

SNF-rapport nr. 13/07

Endring av profesjonell identitet

Helsereformens krav til økonomisk kunnskap blant de medisinske lederne

av

**Håkon Tuv Dalland
Knut Sørngård**

SNF-prosjekt nr. 7092
Helseøkonomi - Bedriftsøkonomiske studier

Prosjektet er finansiert av Helseøkonomi Bergen (HEB) via Norges forskningsråd

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, JUNI 2007

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 978-82-491-0524-3 Trykt versjon
ISBN 978-82-491-0525-0 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Forord

Denne rapporten er basert på vår masterutredning ved Norges Handelshøyskole (NHH). Rapporten inngår i prosjektet 7092 Bedriftsøkonomiske studier, som Samfunns- og næringslivsforskning AS har på oppdrag fra Helseøkonomi i Bergen (HEB). Prosjektet er finansiert av Helseøkonomi Bergen (HEB) via Norges forskningsråd. Arbeidets omfang strekker seg over ett semester.

Rapporten tar sikte på å gjøre rede for hvordan de medisinske lederne har økt sin økonomiske kunnskap som en følge av helsereformen i 2002, og i hvilken grad denne kunnskapen har endret deres profesjonelle identitet. For å avklare hvorvidt dette varierer mellom ulike helseforetak, har vi valgt å undersøke forholdene ved ett helseforetak i henholdsvis Helse Vest RHF og Helse Øst RHF.

Rapporten baserer seg på dybdeintervjuer utført ved Helse Bergen HF og Ullevål Universitetssykehus HF. Uten samarbeid fra disse to institusjonene ville denne rapporten ikke latt seg gjennomføre. Det rettes derfor en stor takk til alle som har latt seg intervjuet ved disse helseforetakene. Vi vil også takke alle andre som har bidratt til denne rapporten.

En spesiell takk går også til vår veileder, førsteamanuensis Katarina Østergren ved Norges Handelshøyskole. Hun har gjennom hele prosessen bidratt med konstruktiv veiledning, gode råd og ikke minst et inspirerende engasjement.

Bergen, 12. juni 2007

Håkon Tuv Dalland

Knut Sørngård

Innholdsfortegnelse

FORORD

INNHOLDSFORTEGNELSE

FIGURLISTE

SAMMENDRAG	1
DEL I: INTRODUKSJON	3
1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR RAPPORTEN	5
1.2 FORMÅL MED RAPPORTEN	8
1.3 PROBLEMSTILLING	9
1.4 RAPPORTENS AVGRENSNINGER	9
1.5 RAPPORTENS STRUKTUR OG OPPBYGNING	10
DEL II: TEORETISK RAMMEVERK	11
2 PRESENTASJON AV TEORIEN	13
2.1 TIDLIGERE FORSKNING	14
2.2 HELSESEKTOREN	15
2.2.1 <i>Trender i utviklingen av offentlig sektor</i>	17
2.2.2 <i>Utvikling av norsk helsesektor</i>	18
2.3 KAPITALKOSTNADER	19
2.3.1 <i>Avskrivninger</i>	20
2.3.2 <i>Driftsmidlets levetid</i>	21
2.3.3 <i>Nedskrivninger</i>	21
2.3.4 <i>Kapitalkostnader i helsesektoren</i>	22
2.4 PROFESJONELL IDENTITET	22
2.5 INNVIRKNING PÅ DEN PROFESJONELLE IDENTITETEN	25
DEL III: VALG AV METODE	27
3 METODE	29
3.1 KVANTITATIV ELLER KVALITATIV METODE	29
3.1.1 <i>Kvalitative intervjuer</i>	29
3.2 STUDIEOBJEKTER	30
3.3 FORSKNINGSDESIGN	31
3.3.1 <i>Valg av forskningsdesign</i>	32
3.4 VALG AV INFORMANTER	33
3.4.1 <i>Utvalgsstørrelse</i>	34
3.4.2 <i>Utvalgsstrategi</i>	34
3.4.3 <i>Rekruttering</i>	35
3.4.4 <i>Datainnsamling</i>	35
3.5 UTFORMING AV INTERVJUGUIDE	36
3.6 EVALUERING AV KVALITATIVE METODER	36

DEL IV: EMPIRISK ANALYSE	39
4 PRESENTASJON AV ANALYSENS STRUKTUR	41
5 HELSE VEST RHF	42
5.1 PRESENTASJON AV HELSE VEST RHF	42
5.1.1 <i>Presentasjon av Helse Bergen</i>	42
5.2 ANALYSE AV HELSE BERGEN	43
5.2.1 <i>Kunnskap om økonomi</i>	44
5.2.1.1 Generell kunnskap	44
5.2.1.2 Kunnskap om kapitalkostnader	48
5.2.2 <i>Endring av profesjonell identitet</i>	50
5.2.3 <i>Oppsummering</i>	56
6 HELSE ØST	58
6.1 PRESENTASJON AV HELSE ØST RHF	58
6.1.1 <i>Presentasjon av Ullevål universitetssykehus</i>	59
6.2 ANALYSE AV ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS HF	59
6.2.1 <i>Kunnskap om økonomi</i>	60
6.2.1.1 Generell kunnskap	60
6.2.1.2 Kunnskap om kapitalkostnader	64
6.2.2 <i>Endring av profesjonell identitet</i>	66
6.2.3 <i>Oppsummering</i>	72
7 SAMMENLIGNING AV DE TO HELSEFORETAKENE.....	74
7.1 KUNNSKAP OM ØKONOMI	74
7.1.1 <i>Generell kunnskap</i>	74
7.1.2 <i>Kunnskap om kapitalkostnader</i>	75
7.2 ENDRING AV PROFESJONELL IDENTITET	77
DEL V: AVSLUTNING.....	81
8 KONKLUSJON.....	83
8.1 KUNNSKAP OM ØKONOMI	83
8.2 PROFESJONELL IDENTITET	84
8.3 DISKUSJON OG VALIDERING AV RESULTATENE	85
8.4 FORSLAG TIL VIDERE STUDIER	86
REFERANSER	87
TRYKTE PUBLIKASJONER	87
INTERNETTPUBLIKASJONER	90
APPENDIX.....	93
INTERVJUGUIDE	93

Figurliste

<i>Figur 1 - Påvirkning mellom de ulike aktørene i helsesektoren.....</i>	<i>7</i>
<i>Figur 2 - Strukturen i den offentlige sektoren (Ringstad 2003).....</i>	<i>16</i>
<i>Figur 3 - NPM sin innvirkning på medisinske ledere sin rolle</i>	<i>25</i>
<i>Figur 4 – Klassifisering av forskningsdesign (Malhotra og Birks 2006).....</i>	<i>32</i>
<i>Figur 5 - Oppsummering av analysen, Helse Bergen.....</i>	<i>56</i>
<i>Figur 6 - Oppsummering av analysen, Ullevål Universitetssykehus.....</i>	<i>72</i>

Tabelliste

<i>Tabell 1 - Nøkkelinformasjon om Helse Vest RHF</i>	<i>42</i>
<i>Tabell 2 - Nøkkelinformasjon Helse Øst RHF.....</i>	<i>58</i>

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å se nærmere på hvilke konsekvenser innføringen av helsereformen har hatt for de medisinske lederes kunnskap om økonomi, samt endringen av deres profesjonelle identitet. Ved innføringen av helsereformen i 2002 opplevde man en av de største reformene noen sinne gjennomført i Norge, hvilket medførte store endringer for hvordan helsesektoren skulle drives. De medisinske lederne ble blant annet stilt overfor helt nye krav til kompetanse og var nødt til å tilpasse seg for å følge utviklingen.

Del I starter med en kort innledning med bakgrunn for og formål med rapporten. Her legges det vekt på hvilke endringer og utfordringer den norske helsesektoren sto overfor etter helsereformen i 2002. Videre redegjøres det for de to spørsmålene som rapportens problemstilling tar utgangspunkt i. Rapportens problemstilling er som følger:

”Hvordan har norske medisinske ledere tilegnet seg kunnskap om bedrifts-økonomiske prinsipper, med fokus på kapitalkostnader, og hvordan har dette endret deres profesjonelle identitet?”

Avslutningsvis i denne delen diskuteres det først hvilke avgrensninger som er gjort grunnet rapportens begrensede omfang, før det gis en kort presentasjon av rapportens videre struktur og oppbygning.

Under del II av rapporten blir det teoretiske rammeverket presentert. Dette kapittelet behandler først resultatene fra tidligere forskning, før fokuset rettes mot utviklingen av offentlig sektor generelt og den norske helsesektoren spesielt. New Public Management (NPM) introduseres som et viktig begrep. Videre følger en gjennomgang av begrepet kapitalkostnader, med en hovedvekt på avskrivninger. Til slutt ses det nærmere på teori knyttet til profesjonell identitet. Det teoretiske rammeverket som presenteres blir så sammenfattet i en figur. Denne figuren viser hvordan helsesektoren har endret seg. Nå stilles det større krav til kunnskap om økonomi enn tidligere, noe som kan ha påvirket de medisinske lederes profesjonelle identitet. Figuren brukes videre som utgangspunkt for analysedelen.

Del III av rapporten tar for seg metoden som er benyttet for å belyse rapportens problemstilling. Her gjøres det rede for hvilke metoder som ble anvendt før, under og etter

innhenting av data, og hvorfor disse metodene benyttes. Videre argumenteres det for hvorfor Helse Bergen HF og Ullevål Universitetssykehus HF (UUS) ble valgt ut som studieobjekter, og hva som hadde innvirkning på valg av informanter. Delen avsluttes med en forklaring av hvordan data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer, hvordan intervjuguidene ble bygd opp, samt en evaluering av de metodene som er benyttet.

Del IV er inndelt i fire kapitler. Det første kapitlet i denne delen, kapittel 4, gir en gjennomgang av hvordan strukturen på analysedelen er lagt opp. Kapittel 5 starter med en kort presentasjon av Helse Vest RHF og Helse Bergen HF. Videre tar dette kapitlet sikte på å analysere de medisinske ledernes kunnskap om økonomi generelt og kapitalkostnader spesielt. I tillegg analyseres det hvorvidt det har skjedd en endring av den profesjonelle identiteten på bakgrunn av denne kunnskapen. Kapitlet avrundes så med en oppsummering av resultatene fra analysen. I kapittel 6 gjennomføres en tilsvarende presentasjon av Helse Øst RHF og Ullevål Universitetssykehus HF, hvorpå UUS blir analysert. Delen avsluttes så med kapittel 7, hvor det foretas en sammenligning av de to helseforetakene.

Del V er rapportens siste del. Her konkluderes det på bakgrunn av analysen. Det konkluderes her med at de medisinske lederne har *økt sin kunnskap om økonomi*. Dette er noe som hovedsaklig har skjedd gjennom den *tette kontakten de har med controllerne*. Det viser seg at kunnskapsøkningen har vært større ved Helse Bergen, hvor koblingen mellom medisinsk leder og controller er tettere enn hva den er ved UUS. Rapporten slår også fast at det har skjedd en *endring av de medisinske ledernes profesjonelle identitet*. Rollen som økonomikunnskapen nå spiller for de medisinske lederne, sammen med et ønske om mer økonomisk informasjon, er med på å underbygge dette. Resultatene blir så diskutert og validert før det avslutningsvis gis forslag til videre forskning.

DEL I: INTRODUKSJON

1 Innledning

Dette kapitlet vil ta for seg bakgrunnen for og formålet med rapporten. Videre følger en utledning og konkretisering av selve problemstillingen, før rapportens avgrensninger og oppbygning skisseres.

1.1 Bakgrunn for rapporten

På det politiske plan i Norge har få emner vært mer diskutert enn organiseringen av helsesektoren. Siden 70-tallet har sykehusene, som en konsekvens av ineffektiv styring, gått gjennom flere regimer med den hensikt å få til en best mulig effektivisering av sektoren. I 1970 så det første systemet dagens lys i form av kurpengefinansieringen; et system der sykehusene fikk sine inntekter ut ifra antall liggedøgn. Dette ble ti år senere avløst av rammefinansieringen. Denne formen for finansiering innebar ingen insentiver for sykehusene til å drive effektivt. Størrelsene på bevilgningene fulgte ikke økt aktivitet. Dermed måtte sykehusene fordele de samlede bevilgningene over flere pasienter (Kjerstad og Kristiansen 2002). Til tross for forsøkene var resultatene lite tilfredsstillende, med fortsatt lange ventelister og store kostnadsoverskridelser. Dette ble imidlertid forsøkt rettet opp i 1997 da innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført. Med ISF fikk sykehusene insentiv til å drive effektivt ved at effektiviseringsgevinsten ble beholdt av sykehusene selv. Som en følge av økt produksjon øktes også bevilgningene, hvilket gav innpass til dagens Diagnose Relaterte Grupper-system (DRG-systemet). Med mål om å etablere et effektivt helsevesen ble sykehusene i 2002 pålagt å drive i henhold til den norske regnskapsloven (Ot.prp. 66. 2000-2001).

Den 1. januar 2002 trådte den nye reformen i kraft, noe som innebar at staten overtok eierskapet til sykehusene, samt ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Dette var en rolle som med få unntak¹ tidligere var fylt av fylkeskommunene og Oslo kommune. Håpet var at innføringen av regnskapsprinsippene, samt å overføre ansvaret til én eier, skulle bidra til å redusere det evige politiske spillet om tilleggsbevilgninger. På den måten ønsket politikerne å skape et klarere ansvarsforhold (Hagen og Kaarbøe 2004).

¹ Rikshospitalet og Radiumhospitalet var eid av staten

Et av hovedmålene med helsereformen var å rydde opp i de store regnskapsmessige underskuddene. Nye tall viser imidlertid at underskuddene aldri har vært større. Samlet for perioden 2002 – 2005 har det vært et regnskapsmessig underskudd på 13,5 milliarder kroner. Videre er investeringsnivået langt høyere enn det bevilgningene til helseforetakene gir grunnlag for, med en tidobling av gjelden fra regnskapsåret 2002 til 2005 (Pettersen 2006).

Helse-Norge er delt inn i fem ulike helseregioner: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst². I hver av disse regionene ble det etter helsereformen opprettet regionale helseforetak (RHF), hvis oppgave er å styre sykehusene etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Under disse ble det videre opprettet helseforetak (HF), organisert som datterselskaper med ansvar for å drive sykehusene og andre mindre institusjoner. Hos disse helseforetakene ble det opprettet styrer på både regionalt og lokalt nivå. Her ble det stilt større krav til næringslivserfaring hos medlemmene enn tidligere, hvilket skulle gi en bedre forståelse for den bedriftsøkonomiske tankegangen. De ulike regionale helseforetakene har som hovedoppgave å formidle styringssignal og krav fra staten ovenfor helseforetakene. Dette skal sikre en drift av spesialhelsetjenesten i Norge som er i tråd med politiske føringer. Økonomien til helseforetakene blir som tidligere fastlagt gjennom Stortingets behandling av Statsbudsjettet.

Bakgrunnen for den nye reformen var altså å løse de største problemene knyttet til økonomistyringen i det norske helsevesenet. Dette skulle gjøres for å kutte ned de lange ventelistene, skape en bedre utnyttelse av utstyr og helsepersonell, og på den måten bedre den økonomiske situasjonen (Hagen og Kaarbøe 2004). Målet var å opprettholde den eksisterende sykehusstrukturen for å utvikle kvalitet, prise kapitalen riktig, sikre god ressursutnyttelse og iverksette nødvendige omstillinger og fordelinger av oppgaver (NOU 2003:1).

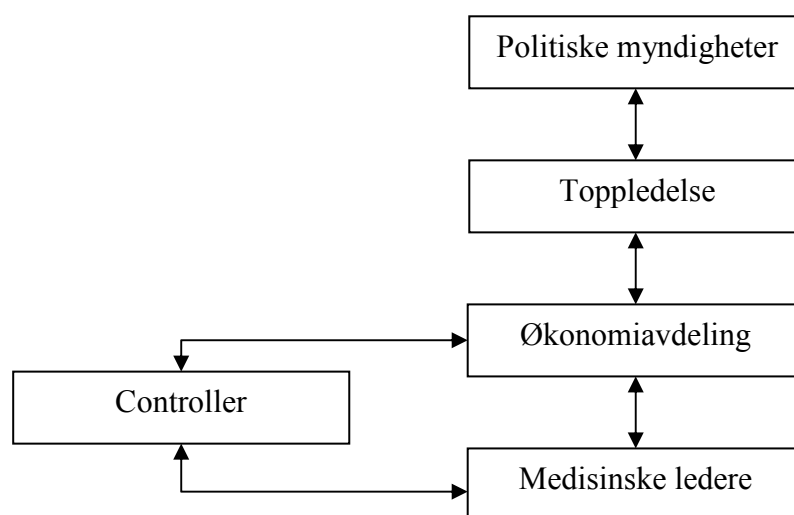
Da finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene ble overført til én eier i 2002, skulle dette klargjøre ansvarsforholdene og stoppe spillet mellom forvaltningsnivåene. Dette har imidlertid ikke slått til. Helsedepartementet har som eier fortsatt store styringsutfordringer ved at helseforetakene benytter styringsideer som forsøker å imitere markedsøkonomiske prinsipper, til tross for at helseforetakene opererer under helt andre rammebetingelser enn private foretak. Helseforetakene finansieres med en større andel rammefinansiering, samt en

² Helse Sør og Helse Øst ble fusjonert til ett regionalt helseforetak 1. juni 2007 (helse-sorost.no).

del aktivitetsavhengig finansiering. Sykehusene og deres ansatte har i mange tilfeller ingen klar formening om kostnadsstrukturen og prisen per behandlet pasient (Pettersen 2006). Dette gjør at de ofte ikke ser effektene av aktivitetsendringer.

En av årsakene til de økonomiske styringsproblemene etter den statlige overtakelsen, var overgangen fra kontant- til regnskapsprinsippet (Pettersen 2006). Dette er to prinsipper med store forskjeller. Kontantprinsippet regnskapsfører inntekter og utgifter det året de blir inn- og utbetalt. Regnskapsprinsippet regnskapsfører derimot inntekter det året de opptjenes, og utgifter det året de pådras. Denne overgangen gir dermed et langt riktigere bilde av kapitalbruken og stiller krav til bedriftsøkonomisk kompetanse. Det vil derfor være av interesse å undersøke nærmere hvordan de ulike brukerne av styringssystemer har tilegnet seg denne kompetansen. Fokuset vil her rettes mot de medisinske lederne. Med medisinske ledere menes her leger med ledelsesansvar for en avdeling.

Figur 1 viser hvordan de ulike aktørene i helsesektoren påvirker hverandre. Her er det de politiske myndighetene som har størst innflytelse på hvordan helsesektoren skal drives. Figuren viser også hvordan controllerfunksjonen fungerer som et bindeledd mellom de medisinske lederne og økonomiavdelingen. Med controller menes personer med ansvar for rapportering og oppfølging av økonomien i virksomheten.



Figur 1 - Påvirkning mellom de ulike aktørene i helsesektoren

1.2 Formål med rapporten

Før reformen ble alle investeringer finansiert direkte gjennom kontantbevilgninger. Etter reformen ble det ikke lenger bevilget egne tilskudd til investeringer, men heller gitt et beløp som helseforetakene skulle fordele på ulike innsatsfaktorer. På den måten fikk helseforetakene frihet til å effektivisere driften ved at de selv fikk fordele beløpet på investeringer og drift. I tillegg ble de underlagt regnskapsloven. Dette innebar blant annet at investeringene måtte avskrives.

Formålet med denne rapporten er å undersøke hvordan de medisinske lederne har tilegnet seg økonomisk kunnskap og hvordan dette har påvirket deres rolle i helseforetakene. For å avdekke denne sammenhengen tas det utgangspunkt i bedriftsøkonomiske prinsipper. Som et eksempel på et bedriftsøkonomisk prinsipp, vil det i denne rapporten fokuseres på kapitalkostnader. Dette innebærer at det utredes hvordan de ulike ekspertene innenfor regnskap og økonomistyring har bidratt til å viderebringe denne kunnskapen til de medisinske lederne, og hvilke konsekvenser den har hatt for de medisinske ledernes beslutninger.

- a) Dette innebærer at de medisinske ledernes tilgang til informasjon om den økonomiske situasjonen i det enkelte helseforetak blir utredet.
- b) Videre undersøkes læringsprosessen, for på den måten å gjøre rede for i hvor stor grad de medisinske lederne forstår den økonomiske informasjonen de har tilgang til. Dette krever spesielt kunnskap om kapitalkostnader og avskrivninger. Disse områdene skiller vesentlig mellom kontantprinsippet, som tidligere ble benyttet i helsevesenet, og regnskapsregler for private foretak. Det vil her også være av interesse å se på hvordan de har tilegnet seg denne forståelsen, om dette har vært en planlagt og koordinert prosess eller kunnskap tilegnet gjennom selvstudier.
- c) Som et siste punkt vil strukturen i økonomistyringen ved helseforetakene bli analysert. Dette gjøres ved å utrede i hvilken grad kapitalkostnader fordeles ut på avdelingsnivå. Her vil det være naturlig å se på de medisinske ledernes myndighet til å foreta beslutninger basert på denne fordelingen, og hvorvidt de inkluderer kunnskap om økonomi i de beslutninger de tar.

1.3 Problemstilling

Denne rapporten vil se nærmere på hva som har påvirket medisinske lederes forståelse for bedriftsøkonomiske prinsipper, med et fokus på kapitalkostnader.

1. Denne rapporten vil gjøre rede for hvilken rolle økonomiavdelingen spiller for å utvikle den bedriftsøkonomiske kunnskapen blant de medisinske lederne. Fokuset rettes spesielt mot kunnskap om kapitalkostnader. Har de inntatt en aktiv rolle for å gi de medisinske lederne en forståelse for økonomistyring, og er denne innsatsen eventuelt koordinert?
2. Hvordan stiller de medisinske lederne seg til å ikke kun være medisinsk fagpersonale, men også som fungerende ledere som tar hensyn til bedriftsøkonomiske aspekter ved driften av helseforetakene?

Ved å se på hvordan styringssystemet er utformet ved de ulike helseregionene får man mulighet til å studere hvilken informasjon legene har tilgang til. Det vil her rettes fokus mot de to helseregionene Helse Vest og Helse Øst. På den måten kan man sammenligne regionene opp mot hverandre og få et innblikk i hvilke eventuelle forskjeller som eksisterer mellom regionene.

Rapportens problemstilling vil være følgende:

”Hvordan har norske medisinske ledere tilegnet seg kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper, med et fokus på kapitalkostnader, og hvordan har dette endret deres profesjonelle identitet?”

1.4 Rapportens avgrensninger

Denne rapporten er basert på en utredning som er gjennomført som en avsluttende del av et masterstudium, og vil av de tidsmessige aspekter som dette medfører være begrenset i omfang. Dette innebærer derfor visse avgrensninger rundt hva som utredes.

I figur 1 tas politikere og toppledelse med som elementer som påvirker de regionale helseforetakene. Disse vil ikke tillegges mer oppmerksomhet videre i oppgaven og vil av den

grunn utelates fra analysen. Dette gjøres for å holde fokus på forståelsen til de medisinske lederne, og hvordan denne er oppnådd. Det er likevel viktig å påpeke at politikere og toppledelse også i stor grad påvirker helseforetakene.

Fokuset på rapporten er videre rettet mot medisinske ledere i somatiske avdelinger fremfor psykiatriske avdelinger. Dette er gjort fordi somatiske avdelinger ofte er mer kapitalintensive enn psykiatriske. Normative vurderinger av de politiske føringene som ble lagt i forbindelse med reformen vil heller ikke bli sett nærmere på.

Fastsettelsen av åpningsbalansen er et aspekt som henger tett sammen med kapitalkostnadene i helsesektoren. I og med at helseforetakene i tiden før reformen ikke hadde noen balanse, måtte helseforetakene fastsette hvor store de ulike balansepostene var da de ble underlagt regnskapsloven. Størrelsen på disse balansepostene hadde betydning for hvor store de regnskapsmessige resultatene ble. Som en følge av avskrivninger ville resultatet blitt uforholdsmessig høyt dersom balansepostene ble satt for lavt. På samme måte ville resultatet bli uforholdsmessig lavt dersom postene ble verdsatt for høyt. Dette er imidlertid vurderinger som ikke ble gjort av de medisinske lederne, og vil derfor ligge på siden av hva denne rapporten skal behandle.

1.5 Rapportens struktur og oppbygning

Denne rapporten er delt inn i fem ulike deler med tilhørende underkapitler.

Del II: Teoretisk rammeverk presenterer teorien benyttet i rapporten. Dette er teori som tar utgangspunkt i problemstillingen formulert under del I.

