

# Styring og kontroll med kvalitet i helseforetak

med fokus på helseforetaksstyrets arbeid

**Else Margrethe Breines**

Masteroppgave

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring  
og helseøkonomi



Universitetet i Bergen

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

1.semester 2014

## FORORD

I forbindelse med at mitt yrkesliv har gitt meg erfaring fra arbeid med pasienter så vel som med ledelse og systematisk kvalitetsarbeid, har jeg fattet interesse for hvordan styring og kontroll med kvalitet slår seg gjennom ”lagene” i det såkalte helsehierarkiet. Politisk beslutning om helsetjenesten formidles til helsevesenet med et oppdragsbestillerdokumentet fra departementet til de regionale helseforetak og så videre nedover i systemet til helseforetakene, klinikkene, avdelingene og til den enkelte helsearbeider som skaper helsetjenesten i møte med pasienten. Måloppnåelse rapporteres tilbake gjennom samme system. Et omfattende og tilsynelatende solid system med mye kompetanse fra ende til annen. Helseministeren lanserte imidlertid

Pasientsikkerhetskampanjen i 2010, en nasjonal kampanje med konkrete tiltak som skal bedre pasientsikkerheten i norske sykehus. Nasjonal beslutning forserer dermed vanlig saksgang i helsehierarkiet, slik at planlegging og budsjettering for nye tiltak kommer i tillegg til virksomhetenes vanlige prosesser, til tross for at vi har et godt organisert og styrt offentlig helsevesen. Det fikk meg nysgjerrig på denne organiseringen. Hvorfor rekker ikke de gode intensjonene helt frem til arenaen der pasient møter behandler ved hjelp av ordinære prosesser?

Er ikke organiseringen etter helsereformen i 2002 solid og effektiv likevel, eller begynner det å bli på tide med en ny reform? I så fall vil det være interessant å studere hvordan styringsarbeidet fungerer i dette systemet. Helsehierarkiet er både vidt og bredt og stort, jeg velger derfor å undersøke hvordan styring og kontroll fungerer på ett nivå - i helseforetaksstyret. Jeg vil sette meg inn i hva som ligger i føringene for god virksomhetsstyring, og undersøke hvordan helseforetakstyrene arbeider.

Jeg takker for god hjelp fra min veileder Simon Neby (PhD), forsker ved Uni Rokkansenteret og Førsteamanuensis II ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB. Jeg takker min kollega, kvalitetsrådgiver Per-Erik Holo, Vestre Viken Helseforetak, som har gitt god bistand i datainnsamlingsprosessen, uten ham hadde dette vært mye vanskeligere! Oppgaven er gjennomført med støtte fra min arbeidsgiver, Ringerike sykehus, Vestre Viken helseforetak. Takk til min arbeidsgiver og takk til mine nærmeste som har bidratt med oppmuntrende tilrop underveis!

Ringerike, 15.juni 2014

Else M. Breines

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Problemstilling .....	8
1.2 Oppgavens disposisjon .....	10
<b>2 Tenketradisjon og teori</b> .....	<b>11</b>
2.1 Fra offentlig forvaltning til offentlig management .....	12
2.2 New Public Management .....	13
2.3 Corporate governance .....	16
2.4 Mål- og resultatstyring.....	17
2.5 Styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten .....	20
2.6 Beslutningsmodeller .....	24
2.7 Oppsummering av tenketradisjon og teori.....	25
<b>3 Kontekst og bakgrunn</b> .....	<b>27</b>
3.1 Nasjonale føringer .....	27
3.2 Lov om helseforetak .....	28
3.3 Virksomhetsstyring i Helse Sør Øst .....	29
3.3.1 Hensikt og definisjon .....	29
3.3.2 Elementer i virksomhetsstyringen .....	30
3.3.3 Styring og kontroll .....	32
3.3.4 Veileder for styrearbeid i helseforetak .....	33
3.3.5 Prinsipper fra NPM som gjenfinnes i virksomhetsstyringen .....	33
3.4 Oppdrag og bestillerdokument 2013 .....	34
3.5 Styrets oppgave og funksjon .....	36
3.6 Oppsummering i en "idealmødel" .....	38
<b>4 Undersøkelsen</b> .....	<b>42</b>
4.1 Design av casestudien.....	42
4.2 Metode .....	43
4.2.1 Om spørreundersøkelsen.....	45
4.2.2 Om dokumentstudien .....	46
4.2.3 Om observasjonen .....	47
4.2.4 Reliabilitet og validitet .....	47
<b>5 Empiri</b> .....	<b>50</b>
5.1 Dokumentgjennomgang.....	50
5.1.1 Oppsummering av dokumentgjennomgang .....	52

<b>5.2 Observasjon av styremøter</b> .....	<b>53</b>
5.2.1 Generelle observasjoner .....	53
5.2.2 Styremøte 1.....	55
5.2.3 Styremøte 2.....	57
5.2.4 Styremøte 3.....	59
5.2.5 Oppsummering av observasjonene .....	62
<b>5.3 Spørreundersøkelsen</b> .....	<b>63</b>
5.3.1 Styrets arbeid med mål og strategi .....	64
5.3.2 Styrets kontroll med styringsinformasjon .....	66
5.3.3 Forbedring, læring og utvikling .....	67
5.3.4 Variasjon .....	69
5.3.5 Oppsummering av funn i spørreundersøkelsen.....	70
<b>5.4 Oppsummering empiri</b> .....	<b>72</b>
<b>6 Diskusjon og analyse</b> .....	<b>74</b>
<b>6.1 Styrets sammensetning og kompetanse</b> .....	<b>74</b>
<b>6.2 Styrets arbeid og arbeidsmåte</b> .....	<b>76</b>
<b>6.3 Styret som kollegium</b> .....	<b>77</b>
<b>6.4 Styrets ansvar og oppgaver</b> .....	<b>79</b>
<b>6.5 Hva slags merverdi gir styrets arbeid?</b> .....	<b>81</b>
<b>7 Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>83</b>
<b>Litteratur og andre referanser</b> .....	<b>87</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>90</b>

# Sammendrag



## Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel				
Styring og kontroll med kvalitet i helseforetak med fokus på helseforetaksstyrets arbeid				
Forfatter				
Else Margrethe Breines				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Fagsjef kvalitet, Ringerike sykehus, Vestre Viken helseforetak				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder: Simon Neby(PhD), forsker ved Uni Rokkansenteret og Førsteamanuensis II ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.		
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
	Norsk	Norsk		
<p><b>Bakgrunn:</b> Hva slags helsetjeneste vi skal ha, er bestemt gjennom overordnet helsepolitikk som fastsettes av stortingsflertallet og regjeringen. Departementet spesifiserer omfang og kvalitet og gir rammer til regionale helseforetak, som fordeler oppdrag, bestilling og rammer til underliggende helseforetak. Helseforetaksstyret og daglig leder er øverste ledelse for virksomheten med sykehus, klinikker og avdelinger. Organiseringen innebærer at politiske beslutninger, passerer mange nivå, før helsetjenesten skapes der pasient møter helsepersonell.</p> <p><b>Hensikt og problemstilling:</b></p> <p>Jeg har undersøkt hvordan helseforetaksstyret, som ett av nivåene i helsehierarkiet, bidrar til styring og kontroll med kvalitet med denne problemstillingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan foregår helseforetakstyrets arbeid for å sikre styring og kontroll på kvalitetsområdet?</li> <li>2. Er det samsvar mellom de føringer som er gitt i overordnede dokumenter og styrets instruks, og praksis?</li> <li>3. Hva slags merverdi gir styrets arbeid for styring og kontroll?</li> </ol> <p><b>Materiale:</b> oppsummering av dokumentstudie, observasjonsnotat fra tre styremøter og data fra en spørreundersøkelse.</p> <p><b>Metode:</b> Undersøkelsen er en casestudie, analyseenheten er styremøtet, som er undersøkt i tre ulike helseforetak. Undersøkelsesenheter er observasjon, dokumenter og informanter.</p> <p><b>Resultat:</b> Styret arbeider hovedsakelig i henhold til de føringene som er gitt i lov og forskrift. Det er uenighet mellom grupper i styret, om hvorvidt styrets arbeid i forhold til styring og kontroll med kvalitet er tilstrekkelig.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Styret arbeider med sine oppgaver på en slik måte at man kan si at virksomhetsstyringen gjennomføres i henhold til det som er bestemt i lov, forskrift og styrende dokumenter. Hvorvidt effekten er at eier kan være rimelig sikker på at det er styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten, stiller jeg likevel spørsmål ved fordi jeg finner at grupper av styrerepresentanter med helsefaglig bakgrunn og ansattes representanter i styret, i flere sammenhenger mener at styrets oppfølging av viktige kvalitetsområder ikke er tilstrekkelig.</p>				
Nøkkelord				
Helseforetak helseforetaksstyret styring og kontroll ansattes valgte representanter				



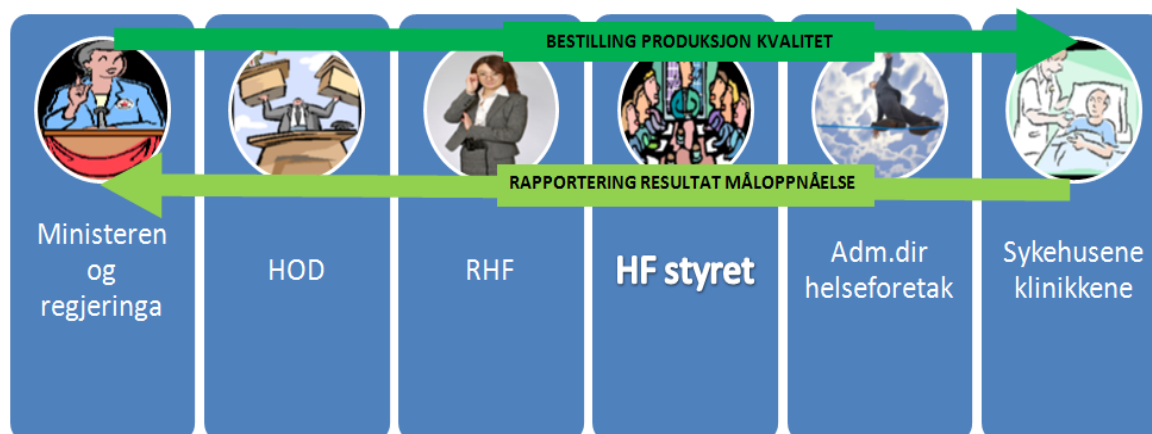
## Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation Quality governance in Health enterprises , focusing on the boards contribution				
Author Else Margrethe Breines				
Author's position and address Quality manager, Ringerike sykehus, Vestre Viken HF				
Date of approval		Supervisor: Simon Neby(PhD), researcher at Uni Rokkansenteret and assistant professor II at Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.		
Number of pages	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p><b>Background:</b> The quality, quantity and funding of the public specialist health enterprises, are determined by Stortinget (parliament) and the Government. The ministry of health work out the specifics and pass the mission and order to the next level, the regional health enterprise, who allocates to the next level the underlying health enterprises with their hospitals, clinics and departments. The health enterprise is governed by a board and the executive manager (CEO?) This hierarchical organization implies that political decisions pass several levels of management before healthcare is eventually delivered when the professional meets the patient.</p> <p><b>Purpose and issue:</b> My research was aimed at the quality governance of the health enterprise, focusing on the boards contribution my issues were:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. How does the enterprise board work to ensure steering and control in quality matters?</li> <li>2. Is there compliance between current laws, regulations, governing documents and procedures and the actual execution of the board's task?</li> <li>3. What value is added to the governance of quality in the health enterprise by the boards contribution?</li> </ol> <p><b>Data:</b> summary of document study, field notes from three board meetings and results from a survey.</p> <p><b>Method:</b> The research is designed as a case study. Unit of analysis is the board meeting, unit of examination was observation, documents and informants.</p> <p><b>Result:</b> The board is mainly working according to current laws, regulations, governing documents and procedures There is a difference of opinion between groups of the board, whether the boards tasks of governance are carried out sufficiently.</p> <p><b>Conclusion:</b> The board carries out the tasks in a manner which implies that Quality governance is according to current laws, regulations, governing documents and procedures. Whether the owner can be assured that this is carried out through the health enterprise is questionable, as I find that board members who are also health professionals in several of the questions about quality system elements imply that the boards tasks of governance is insufficient.</p>				
Key word Health enterprises, board of health enterprise quality governance				

## 1 Innledning

Helsetjenesten skapes i møtet mellom pasient og behandler, men hva slags helsetjeneste vi skal ha, hvilket omfang, ressursbruk, kvalitet, lover og retningslinjer er bestemt gjennom den overordnede helsepolitikken. Beslutninger, prioriteringer, ressursfordeling og tilrettelegging passerer likevel flere nivåer før det kommer til spesialisthelsetjenestens utførende instans; sykehusene våre. Stortingsflertallet med Regjeringen bestemmer hva slags helsetjenester befolkningen skal ha tilgang til. Regjeringen og departementet spesifiserer helsetjenestens omfang og kvaliteter og formidler dette gjennom et Oppdrags- og bestillerdokument til de regionale helseforetakene, Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør Øst. Fra det regionale helseforetak(RHF) går det videre en bestilling til de helseforetak (HF) som RHF'et eier. Helseforetakene består av ett eller flere sykehus som mottar sin bestilling, der det fremgår hva det enkelte HF skal produsere av helsetjenester; hvilket omfang, hva slags kvalitet og innenfor hvilke kostnadsrammer (Helse- og Omsorgsdepartementet 2013). På den måten sørger RHF'et for at de underliggende HF og sykehus til sammen skal kunne oppfylle departementet og regjeringens beslutninger vedrørende helsetjenester til befolkningen i sin region. Styrene i helseforetakene ansetter daglig leder, det vil si helseforetakets administrerende direktør. Helseforetakene består av ett eller flere sykehus eller klinikker, som igjen er inndelt i utførende enheter som avdelinger og derunder, også seksjoner. Resultatansvar og driftsavtaler er gjerne konkretisert helt ned på avdelingsnivå. Denne omfattende organiseringen innebærer at de politiske beslutninger som er gjort, ofte etter år og dag med diskusjoner og debatter på flere nivå i samfunnet, passerer mange nivåer, som illustrert i figur 1, før de realiseres der behandler møter pasient. Rapporter om hvordan arbeidet, tjenesteproduksjonen, faktisk fungerer i forhold til bestillingen følger samme lange veien tilbake; fra avdelingsleder rapporterer til klinikk- eller sykehusledelse som rapporterer til helseforetakets administrerende direktør som rapporterer til styret. Styret rapporterer til RHF'et som tilslutt rapporterer til departementet.

