

FORORD

Masteroppgaven er skrevet som en avsluttende og obligatorisk del av Mastergradstudiet/Siviløkonomstudiet i økonomi og administrasjon ved Trondheim Økonomiske Høgskole (TØH).

Vi har i denne anledning valgt å se på helseforetaksstyrenes funksjon i Norge på grunn av vår interesse for styrearbeid, samt at dette var et tema som lot seg kombinere på grunnlag av våre spesialiseringer fra oppstarten på masterstudiet, hvor vi hadde valgt henholdsvis Bedriftsøkonomisk Analyse og Strategi, Organisasjon og Ledelse.

Vi vil takke de som har stilt opp på intervjuene, og for at de har delt sin kunnskap og erfaring med oss. Dette er personer fra Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF. Vi vil også takke samboere og familie, for god tålmodighet og barnepass i vårt arbeid med denne oppgaven. Til slutt vil vi få takke våre veiledere, og spesielt Kari Nyland som har vært en inspirator og motivator underveis i hele prosessen.

Innholdet i avhandlingen står for forfatterens regning.

Trondheim, 22.05.2009

Steinar Dyrnes Olsen

Kristin Haugdal

SAMMENDRAG

I denne oppgaven har vi med bakgrunn i sykehusreformen fra 2002 og dens organisering, sett nærmere på helseforetaksstyrene som i den forbindelse ble opprettet. Vår problemstilling er:

Hvilken funksjon har helseforetaksstyrene i praksis, og kan vi forstå denne funksjonen med utgangspunkt i prinsipal – agent – teorien?

For å svare på problemstillingen har vi tatt utgangspunkt i ulike styreteorier i tillegg til prinsipal – agent – teorien. Vi har også beskrevet contingency - teori med tanke på omgivelsenes betydning, og det at helseforetaksstyrene befinner seg i offentlig sektor.

Metodisk har vi tatt i bruk både spørreundersøkelse og intervju, samt gjort en del dokumentundersøkelser. I konteksten har vi presentert sykehusreformen og satt fokus på helseforetaksstyrene, med vekt på sammensetning og oppnevning.

I spørreundersøkelsen kom det fram at helseforetaksstyrene innehar flere funksjoner i større eller mindre grad, og at dataene ikke var entydige. Dessuten viste det seg at styremedlemmene svarte nesten helt likt uavhengig av bakgrunn, samt at de oppfattet styret som viktig, og med stor innflytelse på beslutninger i helseforetaket.

I intervjuene skulle det i tillegg til de funksjoner som er presentert i teori, vise seg å oppstå nye funn sammenlignet med resultatene fra spørreundersøkelsen. Helseforetaksstyrene ser ut til å opptre også som en legitimitetsmoderator, samt at det kom frem at det norske helsesystemet kunne vært organisert på en mer hensiktsmessig måte. Metodebruk kan i denne oppgaven ha vist seg å være avgjørende.

Ut fra våre hovedfunn viser det seg at prinsipal – agent – teorien ikke vil være dekkende nok for å forstå helseforetaksstyrenes funksjon, og det har vært behov for å trekke inn institusjonell teori og contingency - teori.

ABSTRACT

In this thesis we have studied the board of directors in Health Trusts, which were established due to the hospital reform of 2002. Our approach to the problem is:

What is the function of the board of directors in Health Trusts in practice and is it possible to understand this function applying the principal-agent theory?

To answer this question we have examined various management theories in addition to the principal-agent theory. We have also described the contingency theory with regard to the importance of the environment and the fact that the boards are part of the public sector.

With regard to methods we have used questionnaires and interviews and we have conducted some document investigations. In chapter 4 we have presented the hospital reform and focused on the board of directors in Health Trusts, with special emphasis on how they are composed and appointed.

In our questionnaires we conclude that the boards to a larger or smaller degree take care of different tasks and that our data are not conclusive on this point. Furthermore it turned out that board members answer almost identically, independently of their backgrounds. All of them see the boards as important and feel that they have a substantial influence on decisions made by the Health Trust.

Our interviews produced new results compared to the findings in our questionnaires and to functions presented in the theoretical part of the thesis. The boards seem to operate as a legitimacy moderator and it was maintained that they could have been organized in a more suitable way. In this respect our use of method seem to have been decisive.

Our main conclusion is that the principal-agent theory is not adequate for understanding the function of the board of directors in Health Trusts and that it was necessary to include institutional theory and contingency - theory.

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	1
SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
Figurliste.....	7
Tabelliste	7
1.0 - INNLEDNING.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Problemstilling	8
1.3 Aktualisering av problemstilling	9
1.4 Operasjonalisering av problemstilling.....	9
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	10
2.0 - TEORI.....	11
2.1 Teorier anvendt på styrer.....	11
2.1.1 Agentteorien	11
2.1.2 Den legalistiske dimensjonen	16
2.1.3 Ressursavhengighetsteori	16
2.1.4 Klassehegemoni.....	16
2.2 Contingency - teori.....	17
2.3. Styrets ulike funksjoner.....	19
2.3.1 Styret som styrings – og kontrollorgan	19
2.3.2 Styret som interessentorgan.....	21
2.3.3 Styret som formalorgan	23
2.3.4 Styret som uavhengig ekspertorgan.....	24
2.4 Oppsummering	25
3.0 - METODE.....	26
3.1 Vitenskapsteori.....	26
3.2 Valg av tilnærming og metode	27
3.3 Undersøkellesdesign	28
3.4 Datainnsamling.....	28
3.4.1 Spørreundersøkelse	29
3.4.2 Intervjuundersøkelse	29

3.4.3 Dokumentanalyser	31
3.4.4 Forskerens rolle	32
3.5 Forskningsmetoder	32
3.5.1 Kvalitativ metode	32
3.5.2 Kvantitativ metode	33
3.6 Etiske retningslinjer.....	34
3.7 Analyse av data	35
3.8 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.....	36
4.0 - KONTEKST	39
4.1 Sykehusreformen – statlig eierskap og foretaksorganisering	39
4.1.1 Sykehusreformens organisering	40
4.2 Helseforetaksstyrene	42
4.2.1 De eieroppnevnte folkevalgte styremedlemmene.....	45
4.2.2 Eiers direkte representasjon i helseforetaksstyrene	46
4.2.3 Representantene for de ansatte i helseforetaksstyrene	46
4.2.4 Oppnevningen av helseforetaksstyrene.....	47
5.0 - SPØRSMÅL 1: Hva er styremedlemmenes oppfatning om styrets rolle?	49
5.1 Styrets funksjon som styrings- og kontrollorgan.....	52
5.2 Styrets funksjon som interessentorgan	55
5.3 Styrets funksjon som formalorgan	57
5.4 Styrets funksjon som uavhengig ekspertorgan	58
5.5 Hovedfunn i spørreundersøkelsen	60
6.0 - SPØRSMÅL 2: Hva er våre intervjuobjekter som forholder seg til styremedlemmene sin oppfatning om styrets rolle?	64
6.1 Styrets funksjon som styrings- og kontrollorgan.....	64
6.2 Styrets funksjon som interessentorgan	66
6.3 Styrets funksjon som formalorgan	71
6.4 Styrets funksjon som uavhengig ekspertorgan	74
6.5 Styret som legitimitetsmoderator	75
6.6 Er det behov for dagens helseforetaksstyrer?.....	76
6.7 Hovedfunn i intervjuene.....	77
7.0 - AVSLUTTENDE ANALYSE	81
8.0 - KONKLUSJON	83
8.1 Forslag til videre forskning	84

Litteratur:.....	85
Bøker:.....	85
Artikler:.....	86
Lovdata:.....	87
Offentlige dokumenter:.....	87
Andre:.....	87
Nettsider med ytterligere informasjon om vår oppgave:.....	87
Appendiks:.....	89
1. Intervjuguide:.....	90
2. Inndelingen av de regionale helseforetakene:.....	91
3. Organiseringen av et regionalt helseforetak (Helse Midt-Norge RHF):.....	92
4. Helseforetaksstyrene ved de to utvalgte helseforetakene:.....	93
5. Spørreskjema til styremedlemmer i helseforetakene:.....	94

Figurliste

<i>Figur 1: Prinsipal - agent – forholdet.....</i>	<i>14</i>
<i>Figur 2: Styrets strategi- og kontrolloppgave.....</i>	<i>20</i>
<i>Figur 3: Forvalterrolle vs. interessentrolle</i>	<i>23</i>
<i>Figur 4: Den nye organiseringen av Helse-Norge.....</i>	<i>40</i>
<i>Figur 5: Helseforetaksstyrenes sammensetning.....</i>	<i>44</i>
<i>Figur 6: Styret som kontrollorgan for eier.....</i>	<i>52</i>
<i>Figur 7: Styret som talerør overfor eier.....</i>	<i>55</i>
<i>Figur 8: Styremedlemmenes vekt på interesser i sin utøvelse av styrevervet.....</i>	<i>56</i>
<i>Figur 9: Styret som uavhengig ekspertorgan</i>	<i>58</i>
<i>Figur 10: Ulike egenskapers betydning for å få verv som styremedlem</i>	<i>59</i>

Tabelliste

<i>Tabell 1: Kjernen i agentteorien</i>	<i>15</i>
<i>Tabell 2: Ulike teorier anvendt på styrer.....</i>	<i>25</i>
<i>Tabell 3: Intervjustatistikk</i>	<i>30</i>
<i>Tabell 4: Ulike styrefunksjoner og respondenter</i>	<i>50</i>
<i>Tabell 5: Ulike regioner og respondenter.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabell 6: Ulike regioner og antall helseforetak</i>	<i>51</i>
<i>Tabell 7: Styremedlemmenes deltakelse i budsjettprosessen</i>	<i>53</i>
<i>Tabell 8: Styremedlemmenes deltakelse i strategiprosessen.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabell 9: Styret hadde stor handlefrihet</i>	<i>57</i>

1.0 - INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2002 trådte sykehusreformen i kraft som en følge av utfordringer i det norske helsevesenet, hvor det i årene før reformen hadde vært utilfredshet rundt effektivitet og kvalitet, samt ressursmangel. I tillegg hadde man et ønske om en klarere ansvars- og rollefordeling, og man ville oppnå en distanse til politikk og interessegrupper, hvor fokus skulle være administrative og faglige hensyn. Reformen medførte en omorganisering av Helse - Norge ved at det ble opprettet regionale helseforetak med underliggende lokale helseforetak. Som en følge av den nye organiseringen, ble det også opprettet profesjonelle styrever som i følge den nye helseforetaksloven skulle forvalte foretakene på vegne av staten som eier. Helseforetaksstyrene fikk da, sammen med styret i de regionale helseforetakene, en sentral rolle når det gjaldt det overordnede ansvaret for oppnåelsen av de helsepolitiske målsettingene for helseforetakene. I følge helseforetaksloven skulle styrene følge tilsyn med driften av helseforetaket og den økonomiske stillingen (Samarbeidsrapport, 2005 Opedal m.fl.).

I denne forbindelse kan man trekke linjer til agentteorien og dens syn på styret som en løsning på delingen mellom eierskap og lederskap. I tillegg er agentteorien den klart dominerende teorien når det kommer til det å forstå styrene, og styrets viktigste oppgave er å sørge for at ledelsen handler i eiers interesser (Huse, 2005). I 2005 kom imidlertid Soria Moria – erklæringen fra regjeringen som sa at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle oppnevnes blant de folkevalgte. Den nye sammensetningen med politikere i styret gjorde derfor at vi fant det interessant å se nærmere på de lokale helseforetaksstyrenes funksjon, hvor vårt største bidrag ville være at vi så på styrenes funksjon ikke bare ved hjelp av styremedlemmene selv, men også ved hjelp av styreledere og andre sentrale personer i systemet som omgås styrene.

1.2 Problemstilling

Ut i fra bakgrunn for valg av tema, har vi valgt følgende problemstilling:

Hvilken funksjon har helseforetaksstyrene i praksis, og kan vi forstå denne funksjonen med utgangspunkt i prinsippal – agent – teorien?

Problemstillingen består av to deler. Det vil først bli sett på hvilken funksjon helseforetaksstyrene har i dag, for deretter se om man kan forstå denne funksjonen med utgangspunkt i prinsippal - agent – teorien.

1.3 Aktualisering av problemstilling

Gjennom vår avhandling ønsker vi å rette søkelyset på helseforetaksstyrenes funksjon med utgangspunkt i noen aktuelle teoretiske vinklinger. Styrenes rolle har siden reformens oppstart vært gjenstand for studier, blant annet ved flere undersøkelser, andre masteroppgaver og andre offentlige utredninger. Etter hva vi vet, er det ikke hittil blitt foretatt studier av styremedlemmers oppfatning av styrets rolle sammenlignet med sentrale personer som omgås styrene og deres oppfatning. Selv om neste reform og milepæl innen Helse – Norge som er samhandlingsreformen står for tur, kan likevel vår avhandling være med å nyansere helsereformens organisering i forkant av den nye reformen. Vi vil videre operasjonalisere problemstillingen for å klargjøre vår vinkling på denne oppgaven.

1.4 Operasjonalisering av problemstilling

De ulike momenter som er beskrevet i vår avhandling og som gjør seg gjeldende når man ser på helseforetaksstyrene, er ment å gi en større og bedre forståelse for vår problemstilling. Samtidig mener vi at svaret på problemstillingen kan gjøres mer fruktbart ved å se den fra ulike hold. Utgangspunktet i helseforetaksloven som taler for at styrene skal fungere som et kontrollorgan for eier (staten), bør ikke kun sees fra styremedlemmens side, men også fra de som forholder seg til helseforetaksstyrene. Spesielt aktualisert blir problemstillingen nettopp ved at dagens situasjon representerer et tilnærmet fravær av profesjonelle styremedlemmer i helseforetaksstyrene, og i stedet er det flere politikere med, samt en stor andel ansatte. Dette er en helt annen sammensetning enn først tiltenkt. Vårt ønske om å se nærmere på hvilken funksjon styrene innehar i dag er dermed berettiget, og følgende spørsmål knyttet til problemstillingen vil være utgangspunkt for oppgaven senere:

- 1. Hva er styremedlemmens oppfatning om styrets rolle?**
- 2. Hva er de som forholder seg til styremedlemmene sin oppfatning om styrets rolle?**
- 3. Kan den rollen styret har tatt forklares ut i fra prinsippal – agent – teorien?**

Ved å knytte de to første spørsmålene sammen med teorien, vil man kunne få en oppfatning av hvilke(n) rolle(r) helseforetaksstyrene har i praksis. Dette vil bli sett i sammenheng med

siste del av problemstillingen, altså om den eller de rollene helseforetaksstyrene skal vise seg å inneha, kan forklares ut i fra prinsipal – agent – teorien. I teorikapittelet kan man se at det finnes andre perspektiver enn agentteorien med dens tilhørende kontrollrolle, og det kan hende at noen av disse vil gjøre seg gjeldende i denne sammenhengen.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Vår oppgave starter med en presentasjon av ulike teorier som kan anvendes på styrer i kapittel 2, før vi deretter gjør rede for de metodiske aspektene som knytter seg til denne oppgaven i kapittel 3. Man vil deretter få beskrevet konteksten i kapittel 4, som er en beskrivelse av sykehusreformen og helseforetaksstyrene, og setter derfor rammen for oppgaven. I kapittel 5 vil vi se på styremedlemmenes sin egen oppfatning av styrets rolle, og i kapittel 6 oppfatningen blant de som forholder seg til styremedlemmene. I kapittel 7 foretar vi en avsluttende analyse hvor funnene fra kapittel 5 og 6 oppsummeres og sammenlignes. Kapittel 8 består av konklusjon og forslag til videre studier.

2.0 - TEORI

Når det kommer til styrets rolle finnes det ulike teoretiske utgangspunkt, og det vil her bli vist de mest sentrale av disse teoriene. Teorikapittelet begynner med en grundig gjennomgang av agentteorien, som er vårt utgangspunkt i problemstillingen. Her vil vi komme inn på styrets plassering i et prinsipal – agent – perspektiv. Videre vil vi kort kommentere alternative teorier. Deretter tar vi for oss contingency - teori som har fokus på selve situasjonen en organisasjon befinner seg i. Denne teorien vil være relevant for vår oppgaves fokus, da kontekst og omgivelser er med på å avgjøre hvilken funksjon et styre vil ha. Til slutt vil vi presentere fire ulike funksjoner et styre kan ha, før vi oppsummerer det vi har gjennomgått av teori.

2.1 Teorier anvendt på styret

Zahra og Pearce II (1989) viser i sin artikkel *"Boards of Directors and Corporate Financial Performance: A Review and Integrative Model"* hvordan ulike teorier fra forskjellige fagdisipliner fremhever ulike trekk ved styret (Huse, 2005). Det er fire tilnæringer som er relevante, og disse er den legalistiske tilnærmingen, ressursavhengighet, klassehegemoni og agentteori (Zahra og Pearce II, 1989). Disse vil videre bli presentert med vekt på agentteorien.

2.1.1 Agentteorien

Agentteorien kan enkelt forklares som forholdet mellom to mennesker; en prinsipal, og en agent som tar beslutninger på vegne av prinsipalen (Douma og Schreuder, 2002). Kjernen i agentteorien er antagelsen om at prinsipalens interesser avviker fra agentens interesser (Hill og Jones, 1992). I tillegg til ulike interesser og preferanser, vil det i alle agentforhold være ulike fordeling av informasjon og risikoaversjon mellom partene. Dette vil sammen skape agentkostnader i form av overvåkning og kontroll. Agentteorien er opptatt av å redusere agentkostnader gjennom styringsmekanismer, og sentralt for disse er styrets funksjoner og motiver i rekruttering, belønning og avskjedigelse av daglig ledelse (Huse, 2005).

Agentproblemet

Tradisjonell økonomisk litteratur tar for seg konsekvensen av, og kostnadene ved at det oftest er et skille mellom eierskap og ledelse i store organisasjoner. Denne litteraturen har en

forutsetning om at mennesker handler ut fra egeninteresse (opportunisme) og at de vil prioritere egne behov og mål fremfor arbeids- eller oppdragsgiverens mål, dersom det er mulig (Huse, 2005).

Agentteorien tar for seg å løse to problemer som kan oppstå i alle agentforhold. Det første er problemet som oppstår når prinsipal og agent har ulike mål, og når det er vanskelig eller kostbart for prinsipalen å verifisere hva agenten faktisk gjør. Dette problemet kan oppstå når agenten forsøker å handle i mot prinsipalens interesser, for eksempel i tilfeller med asymmetrisk informasjon hvor agenten sitter på så kompleks informasjon at prinsipalen får vanskeligheter med å observere agenten og dens handlinger (Eisenhardt, 1989). Asymmetrisk informasjon finnes i de to formene ”moralsk hasard” og ”advers seleksjon”. Den første formen omhandler tilfeller der prinsipalen ikke kan observere hva agenten gjør, hvor dette er av betydning. Man har tilgang til ulik informasjon på grunn av ulike funksjoner, og problemet eksisterer særlig der agenten vil manipulere informasjon for å sette seg selv i et best mulig lys overfor prinsipalen (Huse, 2005). Den andre formen med advers seleksjon, er tilfeller hvor partene har ulik informasjon før kontraktsinngåelsen. Dette er aktuelt hvis for eksempel en aktør ikke kan observere hvilken type den andre aktøren er, i situasjoner dette er av betydning. Det er særlig aktuelt i tilknytning til ansettelse av daglig leder, og spesielt ved ansettelse av en ekstern leder fremfor intern rekruttering (ibid.).

Det andre problemet agentteorien tar for seg å løse, handler om risikodeling som kan oppstå når agent og prinsipal har ulik holdning til risiko. Problemet blir aktuelt når prinsipal og agent på grunn av ulike risikopreferanser foretrekker ulike handlinger, for eksempel for å sikre sine egne interesser (Eisenhardt, 1989).

Agentteorien forsøker å beskrive prinsipal – agent - forholdet ved å bruke metaforen kontrakt (Jensen og Meckling, 1983, i Eisenhardt, 1989). Da denne metaforen brukes om forholdet mellom agent og prinsipal, er teoriens fokus å bestemme den mest effektive kontrakten når man har visse antakelser om mennesker (for eksempel selvinteresse, begrenset rasjonalitet og risikoaversjon), organisasjoner (for eksempel målkonflikt og informasjonsasymmetri mellom deltakerne) og informasjon (for eksempel at informasjon er en vare man kan kjøpe) (Eisenhardt, 1989).

Agentteorien har to hovedretninger; den positive agentteori og teorien om prinsipal og agent. Den første tar for seg identifikasjon av ulike kontraktsalternativer og hvorfor organisasjonene

er som de er, mens den andre tar for seg hvilken kontrakt som er den mest effektive under ulike forhold av blant annet usikkerhet, risikoaversjon og informasjon. Man vil vite hva som er mest effektivt, en atferdsorientert eller en resultatorientert kontrakt. Har man en resultatbasert kontrakt, vil risiko overføres til agenten og kan således være med på å sikre at agenten opptrer i eiers interesser. Har man i motsatt tilfelle en atferdsorientert kontrakt, vil ikke agenten bære noe av risikoen. Bedriftens resultat vil ikke være kritisk for agentens belønning, og agenten har således ingen insentiver om å gjøre en god jobb (Eisenhardt, 1989). Agentteoriens kjerne er balansen mellom kostnadene ved å måle atferd, og kostnadene ved å måle resultater og det å overføre risiko til agenten (Huse, 2005). Teorien er opptatt av å finne optimale insentivstrukturer mellom prinsipaler og agenter slik at agenten samtidig som å maksimere egen nyttefunksjon, vil maksimere prinsipalens nyttefunksjon (Reve og Grønlie, 1993).

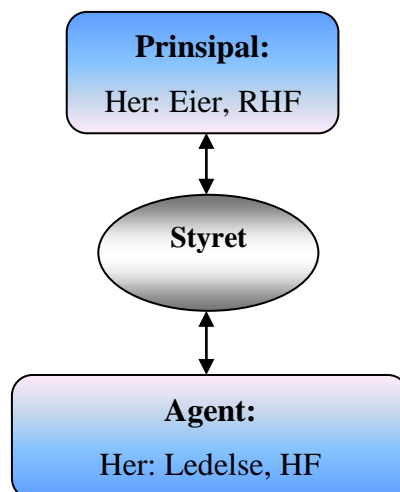
Styrets plassering i prinsipal – agent – perspektivet

Skillet mellom eierskap og ledelse er som tidligere nevnt ofte tilfelle i store organisasjoner. Separasjon av beslutnings- og risikobærende funksjoner i organisasjoner, fungerer blant annet på grunn av muligheten til effektivt å kontrollere agentproblemene som oppstår som følge av denne delingen. Når de som gjennomfører beslutninger ikke er de største fordringshaverne og derfor ikke oppnår størst velstandseffekt av de beslutninger som tas, er det viktig å kontrollere agentproblemene, slik at sannsynligheten for at beslutningene avviker fra de største fordringshavernes interesser blir minst mulig (Fama og Jensen, 1983). I følge agentteorien kan prinsipalen begrense avviket mellom egne og agentens interesser ved å etablere passende insentiver for agenten, og ved å innføre overvåkingskostnader for å begrense opportunistisk atferd hos agenten (Hill og Jones, 1992).

Fama og Jensen (1983) har en hypotese om at alle organisasjoner hvor denne delingen foreligger, kontrollerer agentproblemene som resulteres av dette, ved å separere ledelse (initiering og implementering) og kontroll (godkjenning og overvåking) av beslutninger. En av flere mekanismer for å kontrollere ledelsen er styrene, og følgende kan sies om deres funksjon:

”The common apex of the decision control system of organizations, large and small, in which decision agents do not bear a major share of wealth effects of their decisions is some form of board of directors” (Fama og Jensen, 1983:311).

Det finnes to hovedretninger innen agentteorien når det kommer til styrene. Den ene ser på styret som et mellomledd mellom prinsipal og agent, og det er denne retningen som er denne oppgavens utgangspunkt. Den andre retningen ser på alle prinsipal - agent – forhold (Huse, 2005). Forholdet med styret som mellomledd kan illustreres ved hjelp av en enkel figur:



Figur 1: Prinsipal - agent – forholdet

(Huse, 2005)

Av denne figuren fremkommer det to forhold. Det første forholdet er mellom styret og eierne. Studier rundt agentteorien handler i stor grad om hvordan styret og styremedlemmene kan motiveres til å ivareta eiers interesser. Eier må kontrollere at ledelsen handler i eiers interesse, og i denne forbindelse finnes enkelte markedsmekanismer som vil være viktige. Disse er arbeidsmarkedskontroll, produktmarkedskontroll og kapitalmarkedskontroll, og den mest relevante mekanismen med denne oppgavens fokus på helseforetak, vil være arbeidsmarkedskontroll. Denne typen kontroll handler om hvordan ledelsens atferd blir oppdaget i markedet for ledere. Hvis man er dyktig og gjør en god jobb vil man få et godt renommé og en god posisjon i markedet, noe som kan tale for at leder vil gjøre en god jobb. Av dette kan man se hvor viktig styrene er for kontroll i offentlig sektor, da de to sistnevnte kontrollene er lite aktuelle. Hvor stor betydning styret vil ha, er avhengig av hvor godt andre redskaper som revisjon, arbeidsmarkedskontroll og andre nærliggende organ og utvalg fungerer (Huse, 2005).

Det andre forholdet som fremgår av figuren, er mellom styret og ledelsen. Agentmodeller baserer seg som regel på forutsetninger om at agenten har aversjon både mot arbeid og risiko. Agenten vil, dersom det er mulig, arbeide ut i fra egne interesser. Det kan være flere grunner

til at ledelsen arbeider mot egne og ikke eierens mål, for eksempel preferanser knyttet til eget forbruk, prestisje og fritid (ibid.). Styret blir her en viktig funksjon, og som Rodin m.fl.(2007:111) sier:

”Deres viktigste oppgave er å styre agentens (ledelsens) handlinger for å sikre deres effektivitet og for å beskytte prinsipalen (eierens) interesser.”

Det vesentlige her er at styret må være selvstendig (Huse, 2005). Styret som organ utøver en overvåking av ledelsens handlinger på vegne av eierne, og vil fungere best når styreleder er uavhengig av ledelsen. Agentteori og økonomisk organisasjonsteori sier at når disse rollene innehas av samme person, vil eiers interesser til en viss grad bli ofret til fordel for ledelsens interesser (Donaldson og Davis, 1991).

Oppsummert kan man illustrere kjernen i agentteorien som følger:

Nøkkelidé	Prinsipal – agent – relasjoner bør reflektere en effektiv organisering av kostnader knyttet til informasjon og risiko
Analyseenhet	Kontrakten mellom prinsipal og agent
Forutsetninger om mennesket	Begrenset rasjonalitet, opportunisme og risikoaversjon
Forutsetninger om organisasjoner	Delvis målkonflikt mellom medlemmer Informasjonsasymmetri mellom prinsipal og agent Effektiv dyktighet som måling av organisasjonens effektivitet
Forutsetninger om informasjon	Informasjon er en enhet som kan kjøpes og selges
Problemer knyttet til kontrakt	”Moralsk hasard” – skjulte handlinger ”Advers seleksjon” – skjult informasjon Risikodeling
Problemområde	Refleksjoner mellom prinsipal og agent der partene har delvis ulike mål og risikopreferanser

Tabell 1: Kjernen i agentteorien

(Eisenhardt, 1989, i ”Forsvarshögskolan, Militærteoretiske krigføringsnivåer – et økonomisk administrativt perspektiv”, 2004)

2.1.2 Den legalistiske dimensjonen

Den legalistiske dimensjonen har sin bakgrunn i selskapsrett, og styrets rolle vil være å representere og forsvare ulike interessenters interesser (Huse, 2005:46). Styret er ansvarlig for å lede selskapet, men skal ikke blande seg inn i såkalte *"day-to-day operations"*, altså de daglige gjøremål (Zahra og Pearce II, 1989). De daglige gjøremål skal administrerende direktør og resten av ledelsen ta seg av. Styret har i stedet ansvaret for å finne og ansette daglig ledelse, styre dens atferd samt å representere aksjonærenes interesser og evaluere bedriftens resultater. Styrets prestasjoner blir hovedsakelig vurdert ut fra to hovedroller, som er service og kontroll (Huse, 2005).

2.1.3 Ressursavhengighetsteori

Ressursavhengighetsteorien kommer fra organisasjonsteori og sosiologi. Styret fungerer her som et viktig koordineringsorgan for å hjelpe selskapet i å nå viktige ressurser. Eksempelvis kan man i denne teorien forvente at det blir lettere å låne penger fra den banken som er representert, dersom det eksempelvis sitter en bankansatt i styret (Huse, 2005). Videre er det styret som definerer organisasjonens grenser, og styret legitimerer selskapet (ibid.:47). Legitimeringen av selskapet gjøres blant annet gjennom styremedlemmers prestisje i samfunnet og næringslivet, slik at de på den måten får til å trekke ut viktige ressurser fra omgivelsene. I praksis betyr dette at styret må kjenne omgivelsene, representere selskapet i samfunnet og bidra med verdifulle ressurser. Veksten i ressurser, samt måloppnåelse og relativ markedsandel vil være de viktigste måleenhetene i selskapet. Styret blir naturlig nok vurdert ut fra styresammensetning og styrekaraktistika (ibid.).