Del III: Valg av metode gjør rede for de ulike metodene som har vært benyttet under datainnsamlingen, samt valg av forskningsdesign.

Del IV: Empirisk analyse er strukturert med en kort presentasjon av de ulike studieobjektene før det går nærmere inn på analysedelen av rapporten.

Del V: Avslutning inneholder konklusjonene som kan trekkes på bakgrunn av analysen. Avslutningsvis gis det forslag til videre studier.

DEL II: TEORETISK RAMMEVERK

2 Presentasjon av teorien

Formålet med dette kapittelet er å presentere teorien som skal brukes som grunnlag for den videre analysen. I tillegg ses det nærmere på hvilken forskning som tidligere er gjort på dette området. Rapportens formål og problemstilling er her brukt som utgangspunkt for valg av aktuell teori.

Gjennom rapportens problemstilling har oppgaven satt som mål å belyse de medisinske ledernes ervervelse av og forståelse for økonomikunnskap. Problemstillingen er delt inn i to deler hvor første del tar sikte på å redegjøre hvilken *rolle* lederne og økonomiavdeling har påtatt seg. Det vil her være naturlig å først rette et generelt fokus mot spesielle *utfordringer i helsesektoren*, samt gi en kort beskrivelse av selve strukturen og oppbygningen av sektoren. Dette vil følges opp med en kort redegjørelse av en ny form for styring innen offentlig drevet virksomhet, kjent som New Public Management (NPM). Videre vil det være naturlig å se nærmere på hvordan utviklingen har foregått i Norge, med et spesielt fokus på innføringen av det såkalte Diagnose Relaterte Grupper-systemet.

I offentlig sektor er det påvist en mindre vektlegging av regnskapsregler og andre formelle prosedyrer enn hva som har vært vanlig å gjøre i det private (Lapsley 1994). Etter at helseforetakene som følge av helsereformen i 2002 ble underlagt regnskapsloven har dette forandret seg. Dette krevde mange nye typer bedriftsøkonomisk kunnskap, men denne rapporten vil hovedsaklig fokusere på de medisinske ledernes forståelse for *kapitalkostnader*. Av den grunn vil det være naturlig at det i korte trekk presenteres teori rundt kapitalkostnader og avskrivninger.

Et viktig begrep i neste del av problemstillingen er hvordan de medisinske lederne stiller seg til sine nye roller. For å gi et teoretisk grunnlag for å forstå hvordan de forholder seg til denne endringen vil det også bli gitt en innføring i teori om *profesjonell identitet*. Avslutningsvis vil alle trådene fra den presenterte teorien samles i en figur som viser relevansen for besvarelsen av problemstillingen.

2.1 Tidligere forskning

Lenge har det pågått en debatt rundt medisinske yrkesutøveres evne og vilje til å tilegne seg kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper. Enkelte forskere har funnet at det i noen land har foregått en hybridisering av de medisinske lederne (Kurunmäki 2004, Østergren og Sahlin-Andersson 1998), altså at det å ha forståelse for regnskapsprinsipper har blitt en vesentlig del av det å være lege. I andre land har forskere funnet at det har vært en form for polarisering (Jacobs 2005, Järvinen 2006), hvilket innebærer at kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper er noe som kun enkelte medisinske ledere tilegner seg. Ved polariseringen vokser det dermed frem to typer medisinske ledere, de med og de uten kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper. Dette er altså noe som varierer fra land til land og som i stor grad kommer av forskjellene i den kulturen og strukturen som er i landet. Kurunmäki (2004) hevder blant annet at styrken til regnskaps- og revisjonsmiljøene i landet har noe å si for hybridiseringen av de medisinske lederne. Denne studien hevder også at et sterkt regnskaps- og revisjonsmiljø svekker sjansene til å oppnå denne hybridiseringen, at dette legger forholdene til rette for polarisering.

En fersk studie hvor Østergren (2007) har analysert Helse Vest og Helse Øst, viser at norske leger har gjennomgått en slik polarisering. Denne studien viser at de medisinske ledernes tilnærming til ledelse avhenger mye av ledelses- og kontrollsystemene i helseforetaket. Helse Vest og Helse Øst benytter forskjellige styringssystemer, noe som har gitt den effekten at de medisinske lederne har to vidt forskjellige syn på hvilke verdier som skal ligge til grunn for deres beslutninger. Mens Helse Vest har omfavnet de nye verdiene som går på effektivitet, ansvarlighet og lønnsomhet, har Helse Øst heller beholdt de gamle verdiene og inngår kompromisser for å møte budsjettmålene.

Llewellyn (2001) bruker metaforen toveis-vindu ("two-way window") om hvordan leger i tillegg til kunnskapen om medisin også har tilegnet seg mer kunnskap om ledelse, herunder økonomisk styring. Denne nye ekspertisen gjør at de har gått fra å kun være leger til å være medisinske ledere; de fungerer med andre ord som et mellomledd mellom medisinske og ledelsesmessige hensyn. Llewellyn hevder at disse to perspektivene tidligere var uavhengige av hverandre, at legene ikke hadde kunnskap om ledelse og ledelsen ikke hadde kunnskap om medisin. Dette gjorde at disse to fagområdene hadde et enveis-vindu, at vinduet var ugjennomsiktig for hverandres perspektiver, og at de hadde problemer med å kommunisere

med hverandre. Når legene får tilegnet seg kunnskap om ledelse, vil det være mer gjennomsiktighet mellom medisin og ledelse. De vil altså se hver enkelt sak fra begge sider, eller som Thorne (1997; referert fra Llewellyn 2001) beskrev det, de lærer begge sidenes hemmeligheter å kjenne.

2.2 Helsesektoren

Norge har, som flere andre land, besluttet at helsesektoren skal være del av det offentlige tilbudet. På den måten ønsker man å hindre at pasientene nektes nødvendig pleie. Som ved alle offentlige drevede institusjoner er kravene som stilles til for eksempel inntjening og effektivitet vidt forskjellig fra det som oppleves innenfor den private sektoren. Der privat sektor har gitte effektivitets- og avkastningskrav, er offentlig sektor underlagt vidt forskjellige krav med subsidier fra staten som en løsning på inntjeningsbrister. Dette gjør det teoretisk mulig å drive offentlig virksomhet tross årlig underskudd. Dette kommer som en følge av at et overskudd i en offentlig institusjon impliserer for store statlige overføringer.

I Norge er den offentlige sektoren organisert i tre ulike deler med tilhørende inndelinger: offentlig forvaltning, offentlig ikke-finansielle selskaper og finansielle selskaper. Offentlig forvaltning har som noen av sine oppgaver å tilby varer og tjenester til samfunnet, finansiere produksjon og omfordele inntekter og formue. Sektoren offentlige ikke-finansielle selskap består av både ikke-finansielle foretak og kvasiforetak, i tillegg til allmennyttige organisasjoner. Disse har som oppgave å produsere varer og ikke-finansielle tjenester. Den siste sektoren er organisert under finansielle selskaper og inneholder alle innenlandske finansielle foretak og kvasiforetak i tillegg til finansielle markedsrettede allmennyttige organisasjoner. Denne sektoren har som hovedoppgave å drive med finansformidling samt stå for finansielle hjelpetjenester (ssb.no).

Offentlig sektor									
Offentlig forvaltning				Offentlige ikke-finansielle selskaper*			Finansielle selskaper		
Statsforvaltningen		Kommune- forvaltningen		Statsaksje- selskaper	Særlovs- selskaper	Statlige foretak	Sentral- banken	Investerings- fond	Andre finansielle foretak
Stats- kassen m.v.	Trygde- forvalt- ningen	Kom- muner	Fylkes- kom- muner	NRK m.v.	Regionale helseforetak, Norsk tipping, NSB, Posten, Vin- monopolet	SIVA; Statkraft, Statnett, Statskog, Statoil, Telenor (Arcus, Norsk Hydro, SAS) m.v.	Norges Bank	Statens bank- investerings- fond, DnB Holding, Folketrygd- fondet m.v.	Husbanken, Kommunal- banken, Statens lånkasse for utdanning, Statens nærings- og distrikts- utviklings- fond

*Betegnelse og eksemplene som er gitt gjelder kun statlige selskaper. Selskaper på kommunalt nivå mangler. Selskaper med offentlige minoritetsinteresser er satt i parentes.

Figur 2 - Strukturen i den offentlige sektoren (Ringstad 2003)

De ulike helseforetakene er etablert ved egen lov, Helseforetaksloven (lovdata.no²), og hører til kategorien særlovsselskaper, som igjen er en underkategori av offentlige ikke-finansielle selskaper. Dette er foretak som direkte er underlagt Stortinget og derfor ikke kan gå konkurs (Ringstad 2003).

Ved at helsesektoren i Norge er drevet som en offentlig institusjon er den bedre rustet til å dekke de menneskelige behovene ut fra samfunnets tilgjengelige ressurser. Med dette menes at en del samfunnsproblemer best kan løses gjennom kollektive organer i fellesskap. En slik tilnærming er spesielt utbredt i Norge. Det er her en felles forståelse for at ingen skal måtte lide når pengene og ressursene for å forhindre dette finnes. I en ren markedsøkonomi hvor alle instanser er privatisert, kan man risikere uheldige virkninger i form av markedssvikt. I en situasjon hvor man har markedssvikt vil enkelte grupper ikke bli betjent fordi de er ulønnsomme for bedrifter som kun forholder seg til markedsforholdene. Dette kan i mange sammenhenger gi et resultat som gir en fordeling av ressursene som ikke er optimal, hvilket kan resultere i udekkede behov (Ringstad 2003). I slike tilfeller legger ofte myndighetene forholdene til rette for at fordelingen blir bedre enn dersom markedet hadde styrt seg selv (Dedekam 2002).

Ringstad har videre påpekt to årsaker til at det eksisterer offentlig sektor (Ringstad 2003, s. 23):

1. Det muliggjør bedre bruk av tilgjengelige ressurser i samfunnet, slik at den totale velferden blir høyere.
2. Den muliggjør en jevnere fordeling av de goder som skapes av økonomisk virksomhet.

2.2.1 Trender i utviklingen av offentlig sektor

Som et samlebegrep for en rekke metoder eller reformer brukt for å modernisere den offentlige sektoren, brukes gjerne begrepet New Public Management (NPM). Med en sterk tilknytning til gruppen av angloamerikanske land har disse reformene for alvor satt sitt preg på ulike lands offentlige sektorer de siste 20 årene (Hood 1996). NPM har med en gradvis og forsiktig tilnærming også kommet til uttrykk i Norge. NPM-ideene favner imidlertid over et bredt område og kan lede til en rekke ulike konkrete reformer. Med en oppsplitting av NPM vil man kunne se at dette ikke er en enhetlig reformbevegelse, men at de ulike elementene peker i forskjellig retning samtidig som det både eksisterer spenninger og inkonsistens mellom dem (Christensen og Læg Reid 2001).

I forståelsen av NPM, er det viktig å skille mellom NPM som et sett av reformideer, et sett av konkrete reformtiltak og effektene av disse tiltakene. Selv om koblingen mellom disse elementene ikke alltid er like tett, er den avgjørende for å kunne gjennomføre de ulike reformene. Dette gjelder spesielt dersom man mener NPM skal brukes som utgangspunkt i endringen av offentlige organisasjoner (Christensen og Læg Reid 2001). Man kan derfor se på disse reformene som halvfabrikata som må gjøres ferdig på enten et lokalt eller nasjonalt nivå (Røvik 1998).

Tilhengere av NPM ser på den offentlige sektoren som for stor og med for mye planstyring. De er derfor av den oppfatning at det er nødvendig med en effektivisering og reduksjon av selve sektoren (Opstad 2006). Med mer fokus på blant annet effektivitet, resultat, konkurranse, marked og brukere, og et mindre fokus på regler, prosesser og ulike interne hensyn, peker Christensen og Læg Reid (2001) på hovedformålet med NPM. Bak NPM ligger også et ønske om å gjøre de store offentlige sektorene som blant annet finnes i Skandinavia mer markedsbaserte, samtidig som man beholder den politiske kontrollen (Hjort 2006).

Ser man NPM i forhold til Norge er det spesielt to komponenter som er viktige. Dette er mål- og resultatstyring og strukturell fristilling. Mål- og resultatstyring handler først og fremst om endringer av prosedyrer, prosesser og saksbehandlingsmåter innenfor gitte strukturelle ordninger, mens strukturell fristilling går mer på endringer i tilknyttingsformer i den sentrale staten (Christensen og Læg Reid 2001).

Hensikten med NPM i helsevesenet er altså å drive det mer som et marked, for på den måten forebygge sløsing av skattepengene. I sin søken etter dette benyttes virkemidler som for eksempel konkurranseutsetting og internprising. Kritikken mot det offentlige har gått på for dårlig ressursutnyttelse, da det ofte er det slik at offentlige institusjoner som ikke produserer nok i forhold til tildelte ressurser får innvilget mer penger. Dette er sterkt i kontrast til privat sektor som er avhengig av å drive innenfor visse rammer for videre eksistens.

2.2.2 Utvikling av norsk helsesektor

På slutten av 1970-tallet utviklet professor Robert Fetter og hans team fra Yale et system kalt Diagnose Relaterte Grupper (DRG). Dette systemet utgjorde byggesteinen i det som senere ble kjent under navnet innsatsstyrt finansiering (ISF) i Norge. Siden helsesektoren her hjemme er drevet offentlig med Stortinget som øverste styringsorgan er man avhengig av en forsvarlig og effektiv drift av dette organet. Som et ledd i effektiviseringen av helsesektoren ble derfor DRG-systemet innført.

DRG-systemet fungerer som et kvalitetssikringssystem med et mål om å gi en oversiktlig forståelse av helseforetakenes pasientsammensetning. Hensikten med systemet er å foreta en kartlegging av hvordan aktivitetene ved et helseforetak kan beskrives på et overordnet nivå. Dette gjøres gjennom såkalte diagnosegrupper, hvor det foretas en sortering på grunnlag av diagnoser og prosedyrer som utføres ved helseforetaket. Fremfor antall liggedøgn, brukes nå såkalte DRG-poeng som aktivitetsmål. Med et slikt system gjøres det mulig å sammenligne helseforetak på tvers av spesialisering, ved at pasienter fordeles i grupper som skal være like når det gjelder bruk av ressurser. ISF-systemet gir da økonomisk informasjon ved at dette systemet setter en prislapp på DRG-poengene. Blant annet kan en kombinasjon av et DRG- og ISF-system brukes til å beregne kostnadene til helseforetaket ved pleie av en bestemt pasienttype (shdir.no¹). DRG-systemets fokus ligger derfor først og fremst i output.

I 1997 så man for første gang systemet implementert i full skala i den norske helsesektoren. Dette kom i forbindelse med innføringen av ISF, da hadde det allerede vært forsøkt utprøvd ved en rekke ulike helseforetak og avdelinger rundt om i Norge. Mens hensikten med DRG-systemet i utgangspunktet er å sørge for styring og kvalitetskontroll av helsetjenestene ved de enkelte helseforetakene, var hensikten i Norge å øke antall pasienter behandlet av helseforetakene. I 2005 dekket ISF 60 % av gjennomsnittskostnadene for pasientgrupper inkludert i ordningen, mens de resterende 40 % ble dekket av en grunnbevilgning gitt til de regionale helseforetakene (dep.no).

Med innførselen av DRG- og ISF-systemet ble det nå for første gang mulig å koble sammen inntekter og kostnader i helsesektoren. Utgifter ble nå sammenstilt med tilhørende inntekt og man kunne utarbeide et resultatregnskap. Med helsereformens inntog i 2002 ble i tillegg kapitalen verdsatt slik at man også fikk en balanseside med gjeld og egenkapital. For første gang hadde helsesektoren et komplett regnskap å forholde seg til, noe som førte til at alle materielle verdier ble synliggjort.

2.3 Kapitalkostnader

Innføringen av regnskapsmessige prinsipper i helseforetak stiller andre krav til kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper enn hva som tidligere var påkrevd. I denne rapporten fokuseres det imidlertid kun på de medisinske ledernes forståelse for kapitalkostnader.

Kapitalkostnader viser de samlede kostnadene ved å benytte kapital i en virksomhet. Ved investeringer i driftsmidler er det knyttet kostnader til både kapitalslit (avskrivninger) og kapitalbinding (renter) (Johansson og Samuelson 1992). Kapitalslit er en kostnad som uttrykker verdiforringelse grunnet slitasje ved bruk av driftsmidlet. Dette medfører en reduksjon i eiendelens bruksverdi. Kostnadene ved kapitalbinding oppstår selv om det ikke benyttes rentebærende gjeld, men som en følge av at bruk av egenkapital ikke er gratis. Siden virksomheter kun har en begrenset mengde egenkapital, er det viktig å ta hensyn til at denne også har en alternativ anvendelse utenfor virksomheten. Dette er kapital som kunne vært investert andre steder og på den måten gitt en bedre avkastning. For et helseforetak vil det imidlertid ikke være av like stor interesse å generere et overskudd til utbetaling som det vil være for private foretak. Likevel vil det heller ikke her være gratis å bruke kapital, dette fordi den investerte kapitalen muligens kunne gitt en bedre avkastning ved en annen anvendelse.

Ved investering i andre typer utstyr ville den muligens gitt mer helse per krone. Etter reformen fikk de regionale helseforetakene mulighet til å finansiere investeringene sine ved hjelp av lån. Dette gjorde at de for første gang måtte ta hensyn til lån og renter. I denne rapporten er det imidlertid lagt mest vekt på kunnskap om kapitalslit.

Malm og Yard (1985) har fremsatt tre prinsipielle krav til beregning av kapitalkostnader. De to første er sammenfallende med kravet om en fornuftig avskrivningsplan, jamfør regnskapslovens § 5-3, og sammenstillingsprinsippet, jamfør regnskapslovens § 4-1 (lovdata.no¹). Det første kravet går på kostnadsriktighet og ser hvorvidt kapitalkostnadene samsvarer med investeringen. Det andre kravet er tidsriktighet, som ser hvorvidt avskrivningene står til bruken av eiendelen. Dette betyr at man ikke skal kostnadsføre utgiftene før tilhørende inntekt er opptjent. Det siste kravet tar for seg beregningen av kapitalkostnader, og setter krav til at denne skal være forståelig for brukeren. Brukeren skal kunne både forstå og forutsi effektene av selve metoden.

I helsesektoren benyttes det mange tekniske hjelpemidler og teknologiutviklingen er rask, som følge av dette er helsesektoren svært kapitalintensiv. I de regionale helseforetakene eksisterer det utallige driftsmidler med tilhørende avgrenset levetid. Før de regionale helseforetakene ble underlagt regnskapsloven ble hele utgiften til driftsmidlet kostnadsført på anskaffelsestidspunktet, hvilket ga et galt bilde av den reelle økonomiske situasjonen.

2.3.1 Avskrivninger

Som en konsekvens av at helseforetakene ble underlagt regnskapsloven, måtte de begynne å avskrive driftsmidlene. Dette kom som en følge av regnskapslovens § 5-3 (Lovdata¹) som sier at ”Anleggsmidler som har begrenset økonomisk levetid, skal avskrives etter en fornuftig avskrivningsplan”. Hva som betegnes som fornuftig avskrivningsplan sier loven derimot ingenting om, og er av den grunn noe som må vurderes ut ifra bruken av det enkelte anleggsmiddel. Avskrivninger er i tråd med sammenstillingsprinsippet i regnskapslovens § 4-1 nr. 3, som sier at anskaffelseskostnaden skal kostnadsføres i samsvar med inntektene som driftsmidlet genererer. Kostnadene ved en investering fordeles altså ut over anleggsmidlets levetid. På den måten skal regnskapet gi et bedre bilde av lønnsomheten.

Det finnes en rekke forskjellige metoder for å avskrive driftsmidler, blant annet lineære, degressive og aktivitetsbaserte. Alle metodene fordeler kostnadene ut over levetiden på ulike måter. Det vil av den grunn variere mellom ulike bedrifter og situasjoner hvilken avskrivningsmåte som fordeler kostnadene på en mest mulig korrekt måte. I de regionale helseforetakene har man valgt å benytte seg av lineære avskrivninger. Dette er den enkleste og mest vanlige metoden, også i private foretak. Med denne avskrivningsmåten blir kostnadene ved en investering fordelt likt ut over hver periode i driftsmidlets levetid. Dette betyr at et anleggsmiddel med 20 års levetid avskrives med like mye, altså 5 % av anskaffelsesverdi, hvert år i 20 år fra anskaffelsestidspunkt (for mer om avskrivninger, se for eksempel Stark 1994, Kinserdal 2000, Sending 1999).

2.3.2 Driftsmidlets levetid

Avskrivninger er i tråd med sammenstillingsprinsippet, noe som innebærer at avskrivningsperioden må stå til driftsmidlets levetid. Det er viktig å presisere forskjellen mellom teknisk og økonomisk levetid. Teknisk levetid er hvor lenge et driftsmiddel faktisk kan anvendes i produksjonen. Dette må imidlertid ses i sammenheng med vedlikeholdskostnadene som kan forlenge den tekniske levetiden. Vedlikeholdskostnadene stiger gjerne med driftsmidlets alder, noe som kan føre til at summen av avskrivninger og vedlikeholdskostnader kan bli større for gamle enn nye driftsmidler. Økte vedlikeholds-kostnader kan føre til at det lønner seg å bytte ut et driftsmiddel før det er teknisk utslitt, altså kan den økonomiske levetiden være kortere enn den tekniske. Den økonomiske levetiden beregnes etter hvor lang periode driftsmidlet bør avskrives over for å oppnå høyest samlet resultat over perioden.

2.3.3 Nedskrivninger

Avskrivninger kommer som en følge av den planmessige verdiforringelsen av anleggsmidler. Dersom det skjer et verdifall som ikke er planmessig vil den virkelige verdien av driftsmidlet være lavere enn den balanseførte. Når dette verdifallet forventes å ikke være forbigående, må driftsmidlet nedskrives i henhold til regnskapslovens § 5-3. Dersom det ikke foretas nedskrivninger når virkelig verdi er lavere enn 90 prosent av balanseført verdi, skal dette begrunnes i regnskapet. Dette gjør da at regnskapet fanger opp både driftsmidlenes planmessige og ikke planmessige verdifall (Sending 1999). Fjernes imidlertid hele den balanseførte verdien av driftsmidlet, kalles dette bortskrivning.

2.3.4 Kapitalkostnader i helsesektoren

I denne rapporten vil det være spesielt interessant å utrede hvorvidt de medisinske lederne forstår konsekvensene av å innføre kapitalkostnader og avskrivninger. Har de medisinske lederne oversikt over og forståelse for hvordan kapitalkostnadene fordeles på driftsmidlene det er investert i? Uten en slik forståelse kan de få inntrykk av at maskinene og utstyret er kostnadsfrie etter investeringen. Dette kan videre gi avdelingene insentiver til å overinvestere eller neglisjere det vedlikeholdet som er nødvendig for å opprettholde standarden på driftsmidlene. For at en avdeling skal kunne ta en best mulig beslutning angående investeringer, bør avdelingen belastes med alle kapitalkostnader inkludert de tilhørende vedlikeholdskostnadene. På den måten vil avdelinger ikke lenger ha like store insentiver til å kjøpe nye driftsmidler hvis disse koster mer enn hva de eventuelt sparer på redusert behov for arbeidskraft, eller det er mer lønnsomt å heller vedlikeholde maskinen bedre over levetiden.

2.4 Profesjonell identitet

Med NPM har en ny ideologi vokst frem og indirekte påvirket politikken som føres, ved at det nå mer enn tidligere rettes et kritisk blikk på den offentlige ressursbruken. Styringen av offentlige institusjoner blir nå underlagt et hardere effektivitetskrav, og man tilstreber å drive de mest mulig likt private bedrifter. Dette krever at offentlige institusjoner besitter en helt annen form for bedriftsøkonomisk kunnskap enn det som tidligere var påkrevd. I denne rapporten fokuseres det imidlertid på kunnskap om kapitalkostnader. For å tilegne seg denne kunnskapen må de involverte gjennom en læringsprosess. Dette vil i sin tur påvirke den faglige eller *profesjonelle identiteten* til de ansatte i institusjonen.

