

---

## Forord

På oppdrag fra Rikshospitalet har Statskonsult gjennomført en komparativ studie av intern styring i seks kunnskaps- og multiprofesjonelle organisasjoner. De seks virksomhetene er, foruten Rikshospitalet, Haukeland sykehus, Regionsjukhuset i Örebro, H:S Rigshospitalet i København, Universitetet i Bergen og Det norske Veritas.

En kartlegging ved Rikshospitalet ble gjennomført som et forprosjekt i løpet av mai og juni 1999. Konklusjonene i forprosjektet har dannet grunnlag for problemstillingene i hovedprosjektet. Den komparative studien ble gjennomført i perioden august–desember 1999. Vi har i samme periode gjennomgått en del litteratur om kunnskapsorganisasjoner og multiprofesjonelle organisasjoner og intern styring i slike virksomheter.

Vi takker alle informantene i de seks virksomhetene som velvillig har bidratt med sin tid og kunnskap gjennom intervjuer og framhenting av dokumentasjon.

Statskonsult står ansvarlig for alle beskrivelser, analyser og vurderinger i rapporten. Avdelingsdirektør Vivi Lassen har vært prosjektansvarlig. Arne Fosseng, Knut Klepsvik (prosjektleder), Marianne Kvalvåg og Marit Stadler Wærness har skrevet rapporten. Anne-Grete Aase og Ursula Winje har deltatt i slutføringen av rapporten.

Oslo, februar 2000

Jon Blaalid  
direktør

---

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn og formål	7
1.2 Mandat	7
1.3 Metode	8
1.4 Problemstillinger i prosjektet	9
1.5 Leserveiledning	11
<b>2 Teoretisk tilnærming</b>	<b>12</b>
2.1 Intern styring	12
2.2 Kunnskapsorganisasjoner	14
2.3 Sykehus	16
2.4 Hva sier litteraturen om styring og ledelse av kunnskapsorganisasjoner?	18
2.5 Styring og ledelse av sykehus	20
2.6 Tilnærming til intern styring i kunnskapsorganisasjoner	23
2.7 Prosjektets avgrensning og fokus – intern styring i komplekse kunnskapsorganisasjoner	24
<b>3 Kort beskrivelse av organisasjonene</b>	<b>26</b>
3.1 Størrelse, ressurser og produksjon	26
3.2 Organisasjonenes tilknytningsform og finansieringsmåte	27
3.3 Organisasjonene i prosjektet – komplekse, multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner	28
<b>4 Toppledelsens handlingsrom</b>	<b>30</b>
4.1 Fullmakter og rammebetingelser	30
4.2 Organisasjon og ledelse	31
4.3 Arbeidsgiverrollen og avtalesystemet	33
4.4 Andre sentrale forhold	34
<b>5 Formelt styringssystem og styringspraksis</b>	<b>35</b>
5.1 Rolle-, ansvars- og oppgavefordeling i virksomhetene	35
5.1.1 Tydelige fullmakter i form av kart/håndbok	35
5.1.2 Delegering av fullmakter	36
5.1.3 Plassering av administrative støttefunksjoner	36
5.2 Styringsdokumenter	37
5.2.1 Strategidokumenter	37
5.2.2 Virksomhetsplaner	37
5.2.3 Budsjettdokumenter	38
5.2.4 Rapporter/oppfølgingsdokumenter	39
5.2.5 Spesialgjennomganger	41
5.2.6 Styring og rapportering av forskningsvirksomhet	41
5.3 Styringsprosesser	43
5.3.1 Møter i toppledelsen	43

5.3.2	Møter med underliggende nivå.....	45
5.3.3	Møter internt i divisjonen .....	46
5.3.4	Samordningsmekanismer.....	46
5.4	Insentiver og sanksjoner .....	48
5.5	Fokus i styringen .....	49
5.6	Administrative hjelpesystemer .....	51
5.7	Styringskompetanse.....	52
<b>6</b>	<b>Analyse og vurderinger .....</b>	<b>54</b>
6.1	Betydningen av toppledelsens handlingsrom .....	54
6.1.1	Eksterne rammebetingelser og organisering.....	54
6.1.2	Sykehus som multiprofesjonelle organisasjoner .....	55
6.2	Desentralisering og delegering av fullmakter.....	56
6.2.1	Delegering av administrative fullmakter .....	56
6.2.2	De administrative servicefunksjonenes rolle i styringen .....	57
6.2.3	Basissystemenes bidrag til effektiv styring og kontroll.....	58
6.3	Styringsprosessene, formelle møteplasser og dokumenter .....	59
6.3.1	Styringsprosessenes bidrag til samordning og forankring.....	60
6.3.2	Kopling mellom ressurs- og aktivitetsinformasjon .....	62
6.3.3	Formalisering av styringsdialogen.....	63
6.3.4	Er styringsdokumentene samordnet, ledelsesforankret og enkle .....	64
6.3.5	Jevnlige analyser/evalueringer .....	68
6.4	Insentivene og deres bidrag til måloppnåelse.....	68
6.5	Styring av forskning .....	69
<b>7</b>	<b>Avsluttende diskusjon .....</b>	<b>70</b>

## Litteraturliste

**Vedlegg 1: Intervjuguide sykehus**

**Vedlegg 2: Beskrivelse av intern styring ved Rikshospitalet**

**Vedlegg 3: Beskrivelse av intern styring ved Haukeland sykehus**

**Vedlegg 4 Beskrivelse av intern styring ved H:S Rigshospitalet i København**

**Vedlegg 5 Beskrivelse av intern styring ved Regionsjukhuset Örebro**

**Vedlegg 6 Beskrivelse av intern styring ved Universitetet i Bergen**

**Vedlegg 7 Beskrivelse av intern styring i Det norske Veritas**

---

## Sammen drag

På oppdrag fra Rikshospitalet har Statskonsult gjennomført en komparativ studie av intern styring ved Rikshospitalet og noen andre store kunnskapsorganisasjoner. Hensikten har vært å kartlegge og vurdere den interne styringen i virksomhetene og å diskutere de ulike løsningene i forhold til en del felles styringsutfordringer. Mandatets begrensning har vært at styringen skal analyseres og vurderes innenfor rammen av virksomhetenes nåværende organisasjons- og ledelsesstrukturer.

Foruten Rikshospitalet, har følgende virksomheter inngått i studien: Haukeland sykehus, H:S Rigshospitalet i København, Regionsjukhuset i Örebro, Universitetet i Bergen og Det norske Veritas.

Kartleggingen av Rikshospitalets styringssystem har fungert som et forprosjekt og vært grunnlag for problemstillinger i sammenlikningen med de andre virksomhetene. Studien er basert på intervjuer med ledere på ulike nivåer, og på analyse av dokumenter som dels beskriver virksomhetene og deres styringssystem, og dels er en del av det interne styringssystemet. Vi har også gjennomgått artikler og bøker om intern styring i denne typen organisasjoner.

Alle de seks virksomhetene i studien kan beskrives som komplekse og multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner. I litteraturen om slike organisasjoner diskuteres et antall spesielle styringsmessige utfordringer. Til grunn for analyse og vurderinger ligger både en generell idé om hva som er god intern styring og et mer spesifikt antall ideer om god intern styring i multiprofesjonelle og komplekse kunnskapsorganisasjoner.

Gjennomgangen av virksomhetene har vist at toppledelsens rom for styring – knyttet til fullmakter, organisasjons- og ledelsesform, avtalesystem og andre eksterne og interne rammebetingelser – varierer mellom virksomhetene. Dette handlingsrommet legger viktige føringer på den interne styringen.

Den sammenliknende analysen har vært konsentrert om følgende virkemidler i den interne styringen:

- Fordeling av roller, ansvar og fullmakter internt i organisasjonen
- Styringsdokumenter
- Styringsarenaer og prosesser
- Styringspraksis
- Administrative hjelpesystemer

Vi har beskrevet spennvidden i styringssystemene og pekt på forskjeller og likheter mellom de seks virksomhetene i forhold til disse fem punktene. Vi har også løftet fram informantenes erfaringer og vurderinger av styringssystemene.

Samlet analyse og vurderinger av de empiriske funnene presenteres i kapittel 6. I kapittel 7 har vi – ut fra teoriene på området og den empiriske analysen – trukket ut noen generelle lærdommer om intern styring i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner. Lærdommene kan sammenfattes i følgende punkter:

---

Virksomhetenes organisasjons- og ledelsesform legger viktige føringer på muligheten til å utforme en styring preget av deltakelse og dialog

Intern delegering krever tydelighet – både når det gjelder hvilke fullmakter som er plassert hvor og hvilken rolle og hvilket ansvar som ulike ledere har i de ulike styringsprosessene

Styringsdokumentene må settes inn i en større sammenheng. Særlig viktig er den faglige medvirkningen i utarbeidelsen av dem, den logiske forbindelsen mellom dem og at de er basert på god informasjon om faktiske forhold i virksomheten

Den interne rapporteringen bør brukes som en mulighet for læring på ulike nivåer i organisasjonen

Virksomhetene som vi har studert, har flere ulike og sammensatte oppgaver. Det er viktig at styringen tilpasses de ulike oppgavenes karakter

Jevnlig kontakt mellom toppledelsen og de produksjonsansvarlige er nødvendig for å ivareta behovet for dialog, holdningsskaping og kulturbygging

Virksomhetene har behov for flere ordninger som bidrar til koordinering og samordning mellom ulike avdelingers aktiviteter

Styringstradisjon, graden av styring og antallet styringsparametre varierer mellom virksomhetene. Det samme gjør styringens grad av legitimitet. I den grad vi ut fra vårt materiale kan si noe om sammenhenger, synes det som om virksomheter med den mest etablerte og omfattende styringen også har størst aksept for styring blant profesjonsutøverne. Det finnes flere veier å gå for å øke styringens legitimitet og etablere et balansert sett av styringsparametre. Uansett hvilket valg man gjør, er det viktig å sørge for god informasjon og muligheter for dialog i prosessen

Gode administrative hjelpesystemer som kan gi støtte til ledere på alle nivåer, er et internt krav i virksomheter av denne typen

Virksomhetene står overfor utfordringer når det gjelder ledernes styringskompetanse og det å få til en god balanse mellom faglig og administrativ styring

Flere av forbedringstiltakene vi nevner, krever økte ressurser. Vi anser at virksomhetene både bør styrke det økonomisk-administrative personalet kapasitets- og kunnskapsmessig og øke styringskompetansen blant ledere og faglig ansvarlige. Ledere og faglig ansvarlige bør også sette av mer tid til og øke oppmerksomheten om styringsspørsmål. De økte ressursene som dette vil kreve, bør betraktes som en investering i styring. I første omgang vil forbedret styring gi avkastning i form av bedre kontroll over

---

den samlede ressursutnyttelsen og over virksomhetens bruk av kunnskap og kompetanse. På lengre sikt antar vi at dette vil bidra til å øke virksomhetens effektivitet.

---

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og formål

Rikshospitalet har engasjert Statskonsult for å gjennomføre en komparativ studie av intern styring ved Rikshospitalet og noen andre kunnskapsorganisasjoner<sup>1</sup>.

Prosjektet skal bidra til å forbedre grunnlaget for å utvikle den interne styringen ved sykehuset. Behovet for å endre styringen styrkes blant annet av at sykehuset ble nettobudsjettert fra 1999, og av at Sosial- og helsedepartementet arbeider med en mulig endring av tilknytningsformen for sykehuset. Dette vil gi sykehuset større autonomi, men også større økonomisk ansvar. Samtidig er hele sykehussektoren endret gjennom økt vekt på konkurranseelementer ved innsatsstyrt finansiering og valgfrihet for pasientene. Det kan medføre endringer i sykehusets interne styring ved at endringer i sektoren, pasientdata og økonomi må følges opp grundigere.

Statskonsult skal gi oversikt over dagens styringssystem ved Rikshospitalet og andre sammenliknbare kunnskapsorganisasjoner, og gi råd om utviklingen av styringssystemet.

Statskonsult har i et forprosjekt i løpet av mai og juni 1999 gjennomført en kartlegging på Rikshospitalet. Resultatet av forprosjektet danner grunnlag for hvilke problemstillinger vi fokuserer i kartleggingen av de andre virksomhetene.

## 1.2 Mandat

De endrede rammebetingelsene stiller sykehuset overfor utfordringer med hensyn til å tilpasse virksomheten til konkurransesituasjonen, og sykehuset vil oppleve økt økonomisk risiko. Sykehuset har behov for blant annet å

organisere sykehuset hensiktsmessig i forhold til brukerkontakt, faglig aktivitet og interne styringsutfordringer

utvikle insentiver som både ivaretar de nye eksterne finansieringsformene knyttet til DRG<sup>2</sup> og som bidrar til riktige interne beslutninger

---

<sup>1</sup> I en tidlig fase i prosjektet har vi brukt begrepet kompetanseorganisasjoner. Vi har gått over til å bruke begrepet kunnskapsorganisasjoner for å gjøre det tydelig at det er medarbeidernes formelle kunnskap som er fokusert. Litteraturen bruker også begrepet kunnskapsorganisasjoner. Begrepet kompetanseorganisasjon er for vidt og for lite presist i denne sammenhengen.

<sup>2</sup> DRG står for *Diagnoserelaterte grupper*. DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i somatiske sykehus i grupper som skal være medisinsk meningsfulle og som skal gi et bilde av hvilken ressursinnsats som kreves i tilknytning til behandlingen.

---

etablere en økonomistyring som gir nødvendig styringsinformasjon for de beslutninger ledere på ulike nivåer skal ta

Rikshospitalet er særlig interessert i at Statskonsult skal kartlegge og vurdere den interne styringen i sykehuset. Rikshospitalet ønsker at Statskonsult skal gi oversikt over dagens styringssystem<sup>3</sup> og forsøke å trekke ut generelle lærdommer om styring i multiprofesjonelle og komplekse kunnskapsorganisasjoner.

Prosjektet skal omfatte følgende elementer:

1. Kartlegging av styringssystemet og styringspraksis i Rikshospitalet i dag.
2. Kartlegging av styringsprinsipper, hva det legges vekt på og hvordan styringen faktisk utøves ved noen andre store sykehus i dag (Haukeland sykehus, H:S Rigshospitalet i København og Regionsjukhuset i Örebro).
3. Dokumentering av styringsprinsipper, opplegg og utøvelse av styring i andre typer kunnskapsorganisasjoner, i offentlig sektor (Universitetet i Bergen) og i næringslivet (Det Norske Veritas).
4. Vurdering av funnene i kartleggingen opp imot virksomhetenes egne erfaringer og nyere teori om styring og ledelse av kunnskapsorganisasjoner.

Statskonsult legger vekt på at ledelsen ved Rikshospitalet har behov for et internt styringssystem som er enkelt, fleksibelt og robust nok til både å tjene direktørens ansvar for å styre sykehuset som helhet og til å ivareta avdelingsledelsenes faglige styringsansvar. utfordringen er å etablere og vedlikeholde et system som sikrer en rasjonell ressursallokering i samspill mellom toppledelsens styring og styringen som følger av den kliniske aktiviteten.

Prosjektet fokuserer på videreutvikling av styringen innenfor rammen av den faktiske ansvarsfordelingen i sykehuset, det vil si dagens organisering og ledelsesstruktur. Styring som retter seg mot organisering, ledelse og omfattende endring av produksjonslinjen, blir ikke behandlet i prosjektet.

Rikshospitalet har hatt en referansegruppe som bestående av administrerende direktør, økonomidirektør, personal- og organisasjonsdirektør, budsjettsjef og organisasjonssjef. Referansegruppen har særlig drøftet innretning av prosjektet, funn i forprosjektet og problemstillinger som skal følges opp i hovedprosjektet.

### **1.3 Metode**

Utvalget av virksomheter som inngår i studien, er drøftet med referansegruppen ved Rikshospitalet. Vi har valgt fem virksomheter som alle er store, komplekse organisasjoner med høyt utdannede medarbeidere. De enkelte medarbeidernes

---

<sup>3</sup> Begrepet styringssystem defineres i kapittel 2.



---

kunnskap er i stor grad styrende for den operasjonelle aktiviteten og for produktutviklingen. Alle virksomhetene har både en operativ, produserende del og et betydelig omfang av forskning og utvikling. Virksomhetene er organisert forskjellig, og opererer under forskjellige markedssituasjoner. Vi har likevel en hypotese om at opplegg og prinsipper for styring kan sammenliknes.

Statskonsult baserer beskrivelsene og analysen på studier av virksomhetenes beskrivelser av styringssystemene, plandokumenter, rapporter, møtereferater osv. Det er gjennomført semi-strukturerte intervjuer med ledere på ulike nivåer i virksomhetene.

Ved Rikshospitalet intervjuet vi hele stabrådet, avdelingsledelsen ved sju kliniske avdelinger<sup>4</sup>, klinikkdirektøren ved Hjerte- og lungeklinikken, avdelingsledelsen ved tre medisinske serviceavdelinger<sup>5</sup>, og avdelingsledelsen ved Driftsavdelingen. Vi har også gjennomgått viktige interne styringsdokumenter, oppfølgingsrapporter for økonomi og produksjon, og eksempler på referater fra noen av møtene. Resultatet av kartleggingen i Rikshospitalet er drøftet med referansegruppen ved sykehuset, og danner grunnlag for fokusering i kartleggingen i de øvrige virksomhetene.

Ved de andre virksomhetene som inngår i studien, har vi gjort noe færre intervjuer. Vi har intervjuet administrerende direktør, sjeflege og sjefsykepleier ved sykehusene, økonomi og/eller plan- og kontrolldirektør og organisasjons- og personaldirektør i virksomhetenes sentralledelse (stab) og tre-fire linjeledere på ulike nivåer i organisasjonene. Våre analyser bygger på informantenes (ledernes) egne vurderinger av styringssystemene. Oppsummeringen av funn er kvalitetssikret ved at virksomhetene har vurdert og kommentert beskrivelsene.

Statskonsult har også gjort litteratursøk om styring i profesjonelle organisasjoner og i kunnskapsorganisasjoner. Vi har gjennomgått en rekke bøker og artikler som tematisk grenser opp til vårt emne. Det er å bemerke at det ikke er skrevet mye som direkte behandler intern styring i sykehus. Vi har brukt perspektivet om kunnskapsorganisasjoner som en innfallsvinkel til visse innsikter og løsningsforslag når det gjelder den interne styringen av en virksomhet som Rikshospitalet.

## 1.4 Problemstillinger i prosjektet

Oppsummering av funn i forprosjektet (kartleggingen ved Rikshospitalet) konkluderer med at følgende problemstillinger bør være utgangspunkt for videre sammenlikning og forslag om endringstiltak:

- *Håndteringen av direktørens kontrollspenn*  
Rikshospitalet har om lag 60 avdelinger, en flat organisering og praktiserer todelt ledelse ved de fleste avdelingene. Hvordan kan styringssystemet

---

<sup>4</sup> Med ett unntak er både avdelingsoverlege og oversykepleier intervjuet i Barneklubben, Medisinsk avdeling, Medisinsk poliklinikk, Øre-, nese-, halsavdelingen, Hjertekirurgisk avdeling, Hjertemedisinsk avdeling og Lungeavdelingen.

<sup>5</sup> Klinisk-kjemisk avdeling, røntgenavdelingen og Institutt for immunologi.

---

tilrettelegges for at direktøren kan ivareta sitt styringsansvar i en slik organisasjon?

- *Praktiseringen av avtalesystemet*  
Hvilken styringsmessig betydning har avtaleverkets bestemmelse om at arbeidstakerorganisasjonene har ankerett ved uenighet i en forhandlings sak?
- *Avdelingenes fullmakter innenfor økonomi, personell og produksjon*  
Er delegering av ansvar og fullmakter i sykehuset tydelig og hensiktsmessig i forhold til type virksomhet?
- *Organiseringen av de administrative servicefunksjonene*  
Er det en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom avdelingene og sentrale stabs- og støttefunksjoner? Har det operative nivået den nødvendige styringskompetansen?
- *Styringsdokumentenes tydelighet på strategivalg og -oppfølging, resultatkrav osv., forankring i organisasjonen og faktisk bruk i styringen*  
Er strategiplanene og de operative planene tydelige på veivalg og resultatforventninger? Blir strategiske beslutninger nedfelt i den operative planleggingen? Gir oppfølgingsdokumentene (rapportene) tilstrekkelig informasjon i forhold til utfordringer og resultatmål? Hvordan blir dokumentene laget og blir de brukt i styringen?
- *Samordning av styringsinformasjonen mellom forskjellige styringsdokumenter og styringsprosesser*  
Ivaretas samordningsbehovet mellom ulike avdelinger godt i plan- og oppfølgingsprosessene? Er det en logisk sammenheng mellom dokumentene? Er aktivitet og økonomi integrert i budsjettering og produksjonsplanlegging og i produksjons- og økonomistyringen?
- *Bruk av møteplasser for å utøve styring fra toppledelsen og for å samhandle med den operative/faglige ledelsen på avdelingsnivået*  
Hvilke møteplasser finnes for at toppledelsen kan styre virksomheten og samhandle med det operative nivået i organisasjonen? Er møteplassene viktige arenaer for styring?
- *Ivaretaking av produksjonsansvaret i toppledelsen*  
Har noen av personene i toppledelsen et linjeansvar for produksjonen – utover direktørens overordnede totalansvar? Hvordan kan direktøren ivareta sitt ansvar når han ikke har en ledergruppe med linjeledere?
- *Plan- og oppfølgingsprosessenes evne til å fange opp konsekvenser av den faglige utviklingen og til å skape ansvarlighet og lojalitet mot beslutningene*  
Hvordan blir den medisinsk-teknologiske utviklingen fanget opp i planprosessene og i styringsdokumentene? Er prosessene samordnet og forankret slik at de endelige beslutningene respekteres i fagmiljøene?
- *Insentivenes evne til å bidra til måloppnåelse*

---

Hvilke insentiver brukes? Er målsettingen for virksomheten tydelig og entydig? På hvilken måte bidrar insentivene til måloppnåelse?

- *Basissystemenes (lønn/personal, økonomi) utforming i forhold til spørsmål om effektiv styring og kontroll*  
Gir basissystemene tidsriktig og tilstrekkelig informasjon? Er informasjonen forståelig? Har ledere i virksomheten tillit til informasjonen? Brukes moderne IT-løsninger for datafangst og distribusjon av informasjon?

## 1.5 Leserveiledning

I kapittel 2 redegjør vi for prosjektets teoretiske tilnærming. Vi gir en definisjon av intern styring, et sammendrag av en gjennomgang av litteraturen om kunnskapsorganisasjoner og profesjonelle organisasjoner, og vi gjennomgår hva litteraturen sier om styring og ledelse av slike organisasjoner.

I kapittel 3 presenteres kort de seks virksomhetene som er med i studien.

I kapitlene 4 og 5 oppsummerer vi vårt datagrunnlag om henholdsvis direktørens handlingsrom for styring og det formelle styringssystemet. Vi legger vekt på å få fram hovedtrekk i empirien og å trekke fram eksempler som kan ha spesiell interesse for multiprofesjonelle organisasjoner. En mer detaljert beskrivelse av funn i Rikshospitalet og de fem andre virksomhetene som inngår i studien, finnes i vedleggene 2–7.

I kapittel 6 presenteres Statskonsults analyse og vurderinger av de empiriske funnene.

I kapittel 7 har vi avslutningsvis – ut fra teoriene på området og den empiriske analysen – trukket ut noen generelle lærdommer om intern styring i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner.

---

## 2 Teoretisk tilnærming

Som det går fram av innledningskapitlet, er perspektivet i prosjektet intern styring i kunnskapsorganisasjoner. Før vi går inn på den empiriske analysen, kreves en nærmere beskrivelse av en slik tilnærming.

Innledningsvis i dette kapitlet beskriver vi hva vi i prosjektet mener med intern styring og hvilke ideer om god intern styring som ligger til grunn for analysen og vurderingene. Deretter beskrives kunnskapsorganisasjoner som begrep og relateres til et annet begrep om profesjonelle organisasjoner. Videre gjennomgår vi hva litteraturen sier om styring og ledelse av slike organisasjoner. Sist i kapitlet sammenfattes prosjektets teoretiske tilnærming.

### 2.1 Intern styring

Økonomiregelverkets funksjonelle krav, kapittel 2, behandler intern styring i virksomheten. I den sammenhengen handler intern styring om hvilken myndighet og hvilket ansvar som virksomhetslederen<sup>6</sup> har, hvilke dokumenter som regulerer den årlige styringen i virksomheten, den interne styringsdialogen, hvilke krav som gjelder for virksomhetens regnskap og rapporter, for attestasjon og anvisning, for resultatoppfølging, intern økonomikontroll og forvaltning av eiendeler.

Statskonsult har i et internt notat definert styring som å bruke et antall ulike virkemidler for å tilrettelegge, gi retning, påvirke og følge opp en virksomhet slik at vedtatte mål nås innenfor fastsatte rammer samtidig som viktige hensyn ivaretas. Med intern styring menes at denne styringen skjer innenfor en og samme organisatoriske ramme, dvs. at den styrende og den styrte part er medlemmer av samme organisasjon.

Intern styring relateres ofte til spørsmål om ledelse og lederskap, og iblant skilles heller ikke mellom begrepene. For eksempel har det svenske Riksrevisionsverket ved ett tilfelle definert intern styring som *de åtgärder chefer på olika nivåer i myndigheterna vidtar i syfte at deras organisastion skall uppnå hög grad av måluppfyllelse*.<sup>7</sup>

I mange sammenhenger og konkret idet man skal velge tilnærming til en undersøkelse av intern styring er det likevel viktig å etablere et skille mellom styring og ledelse. Vi har valgt å se skillet på følgende måte: Styring er saksorientert, personuavhengig og systemorientert, mens ledelse er relasjonsorientert, personavhengig og prosessorientert. Mens lederskap inkluderer et bredt felt av menneskelige evner og egenskaper, handler styring om et antall formaliserte virkemidler som er valgt, utformet og har til hensikt å holde en virksomhet innenfor visse rammer, gå i en viss retning og nå visse mål.

---

<sup>6</sup> Virksomhetslederen betegner øverste administrative instans i en virksomhet.