Oppdrag og bestilling fra eier og rapporter fra virksomheten passerer mange nivå i helsehierarkiet



Figur 1 Mange nivå i helse hierarkiet

Helsevesenets oppgave er omfattende. Helseforetakene skal oppfylle bestillingen fra eier som hvor de primære oppgavene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og kunnskapsutvikling, noe som forutsetter at helseforetakene også ivaretar de oppgavene som må til for å understøtte gjennomføring av hovedoppgavene, for eksempel økonomistyringssystemer, kvalitetssystem og personalsystem (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Dette helsehierarkiet kan synes overveldende og man kan lure på om alle organisatoriske nivåer er nødvendig for å få oppgaven utført. Kan vi si at de mange nivåene i helsetjenesten er nyttig, og fyller en funksjon som ikke kan ivaretas på annen måte? Det er et spørsmål som ikke kan besvares på en enkel måte fordi oppgavene til disse nivåene allerede er fordelt, og som et stort og komplekst ”maskineri” er det allerede i funksjon. Jeg vil derfor å se nærmere på ett av nivåene i det helsehierarkiet jeg har skissert, nemlig helseforetaksstyret (HF-styret). Jeg vil undersøke hvordan HF-styret arbeider for å ivareta en nærmere bestemt del av sitt oppdrag og sammenligne det jeg finner med de føringer som følger av organiseringen slik den er bestemt fra regjeringen og presisert fra eier, det regionale helseforetaket. Jeg er spesielt interessert i hvordan HF-styret gjennom sin funksjon og arbeidsmåte bidrar til styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten.

Styrets funksjon og oppgaver er hjemlet i Lov om Helseforetak, kap.6 og 7 §§ 20-35 (Helseforetaksloven, 2001) og oppdraget til virksomheten blir gitt årlig i et eget dokument, Oppdrag og bestilling til helseforetak fra eier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Denne bestillingen omfatter både det generelle oppdraget



og særskilt bestilling for året. Oppdrag og bestilling bearbejdes og sendes vider fra det regionale helseforetaket til de underliggende helseforetak ved årets begynnelse og behandles vanligvis i HF-styret i januar.

For å forstå bakgrunnen for helseforetakets oppdrag og styrets funksjon vil jeg beskrive overordnede føringer gitt i den organiseringen jeg har skissert. Jeg vil synliggjøre hvordan New Public Management-tradisjonen, og systematisk virksomhetsstyring, Corporate Governance kommer til uttrykk i hvordan vi har organisert arbeid og ressurser i helsetjenesten, men jeg vil også trekke veksler på beslutningsteori og dessuten kvalitetsfaglig teori som har modeller for styring og kontroll med kvalitet.

### **1.1 Problemstilling**

Systemet som jeg kort har beskrevet er designet for å sikre at helsetjenester blir gitt slik som forutsatt i nasjonale, demokratisk funderte beslutninger. For at systemet skal fungere, må arbeidet som gjøres på hvert nivå ikke være til hinder, men heller bidra til styring og kontroll, slik ansvaret er beskrevet helseforetaksloven (Helseforetaksloven, 2001) og i det regionale helseforetakets beskrivelse av god virksomhetsstyring med presisering av styrets ansvar (Helse Sør-Øst, 2010). Bidraget kan for eksempel være å sikre fornuftig fordeling av oppdraget, ressursene, økonomiske rammer eller på ett eller annet vis legge til rette for at de overordnede målene oppnås på en måte som ingen annen instans gjør eller kan.

Det er gitt en norm for hvordan helseforetaket skal styres i NOU 2003-34 "Mellom stat og marked" (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2003) og i Helse Sør Øst sitt styrende dokument "God virksomhetsstyring"(Helse Sør-Øst, 2010). Det er i tillegg gitt instruks til HF-styrene i Helse Sør-Øst. Jeg kan ikke oppgi de undersøkte HF'enes instruks uten at anonymiseringen går tapt, men alle styreinstruksene er offentlig tilgjengelig på hvert helseforetaks hjemmeside og er nokså likelydende(Helse Sør-Øst, 2014). Oppgaven til HF-styrene omfatter å sikre styring og kontroll med virksomheten, dette fremgår tydelig i styreinstruks for alle HF i Helse Sør-Øst hvor avsnittet vedrørende virksomhetsstyring eksempelvis lyder: "Styret skal påse at foretaket etablerer og gjennomfører intern styring og kontroll av virksomheten for å sikre forsvarlig virksomhet. Ansvaret omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sikre: målrettet og effektiv drift, systematisk arbeid for

kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, at helsetjenester som tilbys eller ytes er forsvarlige, og dessuten helhetlig, koordinert og pålitelig styringsinformasjon”(Helse Sør-Øst, 2014). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp tilstrekkelig og skal i tillegg påse at det treffes tiltak for å korrigere svikt. I min casestudie ønsker jeg å finne ut hvordan arbeidet for å sikre styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten foregår.

I forvaltningsforskning har det vært mindre fokusert på kvalitet i helsetjenesten enn på for eksempel økonomistyring og strukturelle forhold. Kvalitet på tjenesten får stadig økende betydning, både med bakgrunn i befolkningens behov og ønske om kvalitativt gode helsetjenester, og nå også ved at krav til kvalitet presiseres i oppdrags- og bestillingsdokument, samt at finansiering av virksomheten planlegges tildels relatert til utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer. Jeg vil undersøke hvordan HF-styret bidrar til styring og kontroll med kvalitet i helseforetaket i forhold til overordnede føringer og kvalitetsområdet.

Problemstillingen er:

**1. Hvordan foregår helseforetakstyrets arbeid for å sikre styring og kontroll på kvalitetsområdet?**

- Hva består arbeidet i, hva gjør de?
- Hvilke oppgaver innenfor styring og kontroll ivaretas av styret?

**2. Er det samsvar mellom de føringer som er gitt i overordnede dokumenter og styrets instruks, og praksis?**

- Hvor er det samsvar og hvor er det avvik?
- Hva består avvikene i?
- Har eventuelle avvik noen konsekvens for styring og kontroll med kvalitet?

**3. Hva slags merverdi gir styrets arbeid for styring og kontroll?**

Det vil føre for langt å analysere *hvorfor* tankemoten som NPM-tradisjonen representerer påvirker hvordan offentlige tjenester organiseres og styres. For mitt formål kan det være tilstrekkelig å synliggjøre noen sammenhenger, og altså utvide forståelsen noe uten å ha ambisjon om å forklare fullt ut. For å få svar på dette vil jeg oppsummere

funn og analysere det jeg finner i forhold til samsvar med instruks og styrende dokumenter. Dersom der skulle finnes avvik fra idealmodellen, vil jeg forsøke å belyse disse avvikene.

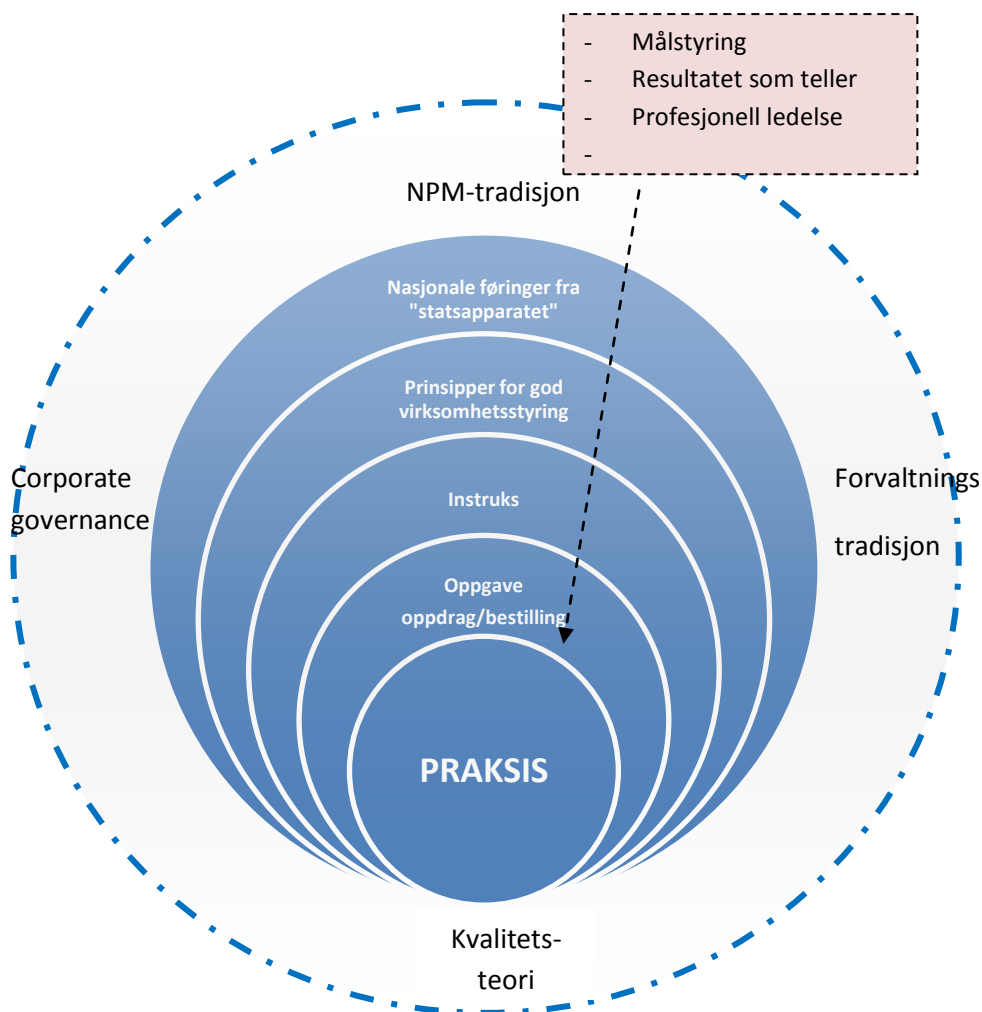
## **1.2 Oppgavens disposisjon**

Jeg vil først redegjøre for NPM-tradisjonen og noen hovedprinsipper, Corporate governance, Mål- og resultatstyring, teoretiske modeller for styring og kontroll med kvalitet, og dessuten en oversikt over ulike beslutningsmodeller. Jeg vil beskrive gjeldende organisering av helsetjenesten slik at helseforetakets plass i hierarkiet fremgår. Jeg vil synliggjøre hvordan elementer fra NPM-tradisjonen og Corporate governance kommer til uttrykk i de styrende dokumenter, og vise at kvalitetsteoretikere også har hatt innflytelse på hvordan det arbeides med styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten. Hensikten er å tydeliggjøre både normen og bakgrunnen for hvordan det skal arbeides. Jeg vil deretter presentere hvordan man i Helse Sør Øst har lagt føringer for god virksomhetsstyring og i Oppdrags- og bestillingsdokumentet har konkretisert rammer og krav til styring og kontroll med kvalitet.

Undersøkelsen vil være en case-studie, som jeg begrunner og beskriver i kapittel 4. Undersøkelsen gjennomføres i tre ulike helseforetak høsten 2013. Data samles inn gjennom dokumentstudie, observasjon og en spørreundersøkelse. Etter at data er gjennomgått og bearbeidet skrives rapporten hvor jeg presenterer funn i kapittel 5 Empiri, diskuterer funn i forhold til problemstilling og teori i kapittel 6 Diskusjon og analyse, og konkluderer i kapittel 7 Oppsummering og konklusjon.

