

SNF-rapport nr. 16/06

**ØKONOMISK ANSVARLIGHET I HELSESEKTOREN
- HVORDAN ER DEN PÅVIRKET AV
HELSEREFORMEN?**

av

Krister Kristiansen

SNF-prosjekt nr. 7092
Helseøkonomi – Bedriftsøkonomiske studier

Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
Bergen, juni 2006

© 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 82-491-0446-3 Trykt versjon
ISBN 82-491-0447-1 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Forord

Dette studiet avslutter min masterutdannelse innen masterprofilen økonomisk styring på Norges Handelshøyskole, Bergen. Rapporten er skrevet på oppdrag fra Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF) og er finansiert av Norges forskningsråd.

Studiet omhandler den økonomiske ansvarligheten i helsesektoren, og hvordan denne er blitt påvirket som følge av helsereformen.

Studiet medførte 6 intervjuer og utsending av 53 spørreskjema til ulike ledernivå i helseregionene Helse Øst og Helse Vest. Uten samarbeid med disse ville denne rapporten aldri kunne bli laget, og jeg takker alle involverte for den hjelp de har bidratt med.

Studiet hadde i utgangspunktet en overambisiøs målsetning, nemlig å prøve å forklare hvilke variabler som kjennetegner avdelinger som klarer å innfri budsjettforventningene, mot dem som ikke klarer det. Dette viste seg riktignok å by på en rekke problemer, da det viste seg at budsjettgrensene var fastsatt på svært ulike måter i de ulike helseforetakene. Enkelte helseforetak skjulte budsjettunderskudd ved å sette det på støtteenheter (som eksempelvis økonomiavdelingen), mens andre helseforetak holdt igjen en ”buffer” med økonomiske midler på helseforetaknivå, i tilfellet det skulle komme skjerpene endringer i rammebetingelsene i løpet av året. I tillegg var det en tydelig kamp om midlene innad i helseforetakene, og det ble derfor mer og mer tydelig at avdelingene ikke kunne sammenlignes direkte kun basert på hvorvidt de hadde innfridd budsjettet eller ikke. Oppgavens problemstilling og struktur har i så måte utviklet seg i tråd med de utfordringene som oppsto og de funnene som ble gjort.

En spesielt stor takk vil jeg i den anledning rette til min veileder Katarina Østergren, som med inspirerende entusiasme, konstruktiv kritikk, gode råd og tålmodighet har veiledet meg gjennom hvert steg av oppgaveskrivingen.

Bangkok, juni 2006 - Krister Kristiansen

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	
INNHALDSFORTEGNELSE	
FIGURLISTE	
TABELLISTE	

KAPITTEL 1: INNLEDNING **1**

1.1 BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.2 KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING	3
1.3 DEN EMPIRISKE FREMGANGSMETODEN	3
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR	3

KAPITTEL 2: EN KORT INNFØRING I HELSESEKTOREN **5**

2.1 DEN FORMELLE STYRINGSSTRUKTUREN.....	5
2.2 ESSENSIELLE BEGREPER	6

KAPITTEL 3: TEORETISK RAMMEVERK **7**

3.1 HVA ER ANSVARLIGHET? DEFINISJON OG AVGRENSNING	7
3.2 ENDRING AV GRAD AV ANSVARLIGHET	9
3.3... HVORDAN ANSVARLIGHET KAN MÅLES OG FØLGES OPP	11
3.5 TEORIPLATTFORMEN SOM VIL BLI BENYTTET I DETTE STUDIET	16

KAPITTEL 4: METODE **17**

4.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING	17
4.2 FORSKNINGSDESIGN	17
4.2.1 PRIMÆRDATA VERSUS SEKUNDÆRDATA	17
4.2.2 DYBDE VERSUS BREDDE.....	17
4.2.3 BESKRIVENDE VERSUS FORKLARENDE.....	19
4.3 DATAINNSAMLING OG ANALYSE	19
4.3.1 KVALITATIV DATAINNSAMLING – ÅPENT INTERVJU MED ØKONOMIDIREKTØRENE.....	20
4.3.2 KVANTITATIV DATAINNSAMLING – SPØRRESKJEMA TIL ALLE AVDELINGSLEDERNE	22
4.4 ANALYSE OG TOLKNING AV DEN KVANTITATIVE EMPIRIEN	26
4.4.1 ANALYSENIVÅ – PROSENTVISE SVARANDELER	26
4.4.2 INNDELINGENE I ANALYSEN	26
4.4.3 SPESIELLE ANALYSEPROBLEMER	27

KAPITTEL 5: EMPIRI OG ANALYSE **28**

5.1 EN KORT PRESENTASJON AV DE TO HELSEREGIONENE;	29
5.1.1 HELSE ØST	29
5.1.2 HELSE VEST	30
5.1.3 KOSTNADER OG AKTIVITET I DE TO REGIONENE.....	30
5.2 SIMONS FØRSTE KOMPONENT; TROSSYSTEMET.....	32
5.2.1 KONSERNOPPFATTELSEN – SAMARBEID VERSUS AUTONOMI	32
5.2.2 HELSE VERSUS ØKONOMI SOM PRESTASJONSVARIABEL.....	41

5.2.3	OPPSUMMERING OG DELANALYSE.....	45
5.3	SIMONS ANDRE KOMPONENT; BEGRENSNINGSSYSTEMET	49
5.3.1	BUDSJETTET SOM GRENSE	49
5.3.2	KONSEKVENSER VED OVERTREDELSE.....	52
5.3.3	OPPSUMMERING OG DELANALYSE.....	54
5.4.1	POLITISK USIKKERHET.....	57
5.4.2	OPPSUMMERING OG DELANALYSE.....	59
5.5	SIMONS FJERDE KOMPONENT; DET DIAGNOSTISKE KONTROLLSYSTEMET.....	60
5.5.1	KARAKTERISTIKKER VED INNDELINGENE	60
5.5.2	STRATEGIFORANKRINGEN	64
5.5.3	ØKONOMISK LEGITIMITET PÅ AVDELINGSNIVÅ	69
5.5.4	REELL PÅVIRKNINGSKRAFT.....	74
5.5.5	OPPFØLGING	80
5.5.6	INCENTIVER.....	83
5.5.7	OPPSUMMERING OG DELANALYSE.....	88
5.5.8	RESULTATENE I FORHOLD TIL DET TEORETISKE RAMMEVERKET.....	90

KAPITTEL 6: KONKLUSJON **92**

6.1	HELSE ØST	92
6.1.1	KONSERN OG SAMARBEID SOM RÅDENDE TANKEGANG	92
6.1.2	GJENNOMSYRENDE HELSEPERSPEKTIV	92
6.1.3	LØS KONTROLL	92
6.1.4	TOPPSTYRT ORGANISASJON.....	93
6.1.5	ACCOUNTABLE FREMFOR RESPONSIBLE.....	93
6.2	HELSE VEST	94
6.2.1	SELVSTYRE OG UAVHENGIGHET.....	94
6.2.2	ØKONOMISK PRESTASJON SOM EN VIKTIG PRESTASJONSVARIABEL	94
6.2.3	RESPONSIBLE FREMFOR ACCOUNTABLE.....	95
6.3	BETYDNING FOR ØKONOMISK ANSVARLIGHET	95
6.3.1	ØKONOMISK ANSVARLIGHET BRUTT NED TIL AVDELINGSNIVÅ	95
6.3.2	ULIKE ANSVARLIGHETSFORMER I DE TO REGIONENE	96
6.3.3	HVILKE IMPLIKASJONER MEDFØRER DETTE FOR NORSK HELSESEKTOR.....	98
6.5	FORSLAG TIL VIDERE STUDIER	99

LITTERATURLISTE **101**

VEDLEGG **105**

VEDLEGG 1 – SPESIELLE PROBLEMER VED ANALYSEN	105
VEDLEGG 2 – FULLSTENDIGE SVAR PÅ SPØRRESKJEMA, ALLE AVDELINGENE	109
VEDLEGG 3 – FULLSTENDIGE SVAR PÅ SPØRRESKJEMA, KLINISKE AVDELINGER	116
VEDLEGG 4 – FULLSTENDIGE SVAR PÅ SPØRRESKJEMA, INNFRIDD VS IKKE INNFRIDD.....	123
VEDLEGG 5 – INTERVJUGUIDE RHF-NIVÅ	130
VEDLEGG 6 – INTERVJUGUIDE HF-NIVÅ	132

Figurliste

Figur 1 - Styringsmodellen i helsesektoren.....	5
Figur 2 - Stewarts ansvarlighetsstige (1984).....	10
Figur 3 – Ouchis (1979) krav til de ulike kontrollmekanismene.....	13
Figur 4 – Simons (1995 ¹) Levers of Control	14
Figur 5 - Simons diagram av et diagnostisk styringsystem	23
Figur 6 - Budsjettet som diagnostisk kontrollsystem.....	23
Figur 7 - Temavis oppbygning av spørreskjemaet.....	24
Figur 8 - Bilde av Helse Øst (Helse-ost.no).....	34
Figur 9 - Bilde av Helse Vest (Helse-vest.no).....	35
Figur 10 - Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2001, 2002, 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. I prosent av landsgjennomsnittet.	31
Figur 11 - Aktivitetsvekst i antall registrerte DRG-poeng (Odin.no ³)	36
Figur 12 - Styringsstruktur i Helse Øst.....	35
Figur 13 – Uønsket styringsstruktur Helse Vest	38
Figur 14 - De valgte helseforetakenes styringsstruktur	81
Figur 15 - Ansvarlighetslokalisering i Stewarts (1984) ansvarlighetsstige	96
Figur 16 - Ansvarlighetslokalisering i Roberts (1991) rammeverk	97
Figur 17 - Ansvarlighetslokalisering i Ouchis (1979) rammeverk.....	97

Tabelliste

Tabell 1 - Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2001, 2002, 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak. (Sintef.no).....	31
Tabell 2 - Kvinneandel	61
Tabell 3 - Avdelingsledernes hovedutdanning.....	61
Tabell 4 - Hvor lenge de ulike avdelingslederne har hatt budsjettansvaret i deres respektive avdelinger	61
Tabell 5 - Andel avdelingsledere som har jobbet under den fylkeskommunale ordningen	62
Tabell 6 - Andel avdelingsledere med tidligere ledererfaring.....	62
Tabell 7 - Andeler av kliniske og interserviceavdelinger	62
Tabell 8 - Andel rammefinansierte og aktivitetsfinanserte avdelinger	63
Tabell 9 - Økonomisk interaksjonsform mellom avdelingene	63
Tabell 10 - Avdelingenes budsjettstørrelse	64
Tabell 11 - Avdelingenes økonomiske prestasjon de siste årene.....	64
Tabell 12 - Avdelingsledernes inntrykk av HF-ledelsens hovedfokus.....	66
Tabell 13 - Inntrykk av HF-ledelsens prioritering mellom økonomisk og helsefaglig ansvarlighet.....	67
Tabell 14 - Avdelingsledernes inntrykk av økonomiavdelingens strategi.....	67
Tabell 15 - Påstander for å dekke økonomisk legitimitet på avdelingsnivå.....	70
Tabell 16 - Hvor ofte avdelingslederne sjekker avdelingsøkonomien	72
Tabell 17 - Avdelingsledernes fremtidsambisjoner.....	72
Tabell 18 - Avdelingsledernes konkrete beslutningsområder	75
Tabell 19 - Avdelingsledernes inntrykk av avhengigheten til andre avdelinger	76
Tabell 20 - Avdelingsledernes inntrykk av sin egen beslutningsmyndighet	76
Tabell 21 - Avdelingsledernes tidsforbruk på økonomi- og lederkurs de 3 siste årene	77
Tabell 22 - Avdelingsledernes kunnskapssavn	78
Tabell 23 - Avdelingens sammenligningsinformasjon	79
Tabell 24 - Avdelingens rapporteringsrutiner.....	81
Tabell 25 - Kontaktform og hyppighet mellom avdelingsleder og økonomiavdelingen	82
Tabell 26 - Avdelingsledernes inntrykk av rapporteringssystemet.....	82
Tabell 27 - Avdelingsledernes inntrykk av økonomi som reell prestasjonsvariabel.....	84
Tabell 28 - Scenarier dersom avdelingen får et negativt resultatavvik.....	85
Tabell 29 - Scenarier dersom avdelingen får et positivt resultatavvik.....	86

Kapittel 1: Innledning

Dette kapittelet tar for seg bakgrunnen for dette studiet, og konkretiserer problemstillingen. Det vil også kort bli forklart hvordan studiet planlegger å angripe problemstillingen empirisk, før det avsluttes med en disposisjon over resten av rapporten.

1.1 Bakgrunn for tema og problemstilling

Helsesektoren er den største utgiftsposten på det norske statsbudsjettet, og utgjør ca. 8,3% av landets BNP. Da helsereformen for fullt kom i kraft i 2002, markerte den innledningen til en av Norges mest omfattende og kontroversielle omstruktureringer i offentlig sektor. Reformen har medført store endringer for driften av helsesektoren, og et av de viktigste målene med reformen var å skape klare ansvarlinjer for det økonomiske ansvaret.

Bakgrunnen for helsereformen var at Stortinget observerte høye utgiftsøkninger, mangel på helsepersonell, lange ventelister, lav effektivitetsutnyttelse på utstyr og organisatoriske og styringsmessige problemer. Det var også stor variasjon i hvordan de 19 fylkeskommunene utførte sitt eierskap, og Stortinget mente at målsetningen om likeverdige tjenester ikke var godt nok oppfylt. (Odin.dep.no).

Det finansielle ansvaret var lenge delt mellom fylkeskommunene og staten, hvilket medførte en kontinuerlig kamp om midler, og en kontinuerlig ansvarskonflikt. (Hagen & Kaarbøe, 2006)

Gjennom ulike reformer på 90'tallet prøvde myndighetene å løse disse problemene, og få en endelig allokering av det økonomiske ansvaret. Deriblant ble det innført begreper som enhetlig ledelse og innsatsstyrt finansiering for å bedre både ansvarsallokeringen og kostnadseffektiviteten. Dette viste seg å ikke være tilstrekkelig, da helsesektoren i slutten av 2001 fremdeles hadde nærmest uendrede lange ventelister, og til tross for økte bevilgninger; stadige budsjettunderskudd. At en så kostbar sektor skulle kjennetegnes gjennom slike karakteristikker, var det bred politisk enighet om at var uheldig. Daværende helseminister Tore Tønne fikk derfor raskt politisk gjennomslag for denne omfattende helsereformen, som ble vedtatt i stortinget juni 2001 og virksom allerede fra 1.januar 2002.

Helsereformen består hovedsakelig av tre sentraliseringselementer (1-3) og ett desentraliserings-element (4) (Hagen & Kaarbøe, 2006)

- 1) Staten overtok det formelle eierskapet av sykehusene.
- 2) Helseministeren står formelt som kausjonist dersom sykehusene skulle gå konkurs.

- 3) Antall styringsenheter i sektoren ble redusert fra 19 fylkeskommuner til 5 regionale helseforetak.
- 4) Både helseregionene og sykehusene ble reorganisert til selvstendige helseforetak.

Gjennom å sentralisere eierskapet og reorganisere til selvstendige helseforetak fikk myndighetene eliminert de fylkeskommunale politikernes rolle i styringen av helsesektoren. At eierskapet ble overført til staten brøt en mer enn 30 år gammel tradisjon, hvor fylkeskommunene hadde hatt hovedansvaret for sykehusene. Hensikten med dette var at politikerne fant det formålstjenelig å avklare, for både befolkningen og sektoren, at ansvaret både i formelle og reelle termer skulle ligge hos de sentrale myndighetene. (Odin.no¹)

Samtidig ville myndighetene desentralisere det økonomiske ansvaret gjennom å videreføre den innsatsstyrte finansieringen, samt å innføre private regnskapsregler. Den innsatsstyrte finansieringen medfører at hvert enkelt helseforetak må produsere sin budsjetterte aktivitet for få overført sine budsjetterte midler. I tillegg må styret i helseforetaket svare for et nærmere fastsatt avkastningskrav¹. Myndighetene lovfestet også kravet om enhetlig ledelse (Lovdata.no), hvilket medførte at alle nivåer i et sykehus må ha spesifisert en ansvarlig leder.

Helsereformen handler med andre ord om ansvarsallokering. Gjennom reformen ønsket myndighetene å redusere ansvarskonfliktene, samt legge til rette for en mer økonomisk styring av sykehusene. Helsedepartementet skal i så måte kun forholde seg til de fem regionale helseforetakene. Likevel skal den økonomiske ansvarligheten brytes ned på hvert enkelt helseforetak, gjennom restruktureringen av sektoren og videreføringen av det innsatsstyrte finansieringssystemet,

Tidligere studier (Wikström og Pashang 2005, Nyland og Pettersen 2004, Pettersen og Nyland 2005, Llewellyn 1998) har vist at det kan være vanskelig å skape økonomisk ansvarlighet i omsorgsrelaterte yrkesgrupper, noe som skulle tilsi at det ikke vil være uproblematisk å implementere økonomisk ansvarlighet til avdelingsnivå i helsesektoren. Videre er det andre studier (Stewart 1984, Ouchi 1979, Roberts 1991, Lindkvist og Llewellyn 2003) som påstår at det finnes ulike grader og former for økonomisk ansvarlighet, og at utformingen av denne bør tilpasses til den enkelte organisasjon.

¹ Avkastningskravet til egenkapitalen ble i så måte satt til å være null, men fristen for å nå dette avkastningskravet har gjentatte ganger blitt utsatt.

I så måte er det interessant å studere *hvordan* helseregionene har forsøkt å endre den økonomiske ansvarligheten. Dette studie vil derfor fokusere på hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp fra det regionale helseforetaket ned til avdelingslederne i sykehusene.

1.2 Konkretisering av problemstilling

Dette studiet ønsker med andre ord å fokusere på endring av økonomisk ansvarlighet.

Caset som er valgt er den norske helsesektoren, avgrenset til helseregionene Helse Øst og Helse Vest, og den konkretiserte problemstillingen er;

Hvordan har helsereformen påvirket den økonomiske ansvarligheten i norsk helsesektor?

Formålet med studiet er å beskrive og analysere det økonomiske styringssystemet fra et perspektiv som fokuserer på ansvarliggjøring. Dette vil skape grunnlaget for å evaluere hvorvidt det finnes grunnlag for å påstå at den økonomiske ansvarligheten har endret seg som følge av helsereformen.

1.3 Den empiriske fremgangsmetoden

Siden en av hensiktene med helsereformen var å skape klare ansvarslinjer nedover i de ulike helseregionene, vil studiet starte på toppen (med den økonomiske ledelsen i de to regionene) og følge ansvarslinjene nedover mot regionens respektive helseforetak. Denne biten vil bli gjennomført med en kvalitativ datainnsamling, nærmere spesifisert som intervju.

Deretter vil styringsdialogen mellom helseforetaket og avdelingene i to ulike helseforetak i hver region bli undersøkt. Denne biten vil både bli belyst gjennom intervju av helseforetakenes økonomiledelse, men også gjennom en kvantitativ datainnsamling (spørreskjema med lukkede svaralternativer) fra alle avdelingslederne som helseforetakets økonomiavdeling møter og følger opp.

1.4 Oppgavens struktur

Kapittel 2 vil ta for seg en kort innføring i helsesektoren, og er tiltenkt lesere som ikke har kjennskap til helsesektoren og dens begreper fra tidligere

Kapittel 3 vil ta for seg det teoretiske rammeverket som vil bli brukt i dette studiet, men også trekke frem tidligere studier av helsesektoren, både fra Norge og andre land.

Kapittel 4 beskriver metoden som er valgt og brukt for å tilnærme seg empirien.

Kapittel 5 er selve empirien beskrevet og analysert ut ifra deler av det teoretiske rammeverket

Kapittel 6 inneholder konklusjonen fra kapittel 5, men det vil også bli brukt andre teorier for å beskrive de funnene som er gjort.. Avslutningsvis blir det beskrevet områder for videre studier.

Kapittel 2: En kort innføring i helsesektoren

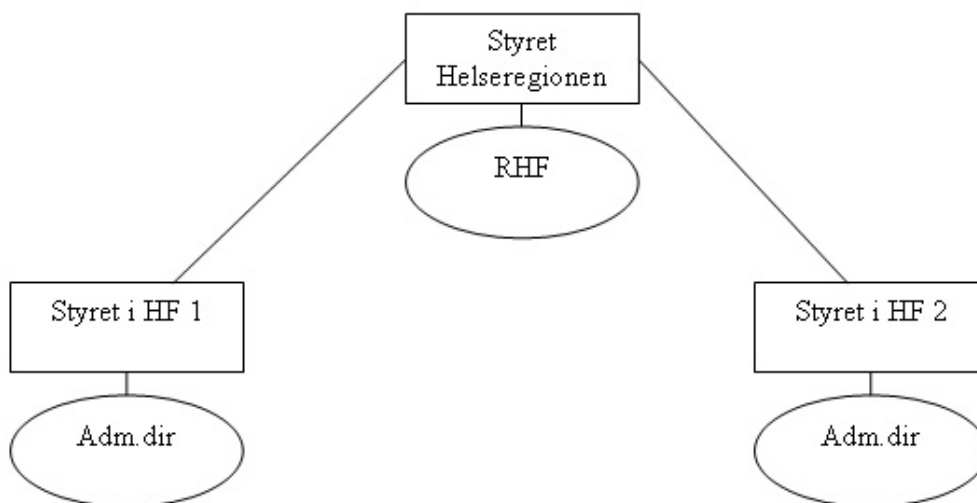
Dette kapitlet er tiltenkt lesere som ikke har forkunnskaper om helsesektoren, men er kun en kort innføring i essensiell styringsstruktur og begreper. Kapitlet er ikke uttømmende, da det kun skal være en kort introduksjon, for å gjøre lesingen av rapporten lettere. Kapitlet er i så måte delt inn i to; den formelle styringsstrukturen og essensielle begreper.

2.1 Den formelle styringsstrukturen

Siden staten har gått inn som eier blir det stortinget, gjennom regjeringen som er øverste ledd i ansvarskjeden. Helseministeren utgjør så foretaksmøtet for helseregionene, og utnevner styret i det regionale helseforetaket (RHF'et). Dette styret utnevner så både administrerende direktør i RHF'et, samt styrene i helseforetakene (HF'ene). Helseforetakstyrene utnevner så administrerende direktør i helseforetakene, som er øverste autoritet innad i helseforetakene i det daglige arbeidet.

Selv om regjeringen gjennom helseministeren har øverste autoritet, er det en uttalt målsetning at ministeren ikke skal intervensere i det daglige arbeidet, da dette vil undergrave ansvaret til administrerende direktør og styret i RHF'et. (Odin.no²)

Den formelle strukturen til de ulike helseregionene er altså som følger;



Figur 1 - Styringsmodellen i helsesektoren

I denne strukturen skal RHF'et være en bestiller av helsetjenester fra de ulike helseforetakene, slik at regionen ivaretar sitt "sørge for" ansvar. Administrerende direktør i de ulike helseforetakene vil

her kun forholde seg til helseforetakstyret, da det regionale helseforetaket ikke har myndighet over de administrerende direktørene direkte.

2.2 Essensielle begreper

”Sørge for” ansvar

Hvert regionale helseforetak har ansvar for å ”sørge for” at befolkningen i sin region har tilgang til de spesialisthelsetjenestene de lovmessig har krav på.

Somatisk versus psykisk helsevern

Helsetjenester deles inn i såkalte somatiske og psykiatriske behandlinger.

En somatisk behandling er en behandling av noe kroppslig (som en brukket fot eller lignende), mens en psykiatrisk behandling er en behandling av noe mentalt (som tvangstanker eller lignende).

Kliniske avdelinger versus internservice

En klinisk avdeling er de avdelingene som faktisk behandler pasienten, mens internservice bistår med ulike tjenester. Eksempelvis vil røntgenavdelingen eller laboratoriet være eksempler på internservice. Disse avdelingene behandler ikke pasienten, men de bistår med til eksempel røntgenbilder og blodprøver som medfører at den behandlende lege lettere kan gjennomføre sitt arbeide.

Basisramme versus innsatsstyrt finansiering (ISF)

Basisramme er et begrep som blir brukt for den faste overføringen de ulike aktørene i regionen får. Med andre ord er det ikke slik at alle inntektene til sykehusene er bestemt av den aktiviteten de utfører, da en del av finansieringen kommer fra faste tilskudd eller såkalt basisfinansiering. Den innsatsstyrte finansieringen (ISF) vil derimot komme som et direkte resultat av den behandlingsaktiviteten de ulike sykehusene gjennomfører. ISF-prosentsen har variert noe siden helsereformens inntog, men ligger nå på 60% av den totale finansieringen.

Kapittel 3: Teoretisk rammeverk

Dette studiet tar for seg begrepet ansvarlighet, og kapittelet begynner derfor med å utforske ulike sider av begrepet. Deretter følger en avgrensning i forhold til hva dette studiet har til formål å beskrive. Fokuset blir deretter lagt på hvordan det er mulig å endre graden av ansvarlighet, og hvordan ansvarlighet kan måles og følges opp. Avslutningsvis vil det valgte rammeverket for dette studiet bli presentert.

Organiseringen av dette teorikapittelet er altså som følger;

- 3.1 Hva er ansvarlighet? Definisjon og avgrensning.
- 3.2 Endring av grad av ansvarlighet
- 3.3 Hvordan ansvarlighet kan måles og følges opp
- 3.4 Teoriplattformen som vil bli benyttet i dette studiet

3.1 Hva er ansvarlighet? Definisjon og avgrensning

”Ansvarlighet er et verdsatt begrep, men vanskelig å definere. Hvordan ansvarlighet defineres avhenger av både ideologiene, motivene og språkbruken i vår tid.” (Sinclair 1995)

Sinclair (1995) hevdet at ansvarlighet i sin enkleste form innebærer et forhold hvor mennesker blir avkrevd å forklare og ta ansvar for sine handlinger. Riktignok er det sjeldent så enkelt.

Ansvarlighet kan nemlig ha mange former, og Sinclair (1995) klassifiserte disse som politisk, offentlig, ledelse, profesjonell og personlig ansvarlighet. Å være ansvarlig i forhold til en av disse formene, vil ofte kreve et kompromiss i andre former for ansvarlighet.

Townley (1996) fremhever at ansvarlighet ikke er et formelt system, men et moralsk. Et system bestående av rettigheter og forpliktelser. Å være ansvarlig er å være ”subjektet som har ansvaret.” Videre blir det fremhevet at ikke bare formen for ansvarlighet er viktig, men også måten ansvarligheten overvåkes på.

Hennes artikkel bygger i stor grad på Roberts (1991), som hevdet at individualiserende former for regnskapsmessig ansvarlighet har en tendens til å medføre kompromisser i de strategiske og moralske dimensjonene. En individualiserende form for ansvarlighet vil medføre at kolleger eller avdelinger benekter den gjensidige avhengigheten disse har til hverandre i en organisasjon, da alle kun vil optimalisere egen nytte. I bedriftsøkonomiske termer kalles dette for suboptimalisering. Roberts (1991) hevdet derfor at bedrifter i stedet bør søke mot mer sosialiserende former for ansvarlighet, og ikke være så fokusert på å gjøre hver enkelt enhet regnskapsmessig ansvarlig.

Roberts (1991) antagelse er at i likhet med et barn som ser sitt speilbilde, kan man analogt foreslå at ansvarliggjøring introduserer et klarerende fokus inn i hverdagen – et eksternt syn som simultant gjenspeiler, adresserer og bekrefter oss selv. (Roberts, 1991). Man tar inn over seg de eksterne synene og selvbildet oppstår i samsvar med de holdningene man finner seg selv gjenspeilet av. Dette skaper samtidig en mulighet for fremmedgjøring.

”Jeg er ikke lenger det jeg opprinnelig følte jeg var. Jeg er det bildet som vises i speilet.”

Roberts, 1991

Konklusjonen hans er derav at vårt selvilde ikke er uavhengig av praksisen av ansvarliggjøringen, da ansvarliggjøring representerer holdningene andre har til oss, og på denne måten både adresserer og umiddelbart bekrefter den oss.

Roberts (1991) rammeverk er riktignok blitt kritisert av blant annet Llewellyn & Lindkvist (2003) som hevder at det ikke vil være universelt bestemt hvorvidt individualiserte former for ansvarlighet er negativt for organisasjonen. Som eksempel trakk de frem Norden, hvor arbeidere anser det som positivt å bli delegert ansvar til, i motsetning til Storbritannia, hvor Roberts (1991) hadde tatt sitt utgangspunkt.

Enkelte (for eksempel Wikström & Pashang, 2005) har hevdet at aktørene i svensk helsesektor opererer med ulike ansvarlighetsbegrep, da den kliniske staben hovedsaklig fokuserer på ”faglig ansvarlighet”, mens eieren fokuserer mer på ”økonomisk ansvarlighet”. Andre studier (Nyland & Pettersen 2004) har funnet eksempel på det samme i Norge, og påsto at det var en løs kobling mellom budsjetter og avgjørelsesprosessen, både på operasjonelt og strategisk nivå i det store norske sykehuset som ble studert. Llewellyn (1998) observerte at sosialarbeidere ikke liker å påta seg finansielt ansvar, og at selve yrket tiltrekker seg mennesker som er opptatt av omsorg, ikke tall. Tilsvarende kan tenkes at gjelder for helsesektoren. Argumentet er at jo nærmere aktørene er til selve pasienten, jo mer vil den såkalte helsefaglige ansvarligheten vektlegges.

Med andre ord kan det påstås at de som tar de kliniske avgjørelsene i norske sykehus, føler en sterkere forpliktelse til den helsefaglige ansvarligheten fremfor den økonomiske. Dette kan medføre det bedriftslitteraturen kaller et prinspal-agent-problem, hvor eieren (prinsipalen) og forvaltningsaktøren (agenten) får motstridende interesser. Dette kan resultere i at agenten utvikler et uønsket handlingsmønster, fra prinsipalens synspunkt.

Andre (Her iblant Jespersen 2005) har et litt mer optimistisk syn på implementering av økonomisk ansvarlighet i helsesektoren. Han hevder at helsesektoren bør søke å utvikle hybridledere, det vil si ledere som kan håndtere både helsefaglige og økonomiske målsetninger samtidig. Kurunmäki (2004) hevdet at finske doktorer hadde adoptert regnskapspraksis som en del av deres legitimerte kompetanse og hadde blitt en hybrid profesjon, og Jacobs (2005) fant til dels eksempler på det samme i Tyskland.

Dette studiet vil undersøke hvordan avdelingslederne i de to helseregionene Helse Øst og Helse Vest oppfatter sitt ansvar, men det blir gjort en avgrensning til den økonomiske ansvarligheten. Studiet har med andre ord ikke ambisjon å påvise endringer eller ulikheter i kvaliteten på helsetjenestene i de to regionene.

3.2 Endring av grad av ansvarlighet

Dette studie fokuserer altså på økonomisk ansvarlighet. I det norske språket er ordet ”ansvarlighet” et samlebegrep for mange typer ansvar. På engelsk har man derimot utviklet mer presise definisjoner på ansvarlighet, og i denne sammenheng vil dikotomien mellom ”accountability” og ”responsibility” være sentral. (Lindkvist og Llewellyn, 2003)

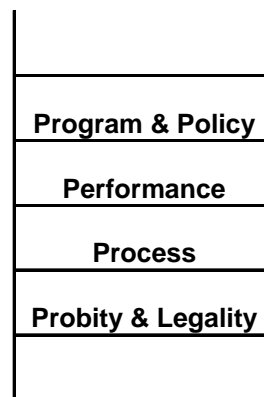
Lindkvist og Llewellyn (2003) påpeker i sin artikkel at accountability tenderer til å innebære instrumentalitet og ekstern kontroll, mens responsibility i større grad krever moral og intern kontroll.

For å illustrere forskjellen kan man tenke seg ansvarsforholdet mellom et helseforetak og dets avdelinger. Dersom helseforetaket selv beholder all beslutningsmyndighet, hva angår ansettelse av leger, vaktplaner, lønnsnivå og lignende, vil avdelingslederen stå uten reelt ansvar for avdelingens økonomiske prestasjoner. Dette fordi avdelingslederen ikke har i oppgave å skape gode økonomiske resultater i avdelingen, men derimot å implementere og følge opp de avgjørelsene som blir tatt ovenifra. Avdelingslederen vil likevel måtte rapportere om økonomiske resultater, og må stå til rette for eventuelle avvik i forhold til budsjettresultat. Hovedpoenget er likevel at avdelingslederen ikke har blitt tildelt beslutningsmyndighet til å påvirke resultatet, og vil derfor kun ha ansvar for at toppledelsens avgjørelser er gjennomført, og ikke konsekvensene av dette. Dette er altså Lindkvist og Llewellyn (2003) kaller ”accountability”.

Har helseforetaket derimot lagt beslutningsmyndigheten og ansvaret for avdelingens resultat ned til avdelingslederen, vil avdelingslederens økonomiske ansvarsområde øke. Dette fordi avdelings-

lederen i dette scenariet ikke vil være ansvarlig for å implementere toppledernes beslutninger, men faktisk ta de økonomiske beslutningene selv. Dette medfører at avdelingslederen har ansvar for *resultatet*, og innebærer altså et krav om intern kontroll. Det er dette Lindkvist og Llewellyn (2003) kaller ”responsibility”, og illustrerer at ansvarlighet kan eksistere i ulike grader.

Stewart (1984) laget i så måte et rammeverk hvor ulike grader av ansvarlighet klassifiseres inn i en ”ansvarlighetsstige” hvor ansvarlighet basert på standarder er laveste nivå, og ansvarlighet basert på skjønn er høyeste nivå. Stewart (1984) argumenterer for at man på laveste nivå vil måle ansvarlighet gjennom rettskaffenhet, det vil si at ledelsen kun trenger å være opptatt av at de underordnede er rettskafne, og ikke driver med svindel eller misbruk. Han hevder videre at for å kunne vurdere produktivitet må organisasjonen lenger ”opp i stigen”, og at jo lenger ”opp” man beveger seg, jo mer avhengig blir ledelsen av å basere seg på de underordnedes egne skjønnsvurderinger.



Figur 2 - Stewarts ansvarlighetsstige (1984)

De ulike nivåene er opptatt av at man;

- Probity & Legality: - unngår maktmisbruk og ulovligheter
- Process: - overholder tilfredsstillende prosedyrer og effektivitet
- Performance: - innfrir de forhåndsbestemte prestasjonsmålene
- Programme & Policy: - innfrir de overordnede målene

I en svært liten bedrift kan en bedriftsleder ha hele ansvaret og styre absolutt alt. Denne bedriften trenger da kun et system som overvåker at de ansatte eksempelvis ikke stjeler, for lederen trenger ikke å gi individene handlingsrom i hva de skal gjøre, eller hvordan de skal gjøre det. Lederen tar tross alt alle valg. En bedrift med et begrenset antall ansatte kunne kanskje klart å drive på denne måten, men man kan fort se problemer dersom en stor bedrift skulle fungere på samme måte.

Lederen mister da raskt oversikt over alt som skjer, da det ikke er mulig for en person å ha en komplett oversikt over alle arbeidsoppgaver, ansatte og organisasjonelle problemstillinger. Det blir derfor nødvendig å delegerer ansvar til andre, og overføre autoritet og makt fra høyere til lavere ledelsesområder. Dette kalles desentralisering. (En.wikipedia.org)

Fra økonomisk ståsted har det blitt argumentert for at desentralisering forbedrer ledelse og levering av offentlige tjenester gjennom å øke både den allokerte og den tekniske effektiviteten. Den allokerte gjennom at man bedre klarer å matche de offentlige tjenestene til de lokale preferansene, og den tekniske gjennom at man får færre nivåer av byråkrati og bedre kunnskap om lokale kostnader.

Ved å desentralisere endrer ledelsen altså graden av ansvarlighet som kreves av de underordnede, da det gis større handlingsrom til de underordnede og ledelsen ikke følger opp hver eneste handling som blir utført. I forhold til Stewart's ansvarlighetsstige (1984) går bedriften med andre ord oppover i stigen, da ledelsen ikke lenger lager standarder for hvordan alt skal gjøres, men gir mer rom for skjønnsvurderinger. Dette studiet tar sikte på å lokalisere graden av økonomisk ansvarlighet helt ned til avdelingsnivå i de to helseregionene Helse Vest og Helse Øst.

3.3 Hvordan ansvarlighet kan måles og følges opp

Ouchi (1979) argumenterer for at en organisasjons kontrollmekanismer må tilpasses til den enkelte bedrift. For å skape samarbeid mellom individer med ulike målsetninger vil ulike kontrollmekanismer være optimale for ulike typer organisasjoner. I hovedtrekk mener han at kontrollmekanismene kan bygges på tre ulike metoder; markedsmekanisme, klanmekanisme eller en byråkratisk mekanisme.

Markedsmekanismen er et ekstremt ytterpunkt og vil fungere effektivt dersom det er mulig å måle resultatene av arbeidsprosessen effektivt. Som en ren modell er et marked en effektiv kontrollmekanisme, forutsatt at man kan forvente at aktørene handler innenfor det som må anses som moralsk lovlig. Under denne forutsetningen vil all nødvendig informasjon absorberes gjennom prisen, og beslutningstakere trenger derfor ingen annen informasjon.

For å eksemplifisere trekker Ouchi (1979) frem en innkjøpsavdeling. Denne avdelingen kan ha relativt få ansatte, men kjøpe inn enorme mengder av ulike varer, og lederne kan likevel ha god kontroll over hvorvidt de innkjøpsansvarlige har gjort en god jobb, gjennom å observere hvilke priser man har kjøpt varene for. Å kontrollere hvorvidt de underordnede har gjort en god beslutning

vil derfor bestå av å sjekke at de hele tiden har handlet til lave priser, hvilket er en billig og enkel kontrollmekanisme.

Klanmekanismen er det motsatte ekstreme ytterpunktet, og er en uformell struktur som bygger på verdier og normer. Denne typen kontrollmekanisme er vanlig i organisasjoner hvor det er veldig vanskelig å måle de direkte resultatene av den daglige arbeidsprosessen. Et eksempel på dette kan være en forskningsavdeling. Som bedriftsleder ønsker man selvsagt at forskerne skal jobbe målrettet for å gjøre signifikante oppdagelser, men det er veldig vanskelig å måle hvorvidt deres daglige arbeidsinnsats har vært bra eller dårlig i så henseende. Bedriften er da avhengig av at forskerne har en dyp forankring til målet, slik at behovet for en nøye overvåkning og kontinuerlig evaluering blir redusert. Dette er med andre ord også en billig og enkel kontrollmekanisme, men stiller altså store krav til implementering av ønskede verdier og normer.