2.1.4 Klassehegemoni

I dimensjonen klassehegemoni, som kommer fra marxistisk sosiologi, opprettholder styrene i den ledende kapitalistiske elite sin makt over økonomiske organisasjoner. Styrenes viktigste oppgaver blir å styre utvelgelsen av styremedlemmer samt å redusere transaksjonskostnader for medlemmene. Styrene blir dertil vurdert ut fra sammensetning, eierkonsentrasjon, toppledelsens lederstil og verdiene hos de styrende kapitalister (Huse, 2005).

Et annet perspektiv i denne retningen som kan nevnes, er intraklasseperspektivet som populært omtales som *"gutteklubben grei"*. Her inviteres kun personer med høy status og prestisje til styremedlemskap, og man ekskluderer andre sosiale grupper slik at verdiene og interessene til de styrende kapitalistene forblir beskyttet (ibid.).

2.2 Contingency - teori

Contingency - teori er en teoretisk linse som brukes for å forstå organisasjoner. Selve essensen i dette teoriparadigmet, er at organisasjoners effektivitet resulteres av å tilpasse karakteristika ved bedriften mulighetene som reflekterer organisasjonenes situasjon (Donaldson, 2001). En slik tilpasning skal medføre bedre prestasjoner, og dermed vil organisasjonene søke for å oppnå dette. Endringer skjer hele tiden, og ved at man tilpasser seg disse endringene for å unngå prestasjonstap vil organisasjonen videre bli formet av dette.

Contingency - teorien skiller seg fra andre universelle teorier som sier at det finnes én måte som den beste å organisere på. De universelle teoriene sier at optimal prestasjon oppnås gjennom at man holder maksimalt nivå på en strukturell variabel, for eksempel spesialisering. Contingency - teorien sier derimot at dette oppnås gjennom å innføre det passende, og ikke maksimalt nivå av den strukturelle variabelen som er tilpasset mulighetene som eksisterer (ibid.).

Contingency – begrepet dekker i grunn tre sett med teorier, og disse er:

- Contingency - teori i organisasjoner
- Contingency - teori i lederskap
- Contingency - teori i beslutningstaking

Teorien sier at det ikke finnes en optimal måte å organisere en organisasjon, lede en bedrift eller ta beslutninger på. Både organisering, ledelse og beslutningstaking vil være avhengig av interne og eksterne faktorer, som blant annet omgivelser, strategi og størrelse.

Den mest kjente contingency – teorien stammer fra Fiedler (1964, 1967; Fiedler & Garcia, 1987, i Northouse, 2007) og omtaler lederskap. Denne teorien presenterer et skift i ledelsesforskningen fra å ha fokus kun på lederen, til å se på lederen i sammenheng med situasjonen lederen befinner seg i (Northouse, 2007). Teorien forsøker å sette lederen opp i mot de enkelte situasjoner, og teorien forklarer at en leders effektivitet er avhengig av hvordan dennes lederstil passer til konteksten (ibid.). Derfor er det viktig å forstå konteksten og situasjonen man leder en organisasjon i, for man trenger ikke å passe som en leder i alle situasjoner. Ideen om at én bestemt lederstil passer til atferd i alle situasjoner blir dermed lagt død. Størrelsen på organisasjonen og forskjeller mellom ressurser og operasjonelle aktiviteter,

er bare noen faktorer som er med på å påvirke ens ledelse av organisasjoner (www.12manage.com, 19.02.09).

Contingency – teorien retter altså fokuset inn mot konteksten man befinner seg i. Faktorer som bransje og geografisk beliggenhet synes å ha størst betydning når det gjelder styrets rolle, ulikheter her stiller ofte krav som gir forskjeller i eierstruktur, organisasjonsstruktur og ledelse, i tillegg til at disse to er knyttet til lovreguleringer (Huse, 2005). Ut i fra denne teorien kan man forstå at omgivelser og forhold ved virksomheten vil være relevante for hvilken funksjon et styre har, og i denne sammenheng vil vi se nærmere på styrets funksjon i offentlig virksomhet.

Styret i offentlig virksomhet

Om man er i offentlig eller privat sektor vil være av betydning for hvilken funksjon styret har, og følgende kan sies om styret i offentlig virksomhet:

”Et styre er et kollegialt organ på nivå over den administrative ledelsen, med fullmakter fra departement og regjering til å kunne utøve styring overfor den administrative ledelse, og med ansvar for å utøve kontroll” (Reve og Grønlie, 1993:144).

Når det gjelder styrets handlefrihet i offentlig sektor, bør denne på generelt grunnlag bestå av retten til å foreslå budsjett overfor departementet, retten til å beslutte eller godkjenne virksomhetsplan, retten til å ansette og avskjedige daglig leder og styre virksomhetens organisasjon. Styringen reduseres imidlertid ofte til formell budsjettoppfølgning og diskusjon av saker som ikke har noe å gjøre i styret. I stedet må organisasjonen oppnå en viss grad av fristilling for at styret skal få noen reell styringsrolle. Hvis ikke kan enheten like godt styres direkte fra departement eller fylkesadministrasjon (Reve og Grønlie, 1993).

Økonomisk teori er spesielt opptatt av eierstrukturens betydning for styrets rolle. Hvem som er eier og hva disse ønsker å oppnå med selskapet vil være viktig (Huse, 2005). At helseforetakene befinner seg i offentlig sektor i det som ligner en konsernmodell, er forhold som er av betydning for styrets rolle. Staten er eier og det regionale helseforetaket opererer som morselskap. Styrer i datterselskap tilfører verdier til bedriften på den måten at de blir sett på som vinduer for strategiinput, forståelse, lokal innflytelse og for strategisk og finansiell kontroll (ibid.). Når man har valgt denne ordningen med lokale helseforetak under regionale

helseforetak, vil man i større grad tilfredsstillende nødvendigheten med lokalkunnskap om ulike behov i de ulike delene av landet.

Som Huse (2005) sier, så er det av stor betydning hvem som er eier og hva denne ønsker med selskapet. Staten som eier kan derfor omtales som følger:

”Eierbegrepet er kanskje litt problematisk å anvende i deler av offentlig virksomhet, men det enkleste er å se på eierne som det overordnede politiske organ som i siste omgang er ansvarlig overfor sine velgere for at samfunnsoppgaver utføres på en tilfredsstillende måte” (Reve og Grønlie, 1993:27).

Sitatet poengterer at eierbegrepet i offentlig sektor kan oppleves noe problematisk. I denne oppgaven hvor staten (ved Helse- og omsorgsdepartementet) er eier gjennom de regionale helseforetakene, er det de regionale helseforetakene som opptrer som eier og prinsippal overfor de lokale helseforetakene (se figur 1, side 14). Helseforetaksstyrene skal videre være med på å løse kollektive oppgaver i leddet mellom regionalt og lokalt helseforetak, og man kan derfor si at styrene opptrer på vegne av samfunnet.

2.3. Styrets ulike funksjoner

Når man skal foreta analyser av styrearbeidet og styrerollen i private og offentlige virksomheter, er det tre typer som i følge teorien fremstår som mulige (PricewaterhouseCoopers, 1999). Disse er styret som øverste styrings- og kontrollorgan, øverste formalorgan og interessentorgan, og disse vil alle tillegge styret ulike oppgaver. I tillegg har vi valgt å se på styret som ekspertorgan, da dette var utgangspunktet for styrene ved sykehusreformen i 2002. I praksis vil det ikke velges en rolle som følges konsekvent av et styre, men man vil finne elementer fra flere (Reve og Grønlie, 1993).

2.3.1 Styret som styrings – og kontrollorgan

Den klassiske rollen og normen for styrets rolle, er styret som styrings- og kontrollorgan (Reve og Grønlie, 1993). Hvis for eksempel ledelsen har sine egne mål som ikke tilsvarer eierens mål for bedriften, kan styret være et viktig redskap for eierne til å styre og kontrollere virksomheten og ledelsen.

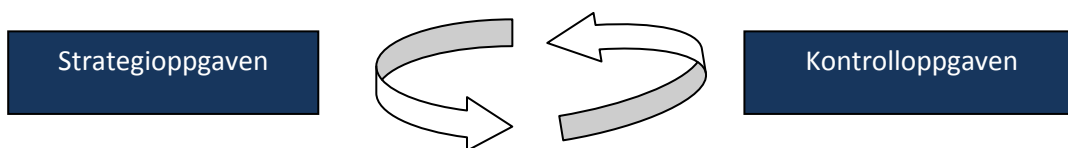
Det er viktig at man ikke blander styring og drift, og at det foreligger en klar ansvarsfordeling mellom styret og ledelsen:

”Styret skal styre og kontrollere, ledelsen skal gjennomføre styrets beslutninger og forestå den daglige drift i henhold til vedtatte retningslinjer” (Jarodd og Tellefsen, 1993: 102).

Her vil styret ha ansvaret og tilsynet, mens det er organisasjonen som handler og utfører arbeidet. Kjernen i styrets virksomhet er å etablere en balanse mellom styret og daglig ledelse (Reve og Grønlie, 1993). Styret skal begrense sitt arbeid til kritiske styringspunkter, og la ledelsen være den aktive heltidsdeltakeren i forholdet. De skal ikke detaljstyre organisasjonen, men man snakker her om resultatstyring og oppfølging av forvaltningen av organisasjonens ressurser. Styret skal ha en aktiv godkjenningsrolle som går ut på å stille krav, komme med kritiske spørsmål, og kunne si ja eller nei til de forslagene som ledelsen legger på bordet (ibid.).

Styret i et selskap vil normalt være det endelige sentrum for kontroll og styring, og det er styret som skal ansette, avskjedige og belønne den daglige ledelsen (ibid.). Styret settes i et totalt kontroll- og oppfølgingsansvar for bedriften (Reve og Grønlie, 1993 og Huse, 2005). Hvis man tar utgangspunkt i helseforetakslovens § 28, så skal styrets oppgave være å forvalte foretaket på vegne av eier. Dette er helt i tråd med agentteoriens mål, og dens begrunnelse for styrene som er delingen mellom eierskap og ledelse. Styret har ansvaret for at de mål som settes for foretaket vil nåes, og at virksomheten drives forsvarlig innenfor økonomiske og andre rammer som er satt (Samarbeidsrapport, Opedal m.fl., 2005).

Reve og Grønlie (1993) og Zahra og Pearce II (1989) viser til flere hovedoppgaver for styret, men av disse er det strategi og kontroll som vil være relevante når man ser på styret som styrings- og kontrollorgan. Styret skal se til at organisasjonen løser de oppgaver det skal, og at disse oppgavene blir løst på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Ut fra dette blir forholdet mellom styrets engasjement i utformingen av virksomhetens strategi, og det å føre kontroll med at virksomheten er på målsatt kurs samt følger vedtatte planer, viktig (PricewaterhouseCoopers, 1999). Som man kan se av figuren under følger strategi- og kontrollopgaven hverandre kontinuerlig:



Figur 2: Styrets strategi- og kontrolloppgave

(PricewaterhouseCoopers, 1999)

Oppsummert kan man si at styringsrollen kjennetegnes ved at styret (PricewaterhouseCoopers, 1999):

- har den reelle styringen
- ivaretar bedriftens interesser og formål
- tar beslutninger
- og fører kontroll

Dette innebærer blant annet at styret skal sette mål for virksomheten, fastsette planer og budsjetter, fastsette retningslinjer for virksomheten og holde seg orientert om selskapets utvikling og økonomiske stilling, samt føre tilsyn med den daglige ledelse og selskapets virksomhet for øvrig (ibid.).

Når det gjelder styrets sammensetning må dette foregå på en måte som gjør at eieres interesser ivaretas i størst mulig grad (Reve og Grønlie, 1993). Her kan det nevnes fra forretningsbiblioteket "nettopp.biz" på nett, at som de ansattes representanter i styret er man et fullverdig styremedlem på linje med de andre, man sitter altså ikke i styret som tillitsvalgt. Det er åpenbart at styremedlemmer har ulike utfordringer og ansvar som sittende styremedlem, og at de må huske på at både eieroppnevnte, så vel som representanter for de ansatte, samt profesjonelle styremedlemmer, primært skal ivareta selskapets interesser og ikke særinteresser. Det er også viktig at det tas hensyn til at styremedlemmene bør være uavhengige av den daglige ledelsen, både finansielt og psykisk (www.nettopp.biz, 26.02.09). Dette vil være spesielt viktig når det gjelder styrets rolle som kontrollør av ledelsen.

Styrets utøvelse av kontroll av beslutninger på øverste nivå, er et effektivt kontrollorgan mellom eier og daglig ledelse, og er kritisk for denne typen organisasjoners overlevelse (Fama og Jensen, 1983). At denne delingen mellom eierskap og ledelse har bestått til tross for mange kontrollproblemer som kan oppstå, kan tas til inntekt for at styret som en del av bedriftens informasjonssystem, faktisk er et effektivt kontrollorgan (Huse, 2005).

2.3.2 Styret som interessentorgan

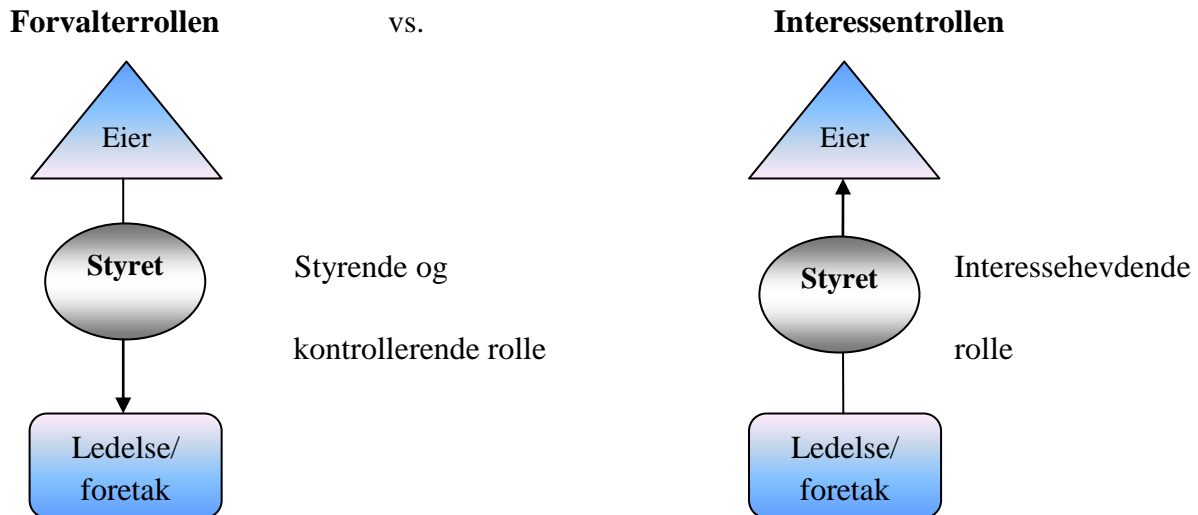
Et styre som fungerer som et interessentstyre vil kunne representere ulike interesser som en virksomhet kan ha, både interne og eksterne. Her kan man trekke klare linjer til den legalistiske dimensjonen og styrets rolle som representant og forsvarer av ulike interessenters interesser. Styret blir i denne sammenheng et organ for medvirkning og påvirkning, hvor

styrerrommet blir en arena hvor de ulike interessegruppene utøver og synliggjør sin makt og sine særinteresser (PricewaterhouseCoopers, 1999). Her kan koalisjoner fremstå som vinnere og tapere, og i verste fall kan virksomheten fremstå som den største taperen (ibid.).

Interessentperspektivet som gjør seg gjeldende her er forskjellig fra det i agentteorien, hvor det kun er én interessent i form av eier. Styrets rolle vil vurderes ut fra betydningen for de ansatte, samt andre eksterne parters interesse som politiske interesser (distrikt, likestilling, miljøvern), arbeidstaker- og næringspolitiske interesser og organisasjoner og bedrifter som vil sikre leveranser eller kjøp. Dessuten vil bedriftens kreditorer ha sterke interesser i forbindelse med økonomisk ubalanse. Styret blir et interessentorgan, og alle disse vil naturlig nok ha interesser i hvordan bedriften fungerer (Huse, 2005). Styremedlemmene som representerer interessergrupper kan i gitte situasjoner opptre med bundne mandater og derfor bli partsrepresentanter. Her vil ikke styret opptre som et kollegium hvor hovedfokus skal være det beste for virksomhetens utvikling, men tvert imot opptre på tvers av bedriftens interesser. I virksomheter som helseforetakene, med offentlig eierskap og flere styremedlemmer som er politikere, er det derfor viktig at styret selv og eierne er bevisst de problemer dette kan medføre, og diskuterer dette åpent (PricewaterhouseCoopers, 1999).

Når det gjelder styresammensetningen, må som nevnt prinsipalens interesser være mest mulig klart representert, samt at de ansattes syn klart muligst må komme frem gjennom de ansattes representanter i styret. Ulike deltakere vil representere ulike interesser, og derfor er det viktig at det ved valg av styremedlemmer vektlegges at hovedfokuset skal være bedriften. Hvis styrets medlemmer blir mer opptatt av å ivareta egne og andres interesser fremfor eiers, har man styret som et interessentorgan (Reve og Grønlie, 1993). Når det gjelder de ansattes representanter vil de som utgangspunkt være opptatt av å ivareta bedriftens interesser, og dermed være en konstruktiv bidragsyter i styret. Dette må også være det grunnleggende ansvaret for de ansatte, selv om det i visse situasjoner likevel kan oppstå partsinteresser som kan ta fokus fra virksomhetens beste (PricewaterhouseCoopers, 1999).

Som vi har sett står styret i en mellomposisjon mellom eier på den ene siden, og administrative ledere i den underordnede virksomheten på den andre siden. For å sammenligne de rollene vi til nå har beskrevet, kan ytterpunktene beskrives som forvalter eller kontrollør på vegne av eier på den ene siden, og talerør eller interessehevder på vegne av institusjonen på den andre (Samarbeidsrapport, 2005 Opedal m.fl.). Dette kan man illustrere slik.



Figur 3: Forvalterrolle vs. interessentrolle

(Samarbeidsrapport, 2005 Opedal m.fl.).

2.3.3 Styret som formalorgan

Et formalstyre vil i motsetning til styrings – og kontrollstyret fremstå som et styre som ikke selv tar styringen. Rollen vil oftest være å godkjenne allerede fattede vedtak (PricewaterhouseCoopers, 1999). Styreforskning viser at styret ofte er å betrakte som et formalorgan hvor det først og fremst ivaretar formelle oppgaver, i motsetning til normen som er styret som det øverste styringsorgan (Reve og Grønlie, 1993).

Formalstyret blir ofte betraktet som et formalorgan som ivaretar enkelte lovbestemte oppgaver, og som på en måte legitimerer styrets arbeid (PricewaterhouseCoopers, 1999). Selve styret er til fordi loven krever det. Det er sjelden at styret griper inn og endrer vedtak, men det har en viss styringsrolle gjennom at det kan gripe inn om organisasjonen beveger seg i feil retning (Huse, 2005). Styret vil i så fall ikke bli noen ressurs verken i det å bidra i utviklingen av virksomheten, eller i å tilføre virksomheten merverdier gjennom sin kompetanse og sine kontakter. Her vil daglig leder i all hovedsak utøve styringen og treffe alle beslutninger. Styret vil i stedet bli som et sandpåstrøingsorgan, og hovedårsaken til dette er mangel på kunnskap og informasjon, for lite tid til styrearbeidet og det at styret kommer for sent inn i beslutningsprosessen (PricewaterhouseCoopers, 1999).

Sammensetningen av slike styrever er ofte tilfeldig og er typisk satt sammen av venner og bekjente for å fylle opp alle plassene. Slike styrever vil være ledelsesdominerte, men det er ingen forventinger til at det skal gjøre noe som helst, verken av dem selv eller andre. Man vil

ikke benytte seg av styrets kompetanse, men man har i stedet med et passivt styre å gjøre (Huse, 2005).

2.3.4 Styret som uavhengig ekspertorgan

Styret som ekspertorgan vil bestå av medlemmer hvor yrke, utdanning og erfaring fra tidligere styrearbeid er relevant ved utvelgelsen. På generelt grunnlag må et styremedlem ha evne til å stille riktige og kritiske spørsmål til riktig tid, og dette har med kompetanse og innsikt i virksomheten å gjøre. Disse ferdighetene er et argument for å inkludere profesjonelle styremedlemmer inn i styrene for å styrke den bedriftsfaglige kompetanse og erfaring (Reve og Grønlie, 1993).

I denne sammenheng vil man ha et uavhengig organ som ikke vil ha egne interesser å fremme, og som vil jobbe etter hva som tjener bedriften best. Styremedlemmene er valgt inn på grunn av deres kompetanse til å utøve styrevervet, og man kan her trekke linjer til stewardship – teori og dens menneskesyn. Denne teorien legger til grunn et annet menneskesyn enn det som ligger til grunn for agent - og økonomisk organisasjonsteori, som er den selvinteresserte aktør som rasjonelt maksimerer egen personlige økonomiske gevinst. Her er imidlertid rollenehaverne ansett å være motivert av et behov for å oppnå tilfredsstillende gjennom selv å prestere i utfordrende arbeid og å utøve ansvarlighet og autoritet, og derigjennom vinne anerkjennelse hos likestilte og overordnede (McClelland, 1961, Herzberg et al., 1959, i Donaldson og Davis (1991)). Det samme kan antas om medlemmene av slike styrever, da de er opptatt av å fremme og bevare sitt gode rykte i bransje og næringsliv.

2.4 Oppsummering

Vi har i teorien presentert ulike teoretiske utgangspunkt som er aktuelle når man skal se nærmere på styret og dets rolle. En oversikt med de viktigste bidragene tilhørende de ulike teoriene presenteres:

Dimensjon	Legalistisk	Ressurs – avhengighet	Klassehegemoni	Agentteori
Teoretisk opprinnelse	Selskapsrett	Organisasjonsteori og sosiologi	Marxistisk sosiologi	Økonomi og finans
Prestasjons-kriterier	Overlevelse Vekst Lønnsomhet	Ressursvekst Måloppnåelse Relativ markedsandel	Oligopolistisk markedsrett Lønnsomhet	Overlevelse Lave driftskostnader Lønnsomhet
Styrets rolle	Styrene representerer og beskytter aksjonærenes interesser og leder selskapet uten å blande seg inn i daglige gjøremål	Styrene er samvirkende mekanismer som får frem viktige ressurser for bedriftens resultater. Styrene er også med på å definere organisasjonens grenser og fremme dens legitimitet	Styrene opprettholder den ledende kapitalist - elitens makt og kontroll over sosiale og økonomiske organisasjoner	Styrene overvåker agentenes (ledelsens) handlinger for å sikre deres effektivitet og for å beskytte prinsipalens (eierens) interesser

Tabell 2: Ulike teorier anvendt på styrer

(Zahra og Pearce' II, "Four Perspectives on Boards of Directors", 1989)

Av disse fire er det som sagt agentteorien vi har valgt å bruke som utgangspunkt for videre undersøkelser. I tillegg vil contingency – teorien bli aktuell, da denne sier at situasjonen en virksomhet befinner seg i, vil være av betydning for hvilken rolle et styre vil ha. Fire ulike funksjoner et styre kan ha er også presentert, hvor vi senere vil se hvilke(n) av disse som gjør seg gjeldende når det kommer til helseforetaksstyrene, og se om den (disse) kan forklares ut i fra prinspal – agent – teorien.

3.0 - METODE

Begrepet metode refererer til de konkrete framgangsmåtene for opplegg og gjennomføring av spesifikke vitenskapelige studier. Det finnes ikke én framgangsmåte som passer for alle forsknings spørsmål, men den må tilpasses avhengig av hva man skal gjøre (Grønmo, 2004).

3.1 Vitenskapsteori

Til grunn for valget av metode ligger vitenskapsteorien, og den gjør at man forstår faget og metodene i faget bedre. Vitenskapsteori dreier seg om hva forskning er, og forskning handler om å produsere kunnskap (Nyeng, 2004:17)¹. Vitenskapsteoretiske valg ved empiriske undersøkelser vil preges av oppfatninger av hvordan verden ser ut (ontologi) og hva slags kunnskap som er relevant (epistemologi). Ontologi er hva vi mener vitenskapen handler om, og epistemologi er hvilke typer kunnskap vi mener er mulig og relevant om disse tingene. Ontologi er da læren om det værende, hva det vil si for ulike ting å eksistere. Hva vi betrakter som ontologi er avhengig av kontekst, hvordan vi betrakter det og hva vi velger å se på som virkelig og relevant. Hva som faktisk er der, er ikke gitt, men avhengig av faglige rammer som vi ser det innen. Samtidig så vil enhver forskning ha innebygd en bestemt epistemologi, et syn på hvilken kunnskap vi kan frembringe, som vi kan begrunne med denne verden.

De to hovedtilnærmingene innen vitenskapsteorien er positivisme og hermeneutikk. Det som hovedsaklig skiller disse to tilnærmingene fra hverandre, er positivismens tro på lovmessigheter samt den tro på vitenskapens evne til å avsløre nettopp disse lovmessighetene. Positivismen skiller ikke mellom natur- og menneskevitenskap slik som hermeneutikken gjør, men søker i stedet forklaring av generelle fenomener. Forskningens rolle er med andre ord å fremdrive universelle lover eller teorier om verden (Ryan m.fl., 2002). Induksjon er her sentralt. Det går ut på å trekke slutninger basert på en begrenset mengde observerte enkelthendelser. Man leter etter sammenhenger i atferd hvor mening ikke er med i bildet (Nyeng, 2004).

Hermeneutikken søker forståelse av det unike og spesielle ved en hendelse, og benekter at det finnes lovmessigheter i samfunnsvitenskapen. Vi kan i beste fall avdekke visse regulariteter i samfunnslivet. Grunntanken i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse

¹ Kapittel 3.1 bygger i stor grad på denne boken

forutsetninger (Gilje og Grimen, 1993). Forskeren er altså en del av den helheten som studeres, og kan ikke være nøytral i de situasjonene han eller hun er i. Sosiale systemer kan ikke behandles på samme måte som naturfenomen, da disse er sosialt konstruert og kan endres av individene som befinner seg innenfor den bestemte konteksten (Ryan m.fl., 2002).

3.2 Valg av tilnærming og metode

Kvantitativ og kvalitativ metode er to like gode fremgangsmåter for forskningsprosessen, men valget er avhengig av tilnærming og hvilken kunnskap man vil framdrive (Nyeng, 2004).

Hvis man har et positivistisk utgangspunkt og ser på mennesket som individer som kjenner seg selv godt, kan man foreta individuelle studier som spørreskjema, og det vil gi god mening. Her vil det i tillegg være områder man har mye kunnskap om, da man før selve undersøkelsen gjennomføres må vite hva man skal spørre om og hva man trenger av informasjon. Når spørreskjemaet er utsendt har man ikke lengre muligheten til å gjøre endringer. Man kan imidlertid ikke utelukkende se på mennesket som uavhengig av andre mennesker og omgivelsene rundt, alt foregår i en helhet, og man vil ha en hermeneutisk tilnærming. Det er her man kommer inn på den kvalitative metode, dens helhetsontologi og relasjonelle menneskesyn, hvor man har mer åpne tilnærminger og går mer i dybden i hvert enkelt tilfelle. Har man lite kunnskap om emnet man undersøker, vil det være mer fordelaktig med et kvalitativt intervju. Da har man muligheten til å stille spørsmål underveis, man trenger ikke å ha alle spørsmålene planlagt i minste detalj på forhånd. Det sentrale poenget ved anvendelse av kvalitative metoder er at man er i stand til å få fram en dypere forståelse for det problemkomplekset man undersøker. Hvis man ser på styremedlemmene som deltakere i et sosialt system, kan det bli vanskelig å fange opp det man trenger av opplysninger for å få et godt resultat. Man kan få problemer med å utforme et spørreskjema med svaralternativ som gir et fullstendig bilde av situasjonen.