Helsevesenet er en sektor hvor sterke profesjonelle identiteter har blitt utviklet gjennom formelle utdannelser. Gunnar Stave (1996; referert fra Irgens 2007) hevder at en profesjon kjennetegnes av koblingen mellom kunnskap og stilling, en kobling som har oppstått gjennom en yrkesrettet faglig utdanning. Leger er gode eksempler på dette, fordi kunnskapservervelsen i medisinutdannelsen er tett knyttet sammen med den endelige stillingen som lege. Nylehn og Støkken (2002) påpeker at profesjonsteorien ikke skiller yrker inn i de to gruppene profesjoner og ikke-profesjoner, men snarere plasserer yrkene på en skala fra liten til høy profesjonsgrad. Leger plasseres her høyt av flere årsaker. For det første bygger de faget sitt på vitenskaplig kunnskap, samt at de ivaretar en autotelisk verdi, altså verdier som begrunner seg selv, noe som i legenes tilfelle er helse. For det andre er det ikke mulig å

bli lege uten å studere medisin. Det er i tillegg få som har studert medisin som ikke jobber innen fagområdet. Til slutt påpeker Nylehn og Støkken (2002) at beslutninger og arbeidsutførelse er sterkt sammenfallende, legene utfører kun handlinger som mennesker med samme profesjon har besluttet at de skal utføre. Dette gjør at legene har noen av de sterkeste profesjonelle identitetene.

Profesjonsutøveren, den profesjonelle, identifiserer seg med de andre i profesjonsgruppen på bakgrunn av en felles kunnskapsbase, felles erfaringer og det organisatoriske forholdet til gruppen (Olesen 2006). Å tilhøre en profesjon går ikke kun på å identifisere seg med en gruppe, men også på å skille seg fra andre grupper (Irgens 2007). En lege vil ikke bare tilhøre profesjonsgruppen lege, men også skille seg fra profesjonsgruppen sykepleier, selv om de arbeider tett i de samme omgivelsene. Profesjonelle identiteter formes gjennom relativt ensrettede faglige utdannelse, og det er dette profesjonsutøverne baserer sin profesjonelle legitimitet på (Moos og Krejsler 2006).

En profesjonell identitet er ikke konstant over tid, men enhver profesjon er i stadig utvikling. Brante (2005) hevder at relasjonen mellom profesjon og stat er den viktigste mekanismen når det gjelder å forstå profesjonsutviklingen i et land. Dette kommer av at det i den vestlige verden har vært staten som i hovedsak har tatt initiativ til og stått bak utdannelsen og beskyttelsen av de fleste profesjoner. Staten har for de fleste profesjoner også vært viktigste arbeidsgiver. I tillegg har staten bestemt reglene som bestemmer profesjonenes muligheter og begrensninger i ikke-offentlige sektorer. Dette innebærer også at staten sterkt kan bidra til å forandre den profesjonelle identiteten ved å forandre omgivelsene som de profesjonelle opererer under og kravene som stilles til dem.

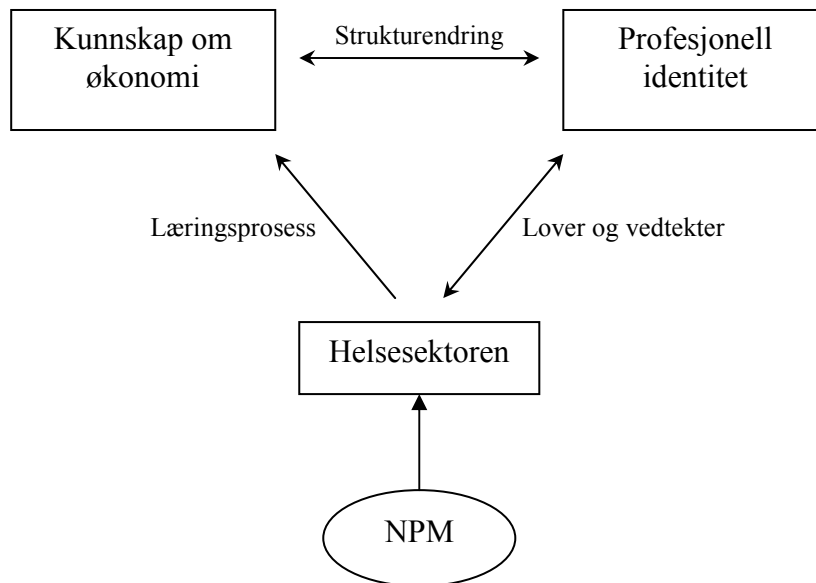
NPM fremtvinger at man ikke lenger er like ensrettet i sin profesjonsutøvelse, men også trekker inn kunnskap fra andre fagområder enn sitt eget, og på denne måten går litt på siden av sin egen faglige identitet. Når en medisinsk leder skal fylle en rolle som leder i et regnskapspliktig foretak i tillegg til rollen som lege, må vedkommende tilegne seg kunnskap om ledelse og bedriftsøkonomi for å fatte gode beslutninger. Dette er kunnskap som tradisjonelt ikke har vært en del av legenes profesjonelle identitet, men som heller har vært et viktig komponent i økonomens identitet. Som en konsekvens av den nye ideologien og politikken som føres i tråd med denne, vil man over tid se en endring i strukturen i den

offentlige institusjonen. Dette skjer både gjennom en endring av den påkrevde kunnskapen og en endring av den profesjonelle identiteten.

Fra tidligere å kun være en medisinsk fagperson, har legerollen forandret seg og blitt mer tverrfaglig. Den profesjonelle identiteten har forandret seg fra å innebefatte en medisinsk fagperson til også å inkludere et ledelsesansvar i bedriften. Dette gjør at de medisinske lederne kan føle de mister en del av sin faglige identitet. En lege skal i tillegg til legerollen også fylle rollen som økonom, noe som er langt fra hva som tidligere krevdes. På den måten ønsker man legen skal kunne bidra til å hindre sløsing av samfunnets ressurser. Denne utviklingen kan imidlertid motarbeides av den medisinske lederen dersom vedkommende ikke klarer å identifisere seg med den nye rollen. Den sterke profesjonelle identiteten disse har kan også være til hinder for selve læringen. Profesjonsutøveren kan avvise den nye kunnskapen dersom vedkommende opplever den å være er i strid med den opprinnelige identiteten (Illeris 2006; referert fra Irgens 2007). Effekten av dette vil være uheldig da den enkelte kan distansere seg fra den bedriftsøkonomiske tenkningen som lederrollen under de nye forutsetningene krever (Jacobs 2005).

2.5 Innvirkning på den profesjonelle identiteten

Forståelsen for hvordan NPM har medvirket til å utvikle den profesjonelle identiteten kan lettere forstås hvis de ulike aspektene og påvirkningskreftene illustreres i en figur.



Figur 3 - NPM sin innvirkning på medisinske ledere sin rolle

I figur 3 ser man hvordan NPM som ideologi har påvirket politikken som føres overfor *helsesektoren*. Den nye politikken krever imidlertid at de medisinske lederne går igjennom en ny *læringsprosess* og tilegner seg *kunnskap om økonomi*, noe det tidligere ikke var behov for. Denne kunnskapen skal gjøre de i stand til å forstå økonomiske rapporter, samt hjelpe de i å ta beslutninger som utnytter ressursene på en best mulig måte. Dette vil medføre en *strukturendring* som i sin tur vil påvirke deres *profesjonelle identitet*. Denne endringen vil virke begge veier, både i form av at endring av den profesjonelle identiteten øker behovet for mer kunnskap om kapitalkostnader, og ved at kunnskapen endrer den profesjonelle identiteten. Som en konsekvens av nye *lover og vedtekter* vil både den profesjonelle identiteten og helsesektoren påvirke hverandre. Den profesjonelle identiteten endrer seg i takt med nye arbeidsoppgaver, og helsesektoren må derfor forholde seg til leger med nye roller.

DEL III: VALG AV METODE

3 Metode

I dette kapitlet vil metoden benyttet for å besvare problemstillingen gjennomgås. Kapitlet vil innledningsvis redegjøre for forskjellen mellom kvalitativ og kvantitativ metode, deretter vil det gjøres rede for de ulike studieobjektene, før det blir sett nærmere på valg av forskningsdesign. Avslutningsvis vil det gis en forklaring på hvordan data ble samlet inn, hvordan intervjuguidene ble bygd opp, og en vurdering av de benyttede metodene.

3.1 Kvantitativ eller kvalitativ metode

Avhengig av problemstillingens utforming, skiller man gjerne mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger. Dette er kun en annen betegnelse for kvalitativ og kvantitativ metode. Forskjellen på de to metodene er deres tilnærming til innhenting av informasjon. Der kvantitative metoder er ute etter å kartlegge utbredelsen av et gitt fenomen, gjerne med spørreundersøkelser som hjelpemiddel, brukes kvalitative metoder i sammenhenger der man er ute etter å undersøke fenomener som er både ukjente og lite forsket på. Her er fyldige beskrivelser langt viktigere enn ved en kvantitativ tilnærming. En vanlig form for kvalitativ metode vil være bruk av intervjuer. Selv om dette er to metoder med vidt forskjellig tilnærming er det fortsatt mulig å kombinere disse (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006).

I denne rapporten er hensikten å gå mer i dybden enn hva som er mulig å gjøre ved bruk av en kvantitativ tilnærming. Man ønsker altså å få så mye informasjon som mulig fra et begrenset antall personer (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006). Rapporten tar i tillegg for seg et område som er lite undersøkt, noe som gjør at det her er valgt en forholdsvis ren kvalitativ tilnærming.

3.1.1 Kvalitative intervjuer

Datainnsamlingen har blitt gjennomført ved hjelp av intervjuer. I følge Steinar Kvale (1997) karakteriseres slike intervjuer som en strukturert samtale med et gitt formål. Intervjuet vil hele tiden være styrt av intervjuer med nødvendige oppfølgingsspørsmål, hvilket fører til at partene ikke er likestilte under intervjuet. På den måten vil informantene få inntrykk av å delta i en samtale snarere enn å bare svare direkte på spørsmål underveis. En forutsetning vil være

utformingen av de ulike spørsmålene. Man vil hele tiden være avhengig av at dette er spørsmål som er enten beskrivende, fortolkende eller teoretiske. Det vil derfor være av stor betydning at dette er spørsmål som informanten faktisk har mulighet til å svare på. Kvale (1997) understreker videre at hensikten med et slikt intervju er å kartlegge hverdagen til informanten, for senere å ha mulighet til å tolke de fenomener som beskrives.

Det er vanlig at man skiller mellom flere ulike former for strukturerte intervjuer, blant annet i form av ustrukturerte, semi-strukturerte, strukturerte intervjuer med faste svaralternativ og gruppeintervjuer (Johannessen, Tuft og Kristoffersen 2006). I denne rapporten har det vært benyttet såkalte semi-strukturerte intervjuer. Dette er intervjuer hvor spørsmålene og tema på forhånd er gjort rede for, men hvor rekkefølgen på spørsmålene varierer litt avhengig av hvilken vei intervjuet tar. Fordelen med en slik tilnærming er at svarene kan sammenlignes samtidig som at intervjuet gir et bedre inntrykk av å være en samtale. På den måten vil informantene lettere kunne svare på spørsmål relatert til sin egen situasjon.

3.2 Studieobjekter

Denne rapporten vil først og fremst fokusere på de medisinske lederne, controllerne og økonomiavdelingen sine roller i helseforetaket. Et viktig spørsmål som vil gå igjen er hvordan de medisinske lederne stiller seg til å ikke kun være medisinsk fagpersonale, men også fungerende ledere som tar hensyn til bedriftsøkonomiske aspekter ved driften av helseforetakene.

Av problemstillingen kan man lese at denne rapporten har som mål å finne ut hvorvidt medisinske ledere har opparbeidet seg kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper og videre hvordan dette har påvirket deres beslutningstaking.

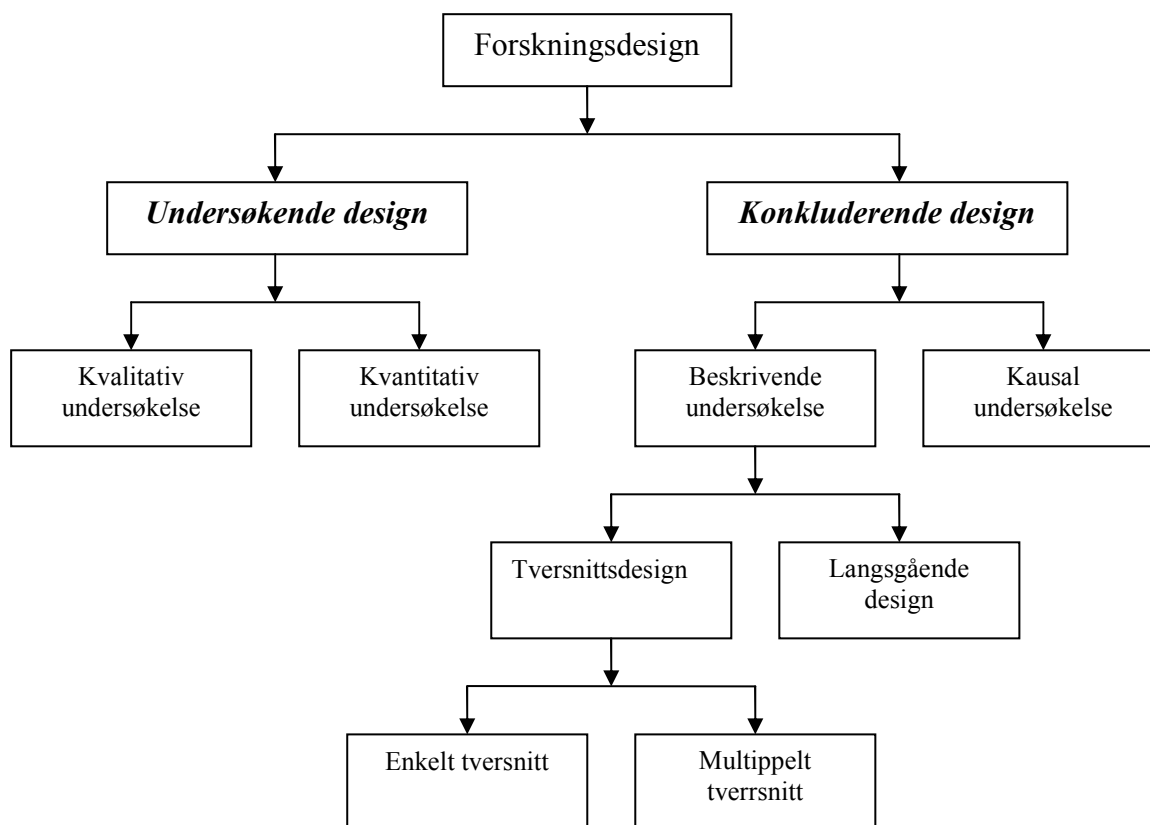
I den forbindelse søker rapporten å sammenligne to ulike helseforetak i Norge som er sammenlignbare i både størrelse og drift. På den måten kan man med større sikkerhet anta at forutsetningene for å drive likt er større, både med tanke på skalafordeler og effektivitet. Valget falt av den grunn på de to største helseforetakene, Ullevål Universitetssykehus (UUS) og Helse Bergen, i henholdsvis landets største og tredjestørste helseregion, Helse Øst og Helse Vest. Dette er begge helseforetak med flere store avdelinger og tilnærmet likt antall

ansatte. Den største forskjellen på foretakene er folketallet i ansvarsområdet som for UUS utgjør nærmere det firedobbelte.

3.3 Forskningsdesign

I boken "Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode" av Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2006) beskrives forskningsdesign som den prosessen som finner sted før selve undersøkelsen gjennomføres. Denne delen tar for seg beslutninger rundt hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan den aktuelle undersøkelsen skal gjennomføres. Det kan også ses på som et rammeverk som benyttes for å gjennomføre prosjektet. Et godt forskningsdesign vil av den grunn legge selve grunnlaget for at prosjektet gjennomføres på en både effektiv og rasjonell måte (Malhotra og Birks 2006).

Et viktig element i slike undersøkelser er hvilken tidsdimensjon som brukes. Her har man mulighet til å velge hvorvidt man ønsker å gjennomføre undersøkelsene på et gitt tidspunkt eller strekke det ut i tid. Avhengig av hvilken tilnærming man velger, finnes det også en rekke forskjellige undersøkelser å velge mellom. Videre vil også valg av utvalg eller populasjon være vesentlig.



Figur 4 – Klassifisering av forskningsdesign (Malhotra og Birks 2006)

Som man kan se av figur 4, finnes det flere ulike retninger innenfor de to hovedretningene av forskningsdesign. I følge Malhotra og Birks (2006) kan man bredt klassifisere forskningsdesign som enten en undersøkende eller konkluderende undersøkelse. Et undersøkende design har som mål å oppnå innsikt i og skape forståelse for et gitt fenomen. Det kan også brukes ved testing av ulike hypoteser eller ved gransking av spesielle forhold, ofte karakterisert ved fleksibilitet og allsidighet med tanke på metodene som benyttes. Et konkluderende design skal derimot teste gitte hypoteser og utforske forhold. Med denne tilnærmingen er meningen å beskrive menneskene og få med seg deres forståelse av og erfaringer rundt et gitt fenomen (Johannessen, Tuft og Kristoffersen 2006). Der målet ved undersøkende design er å forsøke samt forstå, er målet ved et konkluderende design å måle resultater.

3.3.1 Valg av forskningsdesign

I denne rapporten er formålet med undersøkelsen å forstå hvilke konsekvenser helsereformen har hatt for de to respektive helseforetakene, samt se nærmere på hvordan den enkelte har møtt de ulike utfordringene. Av den grunn vil det være naturlig å velge en kvalitativ

tilnærming for på den måten å få en dypere forståelse enn hva man får gjennom en kvantitativ tilnærming. Under denne tilnærmingen finnes det en rekke ulike varianter som kan være aktuelle.

Det er i arbeidet med denne rapporten valgt å benytte det kvalitative forskningsdesignet ”Grounded theory”, hvor man utvikler nye teorier med et høyt abstraksjonsnivå. Et høyt abstraksjonsnivå innebærer at begrepene og sammenhengene man kommer frem til i en sammenlignende analyse er videre og mer generelle enn det som kommer frem av dataene de tar utgangspunkt i (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006). Glaser og Strauss (1967; referert fra Alvesson og Sköldberg 1994) mente at forskeren ikke skulle vite for mye om det som skulle undersøkes, slik at vedkommende hele tiden kunne se gjennom nye øyne. De mente likevel at det var viktig å ha et teoretisk rammeverk. Dette forskningsdesignet baserer seg på at datainnsamling og analyse foregår parallelt. På den måten danner forskeren seg en oppfatning av hva som er det sentrale i dataene underveis, slik at vedkommende kan fokusere på dette etter hvert. Ved hjelp av koding av de dataene (for eksempel tekst fra intervjuer) som skal undersøkes, sorteres dataene i kategorier og gjøres mer abstrakte enn det de var i utgangspunktet.

For å bedre generaliserbarheten ut ifra de dataene som innhentes gjennom intervjuer, har det i arbeidet med rapporten vært benyttet abduksjon. Dette innebærer at når nye aspekter avdekkes, går man tilbake til tidligere undersøkte informanter for å avdekke om dette er noe som kan generaliseres (Alvesson og Sköldberg 1994). Av den grunn var det viktig at analysen foregikk parallelt med datainnsamlingen, slik at datagrunnlaget fra tidligere intervjuede informanter kunne kompletteres med disse nye aspektene så fort som mulig.

3.4 Valg av informanter

Valg av informanter spiller en betydelig rolle ved både kvantitative og kvalitative undersøkelser. Uten et riktig utvalg vil ikke resultatene kunne brukes til å underbygge undersøkelsen, det vil derfor være av betydning å skissere en relevant målgruppe for på den måten vite hvem man skal henvende seg til. I kvalitative undersøkelser, hvilket benyttes i denne rapporten, er det spesielt tre prinsipper som er viktig for utvelging av informanter, dette er utvalgsstørrelse, utvalgsstrategi og rekruttering (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006).

3.4.1 Utvalgsstørrelse

Siden man ved kvalitative undersøkelser ønsker å gå mer i dybden av hver enkelt person enn hva som er tilfellet ved kvantitative undersøkelser, vil utvalget også være mer begrenset. Et viktig spørsmål vil være å velge størrelse på utvalget. Dette er noe som igjen vil avhenge av hvilken metode man ender opp med å bruke. I arbeidet med denne rapporten er det benyttet intervjuer, en metode som er meget omfattende. Mange forskere mener her at man skal intervju helt til man ikke lenger får ny informasjon (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006). Denne rapporten baserer seg på til sammen sju dybdeintervjuer. Det ble foretatt fire intervjuer ved Helse Bergen og tre intervjuer ved UUS. De intervjuede har vært representanter for de medisinske lederne, controllerne og økonomiavdeling. Grunnen til at det har vært gjennomført ett ekstra intervju ved Helse Bergen, er at den ene representanten hadde begrenset innsikt grunnet kort ansettelsestid.

3.4.2 Utvalgsstrategi

Et viktig aspekt ved all forskning er utvelgelsen av informanter. Dette har sammenheng med at det er dataene disse informantene bidrar med som analysen tar utgangspunkt i, noe som derfor vil gjøre at det kan knyttes større troverdighet til konklusjonene. Til forskjell fra kvantitative undersøkelser hvor utvalget ofte er tilfeldig valgt, vil man i kvalitative undersøkelser legge mer til grunn for hvem man intervjuer. Denne formen for utvelgelse kalles for strategisk utvalg, og betyr at det er forskeren som bestemmer hvem man skal henvende seg til for å få tak i den aktuelle informasjonen. Det skilles her mellom en rekke slike utvalg, blant andre ekstreme og eller avvikende utvalg, intensive utvalg, utvalg med maksimal variasjon og homogene utvalg (Miles og Huberman 1994). I denne rapporten er det imidlertid brukt en metode som kalles for kriteriebasert utvelging. Dette er en metode som kjennetegnes ved at informantene må oppfylle visse kriterier (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006).

I denne rapporten er det lagt stor vekt på at representantene fra helseforetakene ble ansatt ved helseforetaket før helsereformen i 2002. På den måten er det lettere å gjøre rede for hvorvidt reformen faktisk har ført til endringer. Dette har imidlertid ikke vært mulig å få til fullt ut da enkelte av stillingene har fått nye personer inn i lederstillingene. Manglende informasjon herfra har imidlertid blitt supplert fra andre representanter som ble ansatt før reformen.

3.4.3 Rekruttering

Et siste steg i valg av informanter, er rekruttering. En rekke beslutninger må tas før dette kan gjennomføres. For det første er man avhengige av at informasjonen som gis ut til de aktuelle informantene er den samme. Det er også viktig at dersom forskeren selv ikke får anledning til å foreta rekrutteringen, må den ansvarlige for denne prosessen rekruttere etter de retningslinjer som er bestemt av forskeren (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006). I denne rapporten var det ønskelig å komme i kontakt med personer i bestemte stillinger. Det ble derfor rettet et spesielt fokus mot å rekruttere representanter som hadde vært ansatt ved de to helseforetakene både før og etter helsereformen. Det var også ønskelig å komme i kontakt med personer som hadde vært ansatt i samme stilling i hele perioden. Kontakt med representantene har i all hovedsak foregått på telefon og gjennom e-post, enten direkte eller via kontaktpersoner. Det var ulik tilnærming til dette ved de to helseforetakene. Ved det ene helseforetaket foregikk hele tiden kontakten gjennom en kontaktperson som hadde som en av sine arbeidsoppgaver å sette studenter i kontakt med de riktige personene. Ved det andre helseforetaket ble det oppnevnt en person til å videreformidle kontakten. Det ble til begge helseforetakene sendt ut identiske e-poster til de aktuelle informantene. Selv om det ble ytret et sterkt ønske om å prate med personer som tilfredsstilte kravene over, viste dette seg å være langt vanskeligere enn antatt. Dette resulterte i at det ble avtalt et møte med en person som ikke hadde vært ansatt ved helseforetaket før reformen ble innført. Dette ble imidlertid ikke gjort klart før det aktuelle intervjuet fant sted, noe som bidro til å gjøre både intervjuet og analysearbeidet langt vanskeligere.

3.4.4 Datainnsamling

Innsamling av data foregår i all hovedsak enten direkte gjennom kilder eller ved å basere seg på data samlet inn av andre. Disse to formene for informasjon kalles for primær- og sekundærdata. Der primærdata baserer seg på opplysninger samlet inn for første gang direkte fra mennesker eller grupper av mennesker, baserer sekundærdata seg mer på opplysninger samlet inn av andre. Slik informasjon er ofte et resultat av andre studier som har til hensikt å belyse andre formål. Ved bruk av sekundærdata er kritisk valg av datakildene viktig. Her er det viktig å stille spørsmål om hvor dataene kommer fra og hvem som har samlet dem inn (Jacobsen 2000). Dette er kriterier som har vært viktig i vårt arbeid med sekundærdata.