Den byråkratiske kontrollmekanismen er en mellomting mellom de to ytterpunktene, hvor ledelsen på den ene siden prøver å fremme korrekte prosedyrer på å gjøre ting, men samtidig måler prestasjonen opp mot forhåndsbestemte standarder. Ledelsen benytter seg da både av personlig overvåkning og dirigering av underordnede. Dette skjer som følge av at ledelsen, i motsetning til markedsmekanismen, ikke oppfatter prisene som fullstendige informasjonsbærere. Det er derfor ikke tilstrekkelig å kun observere disse. Samtidig ønsker de ikke å overlate ansvaret helt og fullt til de underordnede selv, ved kun å fremheve verdier og normer som i klanmekanismen. Løsningen kalles derfor en hybridløsning, og krever med andre ord mer overvåking enn både markedsmekanismen og klanmekanismen.

Selve overvåkingen skjer gjennom at ledelsen skaper prestasjonsstandarder, og lederne må observere den faktiske prestasjonen opp mot de forhåndsbestemte prestasjonsmålene for å bestemme hvorvidt den faktiske prestasjonen er tilfredsstillende eller ikke. Dette er selvsagt ganske tidskrevende, og dersom en prestasjonsstandard er uttrykt kvalitativt fremfor kvantitativt, kan man forvente at administrasjonskostnadene for å følge denne opp vil være enda høyere.

Ouchis (1979) argument er at ledere må velge den type kontrollmekanismen som passer best for den aktuelle organisasjonen, da de alle tre vil implisere både ulike sosiale krav, men også ulike informasjonskrav.

<i>Social and Informational Prerequisites of Control</i>		
Type of control	Social Requirements	Informational Requirements
Market	Norm of Reciprocity	Prices
Bureaucracy	Norm of Reciprocity Legitimate Authority	Rules
Clan	Norm of Reciprocity Legitimate Authority Shared Values, Beliefs	Traditions

Figur 3 – Ouchis (1979) krav til de ulike kontrollmekanismene

Hvis man ser på de sosiale kravene vil markedet bare kreve en norm av gjensidighet. En norm av gjensidighet forsikrer at dersom en aktør i et marked skulle prøve å bedra en annen, så vil bedrageren, hvis han blir tatt, bli straffet av alle medlemmene i det sosiale systemet, og ikke bare av offeret og dets partnere. Strengheten av straffen vil typisk langt overstige forbrytelsen, men på denne måten effektivt avskrekke fremtidige opportunister. Forutsetter ledelsen da at de underordnede er lovlige vil all annen informasjon bli absorbert i prisen, og prisen blir dermed alt ledelsen trenger av informasjon. (Ouchi, 1979)

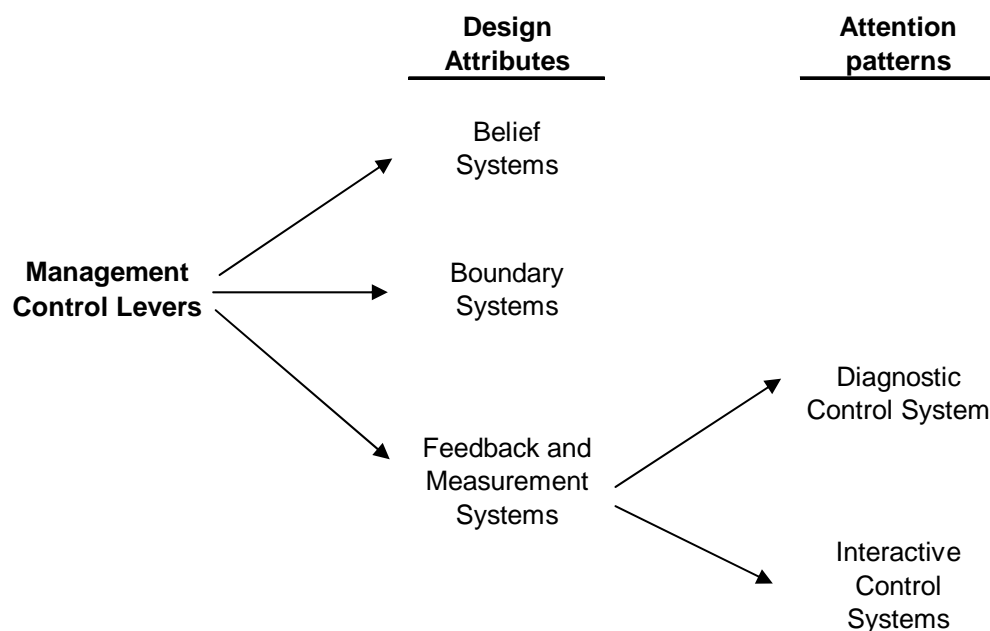
Ser man derimot på den byråkratiske mekanismen vil de ansatte måtte gi vekk en viss del av sin autonomi, da deres arbeid i større grad vil bli direkte overvåket og korrigert av lederne. Dette systemet krever derfor at lederne har legitimert autoritet over arbeiderne, i tillegg til normen om gjensidighet, som nevnt ovenfor. Normen om gjensidighet er i her reflektert gjennom ”en ærlig dags lønn for en ærlig dags arbeid” (Ouchi, 1979), og informasjonskravet vil da bestå av eksplisitte regler de underordnede må forholde seg til.

En klanmekanisme vil i tillegg til en norm av gjensidighet, og en legitimert autoritet over arbeiderne kreve at det også finnes en dyp grad av fellesforståelse mellom medlemmene om hva som konstituerer riktig adferd. Dette fordi klanen mangler den eksplisitte prismekanismen til markedet, og de definerte prestasjonsstandardene til byråkratiet. Siden ledelsen verken kan eller prøver å detaljovervåke i denne kontrollmekanismen, medfører dette et behov for sterke positive tradisjoner i selskapet. Klanmekanismen er derfor mer krevende enn både markedet og byråkratiet da sosiale enigheter (for hva som er riktig adferd) er en forutsetning for at kontrollmekanismen skal fungere.

Ouchi (1979) beskriver de tre mekanismene gjennom en fiskeanalogi hvor han påstår at markedet er som en ørret og klanen er som en laks. Begge er vakre, spesialiserte arter som krever usedvanlige forhold for å overleve. Til sammenligning er den byråkratiske mekanismen som en steinbit;

klumsete, stygg, men den har evnen til å leve i det videste mulige spekteret av forhold og er til syvende og sist den dominerende arten. Han hevder også at man aldri vil observere et rent marked, et rent byråkrati eller en ren klanmekanisme i noen organisasjoner. Alle organisasjoner inneholder noen trekk fra hver modell, så enhver bedrift må utvikle kontrollmekanismene til hver underavdeling i henhold til hvorvidt de klarer å innfri de sosiale kravene og informasjonskravene som kreves for de ulike mekanismene.

Robert Simons (1994) hevdet at kontrollsystemet kan brukes til strategisk fornyelse. Gjennom hans artikkel trekker han frem hvordan ti nye toppledere implementerte deres nye visjoner og strategier i sine organisasjoner, og argumenterer for følgende modell;



Figur 4 – Simons (1995¹) Levers of Control

Her karakteriserer han fire ulike ”vektstenger” som må balanseres;

- 1) Trossystemet
- 2) Begrensningssystemet
- 3) Det diagnostiske kontrollsystemet
- 4) Det interaktive kontrollsystemet

Trossystemet bygger på kjerneverdiene i bedriften, og skal gi veiledning til hvilken retning bedriften ”ønsker å gå i”. Dette er et eksplisitt sett av fellesverdier, formål og lignende. Ledelsen søker med andre ord å få implementert de rette kjerneverdiene, slik at de underordnede gjennom dette vil gå i ”riktig retning”. I sin artikkel fra 1995² skriver Simons at disse typisk er konsise,

verdiladete og inspirerende. De tiltrekker de ansattes oppmerksomhet til bedriftens dogmer; hvordan organisasjonen skaper verdi, hvilket nivå av prestasjon organisasjonen streber etter og hvordan ledelsen forventer at de underordnede skal håndtere både interne og eksterne relasjoner.

Ledelsen utvikler disse systemene bevisst til å være brede nok til å appellere til mange forskjellige grupper innen organisasjonen, og på grunn av dette kan de ofte bli kritisert for å mangle substans. Denne kritikken overser riktignok meningen bak uttalelsene; nemlig å inspirere og promotere forpliktelse til organisasjonens kjerneverdier.

Simons (1995²) avslutter med å beskrive trossystemet som yang'en i den kinesiske filosofi; solen, varmen, lyset. Motsetningen; mørke, kalde barrierer er representert i den neste vektstangen; begrensningssystemet.

Begrensningssystemet er basert på et enkelt, men likevel dypt ledelsesprinsipp kalt "makten av negativ tenking", og bygger på at dersom ledelsen ønsker å få sine ansatte til å bli mer kreative er det bedre å fortelle dem hva de ikke har lov til, enn å fortelle dem hva de har lov til. (Simons, 1995²) Dersom ledelsen forteller hva de underordnede har lov til, vil dette etablere standarder for de operasjonelle prosedyrene og hemme kreativitet. Å fortelle dem hva de ikke kan gjøre derimot, tillater innovasjon, men innen klart definerte grenser (Simons, 1995²). Simons kaller dette systemet for organisasjonens bremses og defineres som negative termer eller som minimumsstandarder.

Simons (1995¹) argumenterer videre for at begrensningssystemet er spesielt viktig i bedrifter hvor ens rykte er basert på tillit, og dette er en stor del av ens komparative fortrinn. Gjennom da å spesifisere hva de underordnede ikke har lov til reduserer ledelsen risikoen for at de underordnede utvikler et uønsket handlingsmønster.

Videre blir tilbakemeldings- og rapporteringssystemet delt opp i to, og Simons (1994) argumenterer for at ledelsen må ha et bevisst forhold til hvordan de bruker rapporteringssystemet. Det skiller da gjennom diagnostisk og interaktivt bruk. Enhver organisasjon bør tilstrebe å ha både velfungerende diagnostiske og interaktive kontrollsystem, da disse har ulike funksjoner i bedriften.

Det diagnostiske kontrollsystemet skal være rapporteringssystemet som benyttes for å overvåke organisasjonens kritiske prestasjonsvariable. Her setter ledelsen forhåndsbestemte kvantifiserbare mål, og intervenserer ved avvik. Ledelsen kan på denne måten forsikre seg om at organisasjonen presterer innen de områdene de har sett seg ut som strategisk viktige. Det diagnostiske kontrollsystemet bygges ofte opp gjennom fargekart, hvor ledelsen får såkalte "røde tall" ved negative avvik, og "grønne tall" dersom organisasjonen presterer som planlagt, eller over forventning. Simons (1995²) eksemplifiserer dette med kontrollpanelet i et fly. Kontrollpanelet

medfører at piloten kontinuerlig kan lete etter unormale signaler, og holde de kritiske prestasjonsvariablene innen forhåndssette grenser. De fleste bedrifter har blitt så kompliserte, at lederne blir nødt til å gjøre seg avhengige av et diagnostisk kontrollsystem for å klare å holde et overordnet fokus i bedriften. Dette medfører at de kan intervensere ved vesentlige avvik, men ellers holde oppmerksomheten på mer strategiske mål, og da gjerne det interaktive kontrollsystemet.

Et diagnostisk kontrollsystem vil altså bygges rundt de prestasjonsmålene ledelsen anser som kritiske for å oppfylle organisasjonens mål, og ledelsen vil fastsette spesifiserte målsetninger for hver enkelt av disse prestasjonsmålene. Eksempelvis vil et budsjett være et typisk diagnostisk rapporteringssystem (Simons, 1995¹), med forhåndsspesifiserte målsetninger.

Det interaktive kontrollsystemet bygges derimot rundt de strategiske usikkerhetene ledelsen ser i omgivelsene. Med andre ord kan man si at de diagnostiske prestasjonsmålene er fastsatt under visse forutsetninger om de eksterne omgivelsene. Det interaktive kontrollsystemet prøver å fange opp hvorvidt disse forutsetningene endrer seg. Eksempelvis kan en nyetablert bedrift være helt prisgitt hvordan de etablerte bedriftene responderer, for å ha mulighet til å penetrere et marked. Ledelsen vil derfor legge prestasjonsmål som eksempelvis *markedsandel*, inn under det interaktive kontrollsystemet. Budsjettet (det diagnostiske kontrollsystemet) i bedriften er derfor forutsatt at man klarer å komme inn i markedet, og gjennom det interaktive kontrollsystemet prøver ledelsen altså å holde kontinuerlig fokus og læring rundt de overordnede *forutsetningene* for bedriften.

3.5 Teoriplattformen som vil bli benyttet i dette studiet

Dette studiet vil vektlegge Simons (1994) modell for å *beskrive* de to helseregionene. Videre vil rammeverkene til Stewart (1984), Ouchi (1979), Roberts (1991) og Lindkvist & Llewellyn (2003) være essensielle for *analysen* av den økonomiske ansvarligheten.

Med andre ord vil Simons rammeverk (1994) brukes for å systematisk beskrive de ulike delene av det økonomiske styringssystemet, mens de andre teoriene utgjør analyseverktøyet for å fastsette formen og graden av økonomisk ansvarlighet i de to regionene.

Kapittel 4: Metode

Dette kapittelet vil fokusere på metoden som er valgt for å belyse problemstillingen. Problemstillingen vil derfor innledningsvis kort bli repetert. Deretter vil de ulike forskningsdesignene bli kort forklart, før det beskrives hva som er valgt for dette studiet, samt en begrunnelse om hvorfor. Avslutningsvis vil det komme en beskrivelse av hvordan selve datainnsamlingen og analysen av denne foregikk, og hvilke følger dette har hatt for validiteten og reliabiliteten for studiet.

4.1 Tema og problemstilling

Dette studiet ønsker å fokusere på endring av økonomisk ansvarlighet.

Caset som er valgt er den norske helsesektoren, avgrenset til helseregionene Helse Øst og Helse Vest, og den konkretiserte problemstillingen er;

Hvordan har helsereformen påvirket den økonomiske ansvarligheten i norsk helsesektor?

Formålet med studiet er å beskrive og analysere det økonomiske styringssystemet fra et perspektiv som fokuserer på ansvarliggjøring. Dette vil skape grunnlaget for å evaluere hvorvidt det finnes grunnlag for å påstå at den økonomiske ansvarligheten har endret seg som følge av helsereformen.

4.2 Forskningsdesign

Etter å ha konkretisert problemstillingen må forskeren finne det optimale forskningsdesignet for å belyse denne. (Jacobsen 2005) Det er da spesielt tre dimensjoner som blir essensielle; hvorvidt studiet ønsker å bruke primærdata eller sekundærdata, gå i bredden eller dybden, og hvorvidt studiet ønskes beskrivende eller forklarende.

4.2.1 Primærdata versus sekundærdata

Hovedforskjellen mellom disse to datainnsamlingene er at ved valg av primærdata vil forskeren selv innhente ny informasjon, mens sekundærdata representerer data som allerede er innsamlet.

I dette studiet vil det bli lagt vekt på primærdata, da dette medfører at datainnhenting kan skreddersys informasjonsbehovet i dette studiet. I tillegg finnes det, etter forskerens bekjentskap, ingen oppdatert sekundærdata på dette området.

4.2.2 Dybde versus bredde

Å velge mellom dybde og bredde medfører at forskningsdesignet vil avvike fra det ideelle forskningsopplegget, hvor dybde og bredde kombineres. (Jacobsen 2005). Grunnen til at en

avveining må gjøres er fordi det er svært kostnadskrevende å både innhente og analysere informasjonen til et studium som går i dybden. Med andre ord vil kostnadene bli veldig høye dersom studiet i tillegg til å gå i dybden har mange enheter.

Fordelene med dybdeundersøkelser er at de får frem relevant data. Informasjonen som fremstilles er ikke løsrevet fra sin kontekst, hvilket medfører et større detaljombfang. Dette medfører at den interne gyldigheten² ofte vil være stor. Problemet er riktignok at dette kan gå på bekostning av den eksterne gyldigheten³.

Fordelene med breddeundersøkelser er nemlig at disse i langt større grad kan generaliseres. Problemet er riktignok at dette vil gå på bekostning av dybden i undersøkelsen, og resultatene kan bli ganske overfladiske i forhold til en dybdeundersøkelse, da de er styrt av hva forskeren har inkludert i spørreskjemaene. Dette kan altså medføre at informasjonen mister sin interne gyldighet.

Det er derfor vanlig å si at det finnes to former for generalisering. Dersom det eksisterer høy intern gyldighet kan resultatene lettere brukes til å utforme hypoteser og teorier om hvordan virkeligheten ser ut. Dette kalles derfor for en teoretisk generalisering. Dersom det derimot eksisterer høy ekstern gyldighet kan resultatene lettere overføres til andre kontekster, og dette kalles derfor for en statistisk generalisering (Jacobsen 2005).

I dette studiet er det lagt opp til en blanding mellom dybde og bredde. Dybden er spesielt representert i den første delen, hvor studiet fokuserer på få individer, men er åpen for mange variabler. Den andre delen undersøker mer i bredden, da det undersøker flere enheter, men kun utvalgte variabler. I tillegg er det også sikret en større bredde gjennom at studiet vil gjennomføre et såkalt komparativt case-studie. Samme undersøkelse vil da bli gjennomført på to ulike case; Helse Øst og Helse Vest, hvilket medfører en større mulighet for generalisering til helsesektoren generelt, enn om det kun hadde blitt fokusert på en helseregion.

Fremgangsmåten som gjennomføres vil med andre ord falle inn under det Jacobsen (2005) beskriver som design-triangulering. Dette er valgt fordi metoden vil sikre høy relevans, gjennom dybdeundersøkelsen, og høy generaliseringsmulighet gjennom breddeundersøkelsen.

² Intern gyldighet = har vi dekning i våre data (empiri) for de konklusjonene vi trekker (Jacobsen 2005)

³ Ekstern gyldighet = er funnene gyldige også i andre sammenhenger?

4.2.3 Beskrivende versus forklarende

Forskjellen mellom et beskrivende og et forklarende design ligger i at et forklarende design har et høyere ambisjonsnivå enn et beskrivende. Dersom en forsker prøver å forklare noe, vil målet være å avdekke et årsaksforhold mellom to variabler. I forskningen er det da tre ufravikelige krav som må være tilfredsstillt for å påstå et kausalitetsforhold;

- 1) Det må være samvariasjon mellom det som antas å være årsaken, og det som antas å være virkningen.
- 2) Årsak må komme før virkning i tid, og det må være tidsmessig nærhet mellom årsak og virkning.
- 3) Det må ikke eksistere spuriøse sammenhenger.

Dette studiet vil være en deskriptiv tverrsnittsstudie, som beskriver og analyserer hvordan det økonomiske styringssystemet i helsevesenet fungerte høsten 2005. Grunnen til at et deskriptivt forskningsstudie ble valgt, ligger i at datainnsamlingen kun vil foregå på ett tidspunkt, hvilket medfører at det ikke kan påstås at årsak kommer før virkning. Det blir også umulig å utelukke spuriøse sammenhenger.

4.3 Datainnsamling og analyse

Et casestudie er et eksplorativt studie, hvor forskeren vil innhente all relevant data, ikke bare de som støtter de opprinnelige hypotesene. Hensikten med et casestudie er å skape innsikt, ikke å teste hypoteser. Forskeren må i så måte forholde seg nøytral, og være fleksibel etter hvert som ny informasjon kommer frem. Målet er å danne seg et bilde av de store sammenhengene. (Churchill & Iacobucci, 2005)

Teorien tilsier (Jacobsen 2005) at når forskeren har lite kunnskap om fenomenet som skal studeres, og ønsker å utvikle nye teorier og hypoteser, vil en kvalitativ tilnærming være å foretrekke. På denne måten kan forskeren gå i dybden av det som skal undersøkes, og forskeren får en mer helhetlig forståelse av fenomenet. Ulempene er at metoden er tidskrevende og kostbar, både i informasjonsinnhentnings- og analysedelen. Den kvantitative metoden er dermed bedre når forskeren har god kunnskap om fenomenet, og målet er å teste teorier og hypoteser. Metoden fungerer derfor bedre når målet er å generalisere funn, da det gjennom en kvantitativ metode kan testes langt flere enheter til relativt lave kostnader.

Dette studiet har derfor valgt å kombinere de to metodene, og vil starte med en kvalitativ metode på de øverste nivåene i helseorganisasjonen. Nærmere spesifisert betyr dette at studiet har benyttet en

kvalitativ metode på regionsnivå og helseforetaknivå. Når studiet så tilnærmer seg avdelingslederne i helseforetakene, vil det bli benyttet en kvantitativ metode.

På denne måten har studiet kombinert de to metodene, hvor antagelsene som blir skapt ved analyse av den kvalitative informasjonen blir testet mot avdelingslederne. Metodene blir derfor brukt utfyllende, gjennom det Jacobsen (2005) kaller en metodetriangulering, hvor den kvalitative metoden danner basisen for den kvantitative.

Den kvalitative tilnærmingen ble valgt for å initialt kunne tilnærme seg sektoren med åpne øyne. Med andre ord ble det lagt vekt på at intervjuobjektene selv skulle forklare hva de oppfattet som viktige variabler. Dette vil med andre ord sikre høy reliabilitet. Disse variablene ble så testet mot en bredere del av befolkningen/organisasjonen, noe som gjøres mest effektivt gjennom en kvantitativ tilnærming.

4.3.1 Kvalitativ datainnsamling – åpent intervju med økonomidirektørene

Man har hovedsakelig fire ulike kvalitative metoder som kan benyttes; individuelt intervju, gruppeintervju, observasjon og dokumentundersøkelse. Alle disse kan gi ulike såkalte undersøkelseeffekter, og det er viktig å være seg bevisst disse når studiet gjennomføres. Undersøkelseeffekter er de effektene som selve undersøkelsen påfører. Med andre ord kan en tenke seg at det finnes en "ekte sannhet", og det er denne forskeren prøver å fange. Dessverre kan metoden forskeren bruker for å fange denne sannheten påvirke resultatet, og i så måte gjøre at den observerte sannheten ikke samsvarer med den "ekte sannheten". For å bruke litt andre ord, kan altså selve forskningsmetoden bli en feilkilde.

I dette studiet ble det valgt å bruke det individuelle intervjuet på den kvalitative delen av studiet. Jamfør Jacobsen (2005) vil denne metoden være den som egner seg best når relativt få enheter skal undersøkes, og forskeren er interessert i nyansene av det hvert enkelte individ sier og mener. Med andre ord er denne metoden ideell for den innledende fasen, hvor studiet tilnærmer seg personer med forankring i økonomiledelsen. Her vil det være relativt få personer som kan velges ut, men til gjengjeld har de stor kompetanse på området som skal undersøkes.

Utvalg – økonomiledere i Helse Øst og Helse Vest

Helsesektoren i Norge består av fem regionale helseforetak, hvorav dette studiet velger å fokusere på Helse Øst og Helse Vest. Helse Øst ble valgt som undersøkelsesenheter fordi de, som eneste helseregion i Norge, har klart å innfri den intenderte målsetningen fra helsereformen (nullresultat - se forrige kapittel for mer informasjon), ikke bare ett år, men faktisk samtlige år etter helsereformen

sett under ett. Det ble så avtalt hvilke helseforetak som skulle bli undersøkt på intervjuet med regionens økonomileder.

Helse Vest ble valgt da regionen representerer en middelvei hva angår størrelse, samt at regionen ligger geografisk i samme område som forskeren holder til i. Dette medførte lavere undersøkelseskostnader. Samtidig er helseregionen beregnet til å være den mest kostnadseffektive helseregionen i landet (Sintef.no), hvilket også bidrar til at et studie av denne regionen blir særlig interessant. Hvilke helseforetak som ble undersøkt i de aktuelle regionene ble, som i Helse Øst, avtalt i intervjuet med regionens økonomileder.

Siden målet er å gjennomføre en komparativ analyse av økonomisystemet og styringsdialogen i de to helseregionene Helse Øst og Helse Vest, ble det valgt å analysere tre ledelsesnivåer, hvorav de to første vil bli tilnærmet gjennom den kvalitative metoden. Det øverste nivået er økonomiledelsen i de respektive helseregionenes regionale helseforetak. Det neste nivået blir økonomiledelsen i de ulike helseforetakene. Her ble det avgrenset til to helseforetak i hver region, da det ville bli for kostnads- og tidskrevende å studere alle. Det ble rettet en anmodning om å få et stort og et lite helseforetak i hver region, noe som ble innvilget i begge tilfellene.

Lav struktureringsgrad

Det ble valgt å ha en lav struktureringsgrad i intervjuene, for å sikre høy reliabilitet. Det var derfor utviklet en ganske åpen intervjuguide, basert på tema (se vedlegg 5 og 6), hvor målet var å få frem økonomiledernes fortellinger fremfor korte forhåndsdefinerte svar.

Lokalisering – nøytrale versus naturlige omgivelser

Intervjuene på øverste nivå ble gjennomført på hoteller i henholdsvis Bergen og Oslo, da dette viste seg å være den mest praktiske løsningen. I tillegg medfører dette mindre forstyrrelser og eksterne påvirkninger. For de fire andre intervjuene ble disse gjennomført i respondentenes naturlige omgivelser, det vil si deres kontor eller møterom i deres respektive sykehus. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, etter godkjenning fra de som ble intervjuet. Hensikten med studiet ble forklart på forhånd, og intervjuene overgikk aldri halvannen time.

Koding

Kodingen av datamaterialet ble gjennomført med en innledende renskrivning av båndopptakene, for deretter å bli kategorisert i henhold til Simons (1994) rammeverk (se teorikapittelet for nærmere forklaring)

Validiteten i denne fasen knytter seg spesielt opp mot den interne gyldigheten, det vil si hvorvidt resultatene oppfattes som riktige. Det ble derfor lagt vekt på både å overføre intervjuene helt ordrett, men også at sitatene ikke skulle være tatt ut av sin naturlige sammenheng.

4.3.2 Kvantitativ datainnsamling – Spørreskjema til alle avdelingslederne

Å samle inn kvantitative data medfører andre utfordringer enn ved innsamling av kvalitative. For det første vil forskeren vanligvis undersøke flere enheter, og informasjonen som samles inn er vanligvis predefinert av forskeren (Jacobsen 2005).

Valg og utvikling av innhentingsmetode - spørreskjema

Det finnes ulike metoder for å innhente kvantitativ data, men de fire vanligste er postutsendte spørreskjema, internettbaserte spørreskjema, telefonintervjuer eller personlige, standardiserte intervjuer (Jacobsen 2005).

Fordelene med et spørreskjema er at forskeren billig og effektivt kan nå større grupper. Dette studiet vil derfor benytte seg av denne innhentingsmetoden.

Utviklingen av spørreskjema – ni steg.

I hovedsak er det ni steg for å utvikle et spørreskjema (Churchill & Iacobucci, 2005 s.234);

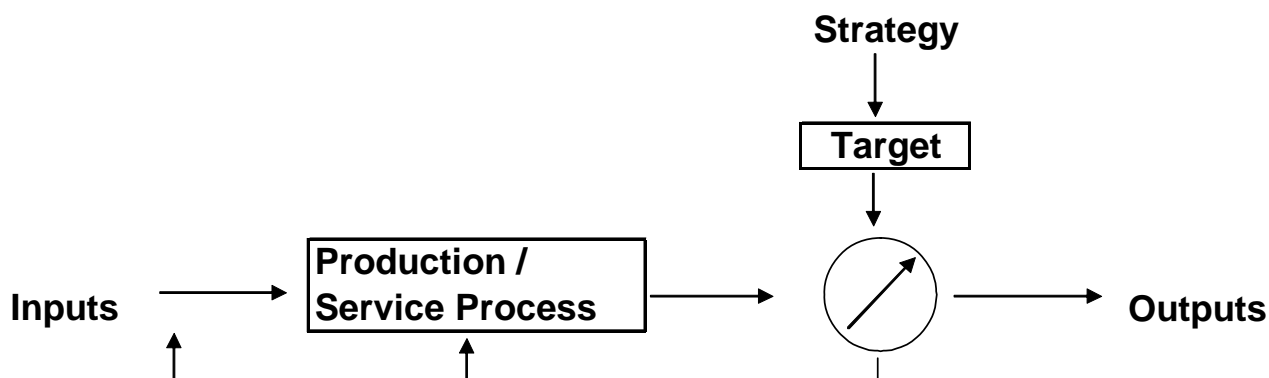
- Steg 1: Spesifiser hva slags informasjon forskeren er ute etter
- Steg 2: Hvilken type spørreskjema vil forskeren benytte, og hvilken metode vil forskeren benytte for å distribuere disse?
- Steg 3: Bestem innholdet i hvert spørsmål
- Steg 4: Bestem svarmulighetene for hvert spørsmål
- Steg 5: Bestem ordlyden i hvert spørsmål
- Steg 6: Bestem rekkefølgen på spørsmålene
- Steg 7: Design spørreskjemaet slik at det ser profesjonelt ut, og er lett å fylle ut.
- Steg 8: Gjennomgå steg 1 til 7, og revider om nødvendig
- Steg 9: Forhåndstest undersøkelsen og revider hvor nødvendig

Disse ble gjennomført, men ikke alle vil bli gjennomgått i detalj.

Steg 1; Hva slags informasjon er forskeren ute etter

Informasjonen som søkes i den kvantitative delen er definert til å gjelde det Simons (1995¹) kaller det diagnostiske styringssystemet.

Simons rammeverk (1995¹ s.63) beskriver oppbyggingen et diagnostisk kontrollsystem gjennom følgende modell;



Figur 5 - Simons diagram av et diagnostisk styringssystem

Her setter strategien utgangspunktet for målsetningene, og produktiviteten i organisasjonen vil måles opp mot disse.

For å gi en mer intuitiv forståelse av modellen kan det altså sies at strategien spesifiserer målsetningen. Deretter evalueres det hvorvidt det faktiske resultatet innfrir de fastsatte målsetningene, og ledelsen intervenserer først ved eventuelle avvik. Dersom en tenker seg helsesektoren, hvor budsjettet representerer et diagnostisk kontrollsystem, kan en altså se for seg følgende tidskjede;

Strategi → **Budsjett** → **Resultat** → **Avvikshåndtering**

Figur 6 - Budsjettet som diagnostisk kontrollsystem

Strategien legger grunnlaget for budsjettet, og det bør derfor være samsvar mellom de strategiske prioriteringene, og budsjettprioriteringene. Etter at budsjettet er fastsatt ønsker ledelsen å ha et system som absorberer underenhetenes resultater etter hvert som tiden går. Avslutningsvis håndterer lederne avvikene mellom budsjettet og resultatet, både ved positive og negative avvik. Negative avvik kan medføre en form for straff, og positive avvik kan gi en form for belønning.

For å tilnærme oss avdelingslederne i helsesektoren, med fokus på økonomisk ansvarlighet, ble fokuset lagt på følgende fem hovedområder;

Strategi	→ Budsjett	→ Resultat	→ Avvikshåndtering
1) Hvilken strategi føler avdelingene ligger til grunn i organisasjonen?	2) Er det legitimitet for budsjettet i avdelingene? 3) Føler man reell beslutningsmyndighet til å innfri budsjettet?	4) Hvordan rapporterer man resultatene oppover? Hvor ofte?	5) Hvordan følges dette opp ved positive og negative avvik?

Figur 7 - Temavis oppbygning av spørreskjemaet

- 1) *Strategiforankring* - Hvilket strategisk fokus oppfatter avdelingslederne at HF-ledelsen har?
- 2) *Økonomisk legitimitet på avdelingsnivå* - Hvilken legitimitet føler avdelingslederne økonomihensyn har?
- 3) *Reell påvirkningskraft* - Hvilken beslutningsmyndighet føler avdelingslederne de har til å innfri budsjettet?
- 4) *Oppfølging* - Hvordan er og oppleves oppfølgingen?
- 5) *Incentiver* - Hvilke positive og negative incentiver opplever avdelingslederne ved budsjettavvik?

Disse fem informasjonsområdene ønsker studiet belyst i den kvantitative delen.

Steg 2; Valg av type spørreskjema og formidlingsmetode

Videre er det to valg som vil avgjøre selve spørreskjematypen. Det første er hvorvidt forskeren ønsker strukturert eller ustrukturert form, og det andre er hvorvidt forskeren ønsker tilslørt eller utilslørt informasjon. Dette medfører at forskeren har valget mellom fire ulike hovedtyper av spørreskjema; strukturert tilslørt, strukturert utilslørt, ustrukturert tilslørt og ustrukturert utilslørt. (Churchill & Iacobucci, 2005)

Strukturert form medfører at svaralternativene er lukkede, mens ustrukturert medfører at svaralternativene er åpne. Dersom spørreskjemaet har åpne svaralternativer, vil det være en del av en kvalitativ datainnhenting, da forskeren ikke prøver å forhåndsdefinere svaralternativene en respondent kan gi.

Ved en tilslørt datainnhenting prøver forskeren å innhente informasjonen på en indirekte måte, og spør ikke direkte om det en egentlig er ute etter. (Churchill & Iacobucci, 2005) I stedet vil spørsmålene omhandle noe forskeren forventer at samvarierer med dette. Eksempelvis vil en forsker som er ute etter å beskrive miljøengasjementet til respondentene sine ha vanskelig for å spørre; "Hva synes du om miljøvern?". Dette fordi alle respondentene, uavhengig av deres reelle miljøengasjement, sannsynligvis vil svare; "Det syntes jeg er veldig viktig!". Hvis forskeren

forutsetter at kunnskap om miljøvern samvarierer med respondentenes "ekte" miljøengasjement, kan han i stedet stille spørsmål om dette, og på den måten tilsløre informasjonen han egentlig er ute etter. Problemet med metoden er at forskeren må være sikker på samvariasjon mellom det han spør om, og det han ønsker å observere, hvilket gjør at metoden er vanskelig å benytte seg av i praksis.

I dette studie er det valgt en innsamlingsmetode som bygger på strukturert utilslørt datainnhenting i den kvantitative delen. Strukturert fordi målet er å teste informasjonen som er anskaffet gjennom den kvalitative delen. I tillegg gir en strukturert form større grad for kvantifiserte sammenligningsmuligheter. Dette blir spesielt viktig i dette studiet, da det er et komparativt case-studie. Utilslørt fordi det er vanskelig, om ikke umulig, å bruke en tilslørt innsamlingsmetode for å innhente relevant data om økonomisk ansvarlighet i helsesektoren. Strukturert utilslørt datainnhenting er da også den vanligste formen for innhenting av kvantitativ data.

Når det gjaldt formidlingen av spørreskjemaene ble opprinnelig en E-post variant valgt, da dette potensielt kunne medføre hurtig respons, og gode muligheter for purring dersom det skulle være nødvendig. I tillegg er det en svært kostnadseffektiv metode. Problemet var riktignok at den elektroniske løsningen som ble valgt, viste seg å være utilstrekkelig i praksis. Spørreskjemaene ble derfor ettersendt via post i stedet, direkte til respondentene, med vedlagt frankert svarkonvolutt til hver enkelt respondent.

Steg 3-7 – Bestem innhold, svaralternativer, ordlyd, rekkefølge og design

Hovedpoengene her er at språket skal holdes enkelt og at svaralternativene skal tilpasses til den type informasjon som skal innhentes. I tillegg skal det være en gjennomtenkt rekkefølge på spørsmålene og ett profesjonelt design på spørreskjemaet. Det vil i denne omgang ikke bli gjennomgått hvordan hvert enkelt spørsmål ble konstruert, men stegene ble vurdert og fulgt i dannelsen av spørreskjemaet.

Steg 8 & 9 – Revidering og forhåndstesting av spørreskjema

Spørreskjemaet ble revidert av både forsker og veileder, samt forhåndstestet og revidert av en avdelingsleder i helsesektoren.

Utvalg – alle somatiske avdelingsledere i de aktuelle helseforetakene

Respondentene ble avgrenset til kun å omfatte de somatiske avdelingslederne⁴, da psykiatrisk helsevern har en helt annen finansieringsmodell og helt andre utfordringer. Dette medfører at de to sektorene (somatisk og psykiatrisk helsevern) neppe kan sammenlignes direkte. Utvalget ble da hele den potensielle populasjonen, etter at avgrensningene i forhold til helseforetak og sektor (somatisk) var valgt. Totalt sett medførte dette 53 spørreskjema. 41 av disse svarte, så svarprosenten ble dermed 77%, hvilket etter Jacobsens tommelfingerregel må anses som ”meget godt” (2005 side 300)

Koding – fra ord til tall

Ved mottakelse av spørreskjemaene ble svaralternativene kodet inn i et regneark som tall.

4.4 Analyse og tolkning av den kvantitative empirien

4.4.1 Analysenivå – prosentvise svarandeler

Studiet benyttet seg kun av den enkleste analyseformen, nemlig svarfordelingen. Dette ble gjort på grunnlag av studiet har et deskriptivt design, samt at denne metoden frembringer høy pålitelighet, siden dataene på mange måter fremstår som rådata.

4.4.2 Inndelingene i analysen

Etter at spørreskjemaene ble returnert ble det lagt opp til en grundig analyse av de svarene som kom inn. Gjennom intervjumaterialet, samt det teoretiske rammeverk var det spesielt tre inndelinger som skilte seg ut;

- 1) Gjennom intervjumaterialet kom det frem klare ulikheter mellom de to helseregionene Helse Øst og Helse Vest. Vil dette mønsteret være konsistent? Og vil hypotesene om de regionale forskjellene i de to tidligere komponentene, trossystemet og begrensningssystemet, bli styrket fra avdelingslederne? Inndeling av henholdsvis Helse Øst og Helse Vest opprettholdes derfor.
- 2) Gjennom teorimaterialet var det studier (Llewellyn 1998, Wikström 2005) som hevdet at jo nærmere pasienten man kom, jo mer ville den helsefaglige ansvarligheten vektlegges på bekostning av den økonomiske. En interessant inndeling blir da; finnes det forskjell på hva klinikerne svarer i forhold til de som driver internservice? Og er det forskjell mellom klinikerne i Helse Øst og Helse Vest?