<sup>7</sup> *Myndigheternas interna styrning – en ideskrift*. Riksrevisionsverket 1996:34, s. 7.

---

Når styring på denne måten forstås å inkludere et antall virkemidler, er tanken at man – for å oppnå god styring – må utforme og sette sammen virkemidlene på en måte som er innbyrdes tilpasset, tilpasset virksomhetens karakter og tilpasset viktige eksterne og interne forutsetninger.

Det finnes mange virkemidler i den interne styringen. Ut fra mandatet for dette prosjektet og tidligere interne avgrensingsdiskusjoner i Statskonsult har vi valgt å studere følgende virkemidler i den interne styringen:

- Fordeling av roller, ansvar og fullmakter internt i organisasjonen
- Styringsdokumenter
- Styringsarenaer og prosesser
- Styringspraksis
- Administrative hjelpesystemer

Styring ses også som en syklisk prosess av informasjon og beslutninger. Det begynner med at man avklarer mål, går via styring av aktiviteter til oppfølging, tilbakeføring og vurdering av informasjon om resultatet. Med dette perspektivet innebærer en god styringsprosess at sirkelen er sammenhengende, at prosessen er kontinuerlig i gang og at det finnes klare sammenhenger mellom de ulike stadiene. Informasjon om oppnådde resultat skal være med på å påvirke målsettingene og styringen av aktivitetene, som i sin tur skal generere nye resultat osv.

*Styringsformer* kan variere. Med Henry Mintzbergs<sup>8</sup> etter hvert nokså klassiske inndeling kan man skille mellom uformell/gjensidig tilpasning, direkte kontroll, standardisering av arbeidsprosesser, resultatstyring og styring gjennom kompetanse/organisasjonskultur. God intern styring ifølge et slikt perspektiv er at styringens form er fleksibel og tilpasses etter hvert som det skjer forandringer i virksomheten.

I analyse og vurdering av det empiriske materialet vil vi ta i bruk alle disse tre perspektivene. Vi diskuterer spørsmålene:

- Er virksomhetenes styringsvirkemidler godt utformet og tilpasset til hverandre?
- Er styringsprosessen sammenhengende og logisk?
- Er styringen fleksibel og tilpasset til virksomhetens karakter og viktige eksterne og interne forutsetninger?

Ambisjonen er ikke å gi fullstendige svar på hvert av spørsmålene eller i forhold til alle de studerte virksomhetene. I stedet vil vi belyse spørsmålsstillingene og antyde noen svar med eksempler fra virksomhetene, for deretter å kunne dra lærdommer i forhold til den interne styringen ved Rikshospitalet.

---

<sup>8</sup> Henry Mintzberg *The Structuring of Organizations*.. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, 1979.

---

## 2.2 Kunnskapsorganisasjoner

Begrepene *kunnskapsorganisasjon*, *kunnskapsbedrift* og *kunnskapsintensive organisasjoner* er hentet fra nyere lederskaps- og organisasjonslitteratur. Et tidlig eksempel på bruk av begrepene finnes i den svenske boken *Kunskapsföretaget* fra 1987, skrevet av Karl Erik Sveiby og Anders Risling. Boken vakte stor oppmerksomhet da den kom, og den blir ofte referert til som en grunnbok på området. I årene som har gått siden boken kom, har det skjedd en omfattende begrepsutvikling innenfor den teoretiske litteraturen. Begrepene har samtidig også blitt vanligere og nærmest en del av hverdagspråket.

Det generelle utgangspunktet for begrepet kunnskapsorganisasjon er at det har skjedd en modernisering av arbeidsliv og organisasjoner i overgangen fra industrisamfunnet til informasjonssamfunnet. Det har oppstått nye former for organisasjoner som vanskelig lar seg beskrive ut fra etablerte modeller, som i stor grad bygger på tradisjonelle industribedrifter eller forvaltningshierarkier. Med begrepene kunnskapsbedrift eller kunnskapsorganisasjon vil man både peke på hva som er det karakteristiske nye ved organisasjonene og si noe om hvordan organisasjonene fungerer.

Definisjonen av kunnskapsorganisasjon kan sammenfattes i noen punkter<sup>9</sup>:

Kunnskapsorganisasjoner er nye organisasjoner i tjenestesektoren

Kunnskapsorganisasjoner er kjennetegnet av begrenset størrelse, en uformell indre struktur og et enkelt styringssystem

Kunnskapsorganisasjoner løser komplekse problem som vanskelig lar seg standardisere. Typiske oppgaver er forskning, produkt- og metodeutvikling, konsulenttjenester samt undervisnings-, informasjons- og rådgivningstjenester. Kundene eller brukerne behandles individuelt og får skreddersydde løsninger

Kunnskapsorganisasjoner består av høyt utdannede mennesker. Medarbeidernes kunnskaper er organisasjonens viktigste kapital. For bedrifter som konkurrerer på et marked er overlevelse knyttet til at bedriften kan selge kunnskapen. Offentlige organisasjoner er avhengig av medarbeidernes kunnskaper for å kunne løse sine oppgaver og oppfylle målet med virksomheten

Medarbeiderne arbeider selvstendig. De er velinformerte, har tett kontakt med kunder/brukere og er medlemmer i ulike nettverk der kunnskap utvikles og informasjon finnes i overflod

---

<sup>9</sup> Definisjonen er en bearbeidelse av definisjonen i Karl Erik Sveiby: *Kunskapsledning. 101 råd til ledare i kunnskapsintensiva organisationer*. Stockholm 1991.

---

Medarbeiderne er ofte bevegelige og "troløse" som arbeidskraft. Deres tilhørighet er mer knyttet til arbeidsoppgavene enn til én bestemt organisasjon

Ifølge litteraturen om kunnskapsorganisasjoner er det bare noen få organisasjoner som helt passer inn i definisjonen. Prototypen er den lille datakonsulentbedriften, den kontorløse arbeidsplassen eller virtuelle organisasjoner. Mange organisasjoner deler likevel flere av kunnskapsorganisasjonens egenskaper. For eksempel vil nok de fleste organisasjoner i dag forholde seg til kunnskapsfunnets krav og si at de er helt avhengig av kunnskapen og kompetansen hos personalet. Mange organisasjoner har også spesielle enheter eller "øyer" i virksomheten som er typiske kunnskapsorganisasjoner, for eksempel forsknings- eller utviklingsavdelinger i større bedrifter.

Litteraturen beskriver medarbeidere i kunnskapsorganisasjoner som eksperter innenfor sine fagfelt – de er teknikere, økonomer, jurister, arkitekter, designere osv. Som profesjonelle yrkesutøvere har de stor grad av autonomi. Dette er et viktig kjennetegn ved organisasjonene og det henger intimt sammen med spørsmål om intern organisering, styring og ledelse.

Når det gjelder medarbeidernes autonomi, blir det i deler av litteraturen gjort et skille mellom kunnskapsorganisasjoner i alminnelighet og organisasjoner der medarbeiderne foruten å være kunnskapsrike og kompetente på sitt område også er medlemmer av en profesjon – i samfunnsvitenskapelig betydning<sup>10</sup>. Profesjonenes spesielle form for autonomi, basert på verdier knyttet til faglig identitet og forståelse, antas å prege organisasjonene på en spesiell måte.

I en kunnskapsoversikt over forskning om ledelse og lederskap<sup>11</sup> gjør den svenske lederskapsforskeren Magnus Söderström nettopp et slikt skille. I forhold til spørsmål om styring og ledelse av store, offentlige organisasjoner gir begrepene kunnskapsorganisasjoner og profesjonelle organisasjoner ulike typer av innsikter. Særlig interessante i styringssammenheng er såkalte multiprofesjonelle organisasjoner, dvs. organisasjoner som består av flere ulike profesjoner (og eventuelt semiprofesjoner). Universitet og sykehus nevnes som typiske eksempler på multiprofesjonelle organisasjoner.

Söderström beskriver hvordan de multiprofesjonelle organisasjonene på flere punkter skiller seg fra typiske kunnskapsbedrifter. De har en annen historikk, størrelse, yrkesstruktur, intern organisering og styring. De multiprofesjonelle organisasjonene har ledelsesformer og en administrativ struktur som mer minner om tradisjonelle industrier og embetsverk enn om litteraturens kunnskapsbedrifter. For eksempel kjennetegnes multiprofesjonelle organisasjoner av en kompleks og sammensatt virksomhet og av at de ofte har flere parallelle styringssystemer.

Basert på Söderström kan man stille opp kontrastene på følgende måte:

---

<sup>10</sup> Litteraturen bruker ulike begrepsvarianter som profesjonell organisasjon, profesjonsorganisasjon eller profesjonelt byråkrati.

<sup>11</sup> Magnus Söderström: Ledning og lederskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. SOU 1992:15.

---

	<b>Kunnskapsorg.</b>	<b>Multiprof. org.</b>
<i>Historie</i>	Kort	Lang
<i>Størrelse</i>	Liten	Stor
<i>Virksomheten</i>	Én funksjon/type tjenester	To/flere funksjoner
<i>Yrkesstruktur</i>	Ikke-profesjonell/én profesjon	Multiprofesjonell
<i>Organisasjonsform</i>	Enkel, flat	Formell, differensiert
<i>Styringsstruktur</i>	Homogen, enkelt styringssystem	Heterogen, parallelle styringssystem

Mens den typiske kunnskapsbedriften preges av de enkelte individenes spesielle ekspertkompetanse, finnes det i den multiprofesjonelle organisasjonen en stadig drakamp mellom flere ulike personalgrupper med ulike arbeidsoppgaver, ulike typer av kunnskap og kompetanse og ulike verdier og normer knyttet til utdanning eller fag. De ulike profesjonene arbeider hver for seg for å styrke sine vilkår og sin faglige stilling i organisasjonen. Kompleksiteten i disse organisasjonene stiller store krav til intern organisering, styring og ledelse.

Felles for kunnskapsorganisasjoner og multiprofesjonelle organisasjoner er at individenes kunnskap og kompetanse er helt avgjørende for virksomhetens drift, kvalitet og resultat. For begge typer organisasjoner må spørsmålet om hvordan den interne styringen skal utformes, relateres til dette forholdet.

## 2.3 Sykehus

Sykehus er høyteknologiske og kunnskapsbaserte virksomheter som utfører ytterst spesialiserte helsetjenester. De har flere mål og skal ivareta flere oppgaver. De viktigste oppgavene er pasientbehandling, undervisning, forskning og utvikling. Diagnostikk og behandling er hovedoppgaven og krever den klart største andelen av ressursene. Pasientbehandlingen er i seg selv en kompleks virksomhet. Et sykehus må også ha kapasitet til å ta seg av ikke-planlagte hendelser.

Sykehusets ulike oppgaver finansieres på ulike måter og de er underlagt ulike rammebetingelser. Samtidig henger oppgavene nært sammen. I stor grad skjer utdanning gjennom å undersøke, behandle og pleie pasienter. Uten pasientbehandling blir det mindre grunnlag for forskning og metodeutvikling. Forsknings- og utviklingsarbeidet kan gi kvalitetsforbedringer i pasientbehandlingen på kort og lang sikt. Samarbeid og sammenheng i behandlingsskjeden er viktig for å sikre kvaliteten i behandlingstilbudet og for å sikre god oppfølging av den enkelte pasient.

Sykehusets størrelse og grad av spesialisering bidrar – sammen med oppgavenes gjensidige avhengighetsforhold – til en kompleks organisasjon. I tillegg kommer at aktivitetene styres på forskjellige måter og påvirkes av ulike krefter. Både faglig autonomi, medisinske behov, etterspørsel, politisk interesse og medias oppmerksomhet og den medisinsk-teknologiske utviklingen legger føringer på aktiviteten.



---

Med utgangspunkt i denne kompleksiteten har sykehus blitt beskrevet som å bestå av flere ulike organisasjonstyper på en og samme tid<sup>12</sup>. Forvaltningsorganisasjonen skal sikre rett prioritering av pasienter, registrering av ventelister og sikre likeverdig helsetjeneste. Produksjonsbedriften skal ideelt tilpasse behandlingen til den enkelte pasient i dennes møte med sykehuset. Utviklingsorganisasjonen skal stimulere til faglig utvikling, metodeutvikling og utvikling av samfunnets kompetanse gjennom langsiktig satsing på utdanning og forskning. I forlengelsen av dette resonnementet er det en rimelig ambisjon å forsøke å underlegge de ulike organisasjonstypene ulike styringsprinsipper.

Sykehusorganisasjoner kan også beskrives ut fra sine ulike interne funksjoner<sup>13</sup>. Det finnes medisinske funksjoner, hotellfunksjoner og administrative, økonomiske og andre støttefunksjoner. Et ofte diskutert spørsmål er hvordan de ulike funksjonene skal organiseres i forhold til hverandre, for eksempel hvorvidt det er mest hensiktsmessig å samle servicefunksjonene i egne avdelinger eller spre dem ut til de kliniske avdelingene. Det finnes fordeler og ulemper med begge løsningene.

Kompleksiteten i sykehusenes virksomhet forsterkes av at det finnes ulike profesjoner og fagmiljøer knyttet til de ulike funksjonene. I tillegg til leger og pleiefaglige grupper finnes det andre helsefaglige grupper, ulike tekniske profesjoner og egne faggrupper som arbeider med drift, service, økonomi, styring og ledelse. Gruppene har ulike kunnskaper og ulik kompetanse. Som faggrupper har de både sammenfallende og motstridende interesser. Kanskje enda viktigere er det at de også kan ha ulike syn og oppfatninger i forhold til hvordan sykehusets kjernevirksomhet kan og bør drives. Sykehus preges internt av det som Ole Berg og Charlotte Haug kaller ”husbråk”<sup>14</sup>, og husbråket har en tendens til å institusjonaliseres.

Samtidig finnes det dialog mellom gruppene, der man gjensidig påvirker og påvirkes av hverandres oppfatninger. I en studie av overlegers forhold til økonomistyring<sup>15</sup> konkluderes det med at legene ikke fullt ut aksepterer sykehusledelsens ambisjoner og syn, og at ledelsen ikke fullt ut aksepterer legeetikken, den faglige autonomien og legenes kunnskapsovertak, men at legenes innstilling til økonomistyring likevel holder på å forandres. Dette er resultat av en allmenn trend i sektoren og samfunnet, men også resultat av at legene og sykehusledelsen mer og mer beveger seg inn på hverandres områder. Økonomitenkningen holder på å institusjonaliseres blant legene – parallelt med legeetikken.

Disse ”mange-kulturelle” egenskapene ved sykehus stiller ledelsen overfor spesielle utfordringer når det gjelder den interne styringen.

---

<sup>12</sup> Vareide 1999:

<sup>13</sup> Dette resonnementet er hentet fra Steineutvalgets rapport ”Pasienten først! Om ledelse og organisering i sykehus”, NOU 1997:2.

<sup>14</sup> Ole Berg og Charlotte Haug: *Helsevesenets ”flokke”*. Tanker om deres årsaker og håndtering. Nytt Norsk Tidsskrift 4/1997 ss 325-339.

<sup>15</sup> Viveka Nilsson: *Empati och distans. En studie av överläkares förhållande till ekonomistyring*. Göteborgs universitet, 1999.

---

## 2.4 Hva sier litteraturen om styring og ledelse av kunnskapsorganisasjoner?

Litteraturen om kunnskapsorganisasjoner behandler relativt ofte spørsmålet om lederskap og spesielle lederutfordringer. Det er vanskeligere å finne forfattere som behandler styring slik vi her har definert det, eller som gir normative råd til det formelle styringssystemet i denne typen organisasjoner. Litteraturens utgangspunkt er tvert imot ofte at kunnskapsorganisasjoner ikke kan styres på vanlig måte. Slike organisasjoner bør i stedet ledes – uformelt og basert på faglige kriterier, og ha som filosofi å gå fra styring og administrasjon til ledelse og motivasjon.<sup>16</sup>

En viktig egenskap ved organisasjonene er at den samlede kompetansen relativt sett er den mest kostnadskrevende produksjonsfaktoren. Derfor er lederskap, personalpolitikk, kultur og arbeidsvilkår avgjørende framgangsfaktorer.

En viktig lederegenskap som holdes fram i litteraturen, er å kunne se helheten og organisasjonens beste. Kunnskapsorganisasjoner domineres av eksperter<sup>17</sup>. Ekspertenes kunnskaper er direkte knyttet til virksomhetsideen og er avgjørende for organisasjonen. Samtidig er alle organisasjoner avhengige av på en god måte å kunne ivareta viktige organisatoriske oppgaver – noen må være leder, noen må forvalte ressursene og systemene og noen må yte intern service. Toppledelsens rolle er å forsøke å balansere de ulike oppgavene og gruppene i organisasjonen. Det er viktig å legge til rette for og gjøre ekspertenes arbeid lettere, men samtidig iverksette tiltak for å holde deres aktiviteter innenfor rammen av virksomheten som helhet.

I *kunnskapsledelse*<sup>18</sup> ligger det et element av å skape en form for ”terrorbalanse” mellom profesjonell kompetanse og administrativ/organisatorisk kompetanse. De yrkesmessige framgangsrike problemløsningene må forenes med langsiktig overlevelse som organisasjon.

Også i det som er skrevet generelt om multiprofesjonelle organisasjoner, handler det mye om lederskap. I den grad man uttalt behandler styring og styringssystemer er beskrivelsen gjerne problematiserende. Utgangspunkt og tema er ofte hvilke vanskeligheter som finnes når det gjelder å styre disse organisasjonene.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Se for eksempel Sveiby (1991) og H. Boter og L. Lindmark (1987): *Kunnskapsforetag – framtidens småforetag*. Umeå universitet.

<sup>17</sup> Sveiby (1991).

<sup>18</sup> Begrepet brukes av Sveiby (1991)

<sup>19</sup> To eksempler på forskning som belyser noe av kompleksiteten og styringsproblematikken ved norske universitet er T. Christensen og Knut Midgaard (red.): *Universitetet som beslutningsarena*. Fagbokforlaget 1997, og Ivar Bleiklie: *Lederrollen ved universitetene*. LOS-notat 9343. Magnus Söderström (1992) hevder at det i litteraturen om multiprofesjonelle organisasjoner virker som om, når det gjelder spørsmålet hvordan man skal styre, ”ingen riktig vet, åtminstone inte i egentlig vetenskaplig mening” (s. 62).

---

En multiprofesjonell organisasjon er oppdelt, differensiert og spesialisert. Dette gjør at det i styring og ledelse av organisasjonen hele tiden finnes et samordningsbehov.

Styringssystemene i multiprofesjonelle organisasjoner har vokst fram gradvis og over lang tid. De kan ha karakter av lappverk, de er ofte komplekse, og det er vanskelig å få kontroll over styringsinformasjonen. Mangler ved styringssystemet gjør styringen ineffektiv og undergraver tilliten i styringsprosessen. Det ligger en stadig utfordring i å rydde opp, fornye og forbedre kvaliteten på styringssystemene.

Multiprofesjonelle organisasjoner preges av ulike interne kulturer. Ulikhetene er knyttet både til hva man gjør og hvordan man utfører sitt arbeid, men også til hvordan man anser at organisasjonen og virksomheten som helhet best bør styres og ledes. Det ligger en stor utfordring i å kunne håndtere disse ulikhetene. Det kreves flere ulike virkemidler for å skape forståelse både for den valgte styring og ledelse og for hverandres kulturer.

Utfordringen for lederne av multiprofesjonelle organisasjoner slik den holdes fram i litteraturen, er således intet mindre enn det å skape styringssystemer som øker samordning og kontroll, som har rett fokus, som dekker hele den komplekse virksomheten, som fungerer godt og som kan oppnå forståelse og legitimitet hos ulike profesjonelle grupper.

Magnus Söderström<sup>20</sup> formulerer det slik at lederne må kunne forene to typer av styringsfilosofier – en uformell, profesjonell og verdibasert styring som passer for kunnskapsbedrifter, og en formell og instrumentell styring som brukes i tradisjonelle bedrifter og forvaltninger. Söderströms råd til ledere på ulike nivåer i organisasjonen er følgende:

La handlingsrommet i den daglige virksomheten være så stort som mulig

Ta særlig ansvar for virksomhetens innretning i stort, for prioritering av ressurser og for at det er god kvalitet i alt som produseres

Sørg for at felles administrasjon og service fungerer bra i forhold til aktuelle behov

Legg vekt på å ha en levende dialog om virksomhetens innretning mellom ulike aktører og på å styre gjennom felles målbilder for virksomheten i stort

Se konflikthåndtering og forhandlinger mellom ulike interesser som en viktig del av lederskapet

Ta særlig ansvar for faglig veiledning og for på andre måter å bidra til felles kunnskapsutvikling.

---

<sup>20</sup> Söderström (1992).

---

## 2.5 Styling og ledelse av sykehus

Vi har gått gjennom en del litteratur som spesifikt behandler intern styling og ledelse i sykehus. Noe i denne litteraturen har det vi kan kalle et kunnskapsperspektiv på styling og ledelse, mens andre deler beskriver økonomistyling i sykehus.

I Steineutvalgets utredning<sup>21</sup> brukes et kunnskapsperspektiv. Utredningen angir særtrekk ved sykehusorganisasjonen som utgjør viktige rammebetingelser for styling og ledelse:

Sykehus er kunnskapsorganisasjoner. For at fagkompetansen kan bli best mulig til utnyttet, vil personalpolitikk og personalforvaltning være viktige ledelsesfunksjoner

Sykehusets medarbeidere er nært knyttet til ulike fagområder. Identitet, karriere og utvikling er nært knyttet til et fag. Faglig ledelse vil være en vesentlig ledelsesfunksjon

Det finnes et individuelt faglig ansvar hos hver enkelt fagutøver og det finnes et systemmessig ansvar i fagmiljøet for at faget organiseres på en forsvarlig måte. Legene står her gjennom lov om leger i en særstilling.<sup>22</sup> Ledelse må utøves med respekt for de tilsattes fagkompetanse og faglige ansvar

Som en følge av den funksjonelle arbeidsdelingen oppstår det avhengighet mellom de ulike funksjonene, og resultatet vil være avhengig av god samordning og godt samarbeid. Koordinering av arbeidsoppgaver og stimulering av gode samarbeidsrelasjoner vil være viktige ledelsesfunksjoner.

I praksis, hevder Steineutvalget, gjør disse særtrekkene at sykehus styres både nedenfra og ovenfra. Ovenfra styres sykehusene med utgangspunkt i arbeidsgivers styringsrett og de krav og retningslinjer som eier og offentlige myndigheter legger på sykehusene. Nedenfra styres sykehusene av fagnormer, av prioriteringer og selvstendig fagutøvelse og av utviklingen i fagmiljøene. Steineutvalget understreker at dersom ledelsesfunksjonen i sykehus skal lykkes, må man erkjenne de spenninger som kan være mellom styringsdimensjonene. *Sykehusets karakter av kunnskapsorganisasjon gjør det helt nødvendig å gjøre stor bruk av delegering. Samtidig må det finnes fram til styringsformer som klart reflekterer det helhetlige ansvaret som er knyttet til de ulike organisatoriske ledelsesnivåene i sykehuset (s. 89).*

Utvalgets oppfatning er at en best mulig integrering av styling nedenfra og styling ovenfra skjer gjennom en fokusering på og oppfølging av de overordnede målene for virksomheten.

---

<sup>21</sup> NOU 1997:2

<sup>22</sup> Lov om leger skal erstattes av en ny lov om helsepersonell som skal tre i kraft fra 1.1.2001. Jf. Ot. prp. nr. 13 (1998–99), Innst. O. nr. 58 (1998–99) og Besl. O. nr. 64 (1998–99).

---

Modellen for sykehusets toppledelse bør, ifølge Steineutvalget, ligge et sted mellom den sentralistiske modellen og en modell der hver utøvende avdeling i praksis styrer seg selv. Det er viktig å finne en modell som fremmer et holdningsmessig og strategisk fellesskap mellom de ulike delene av sykehuset.

Samtidig understrekes sykehusledelsens helhetlige ansvar<sup>23</sup>. Ansvaret gjelder sykehusets resultater og aktiviteter, men også at sykehuset har strukturer og systemer som er tilpasset oppgavene som skal løses. Konkret innebærer ansvaret å sørge for at strategiplan og årlig virksomhetsplan er forankret i spennvidden av mål som sykehuset har (s. 96). En annen del av ansvaret er å etablere systemer for oppfølging som gir ledelsen tilstrekkelig innsyn i og kontroll med at rammene respekteres og mål nås (s. 89).

I toppledelsens oppgave ligger det også å kontinuerlig arbeide med å tilpasse arbeidskraft og kompetanse til oppgavene som sykehuset er satt til å gjøre (s. 77), og til forandringer i omgivelsene som stiller nye krav til virksomheten. Steineutvalget ser også endringsledelse som en viktig utfordring i tiden som kommer (s. 96).

Basert på en undersøkelse blant norske sykehusdirektører om egen arbeids-situasjon hevdes det i en artikkel av Egil Marstein<sup>24</sup> at det finnes en *ledelsesmessig krise* ved sykehusene. Det finnes få tegn på et helhetlig lederskap. Utfordringene ligger i både det styringsmessige mandatet, i direktørens autoritet vis a vis sykehusets kliniske miljø og i selve lederrollen. Marsteins anbefalinger handler om å forsterke dialogen mellom direktør og overordnet nivå, styrke direktørens rolle som sykehusets øverste leder, og prioritere lederutvikling.

I en artikkel av Ole Berg og Charlotte Haug<sup>25</sup> drøftes interne styrings- og ledelsesproblemer i sykehus som intrikate ”floker” som er resultat av flere ulike forhold og faktorer. Forfatterens syn på hvordan man kan håndtere floken er å utvikle dialogbaserte og formålsrettede møter hele veien fra pasient og lege til sykehusenes toppnivå. Dette krever desentralisering, delegering og forenkling, slik at flest mulig oppgaver løses der det pasientrettede arbeidet skjer. Det krever også at både de medisinske ansvarlige og lederne tydeliggjør, fører en dialog om og ansvarliggjøres i forhold til sine respektive roller. Lederen får en viktig pedagogisk og kulturbyggende oppgave i det å skape en kultur der alle er seg bevisst at de er med å påvirke andres muligheter til å lykkes.