I denne rapporten har det vært benyttet både primær- og sekundærdata. Primærdata har stått for hovedtyngden av data, og har hovedsakelig vært innhentet gjennom intervjuer. Dataene har blitt registrert elektronisk ved hjelp av lydopptaker, før de har blitt nedskrevet og sendt videre til de enkelte informantene for bekreftelse. Hvert intervju har variert i lengde fra 20 til 50 minutter, avhengig av hvor mye de ulike informantene har hatt å tilføre spørsmålene. I tillegg har informantene blitt stilt oppfølgingsspørsmål per e-post for å avklare forhold som har oppstått etter intervjuene. Det har også vært foretatt en dokumentscreening av informantenes stillingsinstrukser, for på denne måten å avdekke en forskjell i struktur mellom de to helseforetakene. Videre har det også vært benyttet sekundærdata gjennom dokumentscreening av tidligere forskningsdokumenter innenfor området. Dette har vært til stor hjelp for å oppnå både ekstra innsikt og nye ideer til angrepsvinkler.

I denne rapporten er det på grunn av omfanget kun foretatt begrenset observasjon av en avdeling innenfor hvert av de to helseforetakene.

3.5 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide har til hensikt å gjøre rede for hvilke momenter som bør være med fra intervjuet starter til intervjuet avsluttes. Det er vanlig å starte med en innledning med en tilhørende presentasjon av seg selv og oppgaven, før man går over til å stille spørsmål som er av en slik karakter at de er med på å etablere en relasjon mellom intervjuer og informant. På den måten er det lettere å stille mer kompliserte spørsmål senere. Avslutningsvis er det viktig å runde av intervjuet på en ryddig måte. Dette kan gjøres ved at informanten får anledning til å komme med noen siste innspill dersom det er noe mer personen lurer på eller synes er uklart. Med dette som bakgrunn ble det utformet en spesifikk intervjuguide tilpasset de tre ulike representantene som ble benyttet under de ulike intervjuene (de komplette intervjuguidene kan finnes i appendikset).

3.6 Evaluering av kvalitative metoder

For å sikre kvaliteten på det kvalitative forskningsopplegget blir begrepene reliabilitet, samt validitetsformene troverdighet og overførbarhet benyttet om gyldigheten til dataene. Begrepet reliabilitet tar for seg dataene benyttet i undersøkelsen med fokus på hvilke data som brukes, måten innsamlingen foregår på, i tillegg til å se på hvordan de bearbeides (Johannessen, Tufte

og Kristoffersen 2006). Målet ved en slik tilnærming er dermed å øke påliteligheten av dataene som benyttes. Slike krav er ikke like aktuelle ved kvalitativ forskning hvor man ikke benytter seg av strukturerte datainnsamlingsteknikker, samtalen ofte er kontekstavhengig og det er forskeren selv som blir benyttet som instrument. I denne rapporten er reliabilitet ivaretatt ved at sitater er gjengitt direkte i teksten.

Validitetsformen troverdighet spiller også en sentral rolle i evalueringen av undersøkelsen. Dette begrepet tar for seg hvorvidt man måler det man har satt seg som mål å undersøke. I forbindelse med dette begrepet må det derfor tas høyde for manipulasjon av dataene fra informantene. Her er det imidlertid benyttet en teknikk, gjort rede for av Guba og Lincoln (1985), som går ut på at man har tatt utgangspunkt i to ulike helseforetak for å kunne studere likheter og ulikheter. Troverdigheten rundt datamaterialet er også styrket ved at resultatene er tilbakeført til informantene for bekreftelse av resultatene, og ved at man har tatt i bruk e-post for oppfølgingsspørsmål som har blitt aktuelle etter hvert som analysen har gått sin gang.

Overførbarhet er den siste formen for kvalitetssikring. Dette går på hvorvidt resultatene kan overføres til andre liknende prosjekter for å beskrive de samme fenomenene. I dette tilfellet vil det dreie seg om de resultater som her blir funnet kan gjenspeiles i også de andre helseforetakene i Norge.

DEL IV: EMPIRISK ANALYSE

4 Presentasjon av analysens struktur

I denne delen av rapporten vil de innhentede dataene analyseres i forhold til teorien utledet i del II. Delen starter med en presentasjon av Helse Vest og en nærmere presentasjon av det aktuelle helseforetaket, Helse Bergen. Deretter analyseres informasjonen innhentet fra Helse Bergen. Det vil så følge en lignende fremstilling av Helse Øst, med en tilhørende introduksjon av det aktuelle helseforetaket Ullevål universitetssykehus (UUS), før det her gjennomføres en nærmere analyse av informasjonen innhentet fra UUS. Avslutningsvis vil de to helseforetakene sammenlignes for å se om det er en likhet mellom hvordan kunnskap om økonomi og profesjonell identitet har utviklet seg.

Med utgangspunkt i figur 3, utledet i kapittel 2.5, vil denne analysedelen fokusere på å avdekke eventuelle forskjeller mellom de ulike elementene i figuren. På bakgrunn av den todelte problemstillingen vil analysen deles inn i to deler. Den første delen vil analysere kunnskapen om økonomi i helseforetakene, med et fokus på økonomiavdelingens og de medisinske ledernes rolle. I dette underkapittelet vil fokus først rettes mot generell kunnskap om økonomi, før det rettes mot kunnskap om kapitalkostnader.

Den andre delen av analysen vil ta for seg den profesjonelle identiteten med et fokus på om denne identiteten har endret seg og et videre fokus på årsakene bak en eventuell endring. Oppmerksomheten vil her rettes mot hindringer som har oppstått som en konsekvens av strukturen ved helseforetakene, rollene de ulike personene har og innføringen av den nye reformen.

5 Helse Vest RHF

5.1 Presentasjon av Helse Vest RHF

Med et overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane er Helse Vest RHF ett av i alt fem regionale helseforetak i Norge. Helse Vest har med dette et ansvarsområde på rundt 950 000 innbyggere. De fem helseforetakene Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Stavanger HF og Apoteka Vest HF, i tillegg til aksjeselskapet Helse Vest IKT AS er alle underlagt Helse Vest. Til sammen arbeider det ca. 21 000 mennesker ved Helse Vest (helse-vest.no).

Helse Vest har siden oppstarten i 2002 slitt med negativt årsresultat, hvor 2003 var det verste året med et negativt resultat på hele 1 403 millioner kroner. Dette har imidlertid forbedret seg de siste årene, og i 2005 var underskuddet redusert til 503 millioner kroner.

Helse Vest RHF	
Antall pasienter	Ca. 950 000
Antall ansatte	Ca. 21 000
Driftsinntekter 2005	12 561 168 000 kr
Årsresultat 2005	- 502 820 000 kr
DRG-poeng 2005	188 197
Helseforetak	Helse Bergen Helse Fonna Helse Førde Helse Stavanger Apoteka Vest

Helse Vest har hatt en årlig økning i antall produserte DRG-poeng. I år 2002 produserte alle foretakene i Helse Vest i overkant av 165 000 DRG-poeng, dette økte til 190 000 DRG-poeng i 2005. Denne aktivitetsøkningen har på grunn av ISF-systemet også gitt en årlig økning i driftsinntekter, fra 8 805 millioner i 2002 til 12 561 millioner i 2005. Dette gjør Helse Vest til det tredje største regionale helseforetaket i Norge (helse-vest.no).

Tabell 1 - Nøkkelinformasjon om Helse Vest RHF

5.1.1 Presentasjon av Helse Bergen

Helse Bergen HF er det største helseforetaket i Helse Vest både når det gjelder driftsbudsjett (5 milliarder kroner), antall produserte DRG-poeng (83 542) og folketall i ansvarsområdet (ca. 380 000). I tillegg til Haukeland Universitetssykehus, hvor foretaksledelsen sitter, driver også Helse Bergen ti andre sykehus og institusjoner som har som ansvar å yte

spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord- og Midt-Hordaland. Helse Bergen hadde i 2005 ca. 7 000 årsverk fordelt på ca. 8 500 ansatte³ (helse-bergen.no¹).

5.2 Analyse av Helse Bergen

Etter innføringen av helsereformen sto de ulike helseforetakene overfor store endringsprosesser. Dette har vært en møysommelig prosess og endringene har derfor ikke vært like lett å spore tilbake til reformen. På spørsmål om helseforetaket har blitt drevet annerledes etter reformen hersker det usikkerhet både blant medisinske ledere, kontrollere og økonomiavdeling. Hvorvidt endret drift er en konsekvens av reformen, eller noe som gradvis har utviklet seg i forkant av reformen, kan ikke gjøres rede for. Representanten fra økonomiavdeling svarer følgende på spørsmålet om helseforetaket er drevet annerledes etter reformen:

”Jeg føler jo at man er mer opptatt av ledelse, mer opptatt av økonomistyring. Om man har klart det, det er en annen sak. Man er nok mer opptatt av økonomi, og bunnlinjen betyr nok mer, men det er vel ganske få ledere som har måttet gå fordi bunnlinjen har vært dårlig.”

En av representantene fra økonomiavdelingen er imidlertid enda mer usikker på hvorvidt helseforetaket er drevet annerledes etter reformen:

”Om det kommer pga. reformen eller ikke vet jeg ikke. Etter reformen fikk vi jo mye klarere styringsdokumenter og styringssignal fra departementet og fra regionalt foretak, det er jo med å spisse hva en holder fokus på.”

Nedenfor blir de medisinske ledernes forståelse for økonomi analysert nærmere, før det forsøkes å gjøre rede for om den profesjonelle identiteten til de medisinske lederne har endret seg etter at reformen trådte i kraft.

³ Alle tall i delkapittel 3.1.1 er fra 2005

5.2.1 Kunnskap om økonomi

Som en følge av helsereformen er helseforetakene nå underlagt andre rammer enn tidligere, en konsekvens av dette er at de nå må drives mer etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Dette har igjen ført til at det nå stilles andre krav til den økonomiske kunnskapen hos de ansatte. Blant annet kan det nevnes at de nå er forpliktet gjennom lov å forholde seg til regnskapsloven. Dette krever en form for økonomikunnskap som tidligere i stor grad har vært fraværende i helseforetakene, og kanskje da spesielt hos de medisinske lederne. På grunn av det lave kunnskapsnivået har man i de fleste tilfeller vært avhengige av å bygge kunnskapen opp fra bunnen av, for eksempel gjennom kursing og personlig oppfølging. Som et resultat av denne endringen er det naturlig å anta at NPM, som har satt sitt preg på en rekke andre lands offentlige sektorer de siste tiårene, også har spilt en viktig rolle i Norge i form av økt økonomisk kunnskap hos de medisinske lederne.

Ut ifra de undersøkelser som er gjennomført, er inntrykket at den generelle økonomiske kunnskapen hos de medisinske lederne har økt. Den økonomiske kunnskapen spiller en viktigere rolle i form av at den gjør de bedre skikket til å foreta gode beslutninger. Dette er noe som blir bekreftet gjennom samtaler med både medisinsk leder og økonomiavdeling. Kunnskapsopplæringen har imidlertid ikke foregått på den tradisjonelle måten gjennom kursing, men i stedet gjennom *tett kontakt med controller*. Denne økonomikunnskapen *varierer sterkt mellom de medisinske lederne* og kan ofte ses i sammenheng med interesse. Et annet aspekt som har bidratt til økt kunnskap er *tilgangen på informasjon*. Denne har bedret seg etter reformen og har indirekte vært med på å gjøre at det nå stilles andre krav til de medisinske lederne i form av forståelse.

Nedenfor vil kunnskapen til de medisinske lederne analyseres i lys av generell kunnskap og kunnskap om kapitalkostnader.

5.2.1.1 Generell kunnskap

For at de medisinske lederne skal kunne komme på et akseptabelt nivå når det gjelder kunnskap om økonomi, er de avhengig av opplæring. Ved Helse Bergen har dette ikke blitt løst gjennom tradisjonelle kurs for de ansatte. Medisinsk leder svarer følgende på spørsmålet om hvordan opplæringen har vært ved helseforetaket etter reformen:

”Det har ikke vært arrangert kurs, men det har vært tallrike økonomimøter med administrerende direktør og økonomisjef.”

Opplæring av ansatte i form av kursing er en vanlig måte å øke kunnskapsnivået i en organisasjon. Denne formen for opplæring har, som man kan lese av sitatet ovenfor, blitt erstattet med *økonomimøter*. I tillegg til slike møter kommer også en *tett kobling mellom controller og medisinsk leder* inn som et viktig element. Ved Helse Bergen fungerer controllerne på mange måter som de medisinske ledernes personlige lærer og det er først og fremst oppfølgingsaspektet som er viktig. Dette er noe som blir bekreftet gjennom samtaler med både medisinsk leder og controller. Her blir det lagt vekt på oppfølgingsfunksjonen til controller, samtidig som det fra medisinske leders side refereres til begrepet ”learning by doing”. Dette begrepet viser til at de medisinske lederne har tilegnet seg kunnskapen gjennom praksis, støttet av det tette samarbeidet med controllerne. Medisinsk leder forklarer videre at det ses på som en av controllerens oppgaver å følge opp de medisinske lederne. Det blir imidlertid uttrykt en viss bekymring rundt nyutdannede controllere, som representanten for de medisinske lederne mener mangler forståelse for kjernevirksomheten. Et åpenbart problem med en slik manglende forståelse blir at den medisinske lederen må lære opp controlleren. Dette gjør at kunnskapen ikke bare går fra controller til medisinsk leder, men også den andre veien.

Ved at det er en tett kontakt mellom medisinsk leder og controller oppnår man en kontinuerlig opplæring med god oppfølging. Det knytter seg imidlertid flere problemer til en slik tilnærming som helseforetaket bør være oppmerksom på:

- Helseforetaket vil være avhengig av at de medisinske lederne har et ønske om å lære.
- Helseforetaket vil være avhengig av at de medisinske lederne og controllerne er komfortable med samspillet mellom dem. De må ha en kjemi som gjør det mulig for dem å samarbeide.
- Helseforetaket vil være avhengig av at de medisinske lederne og controllerne ser på det som deres oppgave å hjelpe hverandre i å nå et felles mål.
- Helseforetaket vil være avhengig av at controllerne er kunnskapsrike, slik at de har den nødvendige kunnskapen for å støtte de medisinske lederne.

- Helseforetaket vil være avhengig av at de medisinske lederne ønsker å involvere seg i økonomistyringen til tross for at avdelingen har en controller. utfordringen vil derfor være å unngå at medisinske ledere overlater alt ansvaret til controllerne.

For at dette skal la seg gjennomføre er man avhengige av gode holdninger hos de medisinske lederne, samt tett oppfølging fra ledelsen. En viktig oppgave for ledelsen vil derfor være å stimulere til økt samarbeid. Flere av punktene over er imidlertid litt utenfor helseforetakets kontroll. Dette går spesielt på punktene som omhandler et ønske om å lære og kjemi. Her står ledelsen ovenfor store utfordringer i forhold til staben og da spesielt de medisinske lederne. Dette gjør at man kan stille spørsmålsteget ved hvorvidt bruk av kontrollere og økonomimøter er den beste måten å lære opp de medisinske lederne.

En god kjemi mellom controller og medisinsk leder er viktig når det er her kunnskaps-overføringen hovedsakelig skjer. Uten en slik kjemi vil ikke opplæringen fungere optimalt og den ønskede kunnskapsoverføringen vil utebli. Det vil også resultere i at samarbeidet mellom dem vil være langt vanskeligere å opprettholde. Denne interaksjonen mellom dem blir i følge samtaler med økonomiavdeling løst på følgende måte ved Helse Bergen:

”Det er samspillet mellom de to som er det avgjørende. Og der det ikke fungerer, jobber vi med å enten få økt kunnskap ut til de, eller å få byttet controller.”

En viktig forutsetning for at medisinske ledere skal tilegne seg økonomikunnskap vil også være at de ser nytten av denne kunnskapen i de stillingene de innehar. På den måten vil de ha et ønske om å lære. På spørsmål om de medisinske lederne er interesserte i å lære om økonomi, svarte controlleren ved Helse Bergen følgende:

”Det tror jeg er veldig varierende, det er etter bakgrunn og interesse. Det er ikke nødvendigvis alle som er like interesserte.”

Dette stemmer godt overens med hva representanten fra økonomiavdelingen og medisinsk leder svarte. Siden dette er noe som typisk avhenger av interesser og bakgrunn, vil det også variere i stor grad mellom de ulike medisinske lederne. En medisinsk leder med interesse for økonomi og driften av helseforetaket, vil være mye enklere å få med på et samarbeid enn en

som ikke har denne interessen. Dette kan ses i sammenheng med at en sterk profesjonell identitet kan virke som et hinder for ervervelse av ny kunnskap (Illeris, 2006; referert fra Irgens 2007). Medisinsk leder ved Helse Bergen er et typisk eksempel på en person med stor interesse for ledelse og økonomi, og som følge av dette også har stor forståelse for det økonomiske. Dette blir bekreftet av controller på spørsmål om den medisinske lederen har god forståelse for regnskap:

”Ja, han er nok en av de jeg har inntrykk av har best forståelse. Det er lett å forklare tallene til han. Men det er selvsagt det regnskapstekniske som avsetninger og sånn, det går ikke han veldig mye inni, men han stoler mest på mine fremstillinger av det.”

Hvorvidt controllerne er kunnskapsrike eller ikke, er i stor grad opp til helseforetaket å sørge for. Dette kan for eksempel løses ved å sette krav til utdanning og arbeidserfaring når man ansetter nye controllere. Ved Helse Bergen er kunnskapsnivået blant controllerne sterkt varierende. Her finnes både nyutdannede økonomer uten erfaring fra helsevesenet, og personer uten noen form for høyere økonomisk utdanning som har opparbeidet seg økonomisk forståelse gjennom mange års erfaring.

Dersom noen av punktene over ikke oppfylles vil den ønskede kunnskapsoverføringen avta, og helseforetaket vil da ikke få den ønskede effekten. Siden dette krever mye fra begge parter kunne nok en løsning vært å kombinere denne formen for opplæring med et økt fokus på kursing.

I tillegg til opplæring kommer *tilgang til informasjon* inn som et viktig moment for de medisinske lederne. Uten tilgang til informasjon vil ikke den nødvendige forståelsen være av særlig interesse da de ikke vil få bruk for kunnskapen. Med en større tilgang til økonomisk informasjon vil kravet om å opparbeide seg en bedre økonomisk forståelse også være av større betydning. Dette er med på å legge et press på de medisinske lederne og dermed skape en slags tvunget læring ved at de må tilegne seg økonomisk kunnskap for å forstå denne informasjonen. På spørsmål om hvordan representanten fra de medisinske lederne har tilgang til økonomisk informasjon svarer representanten følgende:

”Det ligger på sykehusets intranett. Så jeg har rimelig god informasjon. Jeg kunne fått enda mer hvis jeg hadde gått inn på innkjøpssystemet og så videre, men det har jeg ikke... Det har jeg overlatt til medarbeidere. Jeg har tilgang hvis jeg vil, men jeg kan det ikke.”

Likevel er det interessant å se at den medisinske lederen på spørsmål om vedkommende mener tilgangen på informasjon er tilstrekkelig for å foreta gode beslutninger, uttrykker en viss misnøye:

”Det jeg er misfornøyd med da, det er jo inntektsstrømmen som jeg føler jeg har et veldig dårlig innsyn i. Men kostnadene føler jeg at vi har rimelig god innsikt i, via en controller som har det. Og det er hennes oppgave, å ha kontroll med kostnadene. Vi er kostnadsstyrt i veldig stor grad, ikke inntektsstyrt.”

Dette peker på to viktige aspekter ved den medisinske lederen. For det første ønskes det mer informasjon, de ønsker altså å bruke kunnskapen sin om økonomi mer aktivt enn hva de har gjort tidligere, for på den måten å forstå mer av driften. For det andre er dette med på å underbygge at det skjer en forandring i identiteten hos de medisinske lederne. En slik endring av den profesjonelle identiteten blir imidlertid behandlet nærmere senere i analysen.

5.2.1.2 Kunnskap om kapitalkostnader

I denne rapporten har det vært fokusert på de medisinske ledernes forståelse for kapitalkostnader. Kapitalkostnader er et begrep benyttet om kapitalbindinger (renter) og kapitalslit (avskrivninger), altså en betegnelse for de samlede kostnadene ved å benytte kapital i en virksomhet. Etter at helsereformen ble innført i Norge medførte innføringen av kapitalkostnader en stor endring for helseforetakene.

I Helse Vest er problematikken rundt kapitalkostnadene løst ved at kostnadene belastes driftsteknisk avdeling i sin helhet. Driftsteknisk avdeling belaster så igjen de ulike avdelingene med leie for utstyret som benyttes. *Avskrivningene fordeles altså ikke ut på avdelingene direkte, men blir i stedet indirekte belastet gjennom leie.* Av den grunn er avskrivninger ikke noe de medisinske lederne forholder seg til i hverdagen. Det er her viktig å

presisere at leiekostnadene ikke er identiske med de aktuelle avskrivningskostnadene. Dette gjør det vanskelig for de medisinske lederne å helt forstå konsekvensene av innføringen av kapitalkostnader i tillegg til at lederne faktisk ikke trenger å tenke så mye på dette. Det er her interessant å se at Helse Bergen velger å ”skjule” kapitalkostnadene sine ved å heller belaste avdelingene med leie. En annen viktig presisering rundt deres fordeling av kapitalkostnader er at dette ligger tett opptil tidligere regnskapspraksis. Her ble det benyttet en fordelingsnøkkel som fordelte kapitalkostnadene på blant annet areal og antall sengeplasser, noe som derfor blir en form for leie. *Kunnskap* om avskrivninger og kapitalkostnader er derfor *sterkt varierende* etter den medisinske lederens interesse for fagfeltet:

”Men det var jo meningen at man skulle ha det. Det var jo en forutsetning at det skulle påvirke vår... At avskrivningene skulle påvirke våre beslutninger. (...) Men hvis vi skifter ut noe utstyr før det er gått 10 år, så blir det belastet vårt budsjett. Altså, restverdien blir belastet vårt budsjett.”

De medisinske lederne har av den grunn ikke den største forståelsen for avskrivninger og kapitalkostnader, to viktige begrep når det er snakk om investeringsbeslutninger. Av den grunn er det viktig at de medisinske lederne ikke sitter med det hele og fulle ansvaret for investeringer.

Et svært interessant moment ved Helse Bergen er hvordan de går frem ved investeringsbeslutninger. Når det for eksempel er behov for nytt medisinskteknisk utstyr, fremmer de medisinske lederne behovet overfor et investeringsutvalg. Dette er et utvalg sammensatt av fagpersoner med kompetanse innen både medisin og økonomi. Som en representant fra økonomiavdelingen kunne forklare på spørsmål om hvilken rolle de medisinske lederne spiller når det skal foretas investeringsbeslutninger:

”Ja, de kommer jo med forslag. Det er jo der de må komme fra... Det er litt forskjellig. Vi har et prosjektkontor som styrer de bygningsmessige investeringene. Og der er det jo en arealplan hvor de store investeringene kommer frem, og dette blir vedtatt i foretaksledelsen. Og når det gjelder medisinsk utstyr er det et utstyreutvalg hvor det sitter medisinske ledere, økonomi og driftsteknisk personell er også med. Og de beslutter investeringer på medisinskteknisk utstyr.”

Det er altså i dette utstyrsutvalget beslutningene tas. Dette skaper imidlertid et styringsmessig problem ved at det kan gi insentiver til de medisinske lederne om å rapportere et langt høyere utstyrsbehov enn hva som er reelt. Dette kan omtales som *ønskelisteproblematikk*. Den tilsiktede overrapporteringen har ikke som hensikt å få oppfylt alle ønskene på ”ønskelisten”. Snarere er hensikten å krisemaksimere tilstanden i avdelingen for å få investere i flere driftsmidler enn de hadde fått dersom de kun hadde oppgitt det faktiske behovet. Når det medisinsk-tekniske utstyret er anskaffet vil det eies av driftsteknisk divisjon. Denne divisjonen belaster igjen de ulike avdelingene med leie for det utstyret de benytter.

En slik ønskelisteproblematikk gir dermed insentiver til å forsømme vedlikeholdet av utstyret. Dersom de medisinske lederne vet de får bevilget mer utstyr enn hva de faktisk trenger, vil de ikke legge ned en ekstra innsats for å vedlikeholde utstyret. Dette strider imot teorien utledet under kapittel 2.3.2, som sier at det er ønskelig å vedlikeholde utstyret for på den måten sørge for at teknisk levetid er lik økonomisk levetid. Ved at de ved Helse Bergen belaster de ulike avdelingene med den resterende verdien på et for tidlig utslitt driftsmiddel, er dette med på å forebygge et slikt manglende vedlikehold. Videre motvirkes insentivet til å overinvestere av at driftsteknisk avdeling belaster de ulike avdelingene med leie for utstyret som benyttes. Dette gjør at avdelingene får en høyere kostnad ved å ha mer utstyr. Som en konsekvens av dette vil det derfor ikke være like aktuelt for de ulike avdelingene ved Helse Bergen å investere i mer utstyr enn de behøver.