⁴ Pasientbehandling deles inn i to hovedgrupper; somatikk er den biten som går på behandling av kroppsmessige lidelser, mens psykiatrisk helsevern retter seg mot mentale lidelser.

- 3) Til syvende og sist kan det også være interessant å lete etter karakteristikk på de avdelingene og avdelingslederne som har klart å innfri budsjettforventningene.

Rådata på nøyaktig hvordan respondentene i forhold til disse tre inndelingene svarte på alle spørsmålene, finnes som vedlegg (Vedlegg 2, 3 og 4). I den videre analysen vil det bli lagt vekt på å tolke resultatene, og dataene vil derfor bli gruppert inn i mer analyserbare og oversiktelige tabeller hvor dette anses hensiktsmessig.

4.4.3 Spesielle analyseproblemer

Et viktig område å belyse, før presentasjonen av analysen, er hvilke spesielle analyseproblemer som oppsto, samt hvordan disse ble løst. Dette vil gi direkte innvirkninger på resultatene, og hovedproblemene vil derfor kort bli beskrevet her. For en nøyere beskrivelse, se vedlegg 1.

En enkelt respondent sto for 13 av 21 ”unormale” svar, og ble fjernet fra datamaterialet. Dette både fordi respondenten gjentatte ganger ga motstridende og flere svar på samme spørsmål, men også fordi respondenten ikke var konsistent i de meningene som ble ytret. Det kunne derfor virke som om respondenten hadde satt kryss ”i vilden sky”, og ble derfor fjernet fra analysematerialet.

Videre var det da kun 8 ”unormale” svar (av i alt 3280 mulige), og disse enkeltsvarene ble enten eliminert eller omklassifisert. For nærmere detaljer om dette, se vedlegg 1.

Kapittel 5: Empiri og analyse

Dette kapittelet vil først kort beskrive helseregionene Helse Øst og Helse Vest. Deretter blir det gjennomført en deskriptiv analyse av Helse Øst og Helse Vest ved hjelp av Simons (1994) rammeverk. Rammeverket består av fire hovedkomponenter; trossystemet; begrensningssystemet, det interaktive kontrollsystemet og det diagnostiske kontrollsystemet.

Hver komponent vil avslutningsvis ha en oppsummering og delanalyse ut ifra det teoretiske rammeverket som ble laget for å tilnærme seg ansvarlighet, da med spesiell vekt på Ouchis (1979) rammeverk

Kapittelets organisering er altså som følger;

- 5.1 Kort presentasjon av de to helseregionene
- 5.2 Simons første komponent; Trossystemet
- 5.3 Simons andre komponent; Begrensningssystemet
- 5.4 Simons tredje komponent; Den interaktive kontrollsystemet
- 5.5 Simons fjerde komponent; Det diagnostiske kontrollsystemet

Analysen av de tre første komponentene, trossystemet, begrensningssystemet og det interaktive kontrollsystemet, vil ta utgangspunkt i intervjuene som ble gjort på henholdsvis regions-, og helseforetaksnivå.

Analysen av den siste komponenten, det diagnostiske kontrollsystemet, vil bygge på den kvantitative spørreundersøkelsen som ble gjennomført, men ses i sammenheng med forhåndsantagelsene som skapes gjennom analysen av den kvalitative delen.

5.1 En kort presentasjon av de to helseregionene;

Innledningsvis vil de to regionene bli kort beskrevet, for å gi et generelt inntrykk av hvilke regioner det her er snakk om. For å få en nøytral fremstilling er det lagt vekt på å la regionene presentere seg selv med egenvalgte ord, klippet ut ifra skriftlige dokumenter fra helseregionene. Deretter vil kostnadsdata og aktivitetsveksten for de to regionene bli presentert for perioden etter helsereformen.

5.1.1 Helse Øst

Helse Øst presenterer seg selv slik, gjennom årsrapporten 2004 (Helse-ost.no²) og internettsidene deres (Helse-ost.no¹);

Helse Øst er den statlige helseforetaksgruppen som fra 1.1.2002 har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Øst RHF (regionalt helseforetak), med underliggende datterselskaper.

Helse Øst er landets største helseregion med 1,6 millioner innbyggere, det vil si drøyt 35% av landets befolkning og et samlet drift- og investeringsbudsjett på 22,8 milliarder kroner. I 2004 hadde regionen omlag 31.000 medarbeidere og er ut ifra dette Norges fjerde største konsern.

Helse Øst er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehustilbudet og er eier av de sju helseforetakene i regionen.



Figur 8 - Bilde av Helse Øst (Helse-ost.no¹)

Helse Øst består pr i dag av syv helseforetak, i tillegg til at helseregionen deler Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS med Helse Sør.

Helse Øst er for øvrig den eneste helseregionen i landet som har klart å innfri helsedepartementets krav om et såkalt nullresultat for de tre årene etter helsereformen, sett under ett.

5.1.2 Helse Vest

Helse Vest presenterer seg selv slik, gjennom årsrapporten 2004 (Helse-vest.no³) og internettsidene deres (Helse-vest.no¹);

Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for dei offentleg eigde sjukehusa i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest skal sørge for at innbyggjarane i helseregionen får dei helsetenestene dei har krav på.

Helse Vest eig føretaka som driv sjukehusa og institusjonane. Det er helseføretaka som har arbeidsgivaransvar for dei om lag 18 500 medarbeidarane i regionen.

Spesialisthelsetenesta i regionen omfattar rundt 45 sjukehus og institusjonar og skal gi helsetenester til rundt 920.000 innbyggjarar.



Figur 9 - Bilde av Helse Vest (Helse-vest.no)

Driftsbudsjettet for 2005 er på rundt 13 milliarder kroner.

Helse Vest har 4 helseforetak, i tillegg til Apotekene Vest HF.

5.1.3 Kostnader og aktivitet i de to regionene

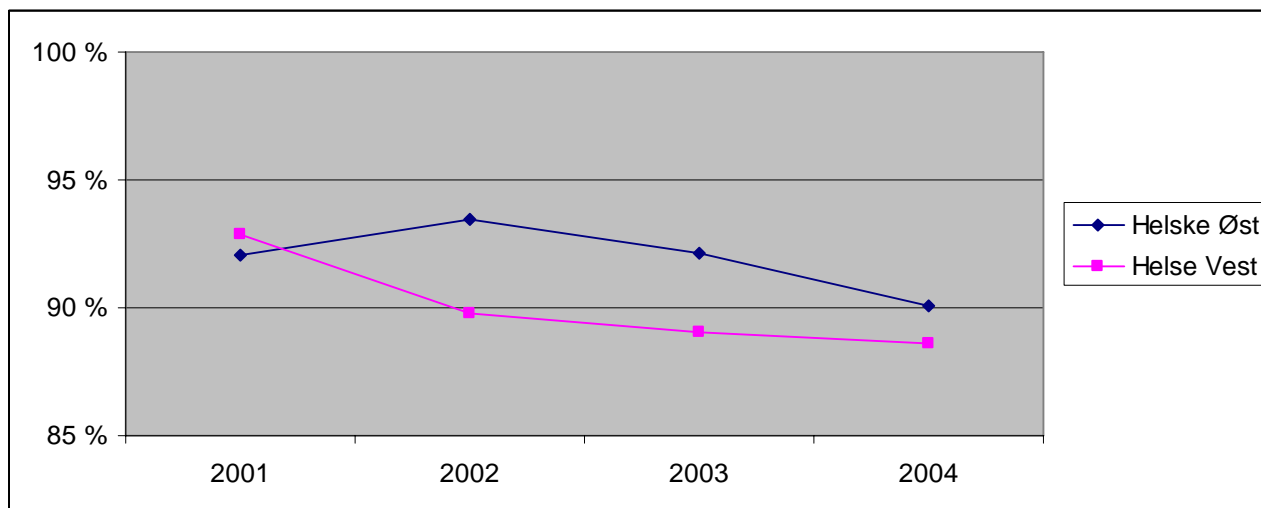
Kostnadsutvikling 2001-2004 vs. Landsgjennomsnittet

En spesiell karakteristikk med disse to helseregionene, er at det gjennom hele denne fireårsperioden er disse to regionene som har lavest forbruk per innbygger på somatiske helsetjenester, og er de to eneste regionene som i hele perioden har et forbruk som ligger under landsgjennomsnittet. (Sintef.no) Dividerer man de totale driftskostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten, korrigert for gjestepasientoppgjør, og fordeler dette på innbyggerne i regionen, får man følgende tabell (Sintef.no)

	2001	2002	2003	2004
Helske Øst	8457	8831	9139	9129
Helse Vest	8532	8484	8831	8984
Landsgjennomsnitt	9185	9447	9920	10136

Tabell 1 - Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2001, 2002, 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak. (Sintef.no)

Dette kan også fremstilles grafisk, hvor regionene sammenlignes med landsgjennomsnittet (100%). Det gir følgende fremstilling:



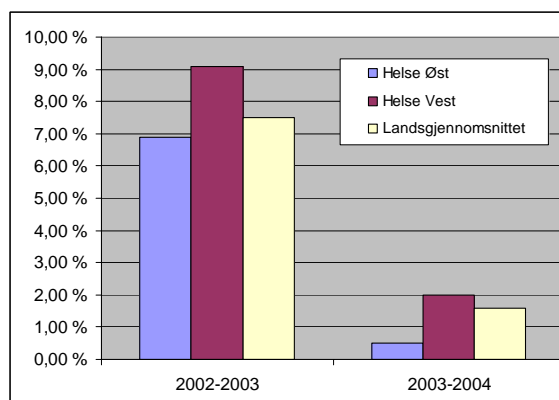
Figur 10 - Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2001, 2002, 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. I prosent av landsgjennomsnittet.

Dette viser at helseregionene har lavere kostnader enn landsgjennomsnittet, men viser også at denne utviklingen har forsterket seg over tid. De to helseregionene bruker altså mindre, relativt mot landsgjennomsnittet, enn hva man gjorde tidligere. Helse Vest er da også blitt beregnet til å være den mest kostnadseffektive helseregionen i landet (Sintef.no)

Ifølge det regjeringsoppnevnte Hagen-utvalget er regionen riktignok underfinansiert med 695 millioner kroner (2003) i forhold til de andre regionale helseforetakene. (Helse-vest.no²)

Aktivitetsutvikling 2002-2004

Når det gjelder aktivitetsveksten i de to regionene er denne i Helse Øst lavere enn landsgjennomsnittet i hele perioden 2002-2004. For Helse Vest er den derimot høyere enn landsgjennomsnittet i samme periode. (Odin.no³)



Figur 11 - Aktivitetsvekst i antall registrerte DRG-poeng (Odin.no³)

5.2 Simons første komponent; Trossystemet

Simons (1994) argumenterer for at en organisasjon bør ha et såkalt trossystem som formidler organisasjonens strategiske kjerneverdier. Dette er et system som fremmer de fundamentale retningslinjene for organisasjonen, og vil på mange måter være måten organisasjonen ønsker å tenke på.

Gjennom analyse av intervjumaterialet var det fremtredende at de to helseregionene hadde utviklet ulike oppfattelser av hvordan helseregionene skulle operere, og hvilke prestasjonsmål det burde fokuseres på. Den videre tilnærmelsen til kjerneverdiene blir derfor delt inn som følger;

5.2.1 Konsernoppfattelsen – Samarbeid versus autonomi

5.2.2 Helse versus økonomi som prestasjonsvariabel

5.2.3 Oppsummering og delanalyse av trossystemet

5.2.1 Konsernoppfattelsen – Samarbeid versus autonomi

Helse Øst – Samarbeid i alle ledd

I Helse Øst er den rådende tankegangen at regionen skal fungere som et konsern med fokus på internt samarbeid. Helse Øst søker derfor å minimalisere den interne konkurransen i regionen. Gjennom intervjumaterialet kom det frem at begrunnelsen for dette er at ledelsen både på regions- og helseforetaknivå ønsker å motvirke suboptimalisering⁵. Enhetene koordineres derfor på en slik måte at regionen jobber *sammen* om de utfordringene regionen står ovenfor. I analysen vil det være naturlig å dele inn i signalene fra RHF'et, helseforetakenes syn på hverandre og signalene ned mot avdelingene.

Signalene fra RHF'et

Respondenten fra regionsnivå uttrykket en klar forestilling om at det var samarbeid som skulle gjennomsyre Helse Øst, da vedkommende innså at det kunne oppstå negative konsekvenser dersom hver enhet optimaliserte for seg selv, uten å tenke på helheten. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”en klar filosofi jeg har i hvert fall er at vi må jobbe horisontalt, og ikke vertikalt. For det at en overlege optimaliserer sin avdeling og gjør det veldig bra, kan medføre at neste avdeling da bruker 20% mer kostnader på det, eller at pasienten blir liggende en dag lenger osv. Så

⁵ på regionsnivå vil en suboptimalisering medføre at hvert enkelt helseforetak kun prøver å optimalisere sin egen drift, og bryr seg ingenting om hvordan dette kan påvirke andre helseforetak. Tilsvarende vil en suboptimalisering på avdelingsnivå medføre at hver enkelt avdeling optimaliserer egen drift, uten å tenke på hvordan avdelingens aktivitet eventuelt påvirker andre avdelinger.

kanskje hvis han hadde jenket seg, og hadde gjort det 95% optimalt kan du si, så hadde pasienten fått en helt annen tilfredsstillelse gjennom hele pasientforløpet.” RHF

Helse Øst har derfor samordnet helsetilbudet, slik at de enkelte helseforetakene i minst mulig grad har konkurrerende behandlingstilbud. RHF’et hadde i så måte nektet helseforetak muligheten til å drive visse typer behandlinger, selv om de allerede hadde dette behandlingstilbudet. RHF’et hadde også nektet et helseforetak å starte opp et konkret behandlingstilbud, til tross for at helseforetaket selv hadde besluttet å investere mange millioner i dette. Det var også innført en fordelingsentral for fødsler, slik at de ulike helseforetakene fikk tildelt fødslene gjennom denne sentralen.

Inntrykket var at dette var en ny måte å jobbe på. Det ble uttrykt at før helsereformen måtte sykehusene kjempe for investeringsmidler for å starte nye behandlingstilbud. Hadde sykehusene klart å få finansiert et nytt behandlingstilbud, var det riktignok selvsagt at de skulle ha lov å drive dette. Nå ville Helse Øst derimot vektlegge samordning og eliminering av intern konkurranse mellom helseforetakene. Dette medførte at alle pasientgrupper og behandlingstilbud ble gjennomgått og fordelt mellom de ulike helseforetakene på nytt. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Det er jo ikke noen grunn til at Aker og Ullevål eller Aker og Ahus skal være konkurrenter” RHF

Det ble også lagt vekt på samarbeid, og respondenten på RHF-nivå uttrykte at de bevisst inkluderte alle helseforetakene i alle prosjektene som ble igangsatt på RHF-nivå. RHF-respondenten uttrykket også at strategien var vellykket, da helseforetakene nå anså hverandre hovedsaklig som kollegaer, i motsetning til før helsereformen, da de anså hverandre hovedsaklig som konkurrenter. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”hvis de i dag oppfatter at de er 5% konkurrenter og 95% kollegaer, og så tror jeg når vi gikk inn i reformen var de 80% konkurrenter” RHF

Likevel kom det også frem at ikke alle på forhånd hadde trodd at den nye helsereformen skulle medføre denne type konserntankegang, rundt samordning av helsetilbud og internt samarbeid i regionen. På det ene helseforetaket ble det uttrykt at de hadde forventet en struktur som bygget mer på selvstendige økonomiske helseforetak som skulle finne sine konkurransefortrinn ved å konkurrere mot hverandre. Respondenten innså likevel at det motsatte var skjedd, og uttrykket seg slik;

”det jeg trodde, ..., var at når vi fikk en ny helsereform, så trodde jo vi at vi skulle ha en struktur hvor sykehusene skulle være mer i konkurranse, men det er altså blitt motsatt, hvor vi er et samarbeidende konsern, hvor vi altså samarbeider om å gi et best mulig helsetilbud for befolkningen i det området vi skal dekke, i motsetning til den modellen jeg trodde skulle komme, hvor vi skulle være litt mer økonomiske sykehus, som skulle konkurrere mot hverandre, for å finne konkurransefortrinn i forhold til ulike tilbud. Men det har da altså ikke vært aktuelt, fordi vi har hatt en funksjonsfordeling, og delt de ulike pasientene og diagnosegruppene mellom oss...”

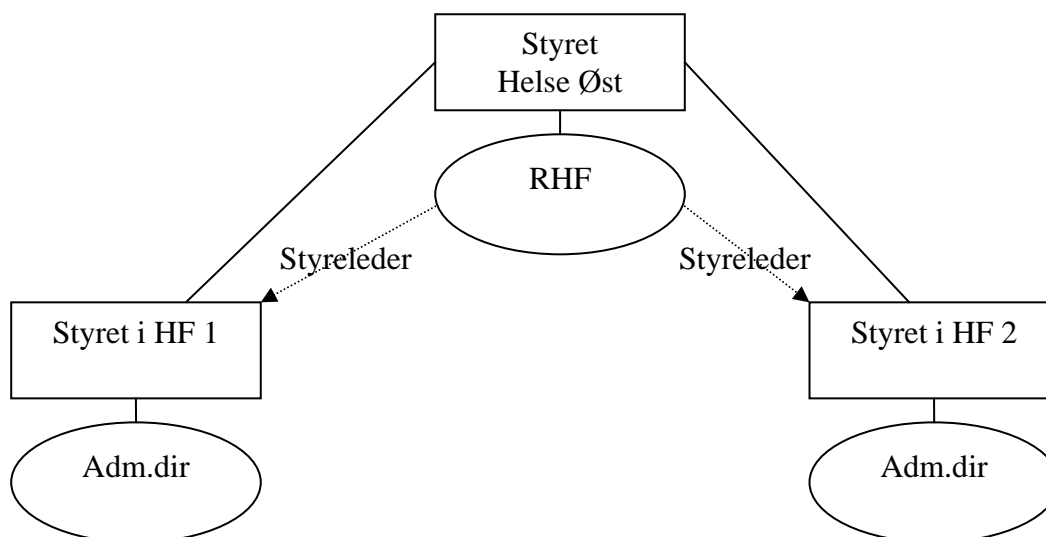
Helse Øst begynte i 2002 som en region med 15 ulike helseforetak. Dette ble riktignok raskt redusert til syv, og respondenten på RHF-nivå uttrykte at dette var noe de tidlig hadde planlagt. Begrunnelsen for det reduserte antallet, var at RHF’et ønsket å få i stand store og robuste helseforetak, og at RHF’et ønsket klare ansvarslinjer ned mot styrene i helseforetakene.

I tillegg har Helse Øst organisert styrene i helseforetakene slik at styrelederen har sin daglige jobb i det regionale helseforetaket. Tanken bak dette var igjen at RHF’et ønsket å kunne påvirke helseforetakene til å dra i samme regning, og ønsket et eksplisitt styringsmandat for å forsikre seg om at så kunne skje. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Vi har veldig liten tro på at du kan sitte i den syvende vognen i et tog og ha noen påvirkning på hvordan man styrer i lokomotivet.” RHF

”vi ... klarer å ta med inn de store linjene, og vi er sikker på retningen helseforetakene går i, ved å ha styreleder der.” RHF

En skissert modell for hvordan denne styringen i Helse Øst fungerer blir da;



Figur 12 - Styringsstruktur i Helse Øst

Respondenten på RHF-nivå innrømmet at denne organiseringen ikke var i tråd med hva politikerne hadde tenkt seg på forhånd, men at regionen hadde fått lov å fortsette med denne styringsmodellen. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Der er det jo litt uoverensstemmelse kan du si mellom politisk syn og det som Helse Øst står på, men vi har fått lov å fortsette med å ha styreledere.”

Helseforetakenes syn på hverandre

Synet om samarbeid og konsernoppfattelse var også gjennomsyret ned til helseforetaknivå, og RHF’et hadde månedlige møter mellom ulike nøkkelpersoner i de ulike helseforetakene i regionen. Der iblant hadde også økonomidirektørene et slikt månedlig møte hvor de ulike økonomidirektørene kunne ta opp felles problemstillinger og utveksle erfaringer fra deres respektive helseforetak. Begge helseforetakene som ble intervjuet satt igjen med et inntrykk av at det var et godt samarbeid mellom økonomidirektørene i helseforetakene. Den ene respondenten på helseforetaknivå uttrykket seg slik;

”Vi økonomidirektørene føler jeg har et godt samarbeid oss i mellom, så det hender veldig ofte at jeg ringer til dem eller de til meg....”

En annen indikator som understreker helseforetakenes syn på hverandre er at helseforetakene ikke har prøvd å fokusere på hvordan de interne pasientstrømmene i regionen er, men har derimot langt bedre fokus og tallmateriale på hvorvidt helseforetakene har behandlet pasienter fra andre helseregioner. Helseforetakene er med andre ord ikke så opptatt av å ta pasienter fra hverandre innad i regionen, men retter konkurransefokus mot de andre helseregionene. Den ene respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

”Vi har vel ikke noen klare tall for nøyaktig hvor Helse Øst pasientene kommer fra, men pasientene fra Sør og Vest og Nord, har vi jo gode tall på.”

Signalene ned mot avdelingene

Spesielt på det ene helseforetaket i Helse Øst hadde helseforetaket innført et noe spesielt system etter helsereformen for å motvirke suboptimalisering; helseforetaket hadde nemlig fjernet selve driftsavtalen⁶ ned mot avdelingene. Dette ble gjort delvis fordi helseforetaket så tendenser til at hver enkelt divisjon suboptimaliserte innen de rammebetingelsene som ble gitt, og delvis fordi helseforetaket innså at de ikke klarte å følge disse driftsavtalene godt nok opp. Respondentene anerkjente med andre ord at det var vanskelig å følge opp avtalene, da respondentene ikke så hvordan de kunne la avdelingens eventuelle positive eller negative budsjettavvik medføre økonomiske konsekvenser for avdelingen. Når helseforetaket da ikke hadde kapasitet til å følge opp de nøye spesifiserte driftsavtalene, valgte helseforetaket i stedet å gå fra dem. Den ene respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”og [da] vi så at avdelinger gjerne hadde 3 millioner i overskudd, så sa vi gjerne ”Hmm... hmm.. De pengene trekker vi” Og ingenting er vel mer demotiverende enn at en avdelingsledelse som har fått en budsjettamme som du styrer etter, og så kommer direktøren, med meg i spissen, og sier; ”Sorry. Disse pengene får dere ikke beholde likevel”. Og tilsvarende på de som hadde underskudd; nemlig at det hadde ingen konsekvens. De som da gikk med 5 millioner i underskudd fikk i realiteten bare et klapp på skulderen, og man sier ”Vi skjønner dere hadde mange syke pasienter, og at det var mange...” ja du vet.. Og det tror vi var demotiverende for denne avtalestyringen, at vi ikke var gode nok til å dyrke avtalen. For skal du ha avtalestyring, så må man holde avtalen.”

Helseforetaket skapte likevel en konsensus for hvilke økonomiske rammebetingelser avdelingene skulle holde seg innenfor, men tok altså vekk selve avtalen som spesifiserte dette. Respondentene mente å ha sett en positiv utvikling som følge av dette, hvor de påsto at divisjonene nå tenkte mer helhetlig, og at divisjonene nå var mer på offensiven i forhold til å hjelpe hverandre.

Respondenten på det andre helseforetaket ga også uttrykk for at avdelingene måtte se helheten, og ikke kun fokusere på egen drift. Avdelingslederne var ansatt av helseforetaket, og skulle drive som en del av et konsern. Respondenten uttrykket seg slik;

⁶ Driftsavtalen var et dokument som blant annet spesifiserte nøyaktige budsjettgrenser for det aktuelle året, og som avdelingslederen måtte signere før årsoppstart.

”Og der er det vi prøver å få dem til å forstå at de driver ikke sin private virksomhet i [helseforetaket]. Det har jeg vært ganske klar på. Dere leier dere ikke inn i [helseforetaket] sine lokaler, og får dratt ut overskuddet. Dere er ansatt her, og driver som en del av et konsern.”

Helse Vest – Autonomi i fokus

I Helse Vest hadde RHF’et derimot fremmet selvstyre, uavhengighet og intern konkurranse i organisasjonen. I denne analysen vil det også være naturlig å dele inn i; signalene fra RHF’et, helseforetakenes syn på hverandre og signalene ned mot avdelingene.

Signalene fra RHF’et

Respondenten på RHF nivå var klar på at RHF’et anså helseforetakene som sin bunnlinje, og at detaljeringsgraden i deres styring ikke var spesielt stor.

Videre ble det fremhevet at helseforetakene selv bestemte hvilke behandlingstilbud de ønsket å drive, såfremt det ikke fra et helsefaglig ståsted burde sentraliseres. Videre var det store rom for selv å bestemme og påvirke aktivitetsnivå, og dersom helseforetakene produserte utover den bestillingen som var lagt til grunn, hadde helseforetakene likevel fått kompensasjon for denne ekstraproduksjonen. Dette kan gjerne også være en av forklaringene til at Helse Vest har en høyere aktivitetsvekst enn landet for øvrig (se kapittel 5.1 En kort presentasjon av de to helseregionene).

Det kom også frem at dersom helseforetakene ikke imøtekom resultatkravene prøvde RHF’et aldri å gå inn å detaljstyre hvordan eller hvilke tiltak som måtte igangsettes. Riktignok ble helseforetakene pålagt å *finne* tiltak, men det regionale helseforetaket skulle aldri selv gå inn i helseforetaket, eller overstyre på noen måte.

Totalt sett oppsummerte respondenter fra RHF’et at helseforetakene hadde stort handlingsrom nedover innenfor de enkelte helseforetakene. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Vi opererer på HF nivået, hvilket medfører at de har rimelig stort handlingsrom videre nedover innenfor hvert HF”

En interessant observasjon i Helse Vest var at selv om RHF-respondenten uttrykte et klart syn på at RHF’et ikke skulle detaljstyre helseforetakene, opplevde begge helseforetakene det som at RHF’et prøvde på nettopp dette. Blant annet kom det frem at RHF’et hadde prøvd å innføre både direkte

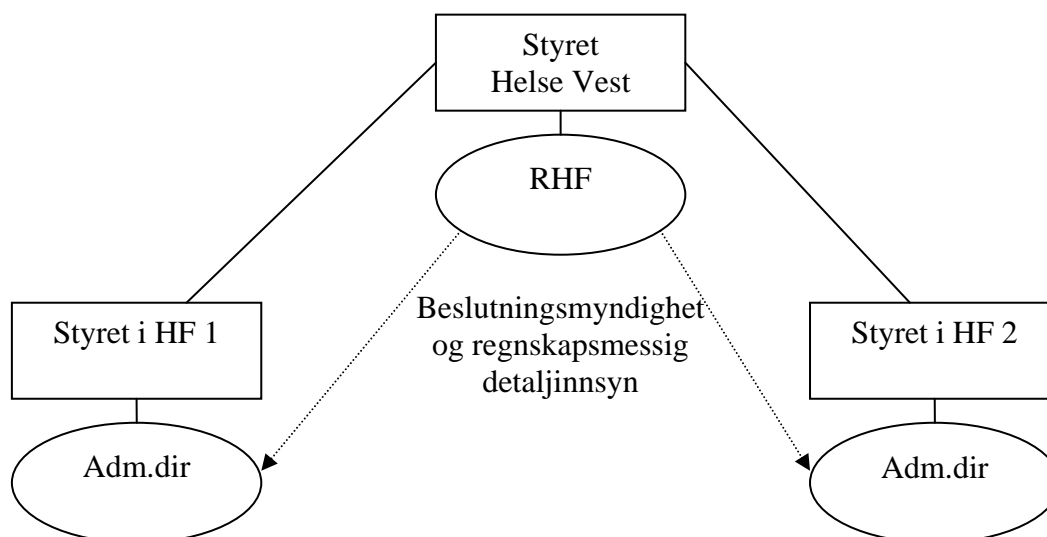
beslutningsmyndighet over helseforetakenes administrerende direktører, og detaljinnsyn i helseforetakenes regnskaper. Dette ble oppfattet som uønskelig. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

”RHF’et ønsker nok å være et konsern som har sine døtre, og som de gir ordre. Mens da en del sier at de skal kun vær en bestiller, som gir foretakene en kontrakt, og formidler den, og skal ikke gå på den direkte styringen. For det er det foretaket til styret, som igjen rapporterer til styret for RHF.”

Helseforetakene oppfattet dette som et overtramp av den modellen som i utgangspunktet lå til grunn, og følte at en slik modell eventuelt ville avsette både økonomidirektør og administrerende direktør i helseforetakene. Helseforetakene ønsket derfor ingen direkte innblanding fra det regionale helseforetaket, og hadde liten forståelse for nødvendigheten av dette. Helseforetakene var med andre ord opptatt av at ansvarslinjene i den opprinnelige modellen skulle bli fulgt, hvor helseforetaket svarer til, og får ordre fra styret i helseforetaket. Den ene respondenten på helseforetaknivå uttrykket seg slik;

”vi trenger jo ikke at de skal bypasse oss og gå inn. De må måle oss på vårt budsjett på foretaksnivå, og de må føle seg trygg på at vi er på ballen hele tiden, og når vi holder budsjettet, da gjør jo vi jobben vår, da. Så jeg oppfatter at de til dels da blir detaljfokusert, fordi de ikke forstår rollene som ligger i konsernet, og rollene som ligger i helseforetaket.”

Helseforetakene hadde med andre ord gjort sterk motstand mot følgende styringsmodell;



Figur 13 – Uønsket styringsstruktur Helse Vest

Helse Vest hadde riktignok også satt opp ulike fora i regionen, i likhet med Helse Øst, hvor RHF'et omtrent månedlig samler alle administrerende direktørene, økonomidirektørene, personaldirektørene, fagdirektørene og lignende. Likevel ble det presisert på helseforetaknivå at disse foraene på ingen måte har beslutningsmyndighet. De skulle kun fungere som et drøftingsorgan eller samarbeidsorgan.

Dermed er det tydelig at helseforetakene er opptatt av å være selvstyrte. Helseforetakene ønsket ingen detaljstyring fra RHF'et, og protesterte dersom det kom initiativ som ville medføre lavere grad av autonomi.

Helseforetakenes syn på hverandre

Gjennom intervjuene på begge helseforetakene, ble det gitt uttrykk for at helseforetakene opplevde den interne konkurransen som reell.

Det ene helseforetaket hadde satt fokus på å gjenvinne pasienter fra andre helseforetak i regionen.

Det andre helseforetaket hadde et bevisst forhold til at helseforetaket måtte synliggjøre sine behov. Helseforetaket mente i så måte at den interne tautrekkingen var viktig, da helseforetakene på mange måter konkurrerte om å få mest mulig av regionens totalbudsjett til sitt helseforetak.

Likevel kom det frem at respondentene følte det var godt samarbeid mellom helseforetakene. De månedlige møtene Helse Vest satte opp for økonomidirektørene, i likhet med Helse Øst, ble oppfattet som gode samarbeidsmøter, med god dialog og godt samarbeid mellom økonomidirektørene i regionen. Den ene respondenten på HF-nivå spesifiserte riktignok, på direkte spørsmål, at vedkommende oppfattet de andre helseforetakene i regionen mest som konkurrenter.

Respondenten mente riktignok at dette ikke var den beste måten å organisere seg på. Argumentet var at dersom Helse Vest hadde samordnet behandlingstilbudet kunne helseregionen spart mange hundre millioner kroner i forhold til den strukturen regionen har nå. Dette fordi regionen kunne sentralisert mange funksjoner og fått høyere effektivitet. I tillegg reagerte respondenten på at RHF'et ikke samordnet behandlingstilbudet til to sykehus som ligger tett inntil hverandre geografisk, men som tilhører to ulike helseforetak i Helse Vest. Dette ville ifølge respondenten økt både den økonomiske og medisinske effektiviteten. Respondenten uttrykket likevel at en slik konsernløsning, slik det på mange måter er innført i Helse Øst, ikke er politisk akseptert, og at Helse Vest derfor ikke kan innføre en slik modell. Respondenten uttrykket seg slik;

” økonomisk og medisinsk effektivitet hadde vært økt vesentlig dersom man hadde styrt det mer som et konsern, altså. Men det er politisk bestemt, så det kan ikke Helse Vest gjøre noe med, for å si det sånn. De kan jo bearbeide det, men de kan ikke beslutte noe.”

Signalene ned mot avdelingene

I begge helseforetakene som ble intervjuet var det en rådende oppfatning om at autonomi og selvstyre også skulle gjennomsyre den interne organiseringen i helseforetaket. Helseforetakene jobbet derfor bevisst for å skape styringsstrukturer og systemer som kunne bygge opp rundt avdelingsledernes autonomi og beslutningsmyndighet. På den måten kunne disse ha en reell mulighet til å innfri budsjettforventningene for sin avdeling.

På det ene helseforetaket kom det frem at helseforetaket ikke bare hadde resultatkravene brutt ned på hver klinikk, men på hver eneste enhet innenfor klinikken. Likevel var det bare systembyggingen som ble gjennomført på helseforetaknivå, da helseforetaket lot klinikkdirektøren sette kravene og ta seg av oppfølgingen til de enkelte enhetene. Helseforetaket var med andre ord opptatt av å få frem budskapet om at det er klinikkdirektøren som styrer, ikke helseforetaket. Helseforetaket la på denne måten grunnlaget for at divisjonene skulle ha en høy grad av selvstyring, og ingen fra helseforetaksledelsen deltok på oppfølgingsmøtene innad i de ulike divisjonene. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”Det har vært et uttalt mål fra AD om at alle skulle ha nedbrutte mål ned til 3.nivå, men på møtene mellom 2. og 3.nivå stiller jeg aldri, så jeg vet lite om hvordan man følger resultatene opp.”

I budsjettprosessen la helseforetaket også vekt på at det var disse klinikkdirektørene som skulle komme med sine prognoser for neste år først. Dette fordi det ikke skulle føles som om det var helseforetaket som fastsatte grensene. Klinikkdirektørene skulle derfor foreslå disse selv, og videreforshandle med økonomiavdelingen etterpå. Rekkefølgen var det likevel lagt stor vekt på; klinikkdirektørene skulle alltid begynne med sine egenestimerte tall.

Det andre helseforetaket la også vekt på å få frem selvstyre i de kliniske avdelingene, og et viktig element var å få fjernet rammefinansieringen av støtteavdelingene (som laboratorietjenester, røntgen osv), og la de kliniske avdelingene kjøpe støttetjenestene istedenfor. På denne måten kunne avdelingene styre sitt eget forbruk, og derav styre sine kostnader bedre. I tillegg ville helseforetaket unngå at støtteavdelingene skapte begrensninger for de kliniske avdelingene, da helseforetaket

ønsket at det var de kliniske avdelingene som skulle bestemme aktivitetsnivået, ikke kapasiteten i støtteavdelingene. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”før ... kjøpte de tjenestene uansett om de ville det eller ikke.. nå får alle de kliniske avdelingene alle pengene, og så kjøper de tjenestene internt, slik at de selv kan vurdere omfang og kvalitet ut ifra de avtalene de gjør med støtteenhetene. Så på en måte har man styrket de kliniske avdelingene, og overført midler og dermed også makt og innflytelse”

Når det så gjaldt oppfølgingen, fulgte også dette helseforetaket kun opp avdelingene som helhet, og blandet seg ikke inn i hvordan avdelingene ble styrt videre nedover. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”Vi holder oss til avdelingene ja, og der er det en avdelingsleder og en kontroller, og det er deres ansvar å følge opp videre nedover... og videreføre sine budsjetter og resultatkrav videre nedover i systemet.”

Det var dermed en gjennomsyrende tankegang i begge helseforetakene at man ønsket å fremme intern autonomi, og gi avdelingslederne reelt beslutningsmandat.

5.2.2 Helse versus økonomi som prestasjonsvariabel

Økonomiledelsen i begge regioner, både på RHF og HF-nivå, så et behov for å legitimere at det nå var innført mer bedriftsøkonomiske prinsipper i helsesektoren. De to regionene hadde riktignok angrepet dette på to ulike måter.

Helse Øst – Dominerende helsefokus

I Helse Øst brukes det et ensidig helsefokus for å legitimere økonomihensynet. Regionen har med andre ord fremholdt at det er helse som er aller viktigste prestasjonsvariabel, og at økonomi og ledelse skal være medhjelpere for å fremme helsefokusset. Dette kommer tydelig frem både i hvordan økonomihensynet ble legitimert fra RHF’et, men også i hvordan økonomihensynet ble legitimert fra helseforetaknivå.

Hvordan økonomihensynet ble legitimert fra RHF’et

Respondenten fra RHF’et uttrykte at de allerede i 2003 hadde satt i gang minst 20 helsefaglige prosjekter som skulle motvirke det negative med at det var innført mer bedriftsøkonomiske prinsipper i regionen. På denne måten kunne RHF’et få vist at det var helsefaglige målsetninger RHF’et ønsket å prioritere. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”i 2003 satt [vi] i gang 22 prosjekter som da gikk mot helsefag, stort sett på hvert fall 20 av de, og på den måten tror jeg vi unngikk det negative med at «nå kommer blårussen», altså vi sysselsatte alle fagfolkene med 22 prosjekter, og alle sammen fikk være med å uttale seg og påvirke hva de var opptatt av.”

Respondenten var klar i at RHF’et sannsynligvis hadde unngått mange konflikter og konfrontasjoner med denne strategien, da helsereformen ble innført. Fremover ville de følge samme strategi, og som eksempel ble det fortalt at regionen i 2005 hadde bevilget 50 millioner til forskning. Målsetningen var riktignok å øke dette med ytterligere 50 millioner hvert år, frem til totalbudsjettet når 200 millioner. Dette under betingelse av at helseforetakene klarer å innfri de økonomiske kravene fra år til år. RHF’et hadde også puttet mye penger inn i andre fagområder, og hadde på denne måten vist at dersom helseforetakene klarte å forholde seg til de økonomiske rammene som var fastsatt, så gir det dem noe i ettertid. RHF’et har dermed prøvd å minimere motsetningen mellom helsefaglige målsetninger og en økonomi i balanse i størst mulig grad, og oppfattet at dette hadde redusert konfliktpotensialet i organisasjonen. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”jeg tror at fordi vi har kjørt på med sånne fagting så har vi ikke hatt de gnisningene....”