---

<sup>23</sup> Steineutvalget ser sykehusdirektørens ansvar som å innebære et helhetlig ansvar for måloppnåelse, innefor de rammer som lovgivning, eier og styre fastsetter. Et tilsvarende helhetlig ansvar eksisterer på alle nivåer i organisasjonen. Det helhetlige ansvaret innebærer organisering, planlegging og forvaltning av økonomiske og personellmessige ressurser, herunder plassering av ansvar, ressurser og fullmakter til de ulike delene av organisasjonen, samt fortløpende styring gjennom planer og enkeltstående beslutninger (s. 89) For ansvaret på lavere nivåer vil det være avgrenset av de ansvars- og styringsbeslutninger som overordnede nivåer i organisasjonen har truffet.

<sup>24</sup> Egil Marstein: *Ledere i kulden*. Helsetjenesten – Medisinsk teknikk, nr. 6/1996

<sup>25</sup> Se note 14

---

En liknende konklusjon finnes i artikkelen *Hvordan lede organisasjoner av profesjonelle*.<sup>26</sup> Ledelse i slike organisasjoner defineres som det å sette og avklare mål for organisasjonens samlede virksomhet, og å sørge for aksept og oppslutning om mål og virkemidler blant organisasjonens tilsatte. Profesjonelle utøvere må være villige til – og få forholdene lagt til rette for – å engasjere seg i organisasjonens øverste ledelse. Lederne må åpne fagfolkenes øyne for hvordan deres egne avgjørelser i det daglige arbeidet kan hindre organisasjonen i å nå sine overordnede mål. Artikkelen anbefaler lederne å gjøre bruk av pedagogiske virkemidler i den interne styringen.

I deler av styringslitteraturen<sup>27</sup> som er knyttet til økonomistyringen på det enkelte sykehus, vises det til følgende systematiske svakheter ved dagens styringssystemer på dette området:

- Mangelfull målorientering
- Mangelfull planlegging av eksisterende virksomhet
- Mangelfull samordning mellom planer og budsjett
- Mangelfull oppfølging av budsjett og planer

Studier av hvordan budsjett- og regnskapssystemene fungerer ved norske sykehus<sup>28</sup> viser en rekke generelle svakheter ved dagens budsjett- og regnskapssystemer. Det presiseres imidlertid at ikke alle svakhetene gjelder for samtlige sykehus.

For det første er det generelt et problem at budsjetter i liten grad oppfattes som bindende for avdelingsdriften – enten det gjelder aktivitetsnivå eller ramme for netto driftsutgifter. Avdelinger som innretter driften etter vedtatte økonomi- og aktivitetsplaner, blir ikke belønnet for dette, men kan tvert i mot risikere å straffes ved at budsjettet reduseres i neste omgang. Det er i liten grad iverksatt sanksjoner overfor avdelinger som i større eller mindre grad ignorerer driftsplaner.

Mange opplever kriteriene for tildeling av rammer til avdelingene som tilfeldige og lite objektive, og dette gjør at rammene i mindre grad oppleves som bindende for driften.

Det vises til at pasientbehandling krever innsats fra flere avdelinger som budsjettmessig er atskilt. Dette er med på å pulverisere ansvar og vanskelig-gjøre oversikt. Det er også en svakhet ved dagens styringssystem at avdelingene ikke blir belastet økonomisk for bruk av tjenester fra serviceavdelinger (f.eks. laboratorier, røntgen, anestesi, kjøkken).

Videre blir nye behandlingsmetoder/medikamenter ofte introdusert uten at nødvendige kostnadsvurderinger er foretatt, og uten at eventuelle konsekvenser for andre avdelinger er vurdert. Ofte tas viktige beslutninger med økonomiske

---

<sup>26</sup> Atle Jordahl: *Hvordan lede organisasjoner av profesjonelle?*. Helsetjenesten- Medisinsk teknikk nr. 2/1993.

<sup>27</sup> Pettersen/Bjørnenak: *Fra økonomisk teori til klinisk praksis- om økonomistyring i helsesektoren*. 1997

<sup>28</sup> Pettersen 1995

---

konsekvenser uten at dette er bygget inn i budsjettet. Dette gjelder både investeringer i utstyr og endringer i aktivitetsnivå.

En viktig forutsetning for en god økonomistyring er å ha bra styrings- eller ledelsesinformasjon. På basis av en benchmarking-studie av ledelsesinformasjon i norske sykehus presenterer Eidissen<sup>29</sup> et antall problemer som er felles for sykehusene. Ledelsesinformasjonen i sykehusene er spesielt svak når det gjelder å fokusere på målsettinger. Informasjonen blir ikke kommunisert på en god måte. Ingen av sykehusene har eller presenterer informasjon om kostnader i forhold til aktivitet. Sykehusene rapporterer aktivitetstall og DRG-poeng til ledelsen, men sifrene forklares sjelden, og relateres i liten grad til mål og strategier. Kritiske faktorer, for eksempel kvalitet, måles og rapporteres ikke på noen systematisk måte. Informasjonens tilgjengelighet og brukervennlighet varierer. Lederne er ikke fornøyde når det gjelder informasjonens pålitelighet og relevans.

Eidissens konklusjon er at alle sykehusene har noe å lære, og at de i større grad bør gjøre felles anstrengelser når det gjelder å utvikle ledelsesinformasjon. Gitt at rammebetingelser endres, øker behovet for at styringsinformasjonen tidlig gir relevante og riktige signaler som grunnlag for kursendring. Eidissens anbefaling til sykehusene er å innføre balansert målstyring<sup>30</sup>, som innebærer å fokusere på flere mål samtidig og systematisk evaluere ressurser, prosesser og resultater som er viktige for å nå målene.

## 2.6 Tilnærming til intern styring i kunnskapsorganisasjoner

Basert på litteraturen som er referert i dette kapitlet, kan vi anlegge et styringsoptimistisk eller et styringspessimistisk perspektiv når det gjelder styring av organisasjoner som Rikshospitalet.

Med et styringsoptimistisk perspektiv anser vi at organisasjonen innebærer spesielle muligheter. Utfordringen er å ta vare på og utnytte de utviklingsmuligheter og konkurransefordeler for organisasjonen som ligger i personalets store faglige kompetanse. Styringssystemets viktigste oppgave blir å gi tilstrekkelig rom for den faglige virksomheten, blant annet gjennom å fokusere, måle, synliggjøre og belønne slik virksomhet. Overordnede mål og styringsparametre må være godt kjent for alle i organisasjonen, gi faglig mening og være faglig utfordrende. Fagpersonene bør i størst mulig grad involveres i styringsprosessen, og beslutninger delegeres og desentraliseres så langt det går. Styringsdialogen er det viktigste instrumentet for å skape tillit og effektivitet i prosessen. Ledere må gis muligheter til også å være fagpersoner, og fagpersoner må gis muligheter til å være ledere. Det må skapes *gjensidig forpliktende dialoger*<sup>31</sup> på alle styringsnivåer i organisasjonen.

---

<sup>29</sup> Willy Eidissen: *Benchmarking av ledelsesinformasjon i norske sykehus*. HMT, nr. 4/98.

<sup>30</sup> Begrepet beskrives nærmere i kapittel 6, punkt 6.3.1.

<sup>31</sup> Uttrykket er hentet fra Ole Berg og Charlotte Haug (1997).

---

Med et styringspessimistisk perspektiv anses kunnskapsorganisasjonen å utgjøre en restriksjon og et hinder for styring. Utgangspunktet er at det finnes et grunnleggende spenningsforhold mellom organisasjonens behov for styring/kontroll og fagpersonenes autonomi. Den faglige og den organisatoriske logikken kan aldri forenes.<sup>32</sup> Utfordringen blir i stedet å få til en rimelig balanse mellom hensynet til dem. Organisasjonen er avhengig av sine fagpersoner – som viktigste ressurs og som informanter. Samtidig er fagpersonene ”troløse” mot organisasjonen – de er vanskelige å rekruttere, vanskelige å styre og lede, og vanskelige å beholde. Styringssystemets viktigste oppgave blir til enhver tid å kunne beskrive, systematisere og strukturere virksomheten på en måte som gir toppledelsen tilstrekkelig oversikt og kontroll over virksomheten. For å klare dette, må styringsprosessen være helhetlig, gjennomtenkt og effektiv. Styringsparametrene må være få og enkle, tydelige og utslagsgivende. For å skape balanse mellom fag og administrasjon/styring, bør det skje en profesjonalisering av styrings- og ledelsesfunksjonene, slik at det er profesjonelle ledere som møter profesjonelle fagmennesker.

Vi benytter begge perspektivene i analysen. Vi gir eksempler både på hvordan man i den interne styringen kan ta vare på og utnytte mulighetene i kunnskapsorganisasjonen, og på hvordan man kan ta hensyn til begrensningene i den.

Ut fra det som er blitt sagt i litteraturen, bør den interne styringen prøves i forhold til følgende spørsmål (som det underforstått bør kunne svares ja på):

- Er det gitt rom for helhetlig ledelse?
- Er det gitt rom for gode styringsdialoger?
- Er styringssystemet tydelig, konsekvent og samordnet?
- Gir styringssystemet tilstrekkelig rom for faglig læring og fornyelse og for organisatorisk utvikling?
- Bidrar styringssystemet til rasjonelle interne ressursallokeringer?
- Gir styringssystemet rette insentiver i forhold til den egentlige hensikten med virksomheten?
- Er styringen basert på størst mulig grad av desentralisering og delegering?
- Er styringsparametrene resultat av deltakelse og dialog?
- Er de administrative støtte- og servicefunksjonene hensiktsmessig utformet, tilstrekkelig kompetente og vel integrert i styringen av virksomheten?
- Er informasjonssystemene vel fungerende?

## **2.7 Prosjektets avgrensning og fokus – intern styring i komplekse kunnskapsorganisasjoner**

Etter denne teoretiske gjennomgangen kan det være på sin plass å summere opp hva som står i fokus i prosjektet.

---

<sup>32</sup> For sykehussektoren har dette vært beskrevet som motsetningsforholdet mellom en tenkning basert på Hippokrates og en tenkning basert på Adam Smith. Olaug Synnøve Lian: *Mellom Hippokrates og Adam Smith. Om utilitarisme, helsereformer og den medisinske kultur.* Doktrogradsavhandling, Universitetet i Tromsø, 1999.



---

Vi behandler intern styring – og dermed ikke primært forhold som ligger utenfor sykehuset, som for eksempel spørsmål om tilknytningsform eller koordinering mellom sykehus.

Visse virkemidler i den interne styringen har vi av ulike grunner valgt å bare kort nevne, for eksempel rene lederskapsspørsmål, spørsmål om sykehusets overordnede organisasjonsstruktur samt innføring og utvikling av kvalitetssystemer.

Vi tar likevel utgangspunkt i en relativt bred definisjon av intern styring. Vi fokuserer både på selve styringssystemet og på de erfaringer med systemet som har nedfelt seg på ulike ledernivåer i organisasjonen.

Vi bruker det kunnskapsorganisatoriske perspektivet til å fokusere på de spesielle styringsmessige utfordringer – muligheter og begrensninger – som ligger i det å skulle få ulike profesjonelle grupper til å samvirke i en spesialisert og kunnskapsbasert virksomhet.

Utgangspunktet for vår analyse er direktørens perspektiv og behov for oversiktlig og helhetlig styring. Til grunn for analysen ligger en idé om hva som er god intern styring. I tillegg har vi et antall mer spesifikke ideer om god intern styring i multiprofesjonelle og komplekse kunnskapsorganisasjoner. Disse ideene er basert på litteratur som blant annet behandler sykehus som kunnskapsorganisasjoner.

Ambisjonen er å bidra med konkrete eksempler og vurderinger av et antall virksomheters styringssystem på en måte som kan hjelpe Rikshospitalet til å utvikle sin interne styring.

Vi vurderer ikke effekter, eventuelle kvalitetsgevinster eller helsegevinster av den interne styringen. At en god intern styring også vil være et gode for pasientbehandling og faglig utvikling ligger, under som en gitt forutsetning.

---

## 3 Kort beskrivelse av organisasjonene

### 3.1 Størrelse, ressurser og produksjon

#### **Rikshospitalet**

Rikshospitalet er universitetsklinikk og et av fem regionsykehus i Norge. I motsetning til de fire andre, er Rikshospitalet eid av staten. I 1998 ble det utført 3545 årsverk ved Rikshospitalet. Av disse var det 453 legeårsverk (13 prosent) og 1395 sykepleierårsverk (40 prosent). Rikshospitalets budsjetttramme for 1998 var 2,1 milliarder kroner.

Rikshospitalet registrerte 47 063 sykehusopphold i 1998. Av de norske regionsykehusene hadde Rikshospitalet den høyeste indeksen (1,66) for pasientsammensetning. Det vil si at sykehuset har pasienter som er mer krevende å behandle enn gjennomsnittet for regionsykehusene. Rikshospitalet har en lavere andel øyeblikkelig hjelp-pasienter enn de andre sykehusene som inngår i prosjektet.

Rikshospitalet er det norske sykehuset som har flest lands- og flerregionale funksjoner.

#### **Haukeland sykehus**

Haukeland sykehus er universitetsklinikk og regionsykehus. I 1998 ble det utført 4208 årsverk ved Haukeland sykehus. Av disse var det 518 legeårsverk (12 prosent) og 1447 sykepleierårsverk (34 prosent). I 1998 hadde sykehuset en budsjetttramme på 2,4 milliarder kroner.

Haukeland sykehus registrerte 55 728 sykehusopphold i 1998, noe som gjør sykehuset til landets største. Sykehuset har samtidig den laveste indeksen (1,16) for pasientsammensetning av de norske regionsykehusene.

Haukeland sykehus har en langt høyere andel øyeblikkelig hjelp enn Rikshospitalet og har også en mye høyere andel lokalsykehusfunksjoner.

#### **H:S Rigshospitalet i København (H:S Rigshospitalet)**

H:S Rigshospitalet er – som Rikshospitalet i Oslo – et høyspesialisert sykehus med lands- og regionfunksjoner innenfor så godt som alle medisinske spesialiteter. Ved H:S Rigshospitalet ble det i 1998 utført 5976 årsverk. Av disse var det 850 legeårsverk (14 prosent) og 2337 sykepleierårsverk (39 prosent).

I 1998 registrerte H:S Rigshospitalet 65 109 sykehusopphold. Budsjettet var i 1998 på 3,2 milliarder danske kroner.

#### **Regionsjukhuset i Örebro (RSÖ)**

RSÖ er – i motsetning til de andre sykehusene i dette prosjektet – ikke universitetsklinikk. Sykehuset er imidlertid hovedsykehus innenfor sin region og har landsdelsfunksjoner (regionfunksjoner)<sup>33</sup>. I 1998 ble det utført 3618

---

<sup>33</sup> Det er planlagt at Regionsjukhuset i Örebro skal være universitetssykehus fra 2001.

---

årsverk ved sykehuset. Av disse utgjorde legeårsverk 431 (12 prosent) og sykepleierårsverk 1501 (41 prosent).

I 1998 registrerte RSÖ 39 023 sykehusopphold. I 1999 var sykehusets budsjett-ramme på 1,5 milliarder svenske kroner.

### **Universitetet i Bergen (UiB)**

UiB er ett av i alt fire norske universiteter. I 1998 ble det utført 2469 årsverk ved UiB, og universitetet hadde 16 870 registrerte studenter og en omfattende forskningsvirksomhet. Universitetet har sju fakulteter og dekker de fleste fagområder. UiB er Norges tredje største universitet.

UiB hadde i 1998 et budsjett på 1,5 milliarder kroner.

### **Det norske Veritas (Veritas)**

Veritas er en næringsdrivende stiftelse som opererer internasjonalt. Veritas har 4700 tilsatte ved kontorer i 100 land. I 1998 hadde organisasjonen en omsetning på 4,4 milliarder kroner.

Veritas leverer tjenester innenfor områdene sikkerhet, kvalitet og miljø. Klassifisering, sertifisering og rådgivning er de viktigste tjenestene organisasjonen leverer.

## **3.2 Organisasjonenes tilknytningsform og finansieringsmåte**

Fem av de seks organisasjonene som inngår i dette prosjektet, er offentlige virksomheter. Rikshospitalet og UiB er statlige, mens Haukeland sykehus, H:S Rigshospitalet og RSÖ er fylkeskommunale eller kommunale virksomheter. Veritas er en næringsdrivende stiftelse.

For offentlige sykehus pågår det for tiden en diskusjon rundt tilknytningsformer (jf. for eksempel NOU 1999:15). Tilknytningsformen for en virksomhet legger rammer for hvordan virksomheten kan styres fra eier eller overordnet nivå. Bortsett fra Veritas, er alle virksomhetene offentlig eide og organisert som forvaltningsorganer, og dermed underlagt særlige bestemmelser med hensyn til blant annet organisering, budsjettering og personalforvaltning. I denne sammenhengen er det viktigste ved tilknytningsformer at de legger føringer på virksomhetenes handlefrihet og har følger for den interne styringen i virksomhetene.

En viktig forskjell mellom de to rikshospitalene er at H:S Rigshospitalet er kommunalt eid, mens det norske Rikshospitalet er statseid. Måten H:S Rigshospitalet er styrt på, representerer også en forskjell ved at sykehuset inngår i *Hovedstadens sykehusfællesskab* (H:S) sammen med fem andre sykehus. H:S er et administrativt organ som er ledet av en *direktion* og et styre som delvis er politisk sammensatt. H:S eies og finansieres av to kommuner (København og Fredriksberg) og staten. Det at H:S Rigshospitalet inngår i et sykehusfelleskap har effekter på hvordan funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Københavnsområdet foregår. H:S Rigshospitalet gir uttrykk for

---

større tilfredshet med funksjonsfordelingen og med samarbeidet med de andre sykehusene sammenliknet med situasjonen tidligere, da sykehusene hadde ulike eiere.

Haukeland sykehus og Regionsjukhuset i Örebro er begge fylkeskommunale sykehus. I begge de aktuelle fylkene er det – som for H:S-området i København – flere sykehus som er underlagt samme eier. For det norske Rikshospitalets del vil diskusjoner rundt funksjonsfordeling innebære forhandlinger mellom forskjellige sykehuseiere.

Hvordan virksomheten finansieres, gir føringer for den interne styringen og i hvilken grad det er rom for interne prioriteringer i virksomhetene. For eksempel varierer det i hvilken grad virksomhetene kan øke utgiftene i forhold til forventede økte inntekter. Veritas skiller seg klart fra de øvrige virksomhetene gjennom finansiering i markedet. Til forskjell fra de offentlige institusjonene kan Veritas selv bestemme hvilke tjenester som skal leveres til kundene.

For sykehusenes del er det de senere årene lagt større vekt på finansieringsformer etter forbilder hentet fra markedet. Sykehusene er i økende grad aktivitetsfinansierte, men ordningene tilsvarer ikke en finansiering i markedet. Sykehusene mottar 50 prosent av DRG-prisen for aktiviteter begrenset av en kryptegrens for DRG-indeksen. Det diskuteres om refusjonen er tilstrekkelig til å dekke sykehusenes økte kostnader ved merproduksjonen. Sykehusene kan ikke selv velge hvilke tjenester de skal levere, og har bare delvis påvirkning på hvilke priser som skal settes på de ulike tjenestene. I hovedsak er det rimelig å si at både sykehusene og universitetene er budsjettstyrte. Det blir dermed et spørsmål om å levere mest mulig pasientbehandling, undervisning og forskning ut fra den tildelte budsjetttrammen. Samtidig gjør det økende innslaget av aktivitetsbasert finansiering at virksomhetene stilles overfor nye utfordringer med hensyn til å skape en balanse mellom den virksomheten som stykkprisfinansieres og de øvrige aktivitetene, ettersom den aktivitetsbaserte finansieringen kan sies å være prioritetsvridende til fordel for visse aktiviteter.

Regionsjukhuset i Örebro skiller seg fra de andre offentlige virksomhetene i prosjektet gjennom tidsplanen for budsjettprosessen mellom eier og sykehus. Mens de øvrige sykehusene og Universitetet i Bergen får sitt budsjett mot slutten av året, blir budsjettet for kommende år i Örebro län fra 1999 fastlagt allerede i juni. Sykehusets budsjettarbeid i siste halvdel av året kan dermed basere seg på fastlagte politiske prioriteringer. Dette skal gjøre det lettere å skape samsvar mellom politiske beslutninger og sykehusets planlegging av egen aktivitet.

### **3.3 Organisasjonene i prosjektet – komplekse, multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner**

Alle virksomhetene i vår studie er store, arbeidskraftintensive og komplekse organisasjoner. De har flere ulike grupper av profesjonelle og andre medarbeidere med høy kunnskap og spesiell kompetanse, og de arbeider i stor grad med komplekse oppgaver av problemløsende karakter.

---

Sykehusvirksomheten er kanskje den mest varierte og komplekse. Den strekker seg fra service og enklere tjenester via pleie og omsorg for svært mange mennesker til høyspesialisert, høyteknologisk og kompleks behandlingsevne, forsknings- og utviklingsarbeid. Det kan finnes visse organisatoriske enheter i virksomheten som fungerer som rene kunnskapsorganisasjoner, mens avdelingene/klinikkene inneholder hele spennvidden av oppgaver.

Foruten å være kunnskaps- og kompetanseintensive, er sykehusene også kapitalvare- og teknologiintensive. Sykehusvirksomheten består av et antall prosesser som mer eller mindre direkte forholder seg til pasienter, og som i ulik grad og på ulike måter involverer ulike organisasjonsenheter, profesjoner, kompetanser og teknologisk utrustning. Noen prosesser er typiske kunnskapsorganisasjonelle prosesser, der ny kunnskap eller nye metoder er resultatet eller produktet. Andre prosesser er repetitive og gir likt resultat, men selve prosessen er kompleks og krever spesialisert kunnskap og kompetanse. Det finnes også prosesser der den formelle kunnskapsinnsatsen er relativt liten, men hvor det kreves mye kompetanse, medmenneskelighet, omtanke og erfaring.

Universitetet har forskning, undervisning og formidling av vitenskapelig kunnskap som sine hovedoppgaver. Samtlige oppgaver utføres i basisorganisasjonen (instituttene) av vitenskapelig personell som er tilsatt ut fra et meritterende prinsipp. Oppgavene har ulik karakter og styres på ulike måter. Begge typer oppgaver bygger på de tilsattes faglighet – som utgjør kjernen i hele universitetets virksomhet. Således er universitetet mer en typisk kunnskapsorganisasjon enn sykehusene.

Samtidig passer universitetet inn i definisjonen av multiprofesjonelle organisasjoner. Universitetet som helhet har en sterk identitet som institusjon – med en lang historie, et komplekst styringssystem og et administrativt apparat som fungerer parallelt med det faglige apparatet. Det finnes mange ulike profesjonelle kulturer. Instituttens vitenskapelige personell tilhører ulike fag/disipliner, de har ulik kunnskapsmasse, arbeider med ulike tema og bruker ulike vitenskapelige metoder i sin forskning. Det finnes både sammenfallende og motstridende interesser mellom disse faggruppene i forhold til styringen av universitetet som helhet. Faggruppene kan også ha ulike syn og oppfatninger i forhold til måten universitetet kan og bør drives på.

Det norske Veritas fungerer som en tjenesteproduserende bedrift som leverer komplekse tjenester. Virksomheten bygger på spesialisert kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne. Veritas har en lang historie og en institusjonell identitet som preger organisasjonen.

---

## 4 Toppledelsens handlingsrom

### 4.1 Fullmakter og rammebetingelser

Både sykehusene og UiB har forholdsvis vide fullmakter på det økonomiske området. En viktig forskjell er det imidlertid mellom de to statlige institusjonstypene. UiB er bruttobudsjettert, mens Rikshospitalet ble nettobudsjettert fra 1999. Bruttobudsjettering innebærer at det treffes separate budsjettvedtak for virk-somhetens utgifts- og inntektsside og at det i utgangspunktet ikke er noen direkte kopling mellom de to budsjettvedtakene. Nettobudsjettering innebærer at det bare treffes ett budsjettvedtak og at virksomhetens utgiftsside må tilpasses faktisk oppnådde inntekter. Nettobudsjetteringen medfører at Rikshospitalet kan se inntekter og utgifter i sammenheng og at det blir lettere å foreta lokale prioriteringer mellom ulike utgiftskategorier. Nettobudsjetteringen gjør det også lettere å se budsjettbevilgningen og eksterne inntekter i sammenheng. Forskjellen modifieres noe ved at universitetet har såkalte merinntektsfullmakter og kan øke utgiftene motsvarende økte inntekter.

Haukeland sykehus har også forholdsvis vide fullmakter til økonomiske disposisjoner. Direktøren kan for eksempel omdisponere inntil 500 000 kroner mellom ulike formålskapitler i budsjettet. Sykehuset har også merinntektsfullmakter, slik at utgiftsbudsjettet kan økes mot tilsvarende økte inntekter.

I motsetning til hva som gjelder for sykehusenes drift, er det strengere reguleringer fra eiernes side når det gjelder investeringsmidlene. For Haukelands del er det for eksempel slik at alle saker som gjelder bygningsmessige investeringer og større utstyrsinvesteringer ligger til byggesjefen i fylkeskommunen. Dette medfører et nært samarbeid mellom deler av sykehuset og byggesjefen i fylkeskommunen.

Universitetet i Bergen er – i motsetning til sykehusene – også styrt av en årsverksramme som fastsettes i det årlige tildelingsbrevet. Denne rammen begrenser antall lederstillinger og ordinære stillinger. Tilsetninger utover denne rammen krever særlig godkjenning fra departementet. For de norske sykehusene gjelder det en særskilt regulering for rekruttering av leger. Det finnes et Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling som skal fordele legestillingene mellom de norske sykehusene.

I forhold til Rikshospitalet, er Haukeland sykehus gitt mer begrensede fullmakter på personalområdet. Fra 1999 har sykehuset fått fullmakt til å gjennomføre særskilte forhandlinger og forhandlinger for å rekruttere/beholde personell. Sykehuset har imidlertid ikke fått fullmakten til å gjennomføre de ordinære lokale lønnsforhandlingene som fremdeles gjennomføres sentralt i fylkeskommunen.