## 2 Tenketradisjon og teori

Jeg har valgt å belyse oppgavens område med å trekke frem det som er gitt av formelle føringer fra regjering og departement via regionale helseforetak til hvert enkelt helseforetak, dessuten knytte gjeldende føringer opp mot tenketradisjoner som synes å ha hatt innflytelse på utforming av disse føringene samt teori om aktuelle modeller for styring av kvalitet. Figur 2 viser hvordan jeg tenker at Nasjonale føringer, det regionale helseforetakets modell for virksomhetsstyring, styrets instruks og ikke minst oppdrags- og bestillerdokument legger legitime føringer på hvordan helseforetakets styre skal virke i praksis. Utenfor denne rammen av vedtatte måter å arbeide på, har jeg tegnet inn tenketradisjon og teori hvor en del av prinsippene til dette omfattende systemet er hentet fra.



Figur 2 Rammer, føringer og tradisjon for styring og kontroll med virksomheten

Problemstillingen min er knyttet til styring og kontroll med spesialisthelsetjenesten som er en del av offentlig sektor. Med offentlig sektor menes Staten, fylkeskommunene og kommunene, til forskjell fra den andre delen av samfunnet som er den private sektoren. Offentlig sektor dekker altså ved hjelp av fellesskapets midler definerte felles behov, således også samfunnets behov for spesialisthelsetjeneste.

## ***2.1 Fra offentlig forvaltning til offentlig management***

Før helsereformen i 2002 var det fylkeskommunenes ansvar å bygge og drifte sykehusene og forvalte felles midler til befolkningens beste (Holte, 1988).

Sykehusstyrene var sammensatt av politikere og representanter for helsepersonell som arbeidet i sykehusene. Og sykehusene hadde ansvar for å gi helsetjenester til befolkningen i sitt definerte opptaksområde. Forvaltningens oppgave var å sørge for rettferdig fordeling av samfunnets felles goder og virkemidlene omfattet økonomiske ytelser og tjenesteytelser, forbud, påbud, tillatelser og vilkår.

Offentlig sektor har tre hovedformål (Busch, Johnsen og Klausen, 2011)

- Lovgivning, utforming av policies for sentrale politikkområder (økonomi, omfordeling, miljø, utdanning, helse med mer)
- Regulering av myndighetsutøvelse
- Tjenesteleveranse (helse, skole, infrastruktur)

Og den spesifikke offentlige kontekst kan oppsummeres med grunnbetingelsene politisk demokratisk styring og ledelse, offentlig eksponering og accountability (ansvarsutkreving) i følge en artikkel av Klausen (Busch et al., 2011).

Forvaltning er den virksomhet som utøves av organer for stat, fylker og kommuner og som ikke er lovgivning eller rettspleie, men tjenester som helse, skole og veier. Disse tjenestene har i årene etter krigen vært levert etter forvaltningstankegangen (Holte, 1988). Målet var å forvalte offentlige midler etter gitte føringer, uten konkurranse og etter vedtatte regler. Idealet var at like tilfelle skulle behandles likt og alle som kvalifiserte skulle få sin del. Man kan si at forvaltningen av skattepenger ble administrert etter en byråkratisk<sup>1</sup> modell. I Nasjonal helseplan fra 1988 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988) heter det at hovedmålene for helsetjenesten er rimelig

---

<sup>1</sup> Byråkrati er beskrevet av Max Weber og er en hierarkisk organisering av beslutningstaking der enkeltsaker behandles av saksbehandlere med definert beslutningsmyndighet etter gitte regler. Den enkelte saksbehandler er ansvarlig for at beslutningene er i samsvar med regelverket og byråkrati medfører stor grad av detaljkontroll fra ledelsen.

ressurstilgang, tilpasning til brukernes behov, effektiv ressursutnyttelse, rimelig kvalitet, rimelig geografisk fordeling. Likhets- og rettferdighetsidealene råder og det er bred politisk enighet om at helsetjenesten først og fremst er et offentlig ansvar. Den statlige helseforvaltningen har et nasjonalt ansvar for helsetjenestens innhold og utvikling. Driften av sykehusene og spesialhelsetjenestens øvrige virksomheter ble overført fra fylkeskommunen til staten i 2002. Etter denne helsereformen er sykehusene blitt til foretak, såkalte helseforetak, som altså ikke lenger er en del av forvaltningen, men selvstendige virksomheter med økonomiske rammer, et overordnet oppdrag fra eier, men med egne mål- og strategiprosesser som følge av oppdragets overordnede karakter. Med det har noen av reglene og ledelsesformen forandret seg. Nye prinsipper for styring introduseres i stortingsmeldingen ”Et nyskapende og bærekraftig Norge” (Nærings- og handelsdepartementet, 2008) og foretaksformen er valgt for å sikre mest mulig effektiv styring av et område med stor betydning for innbyggernes velferd. Utviklingen i Norge er ikke enestående, men heller i noenlunde takt med resten av verden da helsereformen synes å være inspirert av den internasjonale tenkemoten, New Public Management. Selv om denne harmoniseringen med resten av verden ikke er helt gjennomført som for eksempel beskrevet av Simon Neby i hans avhandling (Neby, 2009). Han beskriver hvordan utviklingen har skjedd trinn for trinn (inkrementelt); de økonomiske reformene har kommet over tid med rammefinansiering i 1980, utprøving av stykkprisfinansiering i 1997 og tilslutt med basisramme med stykkprisfinansiering som fast ordning fra 2001. På samme måte har kvalitets- og prestasjonsmål blitt introdusert trinn for trinn; i 1990 kom først ventelistegarantien, i 1995 ble det lagt en nasjonal kvalitetsstrategi som omfattet kvalitetsindikatorer inklusive for eksempel ventetidsindikator, og i 2001 kom lov om pasientrettigheter. Men ”Tiltross for åpenbar NPM inspirasjon, finnes ordinære kjennetegn ved sykehusreformen som ikke nødvendigvis er relatert til neo-liberalismen” s.187, min oversettelse til norsk, (Neby, 2009). Neby påpeker at man har opprettholdt regional innflytelse gjennom politisk representasjon i styrene og man har dessuten opprettholdt den medisinske innflytelse blant annet gjennom Den norske lægeforenings sterke stilling.

## ***2.2 New Public Management***

New Public Management (NPM) er en vanlig fellesbetegnelse på den forvaltningspolitiske reformbølgen som har preget offentlig forvaltning i de fleste

vestlige land de siste 20-25 år. (Statskonsult, 2006). Det vil si at NPM ikke er en teori, men et knippe ideer som manifesterer seg i konkrete reformelementer som er tatt i bruk i ulik grad og i ulike kombinasjoner, og som påvirker hvilke ord vi bruker når vi omtaler funksjoner i virksomhetsstyringen. Begrep som for eksempel «bestilling» og «oppdrag» er relativt nye oppfinnelser, og er basert på en språklig stil som lett assosieres med NPM, i motsetning til begrep som «vedtak» eller «instruks» som hører med under forvaltningsteori.

I Fafo-rapporten ”Med på laget: Om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen” beskriver Gudmund Hernes hvordan dette knippet med reformelementer, er inspirert av markedsteori som innebærer at vi betrakter aktørene i det som før var et forvaltningsområde, - som kjøper og selger med ulike men delvis sammenfallende interesser, som om det var handelsvirksomhet (Hernes, 2007). Vi har ”den suverene konsumenten” som vet hva han vil ha, som kan bedømme kvaliteten, kan velge, - og har noe å kjøpe for. Og vi har produsenten som ved hjelp av effektivisering og innovasjon sannsynliggjør at han blir valgt av kunden. Til sammen skal dette bidra til kontinuerlig utvikling av effektivitet, produkt og produktkvalitet. Kundene skal bli stadig mer tilfredse. Utgangspunktet, også for NPM inspirert organisering og ledelse av offentlig spesialisthelsetjeneste, er at disse tjenestene er ressurskrevende men viktige og må forbedres hele tiden, til befolkningens beste. Samtidig som de offentlige tjenester er høyt prioritert med ressurser fra fellesskapet, så er ressursene begrenset og tjenestens omfang og kvalitet satt i en ramme av lover og forskrifter. Med et knippe av styringsregler fra NPM tradisjon forsøker man derfor å øke effektiviteten og dessuten sikre myndighetenes kontroll med offentlig sektor. Hernes nevner i den samme Fafo-rapporten (Hernes, 2007) fem hovedelementer eller styringsregler innenfor NPM-tradisjonen som i større eller mindre grad er kommet til anvendelse i offentlig sektor:

1. Kvantitative resultatmål, med incentiver og sanksjoner<sup>2</sup> rettet mot virksomheten. Dette bringer med seg omfattende systemer for rapportering og kontroll.
2. Sterkere ledelse, mindre spillerom for politisk styring og mindre selvstendighet for den enkelte ansatte.
3. Profesjonsnøytral ledelse, basert på prinsippet om at utdannede ledere kan styre alt fra sykehus til transport uten spesifikk faglig bakgrunn eller erfaring

---

<sup>2</sup> Belønnings- og straffesystem

4. Bruk av kontraktrelasjoner som ”outsourcing”, det vil si oppdrag til eksterne aktører eller egne underselskaper.
5. Konkurransen mellom virksomheter. Pålegg om å bruke anbud, dvs konkurranseutsetting

I min undersøkelse av helseforetaksstyrets arbeidsmåte med tema ”Styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten” er det pkt.1 som handler om mål- og resultatstyring og tildels punkt 2 som handler om sterkere ledelse og mindre politisk kontroll som er mest relevant.

Olaug S. Lian oppsummerer også hovedpoengene i NPM på lignende måte i sin bok ”Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten” (Lian, 2007). Hun nevner blant annet NPM-prinsipper knyttet til mål- og resultatstyring, profesjonell ledelse og nye styrings- og ledelsesformer. Lian trekker frem to søyler eller idèstrømninger der den ene handler om økonomi og den andre om ledelse, i tillegg nevner hun at det innenfor NPM tradisjonen ikke finnes noen klar avgrensning av hvilke begreper og teorier som inngår, men at andre forfattere (Ferlie et al, 1996) skiller mellom tre typer NPM modeller; en effektivitetsmodell, en desentraliseringsmodell og en excellence-modell.

Tiltross for at begrepet NPM ble introdusert først i 1991 er excellence-modellen tidlig beskrevet av Tom Peters og Robert H Waterman i boka ”In search of excellence”(Peters og Waterman, 1995) hvor de blant annet tar et oppgjør med den rasjonelle modellen som omfatter den profesjonelle lederen som skal kunne lede hva som helst, blant annet på harde fakta, data fra produksjon og resultat. Kritikken går blant annet ut på at de harde fakta, mangfoldig som de enn kan være, og de strømlinjeformede rapporteringssystemene skapt av overordnede og utenforstående, ikke sier nok om kompleksitet og om motivasjon og om hvordan mennesker ”utfører mirakler” fordi de elsker jobben sin. Peters og Waterman mener dessuten at det er en tilsnikelse å kalle den rasjonelle modellen for rasjonell, fordi den egentlig er distansert fra hverdagslig fornuft sånn som arbeidstakere opplever det.

Kurt Klaudi Klausen sorterer også NPM elementene i to søyler, en økonomisk og en managerialistisk søyle der elementer fra begge søyler kan finnes igjen i dagens organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten (Busch et al., 2011). Den ene kaller han for den økonomiske søyle som blant annet handler om liberalistisk markedsorientering, privatisering, konkurranseutsetting, kontraktsstyring, frie



forbruksvalg og for eksempel brukerbetaling. Den andre er den managerialistiske søyle som handler om organisasjon og ledelse. Herunder sorterer han for eksempel etablering av styrever, ledergrupper, strategisk ledelse og en rekke konsepter som Total Quality Management (TQM), Business Process Reengineering (BPR), mål- og resultatstyring og nye økonomistyringssystemer.

NPM elementene representerer prinsipper og tenkemåter som er brukt og utviklet i det private næringsliv, men antas å kunne anvendes også på offentlige tjenester; styring, organisasjon og ledelse antas å dreie seg om samme type utfordring enten virksomheten er privat eller den er offentlig, det vil si om finansieringen av virksomheten er private investeringer eller offentlige midler (skattepenger). Men NPM hviler også på økonomisk teori som antar at aktører er egennyttmaksimerende, opportunistiske og rasjonelle til forskjell fra andre organisasjons- og ledelsesteorier som bygger på antakelser om at aktører kan være uselviske, idealistiske, emosjonelle og forfekter ledelsesformer som er verdibasert, humant og sosialt orientert, hvor tradisjon, tilfeldigheter og løst koblede nettverk er styrende for aktørene (Bush et al., 2011). I den økonomiske søylen er det lønnsomhet og lønnsincitament som motiverer, mens i den andre søylen som handler om organisasjon og ledelse vil også motivasjonen i meningsfylt arbeid og gjensidige tillitsforhold kunne ha betydning. For undersøkelse og diskusjon knyttet til styring og kontroll med kvalitet er det til mitt formål NPM-prinsipper fra den managerialistiske søylen som vil bli trukket frem. Etter reformen i 2002 har prinsipper fra NPM-tradisjonen satt sine spor i organisering og ledelse av helsetjenesten i Norge, men virksomhetsstyring i helseforetak dreier seg i stor grad om Corporate governance (helse Sør-Øst, 2010).