For denne oppgavens del er begge metodene relevante, da den bygger på en kvantitativ undersøkelse, i tillegg til at det ble foretatt kvalitative intervju for å få en bedre forståelse av temaet og problemstillingen. En slik framgangsmåte kalles for metodetriangulering. En vanlig metode er å ta utgangspunkt i den kvantitative undersøkelsen og deretter foreta en kvalitativ undersøkelse, som det her vil bli gjort. Man kan da få et helhetlig bilde av situasjonen innad i styrene, for deretter å kunne gå mer i detalj og få en bedre forståelse av de funn som oppstår ved analysen av den kvantitative delen. Intervjuene vil være mer subjektive, og man kan

oppnå mer individuelle fortolkninger av de funn som er gjort, og avklare nærmere hva som kan ligge bak noe av de svarene som er gitt. Slik sett blir både den positivistiske og den hermeneutiske tilnærmingen relevant.

3.3 Undersøkellesdesign

Når man skal gjennomføre en undersøkelse må man ta ulike valg, med hensyn til hva som skal undersøkes og hvordan man skal gjennomføre undersøkelsen. I denne fasen av prosessen skal man finne det undersøkelsesopplegget som er best egnet til problemstillingen, og på samme måte som det finnes ulike typer problemstillinger, finnes det også ulike typer design som passer til disse. Valg av undersøkelsesopplegg vil ha store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet. Man kan spørre seg om det undersøkelsesopplegget man velger er egnet til å belyse den problemstillingen man ønsker å undersøke. Opplegget vil også ha betydning for undersøkelsens pålitelighet, og om undersøkelsesopplegget vil påvirke de resultatene man vil komme frem til (Jacobsen, 2005).

De ulike undersøkelsesopplegg kan klassifiseres etter to dimensjoner. Om studiet går i bredden (ekstensiv) eller i dybden (intensiv), og om studiet er beskrivende eller forklarende (Jacobsen, 2005). I intensive design vil man forsøke å få fram så mange nyanser og detaljer som mulig for å få en helhetlig beskrivelse av et fenomen. Den enkeltes forståelse og fortolkning vektlegges. Ekstensive design undersøker mange enheter. Man vil forsøke å se fenomenet på tvers av ulike kontekster. Å gå i bredden øker muligheten for å generalisere funnene fra et utvalg til en populasjon (ibid.). I denne oppgaven er det blitt gitt tilgang til en undersøkelse som har gått i bredden, hvor vi selv i ettertid har gått mer i dybden og benyttet et intensivt design.

3.4 Datainnsamling

Denne oppgaven bygger på resultater fra en kvantitativ spørreundersøkelse, intervjuer og dokumentanalyser. Fremgangsmåten med bruk av metodetriangulering kan på den ene siden være nyttig for å forstå de generelle resultatene av de kvantitative analysene. På den andre siden kan den generelle oversikten som oppnås ved hjelp av kvantitative analyser, være et viktig grunnlag for strategiske vurderinger av hvilke fenomener eller problemer som det er særlig viktig å studere mer inngående ved hjelp av mer intensive, kvalitative oppfølgingsundersøkelser (Grønmo, 2004). Ved å kombinere flere metoder får man muligheten til å se data fra ulike vinkler (Ryen, 2002). I denne oppgaven er dette gjort ved

først å studere de kvantitative data, for deretter å studere de tema som ble funnet interessante mer intensivt i en kvalitativ påfølgingsundersøkelse. I vårt tilfelle ble det foretatt individuelle intervjuer.

3.4.1 Spørreundersøkelse

En kvantitativ tilnærming i form av en spørreundersøkelse bør benyttes når man har god kunnskap om fenomenet man skal undersøke. Man skal utarbeide et skjema hvor man må være sikker på at de spørsmål som stilles og de alternativ som gis, oppleves som relevante for de som skal svare. I tillegg vil mange enheter og bredde være et viktig mål (Jacobsen, 2005). Spørreundersøkelsen det ble tatt utgangspunkt i, omhandlet helseforetaksstyrenes rolle i det norske helsevesenet, hvor målet var å vurdere disse styrenes roller i dagens styringssystem. Vårt teoretiske utgangspunkt er mer snevert og forskjellig fra det denne spørreundersøkelsen ble laget med hensyn på, men det er tatt utgangspunkt i prinsippal – agent – teorien og styrenes funksjon ved gjennomgang av spørreskjemaet. Spørreundersøkelsens representativitet og validitet vil for øvrig bli omtalt nærmere i kapittel 5.

3.4.2 Intervjuundersøkelse

Det åpne individuelle intervjuet vil være godt egnet når man har lite kunnskap om et fenomen, eller ønsker å studere fenomen nærmere i detalj, eventuelt fra andre synsvinkler. Slik sett vil man kunne oppnå en større dybde og få en mer helhetlig forståelse av fenomenet. Årsaken til at vi valgte å gjennomføre intervju var nettopp det at man ønsket en bedre forståelse av de resultater som kom frem i spørreundersøkelsen.

Den viktigste bestemmelsen man må foreta når det kommer til intervju, er sannsynligvis om det skal være strukturert eller ustrukturert, selv om det ikke finnes noe fasitsvar (Ryan m.fl., 2002). Det kan argumenteres for ulik grad av strukturering, avhengig av fokus, forskningsspørsmål og utvalgsriterier, og det finnes fordeler og ulemper både med og uten forhåndsstruktur (ibid.). Dersom det blir for mye struktur kan det blinde forskeren, og man kan gå glipp av viktig informasjon på grunn av at man er for opptatt av å følge planen som er satt på forhånd. Det finnes imidlertid gode argumenter for å ha en viss forhåndsstruktur, da man kan utelate viktige momenter hvis de ikke er inkludert i skjemaet. Samtidig har man med en god struktur et godt hjelpemiddel for å unngå å samle inn for mye og unødvendig informasjon, for man vet hva som er relevant og hva man er ute etter (Ryen, 2002).

Hvor strukturerte man er, vil som nevnt over være avhengig av flere momenter. I vårt tilfelle hvor vi valgte å gjennomføre individuelle intervju, ble vår struktur på intervjuene preget av det man kan kalle for et semistrukturert intervju. Vi hadde på forhånd satt opp hovedspørsmål inn under tema, uten å fastlegge i detalj spørsmålsformuleringer og rekkefølgen av spørsmål (Ryen, 2002). En slik fremgangsmåte gjorde at vi fikk med oss relevant informasjon, i tillegg til at vi til en viss grad sørget for at spørsmålene ikke ble for ulike for intervjuobjektene (se intervjuguide).

Vårt valg av individuelle intervju fremfor gruppeintervju ble basert på det kreves mer ressurser for å gjennomføre et gruppeintervju, samt at det i denne oppgaven var fokus på at intervjuobjektene skulle åpne seg mest mulig under intervjuene, og slik sett komme med mer nyttig informasjon enn under et gruppeintervju. Vi fikk i stedet en god dialog, ansikt til ansikt som er det typiske kjennetegnet på det individuelle intervjuet (Jacobsen, 2005). Totalt ble syv personer intervjuet i tidsrommet 25. februar til 3. april, og følgende oversikt av intervjustatistikken kan presenteres:

Dato / klokkeslett	Varighet	Intervju-objekt	Tittel	Sted
25 februar kl. 09.45	80 min.	Mads Einar Berg	Assisterende direktør Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger
6 mars kl. 09.00	60 min.	Asbjørn Hofslie	Styremedlem og direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF	Stjørdal
20 mars kl. 09.00	60 min.	Arne Flaata	Administrerende direktør Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger
24 mars kl. 08.30	60 min.	Steinar Aspli	Styreleder Helse Nord-Trøndelag HF	Hell
24 mars kl. 15.10	50 min.	Nils Kvernmo	Styreleder St. Olavs Hospital HF	Trondheim
30 mars kl. 15.00	60 min.	Bjørn Erikstein	Administrerende (konst.) direktør for Helse Midt-Norge RHF	Stjørdal
3 april kl. 08.30	60 min.	Gunnar Bovim	Administrerende direktør St. Olavs Hospital HF (administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF f.o.m. 8. juni)	Trondheim

Tabell 3: Intervjustatistikk

Utvalget besto av et lite antall utvalgte medlemmer for å kunne gå mer i detalj rundt temaet. Under intervjuene ble det for øvrig brukt båndopptaker etter intervjuobjektens tillatelse, samtidig som vi skrev notater i tilfelle noe skulle skje med båndopptakeren under intervjuet. Slik sett gikk det også an å fange opp reaksjoner hos intervjuobjektene som ikke lar seg fange opp av en båndopptaker. Arbeidet med transkriberingen ble gjort i nærhet til intervjutidspunktet slik at intervjuet var friskt i minnet og enklere å forstå det som ikke kom like klart frem av båndopptakeren.

Av intervjustatistikken kan man se at fordelingen mellom intervjuobjektene er ment å kunne gi et representativt bilde i forhold til prinsipal – agent – kjeden. Tre av syv (42 %) av intervjuobjekter representerer styrene ved helseforetakene (Nils Kvernmo, Steinar Aspli og Asbjørn Hofslie), tre av syv (42 %) representerer ledelsen ved helseforetakene (Arne Flaatt, Mads Einar Berg og Gunnar Bovim), mens eiers andel er to av syv (29 %) (Asbjørn Hofslie og Bjørn Erikstein) i og med at førstnevnte respondent også representerer eiers direkte representasjon i styrene ved siden av å være direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF.

3.4.3 Dokumentanalyser

Under datainnsamlingen, ble det ikke bare brukt spørreundersøkelse og intervjuer, men også dokumentanalyser.

Dokumentanalyser er imidlertid å anse som sekundærdata, og kan beskrives som innsamling av ord, setninger og fortellinger som er samlet inn eller nedtegnet av andre (Jacobsen, 2005). Eksempler på dokumentanalyser, kan være stoff hentet fra offentlige dokumenter, årsrapporter, politiske selvbiografer, dagbøker, brev osv (ibid.). I denne oppgaven er det blitt lest og hentet stoff fra offentlige dokumenter, slik som blant annet stortingsmeldinger og lovproposisjoner. Det er også blitt sett på årsberetninger, protokoller fra forskjellige møter og interessante artikler fra ulike elektroniske og ikke-elektroniske medier og tidsskrifter (se litteraturliste for uttømmende oversikt).

De fleste sekundærdata som ble samlet inn var ikke skrevet for denne oppgavens formål. Det ble viktig å være svært nøye med hva som har vært dokumentenes opprinnelige hensikt og dertil troverdighet, samt at disse dataene ofte stammet fra ulike tidsperioder.

3.4.4 Forskerens rolle

Forskeren selv er det viktigste instrumentet i det kvalitative intervjuet. Intervjuet er et middel til å innhente dataene man ønsker, og det stilles store krav til forberedelser (forelesningsnotater Geir Hyrve, 25.02.08). Forskeren kan inneha en rekke roller, men for vår del var det rollene som outsider og besøkende som var aktuelle.

Den førstnevnte rollen gjør seg gjeldende når forskeren har noe avstand fra det som skal studeres, og i slike tilfeller må man stole på tilgjengelig materiale slik som rapporter og andre sekundære kilder (Ryan m.fl., 2002). For vår del var dette relevant gjennom de dokumentanalyser som var foretatt på forhånd.

Den andre rollen ble aktuell når vi foretok intervjuene, fordi vi oppsøkte respondentene og intervjuet dem der de holdt til eller befant seg den aktuelle dagen. På den måten ble vi ikke direkte involvert i styrene som undersøkes, men var samtidig klar over at temaet som på forhånd var kjent, kunne ha innvirkning på de som ble intervjuet. Slik sett trengte ikke denne metoden å fremstå som hundre prosent nøytral og objektiv (ibid.). Respondentene viste seg å være sterkt knyttet til hverandre i arbeidshverdagen, og i så måte kanskje mer tilbakeholdende.

3.5 Forskningsmetoder²

Det finnes fordeler og ulemper med både den kvalitative og den kvantitative tilnærmingen. Disse må man være klar over og ta hensyn til ved valg av metode.

3.5.1 Kvalitativ metode

Fordeler med denne metoden er at den legger få begrensninger på de svar en respondent kan gi. I tillegg er det en åpenhet på den måten at forsker i liten grad har bestemt hva han eller hun skal lete etter, det er det de som blir intervjuet som gjør. Her får man svare tilnærmet fritt, uten faste spørsmål med faste svarkategorier. Dermed vil også muligheten for å få frem den ”korrekte” forståelsen av et fenomen bli større. Den åpenheten som eksisterer under et intervju vil være med på å frembringe det unike ved en respondent og dens kontekst. Også den nærheten som oppstår mellom undersøger og den som blir undersøkt er viktig, da den gjør at man kommer inn på respondentene i større grad. Kvalitative tilnærminger er også fleksible. Man har muligheten til å endre både problemstilling, datainnsamlingsmetode og analyse

² Kapittel 3.5 bygger på Jacobsen, 2005

underveis hvis man finner ut at de ikke er hensiktsmessige. Man er ikke like låst som man vil være når man velger en kvantitativ metode hvor det ofte er flere hundre utsendte spørreskjemaer.

Ulempene ved kvalitativ metode er for det første at den er ressurskrevende, det koster både tid og penger. På grunn av dette vil man få et mindre antall enheter, og man vil få et problem med generaliserbarheten (kommer senere). En annen ulempe er at dataene man får inn som regel er komplekse, de vil være ustrukturerte og bestå av mange ord og ufullstendige setninger, noe som også gjaldt i vårt tilfelle. Det kan derfor være fare for at vi som forskere foretar en ubevisst siling av informasjon. Videre vil man også komme inn på det med nærhet og fleksibilitet. Nærhet kan bli et problem hvis man kommer for nær og mister evnen til kritisk refleksjon, og også fleksibilitet på den måten at det stadig dukker opp ny informasjon, og man kan dermed havne i en ond sirkel hvor man ikke klarer å avslutte undersøkelsen. Et siste punkt er at et intervju kan være problematisk med hensyn på undersøkelseseffekten, altså at selve undersøkelsen skaper spesielle resultater. I et intervju må respondenten forholde seg til en ukjent person som kanskje stiller spørsmål man egentlig ikke vil svare på, og man kan ikke vite om vedkommende svarer helt ærlig.

3.5.2 Kvantitativ metode

Fordelene med denne metoden er at den standardiserer informasjonen og gjør den lett å behandle. Kostnadene vil her være lavere, noe som fører til at man kan spørre flere og dermed øke muligheten for generalisering. I tillegg kan man beskrive et gitt forhold presist, man kan gjengi resultater eksakt i prosent og antall, og det er lettere å strukturere informasjon og trekke fram hovedtrekkene. Her vil man bevare en avstand til de som undersøkes og på denne måten blir fokus styrket på det generelle og man kan lettere være kritisk.

En ulempe med denne metoden er at undersøkelsen kan få et overfladisk preg. Det er mange enheter og vanskelig å gå i dybden, og slik er det vanskelig å få fram alle individuelle variasjoner som finnes i en gruppe. I tillegg er det en fare for at undersøkeren på forhånd definerer hva som er relevant å svare på, et standardisert skjema består av spørsmål og svaralternativ som undersøkeren har bestemt. Her vil man bare få svar på akkurat det man spør om, og det eksisterer ingen rom for spørsmål eller meninger. Operasjonalisering kan her bli et problem. Undersøkelseseffekter er et annet problem. Folk kan la være å svare eller en spesiell gruppe kan utelates. I spørreskjemaet som vi brukte, så vi dette fenomenet ved at flere

hadde krysset av for svaralternativet ”vet ikke”, samt at flere hadde unnlatt å svare på enkelte spørsmål. I tillegg kan de som undersøkes påvirkes av måten spørsmålene blir stilt på, og de svaralternativene som er tilgjengelige. Som et siste moment kan avstanden nevnes. Undersøker og de som undersøkes kjenner ikke hverandre, og avstanden gjør at man kan miste forståelsen for den enkeltes situasjon.

3.6 Etske retningslinjer

I forholdet mellom forsker og undersøkt kan det oppstå flere tilfeller av etiske dilemmaer (Jacobsen, 2005³). Når man følger etiske regler og teorier vil de sjelden gi konkrete svar på valgene man må ta, men det vil være retningslinjer som må vurderes konkret i de enkelte situasjoner. Det finnes imidlertid tre krav som man til enhver tid må overholde ved forskning på mennesker (Kvale, 2007).

Det første er informert samtykke, som går på at den som skal undersøkes frivillig skal delta i undersøkelsen, og skal få vite om alle farer og gevinster denne deltakelsen kan medføre. Ved starten på hvert intervju informerte vi respondentene om hva hensikten med intervjuet var, og hva det skulle brukes til.

Det andre kravet handler om at de som undersøkes har rett på et privatliv, altså konfidensialitet. Dette kravet kan bli et tema hvis muligheten for å identifisere enkeltstående respondenter i datamaterialet er til stede. For vår del som arbeidet med et lite utvalg ble dette relevant. En vurdering vi måtte ta var om vi skulle forsøke å anonymisere data ved presentasjonene, da det kunne være informasjon som den enkelte respondent ikke ville ha tilknyttet seg selv. Vi startet hvert intervju med å spørre respondentene om vedkommende ville være anonym, og som man kan se av intervjustatistikken som tidligere ble vist, var alle klare på at de kunne stå fram med sitt fulle navn og tittel.

Det siste er kravet om å bli korrekt gjengitt, at det skal være en riktig presentasjon av data. Som Jacobsen (2005) sier, er dette et krav vi bør etterstrebe, ikke noe man skal følge slavisk, noe vi også har vektlagt i vårt arbeid. Etter hvert intervju satte vi oss ned og renskrev våre notater og sendte dette til intervjuobjektene for gjennomgang. Samme metode ble brukt da aktuelle sitater ble klippet ut og brukt i oppgaven. Slik sikret vi at vår oppfattelse var korrekt, og at objektene fikk muligheten til å gå tilbake eller endre på det som ble sagt. Tilnærmet

³ Kapittel 3.6 bygger i stor grad på denne boken

ingen av intervjuobjektene hadde noe å utsette på det som var blitt sagt under intervjuet, mens flere ville forbedre det språklige nivået på sitater som var blitt plukket ut. Det ble naturligvis tatt hensyn til dette.

3.7 Analyse av data

Da vi var ferdige med intervjuene satt vi igjen med mange sider notater, flere timer lydband i tillegg til resultatene fra spørreundersøkelsen som vi hadde hatt fra starten av. Før det videre arbeidet med analysen ble påbegynt, måtte vi skaffe oss orden og en oversikt over alle dataene, spesielt fra spørreundersøkelsen. Det ble derfor tatt i bruk ”Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS). Vi valgte først å foreta en enkel deskriptiv analyse hvor vi fikk en oversikt over hvor store andeler av representanter for de ansatte, eieroppnevnte folkevalgte og andre eieroppnevnte som hadde besvart undersøkelsen. For ytterligere å kontrollere resultatenes representativitet, foretok vi en deskriptiv analyse av hvilken region de ulike styremedlemmene representerte slik at vi ikke hadde skjevfordelte resultater, noe som for øvrig ikke viste seg å være tilfelle (se kapittel 5).

Deretter foretok vi enkle analyser som viste hva styremedlemmene hadde svart på de aktuelle spørsmål, før vi videre benyttet oss av krysstabeller på noen spørsmål som ga svar på hva styremedlemmene hadde svart med hensyn på deres bakgrunn. Vi kunne da få et inntrykk av hvordan størsteparten av respondentene svarte, med og uten hensyn til deres bakgrunn.

Når det gjaldt intervjuene, leste vi først gjennom disse, for å få et førsteinntrykk av hvert intervju. Deretter gikk vi gjennom og skrev stikkord i margin for å få en bedre oversikt over tema de ulike respondentene hadde snakket om, og for tidligst mulig kunne luke ut irrelevant informasjon. Videre gikk vi gjennom intervjuene en tredje gang, hvor vi markerte med ulike farger det vi fant relevant for de ulike rollene vi har beskrevet i teorien. Slik kunne vi enkelt orientere oss i datamaterialet når vi startet å skrive på selve analysen. Det neste steget gikk ut på å gruppere hvem av respondentene som hadde sagt hva, for deretter å plassere de sitater som enten bygde opp under eller svekket de ulike styrefunksjonene de gjaldt. Metoden ble valgt på bakgrunn av at vi hadde store mengder informasjon under de ulike rollene da vi skulle begynne utskrivningen av analysen, slik at vi unngikk å starte dette arbeidet underveis i skrivingen.

3.8 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er alle viktige momenter når man kommer til verifisering av data, og vi vil nedenfor gå nærmere inn på disse.

Reliabilitet er et begrep som henviser til undersøkelsen pålitelighet, ved at man må kunne stole på at de resultatene som presenteres er pålitelig. Det handler med andre ord om undersøkelsens data; hvilke som brukes, den måten de samles inn på og hvordan data bearbeides. Her må man være kritisk til de metodene man bruker, og være klar over de svakhetene disse kan ha (Jacobsen, 2005).

Når det gjelder datainnsamlingen, har vi tatt hensyn til reliabiliteten gjennom våre opptak av intervjuene på bånd, samt at vi har tatt grundige notater som ble sendt til intervjuobjektene for gjennomgang. På den måten fikk objektene muligheten til å trekke tilbake det de eventuelt måtte mene var uriktig gjengitt, og vi oppnådde økt sannsynlighet for en pålitelig presentasjon av data i vår analyse. For øvrig er det viktig å nevne betydningen av hvem forskeren er, da ulike personer kan tolke like resultater ulikt (ibid.).

Med validitet menes hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale, 1997). Når det gjaldt den kvantitative undersøkelsen, kan man ikke vite med sikkerhet hva den enkelte respondenten har lagt i spørsmålene i forhold til deg selv og andre respondenter, operasjonaliseringen kan altså bli et problem. Disse utfordringene går på undersøkelsens validitet, om den gir svar på det den skal gi svar på. Det handler om at virkeligheten er uklar, svaret man får vil avhenge av hvem man spør. Gjennom vår bruk av intervju kunne vi lettere unngå operasjonaliseringsproblemer på grunn av vår nærhet med de vi undersøkte, og slik sett unngå misforståelser og uklarheter. Vanlige trusler mot validiteten ble til en viss grad eliminert (Askheim og Grenness, 2000).

I følge Jacobsen (2005)⁴ vil validiteten være avhengig av om vi har intervjuet de riktige enhetene, og om disse har formidlet sann informasjon. Det er viktig at man får tak i de kildene som kan gi den riktige informasjonen, og at man foretar en kritisk drøftelse. Men selv om man har fått tak i de rette kildene, trenger man ikke å ha fått riktig informasjon, og man må foreta en kritisk drøfting av kildens evne til å gi riktig informasjon om det man studerer. Her bør man vurdere kildenes nærhet til det man ønsker å belyse, og tradisjonelt sett er det større tiltro

⁴ De neste avsnittene bygger på denne boken

til kildene som er nær det fenomenet som beskrives. I tillegg må man vurdere kildenes kunnskap, hvor mye de vet om det temaet vi undersøker. Validering innebærer også en kritisk drøfting av kildenes vilje til å gi riktig informasjon, de kan ha motiver for ikke å komme med all informasjon, eller gi et skjevt bilde av virkeligheten. Man bør også vurdere om det på grunn av konteksten kan være årsaker til at noen ikke vil gi den riktige informasjonen. Vi kan i vårt tilfelle altså ikke utelukke at intervjuobjektene har unnlatt å uttrykke sin egentlige mening, eller på andre måter avgitt svar og meninger som kan ha vært taktiske eller strategiske av noen art.

For vår metodes del, kan et utgangspunkt som inkluderer to ulike helseforetak kunne hjelpe oss å belyse vår problemstilling. I og med at vi har foretatt intervjuer fra ”alle” ledd i prinsippal – agent – teorien, deriblant helseforetaksledelsen, styremedlemmer og eieren (RHF) representert ved dens ledelse, kan det tenkes at man ikke gikk glipp av nevneverdig informasjon. Intervjuobjektene har for øvrig vist seg å sitte på svært mye kunnskap om styrenes funksjon.

”Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet ”(Jacobsen, 2005:218).

Fra sitatet over kan man konstatere at det alltid vil være en fordel å ha tilgang på flere kilder, og som i tillegg er uavhengige av hverandre. Sistnevnte viste seg å bli problematisk, selv om usikkerheten reduseres ved å kontrollere kildene opp mot hverandre. Uansett måtte de intervjuobjektene som var mest relevante inneha sentrale stillinger i helseforetakene og i regionalt helseforetak. Vi kunne derfor gjennom våre intervjuobjekter, se at mulighetene for å gjøre en valid undersøkelse var til stede. Likevel ser vi utfordringen som ligger i at alle våre respondenter er i et nettverk av sentrale funksjoner som ofte har kontakt med hverandre. Med bakgrunn i deres stillinger og funksjoner, kan det være tilfelle at enkelte av objektene har holdt tilbake informasjon eller ikke vært hundre prosent ærlige i sine utsagn. Dette er noe man alltid må ta høyde for i en analyse.

Generaliserbarhet handler om i hvilken grad resultatet kan overføres til andre tilfeller. I denne oppgaven er grunnlaget godt da oppgaven tar utgangspunkt i styremedlemmer fra hele landet sine meninger omkring helseforetaksstyrenes rolle. Deretter er de resultater som er funnet relevante blitt brukt som grunnlag for å velge ut et representativt utvalg fra hele den prinsippal - agent - kjeden denne oppgaven fokuserer på. Dermed er styreledere, administrerende

direktører og representanter fra eier fra både et sentralisert foretak og et desentralisert foretak er blitt intervjuet, til dels med bakgrunn i resultater fra spørreundersøkelsen. I så måte er undersøkelsen supplert og forsterket, og vil kunne gi denne oppgaven større generaliserbarhetsverdi gjennom arbeidet for å avdekke helseforetaksstyrenes funksjon.

Det bør likevel være klart at konteksten som omfavner temaet er spesielt og preges av at man befinner seg i offentlig sektor. I så måte er statistisk generalisering noe mer problematisk. Vi kan derfor ikke fullt ut generalisere funnene til å gjelde et hundre prosent for alle helseforetaksstyrene.

Det er valgt å ta utgangspunkt i kun 2 av 26 relevante helseforetak ved den kvalitative metoden (samt et regionalt helseforetak), men ved å knytte disse resultatene sammen med spørreundersøkelsen som var sendt ut til alle 26 relevante helseforetak, kan naturligvis resultatene sett under ett, vise seg å gjelde også andre helseforetaksstyrer i landet. Dette kan begrunnes med at strukturen i de ulike regionene når det gjelder eierskap og styring er den samme, og at man av resultatene fra den kvantitative spørreundersøkelsen ikke fant noe som tydet på at det var noen helseregioner som skilte seg fra de andre i vesentlig grad. Samtidig kan det nevnes at St. Olavs Hospital HF har, og er fortsatt inne i en prosess med tanke på den storstilte utbyggingen av sykehuset St. Olavs, som det for øvrig er forsøkt tatt hensyn til.

4.0 - KONTEKST

Med innføringen av helsereformen i 2002 ble det som kjent et nytt eierskap i norsk helsevesen, samt iverksatt flere strukturelle endringer. Som en del av omorganiseringen ble det blant annet opprettet regionale og lokale helseforetak med tilhørende styrer. Styrenes funksjon var (er) tiltenkt etter en konsernmodell, som blant annet er tilpasset aksjeloven og den nye helseforetaksloven (Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)). Styrene for de lokale helseforetakene (helseforetaksstyrene) skulle blant annet ivareta det enkelte lokale helseforetaks oppgaver. Fra reformens inntreden og fram til i dag, har det derimot vært flere tilpasninger, deriblant sammensetningen av disse helseforetaksstyrene.

Hensikten med dette kapittelet er å gi et grunnlag for bedre å forstå den kontekst som omkranser denne oppgaven. Man skal kunne få et innblikk i helseforetaksstyrenes funksjon og deres virkemåte, uten å vise til empiriske data eller noen form for analyse. Det vil derfor ikke bli spekulert i noen konklusjoner, men det vil være viktig å ta i betraktning at helseforetaksstyrene forvalter store ressurser for samfunnet, hvor hver og en innbygger i realiteten er berørt. Denne samfunnsoppgaven med staten som eier gir derfor helseforetaksstyrene et stort ansvar. I fortsettelsen vil det bli gitt et innblikk i sykehusreformen sett i lys av helseforetaksstyrene og problemstillingen.