Blant de institusjonene vi har undersøkt i prosjektet, er det to som ikke har et eget styre. Haukeland sykehus har ikke eget styre, og kontakten med eieren skjer i hovedsak gjennom direkte kontakt mellom direktøren ved sykehuset og fylkesrådmannen. Ved H:S Rikshospitalet har man heller ikke noe styre for

---

institusjonen, og kontakten til H:S foregår mellom sykehusledelsen og ledelsen ved H:S. Veritas og Rikshospitalet har styrer med såkalt profesjonell sammensetning (dvs. at de ikke er utnevnt på politisk grunnlag), mens styret (kollegiet) ved Universitetet i Bergen består av en blanding av internt valgte og eksternt utpekte medlemmer. Ved UiB er det en rekke saker som må behandles i styret. Blant annet gjelder det tilsetninger i professorstillinger. I Veritas er arbeidsdelingen mellom selskapets daglige ledelse og styret tilsvarende den som gjelder for aksjeselskaper. Styret har ansvaret for stiftelsen og skal ta beslutninger i overordnede og prinsipielle saker, mens den daglige ledelsen skal stå for den daglige driften. En forskjell mellom stiftelser og aksjeselskaper er imidlertid at stiftelser ikke har eiere som kan utøve innflytelse overfor styret.

For UiB og sykehusene er det karakteristisk at de har flere hovedoppgaver som er pålagt av overordnet myndighet. Det varierer imidlertid i hvilken grad det stilles klare kvantitative krav til de ulike oppgavene. For universitetet stilles det kvantitative krav til undervisningssiden, mens det i liten grad stilles slike krav til forskningsvirksomheten. Finansieringen av disse to hovedoppgavene er også ulik. Mens det på undervisningssiden gis ulike former for stykkprisfinansiering, er ikke det tilfellet for forskningen. Forskningen er også i nokså stor grad finansiert gjennom ulike eksterne kilder, noe som må antas å påvirke hvordan forskningsaktiviteten kan være gjenstand for interne prioriteringsbeslutninger. Veritas har også en relativt omfattende forskningsvirksomhet. Denne forskningen vil på en annen måte enn for universitetene og sykehusene måtte innrettes etter vurderinger av forskningens markedsverdi.

For sykehusene er det tilsvarende klare forskjeller mellom hvordan pasientbehandling og forskning finansieres og er gjenstand for interne prioriteringsbeslutninger.

Både ved sykehusene og ved UiB gis det uttrykk for at man i økende grad er opptatt av hvordan forskningen skal ivaretas og styres. Rikshospitalet har for eksempel satt i gang et arbeid med å registrere forskningsaktiviteten og ressursbruken til dette formålet bedre. En slik kartlegging skal bidra til å gi et bilde av den totale forskningsaktiviteten og skal danne grunnlag for prioriteringer og for organisatoriske valg for forskningsvirksomheten.

## **4.2 Organisasjon og ledelse**

De offentlige virksomhetene i undersøkelsen er underlagt godkjenningskrav for organisering. For eksempel er det departementet (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet) som endelig fastsetter fakultetsinndelingen ved universitetene.

Virksomhetene har valgt ulike former for overordnet organisering. Mens både H:S Rikshospitalet og Haukeland sykehus har valgt det man med en fellesbetegnelse kan kalle en divisjonsstruktur, har Rikshospitalet og RSÖ valgt en organisering der sykehusets avdelinger er direkte underlagt sykehusledelsen. Ved RSÖ er den flate strukturen modifisert gjennom en inndeling i seks såkalte strukturområder. Et antall klinikker inngår i et strukturområde som ledes av en

---

strukturleder. Strukturlederne har imidlertid ingen særskilte fullmakter eller noe formelt mandat. Det er heller ikke knyttet noe administrativt apparat til strukturene. Lederskapet i strukturlederrollen er basert på at de aktuelle personene har legitimitet i systemet. Ved Rikshospitalet kan Hjerte-/lungeklinikken minne om en divisjon, men denne klinikken er et unntak fra den generelle måten å organisere sykehuset på. Veritas har en sammensatt organisasjonsmodell og er linjeorganisert etter geografiske satsningsområder, men har i tillegg en stabsorganisasjon og fire ulike forretningsområder som er organisert etter andre prinsipper.

Den overordnede organiseringen av virksomhetene gir klare føringer for enkelte deler av styringssystemet. Å velge en divisjonsstruktur innebærer for eksempel at rapportering fra avdelingene går via divisjonene til virksomhetsledelsen. Ved H:S Rigshospitalet er det i liten grad noen direkte kontakt mellom klinikkene (avdelingene) og *direksjonen* ved sykehuset. Dette er også en bevisst policy fra *direksjonens* side, som ønsker at sentrene skal fungere som klinikkens overordnede nivå. Ved H:S Rigshospitalet har man dessuten valgt en mer desentralisert modell for personal- og økonomifunksjonene enn hva vi ser i de øvrige offentlige institusjonene. Ved sentrene er det i større grad bygd opp kompetanse til å foreta selvstendige økonomiske analyser både av senterets utvikling og analyse til støtte for klinikkene som inngår i senteret. Det innebærer også at den sentrale økonomiavdelingen i større grad konsentrerer seg om overordnede spørsmål. Tilsvarende har den sentrale personalavdelingen ved H:S Rigshospitalet i hovedsak oppgaver som er knyttet til overordnet policy.

Ved Regionsjukhuset i Örebro har sykehusdirektøren både økonomisjef og personalsjef i sin stab. Personal- og økonomifunksjonene er imidlertid organisert i en egen avdeling for administrativ service som skal yte støtte til sykehusets klinikker. Økonomisjef og personalsjef blir dermed rene stabsfunksjoner konsentrert rundt strategiske spørsmål.

Veritas har i stor utstrekning desentralisert ansvaret for personal og økonomi til den enkelte organisatoriske enhet i Norge. Samtidig har man en sentral enhet som yter administrative tjenester til de organisatoriske enhetene. Enhetene har imidlertid en faglig ansvarlig for personal og økonomi som bestiller tjenester fra den sentrale enheten og gjør egne analyser.

Universitetet i Bergen er den virksomheten som skiller seg klart ut med hensyn til ledelsesstruktur. På alle nivåer i universitetet er det en valgt leder (blant vitenskapelig personell) og en administrativ leder (tilsatt). Det som særlig skiller Universitetet fra de øvrige institusjonene, er at skillet mellom fag og administrasjon er institusjonalisert. Den administrative ledelsen er ansett for å være mer markert som ledelse både ved universitetet sentralt og ved fakultetene enn ved instituttene.

Over tid har man ved UiB arbeidet med å styrke den administrative ledelsen gjennom blant annet å opprette nye administrative lederstillinger ved instituttene (kontorsjefer). Arbeidsdelingen mellom kontorsjefen og den valgte



---

lederen (instituttstyrer) er imidlertid ikke i alle tilfeller like klar, og synes i nokså stor grad å være personbasert.

Man har ved UiB også jobbet med å styrke den faglige lederrollen til de valgte lederne. Dette arbeidet kompliseres i noen grad av at universitetskulturen er basert på kollegialitet, og at det er vanskelig for en valgt leder å opptre som arbeidsgiver overfor sine kolleger.

Et fellestrekk ved alle virksomhetene er at det stilles spesielle krav til lederne for at de skal ha legitimitet. Selv om det varierer i hvilken grad det stilles formelle krav om utdanningsbakgrunn for å kunne inneha lederstillinger, gis det i alle virksomhetene uttrykk for at det er nødvendig å ha en grunnleggende forståelse av virksomheten for å kunne oppnå ledelsesmessig legitimitet. Ved de to sykehusene som har en divisjonsstruktur, stilles det ikke formelle krav om at blokk-/senterlederne skal ha en særskilt yrkesmessig bakgrunn.

Virksomhetene i vårt prosjekt har organisert sine lederfunksjoner på ulike måter. Alle kjennetegnes likevel ved at lederne på avdelingsnivået har faglige oppgaver ved siden av de administrative lederoppgavene. Både ved universitet og ved sykehusene er dette trekket ganske framtrædende. På avdelingsnivå ved sykehusene er det for eksempel slik at avdelingsoverlegen helst skal kunne bruke deler av tiden sin som lege i sykehuset.

### **4.3 Arbeidsgiverrollen og avtalesystemet**

Alle virksomhetene er underlagt regler eller avtaleverk som regulerer de tilsattes medbestemmelse, lønnsforhold og arbeidstid. I tillegg til å være underlagt det generelle regelverket, er det ved sykehusene spesielle avtaler som regulerer legenes lønnsforhold og arbeidstid.

Sykehusenes virksomhet gjør det nødvendig med særlige reguleringer i forhold til arbeidstid og betaling for overtid, vakter og beredskap. Selv om alle virksomhetene kan karakteriseres som arbeidskraftintensive, vil sykehusene skille seg ut på denne dimensjonen. Haukeland sykehus har i denne forbindelsen satt i verk prøveprosjekter med en planleggingsperiode for turnus for pleiepersonale som skal gå over 52 uker. Dette er en periode som er mye lengre enn hva som er vanlig, og hensikten er å kunne planlegge bruken av arbeidskraften på en bedre måte.

Virksomhetene viser alle til at de ikke står fritt til å fastsette lønn for sine tilsatte, selv om årsakene til dette varierer. I noen tilfeller vurderes dette som et problem. Dette kommer klartest til uttrykk ved Haukeland sykehus, der flere informanter gir uttrykk for at den lønnspolicy'en som er fastsatt av Hordaland fylkeskommune som eier, hindrer sykehuset i å rekruttere pleiepersonell. Et forhold som er spesielt ved Haukeland sykehus, er at sykehuset ikke er tildelt fullmakt til å gjennomføre lokale lønnsforhandlinger. Slike forhandlinger foregår sentralt i fylkeskommunen. Informantene gir uttrykk for at dette er et problem i forhold til å bruke lønnsforhandlinger som en del av ledelsesfunksjonen.

---

Å være underlagt avtaleverket vurderes av alle virksomhetene som å sette grenser for arbeidet med å tilpasse seg omgivelsenes skiftende krav og forventninger. Et forhold ved avtaleverket som har blitt nevnt i de norske sykehusene, er bestemmelsen om ankeadgangen i personalsaker. Bestemmelsen innebærer at et mindretall i et tilsettingsutvalg (de tilsattes organisasjoner) kan anke avgjørelsen i en personalsak til virksomhetens overordnede nivå eller til en særskilt nemnd. Bestemmelsen blir sjelden brukt, men det antas at den likevel kan ha betydning for arbeidsgivers styringsrett fordi ankeadgangen virker som et sterkt forhandlingskort for de tilsatte og deres organisasjoner.

#### **4.4 Andre sentrale forhold**

Et forhold som skiller sykehusene fra de øvrige virksomhetene er at legene står i en særstilling med hensyn til medisinsk-faglige avgjørelser. På tross av at direktørene har et totalansvar for sykehusenes virksomhet, kan de ikke overprøve legenes faglige vurderinger i enkelttilfeller. Ettersom en stor del av virksomheten ved et sykehus er et aggregat av enkeltbeslutninger som er unntatt fra instruksjon, må direktørens styring skje indirekte gjennom budsjettstyring og andre virkemidler.

Karakteristisk for både sykehus og universiteter er at de er preget av styring nedenfra så vel som ovenfra. For sykehusenes del er det slik at den medisinske utviklingen (bl.a. innenfor teknologi og behandlingsmetoder) påvirker virksomheten. Denne utviklingen er i nokså stor grad styrt nedenfra – gjennom det som skjer i det enkelte fagmiljø, men får over tid stor betydning for sykehusenes virksomhet som helhet. Utviklingen er til dels styrt ved ulike ordninger for sentral prioritering og konsekvensutredning av nye behandlingsmetoder. Det er sykehuset som legger fram forslag til nye behandlingsformer for eier/overordnet nivå.

For sykehusene er det innenfor visse grupper problemer med å rekruttere kvalifisert personell. For tiden synes dette særlig å gjelde visse grupper av sykepleiere. Rekrutteringsproblemen medfører at det kan oppstå flaskehals i pasientbehandlingen ved sykehusene. Det er på personalsiden at sykehusene klart er i en konkurransesituasjon. Ved Haukeland sykehus og Regionsjukhuset i Örebro gir informantene uttrykk for at eierens økonomiske situasjon har konsekvenser for ressurstilførselen til sykehuset.

Alle virksomhetene som inngår i prosjektet, kan karakteriseres som multi-profesjonelle organisasjoner. Samtidig har alle virksomhetene en lang institusjonell historie og er preget av sin tradisjon og organisasjonskultur. Felles for virksomhetene er at det legges betydelig vekt på faglig autonomi og på betydningen av faglig forståelse og innsikt for å kunne utøve lederskap.

---

## 5 Formelt styringssystem og styringspraksis

### 5.1 Rolle-, ansvars- og oppgavefordeling i virksomhetene

Når det gjelder rolle-, ansvars- og oppgavefordelingen i virksomhetene, har vi sett spesielt på følgende forhold:

Graden av sentralisering/desentralisering av støttefunksjoner

Hvilke fullmakter de ulike nivåene har og i hvilken grad fullmaktene er tydeliggjort i organisasjonene

Dette er forhold som har betydning for hvordan den interne styringen kan legges opp og fungerer.

#### 5.1.1 Tydelige fullmakter i form av kart/håndbok

Tydelige beskrivelser av hvilke fullmakter som de ulike nivåene i en organisasjon har, er viktig i det daglige arbeidet. En måte å gjøre dette på er å ha et felles lett tilgjengelig fullmaktskart – gjerne i form av en administrativ håndbok eller liknende. En annen måte å tydeliggjøre fullmaktene på er å beskrive dem verbalt i stillingsinstrukser. Det finnes også eksempler på organisasjoner som ikke har nedskrevne fullmakter.

Alle de seks organisasjonene som vi har studert, har tydeliggjort den interne fullmaktsfordelingen skriftlig, men på ulike måter og i ulike dokumenter.

Veritas har et eget detaljert fullmaktskart som viser fullmaktene for de forskjellige nivåene. I tillegg har alle tilsatte i Veritas egne offentlige arbeidsinstrukser som er tilgjengelige for alle i organisasjonen. Ifølge informantene er dette dokumenter som brukes aktivt og som det er mye diskusjon rundt.

Ved Universitetet i Bergen er det laget en intern forvaltningshåndbok. Her gis en oversikt over eksterne og interne rammevilkår samt felles administrative prosedyrer for økonomi, personal, lønn, drift, sikkerhet, med mer. Boken viser også den formelle rolle- og fullmaktsfordelingen, og har et eget *myndighetskart*.

Ved Haukeland sykehus lages det en økonomihåndbok som gir oversikt over hvilke overordnede rammer, retningslinjer og rutiner som gjelder på det økonomiske området.

Ved H:S Rigshospitalet framgår fullmaktene av kontraktene mellom overordnet og underordnet nivå.

---

Etter det vi har sett, har ikke Rikshospitalet en egen oversikt over fullmakter i den administrative håndboken. Derimot framgår fullmaktene på det budsjettmessige området av tildelingsbrevene til avdelingene.

### **5.1.2 Delegering av fullmakter**

Det er visse forskjeller mellom virksomhetene med hensyn til hvilke fullmakter det underliggende nivået har. De virksomhetene som i størst grad har delegert fullmakter til underliggende nivå, er Veritas, H:S Rigshospitalet og Rikshospitalet.

I Veritas og ved H:S Rigshospitalet er henholdsvis divisjonen/senteret gitt vide fullmakter, og står forholdsvis fritt til å foreta de grep en måtte ønske – innenfor gjeldende budsjetttrammer.

Ved Rikshospitalet har avdelingsledelsen stor frihet til å omdisponere innenfor budsjetttrammen, og økte inntekter gir rom for økt forbruk. På personalområdet påpeker informantene en viss usikkerhet knyttet til avdelingenes fullmakter.

### **5.1.3 Plassering av administrative støttefunksjoner**

Med administrative støttefunksjoner mener vi i denne sammenhengen økonomi- og personaladministrasjon. Plasseringen av de administrative støttefunksjonene må ses i sammenheng med hvilke fullmakter som er delegert til underliggende nivå. Alternative plasseringer av disse funksjonene er

- sentralt i direktørens stab
- i egen enhet under direktøren
- på avdelingsnivå

Vi antar at plasseringen av funksjonene har betydning for koplingen og den gjensidige forståelsen mellom den faglige og den administrative kompetansen (jf. kapittel 2).

Organiseringen av administrative støttefunksjoner er ulik i de virksomhetene vi har sett på. Modellen med administrative støttefunksjoner plassert sentralt i stab er valgt på Haukeland. Rikshospitalets støttefunksjoner er også plassert sentralt. Ved RSÖ er det valgt en modell med en egen administrativ avdeling som ikke er en del av staben, men sideordnet de medisinske avdelingene.

H:S Rigshospitalet har desentralisert en del støttefunksjoner på personal- og budsjettområdet til senter- og klinikknivået. I Veritas er støttefunksjonene i hovedsak desentralisert til divisjonsnivå, mens en del funksjoner fremdeles ligger sentralt. Veritas har en egen relativt stor støttedivisjon som skal drive med fagutvikling og støtte på de ulike fagområdene.

---

## 5.2 Styringsdokumenter

Generelt har vi i våre intervjuer vært opptatt av hvilke dokumenter som finnes, om styringsdokumentene vurderes som tydelige, om det er god sammenheng mellom dem, og hvor godt dokumentene er forankret i organisasjonene. Vi har også sett på hvordan dokumentene er blitt til og fått informantenes vurdering av om de brukes i styringen.

### 5.2.1 Strategidokumenter

Gjennomgangen viser at alle virksomhetene har utarbeidet en strategisk plan – bortsett fra Haukeland sykehus, som har en fireårig økonomiplan av strategisk karakter. Selv om alle virksomhetene lager planer av strategisk karakter, er det tydelig at selve utarbeidelsesprosessen og forankringen av arbeidet varierer.

Rikshospitalet har både en overordnet strategisk plan og avdelingsvise strategiplaner. På grunnlag av strategiplanene har sykehuset også vedtatt en samlet fagprofil som gir føringer for faglige prioriteringer.

Ved Rikshospitalet er planen kommet fram gjennom en bevisst kombinasjon av ”bottom-up”- og ”top-down”-tilnærming. Strategiarbeidet har fortsatt gjennom avdelingenes arbeid med egne strategiplaner med utgangspunkt i den vedtatte overordnede strategiske planen. Informantene vurderer disse dokumentene som godt forankret i organisasjonen, men at det er for tidlig å si noe om hvordan de brukes i styringen.

I Veritas utarbeides en strategi med fem-seks års perspektiv og taktiske planer på to-tre års sikt. Ved H:S Rigshospitalet utarbeides det en strategiplan på to-tre års sikt gjennom et samarbeid mellom *direksjonen* (toppleidelsen) og ledelsen i sentrene. Både i Veritas og ved H:S Rigshospitalet er strategiarbeidet en relativt tung prosess, der mange aktører på ulike nivåer er engasjert. I Veritas settes det ned egne arbeidsgrupper som har ansvar for å drive fram og støtte prosessen rundt utformingen av plandokumentene. Informantene begge steder påpeker at arbeidet med plandokumentene er godt forankret i hele organisasjonen.

Universitetet i Bergen har nylig laget en strategiplan med seks års perspektiv. Informantene her oppfatter strategiplanen som et viktig signal, men er samtidig usikre på hvor styrende den er. Det vises til at strategiplanen ikke er et dokument som aktivt brukes av forskerne og som har en relativt svak faglig forankring i virksomheten. Informantene vurderer strategiplanen som lite operativ og vanskelig å prioritere etter. Planen ble utarbeidet sentralt av en arbeidsgruppe, for så å bli sendt på høring til alle nivåer.

### 5.2.2 Virksomhetsplaner

Alle virksomhetene i vår studie utarbeider en form for samlet virksomhetsplan/aktivitetsplan eller kontrakt med ett års horisont. Det finnes også virksomhetsplaner på avdelings-/instituttnivået for alle – med unntak av Rikshospitalet

---

som ikke har virksomhetsplaner for alle de kliniske avdelingene. Ved Rikshospitalet er det for deler av virksomheten utarbeidet måldokumenter som angir visse tiltak og ansvar for disse. Økonomiavdelingen legger inn plantall for aktiviteter i tildelingsbrevet til avdelingene.

I Veritas planlegges (i en årsplan) langs styringsparametre som budsjett, omsetning, bemanning og resultat. Årsplanen viser hva som skal gjøres av den enkelte enhet for å oppfylle intensjonene i taktisk plan. Årsplanen utarbeides på regionnivå og lavere nivåer. Avdelingene lager utkast til årsplaner, og utarbeidelsen av årsplanene følger en strukturert prosess i regionen, der aktørene på ulike nivåer samhandler tett om det endelige produktet ("bottom-up"-prosess). Informantene uttrykker generelt stor tilfredshet med dagens system for utarbeidelse av årsplaner, selv om regiondirektøren viste til behovet for en noe mindre omfattende plan med sterkere prioriteringssignaler.

H:S Rigshospitalet har i noen år laget ettårige kontrakter med de ulike sentrene. Kontraktene inneholder en beskrivelse av senterets strategi, fullmakter og prinsipper for økonomistyring, budsjett, generelle krav, resultatmål, indikatorer og hvem som er ansvarlige på klinikknivå.

Ved RSÖ utarbeides det en overordnet virksomhetsplan som gir retning, samt avdelingsvise og seksjonsvise planer. Samtlige planer følger en felles struktur, og skal inneholde planer både i forhold til produksjon og kvalitet med mer. Informantene peker på at forutsetningene for å lage en virksomhetsplan er forskjellige for akutt og elektiv virksomhet, og viser til at avdelingene som har mest elektiv virksomhet, har kommet lengst. Sykehuset er i ferd med å ferdigstille en håndbok med sikte på å forbedre virksomhetsplanleggingen.

Generell styringsteori tilsier at årlige planer skal være forankret i overordnede planer av strategisk karakter. Et generelt problem kan være at det er for stor variasjon i tidsperspektiv mellom dokumentene. Noen av virksomhetene i vår studie, f.eks. H:S Rigshospitalet, har løst dette ved å lage strategiske planer med relativt kortsiktig perspektiv. En annen måte er å legge inn et ekstra plannivå på mellomlang sikt, som Veritas gjør.

### **5.2.3 Budsjettdokumenter**

Generelt regnes budsjettdokumentene som viktige styringsdokumenter. Flere av informantene legger vekt på at det bør være god kopling mellom ressurser/ budsjett og aktiviteter/produksjon. Det er framhevet som et generelt problem på sykehusområdet at budsjettprosessen og planprosessen er atskilte prosesser og i liten grad samordnet.

Ved Haukeland sykehus er årsbudsjettet forankret i en fireårig økonomiplan, og delt inn i drifts- og kapitalbudsjett. Budsjettet er fordelt på blokk- og avdelingsnivå. Informantene peker på at budsjettene i utgangspunktet anses som urealistiske, og at det er svak kopling mellom tildelte ressurser og egen aktivitet, slik det framgår av aktivitetsplanene.

---

Ved Rikshospitalet får alle avdelinger et standard tildelingsbrev med vedlegg som er tilpasset den enkelte avdeling. Dokumentene gjør rede for generelle rammebetingelser og hvilke fullmakter som er delegert, og inneholder krav til avdelingene. De kliniske avdelingene står her overfor krav knyttet til aktivitet, finansiering og ressursbruk. Det er imidlertid ikke satt plantall for forskning og undervisning. Serviceavdelingenes tildelingsbrev inneholder ikke krav knyttet til aktivitet.

Ved Universitetet i Bergen er det nylig utarbeidet en budsjettmodell på et av fakultetene. En av intensjonene med den nye modellen er nettopp å få bedre kopling mellom ressurser og produksjon.

H:S Rigshospitalet har i stor grad lyktes med å integrere tildelte ressurser og planlagt produksjon i ett og samme dokument. Dette gjøres gjennom kontraktene der en ”forhandler” seg fram til innholdet, som både omfatter økonomiske rammebetingelser og aktivitetsorienterte krav. Informantene peker på at det her har skjedd et paradigmeskifte i det aktiviteter/produksjon og økonomi ses i sammenheng.

I Veritas ses ikke utforming av budsjettet som en egen prosess uavhengig av aktiviteter og planer. Det er en tett kopling mellom ressurser og produksjon.

#### **5.2.4 Rapporter/oppfølgingsdokumenter**

Alle virksomhetene har regelmessige oppfølgingsrapporter på økonomisiden. Vi har sett på omfanget av rapporteringen og på innholdet. Vi har også vært opptatt av å få informantenes vurdering langs dimensjonene kvalitet, tilgjengelighet og betydning i styringen av virksomheten.

Ved Rikshospitalet utarbeider den sentrale økonomiavdelingen avdelingsvise økonomirapporter månedlig. Rapportene for de kliniske avdelingene har periodiserte tall for aktivitet, utgifter og inntekter, mens rapportene fra serviceavdelingene ikke viser aktivitet. Informantene gir uttrykk for misnøye med rapportenes utforming – de oppfattes som uoversiktlige og vanskelig tilgjengelige.

Hvert halvår lager økonomiavdelingen en mer detaljert rapport for hver avdeling som grunnlag for de halvårlige møtene med ledelsen. Disse rapportene følger en mal og gir oversikt over noen indikatorer knyttet til behov, pasientbehandling, forskning og undervisning, kvalitetssikring samt ressurser, inntekter, kostnader og økonomisk resultat.

I de avdelingsvise rapportene gjør ikke økonomiavdelingen noen analyse/ forklaring av de rapporterte tallene og indikatorene, derimot forventes avdelingsledelsen å kommentere avvik. Noen informanter viser til at økonomistyringen i stor grad handler om å forklare avvik i ettertid. Informantene peker på at dette i liten grad gjøres på en systematisk måte. Enkelte informanter ønsker også større muligheter for en verbal omtale av avdelingens situasjon og pasientresultater. Det ble også gitt uttrykk for et behov for andre styrings-

---

indikatorer blant annet knyttet til personalforhold og til kvalitet som feilbehandling og skader.