### ***2.3 Corporate governance***

Man nevner ofte NPM og Corporate governance i samme åndedrag, men Corporate governance og NPM er ikke helt det samme selv om begrepene henger sammen. NPM er et knippe prinsipper for ledelse, management, mens Corporate governance betyr systematisk virksomhetsstyring. Corporate governance må heller ikke blandes sammen med begrepet "Governance" som blir brukt i ulike betydninger, bl.a. som et nøytralt begrep knyttet til overordnede styringsproblemstillinger og blir da gjerne oversatt med "styresett". Ifølge B. Espen Eckbo er «Corporate governance» er et samlebegrep for eierskapsutøvelse og virksomhetsstyring, og er altså et smalere begrep enn

”governance”, som omhandler organiseringen og styring av offentlig sektor generelt (Eckbo, 2006). Han trekker også frem ulike systemer og praksis fra land til land. Allerede på 50-tallet ble det i Tyskland legitimt at 50 % av styremedlemmer var valgt blant de ansatte, med begrunnelse i at selskapet representerer flere interesser enn bare eier. I Norge er det nå vanlig at inntil 1/3 del av styrets medlemmer er ansattes valgte representanter (Helseforetaksloven, 2001). Men det er likevel en felles tanke at styret må fungere som et kollegium med en entydig målsetting for sine beslutninger (Helse Sør-Øst, 2011), det vil si at styrets medlemmer også de som er ansattes valgte representanter, må kunne arbeide for å fremme selskapets interesser i alle situasjoner. Når NPM tradisjon bidrar med prinsipper som for eksempel at det er resultatet som teller (Lian, 2007), initieres kontroll og resultatrapportering. Corporate governance eller virksomhetsstyringen sikrer at dette settes i system ved hjelp av ansvarsfordeling og organisering og dessuten systemer som gjør gjennomføringen mulig. Det vil si at styringssystemet fastsetter hvem har ansvar for hva, og hvilke metoder og ”verktøy” som skal brukes i styringen av virksomheten. Når Klausen i sin sortering av NPM-prinsipper under den managerialistiske søyle (s.15) beskriver at NPM har inspirert til bruk av ulike konsepter som omfatter sterkere styring av de underliggende prosesser (Busch et al., 2011), så forstår jeg det slik at NPM har inspirert til bruk av verktøyer og konsepter tildels begrunnet med prinsipper fra NPM og satt inn i et helhetlig styringssystem som Corporate governance. En del av disse konseptene kommer i alle fall til anvendelse HSØ sitt dokument ”God virksomhetsstyring” (Helse Sør-Øst, 2010). I NPM tradisjonen handler det om en bestemt type forvaltningspolitiske prinsipper, mens Corporate governance eller virksomhetsstyringen altså handler om den systematiske styringen gjennom organisering av ressurser og oppgaver, i den hensikt å sikre at virksomheten oppnår sine mål ved å utføre det som eier har bestemt og formidlet gjennom et oppdrags- og bestillerdokumentet, som kan sies å være en operasjonalisert tilnærming.

## ***2.4 Mål- og resultatstyring***

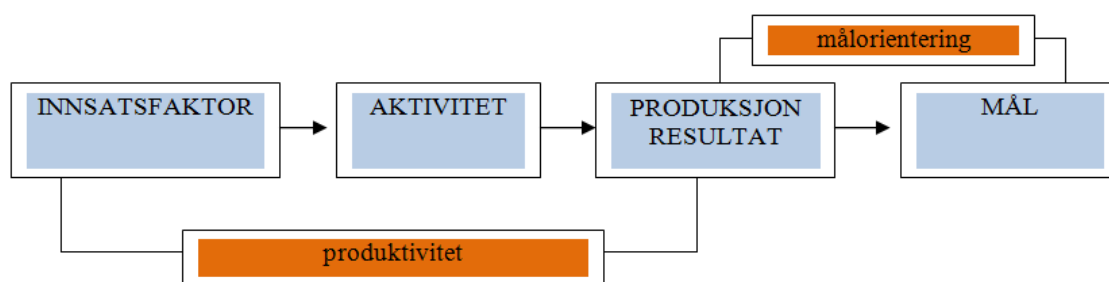
Mål- og resultatstyring avløste på 80-tallet regelstyring som det dominerende prinsipp i staten, dette omtales for eksempel i kapittel 3, i Helse Sør-Øst sitt dokument God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010). Målstyring kan kort beskrives som å samordne adferd, aktivitet og tiltak ikke bare for å oppnå konkrete resultater, men for å

oppnå uttalte målsettinger, se figur 3. Eksempelvis kan det ønskede resultatet være 800 fødsler pr. år, mens målet er å opprettholde en aktivitet og et kompetansemiljø som sikrer at et forsvarlig fødetilbud kan opprettholdes i et aktuelt geografisk område. Etablering av målstyring innebærer at virksomhetene har slike mål, gjerne på flere nivå tilsvarende organisasjonskartet (Pettersen, Magnussen og Nyland, 2008). De overordnede målene kan være gitt av eier mens målene på underliggende nivå er satt opp som følge av en intern prosess. Det handler om hva som må til på ulike områder i virksomheten for at den som helhet skal oppnå de overordnede målene. At dette må være en intern prosess skyldes at etablering av disse underliggende mål forutsetter kausalkunnskap, at man må kjenne virksomhetens prosesser og sammenhengene mellom årsak og virkning for å kunne sette opp et sammenhengende og fungerende målhierarki. Målstyring kan i en kompleks og komplisert virksomhet være hemmet av vage og motstridende mål, og dessuten betydelige målproblemer med hensyn til å definere sammenhengen mellom innsatsfaktorer og effekter i forhold til overordnet måloppnåelse.

Som styringsmodell begrenses målstyringen også av omfanget av profesjonsstyring i helsevesenet<sup>3</sup>. Profesjonsstyring innebærer at beslutninger tas på medisinsk grunnlag der alle andre, dvs. pasienter/pårørende/politikere/folk flest ikke har kompetanse til å vurdere godheten i prioriteringene. Den ledende profesjonen kontrollerer/eier sin egen kunnskap. Samtidig er brukermedvirkning lovfestet, i Helseforetakslovens § 35 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2001). Åpenhetskulturen som er beskrevet i God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst) kommer også til anvendelse. Brukernes stemme og offentlighetens innblanding gjennom sterkt mediefokus er ikke til å overse, slik at målstyring også må ta opp i seg brukernes og befolkningens behov og ønsker i tillegg til fag og overordnet bestilling.

---

<sup>3</sup> Notat fra forelesning Helseøkonomistudiet, SEVU, UiB, vår 2011” Økonomisk styring i helseorganisasjoner”



Figur 3 Mål- og resultatstyrings fokus (fritt etter Pettersen et al., 2008)

Et annet poeng ved målstyring er at i kombinasjon med en delegerende lederstil (Boye og Solberg, 1986, s.26), som innebærer at ledelsen fastsetter mål og overlater til sine kompetente underordnede å treffe de beslutninger og tiltak for å oppnå målene, de underordnede gis på den måten handlingsrom.

I resultatstyring er det forholdet mellom innsatsfaktorer og konkret resultat etter virksomhetens aktivitet som er fokus, se figur 3. Det innebærer at rapporterte resultater gir grunnlag for videre styringsbeslutninger om innsatsfaktorer og aktiviteter. Forskjellen fra målstyring er at man i resultatstyring i stedet for å vektlegge årsak/virkning sammenhenger, heller har fokus på produktivitet og resultat. I planleggingen av tjenesten vektlegges hva som lønner seg for å få best mulig produksjonsresultat. Typisk avkreves virksomheten resultatrapporter fra produksjon og økonomi (innsatsfaktor, budsjett og resultat regnskap), og disse vurderes opp mot hverandre for å danne grunnlag for styringsgrep.

Etableringen av overordnede mål for helsetjenesten er en prosess som relaterer seg til befolkningens behov, faglig og politisk bearbeidelse, og det man måler og vurderer er om aktivitet/tiltak har ført til måloppnåelse. Resultatoppfølging er vurdering av resultat i forhold til innsatsfaktorer og kostnadsberegnete aktiviteter/tiltak og er en type prosess som følger bedriftsøkonomiske regler<sup>4</sup>. Noe av hensikten med føringene for god virksomhetsstyring er å skape rom for interne prosesser gjennom såkalt ”deregulering”. Man erstatter regelstyring og forhandlinger mellom organiserte interesser med New Public Management-teknikkene (Neby, 2009). En kombinasjon av styringsmodeller kan være mer anvendelig enn ren målstyring i offentlige virksomheter fordi tjenesten skapes i en prosess som er avhengig av at de interne mål er basert på kausalkunnskap og

<sup>4</sup> Notat fra forelesning Helseøkonomistudiet, SEVU, UiB, vår 2011” Økonomisk styring i helseorganisasjoner”

fagkunnskap slik som under målstyring, men virksomhetens eksistens er også basert på samfunnets finansiering og begrensede ressurser slik at forholdet mellom innsatsfaktor og resultat som i produksjon vil selvsagt være av interesse for eier og samfunn. Motstrid mellom de to styringsformene kan lett tenkes, men i helsetjenesten har man tilstrebet å etablere en virksomhetsstyring der man integrerer de to formene, derfor bruker man kombinasjonsbegrepet ”mål- og resultatstyring”. Helsetjenesten skal oppnå gitte mål gjennom aktiviteter som likevel skal forholde seg til økonomiske resultatkrav. For å overkomme gapet mellom de to styringsformene har man også prissatt helsetjenesten gjennom delvis stykkprisfinansiering, såkalt DRG (Helsedirektoratet, 2014).

Helseforetakene gis for eksempel en andel (2013: 60 %) av finansieringen som basis og resten (2013:40 %) som stykkpris pr behandling. Man ser også at elementer fra NPM er relevant i forhold til både målstyring og resultatstyring der prinsippene fra den managerialistiske søylen kan komme til anvendelse under målstyring, men prinsipper under den økonomiske søylen kan komme til anvendelse under resultatstyring (Busch et al., 2011).

## ***2.5 Styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten***

Kvalitet i helsetjenesten kan defineres på flere måter. Definisjonen fra ISO standard (NS-ISO 8402) er mye brukt: ”Helhet av egenskaper og kjennetegn en enhet har, og som vedrører dets evne til å oppfylle uttalte og underforståtte behov”. Professor John Øvretveit<sup>5</sup> la i et foredrag på kvalitetsstudiet ved Universitetet i Bergen 1998, vekt på 3 hovedelementer i definisjon av kvalitet i helsetjenesten nemlig kundetilfredshet, profesjonell standard og kostnadseffektivitet. Til hverdags er jeg som arbeider med kvalitetssystem i spesialisthelsetjenesten, vant til å bruke mer operasjonelle kriterier for kvalitet på tjenesten:

- at pasienten kommer frem til dit han skal når han trenger det
- at virksomheten har riktig kompetanse på riktig sted til riktig tid
- at medarbeidere til enhver tid har fokus på hva som gavner pasienten, kjenner både behandlingsforløpet, sitt fag og sin egen rolle
- at medarbeidere kommuniserer hensiktsmessig med pasient og kolleger
- at pasienten blir hørt og respektert i møte med helsetjenesten; den enkelte behandler og pleier

---

<sup>5</sup> Director of research and professor, Medical management centre, Karolinska Institutet, Stockholm

Det vil si at en operasjonalisert definisjon på kvalitet kan ta opp i seg et tydelig brukerfokus og kan knyttes til den virkeligheten helsearbeiderne står i.

Styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten er av stor interesse fordi ikke bare for den enkelte bruker eller pasient, men også befolkningen har forventninger til at vi skal ha orden i eget hus og at det skal være trygt og nyttig å komme til sykehuset hvis man trenger det.

### **Internkontroll og Orden i eget hus**

Med begrepet ”Internkontroll” menes virksomhetens interne styring og kontroll med egen virksomhet. Internkontrollforskrift i helsetjenesten (2002) er hjemlet i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten(1984) § 3 første ledd: ”Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.”