5.2.2 Endring av profesjonell identitet

Etter reformen har de medisinske lederne ved Helse Bergen endret sin profesjonelle identitet i en mer økonomisk retning. Helsevesenet, og da spesielt leger, har alltid vært en sektor med en svært sterk profesjonell identitet (Nylehn og Støkken 2002), en identitet utviklet gjennom mange år med faglig utdanning. En endring i denne identiteten kan nå imidlertid ses i sammenheng med et *tettere forhold og samarbeid med controller*, at det etter reformen *stilles andre krav til de medisinske ledere* enn hva som tidligere ble gjort, at de medisinske lederne får *økonomisk opplæring* og at de nå har *tilgang til mer informasjon*. I sammenheng med at de medisinske ledernes kunnskap om økonomi har økt etter reformen og at de nå ser på denne kunnskapen som viktigere, er dette med på å underbygge at det faktisk har skjedd en endring. Dette er også noe som videre kan ses i lys av teorien rundt profesjonell identitet som sier at profesjon er et resultat av både kunnskap og stilling, jamfør teorien utledet i kapittel 2.4. En

kunnskap som har økt hos de medisinske lederne og en stilling som etter reformen har gått gjennom store forandringer.

På spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver som er de viktigste for en medisinsk leder oppsummerer representanten de viktigste oppgavene i fire punkter:

”For det første, så er det å sikre at driften er forsvarlig, altså at det er en medisinsk forsvarlig drift. For det andre, er det å sikre avdelingen tilstrekkelig med ressurser til å kunne drive forsvarlig. Altså personell, utstyr, rom, hele... Sørge for at dette er ivare tatt på en god måte. Det tredje er jo å drive strategisk planlegging. Altså å se fremover, kunne se utviklingstrender, både teknisk, faglig og også se utviklingstrender for sykehuset: Hvor flytter vi ut? Hvilke fagområder er det vi konkurrerer med? Hvem skal vi gi best service til? Og så er det jo å sørge for å drive innenfor de rammene som foretaket har satt. Det økonomiske er en ting, men også de rammene som overordnet myndighet har satt til antall stillinger du skal ha, og så videre.”

Her kan man se at det å drive innenfor rammene til foretaket, samt å overholde rammene satt av myndighetene spiller en viktig rolle for den medisinske lederen. Vektleggingen medisinsk leder gjør av strategisk planlegging og sikring av tilstrekkelig med ressurser til avdeling, indikerer at medisinsk leder ikke kun tenker som en lege, men også som en leder med et økonomisk ansvar for avdelingen. Her kan det trekkes paralleller med teorien utledet i kapittel 2.4, som hevder at den viktigste mekanismen for å kunne forstå profesjonsutviklingen i et land er relasjonen mellom profesjon og stat. Dette kommer tydelig frem gjennom analysen av Helse Bergen hvor det spiller en avgjørende rolle at *staten nå stiller nye krav til de medisinske lederne*.

På spørsmål om hva økonomiavdelingen gjør for å øke kunnskapen til de medisinske lederne svarer representanten følgende:

”Vi mener at om en lege ikke har så veldig god økonomisk kunnskap, så skal han støttes av en controller som har det. Altså kunne støttes og få opplæring.”

Dette er igjen med på å underbygge en endring i rollene til de medisinske lederne. Fra sentralt hold blir de indirekte pålagt å oppdatere kunnskapsnivået sitt for å beholde stillingen som medisinsk leder. Med en slik ”tvang” har ikke de medisinske lederne noen annen mulighet enn å *tilpasse seg de nye kravene til kunnskap*, hvilket igjen fører til en endring i identiteten.

Et annet viktig aspekt ved de medisinske ledernes endring av profesjonell identitet, er rollen til controllerne ute i avdelingene. Dette var en funksjon som før reformen ikke eksisterte ved Helse Bergen, og har derfor etter innføringen påvirket de medisinske lederne i stor grad. Deres oppgaver blir kort oppsummert på denne måten av en controller ved Helse Bergen:

”Det er jo budsjettering og rapportering og rådgivning i forhold til økonomisk resultat og utfordringer og legge til rette for riktig... Altså i det systemet her er det veldig mye bilagskontroll i forhold til reiseregninger og sånt. Legge til rette for at de systemene fungerer godt.”

Siden det er en desentralisert controllerfunksjon, er dette med på å skape et tett *bånd mellom medisinsk leder og controller*. Det er imidlertid både fordeler og ulemper ved en slik desentralisering av controllerfunksjonen. Fordelene er som allerede nevnt at det knyttes et tettere forhold mellom controller og medisinsk leder. I tillegg vil en desentralisert struktur gjøre at controlleren har mer kontakt med avdelingen. Som en følge av dette vil innsikten i kjernevirksomheten også bedres ved at controller nå faktisk vet mer hva som skjer ute på avdelingen. Dette er ikke like lett å oppnå dersom controllerfunksjonen er sentralisert. En annen fordel med en desentralisert controllerfunksjon er at den medisinske lederen vet han sitter med det overordnede ansvaret for controlleren. På den måten vil medisinsk leder føle at controller ikke kun er ansatt som økonomiavdelingens forlengede arm, men er lojal ovenfor avdelingen. Dette kan føre til en mindre fiendtlig innstilling fra medisinsk leder når økonomiske endringer skal gjennomføres. Ulempen med en desentralisert controllerfunksjon er imidlertid at man risikerer at det ikke stilles like kritiske spørsmål til driften, at controlleren ikke fungerer like mye som en vakthund. Et tett forhold mellom controller og medisinsk leder vil altså være med på å øke de medisinske ledernes kompetanse innenfor fagfeltet økonomi, noe som i sin tur kan bidra til å endre deres tankegang og profesjonelle identitet. Denne tankegangen vil av den grunn påvirkes mer i retning av en bedriftsøkonomisk tenkning enn hva som var tidligere var tilfellet.

På bakgrunn av denne desentraliserte controllerfunksjonen, får de medisinske lederne en mye bedre oppfølging enn hva som tidligere var tilfellet. Controller får på mange måter en slags lærerfunksjon i forhold til de medisinske lederne, og bistår med både råd og svar dersom medisinsk leder er usikker på økonomirelaterte emner. Den sterke profesjonelle identiteten legene har, kan imidlertid være med på å gjøre det vanskelig for dem å identifisere seg med den nye rollen og derfor være et hinder for selve læringen. Dette kan ses i lys av teorien utledet i 2.4 som peker på problemer med avvisning av kunnskap dersom man opplever den å være i strid med opprinnelig identitet. Dette er spesielt aktuelt når den profesjonelle identiteten er sterk, slik tilfellet er for leger.

Et annet interessant moment rundt de medisinske ledernes profesjonelle identitet er det tette samspillet mellom controller, økonomiavdeling og medisinsk leder. Her går det blant annet økonomisk informasjon direkte til helseforetaket og til de aktuelle nivå 2-lederne. Nivå 2-ledere brukes her om ledere som rapporterer direkte til administrerende direktør. Dette kan være både klinikkjefer, avdelingssjefer, divisjonsdirektører og stabsdirektører (helsebergen.no²). Økonomiavdeling sender også ut meldinger som enten går direkte til både controller og nivå 2-ledere eller som kun sendes ut til en av de to. Med et slikt samspill vil medisinsk leder være avhengig av å forstå den økonomiske korrespondansen mellom de ulike leddene for å kunne spille en aktiv rolle i beslutningssammenheng.

En endring i rollen til økonomiavdelingen kan tale for en endring av de medisinske ledernes profesjonelle identitet. Dette kommer som en følge av at enkelte funksjoner utført av økonomiavdelingen nå er overlatt til de medisinske lederne, som igjen støttes av controllerne. Som en følge av dette skjer en endring av de medisinske ledernes tidligere arbeidsoppgaver, hvilket også kan ses i sammenheng med at den profesjonelle identiteten forandres når omgivelsene deres forandres (Brante 2005). På spørsmål om økonomiavdelingen har sett sin rolle endre seg etter reformen og om de har gjort andre ting ved helseforetaket, svarer representanten fra økonomiavdelingen følgende:

”Vi har ikke gjort andre ting, men vi har kanskje gjort de på en annen måte. Vi hadde jo økonomistyring tidligere også. Men hva som er gjort på økonomiavdelingen sentralt og hva som har vært gjort desentralt er like mye avhengig av hvordan man har organisert virksomheten. Etter reformen fikk vi en leder

som skulle desentralisere veldig mye, og da ble veldig mye av økonomi-styringen lagt ut, mens det tidligere var sentralisert.”

Dette svaret sår imidlertid en viss tvil til om det er reformen som har bidratt til en endring av den profesjonelle identiteten til de medisinske lederne. Ut fra svaret over kan man ikke entydig konkludere med at strukturendringen kom som et resultat av reformen, men at den også kom som et resultat av foretakets administrerende direktørs tilnærming til ledelse.

Tilgang til informasjon er et annet moment som er med på å endre de medisinske ledernes profesjonelle identitet. Etter reformen har det blitt lagt større vekt på at de medisinske lederne skal ha mer tilgang til relevante økonomiske rapporter slik som budsjett, regnskap og inntekts- og kostnadsstrømmer ved avdelingen. På spørsmål om hvordan representanten for de medisinske lederne har tilgang til økonomisk informasjon svarer representanten følgende:

”Det ligger på sykehusets intranett. Så jeg har rimelig god informasjon. Jeg kunne fått enda mer hvis jeg hadde gått inn på innkjøpssystemet og så videre, men det har jeg ikke... Det har jeg overlatt til medarbeidere. Jeg har tilgang hvis jeg vil, men jeg kan det ikke.”

På et oppfølgingsspørsmål om hvorvidt dette hadde vært ønskelig å kunne, svarer representanten videre:

”Nei, det synes jeg ikke. Jeg synes jeg skal ha et innsyn på overordnet nivå, så må controller og medlederne mine ha... Og det er noe med at jeg har innsyn i personalkostnadene og innkjøp av store varekostnader, og det er på en måte det vesentlige.”

Dette kan også ses i lys av teorien rundt NPM som er behandlet i kapittel 2.2.1, som er med på å fremtvinge en litt mindre ensrettet profesjon. Her da i form av at medisinske ledere nå i større grad også må oppfylle en rolle som økonom og leder. I sin tur vil dette også fremtvinge en endring i strukturen. Dette stemmer godt overens med tidligere forskning som kan fortelle at det har vært en hybridisering av de medisinske lederne. Det blir i denne forskningen konkludert med at forståelse for regnskapsprinsipper har utviklet seg til å bli en vesentlig del av det å være en medisinsk leder (Østergren og Sahlin-Andersson 1998).

På spørsmål om medisinsk leder mener tilgangen på informasjon er tilstrekkelig for å foreta gode beslutninger, svarer representanten følgende:

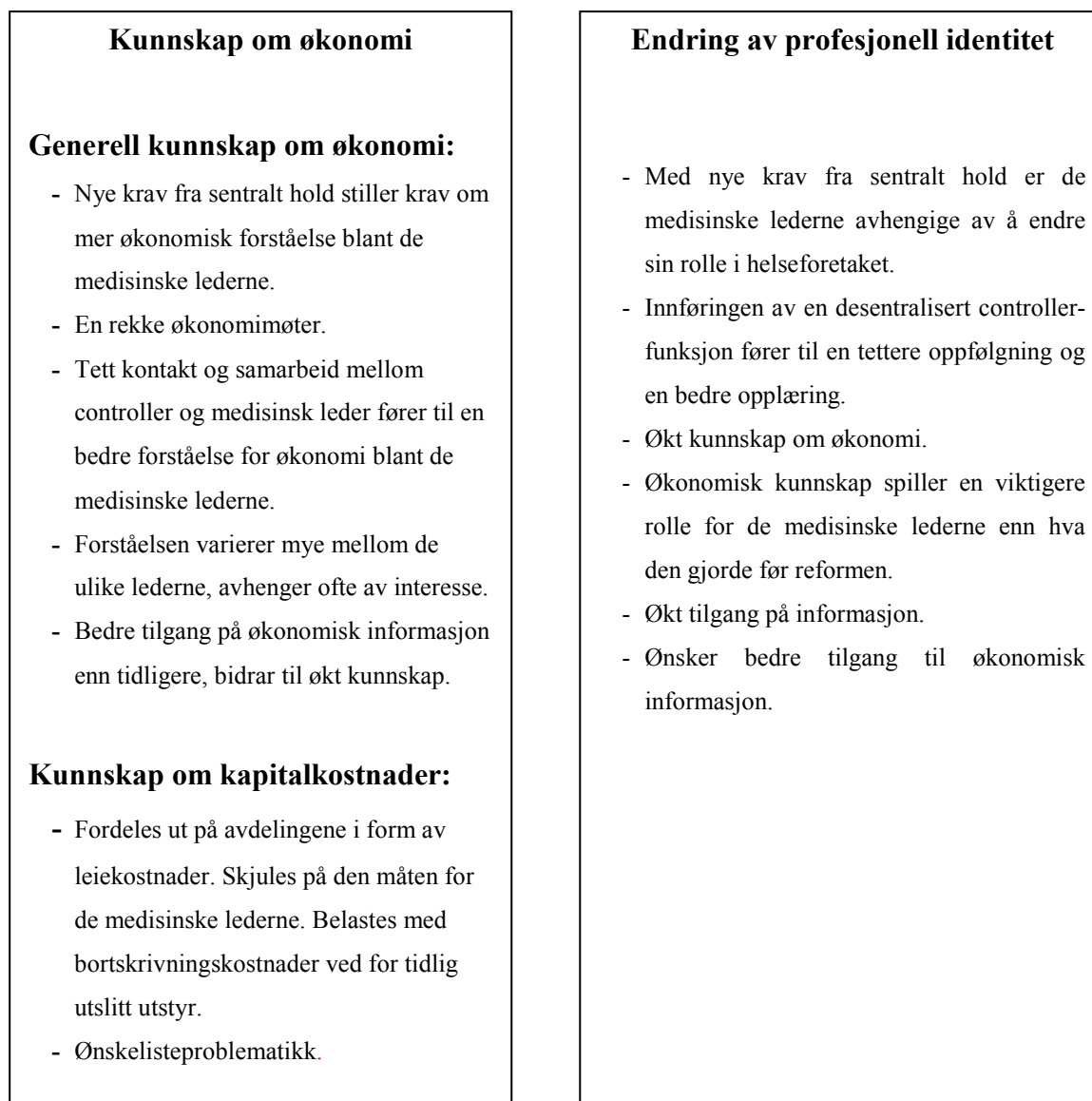
”Det jeg er misfornøyd med da, det er jo inntektsstrømmen som jeg føler jeg har et veldig dårlig innsyn i. Men kostnadene føler jeg at vi har rimelig god innsikt i, via en controller som har det. Og det er hennes oppgave, å ha kontroll med kostnadene. Vi er kostnadsstyrt i veldig stor grad, ikke inntektsstyrt.”

Det faktum at den medisinske lederen ikke er tilstrekkelig fornøyd med informasjonstilgangen og ønsker mer økonomisk informasjon for å kunne fatte best mulige beslutninger, underbygger at den profesjonelle identiteten er i forandring. Dette stemmer godt overens med teorien som peker på at profesjonell identitet hele tiden er i utvikling (Brante 2005). Svaret kan også ha bakgrunn i den enkeltes interesse og er ikke nødvendigvis en oppfatning som deles av alle andre i samme posisjon. Til opplysning kan det nevnes at denne representanten var veldig interessert i ledelse. På grunn av dette skal man være litt forsiktig med å trekke altfor bastante konklusjoner.

Med sitatene ovenfor sier medisinsk leder at man fortsatt ikke ønsker full innsikt i alt som har med økonomi å gjøre. Dette blir også bekreftet gjennom spørsmål om informasjonen de får gjennom økonomisystemet påvirker beslutningene de tar. Her blir det fortalt at dette er noe som brukes av representanten til å overvåke de økonomiske rammene cirka en gang i måneden, mens den daglige overvåkingen og rapporteringen fortsatt er overlatt til controllerne. Dette er et interessant moment som bygger oppunder det at medisinsk leder fortsatt har et stykke igjen til å endre identitet fullstendig, men fortsatt ser på seg selv som en medisinsk fagperson.

5.2.3 Oppsummering

Funnene fra analysen kan kort oppsummeres i en figur:



Figur 5 - Oppsummering av analysen, Helse Bergen

Ved Helse Bergen er det en rekke forhold som taler for at det har skjedd en endring i den profesjonelle identiteten til de medisinske lederne. Blant annet kan man se at det *tette samarbeidet mellom controller og medisinsk leder* har spilt en viktig rolle. Dette samarbeidet har vært med på å bedre den generelle *forståelsen for økonomi*. Det viser seg imidlertid at viljen til å ta til seg denne kunnskapen varierer mellom de ulike lederne og ofte bunner ut i interesse. I tillegg har den økte tilgangen på informasjon hatt en tilsvarende effekt.

Det er svært få yrker som har en sterkere profesjonell identitet enn legeyrket. Det er derfor interessant at man kan se en endring i denne identiteten. Endringen i de medisinske ledernes profesjonelle identitet kan ses i lys av NPM som har tvunget frem en litt mindre ensrettet profesjon.

6 Helse Øst

6.1 Presentasjon av Helse Øst RHF

Helse Øst RHF er det største regionale helseforetaket i Norge, med et overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Akershus, Hedmark, Oppland, Oslo og Akershus. Til sammen har Helse Øst ansvar for ca 1.7 millioner innbyggere og huser ca 31.000 arbeidsplasser, noe som gjør det til Norges tredje største konsern (helse-ost.no).

Helse Øst er organisert i morselskapet Helse Øst RHF med åtte underordnede datterselskaper. Av disse datterselskapene er syv helseforetak, mens det siste er et apotekselskap eid sammen med Helse Sør RHF. De åtte helseforetakene som utgjør Helse Øst RHF er Aker universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sunnaas sykehus HF, Ullevål universitetssykehus HF og Sykehusapotekene ANS. I tillegg til disse sykehusene har Helse

Helse Øst RHF	
Antall pasienter	Ca. 1 700 000
Antall ansatte	Ca. 31 000
Driftsinntekter 2005	23 829 540 000 kr
Årsresultat 2005	- 494 928 000 kr
DRG-poeng 2005	260 134
Helseforetak	Aker universitetssykehus Akershus universitetssykehus Sykehuset Asker og Bærum Sykehuset Østfold Sykehuset Innlandet Sunnaas sykehus Ullevål universitetssykehus

Øst også driftsavtale med Diakonhjemmet Sykehus, Revmatismesykehuset, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Martina Hansens Hospital.

Helse Øst hadde i 2005 driftsinntekter og kostnader på i overkant av 28 milliarder kroner noe som ga et negativt driftsresultat på nesten 495 millioner kroner. Dette inkluderer de fire private ikke-kommersielle sykehusene Helse Øst har avtale med (helse-ost.no).

Tabell 2 - Nøkkelinformasjon Helse Øst RHF

6.1.1 Presentasjon av Ullevål universitetssykehus

Ullevål universitetssykehus (UUS) er landets største universitetssykehus, noe som også gjør det til det største helseforetaket i Helse Øst RHF målt i omsetning (5,6 milliarder kroner). UUS er, i tillegg til å være regionssykehus for Helse Øst, også lokalsykehus for bydelene Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, samt barn fra Grorud og Stovner. Til sammen har helseforetaket ansvar for ca 1,4 millioner innbyggere. Sykehuset holder til på både Ullevål i Oslo og Dikemark i Asker, i tillegg til å inkludere flere små enheter innenfor grensene til Oslo by.

Fra å tidligere være underlagt Oslo kommune ble eierskapet til UUS overført til det statlige Helse Øst RHF 1. januar 2002. Med gjennomsnittlig 8 603 ansatte leverte UUS et årsresultat for 2005 på minus 273 millioner kroner. Gjennomsnittlig antall årsverk var i 2005 8 569 (ullevål.no).

6.2 Analyse av Ullevål universitetssykehus HF

For å kunne tilpasse seg kravene som helseforetakene opererer under, er det nødvendig at lederne har en langt bedre kunnskap om økonomi enn tidligere. Som en av controllerne ved UUS uttrykte det:

”Kravene til økonomifunksjonen forandret seg ganske mye i forbindelse med reformen. Vi gikk jo over til regnskapsreformen, og det ble mye større krav til økonomioppfølgingen til sykehusene. Det var kanskje administrasjonen sentralt som merket mest til det, men det ble endringer for oss også. Avskrivninger og andre aspekter som ikke hadde vært hensyntatt tidligere kom jo inn.”

Det er her interessant å se at controller omtaler helsereformen som regnskapsreformen, noe som er med på å underbygge hva som blir oppfattet som det mest sentrale ved reformen. Dette ble bekreftet gjennom samtaler med medisinsk leder og representant fra økonomiavdeling, men det stilles her spørsmålsteget ved hvorvidt dette er en konsekvens av reformen. Som en medisinsk leder svarte på spørsmålet om hvorvidt helseforetakene ble drevet annerledes etter reformen:

”... det er så vanskelig å si om det er reformen eller ikke. Det har blitt lagt mye mer vekt på at man skal styre mer tett på økonomien. Da må en følge opp alt mye bedre og bruke mer tid på det. Men det har vært en gradvis forandring og den begynte før den økonomiske reformen kom.”

Videre i dette kapitlet vil det rettes et fokus mot de medisinske ledernes forståelse for og kunnskap om økonomi generelt, og da kapitalkostnader spesielt. Deretter vil det gjøres rede for hvorvidt den profesjonelle identiteten til de medisinske lederne ved UUS har endret seg som følge av helsereformen.

6.2.1 Kunnskap om økonomi

På bakgrunn av de undersøkelsene som er gjennomført, er inntrykket at de medisinske ledernes økonomikunnskap har økt, og at de bruker denne kunnskapen mer aktivt når de skal ta beslutninger. Denne kunnskapen har de hovedsakelig tilegnet seg gjennom *kurs* som har vært holdt på divisjonsnivå, samt gjennom *den kontakten de har med controllerne* ute i divisjonene. *Tilgangen til informasjon* har økt dramatisk de senere årene, noe som har gjort at det er mye enklere for de ulike lederne å følge med på økonomien i avdelingene de leder. Av den grunn har de vært avhengige av å tilegne seg en bedre kunnskap om økonomi. Her er det imidlertid viktig å påpeke at den økonomiske kunnskapen som de medisinske lederne har, *varierer sterkt fra leder til leder*. Dette kan ses i sammenheng med hvor mye controllerne i de ulike divisjonene har valgt å lære opp de medisinske lederne til å gjøre økonomirelaterte arbeidsoppgaver. Det er imidlertid begrenset hvor godt bilde de medisinske lederne har av kostnadene i avdelingene, da økonomiavdelingen har besluttet å ikke fordele kapitalkostnader og avskrivninger ved UUS.

6.2.1.1 Generell kunnskap

For at de medisinske lederne skal tilegne seg den nødvendige økonomikunnskapen er de avhengige av opplæring. Dette har sammenheng med den tidligere manglende kunnskapen på dette området. Ved UUS har de medisinske lederne primært tilegnet seg økonomisk kunnskap gjennom tett kontakt med controllerne, samt gjennom *kurs* avholdt på divisjonsnivå. Den interne opplæringen på divisjonsnivå har imidlertid ikke vært koordinert og dermed ikke felles for de medisinske lederne i foretaket. Opplæringen har i stedet vært initiert og planlagt

på divisjonsnivå, noe som gjør at kvaliteten på og opplegget rundt denne opplæringen kan variere meget sterkt mellom de ulike divisjonene. Representanten for de medisinske lederne ved UUS svarer følgende på spørsmål om hvilken utdanning og kursing det har vært av de medisinske lederne i divisjonen:

”Ikke sånn spesifikk økonomiutdanning, men det har jo vært internundervisning på økonomi og det har vært flere lederkurs. Uten at man egentlig har gått så veldig inn på sykehusøkonomi.”

Controlleren i den samme divisjonen kan fortelle at kursing i økonomi ikke er noe som har vært vektlagt. Dette har kun blitt formidlet gjennom ett kort kurs avholdt på divisjonsnivå. Det skilles her mellom lederkurs og kurs om økonomi. Her kan det imidlertid nevnes at det i den analyserte divisjonen planlegges et nytt lederutviklingsprogram, som blant annet skal ha budsjett og økonomistyring som en del av kurstilbudet.