4.1 Sykehusreformen – statlig eierskap og foretaksorganisering

Bakgrunnen for sykehusreformen var mangfoldig. Blant annet var det lange ventelister og køer for behandling, mangel på rettferdighet i helsetilbudet og mangel på ansvar for de økonomiske aspektene. Dette førte til at de ulike regionene skyldte på hverandre, på politikere og på Stortinget. Andre elementer var problemer og utfordringer knyttet til styringsstruktur og medisinsk - demografiske utviklingstrekk, samt ressursmangel og kostnadskontroll. Videre fantes det utfordringer innen effektivitet og sykehusstruktur, dårlig tilgjengelighet og kvalitet, samt for store regionale forskjeller i kvalitet og medisinsk praksis. Målet med reformen var dermed å få mest mulig distanse til politikken, interessegrupper og medier, med administrative og faglige hensyn som dominerende beslutningspremisser (Samarbeidsrapport, 2005 Opedal m.fl.). I tillegg skulle man få en helhetlig og tydelig styring av sykehusene og speialisthelsetjenesten, samt en klarere ansvars- og rollefordeling. På grunn av reformens

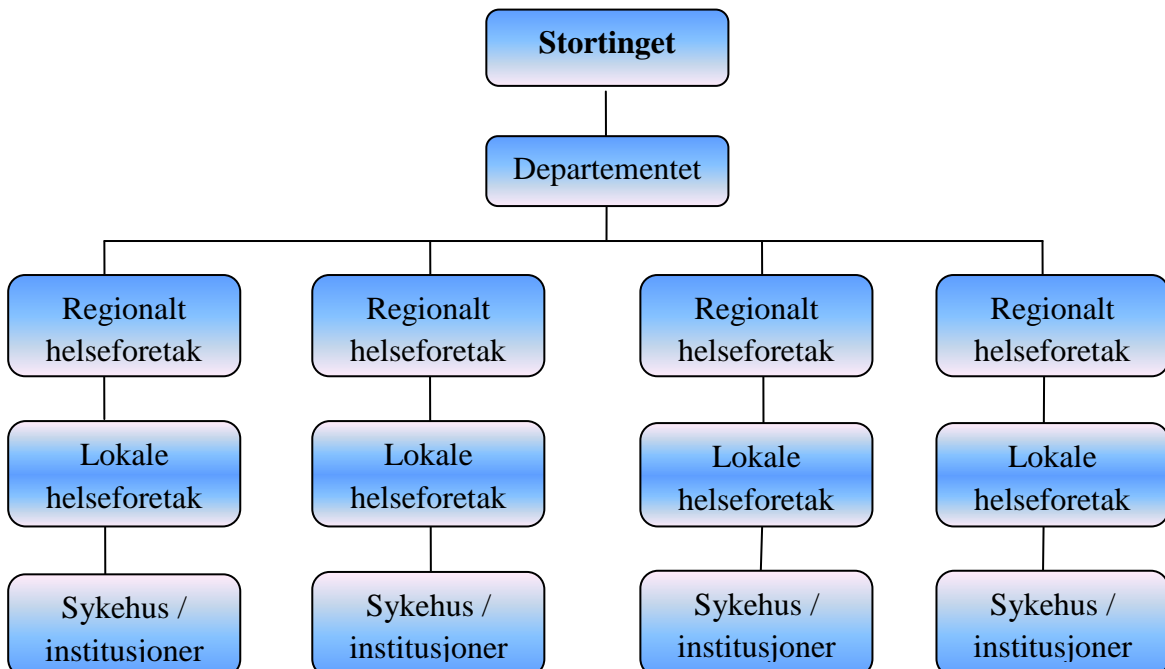
mål om organisatoriske endringer, og ikke endringer i helsepolitikkenes mål, ble helseforetaksstyrene tiltenkt en sentral rolle (Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)).

Oppsummert kan man dele sykehusreformen inn i følgende to hovedelementer (ibid.):

1. Staten overtok eieransvaret for virksomhetene innenfor spesialisthelsetjenesten og samlet derfor både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd. Den tidligere styringen av sykehusene mellom de 19 fylkestingene og Stortinget ble historie, og i stedet ble all styring lagt til Stortinget.
2. Virksomhetene ble organisert i en foretaksorganisering som innebar at virksomhetene ikke organiseres som forvaltningsorganer, men som helseforetak. Modellen gjorde at staten skulle være ansvarlig for de regionale helseforetakene og deres økonomiske forpliktelser, og dermed hindre overtakelser, samt at det ble solgt eierandeler i foretakene. Virksomhetene kan heller ikke gå konkurs.

4.1.1 Sykehusreformens organisering

En oversikt over den nye styringsstrukturen sett på landsbasis kan vises som følger:



Figur 4: Den nye organiseringen av Helse-Norge

(Samarbeidsrapport, 2005 Opedal m.fl.)

Som man kan se av figuren over, ble det med innføringen av sykehusreformen dannet regionale og lokale helseforetak med egne styrever og en daglig ledelse med fullmakter. Styringsmodellen viser at Stortinget med Helse- og sosialdepartementet sitter på topp, og styrer de regionale helseforetakene som igjen styrer og opptrer som eier for de lokale helseforetakene. De lokale helseforetakene har til slutt ansvaret for hver sine sykehus og institusjoner.

Regionene som tidligere var et produkt av lokalt og dels statlig selvstyre, er nå altså tydeliggjort som et nivå i en statlig styringskjede, og man fikk derfor en klarere hierarkisk styringsstruktur. Den nye strukturen gjør at staten ikke lenger er avhengig av fylkeskommunene i realiseringen av de helsepolitiske målene. I stedet er fire regionale helseforetak premissgiver for de totalt 32 lokale helseforetakene som alle er egne rettssubjekter (Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)). De regionale helseforetakene besitter en helhetlig ansvarsposisjon gjennom et "sørge- for"-ansvar for helsetjenester til regionens befolkning, samt at de besitter eierskapet til de underliggende helseforetakene. Videre skal de regionale helseforetakene kunne legge til rette for, planlegge, organisere og fremme pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning samt opplæring av pasienter og pårørende. Slik sett blir helseforetakene et virkemiddelapparat for de regionale helseforetakene i å utføre disse oppgavene (administrerende direktør (konst.) i Helse Midt-Norge, RHF). Og for å kontrollere at disse oppgavene blir utført, har man helseforetaksstyrene. Disse styrene skal sørge for at helseforetakene lojalt følger opp statens politikk slik at man har en viss kontroll med ledelsen ved helseforetakene (ibid.).

Helseforetaksmodellen er med andre ord bygget på en kombinasjon av sentralisering og desentralisering. Kompetansen til å foreta beslutninger, og fullmakter for hvordan oppgavene skal gjøres innenfor de tildelte rammer er delegert til foretakene, mens den overordnede styringen er ivaretatt sentralt. Selv om denne styringsmodellen ser ut til å sammenfalle med hvordan et konsern styres, er dette faktisk ikke tilfelle, for lovmessig er de regionale helseforetakene organisert som en helseforetaksgruppe og ikke et helseforetakskonsern (se vedlegg bak for hvordan et regionalt helseforetak er satt sammen).

Under ledelsen for hvert regionalt helseforetak, finnes det et foretaksmøte, et styre og en administrerende direktør for det enkelte lokale helseforetak. Dette foretaksmøtet er formelt den øverste myndighet for helseforetakene, og kontakten mellom styret, eier og ledelsen skjer

nettopp her. Totalt finnes det to kontaktpunkter, en fysisk og en ikke-fysisk. Den fysiske kontakten foregår i foretaksmøtet, og kan sammenlignes med en generalforsamling, mens den andre kontakten skjer gjennom styringsdokumentene (administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF). I foretaksmøtet inviteres hele helseforetaksstyret selv om som regel kun styreleder (eventuelt nestleder) møter. I tillegg stiller administrerende direktør fra helseforetaket (agenten) og ledelsen i det regionale helseforetaket, altså den part som fungerer som eier (morselskapet) (administrerende direktør (konst.) Helse Midt-Norge RHF).

Sykehusreformen bar altså med seg store strukturelle endringer, og det er på tide å se nærmere på helseforetaksstyrenes funksjon i denne konteksten. Det er derfor valgt å se på hva som ligger inn under styrenes oppgaver, kompetanse, sammensetning, oppnevningssprosessen av styrene, og betydningen av eiers tilstedeværelse i og rundt styrene. Momentene vil bygge et bedre grunnlag for å forstå helseforetaksstyrenes virke, og spesielt sentralt blir helseforetaksloven som gir rammen for styrenes funksjon og eksistens.

4.2 Helseforetaksstyrene

Ved opprettelsen av helseforetaksstyrene var disse som kjent først tiltenkt en gjennomgående profesjonell kontrollrolle. Styrene sett under ett skulle bestå av styrerepresentanter uten helsefaglig bakgrunn, og som ikke hadde spesiell kjennskap til helsefaglige betraktningmåter. Styrene skulle heller ikke være et profesjonsnettverk av kollegaer, og dermed uavhengig overfor profesjonsorganisasjoner og kolleger. Tanken var at man enklere kunne motstå press fra faggrupper i helsetjenesten, samt fra lokale folkevalgte når disse i liten grad var inne i styringsmodellen (Samarbeidsrapport, 2005 Opedal m.fl.). Selv om det finnes styremedlemmer som innehar denne rollen og bakgrunnen også i dag, er de blitt vesentlig færre. Denne typen styremedlemmer velges inn i helseforetaksstyrene med bakgrunn i blant annet deres utdanning, yrke og tidligere styreerfaring som viktige utvelgelseskriterier. Bakgrunnen for at vi i dag har så få profesjonelle styremedlemmer, var en tilpasning regjeringen gjorde gjennom sin Soria Moria – erklæring i 2005:39. Denne erklæringen sa følgende om sammensetningen av helseforetaksstyrene:

”... et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene i helseforetakene skal oppnevnes blant de foreslåtte folkevalgte fra henholdsvis kommune og fylkeskommune.”

Det har derfor siden starten av 2006, ikke vært gjennomgående profesjonelle styrer som var den opprinnelige tankegangen. Om det skulle være noe tvil, så er den nye sammensetningen

utgangspunkt for denne oppgavens problemstilling, og helseforetaksstyrenes sammensetning vil selvsagt bli omtalt nærmere.

Helseforetaksloven

Helseforetaksloven er allerede nevnt ved flere anledninger på grunn av dens relevans for sykehusreformen og helseforetaksstyrene. Loven griper også inn i mange andre lover som regulerer driften av helseforetakene, eksempelvis forvaltningsloven, offentlighetsloven, lov om spesialisthelsetjenesten, regnskapsloven, psykisk helsevernloven og lov om pasientrettigheter (Johannesen og Olaisen, 2004:13.). Helseforetaksloven er derimot mer eksakt rettet mot sykehusreformen, og omfatter hovedsakelig de formelle ansvarsforhold mellom Stortinget og de regionale helseforetakene, samt ansvarsforholdene mellom de regionale - og lokale helseforetakene.

I helseforetakslovens kapittel 7 finnes det flere paragrafer som er med på å belyse oppgavens problemstilling. Blant annet står det skrevet i § 28 første ledd, at forvaltningen av foretaket hører inn under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Videre i annet ledd gis styret ansvar for å fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet, samt at det i tredje ledd står skrevet at styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Styret skal også føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1; foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og at helseforetaket følger vedtatte planer og budsjetter. Angående forholdet mellom styret og daglig leder, så står det i § 29 første ledd, at styret skal føre tilsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for denne.

I lovproposisjonen (Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)) er det trukket fram at styrene i de regionale helseforetakene må ha geografisk forankring i den helseregionen de skal betjene, mens følgende er sagt om sammensetningen til de lokale helseforetaksstyrene:

”Også styrer i (lokale) helseforetak kan gis en lokal forankring, men det vil tillegge det regionale helseforetaket å beslutte disse styrenes sammensetning” (ibid.:105).

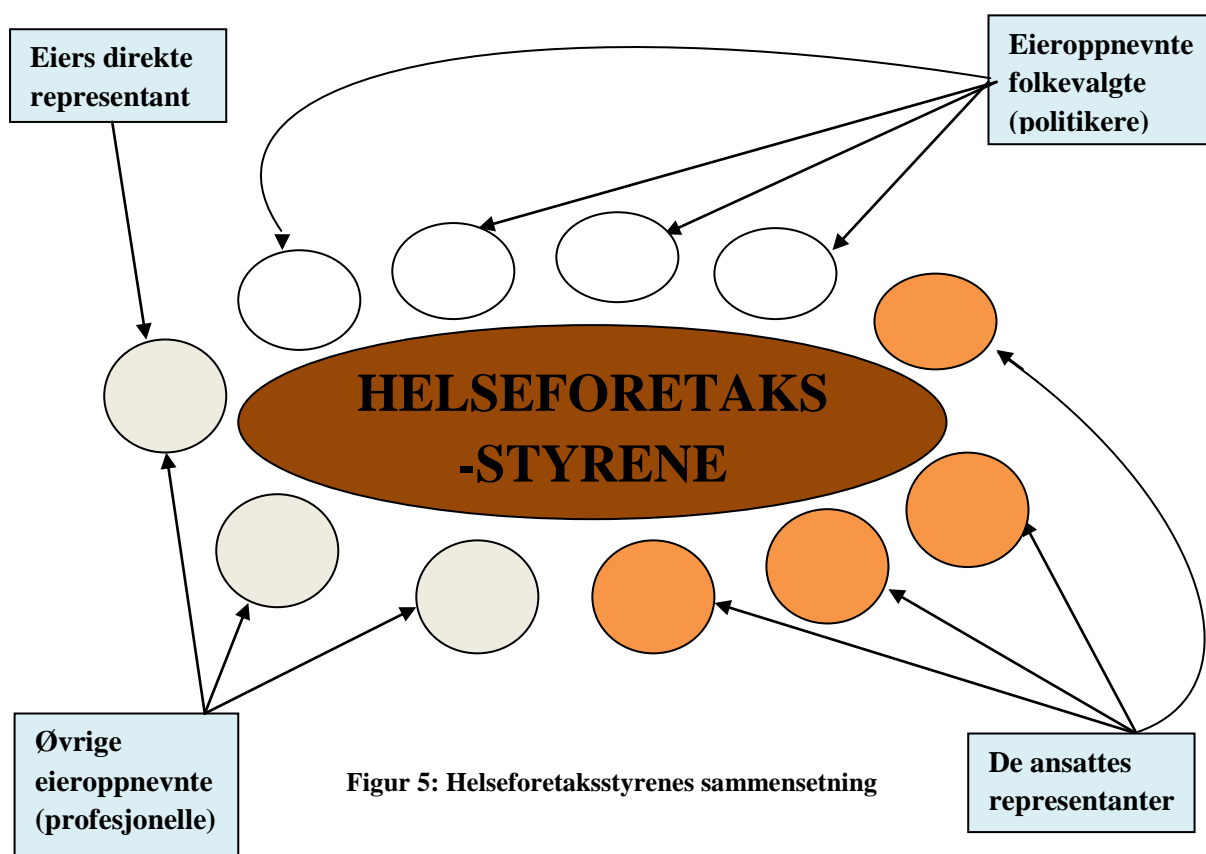
Dette ansvaret kommer også til syne gjennom helseforetakslovens § 9, og fra (Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven:105)):

”... det er ikke nødvendigvis slik at de (styrene) skal betjene bestemte lokalområder.”

”... Med tanke på den store variasjonen det kan være mellom helseforetak, finner departementet det uhensiktsmessig å utforme lovbestemmelser om lokal forankring for styrene i helseforetak.”

”... helseforetak som utgjør et typisk lokalsykehus bør ha en styresammensetning som har kjennskap og tilhørighet til det lokalmiljøet sykehuset skal betjene.”

Med andre ord så kan det se ut til at det ikke finnes helt klare retningslinjer i forhold til styremedlemmenes geografiske forankring og til dels sammensetning. På bakgrunn av undersøkelser av styresammensetninger hos helseforetaksstyrer rundt om i landet, ser det likevel ut til å være en viss form for struktur og sammensetning. Med forbehold om at det sannsynligvis kan finnes andre sammensetninger i andre helseforetaksstyrer enn de vi har sett på, kan en selvkomponert framstilling vises som følger:



Som man kan se av figuren består helseforetaksstyrene i utgangspunktet av to typer styremedlemmer, de eieroppnevnte og representanter for de ansatte. Alle sitter i to år av gangen (helseforetaksloven § 24). Mens representantene for de ansatte fremstår som én gruppe, kan de eieroppnevnte styremedlemmene deles inn i to ulike grupper, de eieroppnevnte

folkevalgte og de øvrige eieroppnevnte (profesjonelle). I tillegg representerer eiers direkte representasjon, som vanligvis er en person fra det regionale helseforetaket, en av de øvrige eieroppnevnte (profesjonelle) styremedlemmene. Som man kan se av figuren, vil som regel styrene bli satt sammen av totalt syv eieroppnevnte styremedlemmer, hvorav medlemmer foreslått blant de folkevalgte utgjør fire medlemmer og de øvrige eieroppnevnte vil utgjøre tre styremedlemmer. Med folkevalgte menes personer med både nåværende verv og tidligere folkevalgte (Sylvia Brustad v/Helse- og omsorgsdepartementet, *"Invitasjon til å foreslå kandidater til styrene i de regionale helseforetakene"*, 21.11.05), mens de øvrige eieroppnevnte (profesjonelle) ofte har en fortid i privat eller offentlig næringsliv.

De fire siste styremedlemmene består av de ansattes representanter, og velges blant de ansatte etter egen valgprosess. Disse skal i følge Stortingets beslutning ha samme status som andre styrerepresentanter, og er derfor likeverdige med de eieroppnevnte representantene (Tidsskrift for den norske legeforening, nr. 7, 2004; 124). I helseforetakslovens § 22 (kapittel 6) er dette i detalj beskrevet ved at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer skal velges av og blant de ansatte. Av de dokumentundersøkelser som er foretatt, ser det ut til at de aller fleste styrer består av fire representanter for de ansatte.

Det vil videre være av interesse å se nærmere på de ulike typer styremedlemmer som sitter i helseforetaksstyrene.

4.2.1 De eieroppnevnte folkevalgte styremedlemmene

Som tidligere nevnt er et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene folkevalgte. Hensikten med et flertall av politikere blant de eieroppnevnte styremedlemmene, er å styrke styrene med bredere samfunnsmessig forståelse, økt lokal kunnskap og bedre kontakt mellom befolkning og styrende organer i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen påpeker at foretakene forvalter kritisk viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet, og slik sett skal det kunne forstås at en relativ stor andel (flertall) av politikere i styrene er en nødvendighet (Sylvia Brustad v/Helse- og omsorgsdepartementet i brev til fylkeskommunene; *"Invitasjon til å foreslå kandidater til styrene i de regionale helseforetakene"*, 21.11.05). Bakgrunnen for den tunge representasjonen av politikere ble en realitet etter at det over lengre tid hadde versert omfattende kritikk av helseforetaksstyrene, med påstander om at styrene besto av direktørstyrer med næringslivsdominans, og at det var manglende demokrati i ledelsen av helseforetakene (ibid.). Med regjeringens erkjennelse av at helseforetakene

representerer svært store virksomheter i det norske samfunn, gikk prosessen med å få flere politikere inn i styrene raskt.

I samsvar med foretaksmodellen representerer styremedlemmer i helseforetakene ikke politiske organisasjoner, geografiske områder eller andre interessegrupper. Tilsvarende vil gjøre seg gjeldende for eieroppnevnte styremedlemmer foreslått blant folkevalgte. Disse vil foruten sin individuelle kompetanse bringe med seg sin politiske erfaringsbakgrunn, men vil likevel ikke kunne representere særinteresser i styresammenheng (ibid.).

4.2.2 Eiers direkte representasjon i helseforetaksstyrene

Som man kan se av figuren (figur 5), er eiers direkte representasjon til stede med ett styremedlem av de øvrige eieroppnevnte (profesjonelle). Dette styremedlemmet er en faktor som er viktig for helseforetaksstyrenes funksjon, da det vil være et virkemiddel for å påse at styret ivaretar eiers interesser. Plasseringen av eierrepresentanten i de lokale helseforetaksstyrene har variert mellom de ulike regionale helseforetakene. Mens ett regionalt helseforetak kan ha valgt sin representant som styreleder i helseforetakene, har andre latt denne representanten inneha en ordinær styremedlemsrolle (administrerende direktør (konst.) av Helse Midt-Norge RHF). Valget av styreleder vil naturlig nok kunne påvirke styrenes funksjon, og det er klart at eiers representasjon for øvrig vil kunne påvirke styret. Når det er sagt, så har eiers representant hovedsakelig to ulike roller å ta hensyn til. Den ene er ”eierrollen”, mens den andre er ”sørge- for”- rollen, på lik linje med de andre styremedlemmene (direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF).

4.2.3 Representantene for de ansatte i helseforetaksstyrene

Som vi tidligere har vært inne på er de ansatte representert i helseforetaksstyrene, oftest med fire representanter. Denne representasjonen står med hjemmel i helseforetakslovens § 23 som omtaler ansattes styrerepresentasjon i helseforetak. Her heter det at helseforetak som har flere enn 30 ansatte kan etter flertall fra de ansatte kreve at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer velges av og blant de ansatte. Er det flere enn 200 ansatte, skal de ansatte ytterligere være representert med ett ekstra styremedlem og varamedlem, altså totalt fire representanter.

De ansatte blir valgt inn i helseforetaksstyrene etter egen valgprosess blant sine egne, og som regel fra en stilling som tillitsvalgt. Representantene for de ansatte er altså i utgangspunktet

ikke blitt valgt direkte inn i helseforetaksstyrene i den hensikt at de er egnet i et helseforetaksstyre, men på bakgrunn av tillit hos kolleger for å representere deres sak(er).

4.2.4 Oppnevningen av helseforetaksstyrene

Oppnevning og sammensetning av helseforetaksstyrer⁵ er det enkelte regionale helseforetaks ansvar. Det finnes ingen eksakte regler, men retningslinjer som må følges (Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m.(helseforetaksloven)).

Styresammensetningen og endringer i denne vedtas formelt på foretaksmøte for det enkelte helseforetak etter at styret i det regionale helseforetaket har behandlet saken. Dette ble som kjent gjort i regionale foretaksmøter etter Soria Moria – erklæringen i 2005, som altså gjorde at regjeringen bestemte at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte på kommune- og fylkesnivå. I slike anledninger har valgkomiteen som ledes av det regionale helseforetakets styreleder en viktig rolle. Valgkomiteen tar etter innkomne forslag fra kommuner og fylkeskommuner stilling til et endelig forslag til sammensetning, og legger det fram for styret i det regionale helseforetaket ved hver utskiftning av styremedlemmer i lokale helseforetak.

Kriterier som blir lagt til grunn bygger på føringer gitt i ”*Retningslinjer for forslagsprosess og ny styresammensetning i helseforetak*”, og fastslår overordnede prinsipper som skal legges til grunn ved oppnevning av eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene. Dessuten gir disse retningslinjene grunnprinsipper for tilnærming og håndtering av forslagsinvitasjon for eieroppnevnte styremedlemmer med bakgrunn for folkevalgte på kommune- og fylkesnivå. Blant annet er det krav om at kandidatene i inneværende periode, eller tidligere er valgt inn i kommunestyret, bystyre, fylkesting eller sametinget.

Følgende grunnprinsipper for styresammensetning listes opp:

1. Mottatte forslag for kommuner og fylkeskommuner vurderes helhetlig i lys av kompetansebehov og nye krav til styresammensetning, og hvor kandidatene fra de enkelte helseforetaks befolkningsmessige nedslagsfelt hensyntas særskilt. Helseforetakene har viktige oppgaver innenfor helsefaglig utdanning og forskning, og det bør tilstrebes at styrene har nødvendig kompetanse på disse områdene.

⁵ Store deler av kapittel 4.2.4 er hentet fra Helse Sør - Øst RHF's sider (www.helse-sorost.no) hvor oppnevning av helseforetaksstyrer står omtalt

2. Regionale helseforetak beslutter styresammensetningen ut fra de samlede kompetansebehov og særskilte hensyn som gjør seg gjeldende for de ulike helseforetakene.
3. I hvert enkelt helseforetaksstyre skal det velges styremedlemmer både etter forslag fra kommune- og fylkesnivå.
4. Det skal tilstrebes at de nye helseforetaksstyrene reflekterer spredning hva gjelder partipolitisk tilhørighet og geografi. Gjeldende krav til kjønnsbalanse i styrene skal ivaretas.

Med utgangspunkt i punktene over, gjør valgkomiteen helhetlige vurderinger av behovet for kompetansen i hvert helseforetaksstyre og legger til rette for at det enkelte styre samlet sett skal kunne sikre:

- Evne til helhetlig tilnærming, både for det enkelte helseforetak og for regionen som helhet
- Rimelig geografisk representasjon og tilhørighet til foretakets opptaksområde
- God partipolitisk bredde og representasjon
- Kompetanse innen:
 - styring, drift og omstilling av komplekse og store organisasjoner
 - økonomi, medisinsk kompetanse og politisk erfaring
 - helsefaglig kvalitet, tjenesteutvikling, utdanning og forskning
- Tilstrekkelig fornyelse og kontinuitet i styrene

Av disse kriteriene kan man se at hvor og hva det enkelte styremedlem representerer har fått stor betydning, da man både tar hensyn til hvilket politisk parti man tilhører og hvor man har sitt opphav. Kompetanse er trolig det mest omfattende kriteriet, hvor man blant annet kan se at politisk erfaring går igjen, noe som ytterligere styrker den politiske representasjonen i styrene.

I fortsettelsen av oppgaven vil spørsmål 1 og 2 bli besvart i henholdsvis kapittel 5 og 6. I kapittel 7 vil disse spørsmålene bli sammenholdt i en avsluttende analyse. Det vil også her bli sett på spørsmål 3, om styrets funksjon kan forstås med utgangspunkt i prinsippal – agent – teorien. I kapittel 8 vil det bli presentert en konklusjon.

5.0 - SPØRSMÅL 1: Hva er styremedlemmenes oppfatning om styrets rolle?

I dette kapittelet vil det bli sett nærmere på en av de tre tilhørende underspørsmål for problemstillingen, nærmere bestemt; hva er styremedlemmenes oppfatning om styrets rolle. Man vil derfor kunne få se problemstillingen i lys av styremedlemmenes egen oppfatning av styrets rolle, og slik sett fra styrets side i prinsipal – agent – perspektivet. Tanken bak dette kapittelet er altså å se nærmere på data fra spørreundersøkelsen med utgangspunkt i styreteorier (styrings- og kontrollorgan, interessentorgan, formalorgan og uavhengig ekspertorgan), før vi deretter oppsummerer hovedfunnene hva gjelder de aktuelle styrefunksjonene. På grunn av undersøkelsen omfang og fokus, vil det først bli fremstilt en vurdering av spørreundersøkelsen representativitet. Det vises for øvrig til kapittel 3 og metode.

Spørreundersøkelsens representativitet

Spørreundersøkelsen ble utført av førsteamanuensis og forsker Kari Nyland fra Trondheim Økonomiske Høgskole (TØH) v/ Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), førsteamanuensis Katarina Østergren ved Norges Handelshøgskole (NHH) og seniorforsker Ståle Opedal fra International Research Institute of Stavanger (IRIS). Spørreskjemaene ble sendt ut til alle styremedlemmer av helseforetak i 2007. Totalt ble 269 spørreskjemaer sendt ut hvorav 130 avga fullgode svar. Dette er tilnærmet 50 % svarrespons, noe som må sies å være tilfredsstillende (Johannessen m.fl., 2004). I skjemaet kunne respondentene krysse av for følgende funksjoner de hadde i styret:

1. Eieroppnevnt styremedlem etter forslag fra fylkeskommuner, kommuner eller Sametinget
2. Ansattes representant
3. Annet medlem

Antall respondenter som representerte de ulike typer styremedlemmer var følgende;

1. Eieroppnevnt folkevalgt styremedlem	63 respondenter	49 %
2. Ansattes representant	45 respondenter	34 %
3. Annet eieroppnevnt styremedlem	22 respondenter	17 %
Alle typer	130 respondenter	100 %

Tabell 4: Ulike styrefunksjoner og respondenter

Av det totale antall styremedlemmer på den tiden som vi antar var 269 på bakgrunn av utsendte spørreskjema, må dette sies å være en representativ fordeling på bakgrunn av følgende:

1. Det totale antall eieroppnevnte folkevalgte styremedlemmer blant helseforetakene var 104 personer (**38,66 %**). Dette tallet brukes på bakgrunn av at det skal sitte et flertall eieroppnevnte folkevalgte blant de eieroppnevnte som totalt består av syv personer. Vi går altså ut fra at det sitter fire eieroppnevnte folkevalgte i hvert styre.
2. Representanter fra de ansatte var også 104 personer (**38,66 %**) basert på våre forutsetninger. Da er regnestykket forenklet ved å anta at alle helseforetak hadde over 200 ansatte, jf. helseforetakslovens § 23 (2), og dermed fire representanter i hvert styre. Under 200 ansatte gir kun maksimalt tre representanter fra de ansatte, slik at det reelle antall representanter fra de ansatte trolig er noe lavere enn 104.
3. Andre styremedlemmer må antas å være de resterende, altså 61 stykker, som tilsvarer **22,66 %** av styremedlemmene. Det reelle tallet er trolig noe høyere på grunn av forutsetningen som ble tatt ved beregningen av antall ansattes representanter i styrene.

Alle beregninger er for øvrig gjort uten de seks helseforetakene som ikke innbefatter underliggende institusjoner og/eller sykehus, og som ikke var en del av undersøkelsen (altså 26 helseforetak totalt).