Ved Haukeland sykehus utarbeides månedlige aktivitets- og økonomirapporter, som bygger på innrapportering fra avdeling til blokk og fra blokk til direktør. I april og august erstattes disse av tertialrapporter. Årlig lager økonomiavdelingen en samlet regnskaps- og aktivitetsanalyse for sykehuset som viser aktivitets- og produksjonsutvikling, venteliste- og etterspørselsutvikling samt sykehusets økonomiske utvikling.

Økonomiavdelingen ved Haukeland sykehus analyserer og forklarer tallmaterialet i disse rapportene. Informanter viser til at det er et problem at det bare er kliniske aktiviteter rundt inneliggende og polikliniske pasienter som rapporteres. Verken drifts- og støtteavdelingenes virksomhet eller undervisnings- og forskningsvirksomheten planlegges, rapporteres eller analyseres på tilsvarende måte.

Ved H:S Rigshospitalet er innholdet i kontraktene og regnskapsrapporteringen utgangspunktet for sentrenes månedlige rapportering. På dialogmøtene mellom senterledelsen og toppledelsen drøftes kontraktens øvrige mål og handlingsplaner. De to partene er løpende forpliktet til å underrette hverandre dersom det skjer vesentlige endringer i kontraktens forutsetninger. Informantene viser til at rapporteringen fungerer godt.

I Veritas skjer det en omfattende kvantitativ og kvalitativ rapportering hver andre måned. Rapporter utarbeides av seksjonene og konsolideres på regions- og divisjonsnivå. Konsernstaben lager en rapport til konsernledelsen, og supplerer rapporten hver fjerde måned med en prognose. Den kvalitative rapporteringen følger en fast mal, som omfatter fem hovedpunkter: Markeds- vurdering, kvaliteten på tjenestene, personal- og organisasjonsforhold, økonomi og IT. Den kvalitative rapporten til divisjonsdirektøren understøttes med tallmateriale for de tre første punktene.

Den kvantitative delen av rapporteringen til konsernledelsen viser samlet økonomisk resultat og inntekter fordelt på tjenester og forretningsområder. Konsernledelsen får også en markedsrapport og en servicerapport hver andre måned. Informantene i Veritas viser til at den formaliserte rapporteringen fungerer godt, men gir samtidig uttrykk for at den uformelle rapporteringen gjennom det utstrakte personlige nettverket i organisasjonen også er viktig i denne sammenhengen.

Ved Regionsjukhuset i Örebro skjer den viktigste rapporteringen fra avdelingene ved såkalte virksomhetsgjennomganger. Fem ganger i året gjøres en omfattende gjennomgang av hver klinikk. Av disse ledes to (de "store") av direktøren, og tre av strukturlederne. "Direktørgjennomgangene" er relativt omfattende og har fokus på avviksrapportering og årsaksanalyse i forhold til budsjett og virksomhetsplan. Her deltar foruten direktøren, økonomisjef, personalsjef, klinikk-sjef og økonomirådgiver. De tre andre gjennomgangene som er mer praktisk orientert, ledes av strukturlederne, og her legges for eksempel vekt på kvalitet og eventuelle problemer i den daglige virksomheten. I



---

forkant av samtlige gjennomganger går økonomirådgiver gjennom status, prognoser og budsjett sammen med klinikksjef, og det sendes ut en spørsmålsliste som må besvares. Informantene peker på at alle er godt forberedt til disse gjennomgangene.

Et samlet inntrykk er at informantene ser behov for oppfølgingsdokumenter på ulike nivåer som gir et bra grunnlag for styring. Det er betydelige forskjeller mellom de ulike virksomhetene når det gjelder hvorvidt informantene oppfatter dagens rapporter som styrende, kvalitativt gode og tilpasset egne behov.

### 5.2.5 Spesialgjennomganger

I tillegg til rutinemessig oppfølging av en virksomhet kan det være hensiktsmessig å studere deler av virksomheten eller spesielle oppgaver på en mer omfattende og grundig måte (evalueringer). Den eneste virksomheten i vår studie som gjør dette, er H:S Rigshospitalet. Her foretar analyseenheten, som inngår i den sentrale økonomiavdelingen, tre til fem gjennomganger per år av deler av virksomheten (*specialgennemgange*). Analyseenheten foreslår selv hvilke klinikker som skal gjennomgås, men det er toppledelsen som beslutter dette. Politiske prioriteringer og aktualitet har også betydning i denne sammenhengen. I etterkant av analysen inviteres klinikksjef og senterdirektør til diskusjon med toppledelsen, og det er også et oppfølgingsmøte etter to måneder.

Samlet sett viser kartleggingen at det er nokså store variasjoner mellom virksomhetene når det gjelder oppfølging. Variasjonene gjelder både hvem som er involvert, hvor ofte det rapporteres og hva det rapporteres i forhold til. I den ene enden av skalaen har vi Veritas, der seksjonene jevnlig rapporterer skriftlig. Disse rapportene går fra seksjonene – via regionene – til divisjonsnivået. I den andre enden av skalaen har vi Rikshospitalet og Haukeland sykehus, der det er den sentrale økonomiavdelingen som med jevne mellomrom utarbeider regnskapsrapporter som varierer med hensyn til grad av analyse og forklaring av tallene som inngår. Regionsjukhuset i Örebro har valgt å konsentrere oppfølgingen til et antall ganske omfattende virksomhetsgjennomganger, der mange sider av avdelingsvirksomheten ses i en sammenheng. H:S Rigshospitalet har – foruten den rutinemessige oppfølgingen – lagt til såkalte *specialgennemgange* med karakter av evaluering for særskilt interessante oppgaver eller deler av virksomheten.

### 5.2.6 Styring og rapportering av forskningsvirksomhet

Når det gjelder styring av forsknings-, undervisnings- og utviklingsvirksomhet har vi vært opptatt av følgende spørsmål: I hvilken grad styres arbeidet og langs hvilke dimensjoner? Er styringen av forskningen organisert forskjellig fra annen styring? Hvordan følges forskningen opp?

Felles for virksomhetene i vår studie er at de alle driver med forsknings- og utviklingsvirksomhet. Det er likevel store forskjeller mellom virksomhetene

---

med hensyn til hvor stor del av virksomheten det dreier seg om, og hvilken type av forskning det er snakk om. Universitet i Bergen har grunnforskning som en hovedvirksomhet ved siden av undervisningen. Sykehusenes forskning er i hovedsak knyttet til klinisk virksomhet, og utgjør mer en forutsetning for denne virksomheten. Også for Veritas er forskningen å regne som en viktig forutsetning for kjernevirksomheten, og forskningen er knyttet til bedriftenes egne tjenester og produkter. I Norge er Rikshospitalet en meget tung aktør innenfor medisinsk forskning. Disse forskjellene legger ulike premisser for styringen av forskningen i de ulike virksomhetene. Vi har likevel søkt å se fellestrekk i de ulike virksomhetene for å se om det er noe man kan lære av hverandre på dette området.

Ved Universitetet i Bergen understreker informantene at de to hovedoppgavene – forskning og utdanning – er såpass forskjellige at de krever ulik form for styring. Mens undervisningsvirksomheten i større grad er eksponert for eksterne krav og forventninger og kan settes konkrete resultatkrav til, kommer forskningen i stor grad ”innenfra” – gjennom enkeltforskere og grupper av forskeres arbeid – og er vanskelig å predikere. I praksis styres likevel forskningsvirksomheten gjennom tilsettingen av vitenskapelig personale, fordelingen av forskningsbudsjettene, og gjennom de ulike formene for rapportering og oppfølging – internt og eksternt.

For Regionsjukhuset i Örebro er forskning et framtidig satsingsområde. Sykehuset har nedsatt en sentral styringsgruppe for forskning, utvikling og undervisning som ledes av direktøren. Forskningsgruppen har i 1998 utarbeidet en forskningsstrategi for sykehuset. Under forskningsgruppen finnes en enhet for utprøving og evaluering av medisinsk metodikk. Sykehuset har også innrettet et antall kombinasjonsstillinger med personer som jobber både med forskning/ utvikling og klinisk medisinsk eller pleiefaglig virksomhet. For kombinasjonsstillingene er det avsatt en viss tid til sammenhengende forskningsarbeid per år. På strukturnivå finnes det også grupper for forskning. Klinikksjefene i alle klinikkene utpeker en representant som har forskningsansvar/forskningserfaring fra henholdsvis lege- og pleiesiden. Strukturlederen fungerer som leder for forskningsgruppen. Forslag til forsknings- og utviklingstiltak prioriteres og fordeles mellom klinikkene, basert på søknad.

I Veritas peker informanter på at det generelt er vanskelig å styre forskningen. Forskningen styres av direktørene for forretningsområdene. Det gis også føringer for forskningen i taktisk plan med et perspektiv på to-tre år. I utgangspunktet innhentes forslag fra alle divisjoner. Deretter har en person fra hvert forretningsområde ansvar for å koordinere, prioritere og fordele økonomiske rammer for forskningen. Det skilles mellom langsiktige og kortsiktige forskningstiltak.

Ved Haukeland sykehus er det et uttalt mål at forskning og utvikling i større grad skal synliggjøres i sykehusets og avdelingenes planer og rapporter. Det arbeides med et opplegg for tidsregistrering av forsknings- og utviklingsaktivitetene.

---

Rikshospitalets interne tildelingsbrev har ikke uttrykt plantall for avdelingenes forskningsvirksomhet. På rapporteringssiden angir avdelingene per halvår i aktivitets- og økonomirapportene et par indikatorer knyttet til forskning (bl.a. antall vitenskapelige publikasjoner), men det finnes ikke noen samlet oversikt over omfanget av forskning ved sykehuset. Sykehuset har en ambisjon om å få bedre oversikt over den totale forskningsinnsatsen.

Alle virksomhetene i vår studie oppfatter at forskningsvirksomheten er vanskelig å styre på vanlig måte, dvs. via målformulering, planlegging og resultatmåling. Den løpende styringen av forskningen skjer via ressursstyring og oppfølging langs noen få indikatorer. På lang sikt styres forskningen eventuelt gjennom en strategiplan/forskningsstrategi. Utfordringen for de fleste er å se til at forskningsstrategien blir nedfelt i den operative planleggingen av virksomheten, og ikke minst at den brukes aktivt i styring og oppfølging av forskningen. For sykehusenes del har vi også sett et behov for å definere og tydeliggjøre egen forskning, dens omfang og finansiering.

## **5.3 Styringsprosesser**

### **5.3.1 Møter i toppledelsen**

Vi har sett på hvordan møtene i toppledelsen er organisert og sammensatt – og spesielt på hvordan produksjonsansvaret er ivaretatt. Et sentralt spørsmål i generell styringsteori er hvorvidt deltakerne i toppledelsen har et linjeansvar for produksjonen. Direktøren har selvsagt alltid et overordnet ansvar. Det er rimelig å anta at dersom underliggende nivå ikke er representert i toppledergruppen, vil dette ha konsekvenser for forankringen av og legitimiteten knyttet til styringsprosessene i virksomheten.

Alle virksomhetene har en gruppe i stab som jevnlig har møter med direktøren. Vi finner tre ulike modeller for møter i toppledelsen i virksomhetene:

Linjeledere er representert i toppledergruppen: Haukeland sykehus, H:S Rikshospitalet, Veritas

Utpekte klinikere deltar i råd under direktøren: RSÖ, Rikshospitalet

Valgt kollegium: UiB

De ulike modellene for organisering av toppledergruppen viser at det er forskjeller mellom virksomhetene når det gjelder produksjonsansvar i ledelsen. For Rikshospitalet er det ingen med direkte produksjonsansvar i ledergruppen (stabsrådet). Rikshospitalet har også et lederråd bestående av et utvalg av ledere ved sykehuset. Disse sitter der imidlertid ikke i kraft av sin posisjon som leder, men i kraft av personlige, faglige kunnskaper. RSÖ, som har samme hovedorganisering som Rikshospitalet, har valgt å ha et medisinsk råd som toppledergruppe. Her sitter ledere for samtlige strukturområder. Disse har ikke et formelt linjeansvar for klinikkene i sin struktur, men har en prosesslederfunksjon

---

overfor klinikkjefene innenfor strukturområdet. Mange av strukturlederne er imidlertid også klinikkjefer.

I de tre divisjonaliserte virksomhetene er linjelederne representert i toppledelsen. Ved H:S Rigshospitalet sitter alle senterlederne – som har produksjonsansvar for hvert sitt senter – i senterrådsgruppen. I tillegg er det en *direksjon* som består av direktøren, *lægelig direktør*, *sygepleiedirektør*. Toppledelsen har fellesmøter med de sju senterdirektørene ukentlig. I Veritas har fire av seks divisjonsdirektører samt konsernsjefen produksjonsansvar. Også ved Haukeland sykehus har flertallet i toppledergruppen produksjonsansvar (åtte av tolv).

Møtene i toppledelsen i de forskjellige virksomhetene er ulike både med hensyn til sammensetning og innhold. Dette kan delvis forklares med at virksomhetene har en svært ulik organisering. Mens det ved Rikshospitalet er sjeflege og sjefsykepleier som på direktørens vegne har et ansvar for å følge opp avdelingene med hensyn til produksjon, gjøres dette av toppledelsen (*direksjonen*) ved H:S Rigshospitalet gjennom oppfølging av kontraktene .

Ved Rikshospitalet har direktøren jevnlig møter med sine rådgivere. Stabsrådet som har ukentlige møter og ledes av direktøren, er et rådgivende, men også konkluderende og vedtaksførende organ. Stabsrådet drøfter i liten grad de månedlige aktivitets- og økonomirapportene. Informantene peker på at det først og fremst er sjefsykepleier og sjeflege som følger opp produksjonen – blant annet på grunnlag av ukentlige møter med Senter for epidemiologi og sykehusstatistikk, der produksjonsstatistikk gjennomgås.

I tillegg har Rikshospitalet et lederråd hver 14. dag som er et rådgivende organ for direktøren. Medlemmene pekes ut for ett år om gangen, men gjenoppnevnes så lenge de sitter i lederstillingen. I lederrådet sitter til sammen 12 ledere fra både kliniske avdelinger og serviceavdelinger, og stabsrådet deltar som observatører.

Toppledermøtet ved Haukeland sykehus foregår ukentlig og har 12 deltakere. Foruten direktøren deltar sju blokk- og klinikkledere, økonomisjef, personalsjef, sjefsykepleier og sjeflege. Tidsrammen for møtet er om lag to timer og tema er drift, aktivitet og økonomi. Månedlig møtes en utvidet toppledergruppe med 19 deltakere. Foruten deltakerne i toppledergruppen, deltar flere stabsledere (IT-sjef, kvalitetssjef, infosjef) og regional helseplanlegger som har observatør-status. Tema her er tverrgående og prinsipielle spørsmål som gjelder sykehusets drift. Ved Haukeland sykehus pågår en omorganisering. Planen er å ”spisse” organisasjonen ytterligere ved å lage færre og større blokker. Dette kommer til å gjøre toppledergruppen mindre. <sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Den nye organisasjonsstrukturen er iverksatt fra 01.01.2000 (jf. vedlegg 3).

---

### 5.3.2 Møter med underliggende nivå

Direktørens styringsmøter med underliggende nivå varierer med hensyn til hyppighet, varighet og innhold – blant annet avhengig av virksomhetenes organisering. For en virksomhet med en divisjonalisert struktur er det i utgangspunktet mulig for direktøren å ha relativt hyppige og grundige møter med den enkelte divisjon for gjennomgang av hele divisjonens virksomhet. Dette ser vi eksempler på både i Veritas og ved H:S Rigshospitalet.

Ved H:S Rigshospitalet har toppledelsen møter med hver enkelt senterledelse minst to ganger i året. Møtehyppigheten varierer etter behov. Møtene er ikke besluttede møter, og kontraktene er et viktig tema. Det skal helst ikke være mer enn seks personer på møtene, og tidsrammen for møtet er tre timer. Om lag halvparten av tiden går med til å gjennomgå kontraktene, og resten til saker som senterdirektøren tar initiativ til. Det er også egne møter mellom *sentersjef-sygepleier* og *sygepleiedirektør*.

Hos Veritas foretas det også jevnlig gjennomganger – såkalte business reviews – av deler av virksomheten. Konsernsjefen har her en årlig gjennomgang med divisjonsdirektøren og alle regionsjefene. Tema ved disse gjennomgangene er status og spørsmål som ønskes drøftet enten av konsernsjefen eller underliggende nivåer.

Etter det vi kjenner til, har ikke direktøren ved Haukeland sykehus egne formaliserte møter med den enkelte blokkleder. Jevnlig oppfølging av blokkene skjer samlet i toppledergruppen.

De to sykehusene som ikke har divisjonsstruktur, har valgt ulike modeller for oppfølgingen av avdelingene.

Ved Rikshospitalet har direktøren og hans stab to ganger årlig styrings- og koordineringsmøter med 40 avdelinger. Her inngår alle de kliniske avdelingene, de medisinske serviceavdelingene og noen få andre serviceavdelinger. De resterende 20 avdelingene som ikke har møter med direktøren, er stabsavdelingene og resten av serviceavdelingene. Tema om høsten er budsjettet for neste år, og om våren er det statusrapport og budsjettrevisjon for inneværende år. Tidsrammen for møtene er 45 minutter.

Informantene gir uttrykk for at møtene gir anledning til å få drøftet sentrale spørsmål i avdelingene med direktøren, men at det ikke alltid er de ”riktige” tingene som tas opp. I tillegg har direktøren, sjeflegen og sjefsykepleieren sammen møter hver måned med fem avdelinger som har vist uheldig økonomisk utvikling. Sjeflegen/sjefsykepleier har også hyppige møter med avdelingene ved behov, spesielt i forbindelse med flaskehalsproblematikk (anestesi, røntgen, og intensivavdelingene).

Ved Regionsjukhuset i Örebro er det to hovedarenaer for kontakt mellom direktøren og klinikkene. Direktøren har lagt opp til uformelle møter ved behov med den enkelte klinikksjef – gjerne over en lunch. De formaliserte møtene om

---

klinikkens virksomhet skjer ved de såkalte virksomhetsgjennomgangene (jf. punkt. 5.2.4).

### **5.3.3 Møter internt i divisjonen**

For de divisjonsaliserte virksomhetene er det valgt ulike modeller for møter mellom divisjonsledelsen og det underliggende nivå. Møtene er som oftest et ”speilbilde” av møtene mellom direktør og divisjon.

Ved H:S Rigshospitalet er det møter mellom senterledelsen og klinikkene én gang i uken. På disse møtene som kalles senterrådsmøter, deltar ledelsen for klinikkene samt senterledelsen. Det legges vekt på diskusjoner, og beslutninger tas vanligvis ikke her. Senterrådsmøtet har egne strategimøter og er ment å være holdningsskapende. Informantene oppfatter møtene som nyttige i det daglige arbeidet.

I Veritas har divisjonsdirektørene en tett og uformell løpende kontakt med nivået under, som er regiondirektørene. Det arrangeres formelle møter med regiondirektørene tre ganger årlig. Tema på disse møtene er årsplan, forretningsplaner, økonomi/budsjettoppfølging, behov for endringer, planprosessen, koordinering på tvers med mer. Divisjonsdirektøren har en tilsvarende gjennomgang (businessreview) med det underliggende nivå som konsernsjefen har med divisjonene. Tema er det samme, bare mer detaljert.

På regionnivå i Veritas er det nylig tatt i bruk et nytt system for å hjelpe ledere til å følge opp status og utviklingen innenfor deres ansvarsområder i virksomhetsplanen.

På bloknivå ved Haukeland sykehus arrangeres blokkteam-møter månedlig, der blokkleder og avdelingsledelsen ved blokkene deltar. Det viktigste temaet her er økonomi. Flere av informantene viser til at blokkstrukturen isolert sett ikke har stor betydning for virksomheten på avdelingene, derimot anses den å være viktig for direktørens kontrollspenn.

### **5.3.4 Samordningsmekanismer**

Her har vi samlet noen funn fra gjennomgangen av virksomhetene knyttet til behovet for samordning og koordinering; ved forslag om nye behandlingstiltak, ”flaskehals” i systemet og fordeling av interne ressurser/kostnader.

Ved sykehus kan det være et problem at nye behandlingsmetoder, nytt utstyr og nye medikamenter introduseres uten at de nødvendige kostnadsvurderinger er gjort, og uten at det vurderes om det er budsjettmessig dekning for dette, og om det har konsekvenser for andre avdelinger. Et annet velkjent problem på dette området er at enkeltavdelinger ved sykehus er ”flaskehals” i produksjonsprosessen. Dette gjelder spesielt for medisinske serviceavdelinger.

---

Informantene ved Rikshospitalet viser til at enkelte avdelinger ved sykehuset – spesielt anestes- og røntgenavdelingene – er ”flaskehals” i systemet. Toppledelsen er imidlertid ukentlig involvert i oppfølgingen av produksjonen, og vurderer behovet for å justere kapasiteten i flaskehalsene.

Flere av virksomhetene har søkt å håndtere problemene med ”flaskehals” i systemet gjennom strukturelle tiltak. Ett eksempel er Haukeland sykehus, der denne problematikken var et element i diskusjonen rundt blokkstrukturen.

Informanter fra Rikshospitalet peker på at det er manglende koordinering mellom serviceavdelingene og de kliniske avdelinger når nye tiltak planlegges. Serviceavdelingene tas ikke med i prosessen. Sykehuset har ikke noe system for koordinering mellom kliniske avdelinger og serviceavdelinger ved planlegging av nye tiltak, og internpriser brukes ikke systematisk i styringen av aktivitetene.

Etter det vi har sett, har to av virksomhetene etablert et system for å sikre at nye tiltak vurderes mer helhetlig med tanke på konsekvenser for andre avdelinger/aktiviteter.

Ved H:S Rigshospitalet gis på høsten fra sentralt hold en såkalt early warning om at forslag om nye tiltak må meldes inn. Deretter samles og prioriteres forslagene fra avdelingene. Det stilles krav om dokumentasjon og en egen kostnuttnevurdering før forslaget kan legges fram for eierne (amtene). Informantene viser til at systemet fungerer godt, og at det legges fram oversikt over økonomiske konsekvenser ved forslag om nye behandlinger/tiltak.

Ved Regionsjukhuset i Örebro tas alle beslutninger om investeringer i medisinsk utstyr av en viss størrelse opp i det medisinske råd, der forslagene diskuteres og prioriteres. Informantene legger vekt på at denne ordningen er med å skape balanse i fordelingen av ressursene, og gir effektive løsninger for sykehuset som helhet.

Et viktig spørsmål i økonomistyringssammenheng er om avdelinger blir belastet økonomisk for bruk av tjenester i andre avdelinger, for eksempel serviceavdelinger som laboratorier, røntgenavdelinger, intensivavdeling, anesthesi, kjøkken med mer.

Noen av våre virksomheter har utviklet former for intern styring av kostnader som i større grad skal ta hensyn til den faktiske fordelingen av kostnader. Ingen har gått så langt at de har et gjennomført system med internpriser.

Ved Regionssjukhuset i Örebro har en gått bort fra ordningen med interne kjøp og salg av tjenester og hver avdeling som selvstendig resultatenheter (fra 89/90 til 1995), og til et system med sentralt styrt rammebudsjettering av avdelinger. Dette er et resultat av de harde nedskjæringene fra midten av 90-tallet, og at ledelsen så seg tvunget til å sentralisere de økonomiske beslutningene for å få kontroll over budsjett og økonomi. Sykehuset har fremdeles denne budsjettordningen. Men sykehuset har et uttrykt ønske om å utvikle et økonomistyrings-system som gir bedre insentiver for de enkelte avdelingene, og har laget en handlingsplan for dette. Handlingsplanen inkluderer blant annet å innføre

---

Kostnad-per-pasient systemet (KPP) for hele sykehusets virksomhet samt å utvikle det interne DRG-baserte finansieringssystemet.

Veritas setter ikke interne priser per tjeneste, men regionene betaler en viss sum ("skatt") for tjenestene fra støttedivisjonen – kalt teknologi og produkter – og for "overhead" i konsernstaben. Rene administrative tjenester, som for eksempel regnskap, faktureres brukerenhetene.

Ved Rikshospitalet brukes det internprissystem i forhold til en rekke innsatsfaktorer som kjøkkentjenester, telefon, sterile produkter og væsker som brukes i behandlingen.

På sykehusområdet er det generelt et problem at det ikke finnes god nok informasjon om hva de ulike aktivitetene koster. Alle sykehusene i vår studie har et stykke igjen å gå på dette området.

## 5.4 Insentiver og sanksjoner

Vi har vært opptatt av om virksomhetene har innført noen form for belønningssystemer/insentiver og hvilke erfaringer de har gjort av dette. Insentiver kan være individuelle eller kollektive. Eksempler på typer av individuelle insentiver er lønn/bonus, frynsegoder, kompetanseutvikling og tid til forskning. Kollektive insentiver kan være at en enhet/avdeling får midler (fra en felles pott eller knyttet til et overskudd på budsjettet) til fellestiltak av faglig eller sosial art, eksempelvis kurs, seminarer, ekskursjoner, innkjøp av faglitteratur.

Ved H:S Rigshospitalet er det gitt muligheter for både individuell og kollektiv belønning for innsats ved sykehuset. Sykehuset bruker bonuser/engangsutbetalinger. Ved et av sentrene settes det eksempelvis av én promille av budsjettet som belønningpott. Midlene deles ut for å holde budsjettet, og benyttes på ulike måter – til personlig belønning, til bøker, til forskningskonto, til felles aktivitetsdager eller til eksterne foredragsholdere. Det er klinikkene/avdelingene selv i samråd med senterdirektøren som avgjør hvordan pengene skal benyttes.

I Veritas evalueres hver enkelt medarbeider årlig ut fra måloppnåelse og jobbutførelse, og lønnsutviklingen er avhengig av disse evalueringene. Veritas har hittil ikke brukt bonusordninger, men vurderer å innføre dette for management consultant-delen av virksomheten.

Et felles synspunkt for de fleste av informantene i virksomhetene er at det ofte er andre forhold enn lønn som motiverer de tilsatte. Det kan for eksempel være tid og andre ressurser til forskning eller ulike faglige utviklingstiltak. Ved Universitetet i Bergen er de såkalte belønningsmidlene for vitenskapelig personell et viktig insitament. Midlene brukes til innkjøp av bøker, reiser, gjesteforelesninger ved instituttet med mer.