Hvordan økonomihensynet ble legitimert fra helseforetaknivå

På foretaksnivå kom det frem mye av den samme tankegangen, da RHF’et også her velger å formidle et syn om at det er det helsefaglige som er det viktige. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

”Ved å få orden på økonomien så får vi ro til å konsentrere oss om det som er viktig”

Helseforetakene ønsket også å gi avdelingene økonomisk kompetanse, gjennom såkalte kontrollere⁷, som kunne tolke eller forklare budsjettene og regnskapene nedover i divisjonene. Disse satt i begge helseforetakene sentralisert i helseforetakets økonomiavdeling, men var dedikert egne virksomhetsområder. På denne måten ville disse kontrollerne kunne bidra til å fremme den økonomiske forståelsen, samtidig som avdelingslederen kunne ha hovedfokus på andre ting. Det ble også uttrykt fra begge helseforetakene at man selvsagt ønsket at avdelingslederne skulle ha tilstrekkelig fokus på økonomi, men at dette ikke burde være hovedfokuset. Den ene respondenten uttrykket seg slik;

”han skal ha fokus på økonomi tilstrekkelig, men ikke for mye”

⁷ En kontrollør er en person med økonomisk kompetanse. Kontrolløren blir ofte brukt som en intern revisor, og kontrollerer hvorvidt regnskapet er riktig. Den kan også gi råd og opplæring til ulike ledere i organisasjonen.

Det kom også frem at helseforetakene ikke hadde vektlagt å sende avdelingslederne på økonomi- og lederkurs, men så samtidig at dette kanskje burde vært gjort. Den ene respondenten uttrykket seg slik;

”Vi har gitt dem noe, men burde gitt dem mye mye mer”

Helseforetakene hadde med andre ord også fokusert på det handlingsrommet en balansert økonomi gir til helsefaglige mål. Avdelingslederen skal i så måte ha tilgang på økonomisk kompetanse og ha *tilstrekkelig* fokus til å få økonomimålene på plass, men det er de helsefaglige målene som til enhver tid skal stå i fokus.

Helse Vest – Økonomi som prestasjonsvariabel

I Helse Vest er det derimot en mer direkte formidling av at økonomi er et viktig prestasjonskriterium, og langt mer fokus på de økonomiske målene i seg selv.

Indikasjonene på dette observeres også her på fokuset fra RHF’et og fokuset fra helseforetakene

Fokuset fra RHF’et

Helse Vest har, som tidligere nevnt, foreløpig aldri budsjettert med et såkalt nullresultat⁸, men har årlig fått helsedepartementets godkjenning for at regionen kan ha et nærmere spesifisert negativt budsjettresultat. Respondenten på RHF-nivå var likevel bevisst rundt viktigheten av å holde fokus på økonomi, og å til enhver tid kreve tiltak for å bedre økonomien, slik at regionen år for år kunne komme nærmere målet, spesifisert som et nullresultat.

Fra politisk hold er det da også avkrevd at alle helseregionene skal komme i regnskapsbalanse innen utgangen av 2006.⁹ Respondenten fra Helse Vest uttrykte dog at regionen har ambisjon om å nå et tilnærmet nullresultat allerede i 2005, da RHF’et mente at de ville få et vesentlig bedre grep om den økonomiske styringen, dersom regionen har en økonomi i balanse å forholde seg til. Respondenten trakk også frem at RHF’et ville ha et bredere spekter av incitament å spille på, når regionen ikke lenger sliter med resultatunderskudd. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

⁸ Helsedepartementets uttalte mål om at helseregionenes regnskapsmessige resultat (etter visse justeringer, nærmere spesifisert av helsedepartementet) skal være null.

⁹ Riktignok har det vært andre frister tidligere, men sommeren 2005 ble fristen utvidet til 2006, slik at man fikk et ekstra år på seg å komme i balanse.

”Så det vi har sagt er at vi tar sikte på et nullresultat i 2005, og håper at vi ikke trenger den muligheten til å skyve det til 2006.”

På spørsmål om hvilket prestasjonsmål regionen anså som det høyest prioriterte ble det svart at resultatregnskapet var det aller viktigste. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Det viktigste, naturlig nok, som jeg har snakket om hele veien her er resultatet så langt i år, eller bunnlinja.”

Fokuset fra helseforetakene

På begge helseforetakene i Helse Vest ble det påpekt at HF'ene prøvde å ta et oppgjør med det man oppfattet som ”den gamle kulturen”¹⁰ som henspeilte til hvordan økonomiaspektet i helsesektoren ble betraktet før helsereformen.

Begge helseforetakene var derfor opptatt av å få økonomisk forpliktelse og forståelse ned til de som faktisk tar avgjørelsene, men helseforetakene hadde angrepet dette til dels ulikt.

Det ene hadde satt lederne, helt ned til 3.nivå (et steg lenger ned enn hva de selv fulgte opp), på skolebenken. Helseforetaket gjennomførte da økonomi- og lederprogrammer med disse to til tre ganger i året, og fokuserte på det.

Det andre foretaket søkte å skape legitimitet for budsjettet ved å legge budsjettmøtene med de ulike avdelingene ut i selve avdelingen. Avdelingslederen kunne på denne måten ta med seg nøkkelpersoner, avdelingssykepleiere og leger, slik at også disse fikk være med på budsjettdebattene. Det ble nemlig oppfattet som om avdelingslederen ofte ønsket å holde budsjettet, men at avdelingslederen kunne ha problemer med å ansvarliggjøre de under seg, da disse aldri var blitt trukket inn i budsjettdebattene.

Som eksempel ble det vist til at det var avdelingssykepleiere som ringte og bestilte ekstra vakter og vikarer, ikke avdelingslederen. Dette ville selvsagt ha økonomiske konsekvenser, så det var viktig å involvere avdelingssykepleierne i budsjettprosessen. Videre var det legene som tok beslutninger om behandling, så det var da viktig å også involvere disse. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

¹⁰ Kort fortalt har personell i helsesektoren mange ulike målsetninger; de skal drive pasientbehandling, få ned ventelister, gjerne hevde seg i forskningsmiljøet, og alt dette fortrinnsvis innen bestemte økonomiske rammer. Tradisjonelt sett, ble det sagt, har økonomi blitt betraktet som en utidig begrensning for hva man har lyst å gjøre. Det ble påstått at systemet hadde hatt lett for å gi tilgivelse dersom du kunne gi en grei forklaring for eventuelle budsjettavvik, så begge respondentene mente at økonomidisiplinen i helsesektoren hadde vært dårlig tidligere.

”vi kommer ingen vei hvis ikke vi får budsjett disiplinen ned på det nivået der du faktisk tar økonomiske beslutninger.”

Likevel ønsket helseforetaket ikke å frata avdelingslederen ansvaret, for HF’et anså lederen som ansvarlig for at avdelingen skulle holde budsjettet. Helseforetaket hjalp likevel med legitimeringen nedover i avdelingen. På denne måten skulle helseforetakene øke budsjettforpliktelsen på de lavere nivåene gjennom at de ulike nøkkelpersonene selv hadde vært med i budsjettdebattene. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”Jeg syntes det er litt viktig å ikke kalle de inn på teppet, men gå ut. Da kan de ofte lettere ta med seg sine medarbeidere og, så du kan få forankret det, og får gjerne et bilde av hva problemer avdelingslederen sliter med i forhold til sine igjen. Og at de får lov å skyte litt på økonomidirektøren av og til, det er litt greit. Hehe”

Begge helseforetakene hadde inntrykk av at de hadde lyktes med sin strategi, og fått implementert økonomi som en viktig prestasjonsvariabel. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

”man [avdelingslederne] begynner å innse at økonomi er en viktig parameter. Det har de nok gjort.”

Helseforetakene har dermed søkt å skape økonomisk aksept på lavere ledelsesnivåer enn tidligere, og formidlet at økonomi er en viktig parameter å prestere innen.

5.2.3 Oppsummering og delanalyse

Helse Øst – Samarbeid og helsefaglig fokus

Ved analyse ut ifra Simons (1994) modell av trossystem fremkommer det at Helse Øst’s kjerneverdier bygger på at det skal samarbeides på alle nivå. Dette ble observert på flere områder;

Organiseringsformen: hvor RHF’et reduserte antallet helseforetak fra 15 til 7, og styrelederen i hvert de 7 helseforetakstyrene har sin daglige jobb i RHF’et.

Oppgavefordelingen: hvor regionen har fordelt diagnosegruppene mellom regionens helseforetak, og i minst mulig grad har overlappende behandlingstilbud.

Dialogen internt: gjennom månedlige møter for ulike nøkkelpersoner fra de forskjellige helseforetakene

Pasientstrømmene	helseforetakene søker ikke å ta pasienter fra hverandre, men har mer fokus på å ta pasienter fra andre helseregioner
Intern organiseringen:	gjennom å fjerne de spesifiserte driftsavtalene (på det ene helseforetaket), og skape forståelse for at avdelingene skulle jobbe sammen som et konsern, ikke som private småbedrifter.

Begrunnelsen er hele tiden at regionen ønsker å unngå suboptimalisering, og bygger derfor systemer som fremmer samarbeid fremfor intern konkurranse.

Videre har Helse Øst hatt fokus på de *helsefaglige* konsekvensene av en økonomi i balanse. Regionen har med andre ord latt de helsefaglige kjerneverdiene få stå i hovedfokus. Dette ble også observert på flere områder;

Rett etter helsereformen	RHF'et igangsatte 20 helsefaglige prosjekter, og sysselsatte alle fagfolkene, slik at alle kunne være med å uttale seg om hva de var opptatt av
Fremover	RHF'et vil øke forskningsbudsjettet med 50 millioner hvert år dersom helseforetakene fortsatt klarer å innfri de økonomiske kravene
Fokus	Helseforetakene mente avdelingslederne skulle ha <i>tilstrekkelig</i> fokus på økonomi, men ikke for mye.

Regionen har på denne måten ivaretatt de helsefaglige kjerneverdiene, og underbygger dette videre ved å fremme samarbeid i regionen.

Tolkes dette ut i fra Ouchis modell (1979), kan man klassifisere kontrollsystemet til å tendere mot klanmekanismen. Dette fordi verdier og normer er rådende i styringen. Regionen prøver å fremme helsefaglig identitet og samarbeid mellom de ulike aktørene i organisasjonen, og gir de underordnede inntrykk av at de verken skal eller bør ha hovedfokus på den økonomiske biten. RHF'et oppfatter med andre ord ikke regnskapsresultatet som et godt mål på hvorvidt enhetene har prestert bra eller dårlig, og prøver i stedet å forsikre en dyp forankring til hovedmålet. RHF'et tar i stedet kommandoen, og har styrelederen i samtlige helseforetak. På denne måten forsikrer RHF'et seg om at alle helseforetakene går i samme retning. Helse Øst da også klart å innfri på økonomisiden, kanskje nettopp fordi regionen fordeler pasientgruppene, og dermed kan fremme økonomiske effektivitetsfordeler, og eliminere intern konkurranse.

Helse Vest – Autonomi og økonomisk ledelse

Ved analyse ut ifra Simons (1994) modell av trossystem er det tydelig at Helse Vest's kjerneverdier bygger på selvstyre, uavhengighet og intern konkurranse. Dette ble observert på flere områder;

- Organiseringsformen: hvor regionen, og spesielt helseforetakene er bevisste på å følge de korrekte ansvarslinjene (hvor RHF'et kun skal opptre som en bestiller, og helseforetakene kun svarer til sine representative styrer). Helseforetakene var med andre ord opptatt å beholde sin autonomi. Dette var også tankegangen ned mot avdelingene, hvor helseforetakene la opp til å gi avdelingslederne den samme autonomien.
- Oppgavefordelingen: hvor helseforetakene konkurrerer mot hverandre, og RHF'et ikke prøver å detaljstyre hvem som skal gjøre hva (med mindre det er helsefaglige årsaker som tilsier at helsetilbudet bør sentraliseres).
- Dialogen internt: gjennom at helseforetakene anser hverandre mer som konkurrenter enn som samarbeidspartnere.
- Pasientstrømmene helseforetakene er opptatt av å snu de interne pasientstrømmene til fordel for sitt helseforetak, samt intern tautrekking for å få en større bit av regionens årlige totalbudsjett.
- Intern organiseringen: gjennom at enhetene har fått spesifiserte resultatkrav å forholde seg til, men har stort spillerom (både på inntekts- og kostnadssiden) for å innfri disse.

Videre har Helse Vest fremmet økonomisk prestasjon som en kjerneverdi i organisasjonen, noe som ble illustrert gjennom hvilket fokus regionen hadde lagt vekt på etter helsereformen;

- Fra RHF'et Den viktigste prestasjonsindikatoren ble spesifisert som "resultatet så langt i år", og RHF'et oppga at de hadde konstant fokus på dette.
- Fra HF'ene Det ene helseforetaket vektla å skape økonomisk forståelse og aksept for de økonomiske rammene gjennom skoling, mens det andre helseforetaket søkte aksept gjennom å legge budsjettforhandlingene ut til de ulike avdelingene, slik at flere av nøkkelpersonene i avdelingen kunne involvere seg i budsjettprosessen.

Regionen har på denne måten søkt å skape aksept for de økonomiske rammene, og få innført dette som en viktig prestasjonsvariabel. Dette underbygges ved å fremme selvstyre og uavhengighet slik at enhetene i størst mulig grad skal ha en reell mulighet til å innfri de økonomiske resultatkravene.

Ved analyse ut ifra Ouchis modell (1979) tenderer dette mer mot markedsmekanismen, hvor regionen prøver å bygge opp til at all relevant informasjon absorberes gjennom prisene, eller her budsjettgrensene. Regionen legger med andre ord mer opp til et system hvor RHF'et velger å stole på den finansieringsformen helsedepartementet har lagt opp til. Dette medfører at RHF'et kan legge de ulike enhetenes økonomiske prestasjoner til grunn for hvorvidt de har gjort en god jobb eller ikke, og kan dermed fremme denne som en viktig prestasjonsvariabel. Likeså blir det mellom helseforetakene og de ulike avdelingene. Helseforetaket vektlegger derfor å skape økonomisk aksept og forståelse nedover i systemet, og ta et oppgjør med det som blir oppfattet som "den gamle kulturen".

De to helseregionene har dermed fremmet to ulike trossystem etter helsereformen. Selvsagt er ikke bildet av de to regionene unyansert. Begge regionene har innslag av alle fire nøkkelbegrepene (samarbeid, helsefaglig fokus, autonomi og økonomisk ledelse), men det er lagt ulik vekt på de ulike elementene i de to regionene.

5.3 Simons andre komponent; Begrensningssystemet

Simons (1994) argumenterer for at en organisasjon også bør ha et såkalt begrensningssystem som formidler hvilke eksplisitte grenser som må respekteres i organisasjonen. Dette er med andre ord et system som skal sette rammene for det de underordnede kan foreta seg, og formuleres som klare regler, grenser og forbud for hvordan de ikke har lov å opptre. Han kaller også dette for organisasjonens bremses. (Simons, 1995²)

Fra helsedepartementet er kravet om et nullresultat innen 2006 en slik bremse, eller begrensning. Dette medfører at selv om helseregionene vektlegger helsefaglige prioriteringer, må dette hele tiden gjøres innen de økonomiske rammene som statsbudsjettet legger opp til.

Det var bred aksept, i begge regioner, både på RHF og HF-nivå for at budsjettet skulle respekteres. Likevel var det ulikheter i hvordan den økonomiske begrensningen ble betraktet, eller retttere sagt hvordan den eksplisitte budsjettgrensen ble fastsatt, samt hvilke reaksjoner det ga dersom grensene ble overtrådt.

Helse Øst uttalte i så måte tydeligere grensesetting enn Helse Vest. Indikatorene for dette var hvordan de fastsatte budsjettgrensene, og de uttalte konsekvensene ved en eventuell overtredelse. Inndelingen av den videre analysen blir derfor;

5.3.1 Budsjettet som grense

5.3.2 Konsekvenser ved overtredelse

5.3.3 Oppsummering og delanalyse av begrensningssystemet

5.3.1 Budsjettet som grense

Helse Øst – Krav om balanse

Respondenten på regionsnivå i Helse Øst fortalte at utgangspunktet i 2001 var at Helse Øst lå an til 800 millioner i underskudd. Likevel oppnådde regionen resultatbalanse allerede første året. Deler av suksessen trodde respondenten lå i at RHF'et allerede fra første stund krevde resultatbalanse. RHF'et ventet ikke, eller ga helseforetakene noen myk overgang, men krevde balanse fra dag 1. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Det jeg og tror var noe av suksessen her var at fra dag 1 sa styret at vi skulle ikke drifte med lånte penger, vi skulle gå i balanse. Det var ikke fra dag 2, det var fra dag 1.”

Kravet om resultatbalanse kan virke motstridende i forhold til det dominerende helsefokuset som ble observert i regionens kjerneverdier (se kapittel 5.2 – Simons første komponent; trossystemet). På den ene siden krever RHF'et resultatbalanse, på den andre siden uttrykkes det at det er de helsefaglige målsetningene som har øverste prioritet. Det kan da fort oppstå tilfeller hvor det blir gnisninger mellom disse målsetningene, men dette var løst gjennom et økonomisk klassifiseringssystem. Alle helseforetakene i Helse Øst måtte nemlig klassifisere ulike innsparingstiltak inn i klassene "ingen effekt på pasienten", "liten effekt på pasienten" og "stor effekt på pasienten", og alle aktivitetene som da ikke var klassifisert som "stor effekt på pasienten" måtte helseforetakene gjennomføre. På den måten hadde RHF'et ivare tatt helseperspektivet, selv om de krevde innsparing. Respondenten mente også at hele organisasjonen hadde vist forståelse for dette, da det ikke hadde medført store konfrontasjoner når regionen krevde effektivisering. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

"det som skjer på noen helseforetak i dag, utenfor Helse Øst, er at du da klasker alle barnelikene på bordet, og så sier du; «Nei, man kan ikke effektivisere her i det hele tatt!» Men vi har ikke hatt noen sånne... Alle sammen har stilt opp"

RHF'et hadde også innført en fordelingsmodell som skulle medføre en mest mulig objektiv fordeling av pengene til de ulike helseforetakene. På denne måten ville RHF'et skape legitimitet for måten pengene ble fordelt på, hvilket gjorde at helseforetakene ikke kunne forhandle om hvilke økonomiske grenser som skulle gjelde for dem fra år til år.

Kravet om nullresultat har riktignok omfattende konsekvenser. For å nå et nullresultat må nemlig alle avdelingene i alle helseforetakene klare dette kravet. Alternativt må det samlede resultatunderskuddet fra alle avdelingene som får et negativt resultat oppveies av tilsvarende resultatoverskudd i alle avdelingene som får et positivt resultat. De to helseforetakene hadde i så måte gått frem på to ulike måter for å få avdelingene til å forstå og akseptere dette.

På det ene helseforetaket var fokuset lagt på at avdelingslederne måtte forstå at budsjettet hadde en slutt; dersom en avdeling skal få mer penger, må en annen avdeling få mindre.

Videre varslet økonomiavdelingen avdelingslederne allerede i august (året før) om hvor mye avdelingene ville få av basisrammen, slik at avdelingene tidlig visste hva de hadde å forholde seg til. Det ble så kun *ett* budsjettseminar, hvor helseforetaket samlet *alle* avdelingslederne og lot dem ta en eventuell forhandlingsdiskusjon i plenum. Dette medførte at dersom en avdelingsleder kom med en påstand om at deres avdeling var underfinansiert, ble han umiddelbart konfrontert med spørsmål om hvem som da skulle få mindre, foran alle de andre avdelingslederne. Helseforetaket

prioriterte med dette å få avdelingene til å se helheten, at det fantes en slutt på pengesekken, og at det var totalt uakseptabelt og uaktuelt for helseforetaket å budsjettere med negativt resultat.

Det andre helseforetaket hadde stort sett klart å innfri kravet om resultatbalanse i nesten 10 år, så økonomiledelsen uttrykte her at en videre legitimering for økonomihensyn var unødvendig.

Regionen gjorde det dermed vanskelig for både helseforetak og avdelingslederne å forhandle seg frem til mer romslige budsjetter. Hele modellen var bygget opp rundt at dette var forhåndsbestemt, og at man, både på helseforetak- og avdelingsnivå, på mange måter bare måtte akseptere og forholde seg til de grensene man fikk tildelt.

Helse Vest – Økonomisk forhandlingsrom

I Helse Vest var utgangspunktet et litt annet. Etter å ha sammenstilt innteksstrømmen med kostnadene fant RHF'et at regionen var underfinansiert med cirka en halv milliard kroner initialt. Det regionale helseforetaket valgte derfor å budsjettere denne halve milliarden i underskudd på RHF-nivå, slik at det regionale helseforetaket kunne formidle ut *konstruerte* nullresultat til samtlige helseforetak. Dermed fremsto budsjettene til helseforetakene som balanserte, gjennom at de budsjetterte inntektene var like høye som de budsjetterte kostnadene. Samlet sett ville regionen likevel gå med en halv milliard i underskudd, dersom alle helseforetakene innfridde sine budsjetter. Dette fordi de reelle inntektene på regionsnivå var en halv milliard lavere enn de budsjetterte kostnadene. Respondenten på RHF-nivå uttalte at årsaken til dette var at RHF'et forutsatte at underfinansieringen ville bli dekket opp i revidert nasjonalbudsjett. Videre anså RHF'et det som viktig at de ulike helseforetakene, i hvert fall på papiret, hadde et budsjettert nullresultat før oppstart.

Tankegangen om å formidle konstruerte nullresultat hadde også forplantet seg videre, da det ene helseforetaket i regionen uttalte at de hadde samme praksis på dette. Der satte økonomiavdelingen et eventuelt budsjettert underskudd på eksempelvis økonomiavdelingen eller på administrerende, men formidlet bevisst budsjetterte nullresultat til de kliniske avdelingene. Årsaken til dette var at helseforetaket mente det ville være demotiverende dersom de kliniske avdelingene måtte forholde seg til negative budsjetterresultat, og gjennom denne praksisen kunne avdelingene hele tiden ”jobbe på en null” som respondenten kalte det.

Både departementet og RHF'et hadde riktignok krevd skjerpede innsparingstiltak de senere årene, men det spesifiserte kravet om nullresultat var blitt utsatt år etter år¹¹. Helse Vest har dermed fått lov til å gå med et definert underskudd, men samtidig blitt avkrevd å vise til konkrete innsparingstiltak regionen har gjennomført for å forbedre resultatet.¹²

Det er dermed åpnet opp for at verken helseregionen eller helseforetakene nødvendigvis *må* ha et nullresultat, men må skape konsensus for et eventuelt definert underskudd.¹³

På spørsmål om hva som var nøkkelen for å oppnå budsjettinnfrielse fremhevet også det ene helseforetaket at en viktig forutsetning var å få synliggjort sine behov. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”Nei, det ene er jo at du må ha et realistisk budsjett, sant? Så du må jo fighte for pengene.”

5.3.2 Konsekvenser ved overtredelse

Videre er det kun meningsfylt å snakke om grenser dersom det finnes respekt for disse grensene. En måte å få understreket grensene på er ved å skape konsekvenser dersom disse blir overtråkket. Helse Øst uttrykket i så måte klarere negative konsekvenser ved overtredelse, enn Helse Vest.

Helse Øst – Klare uttalte konsekvenser

I Helse Øst uttrykket respondenten på regionsnivå at helseforetakene aldri ville få finansiert et overforbruk på investeringsprosjekt, og at et eventuelt overforbruk måtte dekkes av foretaket selv. Videre kom det frem at resultatet som de ulike helseforetakene genererte ble oppført mot egenkapitalen i de ulike helseforetakene. Dette medfører med andre ord at helseforetakene får beholde overskudd, men blir også belastet for eventuelle underskudd..

På helseforetaknivå uttalte man i begge helseforetakene at økonomien var, og skulle være, en del av jobben til avdelingslederne, og at dette måtte respekteres for å kunne inneha en slik posisjon. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

¹¹ Per dags dato er kravet at alle helseregionene skal ha et nullresultat innen driftsåret 2006.

¹² Nå kan det riktignok godt tenkes årsaken til et budsjettert resultatunderskudd er legitimt, da det er blitt påstått at Helse Vest er underfinansiert i forhold til de andre helseregionene. Dette var også konklusjonen til det regjeringsoppnevnte Hagen-utvalget, som påsto at Helse Vest var underfinansiert med 695 millioner i forhold til de andre helseregionene (Årsrapport Helse Vest 2003 s.14). Dette har riktignok liten innvirkning på hovedpoenget. Hovedpoenget er at man i Helse Vest ikke har hatt den samme forhåndsdefinerte nullgrensen som Helse Øst. I Helse Øst har nullresultatet vært ubestridt fra dag 1, i motsetning til Helse Vest, hvor det årlig forhandles frem et spesifisert underskudd. Dette skaper, per definisjon, rom for forhandlinger.

¹³ Likevel jobber man kontinuerlig for å nærme seg nullresultatet, og har uttalt målsetning om å tilnærmet klare dette innen driftsåret 2005.

”altså det er et krav, sånn er det, og vi sa også litt om det at det er frivillig, eller altså de som er ledere, det er en del av jobben. De som vil sitte i en sånn jobb, det er en del av deres oppgave. De som ikke ønsker det, det er helt greit, men da kan man ikke sitte i en sånn stilling.”

Helse Vest – Manglende kultur for konsekvenser

I den tidligere analysen ble det konkludert med at man i Helse Vest har større forhandlingsrom ved budsjettfastsettelsen (se avsnitt 5.3.1 Helse Vest – Økonomisk forhandlingsrom). Spørsmålet her er riktignok hvorvidt det finnes konsekvenser som understreker budsjettgrensene når de er fastsatt.

I intervjuet på regionsnivå kom det frem at RHF’et første året hadde latt underskuddet på en halv milliard bli belastet på RHF’et egenkapital. For de senere årene hadde RHF’et fulgt den nasjonale finansieringsmodellen ut mot helseforetakene, og dermed eliminert det regionale helseforetakets finansielle risiko. Dette fordi eventuelle underskudd da vil bli belastet direkte på de respektive helseforetakene, fremfor på RHF’et selv. Kun ett helseforetak hadde i perioden etter helsereformen gått med overskudd (Apotekene Vest), uten at RHF’et hadde fratatt dem overskuddet som følge av dette. Det er derfor tilnærmet like konsekvenser som i Helse Øst på HF-nivå, gjennom at helseforetakets resultat vil føres direkte mot helseforetakets egenkapital.

Riktignok hadde respondenten på RHF-nivå også flere eksempler på hvordan RHF’et hadde innfridd helseforetakenes investeringsønsker dersom de overholdt de økonomiske grensene. Respondenten på det regionale helseforetaket uttrykket seg slik;

”Vel, et vilkår for utbygging, hvis man skal få lov til å investere, er at man klarer å innfri budsjettkrav. Hvis du ser på vedtak i Helse Vest-styret når det gjelder... [eksempler på investeringer] ...er jo det gjort under forutsetning av at de klarer de økonomiske kravene forøvrig. Så det kan ses på som belønning/straff. Man legger noen incitamenter den veien.”

På helseforetaknivå derimot ga den ene respondenten uttrykk for at det hadde vært lite konsekvenser for dem som ikke overholdt de økonomiske grensene. Helseforetaket hadde aldri hatt ledere som hadde gått fra sin stilling fordi vedkommende ikke leverte på økonomisiden, og årsaken var at helseforetaket aldri hadde hatt eller utviklet kultur for dette. Dette ble riktignok oppfattet som frustrerende, siden respondenten oppfattet det som at ikke alle avdelingslederne tok sin økonomiske forpliktelse like tungt. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”Og da sitter du igjen kun med forpliktelsen. Din egen forpliktelse til å levere det du skal. Og det er vel sånn med oss mennesker, at ikke alle tar den heller like tungt.”

Den andre respondenten uttalte også at dette med insentiver var et problem, og at helseforetaket kun hadde et eksempel på en avdelingsleder som hadde mistet posisjonen på grunn av manglende innfrielse av økonomiske krav. På spørsmål om hva vedkommende mente ville være det viktigste for å fremme økonomisk ansvarlighet på avdelingsnivå svarte vedkommende at den både ville innført mer insentiver, men også til dels byttet ut avdelingslederne. Respondenten på helseforetaket uttrykket seg slik;

”Jeg ville til dels innført insentiver, og til dels hatt andre avdelingsledere.. Nå er det stort sett leger, da. Det er ingenting i veien for at... en hotelldirektør hadde sikkert vært en god sjef for Kvinneklinikken for eksempel; der kommer folk inn for å få et kort opphold, og så skal de ut igjen. Og de er vant med logistikk, mat, at folk skal føle seg vel, bli godt mottatt og det er jo stort sett friske mennesker som kommer inn der, sant. Klart, du må jo ha medisinsk kompetanse, men som leder så... han må jo ha medisinsk kompetanse rundt seg”

Det ble med andre ord gitt uttrykk for at helseforetakene ikke hadde særlig økonomisk konsekvenspraksis. Begge helseforetakene skulle riktignok ønsket seg flere økonomiske insentiver å spille på, men innså at de foreløpig ikke hadde kultur for å sette strenge krav bak de økonomiske grensene. Det ble også gitt uttrykk for at det i helsesektoren var svært vanskelig å lage et godt incentivsystem. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

” du får Nobel-prisen i økonomi dersom du finner et godt system ... for denne sektoren her.”

5.3.3 Oppsummering og delanalyse

Helse Øst – Klare uttalte grenser og konsekvenser

Ved analyse ut ifra Simons modell (1994) er Helse Øst klare i sin grensesetting. RHF’et har kommunisert klare og definerte grenser, da det er et ubestridt krav at regionen skal gå i null. For å få gjennomført dette er det innført et system hvor det i minst mulig grad skal være muligheter for å forhandle om budsjettet, både på HF og avdelingsnivå.

RHF’et hadde også innført en fordelingsmodell som skulle fordele basisrammen på grunnlag av mest mulig objektive kriterier til de ulike helseforetakene.

Videre hadde det ene helseforetaket lagt opp til kun ett budsjettseminar, som i tillegg skulle tas i plenum. På denne måten ville avdelingslederne umiddelbart bli konfrontert med spørsmål om hvem som da skulle få mindre, dersom de prøvde å argumentere for at ens egen avdeling var underfinansiert. Det andre helseforetaket hadde stort sett gått i balanse i 10 år, så grensene trengte ikke å defineres nøyere her.

Helse Øst er derfor på mange måter en toppstyrt organisasjon hvor mange av avgjørelsene tas på høyere nivåer. RHF'et samordner helsetilbudet (se kapittel 5.2 Simons første kapittel; trossystemet), slik at helseforetakene ikke konkurrerer med hverandre, og budsjetttrammene fastsettes basert på forhåndsdefinerte modeller, for å redusere underenhetenes individuelle forhandlingsrom.

Videre har regionen understreket budsjettgrensene gjennom å uttrykke klare konsekvenser dersom budsjettgrensene ikke innfris. Fra RHF'et ville helseforetakene ikke få noen økonomisk sympati ved eventuelle underskudd, verken på resultatet eller på investeringsprosjekter.

På helseforetaknivå krevde man at de økonomiske grensene skulle respekteres for at avdelingslederne skulle få lov å inneha sin posisjon. Dette gjaldt begge helseforetakene

I forhold til Simons (1994) rammeverk er det i den tidligere analysen (se kapittel 5.2; Simons første komponent - trossystemet) konkludert med at Helse Øst ønsker å fremme helsefaglige målsetninger som sin hovedmålsetning. Gjennom denne analysen kommer det frem at man både på regionsnivå og helseforetaknivå har satt en økonomisk begrensning, gjennom budsjettet, rundt disse målsetningene. Denne begrensningen er videre gjort troverdig gjennom negative incitamenter som understreker konsekvensene ved overtredelse.

Tolkes dette gjennom Ouchis rammeverk (1979) trekker resultatet i motsatt retning fra analysen av trossystemet i Helse Øst (se kapittel 5.2; Simons første komponent - trossystemet). Der var konklusjonen at Helse Øst valgte å vektlegge troskap til organisasjonens helseverdier fremfor økonomiske prestasjonskriterier. Gjennom denne analysen er resultatet at økonomi likevel er en viktig forutsetning, hvilket medfører at Helse Øst samlet sett, etter denne analysen, ser ut til å inneha en mer byråkratisk rettet kontrollmekanisme. Denne mekanismen prøver å kombinere de to ekstreme ytterpunktene som finnes gjennom markedsmekanismen og klanmekanismen. Resultatet er at en prøver å både fremme verdier, men har samtidig fokus på at dette må gjøres innen fastsatte prestasjonskriterier.

Helse Vest – økonomisk forhandlingsrom og manglende kultur for konsekvenser

En tilsvarende analyse av Helse Vest viser at også denne regionen forholder seg til budsjettgrenser, men grensene forhandles frem år etter år. Selve budsjettforhandlingene ble også ansett som en viktig forutsetning for å kunne innfri budsjettet. Videre var det eksempler, både på regionsnivå og foretaksnivå, på hvordan man valgte å skjule budsjettunderskudd. På regionsnivå ble dette gjort gjennom at budsjettunderskuddet ble plassert på RHF'et, mens på foretaksnivå ble underskuddet plassert på eksempelvis økonomiavdelingen.

I analysen av trossystemet i Helse Vest (se kapittel 5.2 – Simons første komponent; Trossystemet) var konklusjonen at regionen hadde innført økonomisk innfrielse som en kjerneverdi i sin organisasjon. Dette ble brukt som en indikasjon på at Helse Vest hadde innført et kontrollsystem klassifisert som ”marked” av Ouchi (1979).

Under denne analysen kommer det frem at de økonomiske grensene til dels kan forhandles frem, og at helseforetakene ikke har hatt kultur for å håndheve negative konsekvenser dersom avdelingene ikke innfrir de økonomiske grensene som er satt. Dette setter altså spørsmålsteget til hvorvidt regionen faktisk *har* implementert økonomisk innfrielse som prestasjonsvariabel, noe som vil bli undersøkt nærmere i den videre analysen.

5.4 Simons tredje komponent; Det interaktive kontrollsystemet

Et klassisk eksempel på et interaktivt kontrollsystem er hvordan Pepsi kontinuerlig overvåket prestasjonsmålet ”markedsandel i colamarkedet” (Simons, 1995¹). Dette ble ansett som en av de viktigste forutsetningene for bedriftens strategiske mål, som lederne hele tiden trengte organisasjonell læring rundt. Enhver mellomleder hadde derfor til enhver tid fokus på de siste tallene (publisert av ACNielsen¹⁴), og enhver svingning i selskapets markedsandel i de ulike markedene medførte en grundig analyse i alle nivåene i organisasjonen.

Dette er dermed et system som fokuserer på de strategiske forutsetningene eller prestasjonsmålene toppledelsen ønsker spesiell oppmerksomhet rundt, med formål om å skape dialog, læring og innovative tiltak.

Helsesektoren i Norge er noe spesiell i forhold til tradisjonell konkurranseutsatt næring, da det er statsbudsjettet som i all hovedsak finansierer helseregionene. Den strategiske usikkerheten for sektoren er derfor i all hovedsak rettet mot de rammevilkårene staten (eieren) fastsetter, både hva angår prioriteringsområder, men også hva angår finansieringsmodell.

Simons (1994) argumenterer for at enhver bedrift til enhver tid bør ha et interaktivt kontrollsystem, selv om man lever i et beskyttet marked. Det interaktive kontrollsystemet bør i så måte overvåke det politiske klimaet, slik at en har et proaktivt forhold til de endringene som kan komme i. I den grad det er mulig bør bedriften også prøve å påvirke de politiske beslutningene slik at endringene går i en ønsket retning. Med andre ord er ikke det interaktive kontrollsystemet et system som kun skal benyttes når man opplever økt usikkerhet i konkurransevilkårene, men et system som til *enhver* tid bør være aktivt.

5.4.1 Politisk usikkerhet

Både på regionsnivå og foretaksnivå oppfattet man signalene fra eieren som varierende, og fremhevet viktigheten av forutsigbarhet. Det ble i så måte trukket frem at spillereglene, eller finansieringsmodellen, flere ganger hadde endret seg under selve driftsåret. Dette medførte at helseforetakene plutselig kunne sitte med romsligere eller skjerpede budsjetter, i forhold til hva de begynte året med. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

”vi opplever at signalene fra eier, midlene fra eier varierer veldig da, og at det er veldig lite forutsigbarhet fra eier.”

¹⁴ ACNielsen er et firma som har spesialisert seg på markedsundersøkelser. Firmaet ble startet i 1923, og har som mål å frembringe objektiv informasjon om blant annet markedsandeler. (acnielsen.no)

”Hvis for eksempel prisene øker, sånn som nå økte jo DRG-prisen midt i året... ISF-prisene økte midt i året”

Begge regionene valgte riktignok å skjerme avdelingene, i størst mulig grad, mot de svingningene helseforetakene opplevde i den politiske styringen på øverste nivå. Dette ble hovedsakelig gjort ved å legge inn økonomiske buffere, slik at dersom budsjettkravet til helseforetaket ble skjerpet i løpet av driftsåret, ville avdelingsbudsjettene likevel være konstante. Respondenten på det ene helseforetaket uttrykket seg slik;

”Men vi prøver å skjule den usikkerheten fra avdelingene, så vi lager opp buffere, slik at hvis vi for eksempel får et kutt på 5 millioner kroner, så slipper vi å gå ut hver gang vi får et nytt kutt, og sier at ”dette må dere være med å betale” og sånne ting. At vi har en buffer å gå på.”