Man kan videre sammenligne prosentsatsene for totalandelene av ulike typer styremedlemmer med prosentsatsene fra respondentene fra spørreundersøkelsen. Det kan derfor sies følgende:

1. De eieroppnevnte representantene etter forslag fra fylkeskommuner, kommuner eller Sametinget har en større svarandel enn deres totale representasjon (49 % vs. 38,66 %).
2. Tilfellet er motsatt for representanter fra de ansatte hvor 34 % har svart på undersøkelsen, mot en totalandel i styrene på 38,66 %.

3. Øvrige eieroppnevnte styremedlemmer (de profesjonelle) har besvart undersøkelsen med 17 %, mens den totale andelen kan etter beregningene sies å være 22,66 %.

Oppsummert kan man si at representativiteten fra respondentene av spørreundersøkelsen synes å være god. Man kunne ønske noen flere svar fra de øvrige eieroppnevnte medlemmene, men alt i alt må dette sies å være mer enn godt nok for å kunne uttale seg på generelt grunnlag fra de resultatene som vil bli vist. Med tanke på styremedlemmenes tilhørende region kan følgende resultater vises:

Helse Sør – Øst RHF	55 respondenter	42 %
Helse Vest RHF	26 respondenter	20 %
Helse Midt-Norge RHF	29 respondenter	22 %
Helse Nord RHF	20 respondenter	16 %

Tabell 5: Ulike regioner og respondenter

I forhold til regionenes størrelse basert på antall underliggende helseforetak og dertil styremedlemmer, ser også denne fordelingen ut til å være representativ. Fordelingen er som følger (St. meld. Nr. 13 (2006-2007)):

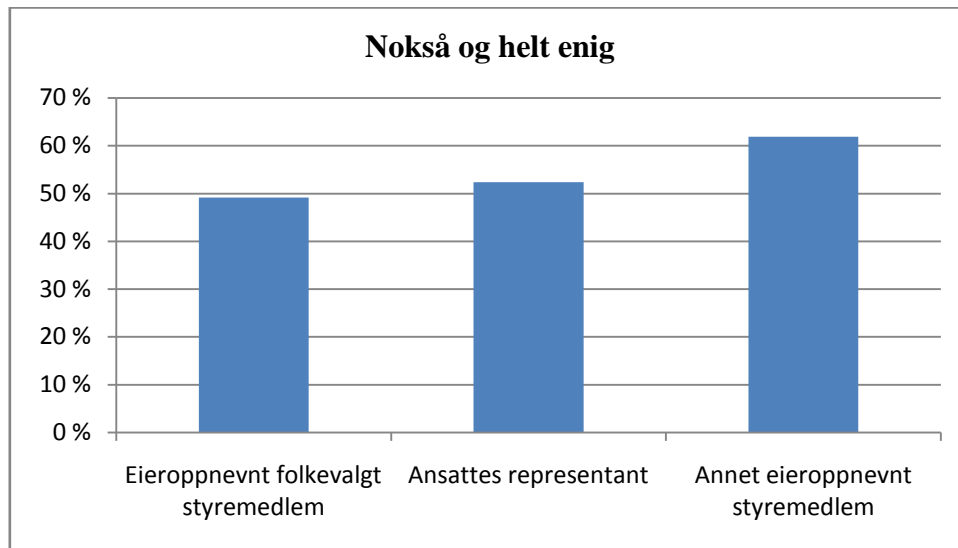
Helse Sør – Øst RHF	14 helseforetak (det totale antallet er 16)	53,8 %
Helse Vest RHF	4 helseforetak (det totale antallet er 5)	15,4 %
Helse Midt-Norge RHF	4 helseforetak (det totale antallet er 6)	15,4 %
Helse Nord RHF	4 helseforetak (det totale antallet er 5)	15,4 %
Helse-Norge	26 helseforetak (det totale antallet er 32)	100 %

Tabell 6: Ulike regioner og antall helseforetak

Disse resultatene sammenfaller godt i forhold til fordelingen av svarprosent fra respondenter fra undersøkelsen. De tre minste regionene ser ut til å ha noe høyere svarprosent enn sin størrelse målt etter antall helseforetak (les: antall styremedlemmer) i regionene, mens den største regionen Helse Sør – Øst RHF har noe lavere svarandel enn sin størrelse målt etter antall helseforetak (les: antall styremedlemmer).

5.1 Styrets funksjon som styrings- og kontrollorgan

Styrets funksjon som styrings- og kontrollorgan ble belyst både gjennom påstander og spørsmål i undersøkelsen. En av de viktigste var påstanden: ”Styret var et kontrollorgan for eier”. Andelen styremedlemmer med hensyn på bakgrunn som svarte nokså og helt enig i denne påstanden, kan fremstilles slik:



Figur 6: Styret som kontrollorgan for eier

Som man kan se av stolpediagrammet over, var omtrent halvparten av styremedlemmene enige i at styrets funksjon var et kontrollorgan for eier. Med tanke på styremedlemmenes bakgrunn, kan man se at de andre eieroppnevnte styremedlemmene var noe mer enig i at styret var et kontrollorgan for eier enn de øvrige styremedlemmene. For øvrig kan det sies at hvert tredje styremedlem (29 %) krysset av for svaralternativet både og, og knapt hvert femte styremedlem (16 %) var nokså eller helt uenig i at styret var et kontrollorgan for eier. I og med at styrets funksjon som kontrollorgan ut fra teori skal være normen, finner vi ikke dette resultatet alene sterkt nok til å bygge opp under denne påstanden. Det vil derfor bli sett nærmere på noen oppgaver som kan knyttes til styrerollen som et styrings- og kontrollorgan.

Styrets ansvar og deltakelse i budsjettprosesser

Styremedlemmene ble i spørreskjemaet stilt overfor påstanden; ”Jeg deltok aktivt i helseforetakets budsjettprosess”. Resultatet kan fremstilles følgende i en tabell:

	Eieroppnevnt folkevalgt styremedlem	Ansattes representant	Annet eieroppnevnt styremedlem	Totalt
Helt uenig	0 %	5 %	5 %	2 %
Nokså uenig	10 %	16 %	0 %	10 %
Både og	17 %	27 %	18 %	21 %
Nokså enig	35 %	18 %	36 %	29 %
Helt enig	38 %	34 %	41 %	37 %

Tabell 7: Styremedlemmenes deltakelse i budsjettprosessen

Av tabellen kan man se at de aller fleste styremedlemmene er enige i at de deltok aktivt i budsjettarbeidet. 66 % avga svar som nokså eller helt enig, mens kun 12 % var nokså eller helt uenig i at de deltok aktivt i budsjettprosessen. Med tanke på styremedlemmenes bakgrunn var det nokså få forskjeller på hva de har svart.

For øvrig viste resultater fra spørreundersøkelsen at styremedlemmene mente styret hadde ansvar for at helseforetaket ble drevet etter budsjettforutsetningene. 94 % var nokså eller helt enige i dette. Videre kan det sies at respondentene også var enige i at styret fulgte opp budsjettet på styremøtene. 94 % var nokså eller helt enige om dette, og 77 % var helt enig. Ingen av respondentene svarte helt uenig, og kun én respondent svarte nokså uenig.

Styrets ansvar og deltakelse i strategiprosesser

For å se på styrets deltakelse i strategiarbeidet, var det flere spørsmål fra undersøkelsen som kunne gi et bilde av denne deltakelsen. En påstand var: ”Jeg deltok aktivt i helseforetakets strategiprosess”. Det ga følgende resultat:

	Eieroppnevnt folkevalgt styremedlem	Ansattes representant	Annet eieroppnevnt styremedlem	Totalt
Helt uenig	3 %	14 %	0 %	6 %
Nokså uenig	5 %	9 %	9 %	7 %
Både og	11 %	20 %	18 %	16 %
Nokså enig	43 %	23 %	36 %	35 %
Helt enig	38 %	34 %	36 %	36 %

Tabell 8: Styremedlemmenes deltakelse i strategiprosessen

Fra denne tabellen kan man se at de aller fleste styremedlemmene er enige i at de også deltok aktivt i strategiprosessen. 71 % av styremedlemmene var nokså eller helt enige i dette, mens kun 13 % var nokså eller helt uenig. Med tanke på respondentenes bakgrunn var det heller ikke her noen store forskjeller å se.

Videre fulgte en påstand som sa: ”*Styret fulgte opp strategien på møtene*”. Resultater herfra fortalte oss at styremedlemmene var enige i at styret fulgte opp strategien på styremøtene. 75 % av respondentene var nokså eller helt enig, mens kun 9 % var nokså eller helt uenig. Ytterligere en påstand i spørreundersøkelsen ble funnet relevant for dette temaet. Denne var som følger: ”*Styret hadde egne strategimøter med ledelsen*”, hvor 58 % av respondentene var nokså eller helt enige i at de hadde egne strategimøter med ledelsen. 28 % var nokså eller helt uenig. Man kan derfor oppfatte at styret ikke nødvendigvis hadde egne strategimøter med ledelsen som gikk kun på strategi, da styremedlemmene i så stor grad er delte i oppfatningen. Likevel kan man anta at styret hadde møter med ledelsen som til en viss grad angikk strategien.

Et spørsmål fra undersøkelsen som sa; ”*I hvilken grad var styret involvert i å utarbeide forslag til langsiktige strategier og overordnede mål?*”, kan belyse denne strategioppgaven nærmere. Av resultatene kunne man se at 62 % av de som svarte, mente styret i nokså eller svært stor grad var involvert i disse oppgavene, mens resten av respondentene krysset av for de øvrige svaralternativene. Det var altså noe delt oppfatning rundt dette spørsmålet. Det samme var for øvrig tilfelle for spørsmålet; ”*I hvilken grad var styret involvert i fastsetting av årlig plan for styrets arbeid med særlig vekt på strategi og gjennomføring?*”. Her mente 55 % av respondentene at de var nokså eller i svært stor grad involvert i disse oppgavene, mens 45 % svarte de øvrige svaralternativene. Det eksisterer altså noen delte meninger omkring styremedlemmenes deltakelse i å utarbeide strategier, sette overordnede mål, samt deltakelse i årlige planer med vekt på strategi og gjennomføring.

Ved å knytte sammen noen av styremedlemmenes svar omkring ansvar og deltakelse i strategi- og budsjettprosessene, er påstanden: ”*Budsjettet ble basert på vedtatt strategi*” interessant. Resultatene viste nemlig at det ikke var like stor enighet blant styremedlemmene om at budsjettet ble basert på vedtatt strategi. Hvert tredje styremedlem svarte både og, mens hvert femte styremedlem var helt eller nokså uenig i at budsjettet ble basert på vedtatt strategi. Man må kunne anta at det ved utarbeidelsen av budsjett bør bli lagt vekt på strategien for helseforetaket, men av resultatene som fremkommer bør man i stedet spørre seg om styremedlemmene virkelig deltar i strategi- og budsjettprosessene i så stor grad som de gir uttrykk for. Det kan se ut som om disse to prosessene ikke henger sammen.

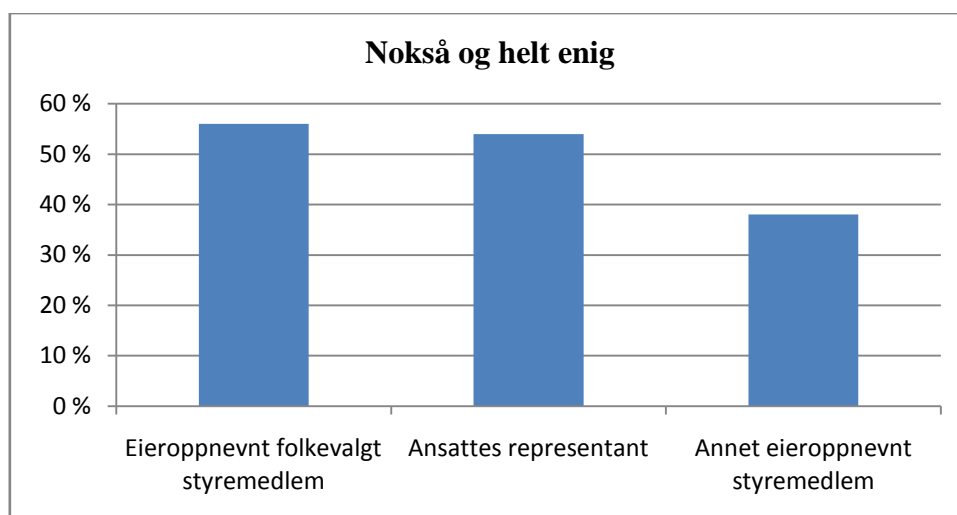
Til sist kan det nevnes at styremedlemmene vektla målet om å oppnå budsjettbalanse høyest. 67 % av respondentene hadde dette målet som sin høyeste prioritet på sakslista. For øvrig var

det ingen store variasjoner med tanke på styremedlemmenes bakgrunn, for uten at en større andel av de ansattes representanter vektla kvaliteten i tjenestetilbudet høyere enn de øvrige styremedlemmene.

Oppsummert kan man si at styrene deltar i budsjett- og strategiprosessene i helseforetakene, og at styrene i følge den direkte påstanden til dels opptrer som et kontrollorgan for eier.

5.2 Styrets funksjon som interessentorgan

Styrets funksjon som interessentorgan ble også belyst gjennom påstander og spørsmål i undersøkelsen. En av de viktigste var påstanden ”Styret var et talerør overfor eier”, som refererer til et styre som fungerer som et interessentorgan hvor ulike interessenters interesser skal bli hørt og sendt videre opp til eier via styret. Påstanden ga følgende resultat:



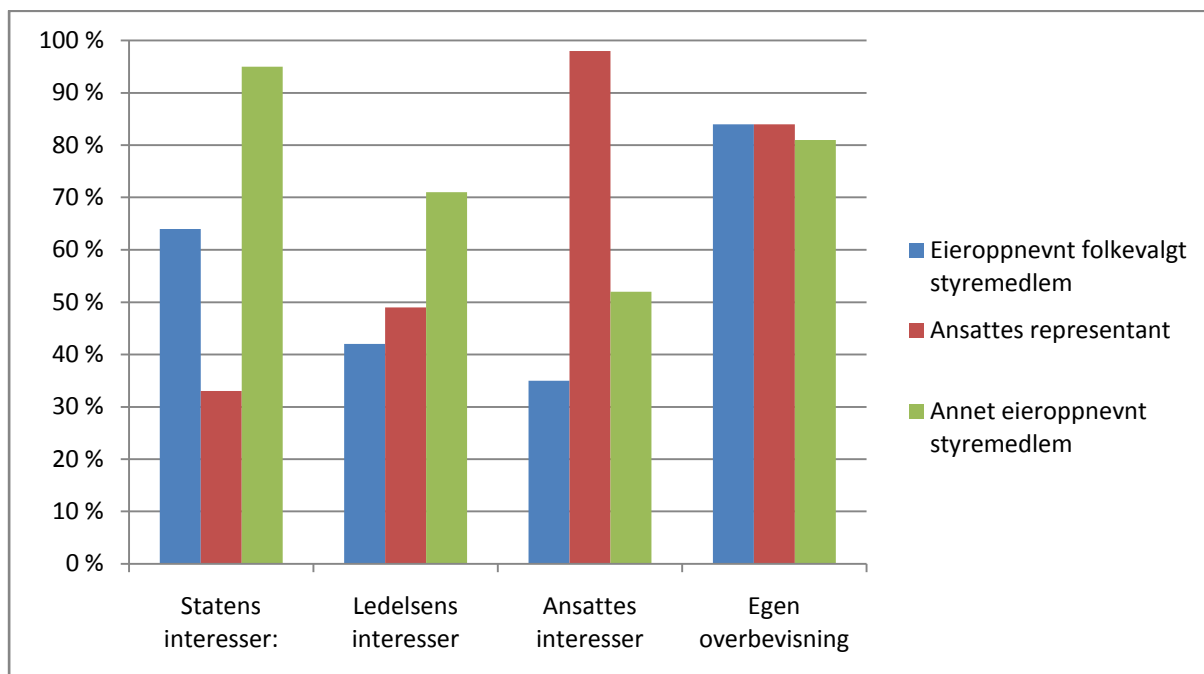
Figur 7: Styret som talerør overfor eier

Som man kan se av stolpediagrammet over, var de eieroppnevnte folkevalgte styremedlemmer i noe større grad enig i at styret var et talerør overfor eier, mens de øvrige eieroppnevnte medlemmene var minst enige. Variasjonene mellom de ulike typer styremedlemmer var likevel små, og tilnærmet lik som for resultater ved påstanden om styret som kontrollorgan. I snitt for de tre ulike typer styremedlemmer, var 50 % nokså eller helt enig i at styret var et talerør overfor eier.

Styremedlemmenes vekt på ulike interesser i utøvelsen av styrevervet

Styremedlemmene ble i spørreskjemaet stilt et spørsmål hvor de ble bedt om å vektlegge ulike interesser i sin utøvelse av vervet. Spørsmål om vektleggelse av statens interesser, ledelsens

interesser i helseforetaket, de ansattes interesser og egen overbevisning i utøvelse av styrevervet, ga følgende resultater dersom man slår sammen svaralternativene i nokså stor grad og i svært stor grad:



Figur 8: Styremedlemmenes vekt på interesser i sin utøvelse av styrevervet

Man kan av stolpediagrammet se at det er til dels store forskjeller på svarene når man tar hensyn til styremedlemmenes bakgrunn. Unntaket er respondentenes vekt på egen overbevisning. Statens interesser blir høyest vektlagt av de andre eieroppnevnte medlemmene, samt at de folkevalgte eieroppnevnte svarer høyt her. Ledelsens interesser ser ut til å bli vektlagt svakest av de eieroppnevnte folkevalgte, og mest blant de øvrige eieroppnevnte medlemmene. Videre er det stor forskjell, da de ansattes representanter vektlegger de ansattes interesser i mye større grad enn de øvrige styremedlemmene. Vekt på egen overbevisning i utøvelsen av styrevervet er som tidligere nevnt jevnt fordelt, men med gjennomgående høy grad av enighet. Styremedlemmene ser altså sammenlagt ut til å vektlegge egen overbevisning mest, mens det for øvrig er nokså store forskjeller i respondentenes vekt på statens, ledelsens - og de ansattes interesser med hensyn på bakgrunn.

5.3 Styrets funksjon som formalorgan

Styrets funksjon som formalorgan kan beskrives ut fra flere faktorer. Fra spørreundersøkelsen kan man blant annet vise resultater fra påstanden ”Styret hadde stor handlefrihet”, i følgende tabell:

	Eieroppnevnt folkevalgt styremedlem	Ansattes representant	Annet eieroppnevnt styremedlem	Totalt
Helt uenig	19 %	18 %	29 %	20 %
Nokså uenig	29 %	48 %	24 %	34 %
Både og	38 %	23 %	38 %	33 %
Nokså enig	14 %	5 %	5 %	9 %
Helt enig	0 %	7 %	5 %	3 %

Tabell 9: Styret hadde stor handlefrihet

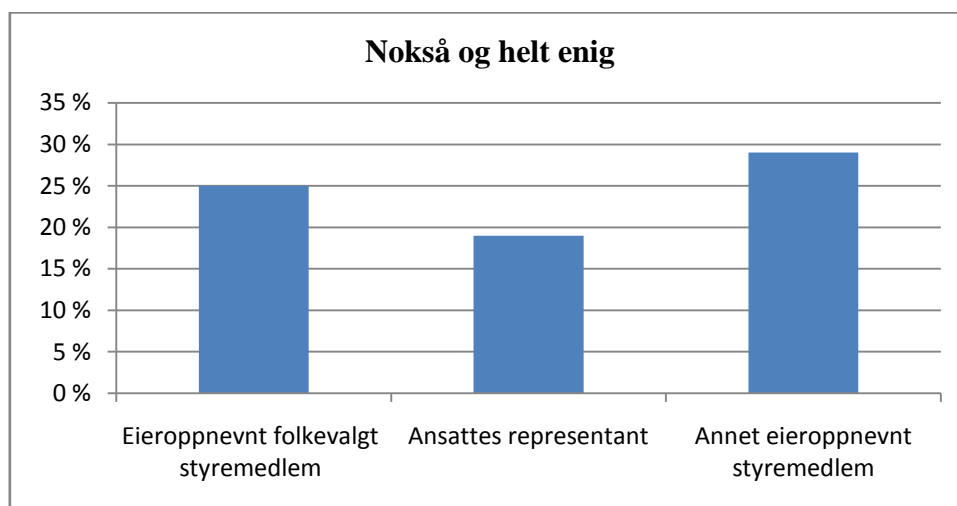
Av tabellen kan man se at de aller fleste styremedlemmene er uenige i at styret hadde stor handlefrihet. 54 % var nokså eller helt enig i at styret hadde liten handlefrihet, mens kun 12 % var uenige i dette. Med tanke på respondentenes bakgrunn var det ingen store forskjeller.

En annen påstand som kan være med å belyse styrets funksjon som formalorgan er styremedlemmenes selvoppfattede deltakelse. Resultatene fra påstanden: ”De viktigste beslutningene ble truffet utenom de formelle styremøtene”, viste at kun i overkant av hvert femte styremedlem var nokså eller helt enig i påstanden, mens hele to av tre respondenter var uenige. Flesteparten mente altså at de viktigste beslutningene stort sett ble truffet i de formelle styremøtene. Det kan tyde på at helseforetaksstyrene ikke bærer preg av å være et formalorgan, til tross for liten opplevd handlefrihet. Videre kan det vises til resultater fra spørsmålet; ”I hvilken grad hadde helseforetaksstyret innflytelse over beslutninger i helseforetaket?”, hvor styremedlemmene selv er av den oppfatning at de har nokså eller svært stor innflytelse over beslutninger i helseforetaket. Faktisk svarte hele 77 % dette. Dette resultatet kan også svekke påstanden om styrets funksjon som formalorgan, men vil samtidig være noe motstridende i forhold til hva styremedlemmene svarte angående opplevd handlefrihet.

Oppsummert kan man si at styremedlemmene ser ut til å mene at de viktigste beslutningene ble truffet i de formelle styremøtene, samt at de ser på styrets og sin egen rolle som viktig. Det er samtidig verdt å merke seg at de fleste styremedlemmer opplever sin handlefrihet som trang.

5.4 Styrets funksjon som uavhengig ekspertorgan

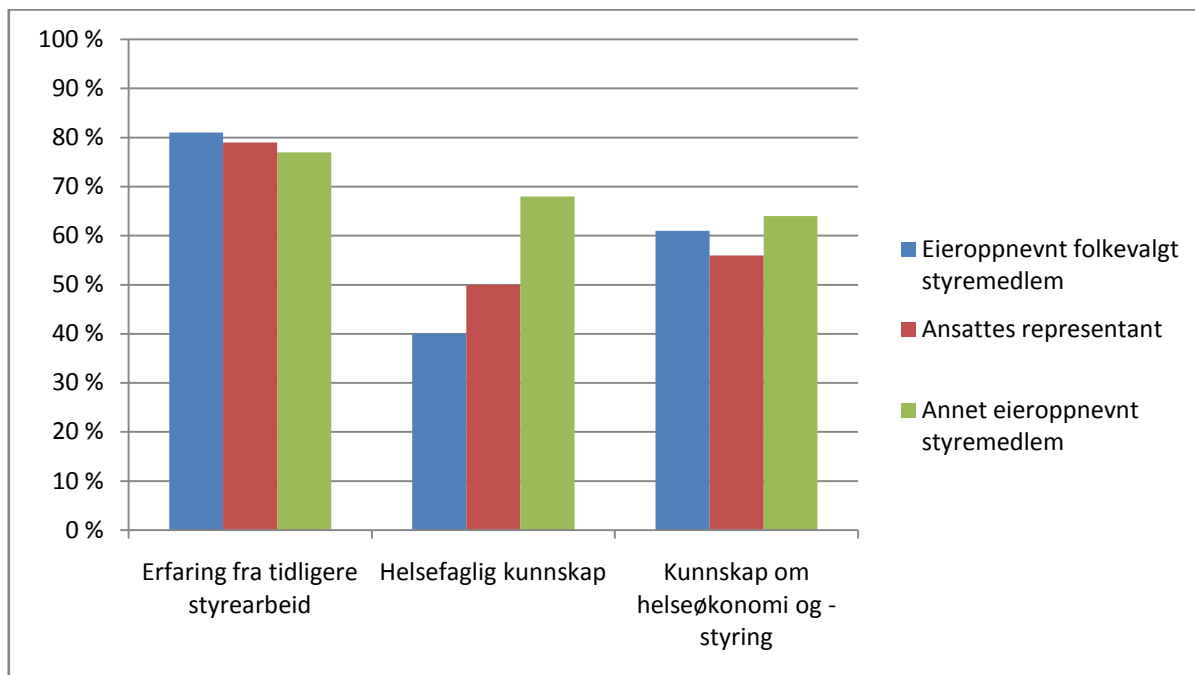
Styrets funksjon som uavhengig ekspertorgan ble også belyst av flere påstander og spørsmål fra spørreundersøkelsen. Den klart viktigste var påstanden: ”Styret fungerte som et uavhengig ekspertorgan”, som ga følgende resultat:



Figur 9: Styret som uavhengig ekspertorgan

Av stolpediagrammet over kan man se at i underkant av en tredjedel av styremedlemmene var enige i at styret var et uavhengig ekspertorgan, med kun små forskjeller mellom de ulike respondentenes bakgrunn. Dette kan kanskje sammenholdes med at det som regel sitter tre av elleve (27 %) medlemmer i styrene som i utgangspunktet er såkalte profesjonelle. På motsatt side utgjør svaralternativene helt uenig og nokså uenig til sammen 49 % i sum av alle respondentene. Med andre ord oppfattet majoriteten av styremedlemmene ikke styret som et ekspertorgan, selv om det var noe delte oppfatninger.

Videre var det aktuelt å se på hvilken erfaring fra tidligere som vektlegges for å få et verv som styremedlem i helseforetakene. Dette for å få et bredere inntrykk av styremedlemmenes oppfatning av styret som et (uavhengig) ekspertorgan. Det er derfor sett på hva styremedlemmene har svart på i hvilken grad de la vekt på erfaring fra tidligere styrearbeid, helsefaglig kunnskap og kunnskap om helseøkonomi- og styring. Svaralternativene ”nokså og svært stor betydning” er slått sammen:



Figur 10: Ulike egenskapers betydning for å få verv som styremedlem

Av stolpediagrammet kan man se at erfaring fra tidligere styreverv vektlegges i stor grad da åtte av ti respondenter mener denne erfaringen har nokså eller svært stor betydning for å få verv som styremedlem. Helsefaglig kunnskap er ikke like høyt vektlagt, samt at man kan se at de øvrige eieroppnevnte representantene vektelegger denne egenskapen noe høyere enn de øvrige styremedlemmene. Det er for øvrig 50 % som mener denne egenskapen har nokså liten eller liten betydning. Den siste egenskapen som er valgt tatt med, er kunnskap om helseøkonomi og – styring. Her svarer seks av ti at de vektlegger denne egenskapen i nokså eller svært stor grad, tilnærmet uavhengig av bakgrunn, mens 38 % var for øvrig nokså eller helt uenig i at kunnskap om helseøkonomi og – styring var viktig. Resultatene kan vise at helseforetaksstyrene fortsatt bærer noe preg av å være et ekspertorgan selv med et fåtall såkalte profesjonelle i styrene. Det kan avslutningsvis bemerkes at andre egenskaper enn de som er valgt tatt med her, også kan avdekke eventuelt andre funksjoner eller roller helseforetaksstyrene faktisk innehar i praksis.

5.5 Hovedfunn i spørreundersøkelsen

Ut i fra de data som er blitt presentert, vil vi trekke frem følgende tre hovedfunn som er som følger:

- **Helseforetaksstyrene har flere roller**

Teorien sier at det i praksis ikke vil velges en rolle som følges konsekvent av et styre, men at man vil finne elementer fra flere (Reve og Grønlie, 1993). Dette er også tilfellet for helseforetaksstyrene. Selv om styrets funksjon som et styrings- og kontrollorgan er ment som ”normen” for hvordan styret skal kontrollere og styre ledelsen for eier, ser ikke dette ut til å være den absolutte normen for helseforetaksstyrene. Styremedlemmene er i stedet av den oppfatning at styrene utøver sin rolle som styrings- og kontrollorgan i tilnærmet like stor grad som et interessentorgan. At styrene innehar en funksjon som interessentorgan kan gjøre at de opptrer som et organ for medvirkning og påvirkning, og slik sett kan styrerommet bli en arena hvor de ulike interessegruppene utøver og synliggjør sin makt og sine særinteresser. På den måten er det ikke sikkert at hovedfokuset vil være bedriften (PricewaterhouseCoopers, 1999), og man beveger seg i stedet bort fra tankegangen som sier at styrene skal representere og beskytte eierens interesser. Resultatene bryter i så måte med ideen bak helseforetaksstyrene, hvor det i samsvar med foretaksmodellen skal være styremedlemmer som ikke representerer politiske organisasjoner, geografiske områder eller andre interessegrupper. Styremedlemmene skal foruten sin individuelle kompetanse, bringe med seg sin (politiske) erfaringsbakgrunn, men ikke representere særinteresser i styresammenheng (Sylvia Brustads brev til fylkeskommunene; ”Invitasjon til å foreslå kandidater til styrene i de regionale helseforetakene” av 21.11.05).