Ifølge informanter ved RSÖ er det et problem at man ikke har noen insentiver. Hittil har alle diskusjoner handlet om hvordan man skal kunne spare og skjære



---

ned, og personalet er hardt presset. RSÖ ligger relativt lavt på lønnsiden, både i forhold til resten av *länet* og sammenliknet med for eksempel Stockholm. Sykehuset vurderer å bruke mer av andre typer insentiver knyttet til eksempelvis arbeidstid, utdanning og forskning.

I diskusjonen om insentiver er det naturlig også å se på sanksjoner som en form for negative insentiver. Et spørsmål er om avdelinger som innretter driften etter vedtatte økonomi- og aktivitetsplaner gjennom styringssystemet, blir ”belønnet” eller ”straffet” for dette.

På dette punktet er det ulik praksis mellom virksomhetene. Ved H:S Righospitalet kan underskudd ved et senter få personlige konsekvenser for ansvarlig leder. Dersom det ikke er gode forklaringer på hvorfor budsjettet ikke holdes, kan lederen bli avskjediget. Flere ledere er blitt avskjediget de seneste årene.

Også i Veritas kan underskudd få konsekvenser for ansvarlig leder. Her understreker ledelsen betydningen av å ikke sanksjonere for hardt og for tidlig. Dette kan få ledere til bevisst å underrapportere for å unngå straff.

Ved Rikshospitalet har ikke budsjettoverskridelser direkte personlige konsekvenser for den enkelte leder. Avdelingene må imidlertid dekke 50 prosent av underskudd som ikke godkjennes. Informanter viser til at avdelinger som innretter driften etter vedtatte økonomi- og aktivitetsplaner, ikke blir belønnet for dette.

## 5.5 Fokus i styringen

Med fokus i styringen mener vi hva ledelsen i virksomhetene vektlegger i styringen av de ulike oppgavene. Viktige forhold i denne sammenhengen er om styringen er tilpasset oppgavens karakter, vektlegging av ulike oppgaver, styringsform (regelstyring, resultatstyring, kvalitetsstyring osv.) og type indikatorer.

Virksomhetene i vår studie har det til felles at de har ansvar for en kompleks oppgavesammensetning. Innenfor virksomhetene er det både høyspesialisert og kompleks behandlings-/undervisningsvirksomhet og forskning, men også mer rutinemessige oppgaver som visse typer av behandling og tjenesteproduksjon samt driftsoppgaver som kantinedrift, vaskeri, hoteldrift.

Virksomhetene har i varierende grad differensiert styringen etter de forskjellige typer oppgaver/enheter. Ved Universitetet i Bergen skilles det klart mellom styring av forskning og styring av undervisning. Undervisningsvirksomheten, som mer har karakter av tjenesteproduksjon og som må tilpasses til antallet studenter, styres mer detaljert i planleggingsfasen og med mer fokus på kvantitative mål enn forskningsvirksomheten. Universitetet har også differensiert styringen av forskning avhengig av om den er eksternt eller internt finansiert.

---

Ved H:S Rigshospitalet har innhold og fokus i kontraktene variert i forhold til hvilket senter den gjelder. I servicesenterets kontrakt er det blant annet vist til at servicefunksjoner bør benchmarkes med andre sykehus/liknende virksomheter. Sykehuset gir uttrykk for at benchmarking i stigende grad vil bli brukt som styringsvirkemiddel på dette området. Sykehuset planlegger å standardisere kontraktene gjennom en felles struktur, men innenfor denne strukturen gi rom for tilpasning til de enkelte typer oppgaver som senterene har.

Etter det vi har sett, er det et felles trekk ved alle virksomhetene at styringen av forskningen ses for seg, og ikke som en del av det ordinære styringssystemet. Flere informanter peker på at det både er vanskelig og lite hensiktsmessig å sette kortsiktige og operasjonelle krav i planleggingen på forskningsområdet. På oppfølgingssiden, derimot, ser vi at virksomhetene har en mer konkret måte å beskrive forskningsvolumet på gjennom aktivitetsindikatorer som for eksempel antall publiserte artikler. Informantene vurderer ikke disse indikatorene som spesielt problematiske.

Ved Rikshospitalet brukes plantall for produksjon når budsjett fastsettes. Disse tallene er knyttet til pasientbehandling, og det er i mindre grad fokus på parametre for undervisning og forskning.

Et annet spørsmål når det gjelder styring av ulike oppgavetyper er styringen av de rene driftsoppgavene i virksomhetene. De divisjonaliserte sykehusene (H:S Rigshospitalet, Haukeland sykehus) har begge en egen divisjon for drift som har en tilsvarende rolle og funksjon som de andre divisjonene. Ved RSÖ finnes en egen avdeling for administrasjon som er sideordnet de andre avdelingene og plassert direkte under direktør. Disse organisasjonsmodellene ser ut til å kunne sikre et løft av driftsmessige spørsmål som kan gi grunnlag for en mer helhetlig styring.

Styringsformer i virksomhetene varierer, både når det gjelder hvilke former som står sterkest i fokus og hvor mange ulike former som brukes.

Den virksomheten som kanskje styres på flest måter og langs flest dimensjoner er Veritas. Det er utviklet et betydelig internt regelverk innenfor styring og ledelse som skal bidra til å kvalitetssikre tjenestene. Veritas har flere omfattende håndbøker som er lagt inn på intranett tilgjengelig for alle. Informanter viser til at et omfattende regelverk ikke er til hinder for endringsinitiativ nedenfra. Likevel gir flere av informantene uttrykk for at de ikke bruker mye tid på å lese regelverket. Dette kan forklares med at ledere i Veritas hovedsakelig rekrutteres blant erfarne medarbeidere i organisasjonen som allerede har internalisert regelverket.

Veritas legger også vekt på endringsledelse, dvs. at man spesielt planlegger det man ønsker å forandre, og bruker mindre ressurser på å planlegge oppgaver som videreføres. Samtidig har Veritas en omfattende målstyring. Ved utarbeidelsen av årsplanen formuleres både forretningsmessige mål for forretningsområdene og prosessmål for utvikling av selve organisasjonen. Eksempelvis har Region Norge formulert 18 forretningsmål og sju prosessmål i årsplanen. Forretningsmålene sier noe om hvilke tjenester som tilbys, markedsandeler,

---

økonomiske marginer osv. Prosessmålene viser hva organisasjonen skal bli bedre på i løpet av året, for eksempel å innføre karriereplaner, system for markedskontakter, å implementere Helse-Miljø-Sikkerhet. Det er også definert konkrete virkemidler til hvert mål. Informantene viser til at styringen i Veritas også er preget av uformell eller nettverksbasert styring.

Betydning av styring gjennom kultur og personlig kommunikasjon er noe som karakteriserer styringen også ved Regionsjukhuset i Örebro. En legger spesielt stor vekt på at ledere skal være synlige og tilgjengelige, og kunne motivere både den faglige, den organisatoriske og den administrative utviklingen. Styringsinformasjon og styringssignaler formidles relativt ofte gjennom personlig kommunikasjon. Sykehusets ledelse er opptatt av å informere, forklare og ”lære opp” eier, styre, ulike personalgrupper, media og pasienter om ulike aspekter av sykehusets virksomhet. Sykehuset legger også vekt på balansert målstyring basert på økonomi, produksjon, personale/arbeidsmiljø, pasientkvalitet og faglig kvalitet, men erkjenner å ha kommet kort med hensyn til mål for faglig kvalitet og utvikling.

Rikshospitalet legger vekt på målstyring gjennom strategiske dokumenter samt de interne tildelingsbrevene som setter krav til avdelingene når det gjelder aktiviteter knyttet til pasientbehandling. Flere av informantene viser til at det er vanskelig å styre produksjonen fordi antallet pasienter og kostnaden knyttet til den enkelte pasient varierer sterkt. Sykehuset har nylig bygget opp et omfattende kvalitetssystem med en serie av dokumenter. Det er for tidlig å si hvilken betydning dette kommer til å ha i den interne styringen.

## **5.6 Administrative hjelpesystemer**

Vi har sett på administrative hjelpesystemer innenfor personal- og økonomi-området. Gode systemer er en forutsetning for velfungerende styringsprosesser og øker styringskompetansen i virksomheten. Med gode systemer menes at de er tilgjengelige, sikre, relevante og brukervennlige.

Gjennomgangen viser at det er store forskjeller mellom virksomhetene når det gjelder administrative hjelpesystemer. Forskjellene kan delvis forklares med at vi har sett på både statlige og fylkeskommunale virksomheter og en stiftelse, som står overfor ulike eksterne krav knyttet til systemene.

To av virksomhetene har relativt nylig innført helt nye økonomisystemer. Erfaringene her henger således i stor grad sammen med ulike typer av innkjøringsproblemer. Dette gjelder Regionsjukhuset i Örebro og Universitetet i Bergen.

På økonomiområdet tar H:S Rigshospitalet ut periodiske oppfølgingsrapporter fra systemet hver måned både på senter- og klinikknivå vedrørende utgiftene. Rapportene har varierende detaljeringsnivå, og informantene vurderer rapportene som informative og gode. Det vises til at rapportene er tilgjengelige på data på alle nivåer, og gir god informasjon om sentrale nøkkeltall som driftskostnader til utstyr, medisinske forbruksvarer med mer. H:S Rigshospitalet har også

---

innført periodiske oppfølgingsrapporter hver måned vedrørende aktivitet/produksjon.

Også Veritas har et veletablert økonomisystem som oppfattes som velfungerende og som er tilgjengelig på ulike nivåer.

En betydelig del av utgiftene til virksomhetene i vår studie er knyttet til personalet, og personalforvaltning oppfattes som sentralt i styringssammenheng. Informantene peker på at gode personaladministrative systemer er særlig viktige.

Innenfor personalområdet er tre av virksomhetene i gang med å innføre nye systemer. Det gjelder UiB, Haukeland sykehus og Rikshospitalet. H:S Righospitalet, RSÖ og Veritas har veletablerte og velfungerende databaserte personalsystemer.

Ved RSÖ har en koplet mange undersystemer til personalsystemet, for eksempel et tidregistreringssystem. Dette gir gode muligheter for å ta ut ulike typer informasjon fra systemet.

Ved Haukeland sykehus er det foreløpig ikke et godt nok personaladministrativt system. Informantene viser til at sykehuset har oversikt over årsverkforbruk, men savner data for turnover, sykefravær, overtid og merkostnader ved personalmangel, sykefravær osv. I dag føres en del informasjon manuelt, men et nytt personalsystem skal være i bruk fra 1. mars 2000.

Ved Rikshospitalet er personalsystemet ennå ikke i full drift, og mye innmating er fremdeles manuelt basert. Informantene vurderer innregistreringen og bruken av styringsdataene som for dårlig.

I alle virksomhetene blir viktigheten av gode administrative hjelpesystemer understreket. I denne sammenhengen er det, etter informantenes vurdering, en rekke forhold som må være oppfylt for at systemene skal kunne regnes som gode. Systemene bør kunne brytes ned på laveste nivå, være brukervennlige og tilgjengelige for alle og ikke vise feil. Informantene peker samtidig på at det er viktig å bygge opp styringskompetanse i god tid før systemene innføres.

## **5.7 Styringskompetanse**

Innføring av nye systemer og omfattende omlegginger av gamle systemer gjør at det er behov for å styrke den administrative kompetansen i ledelsen og i støtteapparatet. En rekke av informantene i virksomhetene peker på behovet for å styrke styringskompetansen – ikke bare i fagavdelinger og støtteapparat, men også på ledelsesnivå.

Flere av virksomhetene jobber aktivt med å utvikle styringskompetansen i organisasjonen. Veritas nedlegger betydelig ressurser i opplæring/kompetansebygging og i vedlikehold av kompetanse. Det jobbes også mye med lederutvikling. Alle ledere må delta på opplæringstiltak, og det legges vekt på å utvikle

---

kultur og holdninger. Holdningsdimensjonen tillegges stor vekt i lederutviklingen.

Ved H:S Rigshospitalet har en også arbeidet mye med å utvikle styringskompetansen blant annet gjennom omfattende ledelsesutvikling de seneste årene. Alle ledere ved sykehuset har fått tilbud om lederopplæring, og svært mange har benyttet seg av dette tilbudet. I perioder har det vært kø for å komme med på kursene. Informantene viser til at dette har styrket legenes administrative kompetanse, og at bevisstheten om hva som ligger i lederrollen har økt som en følge av denne opplæringen.

RSÖ er opptatt av lederrekruttering, -opplæring og -utvikling. Det er etablert utviklingsgrupper for ledere internt i sykehuset som styres av en prosesskonsulent utenfra. Sammen med to andre sykehus – i Huddinge og Uppsala – har RSÖ utviklet et sjefsopplæringsprogram. Deltakerne møtes to-tre dager hver sjette uke over en periode på ett og et halvt år. Tema i dette programmet er blant annet personlig engasjert ledelse, analyse av omgivelsene og kulturanalyse, der man gjør en analyse av hverandres sykehus som presenteres for sykehusdirektørene. Sykehuset bruker nesten ikke eksterne konsulenter, men satser bevisst på å jobbe med egne krefter. Personalet tas ut av turnusordninger for å kunne jobbe deltid i ulike utviklingsoppdrag.

Haukeland sykehus har laget et internt lederutviklingsprogram for samtlige nye ledere ved sykehuset. Fokus her rettes i stor grad mot hvilke verktøy lederne behøver for å utøve sin lederrolle.

I teorien understrekes det at styringskompetanse i denne type organisasjoner ikke kan ses isolert fra den faglige kompetansen. Dette bekreftes av informantene, som er opptatt av at det settes av tid og ressurser for å sikre en god balanse mellom den faglige og den administrative kompetansen på ledernivå.

---

## 6 Analyse og vurderinger

Dette kapitlet inneholder Statskonsults analyser av de viktigste funnene og erfaringene som kartleggingen av virksomhetene har avdekket. Vi vurderer funnene i forhold til teorier om styring i kunnskapsorganisasjoner og multi-profesjonelle organisasjoner, generell styringsteori og virksomhetenes egne erfaringer. Utgangspunktet for vurderingene er i mange tilfeller problemstillinger som gjelder for Rikshospitalet (jf. punkt 1.4). Vurderingene antas likevel å være gyldige for andre kunnskapsorganisasjoner og store komplekse organisasjoner både i og utenfor sykehussektoren.

### 6.1 Betydningen av toppledelsens handlingsrom

Toppleidelsens handlingsrom for styring defineres av en rekke eksterne og interne forhold – og avhenger av om vi legger et kortsiktig eller langsiktig perspektiv til grunn. Vi ser nærmere på en del slike rammebetingelser og peker på deres konsekvenser for den interne styringen.

#### 6.1.1 Eksterne rammebetingelser og organisering

Toppleidelsens handlingsrom vil i stor utstrekning være bestemt av virksomhetens eksterne rammebetingelser. Hvilke fullmakter som er tildelt virksomheten påvirker hvor fritt ledelsen står til å innrette virksomheten.

På den økonomiske siden er Rikshospitalet nettobudsjettet. Sykehuset er stilt fritt med hensyn til opprettelse av stillinger og organisering av virksomheten. Sosial- og helsedepartementets begrunnelse for dette er blant annet å sikre at sykehusene ikke utsettes for unødig detaljstyring. Rikshospitalet er – sammen med Veritas – den virksomheten som har størst frihet til å innrette sin egen organisasjon og styring.

Av de virksomhetene som inngår i prosjektet, skiller Rikshospitalet seg ut med hensyn til hvor mange ledere som rapporterer direkte til direktøren. Regionsjukhuset i Örebro har en tilsvarende organisering som Rikshospitalet, men den flate strukturen er modifisert gjennom at sykehuset er delt inn i et antall strukturområder som ledes av strukturledere. Selv om stillingen som strukturleder ikke er formalisert på samme måte som blokklederstillingene ved Haukeland sykehus eller senterdirektørstillingene ved H:S Righospitalet, medfører organiseringen ved RSÖ at visse forhold samordnes på nivået under direktøren. Informantene ved RSÖ understreker at deres ordning er svært personavhengig og har et grunnlag i kulturen og det gode samarbeidsklimaet i sykehuset.

Virksomhetene har en utfordring i å finne fram til systemer for kommunikasjon mellom toppledelsen og avdelingene som ivaretar både ledelsens behov for strategisk styring, samlet kontroll med virksomhetens ressursbruk og behovet

---

for styringsdialog mellom ledelsen og avdelingene.

For virksomheter med mange avdelinger som er direkte underlagt direktøren, er det en utfordring å utforme et styringssystem som kan håndtere en slik styringsdialog. For toppledelsen vil det nødvendigvis bli svært tidkrevende å ha en tett og nær styringsrelasjon til et stort antall avdelinger – slik litteraturen for styring av multiprofesjonelle organisasjoner anbefaler. Informantene fra samtlige virksomheter peker på behovet for tett dialog med toppledelsen uavhengig av divisjonalisering.

Et annet forhold som påvirker ledelsens handlingsrom er lov- og avtaleverket som regulerer forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Informantene i de norske virksomhetene viser til at ankeadgangen som mindretallet i tilsettingsutvalg har i personalsaker og arbeidstakerorganisasjonene har i forhandlingsaker, i noen tilfeller kan være i konflikt med arbeidsgivers styringsrett. I praksis brukes ankeadgangen i svært få tilfeller, men det kan antas at adgangen til å anke kan påvirke de beslutningene som fattes internt i organisasjonene.

Det som på avtalesiden ligger innenfor virksomhetenes muligheter, er først og fremst å gjøre noe med måten avtalesystemet praktiseres på. For eksempel kan organiseringen av arbeidet påvirkes lokalt. For sykehusenes del er det for eksempel mulig å påvirke hva slags vakt- og turnusordninger det legges opp til.

### **6.1.2 Sykehus som multiprofesjonelle organisasjoner**

Teorien som omhandler sykehus som multiprofesjonelle organisasjoner, legger vekt på at styringen må tilpasses sykehusets kulturelle og institusjonelle egenskaper. I litteraturen framheves det også at et aktivt og utviklet lederskap trolig er det viktigste styringsinstrumentet i møtet med ulike kulturelle eller institusjonelle barrierer. Lederskapet skal bygge på gjensidig forpliktende dialoger mellom ledere og faglig ansvarlige. Det krever at lederne har god kunnskap om virksomheten og at de faglig lederne ansvarliggjøres i forhold til styringen av virksomheten.

Den overordnede styringen skal være helhetlig. En av de viktigste oppgavene toppledelsen har, er å balansere og samordne forskjellige eksterne og interne krav og hensyn i virksomheten. Samtidig må det gis rom for faglig utvikling og fornyelse på strategisk viktige områder og plass for å gjøre endringer når omgivelsene krever det.

Et viktig innslag i lederskapet er bruken av pedagogiske virkemidler. Ledelsen bør føre en kontinuerlig dialog med viktige grupper i organisasjonen og sørge for å spre informasjon internt på en god måte. Dialogen skal bidra til å øke forståelsen for styring og lederskap. Gjennom å informere og involvere medarbeidere på ulike nivåer, kan de også få del i ansvaret og slutte opp om beslutninger som fattes. Særlig har Regionsjukhuset i Örebro lagt vekt på denne typen lederskap. Intern informasjon i ulike former brukes bevisst av toppledelsen for å skape et holdningsmessig og strategisk fellesskap i sykehuset.

---

For å kunne utvikle et godt lederskap, kreves det at sykehuset arbeider aktivt både med rekruttering av ledere og med lederopplæring/ledertrening og lederutvikling. Eksemplene fra RSÖ, Veritas og H:S Rigshospitalet viser til gode erfaringer når det gjelder arbeidet med lederutvikling.

## **6.2 Desentralisering og delegering av fullmakter**

I dette punktet vurderer vi avdelingenes fullmakter innenfor økonomi og personell og stiller spørsmål om delegeringen av ansvar og fullmakter i virksomheten er tydelig og om den er hensiktsmessig i forhold til hvilke oppgaver det er snakk om.

Nært knyttet til fullmaktsfordelingen i virksomheten er spørsmålet om organiseringen av de administrative servicefunksjonene. Vi ser på graden av desentralisering i forhold til disse funksjonene og om det er en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom avdelingene og sentrale stabs- og støttefunksjoner.

Til slutt vurderer vi noen kvalitetsaspekter ved de administrative hjelpesystemene (lønn/personal, økonomi) og deres bidrag til effektiv styring og kontroll.

### **6.2.1 Delegering av administrative fullmakter**

Teorien om kunnskapsorganisasjoner og multiprofesjonelle organisasjoner framhever at styringen må baseres på utstrakt desentralisering og delegering av ansvar og myndighet. Den operative virksomheten i sykehus styres i stor grad av faglige beslutninger i møte med pasientene. Når slike beslutninger skal tas, bør ikke bare faglige hensyn, men også økonomiske, personalmessige og andre ressurs-hensyn ivaretas. Det betinger delegering av økonomiske og personalmessige fullmakter til avdelingsledelsene.

Datamaterialet vårt viser at Rikshospitalet er blant de offentlige virksomhetene som har de videste fullmaktene fra eier, og som mest utstrakt delegerer fullmakter til avdelingsnivået. I vårt materiale er det bare Veritas som går lenger med hensyn til å delegere fullmakter. Sykehusledelsen styrer imidlertid avdelingsnivået på stillingsrammer og på netto budsjettammer.

Flere av virksomhetene har utarbeidet ansvars- og fullmaktskart for å gjøre den interne ansvars-, rolle- og fullmaktsfordelingen tydelig. Erfaringene fra Haukeland sykehus, UiB, RSÖ og Veritas er gode på dette punktet. I vårt datamateriale kommer det fram at det er uklarhet på noen punkter om hvilke fullmakter avdelingsledelsen ved Rikshospitalet har. Vi understreker at alle virksomhetene bør ha et fullmaktskart som viser hvem som er ansvarlig og kan ta beslutninger i ulike sakstyper. Også økonomireglementet knytter et krav til oversikt over avdelingenes fullmakter. Disponeringsskrivet (tildelingsbrevet) til hver avdeling skal vise fullmaktene.

Et viktig aspekt ved delegering av myndighet i multiprofesjonelle organisasjoner er at fagpersonalet til gjengjeld forventes å vise lojalitet mot budsjett-



---

rammene. For sykehusenes del må fagpersonalet i mange beslutninger avveie hensyn til økonomi mot hensynet til behandling. I gitte situasjoner der organ-tilgang er avgjørende for når behandling kan skje, der akutt livstruende sykdom må behandles osv., vil fagpersonalet i enkeltsituasjoner prioritere behandling uavhengig av økonomi. Budsjettssystemet og økonomistyringen må ha fleksibilitet for dette. Det må samtidig arbeides med utvikling av styringskompetanse og med kulturelle forhold som fagpersonalets forståelse for økonomistyring.

Sykehusenes budsjetter har vært hardt presset på hele 90-tallet. I en slik situasjon inndrog Regionsykehuset i Örebro en rekke fullmakter fra avdelingene og innførte mer rigid budsjettstyring. Med vide fullmakter til avdelingene må det påregnes lengre tid før underskudd kan innhentes, og at økonomihensyn kan komme til å prioriteres ned i hverdagen på avdelingene der en kanskje står overfor mer eksistensielle problemer. Vi vil derfor understreke at det for en multiprofesjonell organisasjon som et universitetssykehus er viktig med kompetanseutvikling, dialog og bygging av kulturell aksept i forhold til økonomistyring.

### **6.2.2 De administrative servicefunksjonenes rolle i styringen**

Under dette punktet behandler vi rolle- og ansvarsfordeling mellom avdelingene og det sentrale nivået i forhold til administrative støttefunksjoner.

Basert på generell styringsteori tar vi utgangspunkt i at

det skal være en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom de operative avdelingene og sentrale stabs- og støttefunksjoner. I den grad avdelingsledelsen har fått delegert styringsansvar for økonomi- og personale, har avdelingsledelsen det fulle ansvar for å planlegge, gjennomføre og etterprøve tiltak innenfor disse områdene

et delegert styringsansvar betinger at avdelingsledelsens styringskompetanse utvikles. Det inngår både faglig kunnskap på de aktuelle områdene (for eksempel budsjettering, økonomistyring og personalreglement) og prosesskompetanse i forhold til gjennomføring av oppgavene (for eksempel når oppgavene skal utføres, hvem som bør involveres, og hvilke formelle krav som stilles)

avdelingsledelsen kan hente inn bistand fra andre for å ivareta den praktiske gjennomføringen av oppgavene

Kartleggingen viser at alle virksomhetene har et felles støtteapparat som gir administrativ service til avdelingslederne på forespørsel og i henhold til faste oppdrag. Det varierer om støtteapparatet er organisert i sentralstaben eller lokalisert til et annet sted i organisasjonen. Der det administrative støtteapparatet er organisert i sentralstaben, er det bare Regionsykehuset i Örebro som ikke har lagt apparatet under økonomidirektøren og personaldirektøren. Det varierer også om avdelingene har eget administrativt personell som har

---

kompetanse og fullmakt til å ivareta økonomi- og personalforvaltningsoppgavene.

Rikshospitalet har sentralisert alle administrative funksjoner, mens den operative virksomheten er svært desentralisert. Ingen av de andre virksomhetene har gått så langt i begge retninger som Rikshospitalet.

Det kommer fram i kartleggingen ved Rikshospitalet at budsjettkonsulentene som gir service til avdelingslederne, skal ivareta både en styringsrolle på vegne av administrerende direktør og en servicerolle overfor avdelingslederne. Det påpekes uklar rolleidentitet. Kartleggingen viser at det er et ønske om mer økonomikompetanse i avdelingene ved Rikshospitalet, og at avdelingene er avhengige av kompetansen på avtaler og regelverk som finnes i personalavdelingen.

Mange avdelinger ved sykehusene er så store at det er hensiktsmessig å ha en selvstendig administrativ kompetanse lokalt for å bistå avdelingsledelsen i analyser, ressursvurderinger osv. En utvikling på dette området bør kombineres med å skille tydelig mellom toppledelsens strategiske styring av sykehusets økonomi og personale og avdelingsledernes behov for operativ bistand og service.