Det gis ingen detaljerte krav til hvilke prosedyrer og tiltak som må være på plass fordi virksomhetene som omfattes av forskriften er til dels svært forskjellige. I forskriftens § 4 bokstav a) til h) er det likevel listet opp grunnleggende elementer for at virksomheten skal kunne ha tilstrekkelig internkontroll. Det kreves at helseforetakene har:

- a) beskrivelse av målsetting, organisering, ansvar, oppgaver og myndighet
- b) tilgang til de aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten
- c) tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet og om virksomhetens internkontroll
- d) legger til rette for ansattes medvirkning
- e) nyttiggjør seg brukeres erfaringer med helsetjenesten
- f) oversikt over risikoområder
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre tiltak som omfattes av helselovgivningen
- h) systematisk overvåking av internkontrollen



Med denne presiseringen av internkontroll med sosial- og helsetjenesten, kan man kjenne igjen hovedtrekkene fra Jurans triade; Planlegging av virksomheten og kvalitet på tjenesten er hjemlet i § 4 a) og g), systematisk overvåking av hvordan det går er hjemlet i § 4 g) og h) og forbedringsarbeidet i § 4 g).

## Jurans triade

Joseph M. Juran (1904-2008) satte dype spor etter seg i sitt arbeid som ingeniør og management-rådgiver. Han er kjent for kvalitetsstyringsmodellen som vi kaller Jurans triade eller Jurans kvalitets triologi. Jurans triade er blant annet beskrevet av Ada Schreiner i boka "Kom i gang" (Schreiner, 2004). Juran mente at de tre grunnleggende prosessene er forskjellige og derfor må skilles fra hverandre selv om de er knyttet sammen i en logisk sekvens slik han forklarer det i boken «Managerial Breakthrough» fra 1964. De tre grunnleggende prosessene handler om:

1. Planlegging for kvalitet i handlingsplaner, organisering av arbeidet og prosedyrer.
2. Kontroll gjennom innhenting og overvåking av styringsinformasjon.
3. Forbedring og utvikling av kvalitet ved hjelp av ulike metoder, tiltak og prosjekter.

Jurans triade har vært anvendt i oppbyggelse av kvalitetssystemer nettopp fordi det er nyttig å ta hensyn til at de tre hovedelementene plansystem, informasjonssystem og forbedringssystem fordi de representerer ulike typer prosess. Jeg tar med et eksempel på hvordan en operasjonalisert definisjon av kvalitet i helsetjenesten kan sammenholdes med et systemperspektiv som Jurans triade, se figur 4. Hensikten er å gi en oversikt over utfordringene knyttet til systematisk kvalitetsarbeid i virksomheten.

 <b>Systematisk kvalitetsarbeid i en lærende organisasjon</b>				
<b>Begrunnelse for å ha et kvalitetssystem</b> 1. Myndighetskrav og styringssignaler 2. Brukernes (pasienter) krav, forventninger og behov 3. Faglige normer, idealer og etikk				
<b>Delsystem</b>	<b>Planleggingsystem</b> <b>Innhold</b> Lover og forskrifter Mål og strategier og planer Organisering Systembeskrivelser Prosedyrer Behandlingslinjer	<b>Arbeidet utføres</b> Sykehuset skal være en organisert virksomhet der pasienten kommer dit han skal når han trenger det, og møter helsepersonell som <ul style="list-style-type: none"> <li>• gir helsehjelp</li> <li>• har riktig kompetanse</li> <li>• er på riktig sted til riktig tid</li> <li>• har fokus på hva som <b>gavner</b> pasienten</li> <li>• kommuniserer hensiktsmessig med pasient og kolleger</li> </ul> slik at pasienten blir hørt, respektert og får hjelp. Støtte- og støttefunksjoner understøtter møtet mellom pasient og behandler.	<b>System for styringsinformasjon</b> <b>Innhold:</b> <b>Hendelsesdata:</b> Uønskede hendelser Klager NPE-saker GTT-funn <b>Evalueringsdata:</b> Risikovurderinger Tilsyn og revisjoner Brukerundersøkelser Medarbeiderundersøkelser Målinger Indikatorer Monitorering av prosesser	<b>Forbedringssystem</b> <b>Innhold:</b> Kontinuerlig forbedring og prosjekter 
	<b>Begrunnelse</b>	Det skal foreligge en beskrivelse av hvordan vi vil utføre våre oppgaver. Praksisstøtte Opplæring Dokumentasjon for eiere og tilsynsmyndigheter	Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi	Myndigheter, brukere og fagfolk trenger å vite hvordan det fungerer i vårt sykehus Informasjon for læring og prioritering av utviklings- og forbedringsområde Grunnlag for budsjett. Informasjon til eiere, tilsynsmyndigheter og til befolkning

Figur 4 Eksempel på bruk av Jurans triade i et kvalitetssystem (videreutviklet fra Kvalitetssystem Ringerike sykehus før 2010)

Når man har identifisert områder som skal forbedres finnes det nå et utall av modeller, metoder og verktøy for å arbeide med kvalitet. Jeg nevner modellen som beskrives i ”The Improvementguide” (Langley, Nolan, og Nolan, 1996) som er en metodisk tilnærming til forbedring, en modell der man tar utgangspunkt i hva man ønsker å oppnå (mål), hvordan man kan vite at endringen er en forbedring (målinger og indikatorer), før man går inn i en forbedring som bygger på Demings syklus, PDSA, plan-do-study-act (Schreiner, 2004). Felles for mange av modellene og metodene er at de ikke kommer utenom det grunnleggende, nemlig at for å ha styring og kontroll må man ha en plan, man må vite om og hvordan ting fungerer i forhold til planen og man må kunne korrigere retning eller rutiner underveis. Derfor må begrepet ”styring og kontroll” som brukes i Internkontrollforskrift i helsetjenesten (2002) og en rekke overordnede dokumenter for helsetjenesten, omfatte alle disse tre prosessene som Juran har i sin modell, og jeg velger å bruke Jurans triade og de grunnleggende elementene i internkontrollforskriften i det videre arbeid.

Mange av disse elementene som kvalitetsteoretikere har beskrevet har myndighetene altså beskrevet i forskrift som helseforetakene er pålagt å følge, for eksempel finner man i internkontrollforskriften krav om både beskrivelse av hovedoppgaver, mål, ansvar og nødvendige prosedyrer, ”tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen”(Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Disse elementene brukes for å oppnå styring og kontroll med kvalitet, og de føyer seg inn på plass i Helse Sør Øst sin beskrivelse av God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010), men gjenspeiler til dels også i NPM-prinsipper, som for eksempel målstyring. Under den managerialistiske søyle som Klausen beskriver (Busch et al., 2011) finnes prinsipper for blant annet strategisk ledelse, og herunder en rekke konsepter som for eksempel Total Quality Management(TQM), og Business Process Reengineering(BPR) som inspirerte til for eksempel Patient Process Reengineering ved Leicester Royal Infirmary, NHS, England, og Pasientfokusert Redesign som det ble kalt i norsk versjon (Ringerike sykehus, 2001). Et av fem hovedelementer som Hernes trekker frem er kvantitative resultatmål med omfattende systemer for rapportering og kontroll (Hernes, 2007), som er tilsvarende bruk av for eksempel kvalitetsindikatorer, det vil si kvalitetsstyringsinformasjon, i et kvalitetssystem som bygger på Jurans triade. Konkurransetsetting og frie forbruksvalg blir i helsetjenesten til ”Fritt sykehusvalg”.



På hjemmesiden til ”Fritt sykehusvalg” finnes link til den offentlige helseportalen ”helsenorge.no”(Helsedirektoratet, 2011) som publiserer sykehusenes resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer. Det innebærer at sykehusene må planlegge for kvalitet, følge opp egne kvalitetsindikatorer og arbeide med forbedring for å øke sannsynligheten for å bli valgt. Ikke nok med det, dersom et sykehus tiltrekker seg pasienter fra andre sykehus’ opptaksområde sikrer stykkprisfinansieringens regler at sykehuset får nesten dobbelt så godt betalt for disse pasientene. Det innebærer at konsekvensen av god kvalitet, målt og publisert kan gi bedre økonomi for sykehuset. Styring og kontroll med kvalitet kan sies å omfatte de samme hovedelementene som styring og kontroll med virksomheten som helhet, og systematikken fra Corporate governance og prinsipper fra NPM-tradisjonen kan kjennes igjen også i beskrevne kvalitetssystemer.

## ***2.6 Beslutningsmodeller***

Heleforetakets styre er en del av organisasjonen ”helseforetaket” og har som sin oppgave å vurdere og å ta beslutninger i saker som gjelder virksomheten. Når jeg skal undersøke hvordan styret arbeider, er det derfor et spørsmål om hva som foregår i styret når beslutninger skal treffes. Beslutningsarbeid kan sees som prosesser som involverer valgmuligheter, avstedkommer avveininger og resulterer i et valg eller en beslutning. Beslutningsprosesser fungerer i teorien etter ulike modeller(Bakka, Fivelsdal og Nordhaug, 2004). I en byråkratisk modell kan en tenke seg flere typer mål, hvor også etterlevelse av regler kan være mål. Den byråkratiske beslutningsmodellen er bygget for å kunne fungere også ved mangelfull kunnskap, og prosessene som initieres kan være ”programmer” eller standard prosedyrer. I en anarkisk modell er målene preget av uklarhet, inkonsistens og tilfeldighet. Arbeidet preges av uklare sammenhenger, ad hoc prosesser og ustabil deltakelse. Beslutninger er preget av tilfeldigheter, og verdigrunnlaget er samspillet i seg selv og antibyråkratiske holdninger. Den rasjonelle modellen bygger på at beslutningstakerne forholder seg til klare konsistente mål som det er enighet om. For å ta beslutning har man tilgang på full eller fyldestgjørende informasjon. Det er orden i arbeidsmåten slik at alle som skal vite vet, og alle som skal delta er involvert. Resultatet skal være det beste man kan få til, alle ting tatt i betraktning, altså en optimalisering. Konsensusvedtak, der alle har bidratt til å etablere en ny felles virkelighetsforståelse gjennom å bidra med sitt syn og sin kunnskap, kan være et eksempel på beslutningsarbeid i en rasjonell modell.

Verdigrunnlaget er måloppnåelse, men også kostnadseffektivitet. Herbert A. Simon (Simon, 1957) kritiserer den rasjonelle beslutningsmodellen for manglende realisme, fordi rasjonalitet krever komplett viten og kjennskap til konsekvensene av beslutninger. Men i en kompleks virkelighet er komplett viten om alle forhold som spiller inn urealistisk, og kjennskap til konsekvenser vil alltid være fragmentarisk (Bakka et al., 2004). Den politiske modellen for beslutningsarbeid beskriver en litt annen prosess. Beslutningstakerne har i utgangspunktet klare mål og interesser, men delvis motstridende. For eksempel ved at individer i et forum representerer ulike interessegrupper eller politiske partier. Beslutningsarbeidet blir gjerne til forhandlingssituasjoner, og de ulike partene kan sitte inne med ulik informasjon eller bakgrunnskunnskap som ikke nødvendigvis kan brukes til å bygge felles virkelighetsforståelse for å oppnå konsensus. Beslutningsprosessene kan bli svingende og konfliktpreget (også kalt "krangling") Resultatet er gjerne at flertallet vinner og mindretallet taper en avstemming, eller at man inngår kompromiss hvor ingen vinner og den optimale løsningen blir uoppnåelig. Prosessene blir lett preget av kamp og konflikt. Helseforetak er komplekse kompetansevirksomheter og skal styres etter prinsipper om god virksomhetsstyring. For mitt formål som er å finne ut av hvordan styring og kontroll med kvalitet foregår på øverste nivå i helseforetak, kan det være interessant å sammenligne funn med det som beskrives som den rasjonelle modellen, men også, på grunn av styrets sammensetning; den politiske modellen.

## ***2.7 Oppsummering av tenketradisjon og teori***

Teoriene som her er presentert danner bakteppe for styringsmodellen som Helse Sør-Øst har valgt å beskrive i sitt styrende dokument God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010). Noen av prinsippene som stammer fra New Public Management tradisjon finnes igjen i styringsmodellen for helsetjenesten. For eksempel er mål- og resultatstyring det overordnede styringsprinsipp i staten og brukes i alle helseforetak. Føringen er lagt allerede i helseforetakslovens § 1 (helseforetaksloven, 2001) der helseforetakenes formål og overordnede målsetting fremgår. Formuleringen fra denne formålsparagrafen går igjen i det styrende dokument for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (Helse Sør-Øst, 2010). Krav til resultat er fremtredende og kommer til uttrykk i omfattende rapporteringsrutiner i helseforetak og videre til regionalt helseforetak og departement. Et annet trekk fra NPM-tradisjonen som går igjen er prinsippet om profesjonsnøytral

ledelse. Vi ser at helseforetakenes øverste ledelse og styrene for helseforetakene er bemannet med personer som ikke alltid har faglig bakgrunn fra den virksomheten de leder. Prinsipper og modeller fra Corporate governance er i stort omfang realisert i styringsmodellen ved at styringen er satt i et system der det fremgår hvem som har ansvar og ledelsesansvar for hva, hvilke mål- og strategiprosesser som skal gjennomføres, hvordan rapportering skal foregå og hvilke andre styrings og kontroll verktøy som skal brukes. Internkontrollforskrift i helsetjenesten (2002) er et eksempel på administrativ tradisjon der det likevel er satt opp spesifikke regler for hvordan virksomhetene skal sikre styring og kontroll med kvalitet. Jurans triade (Schreiner, 2004) er relevant fordi myndighetene med internkontrollforskriften har gitt legitimitet til alle de tre delsystemene som Juran beskriver: et planleggingssystem med målsetting og strategiarbeid, et system for innhenting og oppfølging av styringsinformasjon og systematisk forbedringsarbeid. Disse ulike prosessene henger nært sammen og er i følge Juran alle nødvendige for å ha styring og kontroll med kvalitet. Beslutningsmodellene som er trukket frem i teorikapittelet er referert fordi jeg undersøker hvordan helseforetaksstyret arbeider og tar beslutninger, og dette arbeidet kan tenkes gjort på ulike måter.