Videre kan man også se at de andre eieroppnevnte styremedlemmene (profesjonelle) i større grad oppfatter styrene som et styrings- og kontrollorgan enn som et interessentorgan, mens det motsatte er tilfellet for de eieroppnevnte folkevalgte (politikere). For øvrig ser de ansattes representanter ut til å vektlegge styrene som et styrings- og kontrollorgan i samme grad som et interessentorgan.

Styrets funksjon som formalorgan er den styreteorien og funksjonen som det ikke ble spurt direkte om i spørreundersøkelsen. Likevel omtales denne funksjonen i teorien, og spesielt i kapitler som omhandler offentlig sektor. Styrets funksjon som formalorgan er et styre som ikke selv har styringen på sitt (helse)foretak (PricewaterhouseCoopers, 1999). Rollen vil i

stedet i stor grad bestå av å godkjenne allerede fattede vedtak (Reve og Grønlie, 1993). Av resultatene vi har funnet relevante for denne rollen, blir man derimot ikke sikker på hva styremedlemmene mener, da resultatene kan oppfattes noe motstridende. Omtrent halvparten av styremedlemmene oppfatter handlefriheten som trang, noe som kunne vært med på å underbygge påstanden om styret som formalorgan, men samtidig ser omtrent tre av fire styremedlemmer på styret og sin egen rolle som viktig gjennom spørsmål som *"De viktigste beslutningene ble truffet utenom de formelle styremøtene"* og *"I hvilken grad hadde helseforetaksstyret innflytelse over beslutninger i helseforetaket."* Her kan man også vise til det at styremedlemmer var av den oppfatning at de deltok i strategi- og budsjettprosesser.

Som kjent skulle helseforetaksstyrene i utgangspunktet opptre som uavhengige ekspertorgan, selv om det i dag er kun et fåtall av de såkalte profesjonelle i styrene. Resultatene for styret som dette organet, bar imidlertid også preg av å gi motstridende resultater. Kun én av tre styremedlemmer mente styret var et uavhengig ekspertorgan da de ble spurt direkte, mens de aller fleste vektla egenskaper som kan knyttes til styret som ekspertorgan høyt. Det kan for øvrig sies at de andre eieroppnevnte styremedlemmene (profesjonelle) var mer enige i at styret var et ekspertorgan enn hva representantene for de ansatte var. Resultatet må kunne sies å være naturlig med tanke på deres bakgrunn. Fra teorien omtales styret som ekspertorgan ved at slike styret består av medlemmer hvor yrke, utdanning og erfaring fra tidligere styrearbeid er relevant ved styrets sammensetning (Reve og Grønlie, 1993). Vi valgte derfor å ta med spørsmål som viste i hvilken grad styremedlemmene vektla helsefaglig kunnskap, kunnskap om helseøkonomi- og styring og erfaring fra tidligere styrearbeid i utøvelsen av styrevervet. Resultatene herfra viste at styremedlemmene vektla erfaring fra tidligere styrearbeid særs høyt, mens kunnskap om helseøkonomi- og styring kom som en god nummer to. For øvrig ble alle tre egenskapene som vi fant relevante vektlagt høyt.

Man kan oppsummert konkludere med at helseforetaksstyrene ikke består av en enkel rolle alene. Styrene har flere roller skal man tro spørreundersøkelsens og styremedlemmenes egne oppfatninger.

- **Styremedlemmene svarer likt, uavhengig av bakgrunn**

Ved gjennomgang av resultatene fra spørreundersøkelsen ble vi oppmerksomme på at styremedlemmene var svært samstemte i sine svar med tanke på sin bakgrunn. Det var nesten uten unntak kun da styremedlemmene la vekt på ulike interesser i utøvelsen av vervet, at

forskjeller med hensyn på bakgrunn oppsto. Man skulle tro at styresammensetningen med ulike bakgrunner skulle være med å gi ulike meninger og svar til en viss grad, men det er altså ikke tilfelle. Tidligere i kapittel 4 viste vi de grunnprinsipper for styresammensetning som er gjeldende. Her står det blant annet at det skal tilstrebes at helseforetaksstyrene reflekterer spredning hva gjelder partipolitisk tilhørighet og geografi, samt at en rekke kompetansebehov skal være dekket. I tillegg står det som eget punkt at tilstrekkelig fornyelse og kontinuitet i styrene er en nødvendighet. Slik vi ser det skulle man derfor anta at styremedlemmene også har større spredning hva gjaldt deres meninger enn hva som er tilfelle. At representanter fra de ansatte har samme meninger som eieroppnevnte folkevalgte medlemmer og andre eieroppnevnte medlemmer, fremstår for oss noe merkelig. Kriteriene for oppnevning av styrene, og dertil sammensetningen kan derfor utspille noe av sin rolle, mener vi. Vi vil i stedet stille spørsmålstegn ved sammensetningen av helseforetaksstyrene, for som det fremgår av teorien skal styrets sammensetning foregå på en måte som gjør at eiers interesser ivaretas i størst mulig grad (Reve og Grønlie, 1993). Det kan hende at styremedlemmer som er så samstemte ikke klarer å ivareta eiers interesser i stor nok grad, for man har sett en tendens til at de i stedet setter sin egen overbevisning (for) høyt. Dette funnet fører oss over i vårt siste hovedfunn.

- **Styremedlemmene oppfatter seg selv som viktige, og mener selv at de har stor innflytelse på beslutninger i helseforetaket**

Av resultatene er det tydelig at styret ser på seg selv som en av de viktigste premissleverandørene til helseforetakene, og at styret har stor innflytelse på de beslutninger som tas i helseforetaket. Dette kom frem da vi så nærmere på styret som formalorgan, hvor det viste seg at respondentene er av den oppfatning at de viktigste beslutningene ble truffet i de formelle styremøtene, samt at de mente at helseforetaksstyret hadde stor innflytelse på beslutninger i helseforetaket. Dette mener vi er interessante funn.

Om man går noe nærmere inn på disse resultatene kan man trekke tråder dit hen at man må kunne stole på den viktige jobben helseforetaksstyrene er tiltenkt. Styremedlemmene besitter mye kunnskap, kompetanse og erfaring at de faktisk kan være så viktige som de selv mener. Likevel må man kunne se farene ved at styremedlemmene innehar denne oppfatningen. Det kan ut fra vår oppfatning være slik at styret på grunn av fokus på egen overbevisning, vektlegger andre interesser i stedet for fellesskapets beste. I tillegg viste flere resultater at

styremedlemmene har til dels svært liten kontakt med ulike aktører og instanser, og klart mest kontakt med andre styremedlemmer. Slik sett kan det hende at styrene opptrer mot den tiltenkte styrings- og kontrollorganrolle, og i stedet lever i sin egen ”boble” i styrerommet hvor de ser på sin rolle som viktig. Hva som i realiteten blir avgjort i styrerommet, og da med respondentenes opplevde begrensede handlefrihet i bakhodet, kan fremstå som noe forvirrende.

Det er derfor viktig å se om resultater fra intervjuene kan se dette funnet i et nytt lys i fortsettelsen.

6.0 - SPØRSMÅL 2: Hva er våre intervjuobjekter som forholder seg til styremedlemmene sin oppfatning om styrets rolle?

Hensikten for kapittel 6 er å se nærmere på det andre spørsmålet knyttet til problemstillingen, nærmere bestemt; hva er de som forholder seg til styremedlemmene sin oppfatning om styrets rolle. Her ser man styret fra et annet perspektiv enn i kapittel 5, da vi har med både representanter fra eier (prinsipal) og ledelse (agent) å gjøre. I tillegg har vi inkludert styreledere da de gjennom sin funksjon kan ha en annen oppfatning enn styremedlemmene for øvrig. Vi vil her på samme måte som i kapittel 5, ta utgangspunkt i de fire styreteoriene i vår gjennomgang av materialet knyttet til intervjuene. Her vil det imidlertid komme til flere momenter enn i kapittel 5.

Vårt utgangspunkt

For å få et godt innblikk i helseforetaksstyrenes funksjon sett fra de som forholder seg til styremedlemmene, har vi valgt å ta utgangspunkt i to helseforetak med der tilhørende ledelse, styre og regional eier. På grunn av oppgavens begrensning i tid og størrelse, har det ikke vært mulig å se på helseforetak fra alle regioner. Valg av helseforetak ble derfor gjort på grunnlag av bosted og geografiske beliggenhet. Det ene helseforetaket er St. Olavs Hospital HF, som er et større helseforetak, og som ligger i en stor by. Helse Nord – Trøndelag HF er en motsetning til dette, på den måten at det er mindre og i utkanten av store byer.

6.1 Styrets funksjon som styrings- og kontrollorgan

Styrets oppgaver var et tema vi vektla i utførelsen av våre intervjuer, og ikke overraskende skulle det vise seg å handle mye om budsjett og resultatoppfølging. Assisterende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF sa følgende om styrets oppgaver:

”Styret er veldig opptatt av de resultatene vi oppnår, det vil jeg si. Styrelederen her er veldig tidlig på tråden i forbindelse med månedsresultat, han ringer allerede etter et par dager i etterfølgende måned for å spørre hvordan det gikk.”

At budsjett er en av de sentrale arbeidsoppgavene for et styre kan videre underbygges med et sitat fra assisterende direktør i Helse Nord – Trøndelag HF, som sier at:

”... budsjettdiskusjonene i styret, det er ofte de som tar lengst tid og som er mest krevende.”

Videre fikk vi også høre at områder som strategi og oppfølging av ledelse, var oppgaver som helseforetaksstyrene hadde med å gjøre. Administrerende direktør (konst.) i Helse Midt – Norge RHF sa dette om helseforetaksstyrets oppgaver:

”Et helseforetaksstyre har ansvaret for strategi, kontroll og å ansette og alternativt avsette direktøren. Implisitt i dette ansvaret ligger et ansvar for budsjett, drift og endelig resultat.”

Når det gjelder styrets forhold til ledelsen, bør styret være uavhengig av den daglige ledelse. Særlig viktig er styrets uavhengighet når det kommer til områder som kontroll. Årsaken er at styret enklere skal kunne ta selvstendige beslutninger som kan gå i mot ledelsens interesser. Denne uavhengigheten til styret er det ikke alltid man oppfyller i like stor grad i praksis, noe et sitat fra styreleder for St. Olavs Hospital HF kan tyde på. Han snakker om det at direktøren og styrelederen for helseforetaket har daglig kontakt, og sier at:

”... det er jo ikke sånn det skal fungere. ... Vi samarbeider jo veldig godt og liker hverandre, så faren er jo kontrollfunksjonen, profesjonell distanse, altså at det blir utydelig hvem som har ansvaret. Hvis du blir medansvarlig for å foreslå tiltaket, så er det vanskeligere å kritisere resultatet. Det er absolutt litt av en fare. Vi har nok ikke jobbet helt etter læreboka når det gjelder det temaet der.”

Som det blir sagt her, kan forholdet mellom direktør og styreleder svekke kontrollfunksjonen, og styret blir ikke kritisk nok til den daglige ledelsen. I tillegg kan det tyde på at ansvarsfordelingen ikke er så klar som den kanskje burde være.

Som vi tidligere har vært inne på består et ordinært helseforetaksstyre i styrene i Helse Midt-Norge RHF av et styremedlem som er eierrepresentant. Eiers representasjon i styrene vil være med på å underbygge påstanden om styret som kontrollorgan, da man gjennom denne representasjonen kan påse at eiers interesser ivaretas på best mulig måte. Eierrepresentanten har selv sagt følgende om sin rolle i helseforetaksstyrene:

”... en av mine oppgaver er å se til at de vedtak som blir gjort i de underliggende styrene går i rett retning.”

Det å ha en eierrepresentant er med på å forsterke kontrollen fra eier, som enklere kan følge opp styrenes arbeid. Eier kan gjennom denne representasjonen hindre at vedtak som går imot eiers interesse tas. Imidlertid kan dette medføre at styret som et kollegium ikke alltid vil kunne opptre som ønsket, og at det kan hindre styrets arbeid med blant annet strategi og budsjett. I mange tilfeller kan det være slik at eierrepresentanten må trekke seg litt tilbake på grunn av hensynet til eieren, og man kan "miste" et styremedlem i behandlingen av enkelte saker. I denne forbindelse er styreleder for Helse Nord-Trøndelag HFs uttalelse angående hans oppfatning av at det sitter en eierrepresentant i styret, interessant:

"Med mitt utgangspunkt så jeg er veldig opptatt av at eier skal lykkes, og ser verdien for oss selv. Linken opp til eier er derfor veldig nyttig å ha. Men på den andre siden, så er det veldig krevende å ha en eierrepresentant som åpenbart kan være i et lojalitetsdilemma i en del saker. Det liker jeg egentlig veldig dårlig, det å ha folk i styret som er nødt til å forholde seg til andre enn styret som kollegium. Det fungerer, men det er ikke rett ideelt sett. Er du styremedlem i Helse Nord – Trøndelag så har du lojaliteten i styret og ingen annen plass. Da blir det feil at man må tre til side når det er vanskelige saker som man treffer igjen i neste omgang som eier."

Styret er altså opptatt av at eier skal lykkes og verdsetter denne linken opp til eier, men mener samtidig at eierrepresentanten er i et lojalitetsdilemma fordi han må forholde seg til andre enn kun styret. I enkelte saker kan man dermed miste troverdigheten som en del av styret som et kollegium, man kan få et for stort fokus på rollen som eierrepresentant. Man kan spørre seg om linken til eier er så sterk at den undergraver styrets funksjon, og at styremedlemmene kanskje ikke får fri nok utfoldelse i sitt verv.

Med bakgrunn i det ovennevnte, kan det se ut til at styrets hovedoppgaver er budsjett, resultatoppfølging og oppfølging av ledelse. Når det kommer til området kontroll, er det at eier er representert i styret noe som tyder på at styret er en kontroll for eier. Samtidig er tilfellet med at styreleder er for lite uavhengig av ledelsen, motstridende når det gjelder kontrollrollen.

6.2 Styrets funksjon som interessentorgan

I utøvelsen av styrevervet, er det viktig som helseforetaksloven sier, at fokuset holdes på eiers interesser. Styrene kan være representert av ulike interessenter, men det understrekes at disse

ikke skal vektlegge egne interesser. Dette bekreftes ved en uttalelse fra administrerende direktør på St. Olavs Hospital HF:

”De sitter ikke der som partimedlemmer i spesielle parti som skal i vareta det enkelte partis politikk. De sitter heller ikke der med en hjemmeadresse Nord-Trøndelag eller Sunnmøre.”

At styret ikke har fokus kun på eiers interesser, kan imidlertid forekomme. Helseforetaksstyrene er som kjent bestående av personer med ulik bakgrunn, og i så måte kan nettopp dette være tilfellet i disse styrene. Problematikken og utfordringene rundt disse interessene i styrene, var noe vi ofte kom inn på i våre intervju. Flere av våre intervjuobjekter poengterte at ingen særinteresser skal være representert i styrene, men at det likevel kan forekomme. Blant annet sa direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF følgende:

”Av og til så skjærer det ut. Særlig hvis det er kompliserte saker, så blir denne representasjonsproblematikken mer dominerende enn det å finne løsninger.”

Denne uttalelsen kan man finne noe destruktiv for styrene som et velfungerende kollegium, og vi har flere ganger fått bekreftet at det eksisterer visse utfordringer med tanke på styrenes sammensetning. Eieroppnevnte folkevalgte styremedlemmer har som kjent en bakgrunn fra et eller flere politiske parti som har sine interesser (partiprogrammer). Disse styremedlemmene utfordres derfor spesielt i saker som kommer i konflikt mellom partiets politikk og hva partiet måtte mene om den enkelte styresak, og opp mot hva styret som et kollegium vedtar på styremøter. Flere av de personene vi intervjuet var klar over disse utfordringene, og vi kan trekke fram følgende sitat fra direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF:

”Vi sitter som kjent i et styre der det er noen styremedlemmer som er foreslått av det politiske systemet, der forventninger, altså den representasjonsforventningen kan være tilstede. Altså det at man representerer et parti eller en lokalsak inn i styret. Dette har jeg arbeidet mye med gjennom tidene, og jeg er fortsatt der at jeg synes det er vanskelig. ... Man kan tippe over. Du ser det hvis man går gjennom noen styresaker, at i motsetning til styrer i private bedrifter, der man arbeider seg frem til former for enighet, så har vi åpne styremøter. Der sitter det ofte presse, som igjen betyr at behovet for å markere representativiteten blir større. ... Det er ganske krevende når den lokale pressen sitter bak og hører hva de ulike lokalpolitikkerne som skal gjenvelges i neste kommunestyret sier.”

På mange måter bør alle interessegruppers syn være representert i styret, men hvis styrets medlemmer blir mer opptatt av å ivareta egne og andres interesser fremfor eiers, har man et styre som interessentorgan. Problematikken viser seg å være gjennomgående i våre intervjuer, og styreleder for Helse Nord-Trøndelag HF tok tak i dette da vi spurte om styrets sammensetning, og hvilke egenskaper han mente var viktig for å få verv som styremedlem i helseforetakene:

”Det er viktig at det kommer inn politikere fra forskjellige parti, men de må ikke komme inn for å drive partipolitikk. De må komme inn i kraft av at de hører til, at de har en plass i politikken som sammen med andre kan bidra til at de gjenspeiler samfunnet. Da fungerer dette veldig bra, og jeg får også tilbakemeldinger på at dette ikke er noe problem, de fleste takler denne rollen godt. Politikerne må være i helseforetakstyrene på grunn av sin kunnskap, sin bakgrunn og sin måte å se samfunnsutfordringene på. Også må de bruke det som en del av den komplementære kompetansen der andres kompetanse også bidrar til det at styret blir et godt kollegium som i fellesskap treffer gode beslutninger.”

Uttalelsen viser at det eksisterer en balansegang mellom det å fronte sitt partis interesser som partipolitiker, kontra det å opptre som et helseforetaksstyremedlem. Partipolitikere skal være representanter på grunnlag av sin kunnskap og bakgrunn, og på den måten kunne se samfunnet på forskjellige måter som til sammen utgjør et godt styre og kollegium. Man skal ikke fronte egne eller andres særinteresser og dermed lede styrets funksjon inn som et interessentorgan.

Styrenes sammensetning og innføring av politikere har skapt utfordringer, og dette var noe også administrerende direktør (konst.) i Helse Midt-Norge RHF kom inn på:

”Det som ble en utfordring da man fikk inn personer med politisk bakgrunn, var at man i større grad kunne få ”hilse hjem” – holdningen inn i styrearbeidet. Man måtte sørge for å ha sagt ting i styret, slik at de man representerte forsto at man hadde gjort det man kunne for å få gjennom et eventuelt annet syn. Det samme kan gjelde ansattes representanter, som i de fleste tilfeller også innehar en rolle som tillitsvalgt. Dermed vil mange av styremedlemmene rundt omkring i dette landet, inneha minst to roller. Man kan være tillitsvalgt, enten i det regionale helseforetaket eller i et helseforetak, samtidig som man er de ansattes representant i styret. Dette er ikke den samme rollen. Når man er ansattes representant i styret skal man representere alle interesser, og ikke bare den gruppen man ellers representerer som

tillitsvalgt. Det krever rolleforståelse og bevissthet rundt å håndtere dette på riktig måte. I tillegg er det viktig å understreke at styret er et kollegium som sammen har et felles ansvar.”

Ut fra uttalelsen til administrerende direktør (konst.) i Helse Midt-Norge RHF, kan man forstå at det eksisterer en ”hilse hjem” – holdning i styrene, og dermed styremedlemmer som innehar minst to roller. Gjennom styret har styremedlemmene det overordnede ansvaret for å forvalte foretaket, og ikke ivareta andre interessenters interesser. I den grad vi oppfatter dette utsagnet riktig, kan det tenkes at det i for stor grad og spesielt etter at det ble et flertall av politikere blant de eieroppnevnte styremedlemmene, kan være for store innslag av særinteresser i helseforetaksstyrene.

Problemet med å skille mellom to roller, kan også gjøre seg gjeldende for representantene for de ansatte, som vist i sitatet over. Det kommer nemlig frem fra flere av våre intervjuobjekter at de ansattes representanter ikke er valgt blant alle de ansatte, men i stor grad er valgt blant de tillitsvalgte. Det blir altså stilt spørsmålstegn til valgprosessen, samtidig som det fremkommer at resultatene av denne prosessen gjør at de ansatte innehar to roller. Dette kan oppfattes uheldig, og følgende ble uttrykt av direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF omkring samme tema:

”Jeg tror man tar med seg tillitsmannrollen inn i styrerommet.”

Uttalelsen retter søkelyset på de ansattes representanter og sannsynligheten for å ta med seg en annen rolle og andre interesser enn hva man som representant for de ansatte og ellers som et fullverdig styremedlem, bør tar med seg inn i styrerommet. I stedet kan det hende at de ansattes representanter vektlegger de ansattes interesser i større grad enn styrets overordnede oppgaver. Samme respondent (direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF) utdyper det vi antyder over:

”Vi sitter med 4 ansattes representanter som er utpekt etter et system internt, og de vil også sitte med en rolleforventning om at man skal representere de ansatte, men det er jo ikke derfor de er satt inn, de skal jo representere eieren.”

Det kan være saker som at det skal legges ned en avdeling ved et sykehus, eller flyttes stillinger fra et sykehus til et annet. Da er det ikke like lett for de ansattes representanter å komme tilbake til ”sin avdeling” å fortelle at man har vært med på å vedta å legge ned

avdelingen, og man kan langt på vei forstå ansattrepresentantenes ubehagelige situasjon i styret.

Administrerende direktør (konst.) i Helse Midt-Norge RHF sa følgende da vi spurte om styret bar preg av å være et interessentorgan:

”Det kan hende at styret blir å oppfatte som et interessentorgan, da enkelte styremedlemmer kan ha mål om at det er kun én sak de skal ha gjennomført. Det er derfor de har sagt ja til å sitte i styret, og resten av sakene er ikke like viktige. Et eksempel kan være at et styremedlem sier at han eller hun vil ha bygget et nytt sykehus på et bestemt sted, og at resten av styrets saker er uvesentlig for hans eller hennes del. Det kan finnes eksempler på dette.”

Uttalelsen viser at styremedlemmer faktisk har sittet i helseforetaksstyrer hvor de har gått inn i styret med kun den hensikt å få gjennom ”sin sak”. Det er oppsiktsvekkende med tanke på den rollen styremedlemmene er tiltenkt, samt den store samfunnsinstitusjonen disse helseforetakene representerer. Det er videre klart at sitatene og eksemplifiseringene viser at det eksisterer utfordringer ved å ha den styresammensetningen man har i dag. Det kan oppstå grupperinger ut i fra styremedlemmenes egen bakgrunn, og gjennom dette kan det fokuseres på egne fremfor eiers interesser.

Imidlertid kan det ha skjedd en positiv utvikling hva gjelder styremedlemmens fokus på å tjene foretakets beste, noe som følgende sitat fra direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF viser til:

”Det har utviklet seg voldsomt. Min vurdering er at det her i regionen var et mer interessentsystem i starten. For meg var det et gjennombrudd da vi fikk med de ansattes representanter på Sunnmøre til å godta at man skulle budsjettere med et overskudd. Da var man kommet over til hva det er som tjener foretaket totalt sett, og man har lagt fra seg den tillitsvalgtrollen som på mange måter innebar å markere behovet for mer ressurser.”

Styrelederen for Helse Nord-Trøndelag HF ser også på utviklingen som positiv hva gjelder de ansattes representanter:

”Jeg synes at de ansatte noen ganger ikke er like bevisst på rollen sin, selv om de ’lander’ godt etter å ha fokusert på arbeidstakerutgangspunktet, og vi får en fin utvikling på saken. ... Vi ser at de ansattes representanter har blitt mer og mer opptatt av det å se rollen sin som en brikke i det å gjøre sitt for Helse Nord – Trøndelags helseforetaks beste.”

Vektlegging av egne interesser kan, som vi kan se av denne gjennomgangen, være til stede på flere områder. Men som noen av våre sitater fra intervjuene viser, er oppfatningene begge veier, og at enkelte mener at problemet var tydeligere før enn hva det er i dag.

6.3 Styrets funksjon som formalorgan

Under intervjuene og temaet om styrets oppgaver, kom vi inn på styremøtene og hvordan disse kunne utarte seg. I denne sammenheng kan man sitere administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF som sier følgende:

”For eksempel på et styremøte hadde vi én vedtakssak, og det var protokoll fra forrige møte. Ut over det var det bare saker til orientering.”

Selv om denne uttalelsen ikke trenger å være representativ for alle styremøtene, gir dette et inntrykk av hvordan enkelte av styremøtene kunne fremstå. Uttalelsen ga ikke noe inntrykk av at dette styremøtet var spesielt, men om dette så er tilfelle, kan man påstå at dette tyder på at man har med et noe passivt styre å gjøre.

Vi spurte også intervjuobjektene direkte om styrets handlefrihet, om denne er å anse som stor eller liten. Assisterende direktør i Helse Nord - Trøndelag HF var av denne oppfatning da vi spurte hvordan han oppfattet styrets handlefrihet:

”Veldig liten, dette var rett fra hjertet, altså.”

Ytterligere et sitat fra administrerende direktør på St. Olavs Hospital HF kan være med på å underbygge det at styret har begrenset handlefrihet:

”Den er nok i enkeltsaker svært liten, og i andre saker større. Vi får styringsdokument som er veldig voluminøst og detaljrikt, det definerer jo egentlig styrets handlingsrom sammen med foretaksmøteprotokollen.”

Det sistnevnte sitatet viser at styrets handlefrihet kan variere fra sak til sak, men samtidig virker det som om den i det store og hele er noe begrenset. En uttalelse fra administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF kan belyse dette nærmere:

”Handlefriheten til helseforetaksstyrene kan jeg være åpen på å si kan være litt begrenset. Driftsrammene for det endelige budsjett og opplegg blir vedtatt av det regionale styret. I bedrifter er det til syvende og sist styret som beslutter, men her er ikke det nødvendigvis

foretaksstyret. Eksempler kan være handlingsrommet innenfor investeringer. Det enkelte helseforetak får tildelt en investeringsramme som er øremerket hva pengene skal brukes til.”

Det er tydelig at vi har med en sterk eier å gjøre, som vedtar det endelige budsjett i det regionale styret, samt detaljstyrer helseforetakene til en viss grad ”over hodet” på helseforetaksstyrene, for som assisterende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF eksemplifiserte:

”Helseforetakene blir jo veldig styrt, du har jo denne ubrutte tråden fra statsråden og ned til helseforetaksstyrene via det regionale helseforetaket. Det kommer et styringsdokument fra departementet til det regionale helseforetaket som blir brutt opp og delt ut igjen til det enkelte helseforetak. ... Styringsdokumentet fra regionalt helseforetak inneholdt i fjor 116 punkter i forhold til ting som skulle gjøres, for eksempel sette av penger til lysbehandling, helt ned på mikronivå. Det er helt ekstremt detaljert... Så her blir det ikke mye slingringsmonn.”

Styrelederen for Helse Nord-Trøndelag HF var også enig i oppfattelsen av eiers styring:

”... Men det er klart at når vi får en veldig sterk ordre fra eieren vår, som jeg egentlig er rimelig uenig i, og som jeg ville gjort på en helt annen måte i min egen kommune, så føler jeg at det er sterk styring fra eieren.”

Sitatene som er vist her, tyder altså på at handlefriheten er liten. Noe mer delt i sin oppfatning var derimot styreleder for St. Olavs Hospital HF omkring samme tema:

”... handlefriheten kan være både stor og liten, alt avhengig av hva som er den politiske dagsorden. Det er klart at vi har jo ganske stor handlefrihet, vi disponerer i utgangspunktet seks milliarder og får et oppdrag som er i utgangspunktet ganske overordnet beskrevet. ... Det er jo veldig lite relevant måling av hva som kommer ut av de midlene her. Sånn sett så er det ganske stor handlefrihet, men samtidig så får du en del veldig detaljerte politiske beskjeder i det systemet her. Veldig detaljert.”