Den viktigste måten de medisinske lederne har tilegnet seg kunnskap om økonomi på viser seg å være gjennom *konsultasjoner, møter og samtaler med controllere* ute i de ulike divisjonene. At controllerne ble flyttet ut i divisjonene i år 2000 ga de medisinske lederne ved UUS en helt annen nærhet til personer med økonomikompetanse enn tidligere. Før dette var alle som arbeidet med økonomi i foretaket plassert sentralt i økonomiavdelingen. Representanten for økonomiavdelingen begrunner dette valget på følgende måte:

”...dette henger sammen med at kravene til økonomistyring blir bare større og større. Og de som er divisjonsdirektører leder jo bedrifter opp mot tusen ansatte, det er jo enorme bedrifter. De trenger nærhet til økonomikompetansen, de trenger økonomifunksjonen tett opptil seg for å gjøre jobben sin.”

Ved at controllerne ble flyttet ut i divisjonene to år før reformen trådte i kraft, viste økonomiavdelingen at de allerede før reformen var bevisste på at det fremover kom til å bli stilt større krav til økonomistyringen. Dette sannsynliggjør at de medisinske ledernes kunnskap om økonomi ikke kun er en effekt av reformen, men også en mer generell effekt av NPM-tankegangen som er omtalt i kapittel 2.2.1. Ved at controllerne ble flyttet ut i divisjonene fikk de en tettere kontakt med de medisinske lederne. Et tettere samarbeid hvor de stiller spørsmål og krav til hverandre, har vært med på å øke de medisinske ledernes

økonomiske kompetanse. Controlleren påpeker at forståelsen for økonomi imidlertid *varierer sterkt mellom de ulike medisinske lederne*. Dette kan ofte ses i sammenheng med deres interesse for fagfeltet.

Fordi UUS ikke har hatt et koordinert kursopplegg i økonomi er de medisinske lederne avhengige av at kontakten med controllerne er tett og god. Siden controllerne er ansatt på divisjonsnivå kan dette medføre at de medisinske lederne på avdelingsnivå føler controllerne ikke er der for deres del. Representanten for de medisinske lederne uttrykte at det var som om de "får" tid når de tar kontakt med controllerne, tid de i utgangspunktet ikke har. Når controllerne sitter på divisjonsnivå må de medisinske lederne "ta et steg opp" i hierarkiet når de skal snakke med controlleren. Dette gjør at det tette samarbeidet kan utebli og legge en demper på deres evne til å kommunisere. Denne avstanden gjør også at samspillet mellom medisinsk leder og controller ikke kommer i første rekke, controlleren er først og fremst underlagt divisjonsdirektøren, deretter kommer relasjonen til avdelingsleder. Av den grunn ønsket medisinsk leder seg en egen personal- og økonomiansatt i sin avdeling. Medisinsk leder vil kunne jobbe tettere med en controller som kun jobber med økonomien i denne ene avdelingen. Dette indikerer at kontakten mellom de to profesjonene ved UUS ikke er tett nok for å oppnå en best mulig kunnskapsutveksling.

Den manglende kursingen og samspillet mellom de medisinske lederne og controllerne gjør at det er behov for mer økonomiopplæring. Dette ble nevnt av både controller og medisinsk leder. Begge ser behovet for mer opplæring, hvilket vil oppfylles av et fremtidig kursopplegg. Dette vil være et kurs som går helt ned på seksjonsnivå, det laveste ledelsesnivået ved UUS, nivået under avdelingslederne.

En av de viktigste forutsetningene for at de medisinske lederne skal tilegne seg økonomikunnskap, er deres vilje til å lære. Det er ikke gitt at en utdannet lege ønsker å ta hensyn til økonomien i foretaket i sitt daglige arbeid. Dette kommer i følge Illeris (2006; referert fra Irgens 2007) av at leger kan avvise kunnskap om økonomi da den kan oppfattes å gå på tvers av deres opprinnelige identitet. Denne problemstillingen har UUS tatt på alvor, hvilket vises gjennom at det, ifølge controlleren, stilles andre krav til leger som skal over i stillinger med ledelsesansvar:

”... når man rekrutterer ledere i dag er det med budsjettbalanse og villigheten til å tenke økonomi noen av de viktigste kriteriene. Det var det ikke for syv år siden, da var det kun medisinskfaglige kriterier.”

Dette har medført at det er stor forskjell på kunnskapen hos de medisinske lederne før og etter reformen. De har utviklet en langt høyere forståelse for, og kompetanse innen økonomi enn hva de hadde tidligere. Denne utviklingen regner controlleren med at vil fortsette også i årene fremover, i og med at det stadig skjer utskiftninger og de er veldig bevisste på å få til denne utviklingen. Dette viser at UUS har tatt problematikken rundt lærevillighet alvorlig.

For at controllerne skal kunne overføre kunnskap om økonomi til de medisinske lederne, er de avhengige av å selv ha solid kunnskap innenfor faget. En slik kunnskap bygges primært opp gjennom utdanning og arbeidserfaring og er noe UUS har vært svært bevisste på ved ansettelse av controllere. Krav til høyere økonomisk utdanning er for eksempel et krav UUS har satt til sine controllere. Dette viser at UUS er bevisste i ansettelsesprosessene av både medisinske ledere og controllere. De vektlegger at de medisinske lederne skal være villige til å lære om økonomi og at controllerne skal ha tilstrekkelig med kunnskap til å drive denne opplæring.

Et annet viktig element som må være til stede for at de medisinske lederne skal utvikle en forståelse for økonomi, er *tilgang til informasjon* om økonomien i foretaket. Dette må være informasjon som er relevant i forbindelse med de ulike arbeidsoppgavene og stillingene de har, enten som beslutningsstøtte eller for å holde seg oppdatert. Uten tilgang til slik informasjon vil det ikke være av like stor interesse å opparbeide seg økonomisk forståelse. Dette henger sammen med at de medisinske lederne da ikke vil kunne bruke kunnskapen i like stor grad. På spørsmål om hvilken økonomisk informasjon de medisinske lederne har tilgang til, svarer controlleren:

”De har tilgang til regnskaper og en del aktivitetsparametere. Og når det gjelder aktivitetsparametrene er det ikke bra nok.”

Denne manglende tilgangen til aktivitetsparametere ble bekreftet i flere intervjuer. Her ble det også uttrykt en viss misnøye med tilgangen til enkelte typer rapporter som allerede lå i systemet, rapporter de mente kunne være nyttige i deres arbeid. Til tross for de manglene

representanten for de medisinske lederne opplever at informasjonssystemet har, benytter han likevel dette systemet aktivt som beslutningsstøtte:

”Jaja, det gjør jeg absolutt. Jeg er jo stadig vekk inne og ser på regnskapet, på lønnsrapporter, på produksjonsrapporter på forskjellige enheter og så videre. Så jeg bruker jo det daglig.”

Den medisinske lederen ønsker altså tilgang til mer økonomisk informasjon enn det som per dags dato er tilgjengelig, for på den måten få en langt bedre oversikt over det som foregår i avdelingen. Dette vitner om en reell interesse for de økonomiske aspektene ved driften av avdelingen, noe som indikerer at det har skjedd en forandring i deres profesjonelle identitet. Dette blir nærmere behandlet i kapittel 6.2.2.

6.2.1.2 Kunnskap om kapitalkostnader

Økonomiavdelingen ved UUS har valgt å *ikke fordele avskrivningskostnadene* ut på de forskjellige divisjonene og avdelingene, til tross for at dette kan svekke styringssignalene som de ulike lederne får. Ved at UUS ikke fordeler avskrivningene, gjør dette at de medisinske lederne ikke får et godt bilde av hvor mye kapital de har bundet opp i driftsmidler, og heller ikke hvordan dette forandres fra år til år som en følge av investeringer og slitasje. Grunnen til at UUS har valgt å ikke fordele avskrivningskostnadene er blant annet fordi økonomiavdelingen mener åpningsbalansen ikke er godt nok spesifisert. Dette gjør at det er vanskelig å fordele avskrivningene på de enkelte avdelingene. Økonomiavdelingen presiserer videre at de ønsker å fordele avskrivningene, men at de på grunn av manglende kapasitet enda ikke har klart å finne og implementere løsningen.

De ulike avdelingene ved UUS belastes ikke med avskrivningene, dette er noe som belastes driftsteknisk avdeling. Dette gjør at de ikke får oversikt over hvor mye det regnskapsmessig koster å ha de driftsmidlene de faktisk har i avdelingen. De får med andre ord aldri en full oversikt over kostnadene. Et problem som kan oppstå som en følge av dette er at de medisinske lederne grunnet den manglende belastningen av avskrivningene ikke har noen forståelse av kostnadene knyttet til investeringer. Av den grunn har de ingen insentiver for å tenke økonomisk ved anskaffelse av utstyr. Dette er i UUS løst ved at de medisinske lederne ute i avdelingene ikke har et eget investeringsbudsjett, og dermed heller ikke har det endelige

beslutningsansvaret ved investeringsbeslutninger. Controlleren kan fortelle følgende om investeringsprosessen:

”... en praksis hvor man har utvalg som er satt sammen av nøkkelpersoner fra hver divisjon som da altså går gjennom hva som er tilgjengelig av midler, og da sammen med medisinsk-teknisk gjør en vurdering på hvor man trenger utstyret mest.”

For å sikre gode investeringsbeslutninger som tar hensyn til både medisinske og økonomiske aspekter, har UUS valgt å organisere et investeringsutvalg med fagkompetanse innen både medisin og økonomi. De ulike avdelingene setter opp behovene sine i prioritert rekkefølge og sender dette inn til utvalget, som igjen bestemmer hva investeringsbudsjettet skal brukes på. Dette skaper imidlertid en *ønskelisteproblematikk* ved at de medisinske lederne får insentiver til å lage lange ønskelister. Ved å fremme mange krav gir de medisinske lederne inntrykk av at deres avdeling trenger mye utstyr. Når de heller ikke belastes med avskrivningene av driftsmidlene har de ingen insentiver til å ikke forsøke å få investert mest mulig i avdelingen.

Denne ønskelisteproblematikken var imidlertid i større grad aktuell tidligere. Da ble investeringene behandlet sentralt, uten den innsikten utvalget får av at det nå består av nøkkelpersoner fra divisjonene og medisinsk-teknisk avdeling. Ifølge controlleren har det tidligere vært svært mange tilfeldige investeringsbeslutninger. Dette har bedret seg etter at den nye løsningen ble innført. Den brede kompetansen kommer til nytte ved at mange av de som sitter i utvalget til sammen har god kunnskap om både behov for medisinsk utstyr og kunnskap om økonomi. Denne kompetansen gjør igjen at utvalget er godt rustet til å avsløre ”spillet” som ønskelistene er en del av, og er derfor med på å redusere dette problemet.

Ved at avskrivningene ikke fordeles ut på avdelingsnivå og avdelingene heller ikke har egne investeringsbudsjetter, vil de heller ikke ha like store insentiver for å vedlikeholde og ta vare på driftsmidlene. Den tekniske levetiden kan av denne grunn ende opp med å være kortere enn den økonomiske, jamfør diskusjonen i kapittel 2.3.2. Dette kan skje dersom avdelingene uavhengig av levetiden på utstyret får nytt utstyr når det gamle er utslitt, og utsliting av utstyr ikke får negative konsekvenser for avdelingens økonomi. Avdelingen har da svakere insentiver for å vedlikeholde utstyret slik at det varer ut den økonomiske levetiden. Ved at alle investeringer går gjennom et investeringsutvalg, kan ikke avdelingene forvente at dårlig

vedlikehold blir ”belønnet” med stadig nytt utstyr. Dette reduserer faren for at avdelingen ikke vedlikeholder driftsmidlene.

Selv om økonomiavdelingen har valgt å ikke fordele avskrivningene ut på avdelingene, er dette likevel noe de ønsker å gjøre. Representanten fra økonomiavdelingen begrunner dette valget på følgende måte:

”Det skyldes blant annet åpningsbalansen som ikke er godt nok spesifisert og fordelt, og dermed vanskelig å splitte på de enkelte enhetene, samt ordningen med avskrivningstilskudd og investeringstilskudd som vi må finne en anvendelig modell for å fordele. (...) Det handler rett og slett om manglende tid/kapasitet i økonomiavdelingen til å finne løsningen, og implementere den.”

Som en følge av at de medisinske lederne slipper å hensynta avskrivninger når de foretar beslutninger, har de ikke opparbeidet seg vesentlig forståelse for dette temaet. Det meste av de medisinske ledernes økonomiske kunnskap er ervervet gjennom ”learning by doing”. Av den grunn trenger de solid kursing og opplæring innen temaet, før økonomiavdelingen i fremtiden eventuelt avgjør å fordele avskrivningene og kapitalkostnadene ut på de ulike avdelingene.

6.2.2 Endring av profesjonell identitet

Ved UUS har de medisinske ledernes profesjonelle identitet endret seg til en viss grad. Dette kan ses i sammenheng med *nye krav fra sentralt hold* som krever en større økonomisk forståelse enn hva som tidligere var tilfellet. Innføringen av en *desentralisert controller-funksjon* har sammen med *kurs* vært med på å øke forståelsen for økonomi blant de medisinske lederne. Dette har i tillegg til en *økt tilgang til økonomisk informasjon* bidratt til å endre deres profesjonelle identitet.

For at pasientene skal få den nødvendige behandlingen, har den medisinske lederen langt mer enn kun et medisinsk ansvar. Den medisinske lederen må også være bevisst på at økonomien i avdelingen spiller en viktig rolle for å kunne møte pasientenes behov. Det er viktig at man har ressurser til å møte de umiddelbare behovene, samt at man har kapasitet til å møte de behovene som kan forventes i fremtiden.

Gjennom *nye krav* stilt av staten til helseforetakene, har de medisinske lederne fått endret sine arbeidsoppgaver og dermed også deres profesjonelle identitet. Dette er i tråd med teorien utledet av Brante (2005), nærmere diskutert i kapittel 2.4. Denne teorien sier at relasjonen mellom profesjon og stat er den viktigste mekanismen når det gjelder å forstå profesjonsutviklingen i et land. Den medisinske lederen kan fortelle følgende om arbeidsoppgavene har forandret seg de senere årene:

”Ja, voldsomt i byråkratisk retning. Det som har vokst mest innen helsesektoren de siste årene er ”ikke-pasientrettet arbeid”.”

I dette ”ikke-pasientrettede arbeidet” er det viktig at de medisinske lederne får den støtten de trenger fra blant annet controllerne, da dette tradisjonelt ikke har vært det viktigste i de medisinske ledernes arbeidshverdag. Controllernes viktigste arbeidsoppgaver blir oppsummert på følgende måte av en av controllerne ved UUS:

”Det er jo å bistå divisjonsdirektøren, som er min sjef, med best mulig styringsinformasjon til henne, slik at hun kan gjøre de best mulige beslutningene. Så er det jo opplæring av avdelingsledere (...) Og så er det jo selvfølgelig å påse at regnskapene er mest mulig korrekte til enhver tid, budsjettering på den delen av året det foregår.”

Det er hovedsakelig opp til de medisinske lederne å oppsøke controllerne dersom de lurer på noe. Dette foregår stort sett gjennom forespørsler etter at problemene har oppstått, noe controllerne uttrykker en viss misnøye med. Controllerne ønsket at de medisinske lederne var mer proaktive. Dette kan imidlertid være et resultat av at de medisinske lederne ikke føler seg bekvemme når de stiller spørsmål til controllerne, noe som ble nærmere behandlet i kapittel 6.2.1.1 Denne avstanden kan likevel være med på å gjøre de medisinske lederne mer selvstendige enn hva de ville vært dersom de hadde jobbet veldig tett. Dette er en faktor som kan forsterke endringen i den profesjonelle identiteten. Controllerne jobber likevel mye tettere med de medisinske lederne nå enn hva som var tilfellet tidligere, da controllerne var ansatt sentralt i økonomiavdelingen. En annen vesentlig forskjell fra den tidligere situasjonen er at det grunnet desentraliseringen har blitt langt flere kontrollere i helseforetaket. Før controllerfunksjonen ble desentralisert var det i økonomiavdelingen kun seks kontrollere, mens det etter desentraliseringen er 25 kontrollere fordelt ut over foretaket. Langt flere

controllere har sammen med en desentralisert struktur gjort det enklere for de medisinske lederne å få til et godt samarbeid med controllerne.

Ved UUS har de valgt å desentralisere controllerfunksjonen til en viss grad. UUS har på mange måter valgt en mellomting mellom en fullstendig desentralisering, som innebærer å ha controllerne ute i de respektive avdelingene, og en fullstendig sentralisering, der controllerne sitter sentralt i økonomiavdelingen. Dette har både fordeler og ulemper. En av ulempene ved å velge en slik mellomløsning er at controller og medisinsk leder ikke får et like tett bånd som de ville fått dersom de hadde jobbet i samme avdeling. Likevel blir båndet tettere enn det ville vært dersom controllerne hadde sittet sentralt i økonomiavdelingen. Controlleren uttrykte følgende på spørsmål om de hadde gjort en like god jobb dersom de hadde blitt flyttet tilbake til økonomiavdelingen igjen:

”... det er klart, og det merker jeg, at de som sitter sentralt i økonomiavdelingen mangler en del forståelse for driften ute i avdelingene. Jeg tror det er hensiktsmessig at vi sitter ute.”

En annen ulempe ved en sentralisert struktur er at controllerne kan ha problemer med å forstå kjernevirksomheten i helseforetaket. Dette er en forståelse de ikke tilegner seg gjennom utdanning, men som må bygges opp gjennom kontakt med medisinske fagpersoner. Denne forståelsen oppnås best ved at de jobber ute i avdelingene. Både controller og medisinsk leder påpeker her viktigheten av å bygge opp denne forståelsen slik at controllerne er i stand til å gjøre en best mulig jobb.

Den løsningen som er valgt ved UUS kan imidlertid påvirke lojalitetsforholdet mellom controlleren og den medisinske lederen. Med en desentralisert controllerfunksjon kan controlleren ha større lojalitet til egen divisjon og ikke så mye til helseforetaket som helhet. Dette er imidlertid et problem som representanten for økonomiavdelingen ikke anså for å være nevneverdig ved UUS. Likevel kan dette også anses for å være en fordel da det kan medvirke til at samarbeidet mellom controllerne og de medisinske lederne blir bedre. Grunnen til dette er at controllerne da ikke blir ansett for kun å være økonomiavdelingens forlengede arm. Når controllerne kommer med innspill som de medisinske lederne ikke umiddelbart er enige i, er det viktig at controllerne blir ansett for å være en del av teamet. På

den måten vil man redusere risikoen for at innspillene blir avvist fordi de medisinske lederne oppfatter at controllerne hensyntar andre interesser enn det de medisinske lederne gjør.

Ifølge Nylehn og Støkken (2002) har leger noen av de sterkeste profesjonelle identitetene. Dette gjør at den er langt vanskeligere å forandre enn hva som hadde vært tilfellet dersom den profesjonelle identiteten hadde vært svak. Yrkesutøvere med sterke profesjonelle identiteter har i mange tilfeller en tendens til å avvise ideer som er i strid med deres opprinnelige identitet. For leger vil økonomisk tankegang ofte oppleves å være i strid med deres opprinnelige identitet. Leger vil derfor ikke vektlegge økonomiske argumenter når medisinske beslutninger tas. Dette gjør opplevelsen av å være på samme lag viktig, fordi controllerne har større påvirkningskraft når de medisinske lederne opplever at de drar i samme retning.

Økonomiavdelingen har de siste årene gradvis endret sin rolle i foretaket. Blant annet spiller de en viktigere rolle i utviklingen av helseforetakets strategi. Den kanskje viktigste forandringen kommer imidlertid som følge av at helseforetaket nå må forholde seg til regnskapsloven. Dette har gjort at det kreves et langt høyere kompetansenivå enn tidligere, noe som igjen har ført til oppbygging av kompetansen ved å ansette folk med mer kunnskap om regnskap og økonomi. Denne økte kompetansen kommer de medisinske lederne til gode blant annet gjennom at kvaliteten i regnskapstall og økonomiske rapporter blir bedre. Kvalitetssikret økonomisk informasjon sikrer derfor et bedre beslutningsgrunnlag for de medisinske lederne.

Tilgangen til økonomisk informasjon har økt betraktelig de siste årene ved UUS. Oppdatert informasjon er nå å finne på helseforetakets intranett, informasjon som tidligere kun var tilgjengelig gjennom månedlige rapporter. Det kan her selvsagt stilles spørsmålstegn ved om dette kommer som et resultat av reformen eller om det er et resultat av den generelle teknologiske utviklingen. Med dagens datasystemer er det mye enklere å ha web-baserte løsninger hvor man kan få oppdatert informasjon som er tilpasset den enkelte bruker av tjenesten. Den teknologiske utviklingen har her muliggjort en lettere tilgang til oppdatert informasjon. Det interessante i denne forbindelse er imidlertid at de medisinske lederne benytter seg aktivt av denne informasjonen som beslutningsstøtte.

Et annet interessant spørsmål som kan være med på å underbygge at den medisinske lederen føler at tilgangen til denne informasjonen er nyttig, er om vedkommende ønsker tilgang til mer økonomisk informasjon:

”Det er jo masse rapporter økonomene kan komme inn på som jeg ikke har tilgang til. Det går på diagnoserapporter, økonomiske rapportert for eksempel... Hvis jeg vil gå inn å se på forskjellige prosjektkonti som ligger under avdelingen, så har ikke jeg tilgang til det. Det er flere sånne rapporter jeg ikke har tilgang til.”

Det at den medisinske lederen faktisk benytter den økonomiske informasjonen og etterlyser mer enn det vedkommende har tilgang til, er en indikator på at vedkommende anser denne type informasjon for å være nyttig i sitt virke som medisinsk leder. Dette kan indikere at den medisinske lederen i tillegg til medisinkunnskap også ser på økonomikunnskap som et viktig aspekt når beslutninger skal tas. De medisinske lederne har altså innsett viktigheten av å ha kontroll på kostnadene i avdelingen gjennom informasjonssystemene. Denne kontrollen gir dem mulighet til å planlegge driften i avdelingen bedre. Likevel mener de at de ikke kan forandre aktivitetsnivået i avdelingen uten at dette får negative konsekvenser for pasientbehandlingen. At kunnskapsgrunnet som ligger til grunn for de vurderingene som profesjonsutøveren tar har endret seg, tilsier at den profesjonelle identiteten også har endret seg. Dette fordi kunnskapen som ligger til grunn for beslutningene er et av de viktigste kriteriene som skiller de profesjonelle identitetene fra hverandre, jamfør diskusjonen i kapittel 2.4. Denne utviklingen kan også ses i sammenheng med at NPM fremtvinger en mindre ensrettet profesjonsutøvelse, hvor kunnskap fra andre fagområder trekkes inn. Representanten fra økonomiavdelingen svarer følgende på spørsmål om hvordan kravene til de medisinske ledernes kompetanse har endret seg de senere årene:

”... det stilles langt høyere krav til de medisinske lederne enn før, det er ikke lengre nok å bare være medisinfaglig kompetent for å kunne fungere i en lederrolle på sykehuset.”