”Og hvis vi endrer spillereglene blir det helt feil, for da mister de [avdelingene] ethvert incentiv”

Både fra regions- og helseforetaknivå uttrykket man spenning rundt hvordan en eventuelt ny regjering¹⁵ ville påvirke den nåværende organiserings- og finansieringsmodellen. Helseregionene fryktet i så måte at et regjeringsskifte kunne skape enda mer usikkerhet og redusere forutsigbarheten ytterligere. Det ene helseforetaket fryktet også at en ny regjering ville endre på selve strukturen i sektoren, og slå sammen til enda større enheter. Dette var respondenten skeptisk til, og uttrykket seg slik;

”Ja, også er det det med en rødgrønn regjering som hiver på litt penger, og som går litt jojo opp og sånn, det tror jeg er kjempeskummelt. Og jeg tror ikke de bør endre på reformen nå, jeg tror den bør virke et par år før de gjør endringer. Den må få satt seg litegranne sånn at du liksom får roet ned før man begynner med ny endring. Det jeg også tror er KJEMPEskummelt er dersom man slår sammen til for store enheter. Fordi at det å være leder for en stor enhet er utrolig komplisert, og det jeg tror vi har klart å få godt til er at vi har klart å følge opp de små tingene, vi klarte å dra ut disse slakkene som finnes i alle kroker og kriker. Vi har sikkert masse igjen, men det å dra ut det småslakket, det tror jeg er veldig viktig... Og det å ha forutsigbarhet.”

Møteforumet var de månedlige allmøtene med økonomidirektørene i de respektive regionene.

¹⁵ intervjuene ble gjennomført før regjeringsskiftet fra den høyredominerte Bondevik-regjeringen til den venstreorienterte Stoltenberg-regjeringen høsten 2005

5.4.2 Oppsummering og delanalyse

Begge helseregionene uttrykket like tanker om dette, og det var tydelig at det var den politiske usikkerheten helseregionene hadde fokus på i sine interaktive kontrollsystem. Regionene valgte likevel å skjerme sykehusavdelingene for denne usikkerheten, i størst mulig grad.

At sektoren har valgt å vektlegge de politiske usikkerhetene i sitt interaktive kontrollsystem, er også i tråd med Simons (1995¹ s.111), som i sin bok skriver at dette blir riktig i situasjoner hvor bedriften lever i et beskyttet marked. Den strategiske usikkerheten representeres gjennom eventuelle endringer i konkurransereglene, hvilket medfører at bedriften må ha kontinuerlig fokus på de politiske omgivelsene. I så måte vil en kontinuerlig overvåking og lobbyvirksomhet mot storting og regjering være de eneste virkemidlene helsesektoren har for å redusere den strategiske usikkerheten. At man likevel har valgt å skjerme sykehusavdelingslederne for denne diskusjonen virker naturlig, da disse sannsynligvis vil ha svært liten påvirkningskraft på den politiske arenaen.

Helseregionene har med andre ord, i tråd med Simons (1994) teori, et interaktivt kontrollsystem rettet mot å overvåke og påvirke de politiske konkurranseforutsetningene. Begge regionene valgte riktignok å skjerme avdelingene, i størst mulig grad, mot de politiske svingningene man opplevde fra eier. Man la derfor disse diskusjonene til de månedlige møtene mellom økonomidirektørene i regionen.

5.5 Simons fjerde komponent; Det diagnostiske kontrollsystemet

I teorikapittelet (se kapittel 3 – Teoretisk rammeverk) ble budsjettet trukket frem som et typisk diagnostisk kontrollsystem. Her fastsettes målsetningene på forhånd og følges deretter opp, men da med spesielt fokus på de negative resultatavvikene. I helsesektoren har man riktignok også kvantifisert andre målsetninger som går mer på kvalitet. Disse kan eksempelvis være antall reinnleggelser, antall korridorpasienter, og så videre. I dette studiet er det den økonomiske ansvarligheten som står i fokus, og oppgaven har ikke ambisjon om å påvise eventuelle kvalitetsforskjeller mellom ulike regioner eller helseforetak. Det vil derfor være de økonomiske bitene av det diagnostiske kontrollsystemet, og herav i all hovedsak budsjettet, som står i fokus i den videre beskrivelsen.

I den videre analysen er det, som tidligere nevnt i metodekapittelet, delt inn i tre ulike sammenligningsgrupper. Disse er ”Helse Øst versus Helse Vest”, ”Helse Øst versus Helse Vest, men kun kliniske avdelinger” og sist men ikke minst ”Innfridd budsjettet de to siste årene versus ikke innfridd et eller begge årene”. Før selve analysen begynner, vil karakteristikene ved de ulike inndelingene bli presentert. Deretter vil analysen bygges opp gjennom de fem hovedområdene, som presentert i metodekapittelet; strategiforankring, økonomisk legitimitet på avdelingsnivå, reell påvirkningskraft, oppfølging og incentiver.

5.5.1 Karakteristikk ved inndelingene

En fullstendig oversikt over alle karakteristikene ligger vedlagt (Vedlegg 2, 3 og 4), så det vil her kun bli trukket frem hovedforskjellene. Karakteristikkene er delt inn i karakteristikk ved avdelingslederen, og karakteristikk ved avdelingene.

Karakteristikk ved avdelingslederen

Et av de første spørsmålene gikk på kjønnsfordelingen til avdelingslederne. Alt i alt var det 20 menn representert i tallmaterialet, og 20 kvinner. Kjønnsfordelingen mellom de to helseregionene viste seg å være litt skjev, da det var en større andel kvinner i Helse Øst i forhold til Helse Vest. Dette hadde riktignok ikke noe å si på hvorvidt avdelingene klarte å innfri budsjettet eller ikke, da fordelingen her var helt jevn.

Q2 - Kjønn

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Kvinneandel	68 %	28 %	67 %	36 %	50 %	50 %

Tabell 2 - Kvinneandel

Avdelingsledernes hovedutdanning var stort sett medisinsk eller helsefaglig, og andelen avdelingsledere med medisinsk bakgrunn var 50% i begge regionene. Den resterende halvparten var likevel ulikt disponert i de to regionene, hvor helseforetakene i Helse Øst hadde en større andel avdelingsledere med helsefaglig bakgrunn, mot Helse Vest hvor også ”andre utdanningsgrupper” var sterkt representert som avdelingsledere. Dette er også i likhet med analysen av begrensningssystemet (se kapittel 5.3 Simons andre komponent; begrensningssystemet). Der ga det ene helseforetaket i Helse Vest uttrykk for at avdelingsledere ikke nødvendigvis trenger å ha medisinsk/helsefaglig utdanning, og uttrykket til dels ønske om å kunne ansette andre yrkesgrupper som avdelingsledere.

Q3 - Hva er din hovedutdanning forankret i?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Medisinsk bakgrunn	50 %	50 %	53 %	57 %	55 %	45 %
Helsefaglig bakgrunn	45 %	17 %	47 %	21 %	25 %	40 %
Annen	5 %	33 %	0 %	21 %	20 %	15 %

Tabell 3 - Avdelingsledernes hovedutdanning

Hvor lenge avdelingslederne hadde hatt budsjettansvaret i avdelingen varierte noe, hovedsakelig gjennom at Helse Øst hadde flere nye kliniske avdelingsledere (20%) i forhold til Helse Vest (7%).

Q4 - Hvor lenge har du hatt budsjettansvar i denne avdelingen?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Mindre enn 2 år	14 %	6 %	20 %	7 %	10 %	10 %
Mellom 2 og 4 år	41 %	50 %	40 %	57 %	35 %	55 %
Mer enn 4 år	45 %	44 %	40 %	36 %	55 %	35 %

Tabell 4 - Hvor lenge de ulike avdelingslederne har hatt budsjettansvaret i deres respektive avdelinger

De aller fleste avdelingslederne hadde riktignok jobbet i offentlig helsesektor under den fylkeskommunale finansieringsformen, og en interessant sidebetragtning er at absolutt alle som hadde klart å innfri budsjettforventningene de to siste årene, hadde denne bakgrunnen.

Q6 - Har du jobbet i offentlig helsesektor under den fylkeskommunale finansieringsformen?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	91 %	94 %	93 %	93 %	100 %	85 %

Tabell 5 - Andel avdelingsledere som har jobbet under den fylkeskommunale ordningen

I Helse Vest hadde noen flere avdelingslederne tidligere erfaring med ledelse fra andre jobber (83% mot 68%), men forskjellen var hovedsakelig lokalisert i internserviceavdelingene siden fordelingen var lik på de kliniske avdelingene.

Q7 - Har du tidligere erfaring med ledelse fra andre jobber enn denne?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	68 %	83 %	80 %	79 %	75 %	75 %

Tabell 6 - Andel avdelingsledere med tidligere ledererfaring

Karakteristikk ved avdelingene

En klinisk avdeling er en avdeling som behandler selve pasienten. En internservice avdeling er en støtteavdeling til den kliniske. Dette er typisk laboratoriet, røntgen, osv. I tallmaterialet var det flest kliniske avdelinger, men det var tydelig at internservice avdelingene hadde en langt høyere tilbøyelighet til å falle inn under kategorien "Innfridd budsjettet de to siste årene". Sannsynligheten for at avdelingen hadde innfridd budsjettet de to siste årene, gitt at avdelingen var en interservice avdeling var på hele 82%¹⁶, mot 38%¹⁷ dersom avdelingen var en klinisk avdeling.

Q9 - Hva slags type avdeling er du leder for?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Klinisk	68 %	78 %	100 %	100 %	55 %	90 %
Internservice	32 %	22 %	0 %	0 %	45 %	10 %

Tabell 7 - Andeler av kliniske og interserviceavdelinger

Majoriteten av avdelingene i begge regioner oppga seg som aktivitetsfinansiert, men spesielt i de kliniske avdelingene i Helse Vest var andelen høyere enn i Helse Øst. (86% mot 67%).

¹⁶ 9 av 11 avdelinger = 82%

¹⁷ 11 av 29 avdelinger = 38%

Q10 - Er avdelingens budsjett rammefinansiert eller aktivitetsfinansiert?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Rammefinansiert (kun)	36 %	22 %	33 %	14 %	35 %	25 %
Aktivitetsfinansiert	64 %	78 %	67 %	86 %	65 %	75 %

Tabell 8 - Andel rammefinansierte og aktivitetsfinanserte avdelinger

Selve interaksjonen mellom avdelingene bygget hovedsaklig på fordelingsnøkler. Disse fordeler DRG-inntektene mellom avdelingene etter fastsatte modeller. Likevel var det en langt høyere andel av de kliniske avdelingene i Helse Vest som også oppga at de også hadde innslag av intern prising (71% mot 13%). Dette betyr normalt at hele DRG-inntekten overføres til den kliniske avdelingen, men at den kliniske avdelingen må kjøpe støttetjenester som laboratorieundersøkelser, røntgen og så videre, etter forhåndsbestemte internpriser.

Q11 - Hvordan skjer interaksjonen mellom avdelingene?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Intern prising	14 %	67 %	13 %	71 %	35 %	40 %
Fordelingsnøkler	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 9 - Økonomisk interaksjonsform mellom avdelingene

Størrelsene på avdelingene var også ulik i de to regionene. Generelt ble det rapportert om langt større avdelinger i Helse Vest enn i Helse Øst, representert gjennom at 82% av avdelingene i Helse Øst oppga at avdelingsbudsjettet befant seg mellom null og hundre millioner. Hele 67% av avdelingene i Helse Vest derimot oppga et totalbudsjett på over 150 millioner¹⁸. Det var riktignok ikke noe eksplisitt mønster i hvorvidt avdelingen hadde innfridd budsjettet de to siste årene og hvor stort totalbudsjett avdelingslederne hadde oppgitt.

¹⁸ Deler av dette kan muligens forklares gjennom at man har langt større innslag av internprising i Helse Vest. Dette vil medføre at de kliniske avdelingene får tildelt mer penger initialt, men må bruke disse til å kjøpe støttetjenestene. Disse interne kjøpene vil vanligvis budsjetteres på forhånd, hvilket medfører at også internservice avdelingene vil oppgi "de samme pengene" i sitt budsjett. For å illustrere med tall; Tenk en situasjon med kun to avdelinger, en internservice og en klinisk. Dersom man i en sektor har fordelt budsjettet ved fordelingsnøkler, budsjetterer man gjerne slik at av 100 kroner i inntekt går 50 til den kliniske avdelingen, og 50 til støtteavdelingen. Begge avdelingene vil da oppgi sitt totalbudsjett som 50 kroner. I en situasjon med internkjøp vil man gjerne initialt budsjettere med 100 kroner til den kliniske avdelingen, men denne igjen budsjetterer med et internt kjøp av støttetjenester for 50 kroner. Dermed vil avdelingene rapportere om et totalbudsjett på 100 til den kliniske og 50 til støtteavdelingen, til tross for at de økonomiske realitetene er den samme i de to eksemplene.

Q12 - Hvor stort totalbudsjett har din avdeling til rådighet?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Mindre enn 10 millioner kroner	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Mellom 10 og 50 millioner kroner	41 %	6 %	33 %	7 %	25 %	25 %
Mellom 50 og 100 millioner kroner	41 %	6 %	40 %	7 %	20 %	30 %
Mellom 100 og 150 millioner kroner	14 %	22 %	20 %	21 %	25 %	10 %
Over 150 millioner kroner	5 %	67 %	7 %	64 %	30 %	35 %

Tabell 10 - Avdelingenes budsjettstørrelse

Generelt var det flere avdelingsledere i Helse Vest som oppga at avdelingen hadde hatt et negativt budsjettresultat. For ”så langt i 2005” hadde dette riktignok utjevnet seg, faktisk med en marginalt høyere andel avdelinger som oppga at de lå an til et negativt resultat i Helse Øst enn i Helse Vest.¹⁹

Q13 - Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjettet i følgende år

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
2002	45 %	39 %	36 %	50 %	37 %	47 %
2003	29 %	39 %	21 %	50 %	26 %	40 %
2004	29 %	50 %	29 %	64 %	0 %	75 %
Så langt i 2005	36 %	33 %	47 %	43 %	0 %	70 %

Tabell 11 - Avdelingenes økonomiske prestasjon de siste årene

Empiri og analyse

Som tidligere nevnt (se kapittel 4.3.2 Kvantitativ datainnsamling – Spørreskjema til alle avdelingslederne) ble det lagt 5 komponenter til grunn for å beskrive det diagnostiske kontrollsystemet. Hver av disse er videre delt inn i;

”Forhåndsantagelser, spørsmål og hovedresultat”, ”Argumentasjon” og ”Oppsummering”. Avslutningsvis vil det så bli gjort en overordnet oppsummering samt delanalyse i henhold til det teoretiske rammeverket.

5.5.2 Strategiforankringen

Den første biten av det diagnostiske systemet bygger på at det er strategien som legges til grunn for å fastsette målsetningene i det diagnostiske systemet. Med andre ord er det strategien som vil skape

¹⁹ Riktignok ble det funnet eksempler (se kapittel 5.3 Simons andre komponent; begrensningssystemet) på såkalte ”konstruerte” budsjetter i Helse Vest, hvor man på HF-nivå bevisst formidlet såkalte nullbudsjett, selv om man samlet sett hadde et budsjettunderskudd. Det ble ikke gjort forsøk på å gå inn å korrigere for dette, da det ville være altfor krevende å gå inn å fordele et samlet underskudd til de ulike avdelingene, for deretter å se hvem som hadde innfridd og ikke innfridd for de respektive årene. Videre ble det funnet eksempler på hvordan man på foretaksnivå hadde konstruert en buffer med penger, for å skjerme for svingninger i finansieringsmodellen (se kapittel 5.4 Simons tredje komponent; det interaktive kontrollsystemet). Dette kan medføre at enkelte avdelinger i utgangspunktet har for strenge budsjetter. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

grunnlaget for budsjettprosessen i de ulike helseforetakene, og det er derfor naturlig å tilnærme seg hvordan man som avdelingsleder oppfatter denne strategien.

Forhåndsantagelser, spørsmål og hovedresultat

Gjennom analysen av trossystemet til de to helseregionene kom det frem at Helse Øst har satt mer fokus på internt samarbeid, og velger å sette helse som hovedfokus. Helse Vest har derimot hatt mer fokus på autonomi og setter økonomiske målsettinger høyere på agendaen enn Helse Øst.

Gjennom analysen av begrensningssystemet kom det riktignok frem at ledelsen i Helse Øst uttalte krystallklare krav om at de økonomiske betingelsene *må* innfris, mens Helse Vest mangler en klar konsekvenskultur for å understreke de økonomiske grensene. Forhåndsantagelsene er derfor at Helse Vest i større grad lagt inn økonomihensyn i helseforetakenes hovedstrategi, men at man også i Helse Øst respekterer økonomi som en viktig forutsetning.

Det ble i spørreskjemaet stilt tre spørsmål som angikk hvordan avdelingslederne betraktet HF-ledelsens strategi. Det første spurte direkte om hva avdelingslederne oppfattet som å være HF-ledelsens hovedfokus, mens det neste spurte hvorvidt avdelingslederne oppfattet de økonomiske hensynene til å overskygge de helsefaglige. Det siste spørsmålet var bygget opp gjennom ulike påstander avdelingslederne skulle ta stilling til, hvor det ble spurt om hvilken økonomisk ansvarsrolle avdelingslederne følte HF-ledelsen la opp til for avdelingslederne.

Hovedresultatet var på mange måter i tråd med forhåndsantagelsene fra trossystemet, og understreket at Helse Vest er mer orientert mot økonomiske målsetninger enn Helse Øst. Likevel var det vesentlig færre respondenter i Helse Vest enn i Helse Øst som mente at dette betydde at ledelsen prioriterte økonomi fremfor helse. Avdelingslederne i Helse Vest hadde også en sterkere oppfatning av at økonomiavdelingen kom raskt på banen dersom det ble rapportert om negative budsjettavvik. Dette understreker igjen at økonomi er en viktig prestasjonsvariabel i regionen, og at avvik i denne medfører hurtig respons fra helseforetakets side.

Argumentasjon

Q14 - Hva oppfatter du å være hovedfokuset til HF-ledelsen?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Innfri budsjettforventningene	37 %	42 %	37 %	43 %	45 %	33 %
Vise evne til omstilling	25 %	9 %	33 %	5 %	19 %	17 %
Få et bredest mulig helsetilbud	0 %	7 %	0 %	10 %	2 %	5 %
Skape en størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)	14 %	0 %	4 %	0 %	4 %	12 %
Korte ventelistene	4 %	0 %	5 %	0 %	4 %	0 %
Bli mest mulig kostnadseffektiv	21 %	42 %	21 %	43 %	27 %	33 %

Tabell 12 - Avdelingsledernes inntrykk av HF-ledelsens hovedfokus

Det delsvaret som ga høyest svarrespons i begge helseregionene var å ”innfri budsjettforventningene”. Dette understreker at avdelingslederne har oppfattet at økonomihensynene er viktige for HF-ledelsen. I klassifiseringene er det spesielt i klassen ”Innfridd vs ikke” det er spesielle avvik, da de som har ”Innfridd”²⁰ har en høyere tendens til å markere dette som hovedfokuset til HF-ledelsen. Dette kan virke ganske naturlig, da avdelingslederne som har innfridd, kanskje har et høyere inntrykk av at dette er viktig, og nettopp derfor har lagt vekt på dette selv.

Et annet delsvar som skiller seg ut er at avdelingslederne i Helse Øst har et større inntrykk av at ledelsen legger vekt på at avdelingene viser evne til omstilling enn avdelingslederne har i Helse Vest. Dette inntrykket er enda mer fremtredende dersom en kun ser på de kliniske avdelingslederne, hvor hele 33% i Helse Øst svarer dette. I Helse Vest er tilsvarende tall kun 5%.

Et tredje delsvar som også er interessant, er at avdelingslederne i Helse Øst uttrykker et sterkere inntrykk av at det er viktig å skape en høyest mulig DRG-produksjon. Inntrykket er riktignok hovedsakelig lokalisert hos internserviceavdelingene. Likevel er det hele 14% i Helse Øst som svarer at dette er ledelsens hovedfokus, mot absolutt ingen i Helse Vest.

Et fjerde delsvar som også fortjener oppmerksomhet er at avdelingslederne i Helse Vest har et sterkere inntrykk av at ledelsens hovedfokus ligger på at avdelingene skal bli mest mulig kostnadseffektive. Inntrykket opprettholdes om en kun ser på de kliniske avdelingene.

²⁰ Som tidligere nevnt var kriteriet for å komme i klassen ”Innfridd” at ens avdeling ikke hadde prestert negativt i forhold til budsjettet i 2004, og heller ikke lå an til å gjøre dette i 2005.

Med andre ord oppgir avdelingslederne i Helse Vest at HF-ledelsen er mer ensidig fokusert på økonomi- og kostnadsmålsetninger. I Helse Øst har respondentene derimot større tilbøyelighet for å fremheve omstilling og høy behandlingsaktivitet som HF-ledelsens hovedfokus.

Q15 - Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	45 %	22 %	47 %	14 %	40 %	30 %

Tabell 13 - Inntrykk av HF-ledelsens prioritering mellom økonomisk og helsefaglig ansvarlighet

På spørsmål om hvorvidt HF-ledelsen prioriterte økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig, ble det funnet store regionale forskjeller. Spesielt blant klinikerne, hvor hele 47% av avdelingslederne i Helse Øst oppfattet at dette var tilfellet, mot kun 14% i Helse Vest.

Dette er interessant da svarene fra forrige spørsmål viste at avdelingslederne i Helse Vest hadde inntrykk av at HF-ledelsen hadde et mer ensidig økonomifokus enn hva de hadde i Helse Øst. Dette kan altså tyde på at avdelingslederne i Helse Vest i større grad har akseptert at økonomi skal stå høyt på agendaen, uten at dette betyr at den økonomiske ansvarligheten går på bekostning av den helsefaglige.

Q26 - Hvor enig er du i følgende påstander?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal avdekke årsakene til budsjettavvik	95 %	89 %	93 %	86 %	90 %	95 %
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal finne tiltak som korrigerer budsjettavvik	95 %	94 %	93 %	93 %	95 %	95 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	91 %	83 %	87 %	93 %	85 %	90 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	5 %	6 %	7 %	7 %	5 %	5 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	27 %	39 %	13 %	36 %	35 %	30 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	14 %	11 %	7 %	7 %	20 %	5 %

Tabell 14 - Avdelingsledernes inntrykk av økonomiavdelingens strategi

Avdelingslederne ble også spurt hvorvidt de oppfattet helseforetakets strategi til å bygge opp rundt avdelingens autonomi, eller om de følte at økonomiavdelingen intervenerte direkte dersom

avdelingene rapporterte om negative budsjettavvik. Her var det overveldende inntrykket, i begge regionene, at avdelingene skulle være selvstyrte. Det var riktignok en større andel respondenter i Helse Vest som mente at økonomiavdelingen ville komme raskt på banen ved negative budsjettavvik, hvilket understreker at økonomi er en viktig prestasjonsvariabel i sektoren.

En interessant sidebetraktning er at på påstanden om hvorvidt økonomiavdelingen er altfor detaljorientert var det 20% av de som innfridde budsjettet som sa seg enig i dette, mot 5% av de som ikke innfridde. Med andre ord følte en større andel av de som faktisk klarte å innfri budsjettet, at økonomiavdelingen var alt for detaljorientert, enn de som ikke hadde klart å innfri.

Oppsummering

Helse Øst

Hovedfokuset til HF-ledelsen dreier seg hovedsakelig rundt 4 faktorer, her i ordnet rekkefølge; "Innfri budsjettforventningene", "Vise evne til omstilling", "Bli mest mulig kostnadseffektiv" og "Skape en størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)".

Flest avdelingsledere oppfatter altså budsjettinnfrielse som ledelsens hovedfokus, og spesielt de kliniske avdelingslederne uttrykket at ledelsen prioriterte økonomisk fremfor helsefaglig ansvarlighet. Likevel har avdelingslederne også et sterkere inntrykk av at ledelsen prøver å fremme pasientbehandling som hovedfokus, samt omstilling enn hva avdelingslederne har i Helse Vest.

At ledelsen har mer fokus på andre områder enn bare økonomi (pasientbehandling og omstilling) er konsistent med forhåndsantagelsen om at Helse Øst i større grad enn Helse Vest søker å fremme helsefaglige målsetninger som hovedfokus (Se kapittel 5.2 - Simons første komponent; trossystemet). Likevel uttrykket HF-ledelsen at de hadde krystallklare økonomiske grenser, og *krevede* at disse måtte innfris. (Se kapittel 5.3 - Simons andre komponent; begrensningssystemet). Dette blir også bekreftet her, da en stor andel svarer at ledelsens hovedfokus er budsjettinnfrielse.

Helse Vest

Avdelingslederne uttrykket at budsjettinnfrielse og å bli mest mulig kostnadseffektiv var de mest fremtredende aspektene av HF-ledelsens strategi. Samlet sett fanger disse to svaralternativene hele 84% av respondentene.

Dette er helt konsistent med forhåndsantagelsen om at Helse Vest i langt større grad har vektlagt økonomi som en kjerneverdi i organisasjonen (Se analyse av Simons første komponent; trossystemet). Avdelingslederne mener likevel ikke at økonomi blir prioritert høyere enn helse i helseregionen, hvilket er interessant. Avdelingslederne har også forstått HF-ledelsens ønske om avdelingenes autonomi, men uttrykker samtidig i større grad enn Helse Øst at økonomiavdelingen er raskt på banen dersom avdelingen rapporterer om negative avvik. Dette understreker at økonomi blir ansett som en viktig prestasjonsvariabel i Helse Vest.

5.5.3 Økonomisk legitimitet på avdelingsnivå

Selv om avdelingslederne i begge regioner anerkjenner at HF-ledelsen har fokus på budsjettinnfrielse, har tidligere studier (Wikström 2005, Llewellyn 1998) vist at den økonomiske ansvarsfølelsen forsvinner gradvis etter hvert som man hierarkisk kommer nærmere pasienten. Dette studiet fokuserer på hvordan den økonomiske ansvarligheten i helsesektoren har endret seg, men det er da en kritisk forutsetning at avdelingslederne har en vilje til å innfri budsjettet. Med andre ord; dersom avdelingslederne ikke anerkjenner og aksepterer budsjettet, er det meningsløst å diskutere økonomisk ansvarlighet.

Forhåndsantagelser, spørsmål og hovedresultat

Vår forhåndsantagelse (basert på Wikström, 2005 og Llewellyn, 1998 studier) er at jo nærmere pasienten man hierarkisk sett kommer, jo mer vil personene sverge til helsefaglig ansvarlighet fremfor økonomisk. Riktignok er det også grunnlag for en motsvarende antagelse (basert på Jespersens studie, 2005) som påstår at en avdelingsleder kan ha flere målsetninger samtidig, og at avdelingslederne derfor kan bli ansett som hybridledere.

Av regionale forskjeller er forhåndsantagelsen at avdelingslederne i Helse Vest i større grad har akseptert økonomi som legitim prestasjonsvariabel, enn hva de har i Helse Øst. Dette fordi Helse Vest har vært mye klarere på at økonomi skal være en prestasjonsvariabel i regionen, mens Helse Øst fokuserer mer på helsefaglige målsetninger og uttaler at avdelingslederne ikke skal ha for mye fokus på økonomi. Samtidig ble grensesettingen i Helse Øst uttalt til å være mer absolutt (se analyse i kapittel 5.3 Simons andre komponent; Grensesetting), og det bør derfor antas at avdelingslederne i Helse Øst også har en grunnleggende oppfatning om at de økonomiske grensene skal respekteres.

For å kartlegge hvorvidt avdelingslederne oppfattet budsjettet som legitimt, ble det i spørreskjemaet laget åtte påstander som respondentene skulle markere sin holdning til. Disse tok for seg ulike aspekter av budsjettprosessen. I tillegg ble det stilt to indirekte spørsmål, hvorav det ene gikk på

hvor ofte avdelingslederne sjekket avdelingens økonomiske situasjon, mens det andre gikk på lederens personlige jobbambisjoner.

Hovedresultatet støttet hovedsaklig Jespersens (2005) studie, da det i begge regioner var et klart flertall som mente at det ikke ville gå ut over den helsefaglige ansvarligheten å etterleve budsjettet. Riktignok var ikke nødvendigvis økonomien øverst i prioriteringslisten, men så godt som alle (bortsett fra en)sa seg enig i at man som avdelingsleder prøvde å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i sin avdeling.

De regionale forskjellene var likevel vesentlige, da avdelingslederne i Helse Vest la langt mer personlig prestisje i å innfri budsjettet, og ga større uttrykk for umiddelbare kutt i ikke-pasient-relaterte kostnader dersom avdelingen lå an til et negativt budsjettavvik. Dette var da også i tråd med forhåndsantagelsen med at avdelingslederne i Helse Vest har økonomi som prestasjonsvariabel, mens avdelingslederne i Helse Øst kun respekterer økonomiens grenser, men måler avdelingens prestasjon på andre områder.

Argumentasjon

Q17 - Hvordan stiller du deg til følgende påstander

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Uenig	Uenig	Uenig	Uenig	Uenig	Uenig
1) HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	64 %	44 %	60 %	36 %	50 %	60 %
2) Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	36 %	11 %	33 %	0 %	35 %	15 %
3) Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	86 %	67 %	87 %	79 %	70 %	85 %
4) Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	68 %	11 %	60 %	14 %	40 %	45 %
5) Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	55 %	11 %	40 %	14 %	45 %	25 %
6) Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	5 %	0 %	7 %	0 %	5 %	0 %
7) Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	41 %	0 %	40 %	0 %	25 %	20 %

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig
8) Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	32 %	17 %	33 %	21 %	0 %	50 %

Tabell 15 - Påstander for å avdekke økonomisk legitimitet på avdelingsnivå

Først ble det fremmet en påstand som gikk på hvorvidt avdelingslederne anså HF'ets budsjettprosess som en rettferdig budsjettfordeler. Dersom avdelingslederen ikke oppfatter at avdelingens budsjettgrenser er satt rettferdig, kan det tenkes at disse heller ikke vil føles spesielt legitime. Hele 64% av respondentene i Helse Øst og 44% i Helse Vest var uenig i at avdelingsbudsjettet var fastsatt rettferdig, hvilket må anses som høyt for begge regionene.

I andre påstand var intensjonen å kartlegge hvorvidt avdelingslederne lot de økonomiske aspektene få innflytelse på den daglige driften. Flertallet i begge regionene uttrykket enighet til dette, men andelen uenige var større i Helse Øst (36%) enn i Helse Vest (11%).

Tredje påstand var at avdelingslederne anså budsjettforventningene som avdelingens høyeste prioritering, noe flertallet av avdelingslederne i begge regionene var uenige i. Riktignok var andelen uenige større i Helse Øst, men forskjellen var hovedsaklig lokalisert i internserviceavdelingene. Dette fordi de kliniske avdelingene i de to regionene svarte bortimot identisk på spørsmålet.

Fjerde påstand var at man som avdelingsleder satte personlig prestisje i å innfri budsjettet. I Helse Øst sa hele 68% av avdelingslederne seg uenige i dette, mot tilsvarende 11% i Helse Vest. Dette understreker igjen at økonomi blir ansett som en legitim prestasjonsvariabel i Helse Vest. Spesielt interessant blir det, da altså 44% av avdelingslederne i Helse Vest mente de hadde urettferdige budsjetter i utgangspunktet, men kun 11% sier seg uenig i at de setter personlig prestisje i å innfri budsjettet.

Femte påstand var at avdelingslederne fant det ubehagelig å presentere negative budsjettavvik, hvilket hele 55% i Helse Øst sa seg uenig i. Motsvarende tall i Helse Vest var også her 11%. Respondentene klassifisert som "innfridd" er i så måte overrepresentert, og syntes det er mindre ubehagelig å presentere negative budsjettavvik, enn dem som ikke har klart å innfri.

Sjette påstand tok så for seg kjernen i problemstillingen, nemlig; prøver avdelingslederne å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i avdelingen. Dette var det kun en respondent i hele tallmaterialet som sa seg uenig i.

Syvende påstand var at man som avdelingsleder kuttet vesentlig i alle kostnader som ikke var pasientrelaterte dersom avdelingen var i ferd med å få et negativt budsjettavvik. Dette var det 41% i Helse Øst som sa seg uenig i, mot absolutt ingen (0%) i Helse Vest.

Åttende påstand undersøkte hvorvidt respondentene mente det var mulig å etterleve budsjettet innen helsefaglige ansvarlige rammer. Flertall i begge regioner mente at dette var mulig, men andelen uenige var igjen større i Helse Øst enn i Helse Vest (32% mot 17%).

Naturlig nok var samtlige (100%) av respondentene som sa seg uenig i dette, lokalisert i avdelinger som ikke hadde klart å innfri budsjettet de siste to årene. Likevel er det kanskje mer interessant å notere seg at halvparten av dem som ikke har klart å innfri budsjettet de to siste årene, faktisk påstår at dette skal være mulig innen helsefaglige rammer.

Q16 - Hvor ofte sjekker du hvordan avdelingen ligger an i forhold til budsjettet?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Sjeldnere enn ukentlig	82 %	67 %	73 %	57 %	85 %	65 %

Tabell 16 - Hvor ofte avdelingslederne sjekker avdelingsøkonomien

Det ble også spurt om hvor ofte respondentene sjekket hvordan avdelingen lå an i forhold til budsjettet. De fire svaralternativene var fastsatt som ”Daglig / Noen ganger i uken / Ukentlig / Sjeldnere enn ukentlig”

På dette spørsmålet burde det vært flere svaralternativer, da kategorien ”Sjeldnere enn ukentlig” kapret majoriteten i alle inndelingene. Enkelte respondenter påpekte at de økonomiske rapportene ble sendt ut månedlig fra økonomiavdelingen, og at det var først da avdelingslederne sjekket dette. Selv om alternativene med andre ord burde vært bredere var det indikasjoner på at avdelingslederne sjekket økonomien sjeldnere i Helse Øst enn i Helse Vest.

Videre er det en interessant sidebetraktning at de respondentene som innfridde paradoksalt nok var de som sjekket avdelingens økonomi mest sjeldent.

Q8 - I hva slags type jobb ønsker du å være om 5 år?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
I en annen stilling i avdelingen	35 %	13 %	23 %	18 %	22 %	29 %
I samme stilling	45 %	53 %	54 %	45 %	39 %	59 %
I foretaksledelsen eller et annet høyere ledernivå	15 %	27 %	23 %	27 %	33 %	6 %
Andre	5 %	7 %	0 %	9 %	6 %	6 %

Tabell 17 - Avdelingsledernes fremtidsambisjoner

Det ble også stilt spørsmål om fremtidsambisjonene til avdelingslederne. Dette for å se hvorvidt det kunne finnes personlige motiver for å innfri budsjettet. Det kunne nemlig tenkes at det er lettere å få forfremmelse dersom man som avdelingsleder har vist økonomiske lederevner på avdelingsnivå, og at dette kunne motivere for å innfri budsjettet.

En hel tredjedel av avdelingslederne i Helse Øst ønsker seg da over til andre stillinger i avdelingen, mot tilsvarende 13% i Helse Vest. Riktignok er det hovedsakelig internservice-avdelingene i Helse Øst som representerer disse, da de kliniske avdelingslederne i de to regionene svarte rimelig likt. Det er også nesten dobbelt så stor andel i Helse Vest som ønsker seg oppover i systemet som i Helse Øst. (27% i Helse Vest mot 15% i Helse Øst). Spesielt er det gruppen som har innfridd budsjettet de to siste årene som ønsker seg oppover i systemet.

Oppsummering

I begge regionene er det en tydelig vilje til å innfri budsjettet. Dette symboliseres eksempelvis med at kun en respondent sa seg uenig i at man som avdelingsleder prøvde å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i sin avdeling. I tillegg var det kun et mindretall (25%) som mente at dersom avdelingen etterlevde budsjettet ville dette gå løs på den helsefaglige ansvarligheten. Samtlige av disse lå i klassen "ikke innfridd" for de to siste årene, og muligheten er derfor til stede for at disse påstår dette fordi man selv ikke har klart å innfri budsjettet helt enda. Flertallet av respondentene (75%) mente i hvert fall at det *ikke* ville gå løs på den helsefaglige ansvarligheten dersom avdelingen etterlevde budsjettet.

Likevel var det kun et mindretall, i begge regionene, som satte den økonomiske ansvarligheten som avdelingens aller høyeste prioritering.

Dette gir altså ikke støtte til antagelsen om at den økonomiske ansvarsfølelsen forsvinner jo nærmere man kommer pasientene, men avdelingslederne har tydeligvis mange mål å forfølge. Dette gir støtte til antagelsen om at avdelingslederne på mange måter jobber som hybridledere, hvor både økonomi og helsefaglige målsetninger settes i fokus.

De største regionale forskjellene ligger i hvorvidt avdelingslederne la personlig prestisje i å innfri budsjettet, samt ens eget reaksjonsmønster dersom avdelingen lå an til å få et negativt budsjettavvik.

I Helse Øst var hele 68% prosent uenig i påstanden om at de tok personlig prestisje i å innfri budsjettet, mot kun 11% i Helse Vest. Det var også 41% av avdelingslederne i Helse Øst som ikke

ville kutte vesentlig i ikke-pasientrelaterte-kostnader dersom avdelingen lå an til å få et negativt budsjettavvik, mot absolutt ingen (0%) i Helse Vest. Generelt indikerer tallmaterialet at de økonomiske hensynene er mer akseptert i Helse Vest enn i Helse Øst.

Dette støtter igjen opp under antagelsene fra tidligere (se analyse 5.2 Analyse av trossystemet) om at ledelsen i Helse Vest har hatt mer fokus på å innføre økonomi som en viktig prestasjonsvariabel, mens ledelsen i Helse Øst har mer fokus på helsefaglige prioriteringer.

5.5.4 Reell påvirkningskraft

I forrige seksjon kom det altså frem at det finnes en vilje til å innfri budsjettet i begge helseregionene. I denne seksjonen fokuseres det på hvorvidt avdelingslederne føler et reelt beslutningsmandat til å innfri budsjettet.

Forhåndsantagelser, spørsmål og hovedresultat

Fra analyse av Simons (1994) første komponent (Kapittel 5.2; Simons første komponent – trossystemet) kom det frem at respondentene i begge helseregionene hadde inntrykk av at HF'ets strategi var at avdelingene skulle være selvstyrte, og selv avdekke årsaker og tiltak ved eventuelle budsjettavvik. Tidligere studier (Kjekshus, 2004) har da også konkludert med at helseforetakene over tid har flyttet mer og mer beslutningsmyndighet til avdelingslederne, uavhengig av helseregion. Den første antagelsen er derfor at alle avdelingslederne sannsynligvis har høy beslutningsmyndighet. Den neste antagelsen er at avdelingslederne i Helse Vest har mer beslutningsmyndighet enn i Helse Øst. Dette med begrunnelse i at HF-ledelsen i Helse Vest uttrykket konkrete målsetninger om å bygge opp avdelingenes autonomi.