Da man til nå har fått mange synspunkter fra styreledere og toppledelsene i to ulike helseforetak, kan det være interessant å vise hvordan eier opplever denne handlefriheten hos helseforetakene. Administrerende direktør (konst.) i Helse Midt-Norge RHF sa følgende da vi spurte han om dette temaet:

”Det ene er handlefrihet i forhold til den økonomiske forutsetningen som legges inn i hvert årsbudsjett. Der har ikke styret stor handlefrihet. De får et budsjett som knytter seg opp til den aktiviteten og den strukturen de har, og den befolkningen de har og leverer helsetjenester til gjennom et system for fordeling av inntekter. Dette er et budsjett som de må forholde seg til, men helseforetaket kommer med innspill i budsjettprosessen gjennom en muntlig og skriftlig dialog. Men når resultatkravet blir formidlet i foretaksmøtet, så er dette definitivt. Da er det styrets oppgave sammen med administrasjonen å finne de tiltakene som må til for å kunne klare budsjettutfordringen.”

Eier, ved administrerende direktør (konst.) i regionalt helseforetak, går altså langt i å være enig i uttalelsene fra styrelederne og toppledelsen ved de to helseforetakene hva gjelder deres handlefrihet.

Det kunne være interessant å se nærmere på hva som ligger bak denne begrensede handlefriheten, og av flere av intervjuobjektene fikk vi vite at det hang nøye sammen med budsjettoppnåelsen. Selv om styringen var detaljert, var det opp til det enkelte helseforetak å avgjøre hvordan man ville håndtere eksempelvis de 116 punktene som assisterende direktør av Helse Nord-Trøndelag HF ovenfor nevnte. Det vi fant særlig interessant var at styrene kunne øke sin handlefrihet ved å ligge på forskudd i forhold til eierkravene. Direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF, sa følgende:

”Ja, jeg registrerer det at HF-styrene oppfatter handlefriheten som trang, men så spør jeg meg selv mange ganger; er det en realitet eller er det rett og slett det at man selv har vært med å skape den trangheten? Det er for meg slik at hvis du som styre klarer å innfri eiers krav fullt ut og litt mer, så generer det større handlingsrom. Hvis du derimot hele tiden er på etterskudd i forhold til eierkravene, så blir handlingsrommet begrenset.”

Flere av våre respondenter er altså tydelige på at handlefriheten ofte handler om man klarer å prestere. Det vil si om man ligger på ”den rette siden” av budsjettet og om man innfrir de krav og mål som er satt fra eier. Resultatene vil altså i stor grad avgjøre styrets handlefrihet. Det er imidlertid også budsjettarbeidet som er mest krevende, skal vi tro assisterende direktør i Helse Nord – Trøndelag HF i dette sitatet som også er vist tidligere:

”... budsjettdiskusjonene i styret, det er ofte de som tar lengst tid og er mest krevende.”

At styrene kan ha en begrenset rolle når det kommer til helseforetaket, kan forklares ut i fra hva direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF sier:

”Vi etablerer arenaer med alle de administrerende direktørene i helseforetakene, hvor vi har månedlige møter og vi har dialogmøter med ledelsen i det enkelte helseforetak der helseforetaksstyret er litt skjøvet ut over sidelinjen.”

Av dette kan man, som det sies i dette sitatet, se at styrene er skjøvet litt utpå sidelinjen i enkelte tilfeller. Styret som et kollegium får ikke delta på disse arenaene, og får dermed ikke muligheten til å utøve sitt verv i alle sammenhenger. Når det i tillegg blir sagt at styret har liten handlefrihet, kan det se ut som om funksjonen til helseforetaksstyrene kan være noe begrenset.

6.4 Styrets funksjon som uavhengig ekspertorgan

Ved reformen i 2002 var det en funksjon som uavhengig ekspertorgan som var tiltenkt helseforetaksstyrene, for som styreleder for St. Olavs Hospital HF sa:

”Hvis du skal gjennomføre helseforetaksloven slik som den var tenkt, og slik som den er konstruert, så var det jo det som var meningen, at du skulle styre disse sykehusene uten politiske hensyn. Det var jo hele begrunnelsen for å gjøre det, at du skulle på en måte få faglige økonomiske beslutninger om hvordan de her sykehusene skulle løse dette oppdraget som politikerne ga dem.”

Her kan man tydelig forstå at styret som et profesjonelt organ opprinnelig var hensikten. Man ønsket et uavhengig organ som skulle jobbe etter hva som tjente virksomheten best, uten at hensynet til andre enn eier skulle ha betydning. Kompetansen var i hovedsak det som avgjorde om man ble valgt inn i styrene eller ikke.

Soria Moria – erklæringen i 2005 og innføring av politikere i styret, tyder på at vektlegging av profesjonelle i styrene ikke lengre er like stor. Likevel, styreleder for Helse Nord – Trøndelag HF var enig i at styrene fortsatt har profesjonelle styremedlemmer og dermed en viss grad av profesjonalitet:

”... rollen er å skape resultater og herunder økonomiske resultat. Det er en kamp å greie og husholde med økonomien, utnytte ressursene på en best mulig måte, og innspill fra hvordan

næringslivet jobber og folk som har erfaring fra styreledelse i et konkurranseutsatt næringsliv er veldig nyttig.”

Ut i fra de oppgavene et helseforetaksstyre skal utføre, er det i følge styreleder for Helse Nord – Trøndelag HF fortsatt nødvendig med en viss grad av profesjonell kompetanse fra næringslivet. Men likevel er ikke viktigheten av kompetanse rundt det å sitte i styret, like mye vektlagt som det var ved sykehusreformens inntreden. I dag gjør politikken seg mer gjeldende enn før, og man kan nok hevde at politikken har tatt noe av plassen for helseforetaksstyrets profesjonalitet. Selv om man er representanter fra næringslivet, er det en forutsetning at man har en interesse for samfunnet når man sitter i helseforetaksstyrene.

Av de data som vi satt igjen med etter intervjuene, kom det frem at de fire ulike funksjonene ikke var beskrivende nok for helseforetaksstyrene, når vi spurte intervjuobjektene om deres oppfatning rundt styrenes funksjon. Vi vil derfor gå nærmere inn på andre faktorer og funksjoner som intervjuobjektene vektla.

6.5 Styret som legitimitetsmoderator

I tillegg til det som fremgikk av gjennomgangen av de ulike funksjoner over, kom det frem at styret ikke minst var viktig for å skape legitimitet blant befolkningen. Noe som blant annet kom frem, var at det rent driftsmessig ikke var stort behov for foretaksstyrene, men for å oppnå legitimitet blant befolkningen så er styrene viktig, da helseforetakene er drevet av at folk (pasientene) er tilfredse etter å ha vært i kontakt med sykehuset. Ved å oppnå den nødvendige legitimiteten i lokalsamfunnet, kan man også i større grad unngå opptøyer, protester og lignende fordi befolkningen allerede har en viss tillit til lokalstyret, mente flere av våre intervjuobjekter. Noe som også kom fram var blant annet viktigheten av at styret består av personer som har god innsikt og oversikt over hva området for det enkelte helseforetak inneholder, og at man der er godt kjent.

Videre poengterte flere av intervjuobjektene at for lokalbefolkningen er det enklere å forholde seg til lokale styrer, fremfor et sentralisert styre eller et annet offentlig organ. Dette er også noe som gjør at viktigheten av legitimitet blant befolkningen er betydelig. I den anledning ga assisterende direktør av Helse Nord-Trøndelag HF følgende svar angående behovet for helseforetaksstyrene:

”... det helseforetakene skal gjøre er å levere tjenester til innbyggere i et område. Og uansett hvor prinsipiell vi blir i ”sørge- for” (-ansvaret), så vil innbyggerne forholde seg til det stedet som kan gi dem tjenester, ofte i kritiske situasjoner. Det kan være en sårbar del av livet når man oppsøker et sykehus (helseforetak), og da tror jeg det å ha lokale styrer skaper former for trygghet hos innbyggerne. Det er en form for å fortelle dem at vi er opptatt av at det er deres behov som skal bli ivaretatt. Jeg tror at konfliktnivået blir større hvis man avviker helseforetaksstyrene.”

Og som styreleder for Helse Nord-Trøndelag HF sa:

”For legitimiteten til helseforetakene er det viktig at det finnes styrer i forhold til lokalsamfunnet og de lokale og regionale politikerne, som da føler den tryggheten ved at man har et styre som passer på.”

Helseforetaksstyrene ser altså ut til å skape en nærhet og trygghet for befolkningen. Innbyggerne kan i større grad forholde seg til den lokale institusjonen enn hvis styringen hadde foregått sentralt. Spesielt så dette ut til å være tilfelle for helseforetaket Helse Nord-Trøndelag HF som er mindre og ikke ligger i en stor by som St. Olavs Hospital HF.

6.6 Er det behov for dagens helseforetaksstyrer?

Helseforetaksstyrene er som vi har forstått, kun en brikke i et stort spill som styres fra staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, via de regionale helseforetakene. Vi avsluttet alle våre intervjuer med å spørre om det var behov for helseforetakstyrene, og om det fantes noen alternativ til dagens styrer. I den anledning var det flere av respondentene som antydte at styrene var til dels overflødige, og at systemet kunne ha vært løst på en annen måte.

Det som hovedsakelig kom frem gjennom intervjuene, er at det med den utviklingen systemet har hatt frem til i dag, eksisterer et styreledd for mye. Man beveger seg bort i fra det som var tanken da helseforetaksstyrene ble opprettet, det er for uklare skiller hva angår det som foregår på de ulike nivåene i systemet. Slik som i forrige kapittel, kommer man også her inn på det med at legitimiteten nødvendiggjør styrene, men at det driftsmessig ikke eksisterer et like stort behov.

Det ble sagt at det bør være et styre i virksomheter av den størrelsesorden helseforetakene er, men at styrene med dagens sammensetning kanskje ikke er den riktige. Det stilles spørsmålsteget ved den politiske representasjonen og om man heller burde hatt flere såkalte

profesjonelle styremedlemmer med kunnskap om driften av helseforetak. Hvis dette er tilfelle, kan det være et tegn på at man har behov for et styre, men kanskje i større grad et profesjonelt styre enn det som eksisterer i dag. Det ble også presentert som et annet alternativ at direktøren i Helse Midt – Norge RHF kan ha en ledergruppe bestående av kun lederne i helseforetakene.

Når man spør om det er behov for helseforetaksstyrene, kan man påpeke at disse styrene må ses som en del av hele systemet innen helsesektoren. I så måte er det i tillegg nødvendig med endringer på andre områder, hvis man skulle fjerne disse styrene. Det ble blant annet sagt at man kunne ha et system uten helseforetaksstyrene, men at det da ble nødvendig med endringer på regionalt nivå. Det kan med andre ord se ut som om at det med noen endringer på regionalt nivå, kan være mulig å unnvære dagens styrer.

Man kan likevel ikke kun ut i fra disse intervjuene si at helseforetaksstyrene er overflødige, men at det finnes alternativer til dagens system som kunne ha fungert på en bedre måte. Det som intervjuene imidlertid kan vise, er at styret i dag har fått en annen rolle enn hva som var tiltenkt gjennom helseforetaksloven og reformen.

6.7 Hovedfunn i intervjuene

Ut i fra de sitater og drøftelser som er blitt presentert og vårt helhetsinntrykk, vil vi trekke frem følgende tre hovedfunn, som er som følger:

- **Helseforetaksstyrene har flere roller**

I likhet med spørreundersøkelsene og i samsvar med teori, viste det seg av intervjuene at helseforetaksstyrene kan inneha elementer fra flere roller (Reve og Grønlie, 1993). Når det gjelder den videre koblingen til teoriene om ulike styreroller, vises det for øvrig til gjennomgangen av hovedfunnene i kapittel 5.5.

Det fremkommer av intervjuene at styret til dels kan defineres som et styrings – og kontrollorgan, ut i fra styrets arbeidsoppgaver. Det ble i de fleste intervju sagt direkte at kontroll og resultatoppfølging var sentrale områder for styret. Flere av intervjuobjektene sa at arbeid med budsjett, strategi og oppfølging av ledelse var noe styret deltok i. Et annet moment som er med på å underbygge denne rollen, er at et av styremedlemmene er representant fra eier. Dette medfører at eierens tilsyn og kontroll blir større. Det som imidlertid kan være noe motstridende for kontrollfunksjonen, er at uavhengigheten mellom styreleder og ledelse i helseforetaket kan vise seg å være for liten til at kontroll skal bli utført i tilstrekkelig grad.

Likevel kan man si at de andre nevnte momenter er nok til å si at styret til dels fungerer som et styrings – og kontrollorgan.

Det at styret bærer preg av å være et interessentorgan, er det heller ingen tvil om. Man er bevisst dette problemet, men det ser likevel ut til å gjøre seg noe gjeldende mye grunn av styremedlemmenes ulike bakgrunn. I enkelte saker kan representantene fra de ansatte og politikerne få problemer med å skjule sine interesser, hvor mye kan skyldes de åpne styremøtene og forventninger fra ”deres egne”. Samtidig gis det også uttrykk for at man stort sett klarer å skille rollene som styremedlem og representant for andre særinteresser, så noe delt var intervjuobjektene i meningene.

Når det kommer til styret som formalorgan, var det enkelte forhold som fremkom under våre intervju som kunne tyde på dette. Vi spurte direkte om styrets handlefrihet, og det viste seg at det eksisterte ulike oppfatninger. Noen av sitatene viser at flere påsto at styret hadde liten handlefrihet, og at det forekom en meget detaljert styring fra eier. I så måte var handlefriheten begrenset. Det kom imidlertid frem at man til en viss grad kunne påvirke handlefriheten selv, på den måten at den var avhengig av hvilken side av budsjettet man befant seg på. Handlefrihet alene er imidlertid ikke nok til å bestemme om styret er et formalorgan eller ikke, men i tillegg ble det sagt at styret i visse sammenhenger kunne bli satt litt på sidelinjen, og at legitimitet er noe av det viktigste styret står for. Alt sett under ett, så kan man ikke si at helseforetaksstyrene fullt ut bærer rollen som et formalorgan, blant annet ved å vise til gjennomgang av kontrollfunksjonen, hvor det kommer frem at styret blant annet deltar i både budsjett – og strategiarbeid. Men med bakgrunn i intervjuene kan man likevel påstå at styrene har innslag av formalrollen i sitt virke.

I dagens helseforetaksstyrer er politikk og samfunn sentrale begreper, og gjennom intervjuene fikk vi inntrykk av at styrene i liten grad er å anse som uavhengige ekspertorgan. Selv om styrene er representert med personer fra næringslivet, er ikke dette tilstrekkelig nok. Styrollerollen for helseforetak har fått et annet innhold enn det som var tiltenkt i 2002. Vi vil påstå at, med bakgrunn i det som fremkom av våre intervjuer, rollen som uavhengig ekspertorgan slik den er definert i teorien, ikke er beskrivende for dagens helseforetaksstyrer.

- **Helseforetaksstyrene som legitimitetsmoderator**

Av våre intervju fremkom det at å skape legitimitet blant befolkningen, er en viktig del av dagens helseforetaksstyrers virke. Dette kan ses i sammenheng med blant annet

ressursavhengighetsteorien, som sier at en av styrets roller er å fremme organisasjonens legitimitet. At disse styrene befinner seg i offentlig sektor, vil være en medvirkende årsak til at legitimitet ble et av våre hovedfunn. Som contingency – teorien sier, er det viktig at man er tilpasset de omgivelsene man opererer i. Helseforetaksstyret tilfører helseforetakene verdier gjennom blant annet sin forståelse og lokale innflytelse. Helse er noe alle er opptatt av, og sykehusvesenet er dermed et område som skaper stort engasjement blant befolkningen. Kompleksiteten er til tider enorm, omfanget av tjenester stort og konsekvensene av å gjøre feil kan være dødelige. Det er med andre ord viktig å skape trygghet i befolkningen.

At legitimitet er et tema for et slikt styre, viser seg også i Ot.prp.nr.66 2000-2001, Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven):105), under departementets vurdering av foretakets styre og daglig leder:

”For å sette styrene i stand til å ivareta sine oppdrag på en god måte, er det nødvendig at de settes sammen på en slik måte at de har legitimitet i befolkningen.”

For å se nærmere på legitimitet og hva som ligger bak dette begrepet, er det nødvendig å se nærmere på institusjonell teori.

En grunnleggende artikkel når det gjelder institusjonell teori, er *”Institutionalized organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony”* av Meyer & Rowan (1977)⁶. Et av hovedpunktene i denne artikkelen er at organisasjoner i dag søker legitimitet for å bli akseptert i samfunnet. På grunn av streben etter legitimitet, kan organisasjoner innføre prosedyrer og strukturer som ikke nødvendigvis er effektive. Tilpasning til de institusjonelle reglene er ofte i konflikt med produktivitetskriterier innad i organisasjonen, og et problem vil være å kombinere streben etter både produktivitet og legitimitet.

Den strukturelle oppbyggingen av en organisasjon kan deles opp i en uformell og en formell del, der den formelle strukturen kan sees å være en blåkopi av aktivitetene innad i organisasjonen. Disse aktivitetene inkluderer mål og strategier, budsjetter, regnskap og ledelsesteknikker, og må skilles fra de faktiske daglige aktivitetene utført i organisasjonen. Forskning viser at organisasjoner ikke fungerer i forhold til denne blåkopien, og skaper avstand mellom den formelle og uformelle strukturen i bedriften. Likevel er det den formelle strukturen som hatt fått mest fokus utad i moderne organisasjoner, på grunn av at

⁶ Avsnittene om institusjonell teori er i hovedsak basert på denne artikkelen

organisasjonene på denne måten skaper legitimitet gjennom å ha slike formelle strukturer, uavhengig av om de utnyttes eller ikke. Organisasjoner i dag, prøver å være et svar på de forventningene samfunnet har til organisasjonen, og gjennom disse forventningene kan man si at samfunnet blir en del av organisasjonen. Dette kan medføre at man innfører strukturer som ikke nødvendigvis er effektive, men det gjøres med den hensikt å skape legitimitet i omgivelsene (Meyer & Rowan, 1977).

Den institusjonelle teorien kan altså gi oss et svar på hvorfor staten ved de regionale helseforetakene har helseforetaksstyrene som en del av sin struktur, når det kan hende at de ikke lengre har den funksjonen de var tiltenkt. Legitimitet er viktig for en organisasjon, det avgjørende er at man har aksept og tillit i samfunnet, ikke minst for en så stor institusjon som helseforetakene. Når det i tillegg er et behov for helseforetakene å tiltrekke seg pasienter, er legitimitet desto viktigere for å hevde seg og være den foretrukne. Derfor må verdier, oppfatninger, normer og forventninger være tilpasset de institusjonelle omgivelsene som helseforetakene er en integrert del av (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Styrene er en del av den store organisasjonen Helse-Norge, og dersom disse styrene skal ha en meningsfull funksjon innenfor de omgivelsene de opererer under, så må de oppnå tilstrekkelig med legitimitet.

- **Alternativer til dagens helseforetaksstyrer**

Det er åpenbart at ikke alt fungerer som det skal i dagens styringssystem i Helse-Norge. Vi drøftet tidligere om styrene virkelig har en funksjon, eller om de rett og slett representerer et ledd for mye. Vi er ikke sikre på det sistnevnte, da det selvsagt ikke er mulig bare å kutte ut et styringsledd.

Da vi spurte om det var behov for helseforetaksstyrene og om det fantes alternativer, var det som vist i kapittel 6.6 flere som hadde meninger om dette, og forslag til hva som eventuelt kunne ha vært gjort annerledes. Alt fra det at styrets sammensetning ikke var den mest hensiktsmessige, til at det muligens var et ledd for mye og at man med endringer på regionalt nivå kunne få til et system uten disse styrene.

Det er i alle fall tydelig ut i fra de som sitter inne i dette systemet til daglig, at endringer bør forekomme. Spesielt i forhold til at systemet i dag har beveget seg såpass langt bort i fra det profesjonelle utgangspunktet med helsereformen og opprettelsen av helseforetaksstyrene.

7.0 - AVSLUTTENDE ANALYSE

Det er nå klart at helseforetaksstyrene innehar flere styreroller, noe som kom fram både i spørreskjemaet og i intervjuene. De styreteorier og roller vi presenterte i teorikapittelet ser altså ut til å finne sted i større eller mindre grad. Det som imidlertid var interessant, var at det gjennom våre intervju kom fram flere resultater enn ved spørreundersøkelsen. Et av hovedfunnene i intervjuene var nemlig at helseforetaksstyrene i stor grad ser ut til å vektlegge sin rolle som en slags legitimitetsmoderator, i tillegg til de mer ”vanlige” styrerollene. Det at helseforetaksstyrene er en del av offentlig sektor kan være med på å gi andre funksjoner enn de som tradisjonelt nevnes i teorien, deriblant det å sørge for legitimitet blant befolkningen. Det er her viktig å nevne at metodeteknikk fikk betydning for hvilke resultat vi kom frem til, da det i intervjuene fremkom resultater som man på forhånd ikke hadde forutsett.

Et annet hovedfunn, er at styremedlemmene ser på styret og egen rolle som svært viktig, mens det samtidig i våre intervju er gitt uttrykk for at det kan være behov for et alternativt styringssystem, som ikke nødvendigvis behøver å inneha lokale helseforetaksstyrer som en del av styringskjeden. Slik sett er disse funnene svært motstridende, og man kan igjen spørre seg om styremedlemmene lever sin egen ”boble” hva gjelder deres reelle funksjon i det store helsesystemet (se hovedfunn kapittel 5). Dessuten svarer styremedlemmene veldig likt på de påstander og spørsmål de ble stilt overfor i spørreskjemaet, noe som gjør at man kan stille spørsmålstegn ved den sammensetningen helseforetaksstyrene i dag innehar. Det kan være på sin plass å spørre om styrene i stedet burde vært enklere sammensatt, kanskje man burde gått tilbake til den opprinnelige tankegangen hvor styrene skulle være profesjonelle, om man da i hele tatt trenger dette styringsleddet med helseforetaksstyrer.

Til nå er to av våre tre spørsmål knyttet til problemstillingen besvart, mens det tredje og siste del av problemstillingen gjenstår. På bakgrunn av vår analyse så langt, kan man si at på visse områder kan prinsippal – agent – teorien brukes for å forstå helseforetaksstyrene. I følge agentteorien må eier kontrollere at ledelsen handler i eiers interesse, det vil således være en deling av ledelse og kontroll (Fama og Jensen, 1983). En av flere kontrollmekanismer vil da være styret, som blir et organ som skal utøve en overvåking av ledelsens handlinger på vegne av eierne. Det er altså styret som kontrollorgan som her gjør seg gjeldende.

Et viktig moment som i denne forbindelse må nevnes, er betydningen av at styret er selvstendig (Huse, 2005). For som Rodin m.fl.(2007:111) sier om styret:

”Deres viktigste oppgave er å styre agentens (ledelsens) handlinger for å sikre deres effektivitet og for å beskytte prinsipalen (eierens) interesser.”

Styret utøver en overvåking av ledelsens handlinger på vegne av eierne, og bør derfor være uavhengig av ledelsen i utførelsen av dette (Donaldson og Davis, 1991). Dette kan imidlertid være noe som ikke fungerer helt optimalt i noen av helseforetakene, noe enkelte av våre intervjuer viser.

Vi kom altså fram til at helseforetaksstyrene inneholder elementer fra kontrollrollen, og at styrets funksjon derfor til en viss grad kan forstås ut i fra prinsipal – agent – teorien. Men dette var som kjent ikke den eneste rollen som gjorde seg gjeldende, noe våre hovedfunn i kapittel 5 og 6 viser. Derfor vil ikke prinsipal – agent – teorien være dekkende nok for å forstå styrets rolle. Det vil være nødvendig å trekke inn også andre teorier, som institusjonell teori og contingency – teorien.

8.0 - KONKLUSJON

At helseforetaksstyrene innehar ulike funksjoner ut fra teori er hevet over en hver tvil, men det er samtidig gjort klare funn på at man bør hente inn annen styreteori enn den som ofte er presentert når det kommer til styrets funksjon.. En ny funksjon som vi har valgt å kalle legitimitetsmoderator er gitt sin plass, da helseforetaksstyrenes funksjon på mange måter har vist seg å handle om trygghet for befolkningen.

Det kan i denne sammenheng være interessant å vise et sitat fra kapittel 2.1.1, og hva det sier om styrets rolle:

”The common apex of the decision control system of organizations, large and small, in which decision agents do not bear a major share of wealth effects of their decisions is some form of board of directors.” (Fama og Jensen, 1983:311)

Her blir styret sett på som det høyeste nivå når det kommer til beslutning og kontroll i organisasjoner, noe som vil være motstridende flere av de resultater vi kom frem til i våre undersøkelser.

For å forstå den funksjonen et helseforetaksstyre kan ha, er det nødvendig med et bredere teorigrunnlag enn kun prinsippal – agent – teorien. Agentteorien som representerer styret som et styrings - og kontrollorgan, gjør langt fra bildet av helseforetaksstyrene komplett. Helseforetaksstyrene overvåker ikke ledelsen på vegne av eier i den grad prinsippal – agent – teorien beskriver, og vil i mange tilfeller ikke være uavhengig nok fra ledelsen. Selv om de formelle strukturer flere steder viser til at et helseforetaksstyre skal opptre som et styrings- og kontrollorgan, viser det seg at de uformelle strukturene sier noe annet. Konteksten som omgir helseforetaksstyrene gjør at funksjonen vil beskrives mer utdypende av institusjonell teori, og contingency – teori med bakgrunn i det at man befinner seg i offentlig sektor.

Til slutt kan man av denne avhandlingen se betydningen av å benytte ulike metoder, da vi gjennom våre intervju fikk et annet bilde av helseforetaksstyrene enn gjennom spørreundersøkelsen. Legitimitet og spørsmål omkring behovet for dagens helseforetaksstyrer var noe som i stor grad gjorde seg gjeldende under intervjuene, i motsetning til i spørreundersøkelsen hvor dette ikke var et tema.

8.1 Forslag til videre forskning

Ved å inkludere flere helseforetaksstyrer, samt å intervju styremedlemmer som kommer fra alle de tre ulike styremedlemskategoriene, kunne man fått et fyldigere datagrunnlag og avdekt flere momenter enn hva vi har gjort i denne oppgaven. Dessuten kunne man sett bildet i et større perspektiv ved å ha inkludert de regionale helseforetaksstyrene og slik sett på flere prinsippal – agent – forhold.

I tillegg må det sies at denne oppgaven skrives i nærhet til den nye sykehusreformen samhandlingsreformen. Denne reformens innhold vil sannsynligvis kunne gi rom for nye studier av helseforetaksstyrenes funksjon, alternativt nye styringssystemer.

Litteratur:

Bøker:

Askheim O.G. & Grennes, T. (2000), *Fra tall til ord, kvalitativ metode i markedsforskning*. Universitetsforlaget, Oslo.

Donaldson, L. (2001), *The Contingency Theory of Organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Douma, S. & Schreuder, H. (2002), *Economic Approaches to Organizations* 3d ed. London, Prentice Hall.

Gilje, N. & Grimen, H. (1993), *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsteori*. 3. Utgave, Universitetsforlaget, Oslo.

Grønmo, S. (2004), *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Huse, M. (2005), *Styret: Tante, barbar eller klan?* 2. Utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Jacobsen, D.I. (2005), *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 3. Utgave. Høyskoleforlaget, Oslo.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007), *Hvordan organisasjoner fungerer* 3. Utgave. Fagbokforlaget.

Johannesen, J. & Olaisen, J. (2004), *Strategisk helseledelse*. Universitetsforlaget, Oslo.

Johannessen, A., Kristoffersen, L. & Tufte, P.A. (2004), *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 2 utgave. Abstrakt forlag, Oslo.

Jarodd, L. & Tellefsen, T.A. (1993), *Styret som ressurs. Hvordan mindre bedrifter kan overleve og leve lenge*. Engers Boktrykkeri AS, Otta.

Kvale, S. (1997), *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal forlag, Oslo.

Northouse, P. G. (2007), *Leadership, Theory and Practice*. Michigan, Sage Publications, London.

Nyeng, F. (2004), *Vitenskapsteori for økonomer*. Abstrakt forlag AS, Oslo.

Opedal, S. & Stigen, I.M. et. al., (2005), *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002 – 2005*. En prosessevaluering. Sluttrapport. Norsk institutt for by - og regionforskning, Oslo.

PricewaterhouseCoopers (PwC), (1999), *Styreboken: Din guide for ansvarlig deltagelse*. Thorsby, Ø. (ansvarlig redaktør og partner i PwC): Edit Communication AS, Oslo.

Reve, T. & Grønlie, T. (1993), *Styrets rolle*. Engers Boktrykkeri AS, Otta.