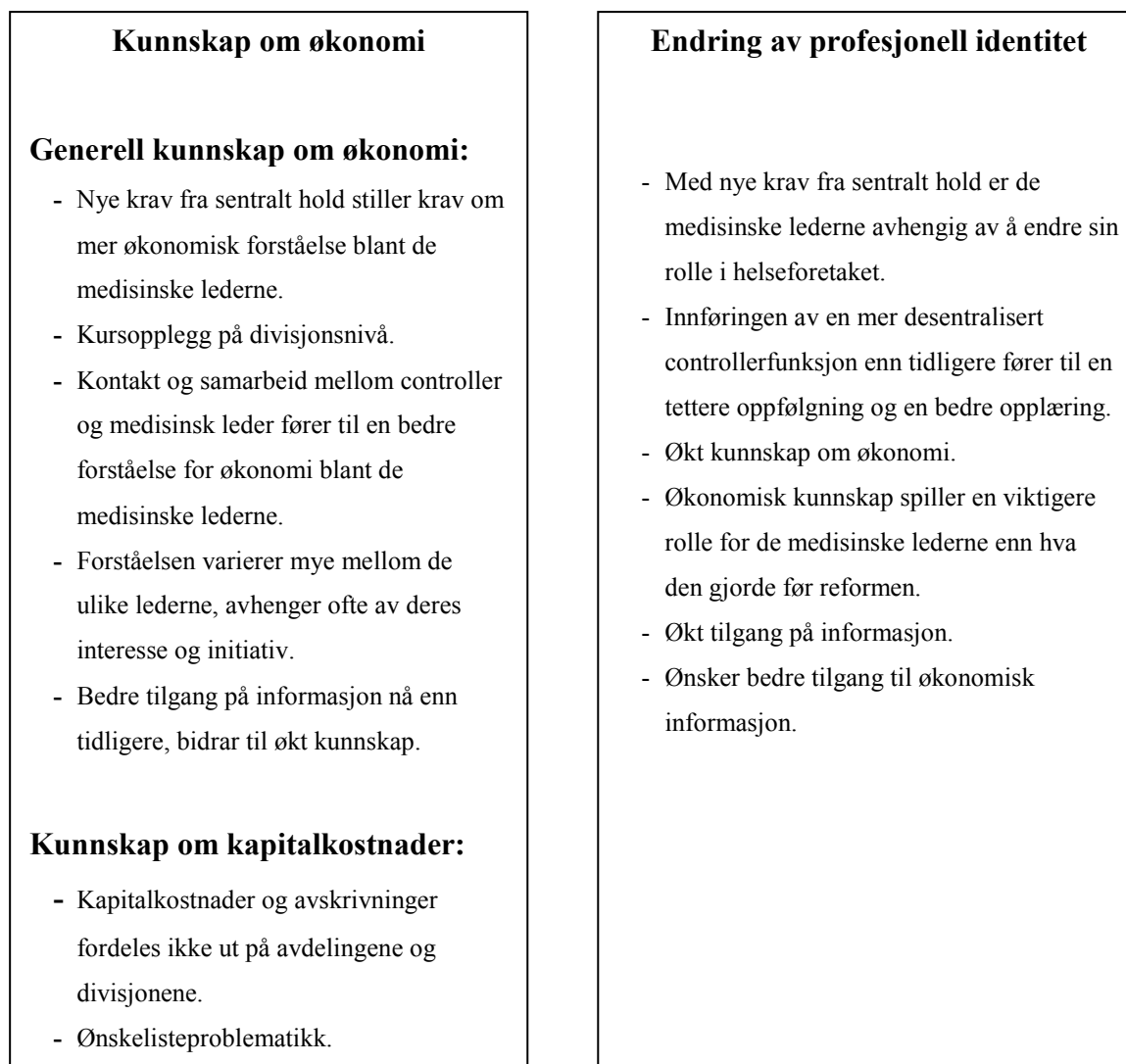
Kravet om at medisinske ledere må være mer enn kun medisinfaglig kompetente, har gjort sitt til at de medisinske lederne har måttet trekke inn kunnskap om blant annet økonomi for å fatte best mulige beslutninger. Dette er i tråd med teorien utledet i kapittel 2.4 som sier at de

profesjonelle identitetene ikke er konstante over tid, men hele tiden er i utvikling. Dette ser ut til å stemme overens med hva som har skjedd ved UUS. Her kan det virke som om de medisinske lederne legger mer vekt på økonomi når de tar beslutninger enn hva de gjorde tidligere. Man skal imidlertid være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner om dette, da det fra flere hold ble uttrykt at det er store forskjeller i hvor mye kunnskap de medisinske lederne har om økonomi. Denne forskjellen kommer som en følge av både egen interesse for fagfeltet og kontrollernes tilnærming til strukturen i avdelingene. Mens noen kontrollere har lagt vekt på å gjøre mest mulig økonomirelatert arbeid selv, har andre lagt vekt på å gjøre de medisinske lederne i stand til å gjøre dette.

På spørsmål om hvordan medisinsk leder forholder seg til økonomien i avdelingen gis det uttrykk for at personen styrer avdelingen i henhold til de økonomiske rammebetingelsene. Dette gjøres ved kontinuerlig oppfølging av budsjettet ved hjelp av informasjonssystemet. Men selv om økonomien spiller en rolle ved beslutningstakingen, er det fremdeles hovedsakelig medisinske kriterier som ligger til grunn når de medisinske lederne tar beslutninger. Kravene som stilles til dem som ledere har forandret seg. De har langt større tilgang til økonomisk informasjon enn tidligere og benytter denne jevnlig. En viss forandring i profesjonell identitet kan altså spores, men hensynet til pasientene er fremdeles det viktigste.

6.2.3 Oppsummering

Funnene fra analysen kan kort oppsummeres i en figur:



Figur 6 - Oppsummering av analysen, Ullevål Universitetssykehus

Ved UUS er det flere aspekter som tilsier at det har skjedd en endring i de medisinske ledernes profesjonelle identitet. Endringen har kommet som et resultat av nye krav fra myndighetene, krav de har kunnet oppfylle gjennom deltakelse på kurs og en tettere kontakt med controllerne enn tidligere. Denne kontakten har vært med på å øke den generelle forståelsen for økonomi. At økonomikunnskap ligger på siden av hva som er kjernekompetansen for de medisinske lederne, gjør at interessen for å tilegne seg denne kunnskapen varierer mellom de ulike medisinske lederne. Den økte tilgangen til økonomisk informasjon har også bidratt til å at de medisinske lederne har måttet øke kunnskapen sin på

dette området. Siden UUS har valgt å ikke fordele avskrivningene ut på divisjonene og avdelingene, gjør dette at de medisinske lederne ikke får det fulle kostnadsbildet.

Ifølge Nylehn og Støkken (2002) er leger blant profesjonene som har den sterkeste profesjonelle identiteten. Denne identiteten kan imidlertid påvirkes gjennom at det stilles nye krav til profesjonsutøverne, dette forutsetter imidlertid at de får tilgang til den nye kunnskapen som de nye kravene krever. Dette ser ut til å ha skjedd til en viss grad ved UUS. De medisinske lederne er fremdeles først og fremst leger, samtidig som de forsøker å styre økonomien i avdelingen de er satt til å lede.

7 Sammenligning av de to helseforetakene

Med utgangspunkt i analysene i kapittel 5 og 6, vil dette kapittelet sammenligne og koble funnene opp mot figur 3. For å forsøke å forklare funnene fra denne rapporten vil de bli analysert opp mot forskningen av Østergren (2007). Dette kapittelet følger samme oppbygning som de to foregående kapitlene, men vil under hvert delkapittel ta for seg likheter og forskjeller mellom de to helseforetakene.

7.1 Kunnskap om økonomi

Begge helseforetakene ble underlagt de samme *lover og vedtekter* som *helsesektoren* ble underlagt etter reformen i 2002. De har imidlertid valgt å løse de nye utfordringene på to litt forskjellige måter. Ved Helse Bergen er kontakten mellom medisinsk leder og controller tettere enn den er ved UUS. Ved Helse Bergen sitter controllerne på avdelingsnivå, i motsetning til UUS hvor de sitter på divisjonsnivå. UUS har også gjennomført kurs for de medisinske lederne, noe som ikke er gjennomført ved Helse Bergen. Det er likevel gjennom samarbeidet mellom medisinsk leder og controller at de medisinske lederne har ervervet det meste av økonomikunnskapen.

7.1.1 Generell kunnskap

Læringsprosessen som de medisinske lederne har gjennomgått for å tilegne seg kunnskap om økonomi, har vært delvis forskjellig i de to helseforetakene. I begge helseforetakene har kontakten med kontrollere vært den viktigste måten de medisinske lederne har tilegnet seg kunnskap om økonomi på. Begge helseforetakene har lagt mest vekt på "learning by doing". Dette går ut på at de medisinske lederne takler utfordringene som dukker opp underveis, med *støtte fra controllerne* på de områder hvor de ikke har den nødvendige økonomiske kunnskapen. Denne kontakten er imidlertid tettere ved Helse Bergen enn ved UUS, og det er interessant at den medisinske lederen ved UUS ønsket seg en controller i sin egen avdeling, hvilket var tilfellet ved Helse Bergen. UUS forsøker blant annet å kompensere for den ikke fullt så tette kontakten gjennom mer *kursing* enn hva de har hatt ved Helse Bergen. I tillegg til den daglige kontakten mellom medisinsk leder og controller, har Helse Bergen organisert økonomimøter hvor både administrerende direktør og økonomisjef har vært til stede. Her har blant annet regnskapsprinsipper og nye retningslinjer for helseforetakene blitt gjennomgått.

En annen forskjell mellom de to helseforetakene er kompetansekravet som stilles til controllerne. Ved Helse Bergen er det flere kontrollere uten høyere økonomisk utdanning, mens det ved UUS er krav om høyere økonomisk utdanning for å være controller.

I begge helseforetakene er de medisinske lederne interessert i å lære mer om økonomi viktige kriterier for å tilegne seg økonomisk kunnskap. De siste årene har helseforetakene også gjennomgått en **strukturendring** i retning av en mer desentralisert struktur. En slik desentralisert struktur har gjort at avdelingslederne er ledere med ansvar for driften i de respektive avdelingene. Noe som gjør at de i begge helseforetakene ser nytten av å ha god kunnskap om økonomi for å ivareta egen avdelings interesser på best mulig måte. Dette kan imidlertid variere litt med strukturen som er valgt i de ulike avdelingene og divisjonene. Denne variasjonen finnes ikke kun mellom de to helseforetakene, men også innad i disse. Variasjonen kommer av at noen avdelinger og divisjoner ved de to helseforetakene har valgt å la controlleren ta seg av det meste av det økonomirelaterte arbeidet, mens andre har valgt å lære de medisinske lederne opp til å gjøre dette selv.

De medisinske lederne *tilgang til informasjon* er god i begge helseforetakene, hvor dette er ivaretatt gjennom et intranettsystem med oppdatert informasjon. Det er imidlertid forskjeller mellom hvor ofte de medisinske lederne er inne på dette systemet for å søke informasjon. Mens lederen ved Helse Bergen er inne én gang i uka, er lederen ved UUS inne på dette systemet daglig. Dette kan ses i sammenheng med de ulike strukturene i de to helseforetakene. Ved Helse Bergen er kontakten mellom medisinsk leder og controller mye tettere enn ved UUS. Dette gjør at den medisinske lederen ved UUS må være mer aktiv for å følge med på den økonomiske situasjonen i avdelingen. De medisinske lederne etterlyser imidlertid mer økonomisk informasjon gjennom dette systemet, hvilket underbygger at deres **profesjonelle identitet** også inkluderer mer **kunnskap om økonomi** i beslutningssammenheng. Dette kan ses i sammenheng med funn fra Østergren (2007), hvor det ble uttalt at Helse Øst ikke ønsket å gjøre styringen for komplisert for de medisinske lederne. De var redd for at en slik styring ville redusere interessen til de medisinske lederne.

7.1.2 Kunnskap om kapitalkostnader

Helse Bergen og UUS har valgt ulik tilnærming til avskrivningene i helseforetakene. Mens de ved Helse Bergen har valgt å fordele avskrivningene ut på avdelingene gjennom

leiekostnader, som i stor grad tilsvarende avskrivningene, har UUS valgt å ikke fordele disse. Til tross for at leiekostnaden ikke er den samme som avskrivingskostnaden, den inneholder også andre elementer, gjør dette at avdelingene ved Helse Bergen får et bedre bilde av de kostnadene de belaster helseforetaket med, enn hva avdelingene ved UUS får. De ulike avdelingene har heller ikke et eget investeringsbudsjett, men signaliserer investeringsbehovene sine gjennom et investeringsutvalg, hvilket kan resultere i en såkalt ønskeliste-problematikk i begge helseforetakene. En annen forskjell mellom Helse Bergen og UUS er deres tilnærming til for tidlig utslitte driftsmidler. Ved Helse Bergen belastes de ulike avdelingene med den resterende verdien på et for tidlig utslitt driftsmiddel. Dette er ikke tilfellet ved UUS, hvor denne verdien heller belastes driftsteknisk avdeling. UUS vil derfor ha svakere insentiver til å vedlikeholde driftsmidlene slik at de varer ut den økonomiske levetiden.

I forbindelse med fordelingen av kapitalkostnader har helseforetakene valgt forskjellige løsninger. Begge opererer stort sett under de samme rammebetingelsene, men har likevel valgt forskjellig tilnærming. Dette kan henge sammen med den forskjellen som er påvist i forholdet mellom medisinsk leder og controller, som har vært den viktigste måten for de medisinske lederne å opparbeide seg slik kunnskap på. Ved Helse Bergen, hvor det er en tett kobling mellom medisinsk leder og controller, fordeler de kostnadene til avskrivningene ut på avdelingene, til tross for at de ”skjules” som leie. Ved UUS er denne koblingen imidlertid ikke fullt så sterk og de har valgt å ikke fordele noen av disse kostnadene.

Begge helseforetakene har videre valgt samme løsning når det skal foretas investeringsbeslutninger. Her blir et utstyrsbehov rapportert til et investeringsutvalg med representanter fra både medisinske ledere, økonomiavdeling og fra driftsteknisk avdeling. Disse tar så stilling til hvorvidt avdelingene skal få innvilget sine rapporterte behov. Dette er med på å skape en såkalt *ønskeliste*problematikk i begge helseforetakene. Problemet denne ”ønskelisten” skaper er imidlertid sterkere ved UUS der kapitalkostnader ikke fordeles, noe som gjør at kostnaden ved å ha ”for mange” driftsmidler i avdelingen er langt lavere enn ved Helse Bergen. En annen forskjell mellom Helse Bergen og UUS er at for tidlig utslitte driftsmidler ikke blir belastet avdelingene ved UUS. Dette gjør at insentivene for å vedlikeholde driftsmidlene slik at teknisk levetid er lik økonomisk levetid her vil være langt svakere.

7.2 Endring av profesjonell identitet

Siden Helse Bergen og UUS er underlagt de samme krav og betingelser, er *relasjonen mellom stat og profesjon* den samme i begge helseforetakene. Kravene som stilles til en medisinsk leder er stort sett de samme i begge helseforetakene. Forskjellen ligger imidlertid i hvordan de to helseforetakene har valgt å drive opplæring av de medisinske ledernes økonomiske kunnskap. Helse Bergen har valgt en tett kobling mellom de medisinske lederne og controllerne på avdelingene, mens UUS har valgt å la controllerne arbeide på divisjonsnivå. Dette gjør at denne koblingen ikke er like sterk ved UUS som den er ved Helse Bergen. Det meste av økonomikunnskapen som de medisinske lederne nå trenger er ervervet nettopp gjennom samarbeidet med controllerne. På grunn av ulik tilnærming til controllerens nærhet til medisinsk leder ved de to helseforetakene har også kunnskapsservervelsen vært forskjellig. En slik kunnskapsservervelse kan ses i sammenheng med teorien utledet av Llewellyn (2001), hvor uttrykket toveis-vindu blir brukt som en metafor for hvordan leger i tillegg til kunnskap om medisin også har tilegnet seg kunnskap om ledelse. Dette gjør at de medisinske lederne ser hver sak fra to sider.

Ifølge studien av Østergren (2007) etterlyser mange medisinske lederne ved Helse Øst kunnskap om både strategisk ledelse, økonomi, juss og personalpolitikk. Ved Helse Vest ble det imidlertid kun etterlyst mer kunnskap om strategisk ledelse, meget få etterlyste mer kunnskap om økonomi. Denne forskjellen kan forklares med funnene i denne rapporten. Ved Helse Bergen har medisinsk leder en tettere kontakt med controller enn hva som er tilfellet ved UUS. På grunn av denne tette koblingen er ikke behovet for mer økonomisk kunnskap like stort i Helse Vest som ved UUS. Dette kommer av at medisinske ledere ved Helse Bergen gjennom det tette samarbeidet får en bedre opplæring enn hva som er tilfellet ved UUS. Et slikt samarbeid kan forklare at få medisinske ledere ved Helse Bergen etterlyser mer kunnskap om økonomi.

Østergren (2007) påpekte også en viktig forskjell i de medisinske ledernes påvirkningskraft i forhold til budsjettet. Her spiller medisinske ledere en større rolle ved Helse Vest enn ved Helse Øst. Dette kan også ses i sammenheng med funnene i denne rapporten. Får de medisinske lederne mer innvirkning på budsjettet, vil de også ha et større ønske om å tilegne seg mer kunnskap om økonomi. Siden dette ikke er like fremtredende ved Helse Øst kan dette være en grunn til at de medisinske lederne her ikke er like interesserte i å lære om økonomi,

og kan derfor forklare kunnskapsforskjellen mellom de medisinske lederne i de to helseforetakene. Østergren (2007) påviser også at et større økonomisk ansvar påvirker hvordan de oppfatter rollen sin. De medisinske lederne i Helse Vest la blant annet mye mer vekt på budsjettet når de planla aktiviteten i avdelingen, og knyttet mer personlig prestisje til det å ikke overskride budsjettet, enn hva de medisinske lederne gjorde i Helse Øst. Videre følte de i langt større grad ubehag ved å presentere et overskredet budsjett. Dette kan også ses i forbindelse med de ulike *strukturene* i helseforetakene.

I Helse Bergen sitter controllerne ute i avdelingene, noe som gjør at de får et tettere forhold til de medisinske lederne enn hva som er tilfellet ved UUS. Dette mener den medisinske lederen ved Helse Bergen har vært svært nyttig i tiden etter helsereformen, men nå ikke lenger er like nyttig. Behovet for å ha økonomisk kompetanse å støtte seg til er fremdeles til stede, men er ikke like viktig som tidligere. Ved UUS ble det fra medisinsk leders side uttrykt et behov for å ha en egen controller på avdelingsnivå. Sett i sammenheng med funnene til Østergren (2007) indikerer dette at den medisinske lederen ved Helse Bergen har fått mye av den nødvendige økonomiopplæringen for å utføre det som blir ansett for å være de viktigste arbeidsoppgavene, jamfør de fire punktene nevnt i kapittel 5.2.2. Østergren (2007) viser at de medisinske lederne i Helse Øst etterlyser mer kunnskap om økonomi, noe som kan ses i sammenheng med at den medisinske lederen ved UUS i denne rapporten uttrykte et ønske om en controller ansatt på avdelingsnivå. Dette gjør at det kan se ut som den profesjonelle identiteten til den medisinske lederen ved Helse Bergen har forandret seg mer enn hva som er tilfellet for lederen ved UUS.

I begge helseforetakene har de medisinske lederne *tilgang til økonomisk informasjon* gjennom et intranettsystem. Dette er et system benyttet av begge de medisinske lederne, men oftere av den medisinske lederen ved UUS. Den medisinske lederen ved Helse Bergen overlater detaljkontrollen til controlleren, og nøyer seg med et innsyn på et overordnet nivå. Ved UUS er det naturlig at den medisinske lederen er inne i systemet og ser på den økonomiske informasjonen oftere, grunnet at samarbeidet mellom medisinsk leder og controller ikke er like tett som ved Helse Bergen.

Forskjellen i kunnskap om økonomi hos de medisinske lederne i de to respektive helseforetakene, kan ses i sammenheng med hvordan forskjellene innad i helseforetaket har påvirket den profesjonelle identiteten. Dette har i tillegg til å ha vært et resultat av strukturen i

helseforetaket også vært et resultat av de ulike medisinske ledernes innstilling til å tilegne seg kunnskap om økonomi. Mange leger kan oppfatte at denne kunnskapen kommer i konflikt med deres sterke profesjonelle identitet (Illeris 2006; referert fra Irgens 2007).

DEL V: AVSLUTNING

8 Konklusjon

Dette kapittelet vil oppsummere funnene fra analysen utført under del IV. Grunnet oppbyggingen av problemstillingen vil denne bli besvart under to forskjellige delkapitler, før det gjennomføres en diskusjon og validering av resultatene. Avslutningsvis blir det gitt forslag til videre studier.

Hensikten med denne rapporten er å gjøre rede for hvordan de medisinske lederne har opparbeidet seg kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper, og hvordan dette har påvirket deres profesjonelle identitet.

8.1 Kunnskap om økonomi

Etter helsereformen i 2002 ble det stilt nye krav fra sentralt hold til driften av helseforetakene. Dette er noe begge de analyserte helseforetakene har vært nødt til å forholde seg til. Som en konsekvens av helsereformen har også tilgangen på økonomisk informasjon økt, noe som igjen har bidratt til å øke kunnskapskravet til de medisinske lederne. Over tid er dette en faktor som har påvirket de medisinske lederne til å øke sin økonomiske kunnskap ved at de nå får bruk for denne kunnskapen i praksis.

En vesentlig forskjell mellom de to analyserte helseforetakene er imidlertid deres tilnærming til hvordan de har økt denne forståelsen. Ved Helse Bergen er en tett kontakt mellom medisinsk leder og controller vektlagt. Her er controller plassert på avdelingsnivå for på best mulig måte kunne bistå medisinsk leder med økonomisk kunnskap. Dette er ikke tilfellet ved Ullevål Universitetssykehus (UUS), hvor kontakten mellom medisinsk leder og controller ikke er like tett. Her er controllerfunksjonen plassert på divisjonsnivå. En slik plassering medfører at kunnskapsoverføringen mellom medisinsk leder og controller ikke har vært like sterk som ved Helse Bergen. UUS har imidlertid supplert kunnskapsoverføringen med kurstilbud på divisjonsnivå. Ved Helse Bergen er ikke dette like fremtredende, da det her heller er holdt økonomimøter mellom medisinsk leder og nøkkelpersoner fra økonomiavdeling. En viktig presisering her er at forståelsen de medisinske lederne har for økonomi ofte gjenspeiler deres interesse for dette fagområdet. Dette er noe som gjelder ved begge helseforetakene.

De medisinske ledernes forståelse for kapitalkostnader og avskrivninger er generelt mangelfull ved begge helseforetakene. Dette kan ses i sammenheng med hvordan de to helseforetakene har valgt å fordele disse. Ved Helse Bergen blir kapitalkostnader fordelt ut på avdelingene i form av leiekostnader. UUS har imidlertid valgt å ikke fordele disse kostnadene i det hele tatt. Dette medfører at de medisinske lederne ved Helse Bergen får en større forståelse for at det er en kostnad forbundet med å ha driftsmidler.

Videre har begge helseforetakene valgt samme løsning ved investeringsbeslutninger. Dette kan være med på å skape en såkalt ønskeliste-problematikk hvor de medisinske lederne kan rapportere inn et høyere utstyrsbehov enn hva som er reelt. Denne ønskeliste-problematikken er imidlertid sterkere ved UUS. Her blir verken de planmessige kapitalkostnadene eller restverdi av for tidlig utslitte driftsmidler fordelt ut på avdelingene, noe som gjøres ved Helse Bergen. De medisinske lederne får dermed et bedre bilde av kostnadene ved å ha driftsmidler i avdelingen ved Helse Bergen enn ved UUS.

KONKLUSJON: Denne rapporten støtter opp om at de medisinske lederne har fått en økt kunnskap om økonomi. Dette har hovedsakelig skjedd gjennom tett kontakt med kontrollere. Kunnskapsøkningen har imidlertid vært større ved Helse Bergen, hvor koblingen mellom medisinske ledere og kontrollere er tettere enn hva som er tilfellet ved UUS.

8.2 Profesjonell identitet

Nye krav fra sentralt hold har resultert i at de medisinske lederne har vært nødt til å endre sine roller i helseforetakene. Disse kravene har resultert i at kunnskap om økonomi spiller en viktigere rolle for de medisinske lederne enn tidligere. Med en desentralisering av controllerfunksjonen har forholdet mellom medisinsk leder og personer med økonomisk kompetanse blitt mye tettere. Dette har gjort sitt til å øke de medisinske ledernes kunnskap om økonomi og dermed indirekte endret deres profesjonelle identitet. Denne kompetanse-overføringen har imidlertid vært større ved Helse Bergen enn ved UUS, mye grunnet en mindre avstand mellom medisinsk leder og controller. Dette kan indikere en større endring i den profesjonelle identiteten ved Helse Bergen, men analysen har imidlertid ikke klart å entydig påvise dette.

En annen indikator på at den profesjonelle identiteten har endret seg er de medisinske ledernes ønske om tilgang til enda mer økonomisk informasjon. Dette er et ønske som ble uttrykt ved begge helseforetakene. På bakgrunn av dette kan man konkludere med at medisinske ledere ved begge helseforetakene ser på denne informasjonen som viktigere enn tidligere når de skal ta beslutninger.

KONKLUSJON: Denne rapporten støtter opp om at det har forekommet en endring av de medisinske ledernes profesjonelle identitet. Dette kommer som en følge av at kunnskap om økonomi spiller en viktigere rolle for de medisinske lederne i beslutningstakingen. Inntrykket blir forsterket gjennom et ønske om tilgang til mer økonomisk informasjon blant de medisinske lederne.

8.3 Diskusjon og validering av resultatene

I denne rapporten har mye av informasjonen blitt innhentet gjennom dybdeintervjuer. Denne formen for informasjonsinnhentning kan medføre visse feilmarginer som kan føre til svekket pålitelighet. For å øke rapportens validitet har den innsamlede informasjonen blitt vurdert kritisk. I tillegg har de intervjuede informantene blitt stilt oppfølgingsspørsmål per e-post når nye momenter har dukket opp etter intervjuet.

Det er imidlertid viktig å presisere at det ikke er ønskelig at medisinsk leder skal ha en alt for rendyrket økonomisk tankegang. Til tross for at de medisinske lederne har tilegnet seg mer kunnskap om økonomi må den profesjonelle identiteten fremdeles være sterkest forankret i medisinsk kunnskap. Dette fordi det fortsatt er viktigst for den medisinske lederen å ivareta pasientens behov.