Rikshospitalet har i liten grad drevet systematisk lederutvikling de seneste årene. Det indikerer at både styrings- og lederkompetansen er basert på personlig tilegnet kompetanse gjennom flere år som leder. Mange av de avdelingsledere vi intervjuet i Rikshospitalet gav også uttrykk for at erfaring var det viktigste for å styre avdelingen. Når erfaring oppfattes å være en så viktig lederkompetanse, kan lederrekruttering bli et problem. Vi viser til at flere av de andre virksomhetene i kartleggingen legger betydelig vekt på lederutvikling (jf. omtalen i punkt 6.1.2). Lederutviklingen bør fokusere både på faglig ledelse, administrativ styringskompetanse og personlige lederegenskaper.

### **6.2.3 Basissystemenes bidrag til effektiv styring og kontroll**

Økonomi- og personaladministrasjon er to viktige elementer i styringen av en virksomhet. I virksomheter der personalet er organisasjonens viktigste ressurs, er det også en nær sammenheng mellom de to elementene. For begge er det viktig at de tekniske systemene som brukes holder god kvalitet.

Kvalitet kan defineres som at systemene oppfyller et antall formelle krav<sup>35</sup>, at de har tillit og gir relevant informasjon til ledere på ulike nivåer, og at de fungerer driftsmessig på en sikker og effektiv måte. Vi har vært opptatt av systemenes plass i styringen av virksomheten og koplingen til spørsmålet om styringskompetanse.

---

<sup>35</sup> For økonomisystemets del gjelder i statlige virksomheter kravene i Økonomireglementet.

---

Empirien viser at virksomhetenes erfaringer med systemene i stor grad henger sammen med hvorvidt de har blitt (eller holder på å bli) innført på en god måte, med tilstrekkelig opplæring, og hvorvidt de er brukervennlige.

På personalsiden har H:S Rigshospitalet, Regionsjukhuset i Örebro og Veritas erfaringer med velfungerende systemer. Universitetet i Bergen har kommet langt når det gjelder å planlegge – på lang sikt – de tekniske løsningene. Rikshospitalet har nylig innført et nytt personal- og lønnsystem som nå blir satt i drift.

Basert på de generelle erfaringene er det en viktig utfordring for virksomhetene som er i ferd med å innføre nye personalsystemer, å sørge for at det gis nødvendig og tilpasset opplæring i bruk av det nye systemet. Opplæringen må sikre både rett innmating av data og at brukere på ulike nivåer kan utnytte systemets muligheter til å få fram relevant styringsinformasjon.

På økonomisiden har H:S Rigshospitalet og Veritas erfaringer med velfungerende systemer. I virksomheter som relativt nylig har innført helt nytt økonomisystem, har man hatt ulike typer av innkjøringsproblemer. Ved Universitetet i Bergen er økonomisystemet basert på at man i stor grad skal kunne arbeide med det lokalt (på instituttnivå), og problemene er hovedsakelig knyttet til mangel på opplæring.

De virksomhetene som har velfungerende systemer, har generelt gode erfaringer med å bruke moderne teknologi både til datafangst og til informasjonsspredning.

### **6.3 Styringsprosessene, formelle møteplasser og dokumenter**

Vi ser i dette punktet nærmere på selve styringsprosessene i virksomhetene. Styringsprosessene kan langt på vei beskrives ved den måten det kommuniseres på, hvem som er involvert på ulike stadier i prosessen, og ved hvordan ulike dokumenter behandles på forskjellige møteplasser, der toppledelsen utøver styring og fører en dialog med de operative enhetene. Her er det mange aspekter som henger nært sammen – og som kan være nødvendig å behandle samtidig. Vi har likevel valgt å omtale de nevnte elementene i forskjellige punkter for å framheve hovedtrekkene ved hvert av dem.

Vi ser først på plan- og oppfølgingsprosessenes evne til å samordne og koordinere helheten i virksomheten og om styringsinformasjonen mellom forskjellige styringsdokumenter og styringsprosesser er entydig. Vi ser deretter på hvilke møteplasser som er viktige arenaer for styring. Avslutningsvis går vi nærmere inn på de forskjellige styringsdokumentene og vurderer tydelighet på strategivalg og resultatkrav, forankring i organisasjonen og faktisk bruk i styringen.

---

### 6.3.1 Styringsprosessenes bidrag til samordning og forankring

Virksomhetene i vår studie har flere mål og skal ivareta flere oppgaver. Oppgavene finansieres på ulike måter og er underlagt ulike rammebetingelser. Samtidig henger de nært sammen. For sykehusenes del er samarbeid og sammenheng i behandlingsskjeden viktig for å sikre kvaliteten i behandlingstilbudet. Sykehusenes størrelse og grad av spesialisering bidrar sammen med oppgavenes gjensidige avhengighetsforhold til å skape organisatorisk kompleksitet. Dette skaper et stort behov for samordning og koordinering av ulike oppgaver som sykehuset skal utføre. I samordningen ligger det å kunne tilpasse og koordinere de ressursmessige forutsetningene – i form av en rimelig intern fordeling av ressurser og belastning av kostnader.

Vi har sett på noen forhold i den interne styringen som vi vurderer som viktige i denne sammenhengen:

Finnes det en ordening internt i virksomheten for på forhånd å vurdere tiltak ut fra konsekvenser for andre deler av virksomheten og for virksomheten som helhet?

Er det en god integrasjon mellom aktiviteter/produksjon og økonomi i styringsprosessene (god økonomistyring) blant annet i forbindelse med faglig metodeutvikling?

Hvordan styres virksomheten i forhold til et prinsipp om balansert målstyring?

Teorier om styring og ledelse i sykehus (jf. kapittel 2) påpeker behovet for å skape en kultur der alle er seg bevisst at de er med å påvirke andres muligheter til å lykkes. En viktig lederoppgave er å åpne fagfolkens øyne for hvordan deres egne avgjørelser påvirker organisasjonens muligheter for å nå sine mål. Det gjelder å skape mekanismer for en slik forståelse i det interne styrings-systemet. Den empiriske undersøkelsen viser at H:S Rigshospitalet og Regionsjukhuset i Örebro har skapt ordninger med sentral vurdering allerede i planfasen av nye tiltak (behandling, utstyr, medikamenter med mer). Kostnads-messige og andre konsekvenser av tiltakene utredes, vurderes og diskuteres før beslutning tas. Rikshospitalet har ikke et system for koordinering mellom kliniske avdelinger og andre avdelinger i planfasen av nye tiltak. Derimot er toppledelsen involvert i løpende oppfølging av produksjonen, der man også justerer kapasiteten i flaskehalsen og avgjør avdelingenes tilgang til felles ressurser.

Generelt vil vi understreke viktigheten av at man som en del av beslutningsprosessene for nye tiltak, utreder og vurderer konsekvenser for andre deler av virksomheten. De berørte enhetene bør involveres i denne prosessen. Slike samordningsprosesser gjøres gjerne internt i divisjonen i de virksomhetene som er divisjonalisert. Ved RSÖ er slik samordning en sentral oppgave for strukturlederne.

---

Studien av økonomistyring i norske sykehus (jf. kapittel 2) har vist at følgende områder er generelt problematiske i sykehusene:

- Målorientering
- Planlegging av eksisterende virksomhet
- Samordning mellom planer og budsjett
- Oppfølging av budsjett og planer

Betydning av målorientering har blitt holdt fram også i teoriene om styring og ledelse av multiprofesjonelle organisasjoner. En hovedoppgave for ledelsen er å sette mål for organisasjonens samlede virksomhet, og å sørge for aksept og oppslutning om mål og virkemidler blant de tilsatte. Steineutvalget anser at integrering av styring nedenfra og styring ovenfra bør skje gjennom at toppledelsen fokuserer på de overordnede målene for virksomheten.<sup>36</sup> Konkret innebærer dette å sørge for at både strategiplan og årlig virksomhetsplan er forankret i spennvidden av mål som sykehuset har, og at det finnes systemer som gir tilstrekkelig kontroll med at målene nås.

Balansert målstyring (Balanced ScoreCard)<sup>37</sup> er et begrep som brukes for å beskrive et styringssystem der ledere bevisst fokuserer på flere ulike typer av mål samtidig og systematisk evaluerer ressurser, prosesser og resultat i forhold til målene. Blant virksomhetene i vår studie har vi sett at det er flere som har utviklet elementer av et slikt styringskonsept. Veritas har nylig innført en variant av balansert målstyring med fokus på både forretningsresultat, kundetilfredshet, medarbeidertilfredshet, interne prosesser og virkning på samfunnet (anerkjennelse). Ved Regionsjukhuset i Örebro er balansert målstyring knyttet til den årlige virksomhetsplanleggingen, der det foruten mål for aktiviteter og resultat også finnes forbedringsmål og forslag til forbedringstiltak basert på regelmessige studier av kompetanse, kvalitet og arbeidsmiljø i sykehuset. H:S Rigshospitalet har med de interne kontraktene utviklet et instrument for å fastsette ulike typer av mål for virksomheten og fastsette hvordan senteret eller avdelingen kommer til å følges opp og evalueres langs de samme målene.

Hovedinntrykket fra Rikshospitalet er at avdelingene styres på budsjetttramme, stillingsrammer og produksjon. Økonomiavdelingen bruker plantallene for produksjon når de fastsetter budsjettet. Disse tallene er i stor grad knyttet til pasientbehandling. Samtidig har flere av informantene vist til at det er vanskelig å bruke produksjon som viktigste styringsfaktor. Flere av informantene har også etterlyst ”mykere” styringsindikatorer i styringssystemet, som turnover, sykefravær, kompetanse, feilbehandling og skader (mål for kvalitet), og større rom for verbal omtale av pasientenes tilfredsstillelse, pleiekvalitet, arbeidsmiljø i avdelingene. For tiden er Rikshospitalet i ferd med å innføre et antall kvalitetsindikatorer i samarbeid med de andre norske regionsykehusene. For eksempel Regionsjukhuset i Örebro supplerer denne typen styringsfokus med

---

<sup>36</sup> "NOU 1997:2, kapittel 10".

<sup>37</sup> Begrepet dukket opp første gang i 1992 i en artikkel av Robert Kaplan og David Norton: "The Balanced Score Card – Measures that drive Performance", Harvard Business Review, Jan-Feb 1992. Kaplan og Norton har i flere senere artikler utviklet begrepet og styringsfilosofien som er knyttet til det. I løpet av 1990-tallet har begrepet blitt spredd, oversatt og brukt som styringskonsept i mange ulike sammenhenger.

---

regelmessige studier av arbeidsmiljø og kvalitet ved de såkalte KAK-studiene<sup>39</sup>. Eksemplet Veritas viser hvordan man kan lage et system for løpende rapportering av organisasjons- og personalmessige forhold i tillegg til produksjon og økonomi.

### 6.3.2 Kopling mellom ressurs- og aktivitetsinformasjon

I økonomistyringsteori understrekes betydningen av samordning mellom planer og budsjett, oppfølging av planer og budsjett, og at det finnes en god integrasjon mellom produksjon og økonomi i styringsprosessene. Informasjonen må være relevant i forhold til de styringsproblemene som skal løses, og må være relativt entydig uavhengig av hvilke dokumenter som studeres.

Den empiriske gjennomgangen har vist at budsjettdokumentene regnes som viktige styringsdokumenter i samtlige virksomheter. Informantene har også understreket betydningen av en god kopling mellom ressurser/budsjett og krav til aktiviteter/produksjon. For flertallet av virksomhetene er imidlertid dette et problem i praksis. Unntakene er H:S Rigshospitalet, som i stor grad har lyktes med å integrere tildeling av ressurser og krav til produksjon i ett og samme dokument –kontraktene – som er basert på ”forhandling” mellom partene om de samme parametrene, og Veritas som av flere grunner har en tett kopling mellom ressurser og produksjon<sup>40</sup>.

Samtlige virksomheter har en relativt tett oppfølging av budsjettet. Derimot er det få av virksomhetene som på en systematisk måte relaterer det økonomiske utfallet til virksomhetsplanen eller faktisk gjennomførte aktiviteter. Ved Haukeland sykehus legger økonomiavdelingen ned et relativt omfattende arbeid i analyser og forklaringer av sykehusets tallmateriale i en årlig økonomi- og aktivitetsrapport. Tallmaterialet er dog ikke dekkende for hele virksomheten.

En forutsetning for å integrere produksjon og økonomi i styringsprosessene er at virksomheten har tilstrekkelig og relevant informasjon om faktiske kostnader ved ulike aktiviteter. Studien av ledelsesinformasjon ved norske sykehus (jf. kapittel 2) har vist at dette er et generelt problem. Ingen av de norske sykehusene kan presentere dekkende informasjon om kostnad i forhold til aktivitet.

I vår undersøkelse har vi sett at flere av sykehusene holder på å utvikle former for intern styring som bygger på informasjon om kostnader for ulike typer aktiviteter. Regionsjukhuset i Örebro planlegger ett -system – Kostnad-per-pasient (KPP) – for hele sykehusets virksomhet, der tanken er at hver klinikk skal belastes med en korrekt andel av kostnadene for behandlingen. Haukeland sykehus har laget en kopling mellom økonomisystemet og pasientinformasjons-systemet for å kunne relatere behandling av pasienter til stipulerte inntekter.

---

<sup>39</sup> Kvalitet-Arbeidsmiljø-Kompetens, jf. beskrivelsen i vedlegg 5 fra Regionsjukhuset i Örebro

<sup>40</sup> Kontraktene som brukes ved Rigshospitalet i København oppfattes som bindende for "kontraktspartene". Siden det er snakk om avtaler mellom parter som begge befinner seg innenfor en og samme offentlige organisasjon vil disse avtalene ikke utgjøre kontrakter i juridisk forstand.

---

Både Rikshospitalet og Haukeland sykehus har utviklet en modell for intern fordeling av ressurser til såkalte fleravdelingsopphold.

Etter Statskonsults vurdering har sykehusene mye å lære av hverandre når det gjelder å utvikle metoder for å få fram en god kostnadsinformasjon. Sykehusene bør prioritere utvikling av kostnadsinformasjon for kalkyle- og fordelingsformål.

### 6.3.3 Formalisering av styringsdialogen

Møteplasser forstås i denne sammenhengen som formelle fora eller arenaer for å utøve styring fra toppledelsen og for å samhandle med den operative/faglige ledelsen på avdelingsnivået. Vi har sett på hvilke møteplasser som finnes og om møteplassene er viktige arenaer for styring.

Økonomiregelverket for staten slår fast at ledelsen i en virksomhet må utvikle nødvendige interne prosedyrer for å sikre dialog om mål og resultater, og for å følge opp at avdelingene driver innenfor avtalte rammer og forutsetninger. I store virksomheter bør dialogen formaliseres ved bruk av faste møteplasser og en møtekalender.<sup>41</sup>

For at styringsmøtene skal fylle sin rolle, er det viktig at de riktige personene deltar. Det er viktig at det er bred deltakelse fra ledergruppene på avdelingsnivå såvel som fra toppledelsen. En slik deltakelse kan være både informerende og ha en motiverende effekt. Styringsmøtene bør legges opp slik at aktivitet og ressursbruk blir sett i sammenheng – både i plan- og budsjettprosessen og i oppfølgingen.

Alle virksomhetene som inngår i kartleggingen, har etablert formelle møteplasser mellom toppledelsen og avdelingsnivået. Møtene varierer fra omfattende gjennomganger av avdelingens ressursbruk, aktiviteter og resultater til korte møter med fokus på noen få saker. Rikshospitalets koordinerings- og styringsmøter går mer i retning av det siste. I de divisjonaliserte virksomhetene skjer styringsdialogen i flere trinn, ved at toppledelsen kan fokusere på styring av divisjonene, mens det skjer tilsvarende styringsprosesser i de enkelte divisjonene.

En flat organisasjonsstruktur med mange avdelinger medfører at tiden ikke gir direktøren mulighet til å gjennomføre en omfattende dialog med hver enkelt avdelingsleder. Arbeidet med å skape felles og godt forankrede mål for sykehuset stiller store krav til direktøren. Den strategiske diskusjonen og koordineringen mellom avdelingene blir vanskeligere med en flat organisering enn med en organisering der toppledelsen består av representanter for hele virksomheten.

I virksomhetene i vår studie – unntatt Rikshospitalet og RSÖ – er linjelederne representert i toppledelsens jevnlig møter. De divisjonaliserte virksomhetene

---

<sup>41</sup> Økonomiregelverkets funksjonelle krav, kap 2-2, jf. kap 1-2.2

---

har dette som en direkte følge av organisasjonsformen. RSÖ tilstreber det samme ved at strukturlederne sitter i toppledelsen.

Mange av virksomhetene i kartleggingen har i tillegg til formelle møter, utviklet en omfattende uformell kontakt og tett dialog mellom de ulike organisatoriske nivåene. Dialogmøtene bør være tilstrekkelig lenge, slik at det blir reell mulighet for å drøfte strategi, årsplaner, ressursbruk (budsjetter), kvalitetskrav og resultatforventninger, økonomistyring og oppnådde resultater. Her kan virksomhetene hente gode erfaringer fra H:S Rigshospitalet, RSÖ og Veritas.

#### **6.3.4 Er styringsdokumentene samordnet, ledelsesforankret og enkle å bruke?**

I forhold til styringsdokumentene har vi stilt følgende spørsmål:

Er strategiplanene og de operative planene samordnet og tydelige på veivalg og resultatforventninger?

Blir strategiske beslutninger nedfelt i den operative planleggingen?

Gir oppfølgingsdokumentene (rapportene) tilstrekkelig informasjon i forhold til utfordringer og resultatmål?

I hvilken grad er dokumentene forankret i ledelsen og virksomheten for øvrig?

Hvordan blir dokumentene laget?

Blir dokumentene brukt i styringen?

Ut fra funnene i kartleggingen, svarer vi i det følgende på disse spørsmålene.

Økonomiregelverket fastslår at det skal være en god samordning mellom de formelle styringsdokumentene. En forutsetning for å få dette til er at styringsprosessen og utarbeidelsen av ulike plan- og prioriteringsdokumenter er tett koplet med budsjettprosessen. De overordnede signaler og prioriteringer som gjøres i budsjettprosessen, bør generelt nedfelles i konkrete krav i tildelingsbrev til avdelingene. Videre bør rapporter og ulike gjennomganger være et utgangspunkt for fordelingen av rammene i budsjettprosessen.

#### **Strategiske dokumenter**

Alle virksomhetene har utarbeidet strategiske planer. Rikshospitalet har nylig utarbeidet en overordnet strategiplan, forskningsstrategi, faglig profil og kortfattede avdelingsvise strategiske planer.

Generelt bør en strategisk plan utarbeides på en slik måte at den sikres en god forankring i virksomheten. En måte å gjøre dette på er å nedsette arbeidsgrupper på tvers av nivåer og avdelinger for å jobbe med innspill i prosessen. Dette er gjort i Veritas med godt resultat. Toppledelsen ved H:S Rigshospitalet



---

har gode erfaringer i det strategiske arbeidet gjennom et tett samarbeid med senternivået. Rikshospitalet har på tilsvarende måte hatt en ”bottom up”-tilnærming i arbeidet med de strategiske dokumentene. Etter det vi kan se, har de strategiske dokumentene en god forankring i virksomheten. Dette kan etter vår oppfatning i stor grad tilskrives prosessene ved utarbeidelsen av dokumentene.

Informanter ved sykehusene peker på at det er en tett kopling mellom kliniske avdelinger og medisinske serviceavdelinger. Det de kliniske avdelingene gjør, har konsekvenser for de medisinske serviceavdelingenes arbeid og omvendt. Et sentralt spørsmål er om de kliniske avdelingene ved aktivitetsomlegginger vurderer og tar hensyn til hvilke ressursmessige konsekvenser omleggingene vil få for andre avdelinger. De medisinske serviceavdelingene blir ofte ”flaskehals” i systemet. For å minske antallet slike flaskehals, kan det være nyttig å drive en mer langsiktig ressursplanlegging og samordning mellom avdelingene. Vi viser her til gode erfaringer fra arbeidet med taktisk plan hos Veritas.

### **Virksomhetsplaner**

Virksomhetsplaner skal generelt være forankret i strategisk plan og innebære en operasjonalisering av den overordnede strategien. Gjennomgangen vår viser at selv om alle virksomhetene utarbeider virksomhetsplaner, varierer deres rolle og status betydelig.

Planen skal bidra til å synliggjøre prioriteringer som må gjøres, og vise hvordan hver enkelt operasjonell enhet velger å løse sine oppgaver og utvikle sin organisasjonsenhet. I denne sammenhengen kan en trekke på gode erfaringer fra bl.a. RSÖ med å utvikle virksomhetsplaner.

### **Tildelingsbrev/kontrakter**

De interne tildelingsbrevene til avdelingene ved Rikshospitalet gir rammer for ressursene og stiller krav til avdelingenes aktiviteter. I disse dokumentene har Rikshospitalet søkt å kople ressurser og aktiviteter. Tildelingsbrevene har på mange måter en tilsvarende funksjon i styringen av avdelingene som kontraktene har i styringen av sentrene ved H:S Rigshospitalet. Men det er visse forskjeller.

Ved Rikshospitalet blir ressursrammer og aktivitetskrav i tildelingsbrevet i hovedsak fastsatt sentralt. Ved H:S Rigshospitalet blir rammer og konkrete aktivitetskrav i kontraktene til gjennom et tett samarbeid mellom overordnet og underordnet nivå. Tanken er her at det er det underliggende nivået (senteret) som selv vet ”hvor skoen trykker” og kan si hva det er realistisk å oppnå med dagens ressursrammer. Dette betyr ikke at ledelsen ved sykehuset ikke presser på og setter krav til sentrene, men at kravene er et resultat av forhandlinger mellom partene. Informantene ved H:S Rigshospitalet peker på gode erfaringer der denne ”bottom –up”-prosessen i utformingen av kontraktene skaper budsjettlojalitet. For de virksomhetene som ikke har kontrakter, kan tilsvarende prosesser gjøres gjeldende ved utforming av tildelingsbrevet.

---

Innholdet i de interne tildelingsbrevene ved Rikshospitalet varierer mellom ulike typer avdelinger. Mens de kliniske avdelingene står overfor klare volumkrav til aktiviteter, settes det ikke krav til aktivitetsnivå for de medisinske og de administrative serviceavdelingene, og direktøren har ikke styringsmøter med alle disse avdelingene.

Sykehusenes driftsavdelinger omfatter bl.a. kantine, vaskeri, hotell med mer, og disse avdelingene er avgjørende for å kunne gjennomføre den medisinske virksomheten på en god måte. Generelt bør det settes konkrete resultatkrav til avdelingene. Resultatkrav til denne typen avdelinger kan være knyttet til kvalitet, for eksempel ventetid, tjenestenes kvalitet, beredskap, leveringstid. Etter det vi kan se, har driftsavdelingen ved Rikshospitalet utarbeidet dokumenter som viser hvilke tjenester som ytes samt omfang og kvalitet på tjenestene, men disse servicemålene er ikke formulert som konkrete resultatkrav i de interne tildelingsbrevene.

Både ved H:S Rigshospitalet og ved Haukeland sykehus er de driftsmessige fellesfunksjonene lagt i egne divisjoner. Ved H:S Rigshospitalet er driftsfunksjonene samlet i et senter – servicesenteret. Servicesenteret styres aktivt gjennom en kontrakt på lik linje med de medisinske sentra. Innholdet i kontraktene er imidlertid tilpasset de ulike sentrenes karakter, og servicesenteret styres forskjellig fra de kliniske sentrene.

### **Periodisk rapportering**

I styringsteorien vises det til at en viktig forutsetning for god styring er å skaffe et tilstrekkelig erfaringsgrunnlag gjennom rapportering. Rapportene bør inngå i en styringssløyfe og bidra til læring.

Å få til god rapportering kan være vanskelig. Mange virksomheter er for ensidig opptatt av å se framover, lage nye planer osv., og vier ikke rapporteringen tilstrekkelig oppmerksomhet. Videre trekkes det ofte fram ulike problemer knyttet til rapportering, for eksempel måleproblemer og behovet for faglig autonomi.

Det er viktig at ledelsen tydeliggjør kravene om rapportering overfor underliggende nivå. Dette kan gjøres på ulike måter. Ofte formidles slike rapporteringskrav i tildelingsbrev/kontrakter og liknende. Rikshospitalet har et eget avsnitt i de interne tildelingsbrevene om oppfølging i løpet av året. Her vises det til at det i oppfølgingen vil legges vekt på plantallene for aktivitetene i avdelingene. Det vises til at de månedlige avdelingsresultatene skal gis større oppmerksomhet fra sentralt hold, og at det vil bli en systematisk gjennomgang av status hvert kvartal.

Vi vil understreke viktigheten av at rapporteringen er samordnet. Det er avgjørende for tilliten til rapportene at kvaliteten på dataene er god, at det er enighet om definisjoner og avgrensninger i datagrunnlaget og at de samme definisjonene brukes i alle rapportene. Informantene ved Rikshospitalet peker på at sykehuset er i ferd med å utvikle en samordnet rapport som gir oversikt over økonomi og aktiviteter.

---

Alle virksomhetene har en mer omfattende rapportering knyttet til dialogmøtene eller til gjennomganger av de underliggende organisasjonsethene. Bredden i rapporteringen varierer. Det varierer også om det gjøres analyser i tillegg til mer beskrivende informasjon. Vi vil peke på at større bredde og mer analyse kan gi et bedre grunnlag for dialog mellom nivåene og dermed forbedre styringen. Også for å gjøre rapportene anvendelige for ledere på ulike nivåer kan det være nødvendig å supplere rapportene med analyser og kvalitative beskrivelser.