Det ble i alt stilt seks spørsmål; et som spurte direkte hvorvidt avdelingslederne hadde beslutningsmyndighet over ulike områder. Deretter hvor avhengig avdelingslederne følte avdelingens pasientinntak var av andre avdelinger. Det ble også kartlagt hvor mye økonomi- og lederkurs avdelingslederne hadde deltatt på, og hvorvidt de ønsket ytterligere utdanning. Et annet spørsmål dreide seg om hva type sammenligningsinformasjon avdelingslederne fikk fra økonomiavdelingen. Det hele summerte seg så opp gjennom et spørsmål om hvorvidt respondentene følte de hadde *tilstrekkelig* beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet

Hovedresultatet var i tråd med forhåndsantagelsene, og understreket at avdelingslederne i begge regioner var tildelt mye beslutningsmyndighet. Likevel hadde avdelingslederne i Helse Vest fått noe mer beslutningsmyndighet, og følte seg også mindre avhengig av andre avdelinger for å innfri

budsjettet. Det var også vesentlig forskjell på hvorvidt avdelingslederne følte de var tildelt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å kunne innfri budsjettet, hvor langt flere i Helse Vest følte dette. Avdelingslederne i Helse Vest hadde også fått mer økonomi- og lederskolering enn i Helse Øst, hvilket også understreker en økt reell mulighet til å innfri budsjettet.

Argumentasjon

Q18 - Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beslutninger om hvem som skal være garantipasienter	32 %	33 %	43 %	36 %	35 %	30 %
Koordinering av pasientinntaket	42 %	44 %	50 %	50 %	35 %	50 %
Vedta mål om behandlingvolum	62 %	67 %	73 %	71 %	68 %	60 %
Ansettelse av leger	86 %	89 %	93 %	100 %	89 %	85 %
Ansettelse av sykepleiere	95 %	89 %	100 %	93 %	94 %	90 %
Omgjøre stillinger	86 %	94 %	87 %	93 %	95 %	85 %
Vedta opprettelse av stillinger	55 %	81 %	53 %	75 %	79 %	53 %
Vaktplaner	82 %	94 %	87 %	100 %	75 %	100 %
Forhandle lønn	76 %	88 %	79 %	85 %	83 %	80 %
Strategiplaner for avdelingen	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Lønnsfastsettelse	73 %	82 %	73 %	77 %	85 %	68 %
Fordeelingen mellom ulike typer kostnader	86 %	94 %	87 %	92 %	95 %	84 %

Tabell 18 - Avdelingsledernes konkrete beslutningsområder

På spørsmål om hvilke konkrete områder respondentene hadde beslutningsmyndighet over, kom det frem at de fleste avdelingslederne har vesentlig innflytelse i begge regionene. Likevel har avdelingslederne i Helse Vest gjennomgående høyere beslutningsmyndighet enn i Helse Øst, med unntak av ”ansettelse av sykepleiere” hvor det er 6% marginforskjell i Helse Øst’s favør.

De største regionale forskjellene fantes i hvorvidt respondentene kunne opprette stillinger og forhandle lønn. Når det gjaldt hvorvidt avdelingslederne kunne vedta opprettelser av stillinger var det 55% av avdelingslederne i Helse Øst som kunne gjøre dette, mot 81% i Helse Vest. Det var også flere avdelingslederne med mandat til å forhandle lønn i Helse Vest, da 88% kunne gjøre det her, mot 76% i Helse Øst.

En interessant sidebetraktning er at av de som har innfridd økonomiaspektene er det kun 35% som oppgir at de har beslutningsmyndighet over koordineringen av pasientinntaket, mot 50% av de som ikke innfridde. Videre er det en interessant betraktning at alle (100%) som ikke hadde innfridd de to siste årene hadde beslutningsmyndighet over vaktplanene i avdelingen, mot tilsvarende 75% av de som hadde innfridd.

Riktignok virker det generelt som om beslutningsmyndighet og budsjettinnfrielse er positivt korrelert, da det generelt er mer beslutningsmyndighet hos dem som har innfridd de to siste årene.

Q19 - Hvor avhengig føler du avdelingens pasientinntak er av andre avdelinger?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Svært avhengig	57 %	39 %	47 %	29 %	55 %	42 %
Litt avhengig	24 %	33 %	33 %	43 %	20 %	37 %
Uavhengig	19 %	28 %	20 %	29 %	25 %	21 %

Tabell 19 - Avdelingsledernes inntrykk av avhengigheten til andre avdelinger

Hvor avhengig respondentene følte pasientinntaket var av andre avdelinger vil også bidra til å beskrive den reelle påvirkningskraften avdelingslederne har på budsjettet, og spesielt interessant blir det å se hvorvidt de kliniske avdelingene føler seg avhengige av andre avdelinger. Dette fordi internservice, nærmest per definisjon er avhengig av andre avdelinger. Røntgenavdelingen kan til eksempel ikke tiltrekke pasienter i seg selv, men får rekvisisjoner fra andre avdelinger.

Det kom tydelig frem at respondentene i Helse Øst følte seg mer "svært avhengig" av andre avdelinger i forhold til i Helse Vest (47% mot 29%). Videre var det en større andel av respondentene fra Helse Vest som oppgir at de føler avdelingens pasientinntak er uavhengig av andre avdelinger (29% mot 20%), noe som videre understreker dette poenget.

Likevel er det en interessant sidebetragtning å se at avdelingens avhengighet til andre avdelinger ikke samvarierer med hvorvidt avdelingen klarer å innfri eller ikke. Av avdelingene som oppga seg som "svært avhengig" av andre avdelinger var det faktisk en større andel som innfridde budsjettet enn som ikke innfridde (58% versus 42% ²¹).

Q20 - Hvor enig er du i påstanden: "Du som avdelingsleder er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet"?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Uenig	50 %	17 %	40 %	21 %	25 %	45 %

Tabell 20 - Avdelingsledernes inntrykk av sin egen beslutningsmyndighet

²¹ Totalt 19 respondenter oppga seg som "svært avhengig" av andre avdelinger, og 11 av disse falt likevel inn under klassen "innfridd"

Det viktigste spørsmålet var riktignok hvorvidt avdelingslederne følte de hadde blitt gitt *tilstrekkelig* beslutningsmyndighet til å innfri budsjettet. I Helse Øst var det hele 50% av respondentene som uttrykket uenighet til dette, mot tilsvarende 17% i Helse Vest. Dette har riktignok en bredere forklaring enn kun de konkrete beslutningsområdene man har identifisert ovenfor. Deriblant kom det frem gjennom den tidligere analysen (se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet) at helseforetakene på alle måter *søker* å skape autonome avdelinger, og det kom også frem at Helse Vest i langt større grad bruker internprising (se kapittel 5.5.1 Karakteristikk ved inndelingene) som et virkemiddel for å få frem dette.

Dette understreker altså på mange måter strategien i de to regionene, hvor Helse Vest bevisst søker å skape autonome avdelinger, mens Helse Øst prøver å få avdelingene til å se den gjensidige avhengigheten de har av hverandre.

Q21 - Hvor mye tid har du samlet sett brukt på økonomi/leder-kurs de siste 3 årene?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Mindre enn en uke	32 %	11 %	27 %	14 %	25 %	20 %

Tabell 21 - Avdelingsledernes tidsforbruk på økonomi- og lederkurs de 3 siste årene

Hvorvidt avdelingslederne har ledelsesorientert og økonomisk kompetanse vil også påvirke deres reelle sjans til å innfri budsjettet. Det ble derfor spurt hvor mye tid avdelingslederne samlet sett hadde brukt på denne type kursing. Generelt hadde begge regionene hatt en del kursing, men respondentene uttrykket lavere kursaktivitet i Helse Øst enn i Helse Vest. I Helse Øst hadde 32% av respondentene deltatt på mindre enn en uke med slike kurs de siste tre årene, mot 11% i Helse Vest. Riktignok fantes det ikke noe klart mønster i hvor mye kursing avdelingslederne hadde hatt, og hvorvidt deres avdelinger hadde klart å innfri budsjettet.

Samtidig kan det godt være at de enkelte avdelingslederne allerede har så mye kompetanse på området, at det ikke er behov for mer kursing. Det kan i så måte tenkes at avdelingsledere har takket nei takk til slike muligheter, dersom HF'et har tilbudt det. Hvis samlet tid på lederkurs da skulle være eneste indikator på økonomisk kompetanse til avdelingslederne, ville dette fort bli misvisende. Neste spørsmål dreide seg derfor om hvorvidt respondentene så mangler i sin kompetanse, eller mer spesifisert; hvilke områder de ønsket ytterligere utdanning i. Respondentene kunne her krysse av for flere områder.

Q22 - Ønsker du ytterligere utdanning i noen av disse områdene?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Strategisk ledelse	50 %	67 %	47 %	71 %	55 %	60 %
Økonomi	41 %	17 %	40 %	14 %	30 %	30 %
Personalhåndtering	36 %	0 %	27 %	0 %	25 %	15 %
Juss	23 %	17 %	33 %	14 %	25 %	15 %
Andre	14 %	17 %	7 %	7 %	20 %	10 %

Tabell 22 - Avdelingsledernes kunnskapssavn

På dette spørsmålet var det mest populære svaralternativet, i begge regioner, strategisk ledelse. Riktignok er det en større andel i Helse Vest som etterlyser dette enn i Helse Øst (67% mot 50%). Når det gjelder rene økonomikurs og kurs innen personalhåndtering og juss er det derimot langt mer etterspørsel etter dette i Helse Øst. Økonomikurs er i så måte etterspurt av 41% av avdelingslederne i Helse Øst mot tilsvarende 17% i Helse Vest. Personalhåndtering 36% mot 0%, og juss 23% mot 17%. Fokuseres det kun på de kliniske avdelingene, fremkommer det at de kliniske avdelingslederne i Helse Øst har en enda høyere tilbøyelighet til å ønske mer juridisk kompetanse. Hele 33% av respondentene i Helse Øst etterspør da dette, mot 14% i Helse Vest.

At hele 41% av avdelingslederne i Helse Øst ønsker ytterligere utdanning innen økonomi (mot kun 17% i Helse Vest) kan tyde på at helseforetakene har underprioritert denne type kurs i regionen. Dette er også i samsvar med analysen av trossystemet (se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet) hvor det ble uttalt fra foretaksnivå at de burde gitt lederne mye mer kurs av denne typen. At derimot hele 36% av avdelingslederne i Helse Øst (mot 0% i Helse Vest) ønsker ytterligere utdanning innen personalhåndtering er derimot en kilde til forundring. Dette *kan* være fordi avdelingslederne ser for seg utfordringer fremover, hva angår oppsigelser eller lignende, som vil kreve kompetanse innen dette området, men dette blir rent spekulativt.

En annen faktor som kan påvirke muligheten til å innfri budsjettet er hvorvidt avdelingslederne har sammenligningsgrunnlag både mot andre enheter (avdelinger eller sykehus) og egen utvikling over tid.

Q25 - Har du tilgang til følgende økonomiske informasjon?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Økonomiske sammenligninger med andre avdelinger	95 %	83 %	93 %	86 %	85 %	95 %
Økonomiske sammenligninger med andre sykehus	14 %	29 %	20 %	31 %	25 %	16 %
Avdelingens økonomiske prestasjoner som trender over tid	82 %	72 %	80 %	71 %	85 %	70 %

Tabell 23 - Avdelingens sammenligningsinformasjon

På dette spørsmålet fremkommer det at nesten alle (95%) respondentene i Helse Øst har muligheten til å sammenligne mot andre avdelinger, mot 83% i Helse Vest. Riktignok er det flere avdelingsledere i Helse Vest som oppgir at de kan sammenligne seg mot andre sykehus (29% mot 14%).

Dette understreker også analysen av trossystemet (Se kapittel 5.2 – Simons første komponent; trossystemet) hvor det kom frem at helseforetakene i Helse Øst har mer fokus på internt samarbeid mellom sykehusavdelingene enn hva helseforetakene har i Helse Vest. I Helse Vest er derimot konkurransefokus rettet mot de andre sykehusene i regionen, da helseforetakene prøver å kapre pasienter fra andre helseforetak i regionen. Dette har tydeligvis medført at regionen i større grad har bygget systemer som overvåker hvordan andre sykehus presterer enn hva man har i Helse Øst.

En sidebetragtning her er at de som hadde innfridd budsjettet de to siste årene oppga større mulighet til å overvåke sin egen utvikling over tid enn de som ikke hadde innfridd.

Oppsummering og delanalyse i forhold til forhåndsantagelsene

Generelt hadde avdelingslederne i begge regionene stor beslutningsmyndighet. Likevel var det på bortimot samtlige indikatorer mer beslutningsmakt hos lederne i Helse Vest enn i Helse Øst. Avdelingslederne i Helse Øst følte seg også mer ”svært avhengig” av andre avdelinger hva angikk pasientinntaket, og hele 50% i Helse Øst mente de ikke hadde fått nok beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet (mot bare 17% i Helse Vest.)

Hva angikk informasjon, hadde avdelingslederne i Helse Vest gjennomgått mer kursing innen økonomi og ledelse, og det var tydelige forskjeller på kunnskapssavnet i de to regionene.

Mens respondentene i Helse Vest hovedsakelig etterlyste utdanning innen strategisk ledelse, var respondentene i Helse Øst langt mer orientert mot rene økonomikurs, personalhåndtering og juss. Dette kan ha sammenheng med at avdelingslederne i Helse Vest har et større beslutningsmandat, og derav ønsker mer kunnskap innen de strategiske aspektene av ledelse. I Helse Øst er det gjerne mer fokus på å håndtere den spesifikke hverdagen, og kurs innen økonomi, personalhåndtering og juss er da kanskje mer anvendelige enn strategiske kurs.

En annen mulig forklaring er at avdelingslederne i de to regionene ser for seg ulike utfordringer i tiden fremover. Skulle avdelingslederne i Helse Øst eksempelvis se for seg mer oppsigelser i tiden fremover, kan dette fort medføre at avdelingslederne ønsker mer kompetanse innen personalhåndtering og juss, enn dersom avdelingene ikke hadde disse utfordringene. Dette er riktignok helt spekulativt.

Hva angikk sammenligningsmuligheter kom det frem at helseforetakene i Helse Øst har et mer internt fokus mellom de ulike avdelingene, mens Helse Vest har bedre sammenligningsgrunnlag mot andre sykehus. Dette er da også i tråd med den tidligere analysen av trossystemet (se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet)

5.5.5 Oppfølging

Selve nøkkelen med det diagnostiske kontrollsystemet er oppfølgingen av de kritiske prestasjonsvariablene. I denne seksjonen tas det sikte på å kartlegge rapporteringsrutinene, både hva angår type rapportering, hyppigheten av denne og hvem avdelingslederne rapporterer til.

Forhåndsantagelser, spørsmål og hovedresultat

Gjennom Ouchis rammeverk (1979) fremkommer det at både markedsmekanismen og klanmekanismen krever mindre direkte overvåking og oppfølging enn hybridløsningen; den byråkratiske mekanismen. I Helse Vest har den tidligere analysen av trossystemet (se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet), samt analysen av den økonomiske legitimiteten på avdelingsnivå (se kapittel 5.5.3 Økonomisk legitimitet på avdelingsnivå) vist at regionen har fremmet økonomisk innfrielse som en viktig og legitim prestasjonsvariabel. Dersom dette er tilfellet kan regionen benytte en markeds kontrollmekanisme, hvor helseforetakene enkelt og på avstand kan vurdere hvorvidt avdelingene har gjort en god jobb (basert på hvorvidt avdelingene har innfridd budsjettet eller ikke). Dette vil, ifølge Ouchi (1979), medføre at ledelsen ikke trenger å følge opp de underordnede like intensivt som dersom en mer byråkratisk modell ligger til grunn.

I Helse Øst kom det derimot frem at man ser på økonomi som en forutsetning fremfor et prestasjonskriterium (se kapittel 5.3 Simons andre komponent; begrensningssystemet), og gjennom

Ouchis (1979) rammeverk ble kontrollsystemet derfor klassifisert til å tendere mot den byråkratiske modellen. Dette medfører at Helse Øst må ha en mer intensiv oppfølging av sine avdelinger.

Forhåndsantagelsen er derfor at Helse Vest ikke følger opp sine avdelinger like intenst og hyppig som Helse Øst.

Spørsmålene som ble brukt for å belyse dette var først og fremst hvem avdelingene rapporterte til, hvordan de rapporterte og hyppigheten av denne rapporteringen. I tillegg ble det stilt holdningsspørsmål om hvordan respondentene oppfattet selve rapporteringssystemet.

Hovedresultatet var i tråd med forhåndsantagelsen, og bekreftet at Helse Øst har en mer hyppig og intensiv oppfølging enn Helse Vest.

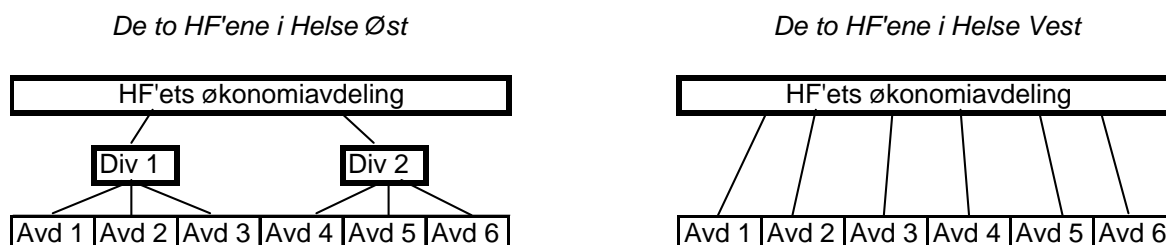
Argumentasjon

Q23 - Hvem sender du dine økonomiske rapporter til?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
Foretakets økonomiavdeling direkte	5 %	100 %	7 %	100 %	47 %	50 %
En klinikk/divisjon som hierarkisk ligger mellom meg og HF'et	95 %	0 %	93 %	0 %	53 %	50 %

Tabell 24 - Avdelingens rapporteringsrutiner

Det kom frem at de to regionene hadde valgt ulike styringsstrukturer, da de to helseforetakene som ble undersøkt i Helse Vest hadde valgt å la avdelingene rapportere til helseforetakets økonomiavdeling direkte, mens de to helseforetakene som ble undersøkt i Helse Øst hadde lagt dette til en divisjon som hierarkisk ligger mellom helseforetaket og avdelingen.



Figur 14 - De valgte helseforetakenes styringsstruktur

Likevel ga økonomiledelsen i begge helseforetakene i Helse Øst uttrykk for at de fulgte opp avdelingene, og møtte avdelingslederne jevnlig. Dette altså til tross for at helseforetakene formelt sett hadde ansatt en divisjonsdirektør avdelingene formelt sett skulle svare til.

Q24 - Hvordan og hvor ofte er du i kontakt med helseforetakets økonomiavdeling?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Sjeldn	Sjeldn	Sjeldn	Sjeldn	Sjeldn	Sjeldn
Møter	24 %	67 %	14 %	64 %	40 %	47 %
Telefoner	32 %	33 %	27 %	43 %	30 %	35 %
Mail	5 %	6 %	7 %	7 %	10 %	0 %
Økonomiske rapporter	0 %	17 %	0 %	14 %	10 %	5 %

Tabell 25 - Kontaktform og hyppighet mellom avdelingsleder og økonomiavdelingen

Intimiteten i oppfølgingen var også ulik i de to helseregionene. Riktignok genereres det for flesteparten av avdelingene økonomiske rapporter månedlig, men i Helse Øst bruker økonomiavdelingen mer også mer intime former for kontakt, gjennom møter og telefonsamtaler.

Spesielt de kliniske avdelingene skiller seg i så måte ut, og i Helse Vest er det hele 64% av de kliniske avdelingene som har sjeldnere enn månedlig møter med økonomiavdelingen, mot kun 14% i Helse Øst. Det er også hele 43% av de kliniske avdelingslederne i Helse Vest som ikke snakker med økonomiavdelingen på telefon månedlig, mot kun 27% i Helse Øst. Dette støtter altså opp om antagelsen av at Helse Vest ikke følger opp sine avdelinger så intimt og hyppig som Helse Øst.

Det ble også spurt hvordan respondentene oppfattet selve rapporteringssystemet.

Q15 - Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	41 %	56 %	33 %	64 %	50 %	45 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye	32 %	44 %	27 %	50 %	30 %	45 %

Tabell 26 - Avdelingsledernes inntrykk av rapporteringssystemet

Igjen var det størst forskjeller mellom de kliniske avdelingslederne, da disse følte seg mer komfortable med det rapporteringssystemet de hadde i Helse Øst enn i Helse Vest. Kun 33% av de kliniske avdelingslederne (mot 64% i Helse Vest) følte de måtte rapportere om flere tall enn nødvendig. Respondentene i Helse Vest hadde også større tilbøyelighet til å syntes at det var vanskelig å orientere seg om hvilke tall som var viktige når en blir målt på så mye, da 50% av de kliniske avdelingslederne svarte dette, mot 27% i Helse Øst.

Dette kan være en naturlig konsekvens av at Helse Øst bruker mer intime former for oppfølging, og på denne måten kontinuerlig får formidlet hvor helseforetaket retter fokuset. I Helse Vest overvåker man derimot avdelingene mer på avstand, basert på de kvantifiserbare prestasjonskriteriene man har fastsatt på forhånd, hvilket sannsynligvis er rimelig mange. (Som tidligere nevnt har helsesektoren i tillegg til økonomiske målsetninger, gjennom budsjettet, også andre kvalitetsorienterte prestasjonsmål.)

Oppsummering og delanalyse i forhold til forhåndsantagelsene

Intensiteten og hyppigheten er ulik i de to regionene. Selv om det er valgt en divisjonsløsning i de to helseforetakene som ble undersøkt i Helse Øst har økonomiavdelingen likevel en mer intensiv oppfølging av avdelingene her, enn i Helse Vest. Spesielt møter økonomiavdelingen avdelingslederne mer i Helse Øst enn i Helse Vest, og man bruker også i større grad telefonen.

Dette gir altså støtte til antagelsen om at økonomiavdelingen i Helse Øst følger avdelingslederne mer intensivt og hyppig opp. Dette gir også grunnlag for at økonomilederne i Helse Øst i større grad føler seg komfortable med det styringssystemet som foreligger, da man hele tiden har interaksjon mot økonomiavdelingen, og vet hvor helseforetaket legger sitt fokus

5.5.6 Incentiver

For at ledelsen skal ha ro og tiltro til at de kritiske prestasjonsvariablene vil bli oppfylt argumenterer Simons (1995¹) for at ledelsen bør gi incentiver som forsikrer at de underordnede ønsker å oppnå de samme målene som de overordnede. Ved å gi dem belønning og straff ved henholdsvis positive og negative budsjettavvik, vil systemet i seg selv medføre at ledelsen ikke trenger konstant fokus på de kritiske prestasjonsvariablene. Den implisitte forutsetningen er riktignok at de underordnede til enhver tid ønsker å handle i egeninteresse. På denne måten kan altså ledelsens og de underordnedes målsetninger forenes, og ledelsen unngår det såkalte prinspal-agent-problemet, forklart tidligere i teorikapittelet (se kapittel 3.1 Hva er ansvarlighet? Definisjon og avgrensning).

Forhåndsantagelser, spørsmål og hovedresultat

På forhånd var det uttrykt i begge regioner at dette med incentiver var et problematisk område. Økonomiledelsen på helseforetakene i Helse Øst uttalte riktignok klarere negative konsekvenser dersom avdelingene ikke overholdt budsjettet, jamfør den tidligere analysen av begrensningssystemet (se kapittel 5.3 Simons andre komponent – begrensningssystemet). Helse Øst var også klarere i sine uttalelser om de positive konsekvensene ved en økonomi i balanse (se kapittel 5.2 Simons første komponent – trossystemet). Forhåndsantagelsen er derfor at incentivene

sannsynligvis er svake i begge helseregionene, men svakest i Helse Vest. Riktignok ser det ut til at avdelingslederne i Helse Vest i større grad føler at avdelingens økonomiske prestasjon blir lagt til grunn ved evaluering av deres jobb som avdelingsleder, siden økonomi er innført som legitim prestasjonsvariabel i regionen (se kapittel 5.2 Simons første komponent – trossystemet, samt kapittel 5.5.3 Økonomisk legitimitet på avdelingsnivå for mer info). Dette medfører at også Helse Vest bør ha innført visse incentiver ved resultatavvik.

For å belyse dette ble det innledningsvis spurt hvorvidt respondentene oppfattet at avdelingens økonomiske prestasjon ble vektlagt når ledelsen vurderte avdelingslederens prestasjon. I tillegg ble det satt opp ulike scenarier for henholdsvis negative og positive budsjettavvik. Respondentene ble så spurt om hvor realistiske disse var.

Hovedresultatet var kun til dels i tråd med forhåndsantagelsene. I tråd med forhåndsantagelsene var incentivene svake i begge regioner. I tillegg følte avdelingslederne i Helse Vest i større grad at avdelingens økonomi ble lagt til grunn ved vurdering av deres jobb som avdelingsleder, også dette i tråd med forhåndsantagelsen.

Det som riktignok avvek fra forhåndsantagelsene var at det var Helse Vest som ble oppfattet til å ha de sterkeste konsekvensene, både i positiv og negativ retning ved budsjettavvik.

Argumentasjon

Q27 - I hvor stor grad virker ledelsen til å vurdere avdelingens økonomiske prestasjon som en viktig del av hvorvidt du som avdelingsleder har gjort en god jobb?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
I høy grad	48 %	94 %	57 %	93 %	63 %	75 %
I liten grad	43 %	0 %	36 %	0 %	26 %	20 %
I ubetydelig grad	10 %	6 %	7 %	7 %	11 %	5 %

Tabell 27 - Avdelingsledernes inntrykk av økonomi som reell prestasjonsvariabel

På dette spørsmålet var det meget stor forskjell på svarene fra de to regionene, spesielt om det fokuseres på svaralternativet "I høy grad". I Helse Øst svarte omtrent halvparten av respondentene dette, mot bortimot alle i Helse Vest. Denne markante forskjellen fremkommer også når en sorterer bort internserviceavdelingene. Dette er helt i tråd med den tidligere analysen, hvor hovedresultatet er at Helse Vest har fremhevet økonomisk prestasjon som prestasjonsvariabel i regionen (se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet). At bortimot alle avdelingslederne mener at

avdelingens økonomi i ”høy grad” legges til grunn ved vurdering av ens egen prestasjon beviser at regionen har lyktes i å få spredt dette budskapet ut i organisasjonen, helt ned til avdelingsnivå.

Q28 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Sanns.	Sanns.	Sanns.	Sanns.	Sanns.	Sanns.
Du mister jobben	0 %	47 %	0 %	38 %	21 %	21 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	76 %	94 %	79 %	92 %	89 %	80 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	33 %	22 %	40 %	14 %	42 %	15 %
Man får mer penger neste år	19 %	35 %	21 %	31 %	17 %	35 %

Tabell 28 - Scenarier dersom avdelingen får et negativt resultatavvik

Hvordan avdelingslederne oppfatter de potensielle konsekvensene ved eventuelle uforklarte negative resultatavvik ble også undersøkt. I Helse Vest trodde ca. halvparten (47%) av respondentene at de kunne miste jobben som følge av dette, mot absolutt ingen (0%) i Helse Øst. Dette forsterker inntrykket om at avdelingslederne i Helse Vest har innsett at økonomi er en viktig prestasjonsvariabel i regionen, mens respondentene i Helse Øst ikke deler dette synet på samme måte.

Videre anså flere i Helse Vest det som mer sannsynlig at økonomiavdelingen ville begynne å følge opp avdelingens økonomi ”mye tettere” på grunn av dette, da 94% svarte dette, mot 76% i Helse Øst. Dette viser igjen at økonomi er en svært viktig faktor i Helse Vest, da det raskt skaper reaksjoner dersom avdelingen ikke innfrir i denne parameteren.

Hvorvidt alle avdelingens kostnader som ikke hadde med pasientbehandling umiddelbart ville bli kuttet var avdelingslederne i de to regionene også uenig om, og da spesielt klinikerne. I Helse Øst trodde hele 40% av klinikerne at så ville skje, mot bare 14% i Helse Vest. Samtidig er dette interessant å se i sammenheng med den tidligere analysen (se kapittel 5.5.3 Økonomisk legitimitet på avdelingsnivå). Her var en av påstandene at man som avdelingsleder *selv* ville kutte alle ikke-pasient-relaterte-kostnader dersom avdelingen var i ferd med å få et negativt budsjettavvik. På denne påstanden var det ikke en eneste avdelingsleder i Helse Vest som motsatte seg påstanden. Med andre ord uttrykket respondentene at de ville kutte i de ikke-pasient-relaterte-kostnadene dersom man lå an til et negativt resultat. På dette spørsmålet derimot kommer det frem at dette er noe avdelingslederne selv mener de initierer, da det tydeligvis ikke kommer som en konsekvens fra

helseforetakets side. Dette bygger opp om at avdelingslederne føler seg autonome, og at de selv tar avgjørelsene om denne typen konsekvenser.

Sist men ikke minst ble det også spurt om avdelingslederne anså det som sannsynlig at avdelingen ville få mer penger neste år dersom de hadde et uforklart negativt resultatavvik. Hele 35% i Helse Vest anså dette som sannsynlig, mot 19% i Helse Øst. Dette kan ha sammenheng med at avdelingene i Helse Vest fremdeles har et visst forhandlingsrom i fastsettelsen av avdelingsbudsjettet (se kapittel 5.3.1 Budsjettet som grense), og et eventuelt negativt resultatavvik kan brukes til å legitimere behovet for mer penger neste år.

Det er også interessant å se at en større andel av de som ikke hadde klart å innfri budsjettforventningene de to siste årene antok at de ville få mer penger neste år som følge av et negativt resultatavvik, enn de som hadde klart å innfri.

Q29 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen innfrir budsjettet?

	Generell		Klinisk		Innfridd vs ikke	
	HØ	HV	HØ	HV	Innfridd	Ikke innfridd
	Sanns.	Sanns.	Sanns.	Sanns.	Sanns.	Sanns.
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	5 %	0 %	7 %	0 %	5 %	0 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	29 %	53 %	29 %	62 %	37 %	42 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta	9 %	12 %	7 %	15 %	15 %	5 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	9 %	12 %	13 %	15 %	10 %	11 %
Man får mindre penger neste år	62 %	76 %	43 %	77 %	68 %	68 %

Tabell 29 - Scenarier dersom avdelingen får et positivt resultatavvik

Avdelingslederne oppfattet de positive incitamentene som svake i begge regionene. Riktignok uttrykker 62% av de kliniske avdelingene i Helse Vest at de anser det som sannsynlig å få investeringsønsker oppfylt dersom avdelingen innfrir budsjettet, mot bare 29% i Helse Øst. Dette er riktignok noe overraskende, da Helse Øst var regionen som uttalte sterkest incentiver på forhånd. Det ble også uttrykt fra regionsnivå i Helse Vest at de så frem til å få en økonomi i balanse, da dette ville gi et nytt spekter av incitament å spille på (se kapittel 5.2.2 Helse versus økonomi som prestasjonsvariabel). Dette indikerte også at den anstrengte økonomien i Helse Vest medførte svakere incitament enn RHF'et ønsket. De kliniske avdelingslederne i regionen har likevel et sterkere inntrykk av at man får innfridd investeringsønsker ved økonomisk innfrielse enn i Helse Øst.

Avslutningsvis ble det spurt om hvorvidt avdelingslederne trodde avdelingen ville få mindre penger neste år, som følge av at avdelingen hadde innfridd budsjettet i år, noe hele 77% av klinikerne i Helse Vest trodde. Tilsvarende var det kun 43% av klinikerne som trodde dette i Helse Øst. Dette kan igjen ha sammenheng med det som ble nevnt i forbindelse med de negative incitamentene, hvor helseforetakene i Helse Vest i større grad bruker årets prestasjon som utgangspunkt for neste års budsjett.

Oppsummering og analyse i forhold til forhåndsantagelsene

Avdelingslederne i Helse Vest har et sterkere inntrykk av at avdelingens økonomiske prestasjon legges til grunn når ledelsen skal vurdere hvorvidt man som avdelingsleder har gjort en god jobb. Naturlig nok tror derfor langt flere avdelingsledere i Helse Vest at de vil miste jobben dersom de presenterer et ubegrunnet negativt resultatavvik. Begge regionene tror økonomiavdelingene vil bli mer aktiv i oppfølgingen dersom avdelingen ikke innfrir budsjettforventningene et år, og spesielt er dette fremtredende i Helse Vest. Dette understreker igjen at økonomi er en viktig prestasjonsvariabel i regionen, og at avvik i denne umiddelbart fører til økt oppmerksomhet fra økonomiavdelingen.

Spesielt klinikerne i Helse Øst tror at ikke-pasientrelaterte-kostnader vil bli kuttet umiddelbart dersom avdelingene ikke innfrir budsjettet, men 40% av klinikerne var ikke selv villig til å kutte dette (se kapittel 5.5.3 Økonomisk legitimitet på avdelingsnivå).

Samtidig viser resultatene at avdelingslederne i Helse Vest i større grad anser det som sannsynlig å få mer penger neste år ved et uforklart negativt budsjettavvik. Dette kan forklares gjennom den tidligere analysen (se kapittel 5.3.1 Budsjettet som grense); nemlig at det var større rom for forhandlinger i Helse Vest enn i Helse Øst. Dette vil sannsynligvis medføre at årets forbruk vil bli lagt som grunnlag for neste års budsjettering, hvilket implisitt medfører at et negativt resultat i år medfører mer penger neste år, og visa versa.

Videre oppfattet avdelingslederne det til å være svake positive incitamentene for å innfri budsjettet, bortsett fra at avdelingene i begge regioner kunne få innfridd investeringsønsker. Denne oppfatningen var riktignok sterkere i Helse Vest. Samtidig var det også et mer utbredt inntrykk i Helse Vest at dersom avdelingene innfrir budsjettet, vil de få mindre penger neste år. Dette har sannsynligvis samme begrunnelse som nevnt ovenfor, hvor årets resultat blir brukt som legitimeringsmiddel for finansieringsbehovet neste år.

5.5.7 Oppsummering og delanalyse

Strategiforankringen

Som forventet var avdelingslederne i Helse Vest mer samstemt på at det var de økonomiske målsetningene som var hovedfokuset til HF-ledelsen. Likevel var kun et mindretall villig til å påstå at dette betydde at HF-ledelsen prioriterte økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet. Dette tyder på at HF-ledelsen har fått inn de økonomiske målsetningene som legitime målsetninger, og at avdelingslederne ikke nødvendigvis føler at disse to ansvarlighetsformene er nødt å kolliderer. En større andel av respondentene i Helse Vest hadde også inntrykk av at økonomiavdelingen kom raskt på banen dersom det ble rapportert om negative budsjettavvik. Dette understreker at økonomi er en viktig prestasjonsvariabel i regionen, og at avvik i denne raskt medfører økt oppmerksomhet.

I Helse Øst var det en mer allsidig oppfatning om hva hovedfokuset til HF-ledelsen var. Her trakk respondentene i langt større grad enn i Helse Vest frem pasientbehandling og omstilling som HF-ledelsens hovedfokus. Likevel var det også mange av respondentene som trakk frem økonomihensyn til å være HF-ledelsens hovedfokus, og nesten halvparten av de kliniske avdelingslederne mente at HF-ledelsen prioriterte økonomisk fremfor helsefaglig ansvarlighet.

Den økonomiske legitimiteten

Avdelingslederne i begge regionene anså de økonomiske målsetningene som legitime å etterfølge, og et klart flertall mente at det ikke ville gå ut over den helsefaglige ansvarligheten å etterleve budsjettet.

Det var likevel ikke nødvendigvis økonomien som ble satt øverst i prioriteringslisten, men kun en respondent i hele materialet sa seg uenig i at man som avdelingsleder prøvde å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i sin avdeling.

De største regionale forskjellene var at avdelingslederne i Helse Vest syntes det var mer legitimt å etterfølge budsjettet enn avdelingslederne i Helse Øst. Blant annet la avdelingslederne i Helse Vest langt mer personlig prestisje i å innfri budsjettet, og ville umiddelbart kutte vesentlig i de ikke-pasient-relaterte kostnadene dersom avdelingen lå an til å få et negativt budsjettavvik. I Helse Øst satte to tredjedeler av respondentene ikke personlig prestisje i avdelingens økonomi, og 41% ville heller ikke kutte i ikke-pasient-relaterte kostnader selv om avdelingen var i ferd med å få et negativt budsjettavvik.

Den reelle påvirkningskraften til avdelingslederne

Generelt hadde avdelingslederne stor beslutningsmyndighet i begge regionene, dog noe mer i Helse Vest. Avdelingslederne i Helse Vest følte seg også mindre avhengig av de andre avdelingene, og følte i større grad at de hadde blitt tildelt *tilstrekkelig* beslutningsmyndighet til å klare å innfri avdelingsbudsjettet. Dette understreker at Helse Vest i større grad har fremmet autonomi som en viktig kjerneverdi (se kapittel 5.2.1 Konsernoppfattelsen – samarbeid versus autonomi).

Avdelingslederne i Helse Vest hadde også gjennomgått mer økonomi- og lederkurs, men begge regionene signaliserte ønske om ytterligere utdanning. Riktignok var fokuset forskjellig for de to regionene, da respondentene i Helse Vest var mer orientert mot strategisk ledelse, mens respondentene i Helse Øst hadde større ønsker for rene økonomikurs, personalhåndteringskurs og jussopplæring.