Grunnet rapportens begrensning i omfang er ikke analysen basert på et stort nok utvalg av respondenter til å kunne trekke entydige konklusjoner på tvers av helseforetakene. Dette har også gjort at resultatene ikke kan generaliseres til å gjelde alle medisinske ledere og helseforetak i Norge. Likevel gir det en indikasjon på forholdene.

8.4 Forslag til videre studier

Funnene fra denne rapporten kan på grunn av omfanget ikke generaliseres til å gjelde for alle helseforetakene i Norge. En bredere studie gjennomført i flere foretak og også i de andre regionale helseforetakene, vil av den grunn være interessant for å eventuelt påvise andre eller flere effekter som helsereformen har hatt på identiteten til de medisinske lederne.

I denne rapporten fokuseres det hovedsakelig på de medisinske ledernes forståelse for kapitalkostnader og avskrivninger. Under oppgaveprosessen viste det seg imidlertid at helseforetakene hadde valgt å ikke fordele dette ut på divisjonene og avdelingene. Her kan det være av interesse å redegjøre for hvorfor Helse Bergen "skjuler" fordelingen av kapitalkostnader ut på avdelingsnivå gjennom leie, mens UUS velger å ikke fordele disse. Videre kunne det også vært av interesse å se nærmere på hvordan andre aspekter innen bedriftsøkonomisk teori påvirker de medisinske ledernes profesjonelle identitet.

Et siste forslag til videre studier er en internasjonalisering av studiene for å se hvorvidt det man finner i Norge også kan støttes av resultater fra andre land. På den måten kan man analysere og avdekke om og hvordan de ulike landenes tilnærming til styring av helsevesenet virker inn på hvordan de medisinske ledernes profesjonelle identitet utvikler seg.

Referanser

Trykte publikasjoner

Alvesson, M. og Sköldbberg, K. (1994): *Tolkning och reflektion – Vetenskapsfilisofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Lund.

Bolton, S. C. (2003): *Multiple roles? Nurses as managers in the NHS*. (I: *The International Journal of Public Sector Management*. nr. 16, s. 122 – 130).

Brante, T. (2005): *Staten og professionerne*. (I: *Professionsidentitet i forandring*. Red: Eriksen, T. R. og Jørgensen, A. M. Akademisk Forlag, København, s. 16 – 35).

Christensen, T. og Lægroid, P. (2001): *New public management i norsk statsforvaltning*. (I: *Den fragmenterte staten – reformer makt og styring*. Red.: Tranøy B. S. og Østerud Ø. Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo, s. 67 – 95).

Dedekam, A. (2002): *Mikroøkonomi*. Fagbokforlaget, Bergen.

Guba, E. G. og Lincoln, Y. S. (1985): *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, CA.

Hagen, T. P. og Kaarbøe, O. M. (2004): *The Norwegian Hospital Reform of 2005: Central government takes over ownership of public hospitals*. Health Organization Research Norway, Oslo.

Hjort, K. (2006): *Diskursen om kompetenceutvikling*. (I: *Nordisk Pedagogik*, nr. 4, s. 333 – 345).

Hood, C. (1996): *Exploring Variations in Public Management Reform of the 1980s*. (I: *Civil service systems in comparative perspective*. Red: Bekke, H. A., Perry, J.L. og Toonen, T. A. Indiana University Press, Bloomington, IN, s. 268 – 287).

Irgens, E. J. (2007): *Profesjon og organisasjon: Å arbeide som profesjonsutdannet*. Fagbokforlaget, Bergen.

Jacobs, K. (2005): *Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy*. (I: *Financial Accountability & Management*, nr. 2, s. 135 – 161).

Jacobsen, D. I. (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS, Kristiansand.

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Kristoffersen, L. (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Abstrakt forlag, Oslo.

Johansson, S. E. og Samuelson, L. A. (1992): *Industriell kalkylering och redovisning*. 8. utg. Allmänna Förlaget, Stockholm.

Järvinen, J. (2006): *Hybridization and the professional roles of management accountants in the health care sector. A field study*. Presentert på EIASM-konferansen i Siena, 7.-9. september 2006.

Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2002): *Innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetningen ved norske sykehus*. Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Kinserdal, A. (2000): *Finansregnskap med analyse. Del 1*. 12. utg. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.

Kurunmäki, L. (2004): *A hybrid profession – The acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals*. (I: *Accounting, Organizations and Society*, nr. 3 & 4, s.327 – 347).

Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Lapsley, I. (1994): *Responsibility accounting revived? Market reforms and budgetary control in health care*. (I: *Management Accounting Research*, nr. 3 & 4, s. 337 – 352).

Llewellyn, S. (2001): *“Two-way Windows”*: *Clinicians as Medical Managers*. (I: *Organization Studies*, nr. 4, s. 593 – 623).

Malm, A. T. og Yard, S. (1985): *Kapitalkostnader i kommunal virksomhet: analys av den reala annuitetsmetoden*. Studentlitteratur, Lund.

Malhotra, N. K. og Birks, D. (2006): *Marketing research: an applied approach*. 2. europeiske utg. Financial Times/Prentice Hall, Harlow.

Miles, M. B. og Huberman A. M. (1994): *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2. utg. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Moos, L. og Krejsler, J. (2006): *Dominerende diskurser i talen om profesjoner*. (I: *Nordisk Pedagogik*, nr. 4, s. 281 – 287).

NOU 2003: 1: *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Statens forvaltningstjeneste, Oslo.

Nylehn, B. og Støkken, A. M. (2002): *De Profesjonelle : relasjoner, identitet og utdanning*. Universitetsforlaget, Oslo.

Olesen, H. S. (2006): *Diskurs og erfaring*. (I: *Nordisk Pedagogik*, nr. 4, s. 358 – 371).

Opstad, L. (2006): *Økonomistyring i offentlig sektor*. Gyldendal Akademisk Forlag, Oslo.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m.* Statens forvaltningstjeneste, Oslo.

Pettersen, I. J. (2006): *Umulighetens økonomi? Økonomistyring i helseforetakene*. (HMT - Helse/Medisin/Teknikk, nr. 5, s. 8 – 10).

Ringstad, V. (2003): *Offentlig økonomi og økonomisk politikk*. Cappelens Akademisk Forlag, Oslo.

Røvik, K. A. (1998): *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkning ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget, Bergen.

Sending, Aage (1999): *Innføring i bedriftsøkonomi*. 2. utg. Fagbokforlaget, Bergen.

Stark, A. (1994): *Avskrivningar : om anläggningstillgångar med långt liv i brancherna elproduktion och flerbostadshus*. Byggeforskningsrådet, Stockholm.

Østergren, K. og Sahlin-Andersson, K. (1998): *Att hantera skilda världar: lækares chefskap i møtet mellan proffesion, politik, och administration*. Landstingsförbundet, Stockholm.

Østergren, K. (2007): *Management control practices and clinician managers: the case of Norwegian health sector*. Presentert på EAA-konferansen i Lisboa, 23.-24. april 2007.

Internettpublikasjoner

www.dep.no

Innsatsstyrt finansiering

< <http://www.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/organisering/042031-990097/dokbn.html> >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.helse-bergen.no

^{1:} *Nøkkeltall for Helse Bergen 2005*

< <http://www.helse-bergen.no/NR/rdonlyres/eao3gth2cgp4fo3h72d43gvvwmonnpwcsufu5zsbplkudzzg2ilsc5fqorvdersx46gn6iy6j2vftn/rsrapportNETTpdf.pdf> >

(sist nedlastet 11.6.2007)

^{2:} *Ordforklaringer*

< http://www.helse-bergen.no/pasienter_og_paaroerende/Ordforklaringer/ordforklaringer.htm >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.helse-ost.no

Helse Øst årsrapport 2005

< http://www.helse-ost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=178&I=1694&D=2&mids=166a350 >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.helse-sorost.no

Velkommen til internettet til Helse Sør-Øst RHF

< http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?I=83&C=15&D=2 >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.helse-vest.no

Helse Vest årsrapport 2005

< http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/Arssrapport/2005/Arssrapport_2005_NETT.pdf >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.lovdatab.no

^{1:} *Lov-1998-07-17-56: Regnskapsloven - Lov om årsregnskap m.v.*

< http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiztldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19980717-056.html&emne=regnskapslov*&& >

(sist nedlastet 11.6.2007)

^{2:} *Lov-2001-06-15-93: Helseforetaksloven. Lov om helseforetak m.m.*

< http://lovdatab.no/cgi-wift/wiztldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-20010615-093.html&emne=helseforetak*&& >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.shdir.no

^{1:} *Hva er DRG-systemet*

< http://www.shdir.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/ >

(sist nedlastet 11.6.2007)

²: *DRG historien i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag*

< http://www.shdir.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/drg_historien_i_norge_fra_slutten_av_70_tallet_til_i_dag_63008 >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.ssb.no

Institusjonell sektorgruppering

< <http://www.ssb.no/vis/emner/10/13/isgrp/main.html> >

(sist nedlastet 11.6.2007)

www.ulleval.no

Ullevål universitetssykehus årsrapport 2005

< http://www.ulleval.no/modules/module_123/proxy.asp?iDisplayType=2&iCategoryId=54&iInfoId=2052&mids=a282a285a290a >

(sist nedlastet 11.6.2007)

Appendix

Intervjuguide

Presentasjon av oppgaven

Vi er studenter ved Norges Handelshøyskole som for tiden skriver vår masterutredning under arbeidstittelen ”Endring av profesjonell identitet – Helsereformens krav til økonomisk kunnskap blant de medisinske lederne”. Etter reformen i 2002 krever styringen av helseforetakene en helt annen forståelse for bedriftsøkonomiske prinsipper en hva som tidligere var påkrevd. Formålet med denne rapporten er å ta for seg hvordan og hvorvidt de medisinske lederne har ervervet seg denne forståelsen, og da mer spesifikt deres forståelse av kapitalkostnader. For å få den nødvendige innsikten for å besvare problemstillingen har vi blant annet tenkt å intervjuere ledere på ulike nivåer i forskjellige helseforetak.

Vi vil understreke at alt materiell som fra vår side vil bli brukt i rapporten vil måtte godkjennes av den aktuelle personen før det havner på trykk. På den måten gir vi intervjuobjektet mulighet til å redigere vekk sitater eller uttalelser personen ikke er enig i at representerer dens synspunkter.

Vi vil nå bruke litt tid på å stille noen spørsmål som vi håper skal være oppklarende for vår problemstilling. Av den grunn ønsker vi fortrinnsvis utdypende svar.

SPØRSMÅL TIL MEDISINSKE LEDERE

Kunnskap/Læringsprosess

- a) Hvilken utdanning har du?
- b) Hvor lenge har du vært ansatt som medisinsk leder? Hvor lenge har du vært ansatt ved dette helseforetaket?
- c) Hva er en person i din stilling sine viktigste arbeidsoppgaver?
- d) Hvordan har du lært om økonomi før og etter helsereformen?

(Dersom intervjuobjektet nevner kurs, få klargjort hvem som har tatt initiativet til disse, redegjøre for hva det har blitt holdt kurs i og hvem som har holdt kurset.)

1. Har det vært forskjell i regnskapsopplæringen før og etter reformen?
- e) Føler du kunnskap om økonomi er nyttig for en i din stilling?
1. Hvis ja, hvorfor mener intervjuobjektet dette?
 2. Føler du denne kunnskapen i noen grad påvirker din evne til ta beslutninger?
 3. Føler du at det er viktigere å ha denne kunnskapen nå enn før reformen?
- f) Føler du informasjonen fra økonomisystemene påvirker dine beslutninger?
1. Hvis ja på hvilken måte?
 2. Føler du at du har nok kunnskap om ulike områder innen økonomi til å fatte gode beslutninger?

Vi ønsker nå å stille deg noen spesifikke spm. om regnskapskunnskap:

- g) Har du noen formening om hva som legges i begrepet kapitalkostnader?
- h) Har du noen formening om hva som legges i begrepet avskrivninger?
- i) Har du noen formening om hvorfor det ble innført kapitalkostnader etter reformen i 2002?
- j) Har du noen formening om hvilken effekt det har hatt for investeringene som gjøres?
- k) Har du fått et bedre bilde av kostnadene i avdelingen etter reformen?

Tilgang til informasjon

- l) Har du noen form for tilgang til økonomisk informasjon?
1. Hvis intervjuobjektet nevner rapporter, hvordan blir disse levert? Direkte til intervjuobjektet eller må det skaffes selv?
 2. Hvis de må skaffes selv, kan intervjuobjektet med enkelhet skaffe disse? Gjøres eventuelt dette?

3. Hvis ja, videreformidler du denne informasjonen på noen som helst måte?
 - Hvordan?
 - Til hvem?

- m) Hvordan var tilgangen til økonomisk informasjon før reformen?

- n) Hvordan blir denne informasjonen benyttet?
 1. Hvilken informasjon finner intervjuobjektet nyttig/nyttigst?
 2. Kan du her se hvordan de ulike avdelingene blir belastet med kapitalkostnader?
 3. Brukes denne informasjonen aktivt som beslutningsstøtte.

- o) Er informasjonstilgangen tilstrekkelig for å foreta gode beslutninger?
 1. Vi tenker her på informasjon gjennom budsjett, regnskap og eventuelt relevante rapporter.

- p) Finnes det steder dere kan henvende dere for informasjon dersom dette er noe dere lurer på vedrørende økonomisk informasjon?
(Vi tenker her i baner av for eksempel ulike fora, fagpersoner ved økonomiavdeling etc.)
 1. Har dette eksistert siden tiden før reformen?

- q) Hvordan føler du at tilgangen til informasjon om konsekvensene av innføringen av Helsereformen har vært?
 1. Har dette utviklet seg med årene?

Struktur

- r) Blir helseforetaket drevet annerledes etter at reformen ble innført i 2002?

- s) Har du merket noen forskjell i prosedyrer når det anskaffes nytt utstyr før og etter reformen?
 1. Hvordan foregikk en prosess hvor dere skulle anskaffe nytt utstyr før reformen?

2. Hvordan foregår dette nå?
 3. Hvem tar disse beslutningene?
- t) Føler du at innføringen av kapitalkostnader har ført til forandringer i helseforetaket? I tilfelle hvordan?
- u) Har din forståelse av regnskapskunnskap hatt noen innvirking på hvordan du går frem ved eventuelle investeringsbeslutninger? I tilfelle hvordan?
- v) Har du merket noen forandring i dine arbeidsoppgaver etter at reformen ble innført?
1. Hvilke viktige arbeidsoppgaver har forandret seg
 2. Hvordan har de forandret seg?
- w) Bli det lagt vekt på andre faktorer nå enn tidligere når dere skal vurdere hvilke tester og behandlinger som skal gjennomføres?
(Ønsker å finne ut hvorvidt det er et større kostnadsfokus enn tidligere)
- x) Hva mener du er økonomiavdelingens viktigste arbeidsoppgaver?
- y) Hvordan ser du på controller sin rolle i helseforetaket? Er dette en funksjon som tjener økonomistyringen ved helseforetaket?
- a. Er dette eventuelt en oppgave som kunne vært utført av økonomiavdeling med samme oppnådde resultater? Hvilke fordeler ser du ved at dere benytter dere av controllere som ikke ville kunne vært oppnådd dersom de ikke hadde funnet? Er det noen ulemper ved å benytte seg av slike controller?

SPØRSMÅL TIL ØKONOMIAVDELING

Presentasjon av oppgaven

Kunnskap/Læringsprosess

- a) Hvilken utdanning har du?
- b) Hvor lenge har du vært ansatt ved helseforetaket/økonomiavdelingen?
- c) Har økonomiavdelingens rolle forandret seg etter reformen ble innført?
- d) Hvordan har du lært om økonomi før og etter helsereformen?
(Dersom intervjuobjektet nevner kurs, få klargjort hvem som har tatt initiativet til disse, redegjøre for hva det har blitt holdt kurs i og hvem som har holdt kurset.)
- e) Har økonomiavdelingen og de medisinske ledere fått forskjellig økonomiopplæringen før og etter reformen?
- f) Har din kunnskap om økonomi (regnskap og kapitalkostnader) økt etter reformen ble innført?
 1. På hvilken måte?
 2. Hva kommer i tilfelle dette av?
- g) Vil du si de medisinske lederne har en god nok forståelse for økonomi? Vi tenker da spesielt på kunnskap om kapitalkostnader og avskrivninger?
 1. Mener du de bruker de sin forståelse om økonomi når de tar beslutninger?
 2. Forstår de konsekvensene av for eksempel å innføre kapitalkostnader?
- h) Har det blitt gjort noen forsøk på å øke de medisinske ledernes forståelse for bedriftsøkonomiske prinsipper etter reformen? Andre tiltak enn hva som var tilfelle før reformen ble innført?
 1. Dersom dette ikke er tilfelle, hvordan har de i tilfelle tilegnet seg denne kunnskapen?

2. Har økonomiavdelingen sett på det som sin oppgave å skolere de medisinske lederne i bedriftsøkonomiske prinsipper?
 3. Hvordan har dette i tilfelle foregått?
- i) Har innføringen av kapitalkostnader hatt noe å si for driften av helseforetaket? I tilfelle hvilke?
- j) Har det blitt gjort nok for at de medisinske lederne skal forstå konsekvensene av helsereformen? Hva er gjort, hva mer kunne eventuelt vært gjort?

Tilgang til informasjon

- k) Har de medisinske lederne tilgang til noen form for økonomisk informasjon?
(Gjennom budsjetter, regnskap og eventuelle relevante rapporter)
1. Hvordan har de tilgang til dette? Hvis de må skaffe den selv, kan de med enkelhet skaffe disse? Gjøres eventuelt dette?
 2. Ser dere på det som deres ansvar å stille dette til rådighet? Hvis ikke dere har noe med dette å gjøre, hvem sitter i tilfelle da med dette ansvaret?
- l) Hvordan var medisinske ledes tilgang til økonomisk informasjon før reformen?
- m) Har det vært gitt nok informasjon om konsekvensene av innføringen av Helsereformen til de medisinske lederne?
- n) Hvordan kan medisinsk fagpersonale oppdatere seg på kunnskap om økonomi og da spesielt kapitalkostnader?
- o) Blir hver avdeling belastet med kapitalkostnader i rapportene eller er dette noe som kun kommer frem i regnskapet?
- p) Har kapitalkostnadene noen innvirkning på de medisinske ledernes tilnærming til investeringsbeslutninger?

Struktur

- q) Hva anser du som økonomiavdelingens viktigste oppgaver?
- r) Har økonomiavdelingens arbeidsoppgaver forandret seg etter at reformen ble innført?
1. Hvilke viktige arbeidsoppgaver har forandret seg?
 2. Hvordan har de forandret seg?
- s) Blir helseforetaket drevet annerledes etter reformen med tanke på:
1. Pasientbehandling (hvor fort hver pasient blir behandlet)?
 2. Hvilke pasienter som blir behandlet?
(noen pasientgrupper er mer lønnsomme enn andre målt i DRG-poeng)
- t) Hvordan foregikk en prosess hvor helseforetaket skulle anskaffe nytt utstyr før reformen? Hvordan foregår dette nå?
- u) I hvor stor grad er beslutningsmakten desentralisert?
1. Gir ledelsen styringssignaler gjennom fastlagte planer, eller har dere frihet til å oppnå målene slik dere selv mener er best?
- v) Hvem tar beslutninger vedrørende investeringer i utstyr ved helseforetaket?
1. Er de samme personene i like stor grad som tidligere delaktig i investeringsbeslutninger?
- w) Blir det lagt vekt på andre faktorer nå enn tidligere når dere skal vurdere hvilke tester og behandlinger som skal gjennomføres?
(Ønsker å finne ut hvorvidt det er et større kostnadsfokus enn tidligere)
- x) Hvordan ser du på kontrollere sin rolle i helseforetaket? Er dette en funksjon som tjener økonomistyringen ved helseforetaket?
1. Er dette eventuelt en oppgave som kunne vært utført av økonomiavdeling med samme oppnådde resultater? Hvilke fordeler ser du ved at dere benytter dere av kontrollere? Er det noen ulemper ved å benytte seg av slike kontrollere?

SPØRSMÅL TIL CONTROLLERE

Presentasjon av oppgaven

Kunnskap/Læringsprosess

- a) Hvilken utdanning har du?

- b) Hvor lenge har du arbeidet i helsevesenet?
 1. Hvor lenge har du arbeidet som controller i helsevesenet?
 2. Hadde helseforetakene kontrollere før reformen? Hvis ja, har denne rollen forandret seg?

- c) Har økonomiavdelingens rolle forandret seg fra etter reformen ble innført?

- d) Har det vært forskjell i regnskapsopplæringen som medisinske ledere har fått før og etter reformen?

- e) Har din kunnskap om regnskap økt etter reformen ble innført?
 1. På hvilken måte?
 2. Hva kommer i tilfelle dette av?

- f) Vil du si de medisinske lederne har en god nok forståelse for regnskap? Vi tenker da spesielt på kunnskap om kapitalkostnader og avskrivninger?
 1. Mener du de bruker de sin forståelse av regnskap når de tar beslutninger?
 2. Forstår de konsekvensene av å innføre kapitalkostnader?

- g) Har det blitt gjort noen forsøk på å øke de medisinske ledernes forståelse av økonomi etter reformen? Andre tiltak enn hva som var tilfelle før reformen ble innført?
 1. Dersom dette ikke er tilfelle, hvordan har de i tilfelle tilegnet seg denne kunnskapen?
 2. Har du som controller sett på det som din oppgave å skolere de medisinske lederne i kunnskap om bedriftsøkonomiske prinsipper?
 3. Hvordan har dette i tilfelle foregått?

- h) Har innføringen av kapitalkostnader hatt noe å si for driften av helseforetaket? I tilfelle hvilke?
- i) Har det blitt gjort nok for at de medisinske lederne skal forstå konsekvensene av helsereformen? Hva er gjort, hva mer kunne eventuelt vært gjort?

Tilgang til informasjon

- j) Har de medisinske lederne tilgang til noen form for økonomisk informasjon?
(Gjennom budsjetter, regnskap og eventuelle relevante rapporter)
 - 1. Hvordan har de tilgang til dette? Hvis de må skaffe informasjonen selv, kan de med enkelhet skaffe denne? Gjøres eventuelt dette?
 - 2. Ser dere på det som deres ansvar å stille dette til rådighet? Hvis ikke dere har noe med dette å gjøre, hvem sitter i tilfelle da med dette ansvaret?
- k) Hvordan var medisinske ledes tilgang til økonomisk informasjon før reformen?
- l) Hvordan kan medisinsk fagpersonale på noen måte oppdatere seg på kunnskap om regnskap og kapitalkostnader?
- m) Blir hver avdeling belastet med kapitalkostnader i rapportene eller er dette noe som kun kommer frem i regnskapet?
- n) Har kapitalkostnadene noen innvirkning på de medisinske ledernes tilnærming til investeringsbeslutninger?
- o) Har det vært gitt nok informasjon om konsekvensene av innføringen av Helsereformen til de medisinske lederne?

Struktur

- p) Hva anser du som kontrollernes viktigste oppgaver?
- q) (Dette spørsmålet stilles kun dersom det har vært kontrollere før reformen.)

Har økonomiavdelingens arbeidsoppgaver forandret seg etter at reformen ble innført?

1. Hvilke viktige arbeidsoppgaver har forandret seg
2. Hvordan har de forandret seg?

r) Blir helseforetaket drevet annerledes etter reformen ble innført i 2002?

s) *(Dette spørsmålet stilles kun dersom personen har vært ansatt fra før reformen.)*

Hvordan foregikk en prosess hvor helseforetaket skulle anskaffe nytt utstyr før reformen? Hvordan foregår dette nå?

t) Hvem tar beslutninger vedrørende investeringer i utstyr ved helseforetaket?

1. *(Dette spørsmålet stilles kun dersom personen har vært ansatt fra før reformen).*

Er de samme personene i like stor grad som tidligere delaktig i investeringsbeslutninger?

u) *(Dette spørsmålet stilles kun dersom personen har vært ansatt fra før reformen.)*

Har du merket noen forandringer i bevilgningen etter Helsereformen i 2002? I tilfelle hvilke?

1. Var det enklere eller vanskeligere å få tilleggsbevilgninger før reformen?

v) *(Dette spørsmålet stilles kun dersom personen har vært ansatt fra før reformen.)*

Er det andre faktorer som spiller inn når en skal vurdere hvilke tester og behandlinger som skal gjennomføres nå enn før reformen ble innført?

(Ønsker å finne ut hvorvidt det er et større kostnadsfokus enn tidligere)