### 3 Kontekst og bakgrunn

Staten overtok eieransvaret for norske sykehus i 2002 og det ble med Lov om helseforetak (Helseforetaksloven, 2001) vedtatt at det opprettes regionale helseforetak som skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, i henhold til §1.1 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Det legges til rette for at tjenesten organiseres som helseforetak med presisert målsetting: ”likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt at det skal legges til rette for forskning og undervisning”.

Organiseringen og ansvarsfordelingen i spesialisthelsetjenesten er beskrevet av regjeringen i NOU 2003-34, ”Mellom stat og marked” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2003). Arbeidsmåten innebærer at departementet gir de regionale helseforetak (RHF) et overordnet oppdrag i det såkalte Oppdragsdokumentet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). RHF’et i sin tur fordeler oppdrag og ressurs til sine underliggende Helseforetak(HF) i et Oppdrags- og bestillerdokument (Helse Sør-Øst, 2013).

#### 3.1 Nasjonale føringer

Utgangspunkt for Virksomhetsstyring i regionalt helseforetak er regjeringens prinsipper for godt eierskap beskrevet i Mellom stat og marked (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2003). Eierstyring beskrives i kapittel 4.2.2 og Corporate governance i kapittel 4.2.3. Regjeringen beskriver at staten setter de overordnede mål og styrene i helseforetakene er ansvarlig for realisering. Styret i den enkelte virksomhet skal ivareta en uavhengig kontrollfunksjon overfor virksomhetens daglige ledelse på vegne av eier. Det skal altså styres mot mål som er gitt av eier, og styrets ansvar for realisering innebærer at spillerommet for politisk styring er begrenset i utgangspunktet. Virksomhetenes spillerom er også begrenset av lover og forskrifter, men i prinsippet kan ulike *midler* for å oppnå målet vurderes, med mindre eier bestiller en bestemt fremgangsmåte. For eksempel kan man tenke seg at staten bestiller økonomisk balanse fra RHF’et uten å blande seg inn i om man velger sentralisering eller desentralisering som middel, med mindre dette blir til en nasjonalpolitisk debatt om sentralisering eller desentralisering. Helse Sør Øst har mener å arbeide etter et prinsipp om at man ”sentraliserer det man må og desentraliserer det man kan”(Helse Sør-Øst, 2008), underforstått; man sentraliserer det som må sentraliseres for å opprettholde faglig

standard eller kvalitet, men desentraliserer tilbud som kan opprettholde faglig standard selv om tjenesten ligger til for eksempel lokalsykehus. Dette for å sikre et annet overordnet mål, nemlig tilgjengelighet. Dette er typisk NPM tankegang, som innebærer at man ivaretar det prinsipielle øverst i hierarkiet og den praktiske gjennomføring i de operative enhetene. Utfordringen blir å sikre kontroll til tross for den store avstanden mellom beslutnings- og utførernivå. Konsekvensen av kontrollbehovet er flere revisjonsnivåer og resultatrapporter sendes fra nivå til nivå oppover i hierarkiet. Både RHF-styret og HF-styret har lite spillerom for politisk styring av helsetjenesten i eget ansvarsområde fordi de overordnede føringer for god virksomhetsstyring i offentlig helsetjeneste er lagt, organisering er gitt, mål og krav til resultatrapportering er også det (Helse Sør-Øst, 2013). Men styrets selvstendige ansvar for kontroll med virksomheten er definert, og det er viktig at styret følger opp dette (Helse Sør-Øst, 2010). Noe annet er likevel den regionale kontroll som er etablert ved at politikere oppnevnes i HF-styrene. Mål er satt og valg av midler er begrenset av økonomi, krav til resultatstyring, lovregulering av faglig utøvelse, krav til arbeidsmiljø og forskrifter av ulike slag, for eksempel internkontrollforskrifter for Helse Miljø og Sikkerhet og Helse- og omsorg. Likevel er helsetjenesten så komplisert og kompleks, at man ikke uten videre kan si at virksomheten er ”gjennomregulert”. Det finnes ennå handlingsrom og valgmuligheter når middel og metode til måloppnåelse skal velges.

### **3.2 Lov om helseforetak**

Helseforetakenes formål er gitt i Helseforetaksloven, § 1 og er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning (Helseforetaksloven, 2001). Helseforetakslovens formål omfatter også å bidra til oppfyllelse av målsettinger nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og Pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven, 1999). Kapittel 5 beskriver foretaksmøtet hvor eier utøver den øverste myndighet i foretak. Dersom eier har flere underliggende helseforetak, kan det avholdes felles foretaksmøte. Departementet utøver sin eierstyring gjennom et foretaksmøte med det regionale helseforetaket i løpet av årets to første måneder. Eiers overordnede styringskrav og resultatkrav fremlegges i dette møtet. Det regionale helseforetak holder foretaksmøte med de underliggende helseforetak etter samme prinsipp. Og på samme

måte som departementet gir det regionale helseforetak et skriftlig oppdragsdokument, gir RHF'et Oppdrags- og bestillerdokument til det enkelte helseforetak. Kapittel 6 i Helseforetaksloven omhandler foretakets styre og daglig ledelse, og slår fast at et helseforetak ledes av et styre og en daglig leder. Styret ledes av en styreleder og arbeider ved å behandle saker i møter der daglig leder også møter opp. Det føres protokoll for hvert styremøte. Møteleder har dobbeltstemme ved stemmelikhet. Minst halvparten av medlemmene må være tilstede for at styret skal ha vedtakskompetanse. Kapittel 7 i loven omhandler styrets oppgave og kompetanse. Styret har ansvaret for forvaltningen av foretaket, og derunder ansvar for en tilfredsstillende organisering av virksomheten. Styret skal holde seg orientert om virksomheten og føre tilsyn med at den drives i samsvar med formålet som omfatter målsettinger nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1. I § 34 i Helseforetaksloven presiseres det også at det regionale helseforetaket skal utarbeide en årlig melding som forelegges departementet. Meldingen skal omfatte virksomheten i de helseforetak som det regionale foretaket eier. HF-styret behandler en resultatrapport som er årlig melding fra virksomheten v/daglig leder. Denne årlige meldingen rapporteres videre til eier v/RHF, som sammenstiller årlig melding fra alle sine virksomheter i sin egen rapport til departementet i henhold til § 34.

### ***3.3 Virksomhetsstyring i Helse Sør Øst***

Helse Sør Øst sitt styrende dokument "God virksomhetsstyring,"(Helse Sør-Øst, 2010) bygger på eier, det vil si Helse- og Omsorgsdepartementet(HOD)s krav i foretaksmøtet 2004, til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring som skal gi rimelig sikkerhet for at virksomhetene oppfyller lovkrav og øvrige myndighetskrav.

#### **3.3.1 Hensikt og definisjon**

I forordet til dokumentet sier Bente Mikkelsen: "Dokumentet er ment å være en støtte til alle som har ansvar for intern styring og kontroll på alle ledelsesnivåer innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst"(Helse Sør-Øst, 2010, s.2). Hun presiserer videre at omforent forståelse og etterlevelse av prinsipper og metoder for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll skal sikre måloppnåelse. I Helse Sør Øst har man valgt å definere virksomhetsstyring som styring og kontroll på samme måte som "Corporate governance", et begrep som oversettes med "virksomhetsstyring", og det vises til

OECD<sup>6</sup> sin definisjon av begrepet: ”Corporate governance is the system by which the companies are directed and controlled, in the interest of shareholders and other stakeholders, to sustain and enhance value”, et sitat fra kap.3, God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010, s.8).

### **3.3.2 Elementer i virksomhetsstyringen**

Prinsippene for virksomhetsstyring omfatter mål- og resultatstyring inklusive bruk av regelmessig informasjon (rapportering) for å sikre styring, kontroll og læring. For at virksomhetsstyringen skal være effektiv har man også forutsatt at det er etablert internkontroll i henhold til forskriften (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002). Det skal gi rimelig sikkerhet for etterlevelse av lover og regler, og for oppfyllelse av målsettingene. Internkontroll blir dermed viktig system for å sikre både styring og kontroll, samtidig skal risiko i virksomheten skal være identifisert og håndtert gjennom et fungerende system for risikostyring. HSØ setter dette sammen i en kontinuerlig syklus med rekkefølge; planlegge, gjennomføre, evaluere, korrigere, altså samsvarende med Demings forbedringssyklus(PDSA). Hvordan disse elementene ivaretas i en årlig syklus er illustrert i figur 5, som er et utklipp fra dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010, s.8). Dokumentet inneholder også en skjematisk illustrasjon av hva slags aktiviteter i virksomheten som er knyttet til elementer i god virksomhetsstyring, se figur 6 (Helse Sør-Øst, 2010, s.10).

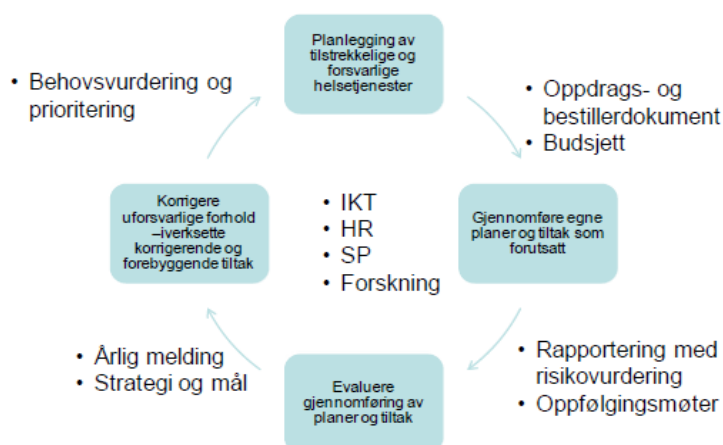
---

<sup>6</sup> The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) is an international economic organisation of 34 countries founded in 1961

Med **virksomhetsstyring** menes ”prosessene og aktivitetene som det regionale helseforetaket og helseforetakene gjennomfører for å

- Sette mål
- Definere oppgaver for å nå målene
- Måle resultater mot målene
- Bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten”.

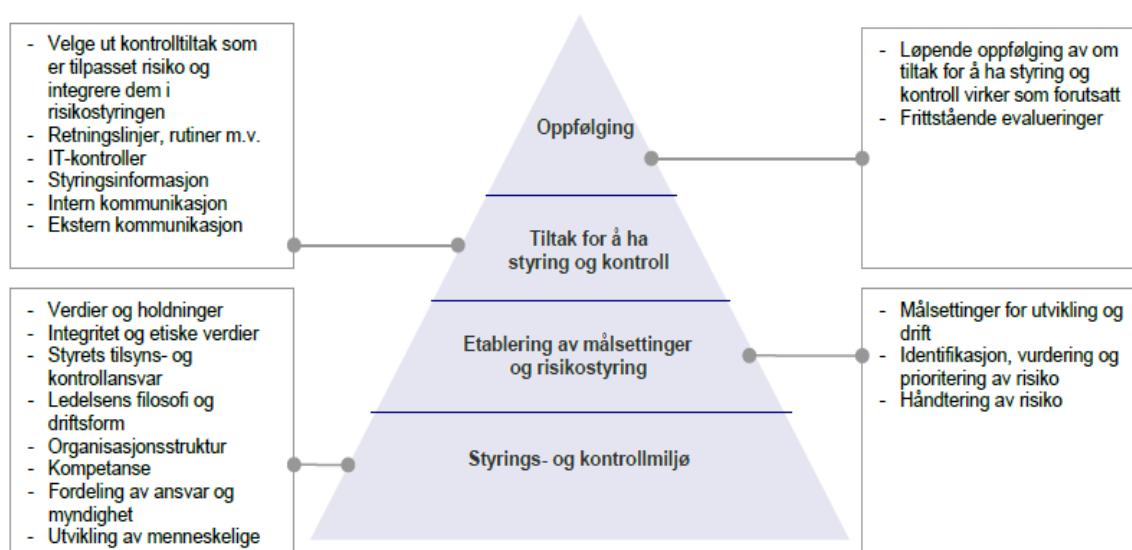
Sett i forhold til en årssyklus kan dette illustreres slik:



Figur 2 Illustrasjon årssyklus

Figur 5 Årssyklus i virksomhetsstyring, utklipp fra God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010, s.8)

I dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) finnes også en forenklet fremstilling av oppbyggingen med hovedelementer og tilhørende aktiviteter for intern styring og kontroll:



Figur 6 Hovedelementer og tilhørende aktiviteter for intern styring og kontroll, utklipp fra God virksomhetsstyring, (Helse Sør-Øst, 2010, s.10)



Det presiseres at disse elementene henger innbyrdes sammen og at intern styring og kontroll må være en gjennomgående og kontinuerlig prosess som utføres av mennesker på alle nivå i organisasjonen. Om organiseringen, som her kommer til å utgjøre en del av styrings- og kontrollmiljøet er det skrevet: ”Organiseringen sikrer en hensiktsmessig, effektiv og målrettet kontrollstruktur hvor tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak for å ha styring og kontroll med virksomheten (....) tydelig ansvars plasseres hos henholdsvis linjen og stabene” sitat fra God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010, s.11).