Det var også ulikheter i hvilken type informasjon avdelingene fikk fra økonomiavdelingen, og Helse Vest var i så måte mer orientert mot andre sykehus, mens Helse Øst var mer orientert mot sine respektive avdelinger. Dette understreker konkurransefokuset, hvor helseforetakene i Helse Vest er mer orientert mot å snu de interne pasientstrømmene (innad i regionen), mens helseforetakene i Helse Øst har mer fokus på å skape mest mulig rettferdige fordelingsmodeller innad i helseforetakene, og ønsker at avdelingene skal samarbeide mest mulig. (Se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet)

Oppfølgingen

Hyppigheten og intensiteten i oppfølgingen er også ulik i de to regionene. Generelt har økonomiavdelingene i Helse Øst mer hyppig og intensiv kontakt (møter og telefoner) med sine avdelinger, enn hva som er vanlig i Helse Vest. Dette er i tråd med forhåndsantagelsene som ble fremsatt, hvor det ble antatt at på grunn av at Helse Vest fremhever økonomi som viktig prestasjonsvariabel, vil det være mindre behov for intensiv oppfølging. Dette fordi denne prestasjonsvariabelen er enkel å kontrollere, og oppsummerer om avdelingen har gjort en god jobb i perioden. Som nevnt ovenfor var også økonomiavdelingene i Helse Vest raskere på banen dersom avdelingene meldte om negative budsjettavvik, hvilket understreker at helseforetaket tillater avdelingene fritt spillerom så lenge de innfrir budsjettforventningene, men reagerer umiddelbart om avdelingene ikke innfrir.

Incentivene

Generelt hadde avdelingslederne i Helse Vest et sterkere inntrykk av at avdelingens økonomiske prestasjon ble lagt til grunn ved vurdering av deres prestasjon som avdelingsleder enn hva avdelingslederne gjorde i Helse Øst. Avdelingslederne i Helse Vest hadde også i større grad

inntrykk av at avdelingens økonomiske resultat ville gi konsekvenser i positiv eller negativ retning. Dette understreker igjen at økonomi er innført som en viktig prestasjonsvariabel i regionen, i tråd med den tidligere analysen (se kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet)

5.5.8 Resultatene i forhold til det teoretiske rammeverket

Helse Øst

Helse Øst har implementert en gjennomsyrende tro på at økonomi er en viktig forutsetning, men ikke en viktig prestasjonsvariabel. Avdelingslederne føler i så måte at økonomihensyn overskygger helsehensyn i HF-ledelsens strategier, og får tett oppfølging fra økonomiavdelingen generelt. Likevel er det lite incentiver knyttet til hvorvidt avdelingene innfrir budsjettet, og avdelingslederne setter i langt mindre grad enn Helse Vest personlig prestisje i å innfri budsjettet. Flertallet mener også at budsjettet ikke er rettferdig satt i utgangspunktet, og føler ikke at de har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri budsjettet. 40% av de kliniske avdelingslederne vil ikke *selv* kutte i ikke-pasient-relaterte kostnader som følge av at avdelingen ligger an til et negativt resultat. Likevel er det også 40% av de kliniske avdelingslederne som tror dette kan bli konsekvensen av at avdelingen ikke innfrir budsjettet, men avdelingslederen vil altså ikke initiere dette selv. Dette tyder på at regionen på mange måter er toppstyrt, da avdelingslederne ikke blir stilt ansvarlig for de økonomiske resultatene avdelingen genererer, men blir i stedet målt på andre prestasjonsvariabler. Det ble da også uttalt fra begge helseforetakene at man kun ønsket at avdelingslederne skulle ha *tilstrekkelig* fokus på økonomi, og ikke for mye. Økonomi blir i så måte en av flere målsetninger, men avdelingslederne føler seg på mange måter prisgitt faktorer de ikke selv styrer.

Dette tyder på at begrensningssystemet (som tidligere analysert i kapittel 5.3 Simons andre komponent; begrensningssystemet) ikke er så konsistent som økonomiledelsen i helseforetakene ga inntrykk av. Det initiale inntrykket (etter analyse av kapittel 5.2 Simons første komponent; trossystemet) ser derimot ut til å forsterke seg, hvor avdelingslederne har mer fokus på helsehensyn enn økonomiske hensyn. De økonomiske bremsene blir på mange måter styrt fra helseforetakets side, da flere anser det som sannsynlig at det er *HF'et* som vil kutte alle ikke-pasient-relaterte kostnader neste år dersom avdelingene ikke innfrir, og ikke avdelingslederen selv. Dette forsterker altså inntrykket av at Helse Øst er toppstyrt. Med andre ord fremmer helseforetakene det Ouchi (1979) kaller verdier på avdelingsnivå, men holder økonomistyringen intakt på HF-nivå.

Dette styrker derfor antagelsen om at Helse Øst bruker en byråkratisk kontrollmekanisme, hvor det blir brukt en kombinasjon de to mer ekstreme kontrollmekanismene; klanmekanismen og markedsmekanismen.

Helse Vest

I Helse Vest er fokuset et ganske annet, da avdelingslederne uttrykker et unisont inntrykk av økonomihensyn er viktig. Dette understrekes videre av at helseforetakene bygger autonomi på avdelingsnivå, og avdelingslederne oppfatter det også selv som at de har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri budsjettet. Ikke bare har de beslutningsmyndigheten, men de setter også personlig prestisje i å innfri budsjettet, og innser at denne prestasjonsvariabelen vil bli benyttet når helseforetaket vurderer hvorvidt avdelingslederen har gjort en god jobb. Avdelingslederne oppfattet derfor konsekvensene av avdelingens økonomiske resultat som sterkere, både i positiv og negativ retning, enn i Helse Øst.

Helse Vest har derfor beveget seg mer ut mot markedsmekanismen enn Helse Øst, hvor helseforetakene ikke trenger å overvåke selve prosessene til avdelingene like nøye. Dette kommer av at helseforetakene oppfatter budsjettinnfrielse som en god indikator på om avdelingene gjør jobben sin, og denne indikatoren kan overvåkes rimelig enkelt. Dette kan forklare hvorfor helseforetakene i Helse Vest ikke har så intim og hyppig oppfølging av avdelingene som i Helse Øst; rett og slett fordi det ikke er behov for det. Det forklarer også hvorfor avdelingslederne føler at de har beslutningsmyndigheten over avdelingen, men umiddelbart blir fulgt tettere opp ved negative budsjettavvik.

Kapittel 6: Konklusjon

Dette kapittelet vil først oppsummere de gjennomgående funnene fra studiet. Deretter vil det fokuseres på hvordan dette har påvirket den økonomiske ansvarligheten, ut ifra et teoretisk perspektiv. Avslutningsvis blir det foreslått områder for utvidelse av studiet.

6.1 Helse Øst

6.1.1 Konsern og samarbeid som rådende tankegang

Helse Øst er en helseregion som har fokusert på å skape samarbeid i alle ledd, både mellom helseforetakene, men også internt i helseforetakene. Dette ble observert både gjennom organiseringsmodellen, oppgavefordelingen, dialogen internt, det interne fokuset og den interne organiseringen. Begrunnelsen er hele tiden at regionen ønsker å unngå suboptimalisering, og bygger derfor systemer som fremmer samarbeid fremfor intern konkurranse. Regionen jobber med andre ord horisontalt fremfor vertikalt, både på regionsnivå og helseforetaknivå.

6.1.2 Gjennomsyrende helseperspektiv

Helse Øst har også hatt et bevisst fokus på de helsefaglige konsekvensene av en økonomi i balanse. Regionen har med andre ord latt de helsefaglige kjerneverdiene få stå i hovedfokus, og aldri latt det være tvil om hvilke hensyn som skal telle tyngst. Helse kommer alltid foran økonomi, men en økonomi i balanse vil være en nødvendig forutsetning for å fremme de ønskede helseaspektene. Med andre ord er ikke økonomi en selvstendig prestasjonsvariabel slik som i Helse Vest. Dette illustreres også av at bortimot samtlige avdelingsledere har utdanningsbakgrunn i medisin eller helsefag.

6.1.3 Løs kontroll

Hvorvidt helseforetakene hadde streng eller løs økonomikontroll var det uenighet om. Selv om økonomilederne i helseforetakene fremhevet klare konsekvenser ved overtredelse av de økonomiske grensene, ble ikke disse oppfattet på avdelingsledernivå. Absolutt ingen avdelingsledere trodde de kunne miste jobben dersom de ikke innfridde budsjettet, selv om de ikke hadde noen konkrete forklaringer på resultatavviket. Forklaringen ligger nok i flere faktorer. Blant annet følte majoriteten av avdelingslederne at avdelingsbudsjettet ikke var rettferdig satt i utgangspunktet. Dette kan ha sammenheng med at regionen prøver å lage faste fordelingsmodeller som skal hindre muligheten for intern tautrekking. Nedsiden med dette er at når avdelingslederne ikke får påvirke utgangspunktet, kan det være vanskeligere å akseptere dette. I tillegg følte halvparten av alle

avdelingslederne at de manglet tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri budsjettet, og majoriteten satte heller ikke personlig prestisje i å innfri dette. Økonomi blir i så måte en av flere målsetninger, men avdelingslederne føler seg til dels prisgitt faktorer de ikke selv kan styre.

6.1.4 Toppstyrt organisasjon

Helse Øst er på mange måter en toppstyrt organisasjon. Dette fordi RHF'et involverer seg i styringen av helseforetakene gjennom styrelederne i HF-styrene, og lederne i helseforetakene involverer seg i styringen av avdelingene gjennom en tett og intensiv oppfølging, samt sentralisert plasserte økonomikontrollere. Dette tillater en større kontroll- og styringsmulighet enn i Helse Vest, og kan også være en forklaring til hvorfor kun et mindretall av avdelingslederne føler de har *tilstrekkelig* beslutningsmyndighet til selv å innfri budsjettet.

6.1.5 Accountable fremfor responsible

Dersom dette tolkes ut i fra det teoretiske rammeverket, vil en i dikotomien mellom "accountable" og "responsible" klassifisere avdelingslederne i Helse Øst mer i retning "accountable". Dette fordi avdelingslederne på mange måter (i større grad) er strippet for reell beslutningsmyndighet, og heller ikke blir vurdert særlig sterkt ut i fra avdelingenes økonomiske prestasjoner. Dette betyr med andre ord at regionen ikke tar sikte på å skape økonomiske ledere på avdelingsnivå på samme måte som Helse Vest. Regionen har i stedet fremhevet en rådende konserntankegang hvor de toppstyrer hvem som skal drive med hva, og prøver på alle nivåer å motvirke uønsket suboptimalisering.

Incentivene ned mot avdelingene er også svake. De positive incitamentene er så godt som ikke-eksisterende. Absolutt ingen avdelingsledere tror de kan miste jobben som følge av et negativt budsjettavvik, til tross for at de ikke kan fremskaffe en konkret forklaring for dette. Det er også i underkant av halvparten av avdelingslederne som i det hele tatt tror at ledelsen i høy grad legger avdelingens økonomi som en viktig prestasjonsvariabel når ledelsen skal vurdere avdelingslederens jobb.

Helseregionens økonomiske resultat er likevel bra, og som eneste helseregion i landet har Helse Øst klart å innfri budsjettet for samtlige tre år etter helsereformen.

6.2 Helse Vest

6.2.1 Selvstyre og uavhengighet

Helse Vest lar derimot autonomi være hjørnesteinen i regionen, og søker å skape uavhengige enheter på alle nivåer. Dette ble observert både gjennom organiseringsformen, oppgavefordelingen, dialogen internt, fokuset på interne pasientstrømmer, samt den interne organiseringen.

Det var også lagt stor vekt på å gi lederne reell beslutningsmyndighet, og på avdelingsnivå var det kun et lite mindretall som oppga at de ikke følte de hadde *tilstrekkelig* beslutningsmyndighet til å innfri budsjettet.

Interaksjonen mellom avdelingene er også i større grad bygget opp rundt internprising, hvilket impliserer at avdelingene selv kan påvirke forbruk, og herav avdelingens kostnader, til ulike tjenester. Dette er altså også med på å styrke avdelingens uavhengighet.

6.2.2 Økonomisk prestasjon som en viktig prestasjonsvariabel

Helse Vest har også vært bevisste på å fremme økonomisk prestasjon som en kjerneverdi i organisasjonen, og har lyktes med å spre budskapet til alle nivåer i organisasjonen.

Både på region og helseforetaknivå uttrykket man stor forståelse for at helsesektoren måtte bli styrt etter økonomiske mål. Avdelingslederne uttrykket i så måte også at avdelingens økonomiske prestasjon i høy grad ble lagt til grunn når ledelsen skulle vurdere deres jobb som avdelingsleder, og kun et lite mindretall oppga at de ikke la personlig prestisje i å innfri budsjettet.

Avdelingslederne i Helse Vest hadde også i større grad akseptert budsjettet som en legitim prestasjonsvariabel. Blant annet er dette illustrert gjennom at avdelingslederne ikke oppfattet HF-ledelsen til å prioritere økonomisk *fremfor* helsefaglig ansvarlighet, til tross for et sterkt økonomifokus.

Det er også interessant å se at regionen i langt større grad enn Helse Øst, slipper andre enn de medisinske og helsefaglige utdanningsgruppene til som avdelingsledere. Dette virker til å være et uttrykk for at også avdelingens økonomi skal settes i fokus, og ikke kun helsefaglige målsetninger.

6.2.3 Responsible fremfor accountable

I en tolkning mellom "accountable" og "responsible" kan Helse Vest klassifiseres mer i retning "responsible", da både helseforetakene og avdelingslederne ikke bare har ansvar for å fremskaffe styringsrelevante tall, men faktisk gode tall. Helseforetakene og avdelingen har med andre ord blitt tildelt mer beslutningsmyndighet, og blir i høy grad vurdert ut i fra de økonomiske prestasjonene. Dette betyr med andre ord at regionen har valgt å legge økonomisk beslutningsmyndighet og ansvar på lavere ledernivåer enn Helse Øst.

Incentivene i regionen var da også sterkere enn i Helse Øst, da majoriteten av avdelingslederne anså det som sannsynlig av avdelingen ville få innfridd investeringsønsker dersom avdelingene innfridde de økonomiske forventningene. Likevel var den mest sannsynlige konsekvensen av å innfri budsjettet at avdelingen fikk mindre penger neste år. Av negative konsekvenser trodde cirka halvparten av avdelingslederne at de kunne miste jobben som følge av et negativt budsjettavvik uten å ha en konkret forklaring på dette, men den mest sannsynlige konsekvensen var at økonomiavdelingen kom til å følge opp avdelingens økonomi mye tettere fremover. En tredjedel trodde riktignok at dersom avdelingen ikke innfridde budsjettet, ville dette medføre mer penger i avdelingsbudsjettet neste år, og kan ses i sammenheng med at avdelingene årlig måtte synliggjøre sine behov for å forhandle frem neste års budsjett.

6.3 Betydning for økonomisk ansvarlighet

Problemstillingen var å finne ut hvordan helsereformen hadde påvirket den økonomiske ansvarligheten i helsesektoren. Gjennom analysen av helseregionene Helse Øst og Helse Vest kommer det tydelig frem at regionene har tilpasset seg på ulike måter.

6.3.1 Økonomisk ansvarlighet brutt ned til avdelingsnivå

Begge regionene har fremmet enhetlig ledelse, og brutt ned de økonomiske budsjettkravene til avdelingsnivå. Regionene har i så måte beveget seg oppover i Stewarts (1984) ansvarlighetsstige. I begge regionene hadde man fått gjennomsyret ned til avdelingsnivå at å innfri budsjettet var viktige mål for ledelsen, og skapt økonomisk legitimitet for dette. Et klart flertall mente da også at det ikke ville gå ut over den helsefaglige ansvarligheten å etterfølge budsjettet. Bortimot alle avdelingslederne (98%) uttrykket også at de jobbet for å skape økonomisk forståelse og budsjettaksept hos alle i sin avdeling.

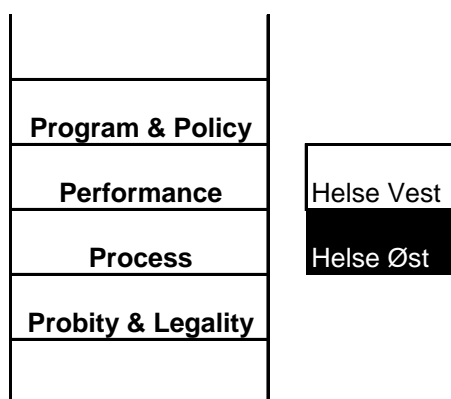
6.3.2 Ulike ansvarlighetsformer i de to regionene

Hovedforskjellen mellom de to regionene lå i at Helse Øst er mye mer toppstyrt enn Helse Vest. I Helse Vest har avdelingslederne større beslutningsmyndighet og lederne føler seg i langt større grad vurdert på basis av avdelingens økonomiske prestasjon. Ulikhetene mellom de to regionene kan også beskrives gjennom det teoretiske rammeverket fra Stewart (1984), Roberts (1991) og Ouchi (1979).

Brukes Stewarts (1984) rammeverk har Helse Øst beveget seg opp til det andre steget, hvor regionen på mange måter er mest opptatt av å kontrollere prosedyrene. Dette fordi man både på regionsnivå og helseforetaknivå er opptatt av hvordan de underordnede jobber, og spesielt at det hele tiden samarbeides for å oppnå et best mulig fellesresultat.

Helse Vest fokuserer derimot langt mer på selve prestasjonene. Dette fordi regionen fremmer budsjettinnfrielse både på helseforetaknivå og avdelingsnivå som viktige prestasjonsvariabler, og delegerer også beslutningsmyndigheten helt ned til de respektive enhetene. Det regionale helseforetaket blander seg ikke inn i driften av helseforetakene forutsatt at HF'ene innfrir budsjettene sine, og på samme måte blander ikke helseforetakene seg inn i hvordan avdelingene jobber, forutsatt at avdelingene innfrir budsjettforventningene.

I Stewarts (1984) ansvarlighetsstige vil dette medføre at Helse Øst går inn i steget om "Process" og Helse Vest inn i steget om "Performance".



Figur 15 - Ansvarlighetslokalisering i Stewarts (1984) ansvarlighetsstige

Brukes derimot Roberts (1991) rammeverk fremgår det at Helse Øst har innført en mer sosialiserende form for ansvarlighet, hvor målet er å fremme samarbeid og en forståelse av gjensidig avhengighet. Dette ble observert både på regionsnivå og helseforetaknivå. På regionsnivå gjennom uttalelser om at regionen skulle jobbe horisontalt, og ikke vertikalt. På helseforetaknivå

gjennom at det ene helseforetaket hadde fjernet den spesifiserte driftsavtalen, mens det andre helseforetaket jobbet for å utvikle en mest mulig objektiv fordelingsmodell, som skulle minimere den interne tautrekkingen (og derav konkurransen) om midler.

Helse Vest fremmer i motsetning en mer individualiserende form for ansvarlighet hvor hver enkelt enhet må stå til rette for det resultatet den frembringer. Med andre ord prøver man både på regionsnivå og helseforetaknivå å skape autonomi, og skape mest mulig økonomisk uavhengige helseforetak og avdelinger.

Individualiserende	Sosialiserende
Helse Vest	Helse Øst

Figur 16 - Ansvarlighetslokalisering i Roberts (1991) rammeverk

Brukes derimot Ouchis (1979) rammeverk, vil Helse Øst sin kontrollmekanisme bli karakterisert som byråkratisk, mens Helse Vest har fremmet en mer markedsorientert kontrollmekanisme.

Helse Øst har nemlig fremmet at helse er viktigst, og søker å fremme troskap mot de helsefaglige verdiene i organisasjonen. Samtidig stoler regionen ikke helt og fullt på at de helsefaglige verdiene vil være tilstrekkelige til å gjøre organisasjonen økonomisk levedyktig, og må derfor ha en mer tett og intensiv oppfølging for å forsikre seg om at man, samtidig som regionen etterstreber helsefaglige mål, også kommer i mål rent økonomisk.

Helse Vest har i større grad latt markedsmekanismen ligge til grunn, hvilket medfører at regionen legger større vekt på de kvantitative resultatene (i dette tilfellet budsjettinnfrielsen) som prestasjonsvariabel. Ouchis (1979) hevder i så måte at en markedsmekanisme krever mindre intens oppfølging enn en byråkratisk kontrollmekanisme, da det tross alt er rimelig lett å overvåke kvantitative prestasjonsvariabler (som budsjettinnfrielse).

Dette er også eksemplifisert gjennom at regionen ikke har sett behovet av å innføre divisjonsdirektører mellom HF'et og avdelingene, slik det er gjort i Helse Øst. Med andre ord kan regionen effektivt kontrollere flere enheter, og ha en mindre intensiv kontroll, nøyaktig i tråd med Ouchis (1979) antagelser.

Type:	Marked	Byråkrati	Klan
Nøkkelbegrep:	Priser	Regler	Verdier / Tradisjoner
Resultat:	Helse Vest	Helse Øst	

Figur 17 - Ansvarlighetslokalisering i Ouchis (1979) rammeverk

6.3.3 Hvilke implikasjoner medfører dette for norsk helsesektor

Både Stewarts ansvarlighetsstige(1984) og Ouchis rammeverk (1979) påpeker at de ulike ansvarlighetsformene må tilpasses den enkelte organisasjon. Stewart (1984) hevder riktignok at for å kunne vurdere produktivitet må organisasjonen bevege seg høyere oppover i stigen, og at jo høyere man beveger seg, jo mer må ledelsen stole på de underordnedes egne skjønnsvurderinger. Med andre ord vil det kreve mer direkte overvåking, jo lavere man er i stigen.

Ouchi (1979) fremhever at ulike organisasjoner vil kreve ulike kontrollmekanismer, og at enhver organisasjon derfor må finne den kontrollmekanismen som passer best for dem. Faktisk hevder han at man i enhver organisasjon vil finne alle de tre kontrollmekanismene representert, da de ulike avdelingene i en bedrift kan kreve ulike kontrollmekanismer.

Roberts (1991) derimot hevder at en individualiserende form for ansvarlighet kan forringe både de moralske og strategiske aspektene i organisasjonen, fordi de individuelle avdelingene og avdelingslederne vil bli altfor selvopptatt av det bildet som blir skapt av dem gjennom regnskapstallene, og derav kan gjøre valg som forbedrer deres regnskapstall på kort sikt, men som enten kan være ødeleggende på lang sikt, motstridende mot organisasjonens virkelige strategiske mål eller moralsk forkastelige. De underordnede vil med andre ord bli for opptatt av å optimalisere egen nytte, og gjennom dette benekte den gjensidige avhengigheten de har av hverandre. I tillegg påstår Roberts (1991) at en slik ansvarliggjøring vil skape engstelige ledere, som kontinuerlig overfokuserer på de resultatene man til enhver tid blir målt på.

Roberts (1991) hevdet derfor at organisasjoner i stedet bør søke å fremme en mer sosialiserende form for ansvarlighet, og ikke være så fokusert på å gjøre hver enkelt enhet regnskapsmessig ansvarlig. Med andre ord bør den økonomiske ansvarligheten allokere til den overordnede enheten, og ikke mellom enheter som er gjensidig avhengige av hverandre. Eksempelvis kan det tenkes at i et sykehus vil de ulike avdelingene internt i sykehuset være avhengig av hverandre for å innfri budsjettet, og ledelsen bør derfor ikke gjøre hver enkelt avdeling ansvarlig for å frembringe et spesifisert avdelingsresultat. I stedet bør ledelsen stoppe den økonomiske ansvarsdelegeringen på sykehusnivå (forutsatt at sykehuset ikke er avhengig av andre sykehus for å innfri sitt budsjett).

Også andre studier har gitt støtte til Roberts (1991) antagelser, da eksempelvis en sammenligning av skolesystemene i New Zealand og U.K. (Broadbent et. al, 1999) fant at den individualiserende formen for ansvarlighet man fremmet hos lærere i U.K. virket hemmende, siden identifiseringen av ”den mislykkede læreren” eller ”mislykkede skolen” her ble sentral.

Llewellyn & Lindkvist (2003) har riktignok rettet kritikk mot dette synet, da de blant annet trakk frem at mennesker i Sverige og Skandinavia (i motsetning til i Britannia, hvor Roberts kommer fra) faktisk hadde et positivt forhold til å bli ansvarliggjort, og at dette var noe ansatte satte pris på, ikke fryktet. Å inneha ansvar gjorde at ansatte følte at jobben var mer meningsfylt. Broadbent (et. al, 1999) argumenterte riktignok også for at i organisasjoner hvor det er vanskelig å definere resultat kan finansielle mål, sammen med mer kvalitative målsetninger, være riktige prestasjonsvariable.

6.4 Hvilket bidrag har studiet gitt norsk helsesektor

En av de aller viktigste målsetningene til helsereformen var å skape økonomisk ansvarlighet i helsesektoren. Helsereformen er derfor av mange blitt kalt en ansvarlighetsreform, og det var derfor spennende å se hvordan de to helseregionene Helse Øst og Helse Vest hadde svart på denne utfordringen.

Det interessante er å se at de to regionene har løst utfordringene på to svært ulike måter. Helse Vest har på mange måter tatt et oppgjør med det som ble oppfattet som ”den gamle kulturen”, og har i langt større grad avdelingsledere som nå aksepterer økonomi som en legitim begrensning enn i Helse Øst. Helse Øst har derimot hatt fokus på å effektivisere helseregionen, og har fått helseforetakene til å samarbeide i langt større grad enn Helse Vest. Helse Øst har i så måte benyttet seg av en mer klassisk konserntankegang, hvor det hele tiden fokuseres på å jobbe horisontalt i stedet for vertikalt.

Begge helseregionene har lyktes i å gjennomføre sine strategier. Helse Øst er eksempelvis den regionen med lavest median ventetid, færrest ventede og lavest andel langtidsventede sammenlignet med de andre helseregionene (Sintef.no). Helse Øst er også den regionen, sammen med Helse Sør RHF, som har hatt størst økning i kostnadseffektivitet i perioden 1999-2004 (Sintef.no)

Helse Vest er derimot den mest kostnadseffektive helseregionen i landet, og har gjennom aktivitetsveksten de siste årene fått ned ventelistene (Sintef.no).

6.5 Forslag til videre studier

Studiet har vist hvordan Helse Øst og Helse Vest har tolket helsereformen på to helt forskjellige måter. En interessant utvidelse hadde derfor vært å gjøre tilsvarende studier i de tre andre helseregionene.

Litteraturliste

Trykte publikasjoner

Broadbent, Jane, Jacobs, Kerry og Laughlin, Richard (1999): *Comparing schools in the U.K. and New Zealand: individualizing and socializing accountabilities and some implications for management control*, Management Accounting Research, 1999, 10, 339-361

Churchill Jr., Gilbert A. og Iacobucci, Dawn (2005): *Marketing Research – methodological foundations*, 9.edition, 2005, South-Western, Thomson corporation, Ohio, s. 202-285

Hagen, Terje P. og Kaarbøe, Oddvar M. (2006): *The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals*, Health Policy 76, 2006, side 320-333

Jacobs, Kerry (2005) *Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy*, Financial Accountability & Management, 21(2), May2005, pg 135-161

Jacobsen, Dag Ingvar (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 2.utgave, 2005, Høyskoleforlaget, Kristiansand

Jespersen, Peter Kragh (2005) *Den tredje vej? – Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse?* Conference: 18th Scandinavian Academy of Management Meeting, 2005, Århus, Denmark

Kjekshus, Lars E. (2004) *INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003*, Sintef-rapport STF78 A045005

Kurunmäki, Liisa (2004) *A hybrid profession – The acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals*, Accounting, Organizations and Society, Vol.29, No 3-4, page 327-47

Lindkvist, Lars og Llewellyn, Sue (2003) *Accountability, responsibility and organization* Scandinavian Journal of Management 19, 2003, p. 251-273

Llewellyn, Sue (1998) *Pushing budgets down the line: ascribing financial responsibility in the UK social services*, Accounting, Auditing & Accountability Journal, 1998, Vol.11, Iss.3; pg 292

Nyland, Kari og Pettersen, Inger Johanne (2004): *The control gap: The role of budgets, accounting information and (non) decisions in hospital settings*, Financial Accountability and Management, 20, Issue 1, February 2004, p. 77-102

Ouchi, William G (1979): *A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms*, Management Science (pre-1986); Sep 1979; 25; 9; pg 833

Pettersen, Inger J. og Nyland, Kari (2005): *The control Gap in Hospitals- do they survive the hospital enterprise Reform? A Norwegian Case*, Preliminary draft of paper to 18th Scandinavian Academy School of Business, Aarhus, Denmark 18-20 August 2005

Roberts, John (1991) *The possibilities of accountability*, Accounting, Organizations and Society, 1991, vol.16, issue 4, pages 355-368

Simons, Robert (1994) *How new top managers use control systems as levers of strategic renewal*, Strategic Management Journal, 1994, Volume 15, page 169-189

Simons, Robert (1995¹): *Levers of Control – How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Harvard Business School Press, Boston

Simons, Robert (1995²) *Control in an Age of Empowerment*, Harvard Business Review Mar/Apr95, Vol. 73 Issue 2, p80

Sinclair, A (1995) *The chameleon of accountability: Forms and discourses*, Accounting, Organizations and Society, 20(2/3), p. 219-237.

Stewart, J. D. (1984) *The Role of Information in Public Accountability*, in Hopwood, A. and Tomkins, C. (eds), Issues in Public Sector Accounting, Oxford, Phillip Allan Publishers

Townley, B. (1996) *Accounting in detail: Accounting for individual preferences*, Critical Perspectives on Accounting, Vol. 7 No. 5, pp. 565-84

Wikström, Ewa og Pashang, Hossein (2005): *Managing Health Care Practices by Relational Accountability: A study of the Nutrition Care at a Swedish University Hospital*, Conference: 18th Scandinavian Academy of Management Meeting, Århus, Denmark, August 2005

Internett publikasjoner

Acnielsen.no

AC Nielsen Norge – Bedrift – Hva vi gjør;

<http://www.acnielsen.no/company/what.shtml>

(Sist nedlastet 6.juni 2006)

En.wikipedia.org

Decentralization - Wikipedia, the free encyclopedia

[<http://en.wikipedia.org/wiki/Decentralisation>](http://en.wikipedia.org/wiki/Decentralisation)

(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Helse-ost.no

1. Helse Øst RHF - Forside

[<http://www.helse-ost.no/>](http://www.helse-ost.no/)

(Sist nedlastet 6.juni 2006)

2. Helse Øst Årsrapport 2004

[<http://www.helse-ost.no/stream_file.asp?iEntityId=1816>](http://www.helse-ost.no/stream_file.asp?iEntityId=1816)

(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Helse-vest.no

1. Helse Vest: Helse Vest - startside

[<http://www.helse-vest.no/>](http://www.helse-vest.no/)

(Sist nedlastet 6.juni 2006)

2. Helse Vest Årsrapport 2003

[<http://www.helse-vest.no/graphics/hv/html/aarsrapport2003_NETT.pdf>](http://www.helse-vest.no/graphics/hv/html/aarsrapport2003_NETT.pdf)

(Sist nedlastet 6.juni 2006)

3. Helse Vest Årsrapport 2004

<http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/Arsrapport/HV_arsmelding04web.pdf>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Lovdata.no

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten (i kraft 1.jan 2001)
<<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html#3-9>>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Odin.dep.no

Odelstingsproposisjon nr 66 2000-2001 kapittel 2.2
<<http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/otprp/030001-050012/hov002-bn.html>>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Odin.no

1. (formelle og reelle termer skulle skulle ligge hos de sentrale myndigheter, s4)
The Norwegian Hospital Reform – Central government assumes responsibility for hospitals
<http://odin.dep.no/odinarkiv/english/bondevik_II/hod/030071-990126/dok-bn.html>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)
2. (målsetning om å ikke intervensere i det daglige arbeidet – s7)
The Norwegian Hospital Reform – Central government assumes responsibility for hospitals
<http://odin.dep.no/odinarkiv/english/bondevik_II/hod/030071-990126/dok-bn.html>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)
3. Årsrapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten
<http://odin.dep.no/filarkiv/256431/Arsrapport_BUS_7_juli_2005_III.pdf>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Sintef.no

SAMDATA Somatikk sektorrappport 2004
<http://www.sintef.no/project/Samdata/rappporter/SAMDATA_Somatikk_sektorrappport_2004.pdf>
(Sist nedlastet 6.juni 2006)

Vedlegg

Vedlegg 1 – Spesielle problemer ved analysen

Hvilke spesielle problemer møtte man på ved analysen? Og hvordan har man overvunnet disse?

Det var enkelte respondenter som svarte noe uvanlig på enkelte spørsmål i spørreskjemaet. Dette skaper til dels problemer når alle svarene skal klassifiseres som tall, og det vil her bli belyst hvilke spørsmål som skapte problemer, omfanget av problemet og hvordan dette ble løst.

Spørsmål 10 tok for seg hvorvidt avdelingens budsjett var rammefinansiert eller aktivitetsfinansiert. De fleste avdelingene var selvsagt begge deler. Alle som da hadde krysset av på begge deler ble lagt i kategorien ”aktivitetsfinansiert”, slik at kategorien ”rammefinansiert” kun skulle inneholde de avdelingene som ene og alene hadde basisfinansiering.

Et annet spørsmål var konstruert for å få et svaralternativ, men 14 av respondentene markerte flere svaralternativer. Opprinnelig var dette et spørreskjema som skulle svares elektronisk, og det ville da ikke vært mulig å sette flere enn et kryss. Da spørreskjemaet ble i papirform istedenfor, burde ønsket antall kryss blitt nærmere spesifisert.

Spørsmål 14;

Hva oppfatter du å være hovedfokuset til HF-ledelsen?

Svaralternativ;

- 1) Innfri budsjettforventningene
- 2) Vise evne til omstilling
- 3) Få et bredes mulig helsetilbud
- 4) Skape en størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)
- 5) Korte ventelistene
- 6) Bli mest mulig kostnadseffektiv

Problem;

Fjorten respondenter markerte flere svaralternativer

Hvordan dette ble løst;

Respondentenes svar ble vektet i forhold til antall svaralternativer de hadde markert. Dersom en respondent kun hadde markert ett svaralternativ ble vektningen 1 på det spørsmålet. Hadde vedkommende markert av to svaralternativer, ble vektningen 0,5 på hver av de to. Avslutningsvis ble ”poengene” til hvert svaralternativ summert opp, og dividert på antall respondenter i den aktuelle inndelingen.

Totalt sett var det da 21 ”unormale” svar igjen på ulike spørsmål i spørreskjemaet. I 17 av disse tilfellene kom dette av at man hadde markert av for to ulike svaralternativer.

Ved videre analyse viste det seg at en enkeltperson sto for 13 av de i alt 21 ”unormale” svarene, og at respondenten ikke virket til å være konsistent i de meningene han ytret. Det kan derfor virke som om respondenten ikke har tatt spørreskjemaet seriøst, og respondenten ble derfor fjernet fra tallmaterialet.

De resterende 8 ”unormale” svarene (fra de resterende i alt 40 respondentene) ble løst på følgende måte;

Spørsmål 8; I hva slags type jobb ønsker du å være om 5 år?

Svaralternativ;

- 1) I en annen stilling i avdelingen
- 2) I samme stilling
- 3) I foretaksledelsen eller et annet høyere ledernivå

Problem;

To respondenter svarte kvalitativt, og skrev henholdsvis ”Pensjonist” og ”Annet”. En respondent svarte både svaralternativ 2 og 3, som sannsynligvis indikerte at han ønsket seg oppover, men var usikker på hvorvidt dette ville la seg gjøre innen neste 5 års periode.

Hvordan dette ble løst;

Det første problemet ble løst ved å lage et nytt svaralternativ kalt ”Annet” som disse to respondentene ble lagt i. Siden spørsmålet ønsker å adressere respondentenes ambisjoner ble det andre problemet løst ved å omklassifisere denne respondenten til svaralternativ 3.

Spørsmål 9; Hva slags type avdeling er du leder for?

Svaralternativ;

- 1) Klinisk
- 2) Internservice

Problem;

En respondent markerte av for begge svaralternativene

Hvordan dette ble løst;

Hensikten med spørsmålet er å finne ut hvorvidt ledere som står nærmere pasienten svarer annerledes enn de som kun har ansvar for internservice-funksjoner. Har man derfor markert av for begge, blir man likevel omklassifisert som ”Klinisk”, siden man med dette har uttrykt at man har ansvarsfelt som ligger nærmere pasienten enn hva en ren internservice-avdeling gjør.

Spørsmål 18g	Har du beslutningsmyndighet over følgende områder? ”Vedta opprettelse stillinger”
Svaralternativ;	1) Ja 2) Nei
Problem;	En respondent markerte av for både svaralternativ 1 og 2
Hvordan dette ble løst;	At man markerer av begge svaralternativene på dette spørsmålet indikerer at man er usikker på hvorvidt man har denne beslutningsmyndigheten eller ikke. Respondenten ble derfor fjernet fra tallmaterialet på dette spørsmålet.
Spørsmål 23;	Hvem sender du dine økonomiske rapporter til?
Svaralternativ;	1) Foretakets økonomiavdeling direkte 2) En klinikk/divisjon som hierarkisk ligger mellom meg og HF’et
Problem;	En respondent markerte av for begge svaralternativene
Hvordan dette ble løst;	Hensikten med spørsmålet var å finne ut hvem som hadde direkte rapporteringsansvar til foretakets økonomiavdeling. Siden respondenten har markert at den har det, blir han omklassifisert til svaralternativ 1.
Spørsmål 28a;	Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd? ”Du mister jobben”
Svaralternativ;	1) Svært sannsynlig 2) Sannsynlig 3) Usannsynlig 4) Svært usannsynlig
Problem;	En respondent markerte for både svaralternativ 2 og 3
Hvordan dette ble løst;	Dette indikerer at respondenten ikke vet, eller ikke ønsker å ta stilling til hvorvidt dette scenariet er sannsynlig eller ikke. Respondenten blir derfor fjernet fra tallmaterialet på dette spørsmålet.

Spørsmål 28d;	Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd?
	”Man får mer penger neste år”
Svaralternativ;	1) Svært sannsynlig 2) Sannsynlig 3) Usannsynlig 4) Svært usannsynlig
Problem;	En respondent markerte for både svaralternativ 2 og 3
Hvordan dette ble løst;	Dette indikerer at respondenten ikke vet, eller ikke ønsker å ta stilling til hvorvidt dette scenariet er sannsynlig eller ikke. Respondenten blir derfor fjernet fra tallmaterialet på dette spørsmålet.