### **Månedlig økonomioppfølging**

Når det gjelder den mer løpende økonomirapporteringen, er det en rekke forhold som ifølge økonomistyringsteori på sykehusområdet bør være oppfylt for at den skal regnes som god.<sup>42</sup> Vi vil spesielt trekke fram at

rapportene bør inneholde tilstrekkelig data, men ikke mer detaljert enn nødvendig for styringen

det er viktig å få med lønn og medisinske forbruksvarer (90 prosent av direkte driftsutgifter). Annen informasjon som bør med er utgifter til utstyr, kontorutgifter, spesielle pasientutgifter, kurs- og utdanningsbudsjett med mer

rapportene bør være forståelige for ikke-økonomer. Kolonnene må lett kunne gi oversikt over den aktuelle situasjon per dato

rapportene bør sendes innen 10 dager etter månedsskiftet

planlagte og realiserte aktivitetstall bør presenteres i samme rapport

det bør være informasjon som viser endring i pasientsammensetningen

Alle virksomhetene har månedlig økonomirapportering. Detaljeringsgrad og tilgjengelighet i ledelsesrapportene varierer. I denne sammenhengen kan det være nyttig å se på erfaringene fra Danmark. Ved H:S Rigshospitalet utarbeides det periodiske økonomirapporter for utgifter og produksjon. Det vises til at økonomirapportene er oversiktelige og tilgjengelige på nettet, og at lederne på ulike nivåer bruker dette verktøyet aktivt i styringen.

Vi vil generelt peke på viktigheten av god kvalitet og tilgjengelighet når det gjelder økonomirapportene. Ledelsesrapportene bør være oversiktlige, strukturerte og bearbejdede, mens mer detaljerte rapporter kan være tilgjengelige for eksempel på intranett for lokal bearbejding og analyse.

---

<sup>42</sup> Basert på Bjørnenak/Pettersen: Om økonomisk styring i helsesektoren (1997)

---

### 6.3.5 Jevnlige analyser/evalueringer

Ved å fokusere på den årlige styringsprosessen er det fare for at det mer langsiktige perspektivet blir skadelidende. For å få et mer langsiktig perspektiv i styringen, er det ofte behov for mer dyptgående analyser/rapporter i tillegg.

På sykehusområdet kan det oppstå behov for å gå avdelinger og tiltak ”nærmere etter i sømmene” – utover den løpende budsjett- og aktivitetsoppfølgingen. Ved H:S Rigshospitalet har en søkt å dekke dette behovet ved å etablere praksisen med jevnlig, mer dyptgående analyser av deler av virksomheten. Analyse-enheten som er tilknyttet den sentrale økonomiavdelingen, foretar her årlig 3-5 gjennomganger av deler av virksomheten.

### 6.4 Insentivene og deres bidrag til måloppnåelse

I moderne styringsteori understrekes ofte at bruk av ulike former for insentiver er viktige virkemidler i arbeidet med å oppnå målene for virksomheten. Vi har undersøkt hvorvidt virksomhetene har innført noen form for insentiver og hvilke erfaringer som har blitt gjort i av dette.

H:S Rigshospitalet har både individuell og kollektiv belønning i form av bonus/engangsutbetaling. Veritas baserer den enkeltes lønnsutvikling på regelmessig evaluering av måloppnåelse og jobbutførelse. I tillegg til dette legger alle virksomhetene vekt på at andre forhold enn lønn motiverer de tilsatte. Det kan for eksempel være tid og ressurser til forskning og faglige utviklingstiltak, og – for sykehusenes del – arbeidet med pasientene og egne profesjonelle normer og standarder. Ved Regionsjukhuset i Örebro har man bevisst satsset på å bruke faktorer som arbeidstid, utdanning og forskning som insentiver i styringsprosessen.

Styringsprosessens utforming og ressursituasjonen i virksomheten kan i seg selv også oppfattes som et insentiv eller en sanksjon. Flere av virksomhetene har tatt opp hvorvidt det på lavere nivå ”lønner” seg å følge vedtatt budsjett eller planer – i form av at man får noe tilbake, eller hvorvidt det ”straffer seg” om man ikke gjør det. H:S Rigshospitalet og Veritas lar i visse situasjoner budsjettunderskudd få personlige konsekvenser for ansvarlig leder. I de fleste virksomhetene oppfattes likevel hovedproblemet å være at budsjettsituasjonen og generelle lønnsforhold ikke gjør det mulig å gi den type positive insentiver til de tilsatte som ledelsen ønsker.

Virksomhetene i vår studie har ulike modeller for overføring av overskudd og underskudd til påfølgende år. Ved Rikshospitalet er det innført en ordning der avdelingene skal bringe med seg 50 prosent av godkjent overskudd eller underskudd til det påfølgende året. Sett i forhold til en situasjon uten overføringsadgang, er dette et insentiv ved at avdelingene selv må ta ansvar for et eventuelt merforbruk og tilsvarende får føre med seg et mindreforbruk. Ser en derimot Rikshospitalets system i forhold til en situasjon der hele overskuddet eller underskuddet overføres, framstår insentivene som svake. Hvilke insentiver som skal ligge i systemet kan imidlertid bare utgjøre en del av vurderingen av

---

overføringsordningen. Trolig vil det, særlig ved underskudd, være viktig å vurdere om det er ønskelig og realistisk at den enkelte avdeling skal bære med seg sitt økonomiske resultat fra ett år til et annet.

## 6.5 Styring av forskning

Et prinsipp i moderne organisasjonsteori er at den interne styringen bør differensieres i forhold til type virksomhet/oppgave. Det er også viktig å være tydelig når det gjelder graden av styring og hvilke styringsparametere, registrerings- og rapporteringsrutiner som brukes i forhold til den enkelte oppgave.

Alle de studerte virksomhetene oppfatter at forskningsvirksomheten er vanskelig å styre via målformulering, planlegging og resultatmåling. Den løpende styringen skjer via ressursstyring (forskningsstillinger, forskningsmidler) og oppfølging langs noen få indikatorer (antall prosjekter, vitenskapelige publikasjoner). På lang sikt kan forskningen også styres gjennom strategiplaner/forskningsstrategier med innholdsmessige prioriteringer. Rikshospitalet har nettopp avsluttet et viktig arbeid med å ta fram en slik forskningsstrategi.

Ved utarbeiding av forskningsstrategier er det en utfordring å se til at forskningsstrategien får nedslag i den operative planleggingen av sykehusvirksomheten, og ikke minst at den brukes aktivt i styringen og oppfølging av forskningsvirksomheten. En forutsetning for å få til en god styring av forskningen er kunnskap om forskningens omfang, kostnader og finansiering.

Når det gjelder mulighetene for en samlet prioritering av ulike typer forskning på spesialiteter/subspesialiteter, har RSÖ, UiB og Veritas gode erfaringer å vise til. I tråd med konklusjonene i litteraturgjennomgangen bør fagpersonalet ha en avgjørende innvirkning på forskningsinnsatsen innenfor sine felter. Etter vårt syn er det likevel behov for en overordnet avveining og styring av innsatsen. Også her bør fagpersonalet involveres i beslutningene, under ledelse av sykehusdirektøren. Direktørens helhetsansvar inkluderer forskningsaktivitetene, som i stor grad legger grunnlaget for morgendagens teknologi og metoder, og dermed langt på vei også kostnadsnivået.

---

## 7 Avsluttende diskusjon

I dette kapitlet søker vi å trekke ut noen generelle lærdommer som gjelder intern styring i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner, basert på den teoretiske gjennomgangen i kapittel 2 og den sammenliknende analysen og vurderingene i kapitlene 4, 5 og 6.

Utgangspunktet for studien har vært både en generell idé om hva som er god intern styring og et mer spesifikt sett ideer om god intern styring i multiprofesjonelle og komplekse kunnskapsorganisasjoner.

God intern styring er generelt definert som

- at styringsvirkemidlene er godt utformet og tilpasset hverandre
- at styringsprosessen er sammenhengende og logisk
- at styringen er fleksibel og tilpasset virksomhetens karakter og viktige eksterne og interne forutsetninger

I multiprofesjonelle organisasjoner er de styringsmessige utfordringene store. I tillegg til å skape helhetlige og effektive styringssystemer skal styringen fungere i forhold til en kompleks og differensiert virksomhet og gi god forståelse og legitimitet hos ulike grupper av profesjonelle. Viktige instrumenter for å få til dette er delegering, deltakelse og dialog.

### **Organisasjons- og ledelsesform legger viktige føringer**

Toppleidelsens rom for styring er knyttet til fullmakter, organisasjons- og ledelsesform, avtalesystem og andre eksterne og interne rammebetingelser. Gjennomgangen av de seks virksomhetene viser at rommet for styring varierer mellom virksomhetene, og at det legger viktige føringer på den interne styringen. Det vi spesielt har sett er at virksomhetenes organisasjons- og ledelsesform har betydning for mulighetene til å utforme en styring preget av deltakelse og dialog.

Med en divisjonalisert organisasjonsstruktur er det praktisk mulig å få til en jevnlig kontakt mellom organisasjonsnivåene. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at divisjonalisering i seg selv er svar på styringsutfordringen. I multiprofesjonelle og komplekse virksomheter kreves det at lederen for divisjonen har legitimitet som leder i forhold til underliggende nivå. Man skal ikke undervurdere hvor vanskelig dette kan være i organisasjoner preget av stor grad av spesialisering og faglig autonomi. Den store fordelen med en flat organisasjonsstruktur er at hver avdeling har direkte kontakt med toppleidelsen og at man slipper å tvinge fram organisatoriske inndelinger og grupperinger som oppfattes som kunstige i forhold til oppgavene.

For kunnskapsorganisasjoner ses også den flate strukturen som nødvendig for å få raske beslutninger. Beslutningene baseres på faglige vurderinger som gjøres av hver enkelt av de profesjonelle. Som vi har sett, kan likevel ikke virksomhetene i vår studie regnes som rene kunnskapsorganisasjoner, til det er de for store, differensierte og komplekse. I disse organisasjonene kreves det som oftest en annen og mer hierarkisk organisering for å sikre samordning og kontroll. I de

---

største og mest komplekse av organisasjonene er det også rimelig å anta at fordelene som ligger i den flate strukturen ikke oppveier ulempene. Topp-ledelsen kan vanskelig ha tid for og innsikt i hver enkelt avdeling.

### **Delegering – et spørsmål om tydelighet og ansvarliggjøring**

Graden av delegering internt varierer mellom virksomhetene i vår studie. Ved Rikshospitalet, Veritas og H:S Rigshospitalet er administrative fullmakter delegert i stor utstrekning. Veritas og H:S Rigshospitalet har også valgt den mest desentraliserte løsningen når det gjelder de administrative støttefunksjonene. For disse to virksomhetene har divisjonaliseringen gjort det mulig for ledelsen å opprettholde kontroll gjennom en tett styringsdialog.

Delegering av fullmakter fordrer at det gjøres klart hvor i organisasjonen de ulike fullmaktene er plassert. De fleste virksomhetene har tydeliggjort de interne fullmaktene – ofte i form av et kart eller en håndbok. Med en flat organisasjonsstruktur er det ekstra viktig å være tydelig på dette punktet.

Ut fra teoriens vektlegging av at de profesjonelle skal medvirke i styringen og at det bør være en god kopling mellom det faglige og det administrative perspektivet, er det viktig å tydeliggjøre ulike lederes roller og ansvar i de interne styringsprosessene. Kontraktene ved H:S Rigshospitalet stimulerer til en slik ansvarliggjøring. Ledernes rolle og ansvar i ulike styringsprosesser bør også være et viktig innslag i lederopplæringen i denne typen organisasjoner.

### **Styringsdokumentene må settes inn i en større sammenheng**

Når det gjelder virksomhetenes styringsdokumenter, har vi vært opptatt av forbindelsen mellom dem, deres forankring i organisasjonen og rolle i styringen av virksomhetene. Vi antar at styringsdokumentene og prosessene rundt dem er særlig viktige i organisasjoner med begrenset tid og rom for mer uformelle interne dialoger.

For de langsiktige styringsdokumentene av strategisk karakter har vi sett at den faglige medvirkningen er spesielt viktig for at dokumentene skal oppfattes som levende, interne styringsdokumenter. Alternativt blir dokumentene mer å betrakte som eksternt rettede produkter.

I den årlige planleggingen finnes det flere viktige hensyn å ta. Planene bør være forankret i overgripende strategiske planer, men samtidig konkrete, operasjonelle og oppfølgbare. Det bør være en god kopling mellom aktiviteter og ressurser. Planene bør passe til og være gyldige for hele spekteret av funksjoner som finnes i organisasjoner av denne typen, dvs. at de på en god måte dekker hele bredden av mål og styringsparametre. Planleggingsprosessen bør preges av medvirkning og dialog, slik at det skapes gjensidige forpliktelser. Samlet betraktet ser vi det som en framtidig utfordring å utvikle og klargjøre den årlige planleggingens rolle i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner.

Budsjettdokumentene regnes som viktige styringsdokumenter i betydningen å gi en ramme og et utgangspunkt. Samtidig anser virksomhetene at fokus bør ligge mer på aktivitetene og budsjettene samlet enn på budsjettet isolert, og at det bør finnes en god kopling mellom økonomi og produksjon i planleggings-

---

prosessen. Dette oppfatter alle virksomhetene som vanskelig. Funnene fra sykehusene og universitetet bekrefter teoriens påstand om at det for disse organisasjonene er slik at faglig styrt produksjon og økonomisk planlegging tilhører to ulike og vanskelig forenlig logikker.

Med bedre kostnadsinformasjon vil den økonomiske planleggingen i større grad henge sammen med produksjonsplanleggingen, og dermed bli mer realistisk og troverdig. Etter vår vurdering kan dette øke mulighetene for dialog, gjensidig forståelse og ansvarliggjøring i forhold til begge typer av logikker. Alle sykehusene i studien har et stykke igjen å gå når det gjelder å utvikle kostnadsinformasjonen, og det vil ligge en gevinst i et økt samarbeid på dette området.

### **Rapportering for læring**

I kunnskapsorganisasjoner er det særlig viktig at styringsprosessene gir rom for læring på ulike nivåer. Alle virksomhetene har regelmessige oppfølgingsrapporter på økonomisiden. Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom virksomhetene når det gjelder frekvensen av rapportering og rapportenes utformning. Graden av analyse og forklaringer av utfall og organiseringen av dialogen rundt dokumentene varierer også.

Samlet sett bør styringsprosessen i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner bestå av to delprosesser:

kontinuerlig oppfølging langs noen få sentrale parametre – med tilhørende analyse, sammenlikning og forklaring

situasjonsbestemte, mer omfattende og beskrivende gjennomganger av problemområder.

For å gi gode læringseffekter, bør all oppfølging og analyse dokumenteres skriftlig, spres internt i virksomheten og ligge til grunn for dialog mellom ulike styringsnivåer.

### **Tilpasset styring**

Teorien understreker at styringens form må tilpasses til ulike oppgaver som virksomheten har ansvar for. Man bør også se til at insentivene i styringen er hensiktsmessige i forhold til de ulike oppgavene. Tilpasset styring byr på en særlig utfordring i den typen virksomheter som vi har studert. Disse virksomhetene kombinerer ytterst kompleks faglig virksomhet og utvikling med omfattende tjenesteproduksjon – i tillegg til drifts- og serviceoppgaver. For sykehusenes del har vi understreket betydningen av å bli mer bevisst de styringsmessige forskjellene mellom den kliniske virksomheten, forskning og utvikling, og ulike driftsoppgaver.

Forskningsvirksomheten er den mest typiske kunnskapsvirksomheten og preges av kunnskapsorganisasjonens styringsproblematikk. Alle virksomhetene oppfatter tvetydigheten når det gjelder styring av egen forskning – at den må styres, men samtidig ikke kan eller bør styres for hardt. Forskning bygger på at det finnes et faglig og personlig engasjement og at kreativiteten fungerer som drivkraft. Forskningsresultater kan ikke ”planlegges og kontrolleres fram” av



---

organisasjonen. Derimot har vi sett at virksomhetene kan spille en viktig rolle når det gjelder å styre ressursene til og vilkårene for egen forskning, påvirke forskningens innretning og profil, samt å kunne nyttiggjøre seg forskningens resultat i og utenfor egen virksomhet.

### **Jevnlig intern dialog**

Teorien understreker betydningen av dialog og forståelse mellom de ansvarlige for produksjonen og administrasjonen. Møtene mellom toppledelsen og underliggende nivå varierer med hensyn til hyppighet, varighet og innhold – blant annet avhengig av virksomhetenes organisering. Der det finnes divisjoner/fakulteter, treffes toppledelsen og divisjonsdirektøren med jevne mellomrom for gjennomgang og diskusjon av hele divisjonens område. For de flate organisasjonene er det et problem for direktøren å få tiden til å strekke til for dette.

En samlet vurdering på dette punktet er at jevnlig kontakt mellom toppledelsen og de produksjonsansvarlige er nødvendig for å ivareta behovet for gjensidig forpliktende dialoger, holdningsskaping og kulturbygging.

### **Gode samordningsmekanismer**

Multiprofesjonelle organisasjoner er differensierte og spesialiserte, og har behov for ordninger som bidrar til koordinering og samordning mellom ulike avdelingers aktiviteter.

På sykehus kan det være et problem at nye behandlingsformer og utstyr introduseres uten at nødvendige kostnadsvurderinger er gjort eller konsekvenser for andre deler av sykehuset er utredet. Det kreves ordninger som løfter tiltak til sentralt nivå allerede i forslags- og planfasen, idet det da fremdeles finnes rom for diskusjon og forhandling mellom representanter for ulike enheter og faglige spesialiteter. Et annet eksempel på behovet for samordning er det klassiske problemet med "flaskehalser" i produksjonsprosessen – for sykehusenes del ofte de medisinske serviceavdelingene. En mulig løsning er å skape fora for tverrgående og langsiktig produksjonsplanlegging og ressursdimensjonering, og gjerne manifestere dem med gjensidig forpliktende dokumenter.

For divisjonaliserte virksomheter kan mange samordningsoppgaver legges til divisjonen, og dette kan gjøre det lettere å få til en koordinering mellom de ulike avdelingene som inngår i divisjonen. Samtidig kan divisjonaliseringen gjøre det vanskeligere å samordne på tvers mellom divisjoner.

### **Styring – et spørsmål om grad og balanse**

Styringsprosessene har ulik fokus i virksomhetene i vår studie. Samtlige seks virksomheter styrer på budsjett/ressurser og aktiviteter, og det finnes ulike grader av målstyring. Virksomhetene har også utviklet ulike former for kvalitetssystemer i tillegg til de vanlige styringsmekanismene, og alle arbeider med lederskapsutvikling i en eller annen form. Hvordan dette kommer til å prege den interne styringen framover, er for flertallet av virksomhetene for tidlig å si. Flere av virksomhetene har utviklet et balansert sett av styringsparametre. Den virksomheten som har tradisjon for å styre mest, både formelt og uformelt, og langs flest dimensjoner (mål, produksjon, økonomi, kvalitet,

---

kultur med mer) er Det norske Veritas. En interessant observasjon er at det også er her styringen kanskje har størst grad av legitimitet internt i virksomheten.

Vi kan ikke med våre data si noe om hvordan ledelsen konkret skal gå fram for å øke styringens legitimitet. For noen virksomheter kan en balansert innfalls-vinkel til styring, dvs. fokus på ulike typer av mål og indikatorer, være det mest hensiktsmessige. For andre kan det være mer hensiktsmessig å først få kontroll over økonomien og produksjonen, og deretter utvikle andre mål og indikatorer. Uansett hvilket valg man gjør, er det viktig å sørge for god informasjon og muligheter for dialog i prosessen.

### **Gode administrative hjelpesystemer**

Flere av virksomhetene preges av at det pågår omlegginger av de administrative hjelpesystemene. Viktige suksesskriterier er selve innføringsprosessen og opplæringen som må være god, og at systemene er tilgjengelige og brukervennlige på ulike nivåer i organisasjonen. Dette ser ut til å være spesielt viktig i den spesielle profesjonelle kulturen som ifølge litteraturen finnes. Hovedinntrykket fra den empiriske analysen er at lederne i virksomhetene vil at systemene skal være fleksible og nyttige for brukere på ulike nivåer. Dette stiller store krav til de systemansvarlige når det gjelder valg av systemløsning, opplæring, drift og utvikling av systemene.

### **Styringskompetanse under utvikling**

Nært knyttet til de administrative hjelpesystemene er spørsmålet om styringskompetanse. Flere av virksomhetene jobber aktivt med å utvikle styringskompetansen hos ledere på ulike nivåer. Teorien understreker at styringskompetanse i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner også må være basert på god innsikt i den faglige virksomheten. Studien vår bekrefter dette. Samtlige virksomheter arbeider med spørsmålet hvordan man i den interne styringen skal få til en god balanse mellom faglig og administrativ styring.

### **Investere i styring**

Flere av forbedringstiltakene som vi har beskrevet her, krever økte ressurser. Vi anser at virksomhetene må styrkes både økonomisk-administrativt (kapasitets- og kunnskapsmessig) og når det gjelder styringskompetansen blant ledere og faglig ansvarlige. Ledere og faglig ansvarlige bør også sette av mer tid til og øke oppmerksomheten om styringsspørsmål. De økte ressursene som dette vil kreve, bør betraktes som en investering i styring. Investeringen vil i første omgang gi avkastning i form av bedre kontroll over virksomhetens bruk av kunnskap og kompetanse og over den samlede ressursutnyttelsen. På lengre sikt antar vi at dette vil bidra til å øke virksomhetens effektivitet.

---

## 8 Litteraturliste

Berg, Ole og Charlotte Haug (1997): "Helsevesenets floker. Tanker om deres årsaker og håndtering" i *Nytt Norsk Tidsskrift* 4/1997

Besl. O. nr. 64 (1998–99): *Lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*.

Bjørnenak, Trond og Inger Johanne Pettersen (1997): *Fra økonomisk teori til klinisk praksis : om økonomisk styring i helsesektoren*. Cappelen akademisk forlag, Oslo.

Bleiklie, Ivar (1993): *Lederrollen ved universitetene*. LOS-notat 9343

Boter, H. og L. Lindmark (1987): *Kunskapsföretag – framtidens småföretag*. Umeå universitet.

Christensen, T. og Knut Midgaard (red.) (1997): *Universitetet som beslutningsarena*. Fagbokforlaget

Eidissen, Willy (1998): "Benchmarking av ledelsesinformasjon i norske sykehus" i HMT nr. 4/98

Funksjonelle krav til økonomiforvaltningen i staten, fastsatt av Finansdepartementet 24. oktober 1996

Innst. O. nr. 58 (1998–99): *Lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*.

Jordahl, Atle (1993): "Hvordan lede organisasjoner av profesjonelle?" i *Helsetjenesten- Medisinsk teknikk* nr. 2/1993.

Kaplan, Robert og David Norton (1992): "The Balanced Score Card – Measures that drive Performance" i *Harvard Business Review*, Jan-Feb 1992

Lian, Olaug Synnøve (1999): *Mellom Hippokrates og Adam Smith. Om utilitarisme, helsereformer og den medisinske kultur*. Doktrogradsavhandling, Universitetet i Tromsø

Marstein, Egil (1996): "Ledere i kulden." i *Helsetjenesten – Medisinsk teknikk*, nr. 6/1996

Mintzberg, Henry (1979): *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs

Nilsson, Viveka (1999): *Empati och distans. En studie av överläkares förhållande til ekonomistyring*. Göteborgs universitet.

NOU 1997:2 *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*

---

NOU 1999:15 *Hvor nært skal det være? - Tilknytningsformer for offentlige sykehus.*

Ot. prp. nr. 13 (1998–99): *Lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven).*

Pettersen, Inger Johanne (1995): *Budgetary control of hospitals : ritual rhetorics and rationalized myths?* Siviløkonomutdanningen i Bodø

Riksrevisionsverket (1996): *Myndigheternas interna styrning – en ideskrift.* Riksrevisionsverket 1996:34

Sveiby, Karl Erik (1991): *Kunnskapsledning. 101 råd til ledare i kunnskapsintensiva organisationer.* Stockholm 1991.

Sveiby, Karl Erik og Anders Risling (1986): *Kunnskapsföretaget.* Liber Förlag, Stockholm.

Söderström, Magnus (1992): "Ledning og lederskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter". Rapport utarbetat på uppdrag av högskoleutredningen. *SOU 1992:15.*

Vareide, Per Kristian (1999): "Sykehus - utviklingstrekk og særtrekk". Upublisert NIS-arbeidsnotat utarbeidet for Sørensen-utvalget (*NOU 1999:15*)

Økonomireglement for staten, fastsatt ved kongelig resolusjon 26. januar 1996

---

## REFERANSER

<b>Tittel:</b>	<b>A styre det komplekse . . .</b> En komparativ studie av intern styring ved Rikshospitalet og noen andre kunnskapsorganisasjoner
<b>Forfatter(e):</b>	Arne Fosseng, Knut Klepsvik, Marianne Kvalvåg, Marit Stadler Wærness
<b>Statskonsults rapportnummer:</b>	2000:7
<b>Prosjektnummer:</b>	24 425 00
<b>Prosjektnavn:</b>	Intern styring i Rikshospitalet og andre kompetanseorganisasjoner
<b>Prosjektleder:</b>	Knut Klepsvik
<b>Oppdragsgiver(e):</b>	Rikshospitalet
<b>Resymé:</b>	<p>På oppdrag fra Rikshospitalet har Statskonsult gjennomført en komparativ studie av intern styring ved Rikshospitalet, Haukeland sykehus, H:S Rigshospitalet i København, Regionsjukhuset i Örebro, Universitetet i Bergen og Det norske Veritas. Alle de seks virksomhetene kan beskrives som komplekse og multi-profesjonelle kunnskapsorganisasjoner. I litteraturen om slike organisasjoner diskuteres et antall spesielle styringsmessige utfordringer. Analysen har vært konsentrert om følgende virkemidler i den interne styringen; fordeling av roller, ansvar og fullmakter internt i organisasjonen, styringsdokumenter, styringsarenaer og prosesser, styringspraksis og administrative hjelpesystemer. Spennvidden i styringssystemene beskrives og forskjeller og likheter mellom virksomhetene analyseres og vurderes. Ut fra teoriene på området og den empiriske analysen trekkes generelle lærdommer om intern styring i multiprofesjonelle kunnskapsorganisasjoner.</p>
<b>Arbeidsområde:</b>	<input type="checkbox"/> Styring og resultatorientering
<b>Emneord:</b>	Intern styring, kunnskapsorganisasjoner, multi-profesjonelle organisasjoner, deltakelse, dialog, styringskompetanse, koordinering og samordning
<b>Dato:</b>	Februar 2000
<b>Sider:</b>	73
<b>Utgiver:</b>	Statskonsult Direktoratet for forvaltningsutvikling Postboks 8115 Dep 0032 OSLO