### 3.3.3 Styring og kontroll

”For å ha betryggende styring og kontroll med at virksomheten i foretaket gjennomføres som forutsatt, må det være utarbeidet og satt i verk tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak som understøtter god virksomhetsstyring. Med tiltak for å ha styring og kontroll menes systemer, rutiner og aktiviteter som skal sikre at virksomheten i foretaket gjennomføres som forutsatt” (Helse Sør Øst, 2010) pkt.4.3 s.11. Tiltakene kan være forebyggende eller korrigerende. Målsetting inngår som en forutsetning foran tiltak for styring og kontroll, dvs uten målsetting er ikke styring relevant, men prosessene for å holde styring og kontroll er annerledes enn prosessene for å sette mål. I dokumentet ”God virksomhetsstyring” (Helse Sør Øst, 2010, kap.4.3) gis disse eksemplene på tiltak for oppfølging:

- ”Controlling” av økonomiområdet
- Monitorering av pasientbehandlingen ved bruk av ulike typer verktøy
- Resultater fra systemkontroller som gir kontinuerlig overvåking (av fristbrudd)
- Analyse av melde- og avviksrapportering med henblikk på ”røde lys”

Konsernrevisjonens ansvar og oppgaver følger av Helseforetaksloven § 37 a. (Helseforetaksloven, 2001) Styret for Helse Sør-Øst RHF har oppnevnt konsernrevisjonen og fastsatt instruks. Helseforetaksstyret og daglig leder skal henholdsvis å se til og sørge for at det er etablert god intern styring og kontroll med virksomheten. Konsernrevisjonen skal på vegne av styret i det regionale helseforetaket, kontrollere at virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll faktisk er etablert, og om de virker som forutsatt. Konsernrevisjonen kommuniserer med daglig leder og skal slik bidra til forbedring av disse prosessene. De skal gå systematisk til

verks slik at årsakssammenhenger og konsekvenser knyttet til feil og mangler avdekkes og konsernrevisjonens arbeid kan bidra til læring og forbedring.

### **3.3.4 Veileder for styrearbeid i helseforetak**

I tillegg til det styrende dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) har Helse Sør Øst sammen med de øvrige regionale helseforetak etablert en Veileder for styrearbeid i helseforetak (Helse Sør-Øst, 2011) som bygger på dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) og retter seg mot helseforetaksstyrenes oppgave. Dokumentet tar for seg grunnlaget for oppgavene og deretter styrets sammensetning, rammer og viktige oppgaver for styrene, Praktisk styrearbeid. Og gir en over sikt over sentrale dokumenter og relevante lover og forskrifter.

### **3.3.5 Prinsipper fra NPM som gjenfinnes i virksomhetsstyringen**

Eierrolle og utøverrolle tydeliggjøres gjennom Corporate governance systemet for organisering av virksomhetens ressurser og oppgaver (Helse Sør-Øst, 2010). Noen av de grepene som er gjort ved omorganiseringen etter helsereformen i 2002, er tydelig preget av NPM-prinsipper for management/ledelse. Målstyringsprinsippet ved at man gir overordnede føringer og mål gjennom Oppdrags- og bestillerdokument og videre i driftsavtaler, helt ned på avdelingsnivå. Man har lagt til rette for noe markedsorientering, også dette i tråd med NPM-tradisjonen, ved at helseforetakene til en viss grad konkurrerer om å få behandle pasienter og at kvalitetsindikatorer brukes i markedsføringen. Den nåværende regjering planlegger sågar å gjøre finansieringen avhengig av disse kvalitetsindikatorer. I tillegg legges det fra øverste hold opp til et gjennomgående system for måling og rapportering av kvantitative resultater, så som hvor mange av hva slags behandlinger produseres og det følges nitid opp hvor mye ressurser som medgår til denne produksjonen, altså resultatstyring.

Ettersom styringsmodellen (Helse Sør-Øst, 2010) refererer seg til Lov om helseforetak (Helseforetaksloven, 2001) kan man si at de føringene som er lagt på styrets sammensetning inngår i modellen. Flertallet i styret er eieroppnevnte med politikk som bakgrunn (Soria Moria 1, 2006), man kan dermed si at også prinsippet om profesjonsnøytral ledelse (Hernes, 2007) er gjort gjeldende i styringsmodellen.

### **3.4 Oppdrag og bestillerdokument 2013**

Eier av helseforetakene er det regionale helseforetaket, og jeg ser nærmere på hva Helse Sør-Øst bestiller fra sine helseforetak som følge av den bestillingen de har fått fra departementet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Like foretak får i stor grad likelydende bestillinger i tillegg til at enkelte foretak har ansvar for å levere spesielle tilbud til hele regionen. De overordnede kvalitetskravene er de samme.

Bestillerdokumentet er rettet mot helseforetakenes konkrete oppgaver og aktiviteter. Innledningsvis slås det fast at virksomheten er basert på lover (Helseforetaksloven, 2001, Pasientrettighetsloven, 1999 og Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og forskrifter. Det kreves at virksomheten har dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Og det kreves at nasjonale og regionale strategier, mål og styringskrav følges opp og gjenspeiles i helseforetakets oppfølgingsplaner og rapporteres i måneds- og tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakets årlige melding. Systemet er ikke helt statisk, da innledningen avsluttes med en passus om at det må påregnes at det i løpet av 2013 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap som skal integreres i styrings- og rapporteringssystemene.

#### **Bestilling fra eier**

Helseforetakene i Helse Sør-Øst får Oppdrags- og bestillerdokument som er bygd over samme lest selv om konkret innhold i de ulike helseforetakene varierer noe i omfang og type behandlingstilbud med mer, så er for eksempel kravet til kvalitet på tjenesten, gjennomgående. Jeg gir derfor en generell beskrivelse av hvordan et bestillerdokument til helseforetak i Helse Sør-Øst ser ut. Etter innledningen følger et kapittel med oversikt over tildeling av midler til driften, deretter et kapittel med krav til aktivitet; hvor mange pasienter skal behandles for de tildelte midler.

I kapitlet ”Oppdrag 2013” fremlegges Helse Sør-Øst sin visjon, overordnet målsetting og satsingsområder for dette året. Helse Sør-Øst sin visjon er ” Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi” (Helse Sør-Øst, 2013, kap.4) og for 2013 er det uttrykt 5 overordnede mål for å understøtte organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet. To av disse som går igjen som krav til alle helseforetak i Helse Sør Øst vil jeg bruke i min undersøkelse som eksempel eller indikator på hvordan helseforetakets styre arbeider for styring og kontroll med kvalitet:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er mindre enn 65 dager.
- Sykehusinfeksjoner<sup>7</sup> er redusert til under 3 %.

Oppdraget 2013 inneholder for øvrig en oversikt over de behandlingstilbud som helseforetaket skal yte, og dessuten krav om tilgjengelighet, brukerorientering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Utdanning av helsepersonell samt Forskning og innovasjon inngår også i oppdraget.

I kapitlet ”Resultatkrav og oppfølging 2013” beskriver eier hva som skal følges opp med rapportering, internkontroll og risikovurdering.

### **Rapportering til eier**

Siste kapittel i Oppdrag og bestilling til helseforetak er viet oppfølging og rapportering. Det angis hvilke styringsparametre som det skal rapporteres på tertial- og månedsvis. På denne måten følger eier opp virksomhetens oppfyllelse av krav til produksjon, kvalitet, økonomisk resultat, likviditet og kapitalforvaltning, og dessuten krav knyttet til nasjonalt samarbeid, informasjonsteknologi, internkontroll med virksomheten og risikostyring. Det bestilles dermed en årlig melding som skal dokumentere at oppdrag og bestilling er utført.

I den årlige meldingen legges det opp til bred rapportering av virksomhetens kvalitet på definerte områder. Rapporteringen er styringsinformasjon som omfatter nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til behandling av pasienter som rammes av for eksempel slag, hjerteinfarkt, eller lårhalsbrudd, og overordnede kvalitetsindikatorer som er prioritert fra eier, så som ventetider, fristbrudd og infeksjoner, men også ulike indikatorer for kvalitet på de pasientadministrative prosessene, som for eksempel hvor lang tid det tar å behandle en henvisning til sykehuset fra pasientens fastlege. Etablering av tiltak i forbindelse med pasientsikkerhetsprogrammet skal også rapporteres. Det legges betydelig vekt på virksomhetenes rapportering på kvalitetsområdet, og en rekke av resultatene fra denne rapporteringen publiseres på internett (Helsedirektoratet, 2011).

### **Presisering av styrets ansvar**

I kapitlet ”Resultatkrav og oppfølging 2013” omtales helseforetakenes forvalteransvar og helseforetakstyrets overordnet ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester.

---

<sup>7</sup> Sykehusinfeksjoner kalles pr.2014 for Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

Bestillerdokumentet for helseforetakene som får sin legitimitet fra helselovgivning, nasjonal helsepolitikk og styringsmodellen (Helse Sør-Øst, 2010) og gjelder hele virksomheten, hvilke helsetjenester som skal skapes, i hvilket omfang, til hvilken kvalitet og innenfor hvilke rammer. For min problemstilling er det dermed synliggjort at ikke bare dokumentet ”God virksomhetsstyring”, men også bestillerdokumentet presiserer og konkretiserer krav til virksomhetens styring og kontroll med kvalitet.

### ***3.5 Styrets oppgave og funksjon***

Helseforetakets styre er en del av helsehierarkiet som ofte får oppmerksomhet fra offentligheten, det vil vanligvis si fra lokal media, men også fra ansatte og ledere i virksomheten, fordi styrets beslutninger og meninger antas å ha betydning for hvordan virksomheten fungerer og beslutningene kan ha konkrete konsekvenser. Deres arbeid oppfattes som viktig for hvordan det går med det enkelte sykehus. Det regionale helseforetaket er opprettet etter vedtak av regjeringen, Kongen i statsråd ved helseforetaksloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Styret i det regionale helseforetaket oppnevner helseforetakenes styre, med styreleder og styremedlemmer. Inntil en tredjedel og minst to av styrets medlemmer med vara medlemmer, velges av og blant de ansatte i henhold til § 21 og § 23 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Styremedlemmenes faglige bakgrunn varierer, mange har politisk bakgrunn og mange har helsefag/medisin som faglig bakgrunn.

#### **Styrets sammensetning**

I Veileder for styrearbeid i Helse Sør-Øst (Helse Sør Øst, 2011, kap.3.2) står det blant annet at styret må ha en kompetanse som står i forhold til oppgavene, og skal kunne bidra til å balansere ulike interesser. Styret skal kunne ta en aktiv rolle for å drifte og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Styrene for helseforetakene består derfor av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattes valgte styremedlemmer. Styreleder og nestleder er eieroppnevnt, og et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte. I regjeringserklæringen Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09 (Soria Moria 1, 2006), heter det i et av punktene at ”et flertall av styremedlemmene i helseforetakene skal oppnevnes blant de foreslåtte folkevalgte fra henholdsvis kommune eller fylkeskommune”.

Det legges vekt på at styret har en bredde både geografisk, partipolitisk og aldersmessig, samt ivaretar kravet til kjønnsmessig balanse i henhold til Lov om likestilling mellom kjønnene (Likestillingsloven, 2013, § 21). I vedtektene for helseforetakene heter det også at inntil fire styremedlemmer skal velges av og blant de ansatte (Helseforetaksloven, 2001, § 23). Innledningsvis i veilederen, (Helse Sør-Øst, 2011, kap.3.2) står det også ”Det forventes videre at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for både å bringe inn nødvendig kunnskap fra, og formidle informasjon til relevante interessenter/miljøer.”

Med bakgrunn i helseforetaksloven (Helseforetaksloven, 2001) og styringsmodellen (Helse Sør-Øst, 2010) er det gitt egen instruks til hvert av helseforetakenes styrever. I denne instruksjonen beskrives både styrets sammensetning, arbeidsmåte, og krav til egnevaluering med mer. Ordlyden er litt forskjellig fra styre til styre, men siden instruksjonen er hjemlet i lov om helseforetak har de hovedelementene til felles.