Vedlegg 2 – Fullstendige svar på spørreskjema, alle avdelingene**Q1 Samtykke til andre formål**

	Ja
Helse Øst	73 %
Helse Vest	61 %

Q2 - Kjønn

	Mann	Kvinne
Helse Øst	32 %	68 %
Helse Vest	50 %	45 %

Q3 - Hva er din hovedutdanning forankret i?

	HØ	HV
Medisinsk bakgrunn	50 %	50 %
Helsefaglig bakgrunn	45 %	17 %
Annen	5 %	33 %

Q4 - Hvor lenge har du hatt budsjettansvar i denne avdelingen?

	HØ	HV
Mindre enn 2 år	14 %	6 %
Mellom 2 og 4 år	41 %	50 %
Mer enn 4 år	45 %	44 %

Q5 - Er din stilling som avdelingsleder en fulltidsjobb?

	HØ	HV
Ja	91 %	100 %
Nei	9 %	0 %

Q6 - Har du jobbet i offentlig helsesektor under den fylkeskommunale finansieringsformen?

	HØ	HV
Ja	91 %	94 %
Nei	9 %	6 %

Q7 - Har du tidligere erfaring med ledelse fra andre jobber enn denne?

	HØ	HV
Ja	68 %	83 %
Nei	32 %	17 %

Q8 - I hva slags type jobb ønsker du å være om 5 år?

	HØ	HV
I en annen stilling i avdelingen	35 %	13 %
I samme stilling	45 %	53 %
I foretaksledelsen eller et annet høyere ledernivå	15 %	27 %
Andre	5 %	7 %

Q9 - Hva slags type avdeling er du leder for?

	HØ	HV
Klinisk	68 %	78 %
Internservice	32 %	22 %

Q10 - Er avdelingens budsjett rammefinansiert eller aktivitetsfinansiert?

	HØ	HV
Rammefinansiert (kun)	36 %	22 %
Aktivitetsfinansiert	64 %	78 %

Q11 - Hvordan skjer interaksjonen mellom avdelingene?

	HØ	HV
Intern prising	14 %	67 %
Fordelingsnøkler	100 %	100 %

Q12 - Hvor stort totalbudsjett har din avdeling til rådighet?

	HØ	HV
Mindre enn 10 millioner kroner	0 %	0 %
Mellom 10 og 50 millioner kroner	41 %	6 %
Mellom 50 og 100 millioner kroner	41 %	6 %
Mellom 100 og 150 millioner kroner	14 %	22 %
Over 150 millioner kroner	5 %	67 %

Q13 - Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjettet i følgende år

	Helse Øst			
	Negativt resultat i budsjett	Innfridd budsjett	Positivt resultat	Vet ikke/
2002	45 %	25 %	20 %	10 %
2003	29 %	38 %	24 %	10 %
2004	29 %	14 %	57 %	0 %
Så langt i 2005	36 %	18 %	45 %	0 %

	Helse Vest			
	Negativt resultat i budsjett	Innfridd budsjett	Positivt resultat	Vet ikke/
2002	39 %	17 %	44 %	0 %
2003	39 %	33 %	28 %	0 %
2004	50 %	22 %	28 %	0 %
Så langt i 2005	33 %	22 %	44 %	0 %

Q14 - Hva oppfatter du å være hovedfokuset til HF-ledelsen?

	HØ	HV
Innfri budsjettforventningene	37 %	42 %
Vise evne til omstilling	25 %	9 %
Få et bredest mulig helsetilbud	0 %	7 %
Skape en størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)	14 %	0 %
Korte ventelistene	4 %	0 %
Bli mest mulig kostnadseffektiv	21 %	42 %

Q15 - Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?**Helse Øst**

	Helt Enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	9 %	32 %	0 %	50 %	9 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye	9 %	23 %	0 %	55 %	14 %
HF'et gir oss motstridende målsetninger	14 %	36 %	9 %	32 %	9 %
Det er liten relevans i mange av måletallene vi rapporterer oppover	14 %	41 %	0 %	32 %	14 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	18 %	27 %	5 %	41 %	9 %

Helse Vest

	Helt Enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	28 %	28 %	0 %	44 %	0 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye	22 %	22 %	6 %	44 %	6 %
HF'et gir oss motstridende målsetninger	11 %	39 %	6 %	39 %	6 %
Det er liten relevans i mange av måletallene vi rapporterer oppover	6 %	33 %	11 %	50 %	0 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	0 %	22 %	11 %	56 %	11 %

Q16 - Hvor ofte sjekker du hvordan avdelingen ligger an i forhold til

	HØ	HV
Daglig	0 %	11 %
Noen ganger i uken	0 %	6 %
Ukentlig	18 %	17 %
Sjeldnere enn ukentlig	82 %	67 %

Q17 - Hvordan stiller du deg til følgende påstander

Helse Øst

	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	27 %	9 %	50 %	14 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	9 %	41 %	14 %	36 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	5 %	9 %	0 %	73 %	14 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	9 %	14 %	9 %	59 %	9 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	9 %	32 %	5 %	45 %	9 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	18 %	77 %	0 %	0 %	5 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	5 %	27 %	14 %	45 %	9 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	9 %	50 %	0 %	32 %	9 %

Helse Vest

	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	33 %	22 %	44 %	0 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	11 %	67 %	11 %	11 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	6 %	22 %	6 %	61 %	6 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	11 %	67 %	11 %	11 %	0 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	17 %	56 %	17 %	11 %	0 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	33 %	61 %	6 %	0 %	0 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	11 %	6 %	17 %	61 %	6 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	11 %	56 %	33 %	0 %	0 %

Q18 - Har du beslytningsmyndighet over følgende områder?

	Helse Øst		Helse Vest	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Beslutninger om hvem som skal være garantipasienter	32 %	68 %	33 %	67 %
Koordinering av pasientinntaket	42 %	58 %	44 %	56 %
Vedta mål om behandlingstvolum	62 %	38 %	67 %	33 %
Ansettelse av leger	86 %	14 %	89 %	11 %
Ansettelse av sykepleiere	95 %	5 %	89 %	11 %
Omgjøre stillinger	86 %	14 %	94 %	6 %
Vedta opprettelse av stillinger	55 %	45 %	81 %	19 %
Vaktplaner	82 %	18 %	94 %	6 %
Forhandle lønn	76 %	24 %	88 %	12 %
Strategiplaner for avdelingen	100 %	0 %	100 %	0 %
Lønnsfastsettelse	73 %	27 %	82 %	18 %
Fordelingen mellom ulike typer kostnader	86 %	14 %	94 %	6 %

Q19 - Hvor avhengig føler du avdelingens pasientinntak er av andre avdelinger?

	HØ	HV
Svært avhengig	57 %	39 %
Litt avhengig	24 %	33 %
Uavhengig	19 %	28 %

Q20 - Hvor enig er du i påstanden: "Du som avdelingsleder er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet"?

	HØ	HV
Helt enig	18 %	33 %
Enig	27 %	44 %
Vet ikke/ingen formening	5 %	6 %
Uenig	45 %	11 %
Helt uenig	5 %	6 %

Q21 - Hvor mye tid har du samlet sett brukt på økonomi/leder-kurs de siste 3 årene?

	HØ	HV
Inntil en dag	9 %	6 %
To dager til en uke	23 %	6 %
En til fire uker	36 %	56 %
Mer enn 4 uker	32 %	33 %

Q22 - Ønsker du ytterligere utdanning i noen av disse områdene?

	HØ	HV
Strategisk ledelse	50 %	67 %
Økonomi	41 %	17 %
Personalhåndtering	36 %	0 %
Juss	23 %	17 %
Andre	14 %	17 %

Q23 - Hvem sender du dine økonomiske rapporter til?

	HØ	HV
Foretakets økonomiavdeling direkte	5 %	100 %
En klinikk/divisjon som hierarkisk ligger mellc	95 %	0 %

SNF-rapport nr. 16/06

Q24 - Hvordan og hvor ofte er du i kontakt med helseforetakets økonomiavdeling?

Helse Øst

	Oft	Månedl	Sjeldn
Møter	24 %	52 %	24 %
Telefoner	55 %	14 %	32 %
Mail	73 %	23 %	5 %
Økonomiske rapporter	27 %	73 %	0 %

Helse Vest

	Oft	Månedl	Sjeldn
Møter	22 %	11 %	67 %
Telefoner	39 %	28 %	33 %
Mail	56 %	39 %	6 %
Økonomiske rapporter	11 %	72 %	17 %

Q25 - Har du tilgang til følgende økonomiske informasjon?

	Helse Øst		Helse Vest	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Økonomiske sammenligninger med andre avdelinger	95 %	5 %	83 %	17 %
Økonomiske sammenligninger med andre sykehus	14 %	86 %	29 %	71 %
Avdelingens økonomiske prestasjoner som trender over tid	82 %	18 %	72 %	28 %

Q26 - Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helse Øst				
	Helt enig	Enig	ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal avdekke årsakene til budsjettavvik	36 %	59 %	0 %	5 %	0 %
Økonomiavdelingen legger opp til at	41 %	55 %	5 %	0 %	0 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	36 %	55 %	0 %	9 %	0 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	0 %	5 %	5 %	68 %	23 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	5 %	23 %	14 %	55 %	5 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	5 %	9 %	9 %	55 %	23 %

Helse Vest

	Helse Vest				
	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Økonomiavdelingen legger opp til at	61 %	28 %	6 %	6 %	0 %
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal finne tiltak som korrigerer budsjettavvik	50 %	44 %	0 %	6 %	0 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	39 %	44 %	0 %	17 %	0 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	0 %	6 %	0 %	61 %	33 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	6 %	33 %	33 %	22 %	6 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	0 %	11 %	6 %	72 %	11 %

Q27 - I hvor stor grad virker ledelsen til å vurdere avdelingens økonomiske prestasjon som en viktig del av hvorvidt du som avdelingsleder har gjort en god jobb?

	HØ	HV
I høy grad	48 %	94 %
I liten grad	43 %	0 %
I ubetydelig grad	10 %	6 %

Q28 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd?

	Helse Øst			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	0 %	57 %	43 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	10 %	67 %	24 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	5 %	29 %	48 %	19 %
Man får mer penger neste år	0 %	19 %	43 %	38 %

	Helse Vest			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	47 %	41 %	12 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	41 %	53 %	6 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	6 %	17 %	78 %	0 %
Man får mer penger neste år	0 %	35 %	29 %	35 %

Q29 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen innfrir budsjettet?

	Helse Øst			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	5 %	59 %	36 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	29 %	43 %	29 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	9 %	73 %	18 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	9 %	50 %	41 %
Man får mindre penger neste år	19 %	43 %	29 %	10 %

	Helse Vest			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	0 %	67 %	33 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	53 %	41 %	6 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	12 %	65 %	24 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	12 %	47 %	41 %
Man får mindre penger neste år	18 %	59 %	18 %	0 %

Vedlegg 3 – Fullstendige svar på spørreskjema, kliniske avdelinger**Q1 Samtykke til andre formål**

	Ja
Helse Øst	80 %
Helse Vest	57 %

Q2 - Kjønn

	Mann	Kvinne
Helse Øst	33 %	67 %
Helse Vest	53 %	47 %

Q3 - Hva er din hovedutdanning forankret i?

	HØ	HV
Medisinsk bakgrunn	53 %	57 %
Helsefaglig bakgrunn	47 %	21 %
Annen	0 %	21 %

Q4 - Hvor lenge har du hatt budsjettansvar i denne avdelingen?

	HØ	HV
Mindre enn 2 år	20 %	7 %
Mellom 2 og 4 år	40 %	57 %
Mer enn 4 år	40 %	36 %

Q5 - Er din stilling som avdelingsleder en fulltidsjobb?

	HØ	HV
Ja	100 %	100 %
Nei	0 %	0 %

Q6 - Har du jobbet i offentlig helsesektor under den fylkeskommunale finansieringsformen?

	HØ	HV
Ja	93 %	93 %
Nei	7 %	7 %

Q7 - Har du tidligere erfaring med ledelse fra andre jobber enn denne?

	HØ	HV
Ja	80 %	79 %
Nei	20 %	21 %

Q8 - I hva slags type jobb ønsker du å være om 5 år?

	HØ	HV
I en annen stilling i avdelingen	23 %	18 %
I samme stilling	54 %	45 %
I foretaksledelsen eller et annet høyere ledernivå	23 %	27 %
Andre	0 %	9 %

Q9 - Hva slags type avdeling er du leder for?

	HØ	HV
Klinisk	100 %	100 %
Internservice	0 %	0 %

Q10 - Er avdelingens budsjett rammefinansiert eller aktivitetsfinansiert?

	HØ	HV
Rammefinansiert (kun)	33 %	14 %
Aktivitetsfinansiert	67 %	86 %

Q11 - Hvordan skjer interaksjonen mellom avdelingene?

	HØ	HV
Intern prising	13 %	71 %
Fordelingsnøkler	100 %	100 %

Q12 - Hvor stort totalbudsjett har din avdeling til rådighet?

	HØ	HV
Mindre enn 10 millioner kroner	0 %	0 %
Mellom 10 og 50 millioner kroner	33 %	7 %
Mellom 50 og 100 millioner kroner	40 %	7 %
Mellom 100 og 150 millioner kroner	20 %	21 %
Over 150 millioner kroner	7 %	64 %

Q13 - Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjettet i følgende år

	Helse Øst			
	Negativt resultat i budsjett	Innfridd budsjett	Positivt resultat	Vet ikke/
2002	36 %	29 %	21 %	14 %
2003	21 %	43 %	29 %	7 %
2004	29 %	21 %	50 %	0 %
Så langt i 2005	47 %	20 %	33 %	0 %

	Helse Vest			
	Negativt resultat i budsjett	Innfridd budsjett	Positivt resultat	Vet ikke/
2002	50 %	7 %	43 %	0 %
2003	50 %	29 %	21 %	0 %
2004	64 %	21 %	14 %	0 %
Så langt i 2005	43 %	29 %	29 %	0 %

Q14 - Hva oppfatter du å være hovedfokuset til HF-ledelsen?

	HØ	HV
Innfri budsjettforventningene	37 %	43 %
Vise evne til omstilling	33 %	5 %
Få et bredest mulig helsetilbud	0 %	10 %
Skape en størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)	4 %	0 %
Korte ventelistene	5 %	0 %
Bli mest mulig kostnadseffektiv	21 %	43 %

Q15 - Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?**Helse Øst**

	Helt Enig	Enig	Vet ikke/har ikke formening	Uenig	Helt uenig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	13 %	20 %	0 %	60 %	7 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye HF'et gir oss motstridende målsetninger	7 %	20 %	0 %	60 %	13 %
Det er liten relevans i mange av måletallene vi rapporterer oppover	13 %	33 %	7 %	40 %	7 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	7 %	47 %	0 %	40 %	7 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	13 %	33 %	7 %	40 %	7 %

Helse Vest

	Helt Enig	Enig	Vet ikke/har ikke formening	Uenig	Helt uenig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	29 %	36 %	0 %	36 %	0 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye HF'et gir oss motstridende målsetninger	21 %	29 %	0 %	50 %	0 %
Det er liten relevans i mange av måletallene vi rapporterer oppover	7 %	36 %	7 %	50 %	0 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	7 %	36 %	7 %	50 %	0 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	0 %	14 %	14 %	64 %	7 %

Q16 - Hvor ofte sjekker du hvordan avdelingen ligger an i forhold til

	HØ	HV
Daglig	0 %	14 %
Noen ganger i uken	0 %	7 %
Ukentlig	27 %	21 %
Sjeldnere enn ukentlig	73 %	57 %

Q17 - Hvordan stiller du deg til følgende påstander

Helse Øst

	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	33 %	7 %	53 %	7 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	7 %	47 %	13 %	33 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	7 %	7 %	0 %	67 %	20 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	13 %	20 %	7 %	47 %	13 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	13 %	40 %	7 %	33 %	7 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	13 %	80 %	0 %	0 %	7 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	7 %	27 %	20 %	33 %	13 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	7 %	53 %	0 %	27 %	13 %

Helse Vest

	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	36 %	29 %	36 %	0 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	7 %	79 %	14 %	0 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	0 %	14 %	7 %	71 %	7 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	0 %	71 %	14 %	14 %	0 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	21 %	50 %	14 %	14 %	0 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	36 %	64 %	0 %	0 %	0 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	14 %	7 %	21 %	57 %	0 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	0 %	64 %	36 %	0 %	0 %

Q18 - Har du beslytningsmyndighet over følgende områder?

	Helse Øst		Helse Vest	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Beslutninger om hvem som skal være garantipasienter	43 %	57 %	36 %	64 %
Koordinering av pasientinntaket	50 %	50 %	50 %	50 %
Vedta mål om behandlingstvolum	73 %	27 %	71 %	29 %
Ansettelse av leger	93 %	7 %	100 %	0 %
Ansettelse av sykepleiere	100 %	0 %	93 %	7 %
Omgjøre stillinger	87 %	13 %	93 %	7 %
Vedta opprettelse av stillinger	53 %	47 %	75 %	25 %
Vaktplaner	87 %	13 %	100 %	0 %
Forhandle lønn	79 %	21 %	85 %	15 %
Strategiplaner for avdelingen	100 %	0 %	100 %	0 %
Lønnsfastsettelse	73 %	27 %	77 %	23 %
Fordelingen mellom ulike typer kostnader	87 %	13 %	92 %	8 %

Q19 - Hvor avhengig føler du avdelingens pasientinntak er av andre avdelinger?

	HØ	HV
Svært avhengig	47 %	29 %
Litt avhengig	33 %	43 %
Uavhengig	20 %	29 %

Q20 - Hvor enig er du i påstanden: "Du som avdelingsleder er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet"?

	HØ	HV
Helt enig	13 %	21 %
Enig	40 %	50 %
Vet ikke/ingen formening	7 %	7 %
Uenig	40 %	14 %
Helt uenig	0 %	7 %

Q21 - Hvor mye tid har du samlet sett brukt på økonomi/leder-kurs de siste 3 årene?

	HØ	HV
Inntil en dag	13 %	7 %
To dager til en uke	13 %	7 %
En til fire uker	33 %	57 %
Mer enn 4 uker	40 %	29 %

Q22 - Ønsker du ytterligere utdanning i noen av disse områdene?

	HØ	HV
Strategisk ledelse	47 %	71 %
Økonomi	40 %	14 %
Personalhåndtering	27 %	0 %
Juss	33 %	14 %
Andre	7 %	7 %

Q23 - Hvem sender du dine økonomiske rapporter til?

	HØ	HV
Foretakets økonomiavdeling direkte	7 %	100 %
En klinikk/divisjon som hierarkisk ligger mellom	93 %	0 %

SNF-rapport nr. 16/06

Q24 - Hvordan og hvor ofte er du i kontakt med helseforetakets økonomiavdeling?

	Helse Øst		
	Oft	Månedl	Sjeldn
Møter	36 %	50 %	14 %
Telefoner	67 %	7 %	27 %
Mail	73 %	20 %	7 %
Økonomiske rapporter	40 %	60 %	0 %

	Helse Vest		
	Oft	Månedl	Sjeldn
Møter	21 %	14 %	64 %
Telefoner	29 %	29 %	43 %
Mail	50 %	43 %	7 %
Økonomiske rapporter	7 %	79 %	14 %

Q25 - Har du tilgang til følgende økonomiske informasjon?

	Helse Øst		Helse Vest	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Økonomiske sammenligninger med andre avdelinger	93 %	7 %	86 %	14 %
Økonomiske sammenligninger med andre sykehus	20 %	80 %	31 %	69 %
Avdelingens økonomiske prestasjoner som trender over tid	80 %	20 %	71 %	29 %

Q26 - Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helse Øst				
	Helt enig	Enig	ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal avdekke årsakene til budsjettavvik	27 %	67 %	0 %	7 %	0 %
Økonomiavdelingen legger opp til at	33 %	60 %	7 %	0 %	0 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	27 %	60 %	0 %	13 %	0 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	0 %	7 %	7 %	67 %	20 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	0 %	13 %	13 %	67 %	7 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	0 %	7 %	13 %	67 %	13 %

	Helse Vest				
	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Økonomiavdelingen legger opp til at	64 %	21 %	7 %	7 %	0 %
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal finne tiltak som korrigerer budsjettavvik	50 %	43 %	0 %	7 %	0 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	50 %	43 %	0 %	7 %	0 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	0 %	7 %	0 %	71 %	21 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	7 %	29 %	36 %	29 %	0 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	0 %	7 %	7 %	71 %	14 %

Q27 - I hvor stor grad virker ledelsen til å vurdere avdelingens økonomiske prestasjon som en viktig del av hvorvidt du som avdelingsleder har gjort en god jobb?

	HØ	HV
I høy grad	57 %	93 %
I liten grad	36 %	0 %
I ubetydelig grad	7 %	7 %

Q28 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd?

	Helse Øst			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	0 %	64 %	36 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	14 %	64 %	21 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	7 %	33 %	47 %	13 %
Man får mer penger neste år	0 %	21 %	43 %	36 %

	Helse Vest			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	38 %	54 %	8 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	38 %	54 %	8 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	0 %	14 %	86 %	0 %
Man får mer penger neste år	0 %	31 %	31 %	38 %

Q29 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen innfrir budsjettet?

	Helse Øst			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	7 %	53 %	40 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	29 %	43 %	29 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	7 %	80 %	13 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	13 %	47 %	40 %
Man får mindre penger neste år	14 %	29 %	43 %	14 %

	Helse Vest			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	0 %	64 %	36 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	62 %	31 %	8 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	15 %	54 %	31 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	15 %	46 %	38 %
Man får mindre penger neste år	15 %	62 %	23 %	0 %

Vedlegg 4 – Fullstendige svar på spørreskjema, innfridd vs ikke innfridd

(De avdelingene som ikke hadde negativt resultat verken i fjor eller så langt i år, versus de som har hatt det et eller begge av disse årene.)

Q1 Samtykke til andre formål

	Ja
Innfridd	65 %
Ikke innfridd	70 %

Q2 - Kjønn

	Mann	Kvinne
Innfridd	50 %	50 %
Ikke innfridd	55 %	25 %

Q3 - Hva er din hovedutdanning forankret i?

	Innfridd	Ikke innfridd
Medisinsk bakgrunn	55 %	45 %
Helsefaglig bakgrunn	25 %	40 %
Annen	20 %	15 %

Q4 - Hvor lenge har du hatt budsjettansvar i denne avdelingen?

	Innfridd	Ikke innfridd
Mindre enn 2 år	10 %	10 %
Mellom 2 og 4 år	35 %	55 %
Mer enn 4 år	55 %	35 %

Q5 - Er din stilling som avdelingsleder en fulltidsjobb?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	90 %	100 %
Nei	10 %	0 %

Q6 - Har du jobbet i offentlig helsesektor under den fylkeskommunale finansieringsformen?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	100 %	85 %
Nei	0 %	15 %

Q7 - Har du tidligere erfaring med ledelse fra andre jobber enn denne?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	75 %	75 %
Nei	25 %	25 %

Q8 - I hva slags type jobb ønsker du å være om 5 år?

	Innfridd	Innfridd	Innfridd
			Ikke
			innfridd
I en annen stilling i avdelingen	22 %	29 %	
I samme stilling	39 %	59 %	
I foretaksledelsen eller et annet høyere ledernivå	33 %	6 %	
Andre	6 %	6 %	

Q9 - Hva slags type avdeling er du leder for?

	Innfridd	Innfridd	Innfridd
			Ikke
			innfridd
Klinisk	55 %	90 %	
Internservice	45 %	10 %	

Q10 - Er avdelingens budsjett rammefinansiert eller aktivitetsfinansiert?

	Innfridd	Innfridd	Innfridd
			Ikke
			innfridd
Rammefinansiert (kun)	35 %	25 %	
Aktivitetsfinansiert	65 %	75 %	

Q11 - Hvordan skjer interaksjonen mellom avdelingene?

	Innfridd	Innfridd	Innfridd
			Ikke
			innfridd
Intern prising	35 %	40 %	
Fordelingsnøkler	100 %	100 %	

Q12 - Hvor stort totalbudsjett har din avdeling til rådighet?

	Innfridd	Innfridd	Innfridd
			Ikke
			innfridd
Mindre enn 10 millioner kroner	0 %	0 %	
Mellom 10 og 50 millioner kroner	25 %	25 %	
Mellom 50 og 100 millioner kroner	20 %	30 %	
Mellom 100 og 150 millioner kroner	25 %	10 %	
Over 150 millioner kroner	30 %	35 %	

Q13 - Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjettet i følgende

	Innfridd			
	Negativt resultat i budsjett	Innfridd budsjett	Positivt resultat	Vet ikke/
2002	37 %	16 %	42 %	5 %
2003	26 %	32 %	42 %	0 %
2004	0 %	21 %	79 %	0 %
Så langt i 2005	0 %	15 %	85 %	0 %

	Ikke innfridd			
	Negativt resultat i budsjett	Innfridd budsjett	Positivt resultat	Vet ikke/
2002	47 %	26 %	21 %	5 %
2003	40 %	40 %	10 %	10 %
2004	75 %	15 %	10 %	0 %
Så langt i 2005	70 %	25 %	5 %	0 %

Q14 - Hva oppfatter du å være hovedfokuset til HF-ledelsen?

	Innfridd	Ikke innfridd
Innfri budsjettforventningene	45 %	33 %
Vise evne til omstilling	19 %	17 %
Få et bredest mulig helsetilbud	2 %	5 %
Skape en størst mulig DRG-produksjon (akti	4 %	12 %
Korte ventelistene	4 %	0 %
Bli mest mulig kostnadseffektiv	27 %	33 %

Q15 - Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Innfridd				
	Helt Enig	Enig	Vet ikke/har ikke formening	Uenig	Helt uenig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	15 %	35 %	0 %	45 %	5 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye HF'et gir oss motstridende målsetninger	15 %	15 %	5 %	50 %	15 %
Det er liten relevans i mange av måletallene vi rapporterer oppover	10 %	35 %	5 %	40 %	10 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	15 %	25 %	10 %	35 %	15 %

	Ikke innfridd				
	Helt Enig	Enig	Vet ikke/har ikke formening	Uenig	Helt uenig
Vi må rapportere om langt flere tall enn hva som burde være nødvendig	20 %	25 %	0 %	50 %	5 %
Det er vanskelig å orientere seg om hvilke tall som er viktige når vi blir målt på så mye HF'et gir oss motstridende målsetninger	15 %	30 %	0 %	50 %	5 %
Det er liten relevans i mange av måletallene vi rapporterer oppover	10 %	45 %	10 %	30 %	5 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	10 %	40 %	5 %	40 %	5 %
HF ledelsen prioriterer økonomisk ansvarlighet fremfor helsefaglig ansvarlighet	5 %	25 %	5 %	60 %	5 %

Q16 - Hvor ofte sjekker du hvordan avdelingen ligger an i forhold til

	Innfridd	Ikke innfridd
Daglig	5 %	5 %
Noen ganger i uken	0 %	5 %
Ukentlig	10 %	25 %
Sjeldnere enn ukentlig	85 %	65 %

Q17 - Hvordan stiller du deg til følgende påstander

	Innfridd				
	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	40 %	10 %	45 %	5 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	5 %	40 %	20 %	35 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	10 %	15 %	5 %	55 %	15 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	15 %	30 %	15 %	35 %	5 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	5 %	30 %	20 %	35 %	10 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	20 %	70 %	5 %	0 %	5 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	0 %	0 %	15 %	70 %	15 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	15 %	40 %	20 %	25 %	0 %

	Ikke innfridd				
	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	20 %	20 %	50 %	10 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	15 %	65 %	5 %	15 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	0 %	15 %	0 %	80 %	5 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	5 %	45 %	5 %	40 %	5 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	20 %	55 %	0 %	25 %	0 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	30 %	70 %	0 %	0 %	0 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	15 %	35 %	15 %	35 %	0 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	5 %	65 %	10 %	10 %	10 %

Q18 - Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Beslutninger om hvem som skal være garantipasienter	35 %	65 %	30 %	70 %
Koordinering av pasientinntaket	35 %	65 %	50 %	50 %
Vedta mål om behandlingvolum	68 %	32 %	60 %	40 %
Ansettelse av leger	89 %	11 %	85 %	15 %
Ansettelse av sykepleiere	94 %	6 %	90 %	10 %
Omgjøre stillinger	95 %	5 %	85 %	15 %
Vedta opprettelse av stillinger	79 %	21 %	53 %	47 %
Vaktplaner	75 %	25 %	100 %	0 %
Forhandle lønn	83 %	17 %	80 %	20 %
Strategiplaner for avdelingen	100 %	0 %	100 %	0 %
Lønnsfastsettelse	85 %	15 %	68 %	32 %
Fordelingen mellom ulike typer kostnader	95 %	5 %	84 %	16 %

Q19 - Hvor avhengig føler du avdelingens pasientinntak er av andre avdelinger?

	Innfridd	Ikke innfridd
Svært avhengig	55 %	42 %
Litt avhengig	20 %	37 %
Uavhengig	25 %	21 %

Q20 - Hvor enig er du i påstanden: "Du som avdelingsleder er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet"?

	Innfridd	Ikke innfridd
Helt enig	30 %	20 %
Enig	40 %	30 %
Vet ikke/ingen formening	5 %	5 %
Uenig	20 %	40 %
Helt uenig	5 %	5 %

Q21 - Hvor mye tid har du samlet sett brukt på økonomi/leder-kurs de siste 3 årene?

	Innfridd	Ikke innfridd
Inntil en dag	10 %	5 %
To dager til en uke	15 %	15 %
En til fire uker	35 %	55 %
Mer enn 4 uker	40 %	25 %

Q22 - Ønsker du ytterligere utdanning i noen av disse områdene?

	Innfridd	Ikke innfridd
Strategisk ledelse	55 %	60 %
Økonomi	30 %	30 %
Personalhåndtering	25 %	15 %
Juss	25 %	15 %
Andre	20 %	10 %

Q23 - Hvem sender du dine økonomiske rapporter til?

	Innfridd	Ikke innfridd
Foretakets økonomiavdeling direkte	47 %	50 %
En klinikk/divisjon som hierarkisk ligger mellc	53 %	50 %

SNF-rapport nr. 16/06

Q24 - Hvordan og hvor ofte er du i kontakt med helseforetakets økonomiavdeling?

Innfridd			
	Oft	Månedl	Sjeldn
Møter	20 %	40 %	40 %
Telefoner	55 %	15 %	30 %
Mail	65 %	25 %	10 %
Økonomiske rapporter	20 %	70 %	10 %

Ikke innfridd			
	Oft	Månedl	Sjeldn
Møter	26 %	26 %	47 %
Telefoner	40 %	25 %	35 %
Mail	65 %	35 %	0 %
Økonomiske rapporter	20 %	75 %	5 %

Q25 - Har du tilgang til følgende økonomiske informasjon?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Økonomiske sammenligninger med andre avdelinger	85 %	15 %	95 %	5 %
Økonomiske sammenligninger med andre sykehus	25 %	75 %	16 %	84 %
Avdelingens økonomiske prestasjoner som trender over tid	85 %	15 %	70 %	30 %

Q26 - Hvor enig er du i følgende påstander?

	Innfridd				
	Helt enig	Enig	ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal avdekke årsakene til budsjettavvik	50 %	40 %	5 %	5 %	0 %
Økonomiavdelingen legger opp til at	55 %	40 %	5 %	0 %	0 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	35 %	50 %	0 %	15 %	0 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	0 %	5 %	5 %	60 %	30 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	0 %	35 %	25 %	35 %	5 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	5 %	15 %	5 %	55 %	20 %

	Ikke innfridd				
	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
Økonomiavdelingen legger opp til at	45 %	50 %	0 %	5 %	0 %
Økonomiavdelingen legger opp til at avdelingen selv skal finne tiltak som korrigerer budsjettavvik	35 %	60 %	0 %	5 %	0 %
Økonomiavdelingen henvender seg kun til meg som avdelingsleder, og legger opp til at jeg skal følge opp økonomien på de lavere nivåene	40 %	50 %	0 %	10 %	0 %
Økonomiavdelingen er detaljeorientert, og blander seg direkte inn i den daglige driften	0 %	5 %	0 %	70 %	25 %
Økonomiavdelingen er raskt på banen dersom det blir rapportert om negative budsjettavvik	10 %	20 %	20 %	45 %	5 %
Økonomiavdelingen er altfor detaljeorientert	0 %	5 %	10 %	70 %	15 %

Q27 - I hvor stor grad virker ledelsen til å vurdere avdelingens økonomiske prestasjon som en viktig del av hvorvidt du som avdelingsleder har gjort en god jobb?

	Innfridd	Ikke innfridd
I høy grad	63 %	75 %
I liten grad	26 %	20 %
I ubetydelig grad	11 %	5 %

Q28 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd?

	Innfridd			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	21 %	47 %	32 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	22 %	67 %	11 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	11 %	32 %	47 %	11 %
Man får mer penger neste år	0 %	17 %	50 %	33 %

	Ikke innfridd			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	21 %	53 %	26 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	25 %	55 %	20 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	0 %	15 %	75 %	10 %
Man får mer penger neste år	0 %	35 %	25 %	40 %

Q29 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen innfrir budsjettet?

	Innfridd			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	5 %	60 %	35 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	37 %	53 %	11 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	15 %	65 %	20 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	10 %	55 %	35 %
Man får mindre penger neste år	21 %	47 %	16 %	11 %

	Ikke innfridd			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	0 %	65 %	35 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	42 %	32 %	26 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	5 %	74 %	21 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	11 %	42 %	47 %
Man får mindre penger neste år	16 %	53 %	32 %	0 %

Vedlegg 5 – Intervjuguide RHF-nivå

Intervjuguide til RHF nivå

1. En kort introduksjon om studiet.

2. Deretter er jeg ute etter fortellinger, ikke korte svar, rundt følgende tema;

- 1) Hva er dine viktigste arbeidsoppgaver?

- 2) Hva har man gjort fra regionsnivå i løpet av de siste 4 årene for å skape økt økonomisk ansvarlighet nedover i de ulike helseforetakene?
 - a. Hvordan har man **desentralisert** i regionen? Er HF'ene ansvarlig for både inntekter og kostnader? (Kostnadssenter, profittsenter osv) Hvilket handlingsrom har HF'ene i å bestemme hvilke (regionale) oppgaver de ønsker å påta seg?

 - b. Hvordan fastsettes **budsjettene** i regionen? Hvor stor grad av detaljstyring prøver man å gjennomføre fra regionsnivå? Eks. sykehusnivå? Finnes det en oppfatning av "uformelle" budsjetter? Har det vært avkrevd 0-budsjett fra alle HF'ene i disse årene? Er det noe som forsvarer å budsjettere med underskudd?

 - c. Hvordan har **styringsdialogen** vært? Hva har man signalisert nedover i form av;
 - i. formelle måletall? (Hvilke måletall bruker man?)
 - ii. prioriterte måletall av de formelle?
 - iii. andre prioriterte mål, kanskje fra departementet? [Hvor rettes den organisasjonelle oppmerksomheten? (Hva får man spesielt kjeft og ros for?)]
 - iv. Hvor tett følger man helseforetakene? Hvor ofte, og hvor ofte følger man budsjettavvikene? Intervenerer man ved signifikante avvik? Og hvordan?
 - v. Hvordan konfronterer man helseforetakene? [Holder man noen spesielt personlig ansvarlig?]

 - d. Hvordan har man koblet dette til **belønning og straff**?
 - i. Blir man belønnet dersom man innfrir budsjettet på noe vis?
 - ii. Blir man straffet dersom man ikke innfrir budsjettet?
 1. Hvordan har ekstrabevilgninger blitt delegert?
 2. Hva har skjedd i de tilfeller sykehusdirektørene ikke har hold budsjett?

3. Hvilke forklaringer forsvarer budsjettavvik?

- 3) Hvordan har de **enkelte helseforetakene** i regionen **prestert i 2002, 2003 og 2004** i forhold til budsjettet? (Før og etter ekstrabevilgningene.)
- 4) På mer generelt grunnlag; Hvilke forklarings- og bakgrunnsvariabler tror du er de viktigste til å forklare hvorfor enkelte sykehus**avdelinger** går i pluss, og andre i minus, og hvorfor?

3. Avslutning og forespørsel om å få lov til å forske videre på lavere nivåer i organisasjonen, og eventuelt hvilke helseforetak. Helst et lite og et stort HF. Hvem anbefales det at man eventuelt kontakter i disse helseforetakene?

Vedlegg 6 – Intervjuguide HF-nivå

Intervjuguide til HF

Først en kort introduksjon om studiet.

Helsereformen har medført et økt fokus på økonomistyring i helsesektoren. Dette gjenspeiles i at man har desentralisert mer økonomisk beslutningsmyndighet lenger nede i organisasjonen enn tidligere. Bindeleddet mellom det medisinske faget og den rene økonomistyringen er i økende grad avdelingslederne. Disse skal etter planen fungere som såkalte ”hybridledere” som skal vise ansvarlighet både i forhold til fag og økonomi.

Med mitt studie ønsker jeg å fokusere på hvordan to ulike regioner har angrepet dette. Jeg begynner derfor med å analysere hvorvidt regionens strategi gjennomsyrrer styringsdialogen helt ned til avdelingsnivå, og hvordan denne oppfattes (på avdelingsnivå) i et stort og et lite helseforetak i hver region. Dette vil skape grunnlag for en separat analyse av hver region.

Deretter vil jeg gjennomføre en komparativ analyse hvor jeg sammenligner Helse Øst og Helse Vest, for å se hvorvidt man finner regionale forskjeller.

Studiet vil være deskriptivt, det vil si at jeg prøver kun å beskrive hvordan tingenes tilstand er, uten å ta stilling til hva som eventuelt er ”beste” fremgangsmåte.

Hovedtemaer som jeg ønsker belyst gjennom vår samtale;

1. Hva mener du er økonomiavdelingens viktigste arbeidsoppgaver?
2. Hvordan forstår du styringsdialogen fra RHF?
3. Hvordan har man prøvd å videreføre disse signalene til avdelingsnivå?
4. Hvordan ligger de somatiske avdelingene an pr 30.september?
5. Forespørsel om tillatelse til å sende ut spørreskjema til avdelingslederne, og hvorvidt jeg kan bruke henne som kontaktperson i forhold til gjennomføringen av dette. (Spørreskjemaene blir sannsynligvis klare for utsending i slutten av uke 42)