Rodin, K., Andreassen, L., Kierulf, K. & Standal, E.G. (2007), *Mangfoldet i styrerommet, styrearbeid og kvinner*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Ryan, B., Scapens, R.W. & Theobald, M. (2002), *Research Method and Methodology in finance and Accounting*, 2nd edition, Mitcham, Surrey, International, Padstow, Cornwall.

Ryen, A. (2002), *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Artikler:

Donaldson, L. & Davis, J.H. (1991), *Stewardship Theory or Agency Theory: CEO Governance and Shareholder Returns*, Donaldson. Australian Journal of Management, 16, 1, June 1991, The University of New South Wales, pp. 50-53.

Eisenhardt, K.M. (1989), *Agency Theory: An Assessment and Review*. The Academy of Management Review, Vol. 14, No. 1. (Jan, 1989), pp. 57-74.

Fama, E.F. & Jensen, M.C. (1983), *Separation of Ownership and Control*. Journal of Law and Economics Vol. 26, pp. 301-325.

Hagen, M.O. (2004), *Militærteoretiske krigføringsnivåer – et økonomisk administrativt perspektiv*, pp. 13.

Hill, C.W.L. & Jones, T.M. (1992), *Stakeholder – Agency Theory*. Journal of Management Studies 29:2 March 1992. School of Business Administration, University of Washington, pp. 132-133

Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977), *The institutionalized organizations: Formal structure as Myth and Ceremony*. American Journal of Sociology, pp. 340-363.

Tidsskrift for den norske legeforening nr. 7, 2004, s. 124.

Zahra, S.A. & Pearce, J.A. (1989), *Boards of Directors and Corporate Financial Performance: A Review and Integrative Model*. Journal of Management 1989, Vol. 15, No. 2, pp. 291-334.

Lovdata:

Helseforetaksloven: <http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-093.html>

Offentlige dokumenter:

Det Kongelige Sosial – og Helsedepartement. Ot.prp.nr.66 (2000-2001), *Om lov om helseforetak m.m.(helseforetaksloven)*. Tilråding fra Sosial – og helsedepartementet av 6. April 2001.

Nærings- og handelsdepartementet, St. meld. Nr. 13 (2006-2007), Et aktivt og langsiktig eierskap:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-13-2006-2007-/8/4/20.html?id=441263#>

Soria Moria, *Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09*, kapittel 9: Helse og omsorg, side: 39-40.

Sylvia Brustad v/Helse- og omsorgsdepartementet, ”Invitasjon til å foreslå kandidater til styrene i de regionale helseforetakene”, 21.11.05.

Andre:

Adresseavisens grafiske avdeling (Trondheim) v/ Eva Setsaas. Illustrativ oversikt over helseregionene.

Forelesningsnotater Geir Hyrve, 25.02.08.

Nettsider med ytterligere informasjon om vår oppgave:

12 MANAGE, The Executive Fast Track; Contingency – teori;

http://www.12manage.com/methods_contingency_theory.html (besøkt 19.02.09).

Dagens Medisin: <http://www.dagensmedisin.no/>

Helse Midt-Norge RHF: <http://www.helse-midt.no/>

Helse Nord-Trøndelag HF: <http://www.hnt.no/>

Helse Sør- Øst RHF: <http://www.helse-sorost.no/>

Nettopp.biz – forretningsbibliotek på nett: <http://www.nettopp.biz/> (besøkt 26.02.09).

Regjeringen: <http://www.regjeringen.no/>

Social & Hälsövärdnytt i Norden, Nye tider for sykehusene i Norge:

<http://www.shn.dk/artiklar/1356.html>

St.Olavs Hospital HF: <http://www.stolav.no/>

Stortinget, møte onsdag 30. Januar 2008 kl. 10.00 (spørsmål 17 og 18):

<http://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2007-2008/080130/ordinarsporretime/17/>

Appendiks:

1. Intervjuguide (flere ulike kombinasjoner av tema og spørsmål ble brukt)
2. Oversikt over Norges regionale helseforetak
3. Foretakskart over et regionalt helseforetak (Helse Midt-Norge RHF)
4. Helseforetaksstyrene ved Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF
5. Spørreskjema

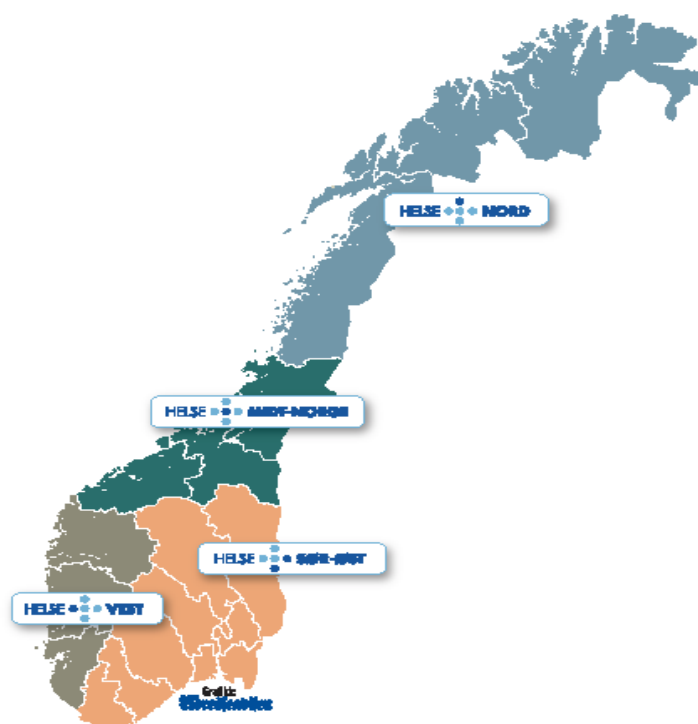
1. Intervjuguide:

Dato:	Tidspunkt:	Varighet:
Sted:	Navn:	Tittel:

Tema	Spørsmål
Innledende spørsmål	Hvordan er ditt forhold til styret/ledelsen? Hva er din rolle som eierrepresentant i helseforetaksstyrene?
Styrets funksjon og arbeid	Hva mener du er styrets funksjon når det kommer til styringen av helseforetaket? Kan/vil du beskrive det som: <ul style="list-style-type: none"> • Kontroll for eier • Talerør overfor eier / representant for ulike interesser • Uavhengig ekspertorgan • Andre funksjoner?
	Hvilke arbeidsoppgaver har styret?
	Hvordan er styrets deltakelse når det kommer til strategi - og budsjettprosesser? Har styret egne strategimøter med ledelsen?
	Er det en klar ansvarsfordeling mellom styreleder og daglig leder?
	Er det en klar ansvarsfordeling mellom styret og RHFet?
	Hvordan vil du beskrive styrets handlefrihet?
Styrets sammensetning	Hvilke egenskaper mener du er viktig for å få verv som styremedlem i HFet? <ul style="list-style-type: none"> • Eksempelvis: Partitilhørighet, politisk erfaring, erfaring fra tidligere styrearbeid, bredt kontaktnettverk, helsefaglig kunnskap etc.
	Hvordan er oppfatningen rundt det at det sitter en eierrepresentant styret?
	Er det noen kompetanse du savner i styret?
	Hvordan ser du på forholdet innad i styret?

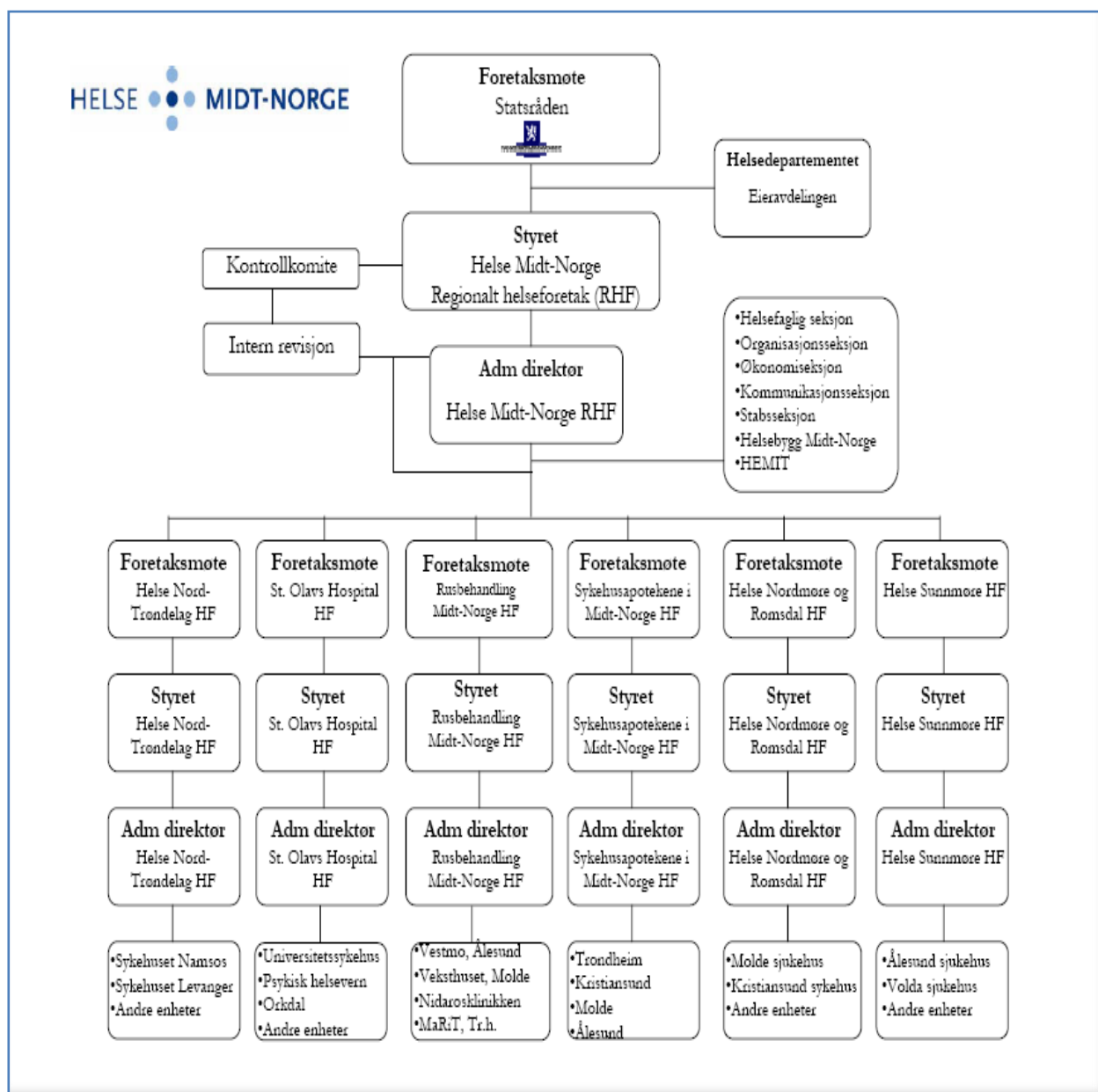
	Samarbeid, noen som dominerer?
Styrets kontakt med aktører og instanser	Hvordan vil du beskrive kontakten mellom styret og ledelsen?
	Hvordan er kontakten mellom styre og RHF?
	Hvordan er kontakten med andre aktører og instanser? <ul style="list-style-type: none">• Eksempelvis lokalpolitikere, brukerorganisasjoner, massemedia etc.
Hensyn ved utøvelse av vervet	Hvilke interesser legger styret vekt på i utøvelsen av styrevervet?
Informasjonsdeling	Hvordan er informasjonsfordelingen mellom eier og ledelse?
Avslutning	Er det behov for helseforetakstyrene? Hva kunne alternativet til styrene ha vært?

2. Inndelingen av de regionale helseforetakene:



3. Organiseringen av et regionalt helseforetak (Helse Midt-Norge RHF):

Oversikten sammenfaller i stor grad med alle regionene, og man kan derfor se noe av strukturen og oppbyggingen av hele Helse-Norge under ett.



4. Helseforetaksstyrene ved de to utvalgte helseforetakene:

(I det denne oppgaven trykkes har styreleder ved St. Olavs Hospital HF sagt opp sin stilling for å søke på stillingen som administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF).

Styreposisjon	Helse Nord-Trøndelag HF	Styrefunksjon
Styreleder	Steinar Aspli	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (SP)
Nestleder	Inger Marit Eira Åhren	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (AP)
Styremedlem	Reidar Viken	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (SV)
Styremedlem	Siw Bleikvassli	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (H)
Styremedlem	Torgeir Schmidt-Melbye	Eieroppnevnt representant
Styremedlem	Asbjørn Hofslie	Eiers representant (RHF)
Styremedlem	Margrete Mære Husby	Eieroppnevnt representant
Styremedlem	Peter Himo	Representant for de ansatte
Styremedlem	Jørgen Selmer	Representant for de ansatte
Styremedlem	Inger Anne Holm	Representant for de ansatte
Styremedlem	Skjalg Ytterstad	Representant for de ansatte

Styreposisjon	St. Olavs Hospital HF	Styrefunksjon
Styreleder	Nils Kvernmo	Eieroppnevnt representant
Nestleder	Einar Strøm	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (SP)
Styremedlem	Asbjørn Hofslie	Eiers representant (RHF)
Styremedlem	Hilde Grimstad	Eieroppnevnt representant
Styremedlem	Gunn Inger Løvseth	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (AP)
Styremedlem	Jens-Ivar Tronshart	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (AP)
Styremedlem	Perny Ann Nilsen	Eieroppnevnt, folkevalgt representant (FRP)
Styremedlem	Marit Olstad Røe	Representant for de ansatte
Styremedlem	Sigmund Eidem	Representant for de ansatte
Styremedlem	Stein Olav Samstad	Representant for de ansatte
Styremedlem	Lise Dragset	Representant for de ansatte



NHH



IRIS

International Research Institute of Stavanger

5. Spørreskjema til styremedlemmer i helseforetakene:

A. Styrets arbeid og engasjement

1. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om helseforetaksstyret?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Styret fungerte som et team av personer med ulik kompetanse	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Styret hadde bred aksept i lokalsamfunnet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Styret fungerte som et uavhengig ekspertorgan	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Styret var et kontrollorgan for eier	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Styret var et talerør overfor eier	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Styret hadde stor handlefrihet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Styret hadde ansvar for at helseforetaket ble drevet etter budsjettforutsetninger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Styret benyttet styreutvalg til behandling av saker som handlet om finansiell rapportering	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

2. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ansvarsfordeling?

I styrearbeidet hos oss var det en klar ansvarsfordeling mellom:

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Styreleder og daglig leder	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Styreleder og de andre styremedlemmene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Styret og regionalt helseforetak (RHF)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

3. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om budsjett-/ strategiarbeidet i 2007 i ditt styre?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Jeg deltok aktivt i helseforetakets strategiprosess	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Jeg deltok aktivt i helseforetakets budsjettprosess	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Som styremedlem hadde jeg ansvar for at HFet ble drevet i samsvar med budsjettforutsetningene i 2007	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Styret hadde egne strategimøter sammen med ledelsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Styret godkjente ledelsens budsjettforslag første gangen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Styret godkjente ledelsens strategiforslag første gangen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Styret fulgte opp strategien på styremøtene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Styret fulgte opp budsjettet på styremøtene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

4. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om styrets saksliste?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Sakslista hadde stort sett faste punkter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Sakslista hadde for mange faste punkter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Saker som plutselig kom opp endret sakslista nesten hver gang	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

5. I hvilken grad var styret involvert i følgende oppgaver det siste året?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a) Vurdering av helseforetakets økonomiske situasjon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Vurdering av daglig leders lønns- og arbeidsforhold	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Diskusjon av styrevettregler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Evaluering av styrets arbeid og kompetanse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Vurdering av foretakets organisasjon og personalressurser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Vurdering av produktkvalitet og kundetilfredshet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Vurdering av helse, miljø og sikkerhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Etablere samarbeid med andre helseforetak i regionen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Etablere samarbeid med kommuner/ fylkeskommuner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
j) Utarbeide forslag til langsiktige strategier og overordnede mål	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Helseforetaksstyrenes funksjon

k) Vurdering av forholdet til regionalt helseforetak som eier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
l) Diskusjon rundt etiske retningslinjer i selskapet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
m) Vurdering av ordninger for varsling i helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
n) Fastsetting av årlig plan for styrets arbeid med særlig vekt på strategi og gjennomføring	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
o) Fastsetting av instruksjoner for styret og den daglige ledelsen med særlig vekt på en klar ansvars- og oppgavefordeling	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

6. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om styremøtene?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Jeg ønsket ofte å diskutere saker som ikke stod på dagsordenen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Styret trengte ofte mer tid enn det som var satt av til å behandle enkeltsaker	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) De viktigste beslutningene ble truffet utenom de formelle styremøtene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Daglig leder ble ofte oppfordret av styret til å holde det bedre informert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Styremøtene ble i hovedsak preget av daglig leder	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Styremøtene ble i hovedsak preget av styreleder	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Styremøtene ble i hovedsak preget av noen få styremedlemmer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

7. Prioriter de tre saksfeltene du mener har vært viktigst for styret i 2007 ved å sette 1 (viktigst), 2 (nest viktigst) og 3 (tredje viktigste saksfelt).

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Oppnå budsjettbalanse | <input type="checkbox"/> |
| b) Bedre kvaliteten i tjenestetilbudet | <input type="checkbox"/> |
| c) Øke tilgjengeligheten og nærheten til tjenestetilbudet | <input type="checkbox"/> |
| d) Vise evne til omstilling | <input type="checkbox"/> |
| e) Oppnå størst mulig aktivitet | <input type="checkbox"/> |
| f) Bli mest mulig kostnadseffektive | <input type="checkbox"/> |
| g) Korte ned ventelister og ventetider | <input type="checkbox"/> |
| h) Beholde helsetilbudet ved alle sykehusene/
institusjonene | <input type="checkbox"/> |

8. I hvilken grad vil du generelt si at samarbeidsforholdene i styret var preget av enighet eller uenighet?

- ¹ Meget stor uenighet
- ² Nokså stor uenighet
- ³ Både og
- ⁴ Nokså stor enighet
- ⁵ Meget stor enighet
- ⁸ Vet ikke

B. Informasjon og styrets budsjettarbeid

9. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om styrets tidsperspektiv i sitt arbeid?

	Helt uenig	Delvis uenig	Både og	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
a) Styret la ofte til grunn et kortsiktig tidsperspektiv i sitt arbeid (1-2 år)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Styret la ofte til grunn et langt tidsperspektiv i sitt arbeid (2-5 år)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

10. Hvordan vil du karakterisere forholdet mellom helseforetakets budsjett og regnskap i 2007?

Regnskap og budsjett 2007:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| a) Brukt mindre enn budsjett | 1 <input type="checkbox"/> |
| b) Balanse | 2 <input type="checkbox"/> |
| c) Brukt noe mer enn budsjett | 3 <input type="checkbox"/> |
| d) Brukt mye mer enn budsjett | 4 <input type="checkbox"/> |
| e) Vet ikke | 5 <input type="checkbox"/> |

11. I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander om bruk av informasjon i forbindelse med budsjettarbeidet for 2007?

	Helt uenig	Delvis uenig	Både og	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
a) Budsjettet ble basert på tidligere års budsjetter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Budsjettet ble basert på tidligere års regnskap	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Budsjettet ble basert på helsepolitiske mål	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Budsjettet ble basert på vedtatt strategi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Budsjettet ble basert på inntektsanalyser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Budsjettet ble basert på kostnadsanalyser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

12. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om informasjon til styret om budsjettavvik?

Hvis ikke underskudd, gå til spørsmål 14

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Jeg fikk god informasjon om oppstått budsjettavvik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Jeg fikk god informasjon om forventet budsjettavvik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Styret ble altfor sent gjort oppmerksom på budsjettavvik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Jeg ba flere ganger om mer detaljert budsjettinformasjon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Jeg fikk kontinuerlig informasjon om enkelte viktige saker	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Jeg fikk informasjon om mulige strukturelle endringer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

g) De økonomiske rapportene var for detaljerte og store	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Informasjonen fra ledelsen var for lite objektiv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Jeg synes revisor skulle vært mer tilgjengelig på flere styremøter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

13. Hva var de viktigste årsakene til underskuddet?

	Ikke viktig i det hele tatt	Lite viktig	Nokså viktig	Svært viktig	Vet ikke
a) Mangelfull kontroll med veksten i antall ansatte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Uforutsett høy vekst i aktiviteten ved helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Staten dekker ikke fullt ut det veksten i aktivitet koster	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Uforutsette kostnader som styret ikke har kontroll over	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Tilleggsbevilgninger fra statens side har svekket budsjett disiplinen i helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Fagmiljøene ved helseforetaket overholder ikke budsjetttrammene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

g) Interne systemer for budsjettoppfølgning er for dårlige	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Motstand i kommuner og fylke mot økonomiske innsparinger	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) For svak administrativ ledelse ved helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
j) Eiers krav om kortere ventelister og ventetider er vanskelig å forene med eiers krav til budsjettbalanse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
k) Mangelfull budsjettoppfølgning fra regionalt helseforetaks side	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

14. Ut fra dine erfaringer; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer i 2007 på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a) Kortere ventelister og ventetider	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Oppnåelse av budsjettbalanse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Sterkere pasientinnflytelse/ brukermedvirkning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Bedre kvalitet i tjenestetilbudet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Helseforetaksstyrenes funksjon

e) Økt tilgjengelighet og nærhet til tjenestetilbudet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Færre korridorpasienter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

15. I hvilken grad er du enig i følgende påstander om den økonomiske situasjonen i helseforetaket?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a) Som styremedlem bekymret jeg meg veldig for den økonomiske situasjonen i HFet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Som styremedlem bekymret jeg meg veldig for hvordan den økonomiske situasjonen i HFet ville bli om 5 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Jeg hadde god oversikt over den økonomiske situasjonen i HFet i 2007	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Jeg hadde god oversikt over hvordan den økonomiske situasjonen i HFet ville bli om 5 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Jeg bekymret meg over de langsiktige konsekvensene av kapitalkostnadene i HFet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

C. Aktørers innflytelse og kontakt

16. I hvilken grad hadde du før styrets behandling av viktige saker hatt kontakt med følgende aktører og instanser?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a) Ledelsen i helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Lokalpolitikere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Stortingspolitikere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Brukerorganisasjoner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Massemedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Andre styremedlemmer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Personer i regionalt helseforetak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Personer i Helsedepartementet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

17. Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger hadde over beslutninger i helseforetaket?

	Meget liten	Nokså liten	Middels	Nokså stor	Svært stor	Vet ikke/uaktuelt
a) Stortinget	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Helsedepartementet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Sosial- og helsedirektoratet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Statens helsetilsyn	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Det regionale helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

f) Styret for helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Administrativ ledelse i helseforetaket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) De ansattes organisasjoner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Andre helseforetak i regionen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
j) Bruker-/pasientorganisasjoner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
k) Brukerutvalg	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
l) Kommunale og fylkeskommunale myndigheter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
m) Massemedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
n) Lokale aksjonsgrupper	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
o) Private tilbydere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

D. Arbeids- og funksjonsfordeling

18. Har det skjedd endringer i arbeids- og funksjonsfordeling innenfor helseforetaket i den tiden du har sittet i styret, og hvor omfattende har disse endringene vært?

- ¹ Ja, det har skjedd omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordeling
- ² Det har skjedd en del endringer i arbeids- og funksjonsfordeling
- ³ Det har skjedd små eller ingen endringer i arbeids- og funksjonsfordeling (*gå til spørsmål 21*)
- ⁴ Vet ikke

19. På hvilke områder er det foretatt endringer i arbeids- og funksjonsfordeling innenfor helseforetaket? I hvilken grad gjelder det fordelingen av.....

	I svært liten grad	I nokså liten grad	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a. administrative stabs- og støttefunksjoner?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b. akuttfunksjoner?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c. fødetilbudet?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d. spesialiserte medisinske funksjoner med begrenset behandlingsvolum?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e. andre funksjoner: _____					

20. I hvilken grad er det foretatt endringer i arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetaket og de øvrige helseforetakene i helseregionen?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a. Administrative stabs- og støttefunksjoner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b. Akuttfunksjoner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c. Fødetilbudet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d. Spesialiserte medisinske funksjoner med begrenset behandlingsvolum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e. Andre funksjoner: _____					

21. Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene om arbeids- og funksjonsfordeling?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Det var vanskelig å skjønne hva eier mener om arbeids- og funksjonsfordeling	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Styret iverksette de arbeids- og funksjonsfordelingstiltak som eier krevde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Styret vedtok de arbeids- og funksjonsfordelingstiltak det selv fant nødvendig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Styret manglet kunnskap om arbeids- og funksjonsfordeling	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Styret ønsket ikke å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak som skaper høyt konfliktnivå	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Det var bred oppslutning i styret om at det måtte gjennomføres arbeids- og funksjonsfordelingstiltak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

g) Uenighet i styret gjorde det vanskelig å gjennomføre radikale arbeids- og funksjonsfordelingstiltak, f.eks. innen akutt og føde 1 2 3 4 5 8

h) Styret kunne ikke akseptere at helseforetaket måtte avgi funksjoner til de andre helseforetakene i helseregionen 1 2 3 4 5 8

i) Gjennomføring av radikale funksjonsfordelingstiltak var nytteløst så lenge eier overprøvde styrets vedtak 1 2 3 4 5 8

j) Styret hadde ikke autoritet nok til å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak 1 2 3 4 5 8

k) Styrets evne til å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak var svekket av motstand fra helseprofesjonene i helseforetaket 1 2 3 4 5 8

l) Styrets evne til å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak var svekket av motstand fra lokalpolitikere og lokalsamfunn som berøres 1 2 3 4 5 8

E. Helseforetakets relasjon til regionalt helseforetak

22. Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene om relasjonen mellom helseforetaket og regionalt helseforetak/ overordnede myndigheter?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Det var et godt tillitsforhold mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Det regionale helseforetakets styring av helseforetaket var preget av dialog og samarbeid	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Styringssignalene fra Stortinget, Helsedepartementet, direktorater og tilsyn var ofte motstridende	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Styringen fra regionalt helseforetak var for detaljert	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Regionalt helseforetak gav få føringer på beslutninger i styret	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Som styremedlem savnet jeg klare statlige føringer	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Regionalt helseforetak omgjorde vedtak i styret	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Styringen fra regionalt helseforetak var lite forutsigbar	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Det burde vært mer kontakt mellom helseforetaket og regionalt foretak	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
j) Budsjetfordelingen mellom helseforetakene i regionen var ikke rettferdig	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

F. Bakgrunnsinformasjon

23. Hvilken region tilhører helseforetaket?

- ¹ Helse Sør-Øst
² Helse Vest
³ Helse Midt-Norge
⁴ Helse Nord

24. Helseforetakets størrelse målt som sum driftskostnader (inkl. avskrivinger)?

Sum driftskostnader 2007:

- Mindre enn 2 mrd kr 1
Mellom 2-3 mrd kr 2
Over 3 mrd kr 3
Vet ikke 4

25. Hvilken funksjon har du i styret?

- ¹ Eieroppnevnt styremedlem etter forslag fra fylkeskommuner, kommuner eller Sametinget
² Ansattes representant
³ Annet medlem

26. Er du fortsatt medlem av styret?

- Ja ¹
Nei ²

27. Styremedlemmenes erfaringer og egenskaper

Hvor stor betydning mener du følgende egenskaper har for å få vervet som styremedlem i helseforetaket?

	Svært liten betydning	Nokså liten betydning	Nokså stor betydning	Svært stor betydning	Vet ikke
a) Partitilhørighet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Politisk erfaring	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Erfaring fra tidligere styrearbeid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Kjønn	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Interesse for å sitte i det konkrete styret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Er kjent for folk flest i kommunen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Har god kontakt med politikere i kommuner og fylke	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Har bredt kontaktnettverk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Helsefaglig kunnskap	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
j) Kunnskap om lover og regler i helsesektoren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
k) Kunnskap om helseøkonomi og -styring	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

28. Hensyn ved utøvelsen av styrevervet

I hvilken grad legger du som styremedlem vekt på følgende interesser i utøvelsen av styrevervet:

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a) Statens interesser?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Ledelsens interesser i helseforetaket?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) De ansattes interesser?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Egen overbevisning?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Kommuners / fylkets interesser?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

29. Bakgrunn og yrkeskarriere

a) Kjønn: Kvinne 1 Mann 2

b) Alder: _____

c) Yrkesaktiv i følgende sektor?

I kommunal sektor 1

I statlig sektor 2

I privat sektor 3

I frivillig sektor 4

Er ikke yrkesaktiv 5

d) Hvor mange styreverv hadde du per 31.12.2007? _____

e) Hvor mange års utdanning har du etter grunnskolen? _____

f) Hva er din høyeste utdanning?

Grunnskole 1

Videregående skole 2

Universitets-
/høyskoleutdanning 3

Annen utdanning 4

Tusen takk for hjelpen!

Respondentnummer:

|_|_|_|_|