### **Styrets arbeid**

Styret utfører vanligvis sitt arbeid i månedlige møter, og i forberedelser til disse. Styret treffer sine beslutninger i styremøter, og styrevedtak dokumenteres i protokoll etter møtet. Bakgrunnen for vedtakene fremgår av saksdokumentene som følger innkalling til hvert styremøte. Styret skal være et kollegialt organ hvor styrelederen ikke har instruksjonsmyndighet, og det enkelte styremedlem skal ikke representere bestemte interesser eller grupper i behandlingen av styrets saker (Helse Sør-Øst, 2011).

Helseforetakets leveranse blir også fulgt opp på andre måter. Konsernet, det regionale helseforetaket har en egen revisjonsenhet som er beskrevet i dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010). Konsernrevisjonens arbeid er et stort og systematisk bidrag til styring, kontroll og forbedring i helseforetakene. Revisjonens fokus er oppfyllelse av krav til virksomheten som er gitt gjennom lov og forskrift. Resultat og oppfølging av revisjonens funn, kan være tema i styremøtene, og skal også være bidrag til måloppnåelse på kvalitetsområdet i bestilling fra eier.

Kvaliteten på helsetjenesten er kritisk; bedre kvalitet gir bedre uttelling for skattebetalernes penger og bedre helsehjelp til folket. Derfor er det interessant å studere hvordan styret styrer kvaliteten.

Styret har et overordnet ansvar for virksomheten (Helse Sør-Øst, 2010), både produksjon, kvalitet, økonomi, samhandling osv. kan være tema i styremøtene (Helse Sør-Øst, 2011). Men dette er alt sammen områder der virksomheten er bemannet med ledere og staber som planlegger, utfører, sjekker, rapporterer og forbedrer ved behov. Det som er styrets mest særegne rolle er derfor at styret skal føre tilsyn på vegne av eier, det vil si følge opp virksomheten, etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene og at det gjøres forbedringer der det trengs. Resultatet og merverdien av styrets arbeid skal i følge styringsmodellen og de konkrete styreinstruksene være at:

- ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet ivaretas
- budsjett og planer for foretakets virksomhet fastsettes og vedtas
- styret er orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling
- styret påser at virksomheten etablerer intern styring og kontroll

Det betyr at styret ikke utfører konkrete oppgaver selv, men at utredninger og saksfremlegg fremskaffes av daglig leder ved hjelp av den kompetanse som finnes i virksomheten. Styret sluttbehandler, vedtar, omformulerer, tilføyer, avviser eller ber om ytterligere saksopplysninger før de kan treffe vedtak. Det betyr at styret kontrollerer styringsinformasjonen og verifiserer planer for drift og utvikling, og forsterker på den måten de overordnede styringssignaler.

### ***3.6 Oppsummering i en "idealmodell"***

Det er særlig Helseforetaksloven (Helseforetaksloven, 2001), som sammen med dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) og styreinstruks fra helseforetak i Helse Sør Øst er bestemmende for hvordan helseforetaksstyret skal arbeide for at virksomheten skal oppnå de mål som er gitt i Oppdrag og bestillerdokument til helseforetakene i Helse Sør-Øst (Helse Sør-Øst, 2013) og for å føre tilsyn med at virksomheten har internkontroll i henhold til Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002). Jeg refererer ikke de undersøkte styrenes instruks da anonymiteten med det ville gått tapt. Jeg velger derfor å oppsummere kontekstkapittelet i en slags idealmodell for å kunne sammenligne mine funn med denne.

### **Hovedmålsetting for styrearbeidet**

Helseforetakets styre er selskapets øverste utøvende organ, med ansvar for forvaltningen av selskapet. Styret og dets medlemmer skal ivareta de interesser som tjener helseforetaket best. Styret er et kollegium og utfører sine oppgaver som et kollegium.

### **Hensikt**

Eier skal ha rimelig sikkerhet for at det er etablert god internkontroll, det vil si sikkerhet for at foretaket når fastsatte målsettinger, har pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlever lov- og regelverk. Det skal føres tilsyn med daglig leder og virksomheten på vegne av eier.

### **Sammensetning og plass i organisasjonen**

Eier, det regionale helseforetaket oppnevner styrets medlemmer og styreleder. Styret skal ha minst 7 medlemmer hvorav minst 2 og inntil 1/3 av medlemmene skal være ansattes valgte representanter. Styret bør ha en bredde både geografisk, partipolitisk og aldersmessig, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse (likestillingsloven § 21). Styrets medlemmer skal ikke representere interessegrupper, men skal utføre sine oppgaver som et kollegium (Helse Sør-Øst, 2011).

### **Styremedlemmenes rettigheter og plikter**

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker, og har de samme rettigheter og plikter, bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder. Hvert enkelt styremedlem og daglig leder har plikt til å legge frem all informasjon som er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder ens egen vurdering.

### **Hovedoppgaver**

Styrets oppgaver og kompetanse, fremgår i helseforetaksloven kapittel 7 og i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

- Helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold
- Strategi og mål for virksomheten
- Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.
- Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28, 3. ledd.



### **Oppgaver knyttet til styring og kontroll med kvalitet**

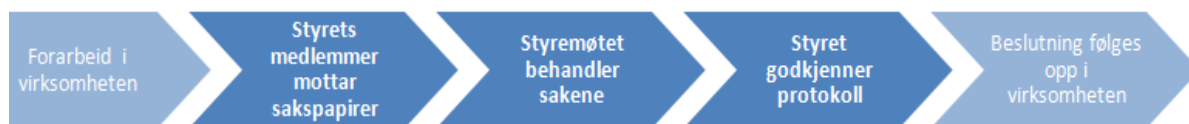
- Mål, strategi og planer for kvalitet i virksomheten
- Kontroll med styringsinformasjon fra kvalitetsområdet
- Førre tilsyn med virksomhetens internkontroll og se til at det skjer forbedring og utvikling.

### **Virksomhetsstyring**

Styret skal påse at foretaket etablerer og gjennomfører intern styring og kontroll av virksomheten for å forebygge, forhindre og avdekke svikt. Dette omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomfører for å sikre målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon samt overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav. Intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt, herunder å følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

### **Arbeidsmåte og struktur for styrearbeidet**

Det fremgår av styrets instruks og ”Veiledning for styrearbeid i helseforetak” (Helse Sør-Øst, 2011) hvordan helseforetaksstyrets arbeid skal struktureres. Styret har oppgaver som strekker seg fra strategi og målsetting tidlig på året gjennom oppfølging og styring underveis og til slutt årsrapportering. Det settes derfor opp en årsplan for styrearbeidet, som omfatter ca 10 ordinære styremøter pr år. Innkalling sendes fra styreleder som setter opp agenda i samråd med daglig leder. Innkalling sendes senest 5(-7) dager før møtet og omfatter en dagsorden, dokumentasjon som gir behandlingsgrunnlag for saker på dagsorden, og daglig leders forslag til vedtak. Styrets medlemmer forbereder seg ved å gå gjennom dokumentasjonen. Med bakgrunn i sin helhetlige kompetanse har det enkelte styremedlem plikt til å legge frem all informasjon som er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder ens egen vurdering (Helse Sør-Øst, styreinstruks). Arbeidsflyten i styret følger samme prosess fra styremøte til styremøte, som illustrert i figur 7.



Figur 7 Arbeidsprosess i styret

Denne arbeidsmåten er også et konsept som følger av behovet for styring og kontroll med styrets virksomhet, og er dermed en del av styringssystemet. At beslutningsprosessen skal være forutsigbar og dokumentert, følger også av byråkratiske forvaltningsprinsipper.

### **Beslutninger og dokumentasjon av styrets arbeid**

Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret. Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Dersom en beslutning ikke er enstemmig skal det angis hvem som har stemt for og i mot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

## 4 Undersøkelsen

I problemstillingen spør jeg om hvordan styret arbeider for å sikre styring og kontroll med kvalitet i virksomheten, om det arbeides som forutsatt i eller om det i praksis finnes avvik fra idealmodellen, og jeg spør om hva som egentlig er styrets bidrag til styring og kontroll med kvalitet. For å belyse problemstillingen har jeg planlagt og gjennomført en undersøkelse av hvordan styring og kontroll utføres i helseforetaksstyret som er bare ett av nivåene i helsehierarkiet. Jeg har valgt å se på HF-styrer i ett og samme RHF, nemlig Helse Sør Øst, og vil derfor kunne bruke den samme styrende dokumentasjon for alle deler av undersøkelsen min.

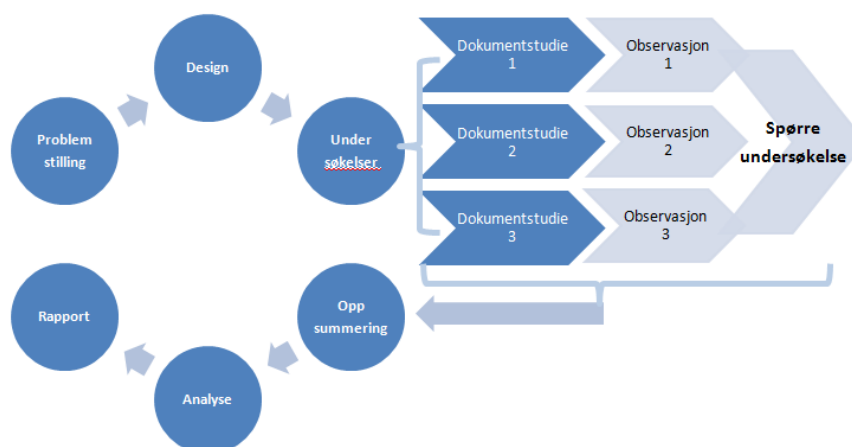
### 4.1 Design av casestudien

Analyseenheten er styremøtet og jeg undersøker 3 slike styremøter.

Undersøkelsesenheterne er observasjon, dokumenter og informanter. Arbeidsflyten i studien fremgår av figur 8. Designet innebærer dermed en såkalt ”triangulering”, dvs jeg undersøker analyseenhetene fra tre ulike innfallsvinkler:

- Observasjon av det utvalgte styremøtet i hvert av de tre HF-styrene, til sammen tre møter
- Dokumentgjennomgang, dvs gjennomgang av agenda og sakspapirer sendt ut før, og protokoll sendt ut etter hvert av de samme tre styremøtene
- Spørreundersøkelse til stemmeberettigede medlemmer i alle de tre styrene etter møtet

### Overordnet plan og design



Figur 8 Overordnet plan og design

### **Begrunnelse for valg av undersøkelsesenheter**

Valg av ulike undersøkelsesenheter er gjort for å få svar på problemstillingen, og fordi de ulike undersøkelsene kan gi forskjellig informasjon. Dokumentgjennomgangen gir meg oversikt over momentene som inngår i begrunnelsen for forslag til styrevedtak, og den informasjonen som styrets behandling hovedsakelig skal bygge på. Observasjonen gir meg informasjon om hvordan styret diskuterer og bidrar til endelig vedtak.

Spørreundersøkelsen er utformet for å gi meg svar på hva styrets medlemmer mener om styrets arbeid med styring og kontroll med kvalitet., altså en informasjon ut over det som dokumentstudie og observasjon kan gi.

## **4.2 Metode**

Jeg velger å gjøre en såkalt case-studie for å få svar på min problemstilling ved å utforske, beskrive og forsøke og forklare det jeg finner. En case-studie er en strategi som er egnet til å utforske eller analysere fenomener i den konteksten de faktisk befinner seg innenfor, og når kompleksitet og dybdeinformasjon er essensielle deler av det jeg er interessert i. Case-studien er også egnet fordi området jeg skal undersøke er utenfor min kontroll. Jeg kan ikke undersøke det valgte ”fenomenet” med for eksempel å justere enkelte variable og deretter studere resultatet av justeringen. Metoden gjør det mulig å studere et sammensatt fenomen fordi den tillater at man beholder helhetlige og meningsfulle karakteristika fra det virkelige liv, for eksempel innen ledelse og organisasjonsprosesser (Yin, 2009), og tillater at man bruker flere kilder til evidens for å belyse samme problemstilling fra ulike perspektiv.

Helseforetaksstyrets(HF-styrets) behandling av kvalitetsspørsmål, det vil si HF-styrets arbeid med styring og kontroll av kvalitet i helsetjenesten er min case. Dette arbeidet foregår hovedsakelig i helseforetakets styremøte som derfor er valgt som analyseenhet.

Helseforetakets styremøte er analyseenheten. Jeg har valgt å undersøke tre slike styremøter i helseforetak som er underlagt ett og samme regionale helseforetak, nemlig Helse Sør Øst. HSØ har etablert et system for virksomhetsstyring og de styrende dokumenter er gjort offentlig tilgjengelig, samtidig er innhold i styreinstruks for helseforetak er nokså like ettersom de bygger på lov om helseforetak(Helse- og

omsorgsdepartementet, 2001) og RHF'et styrende dokumenter. Styremøtene er åpne, sakspapirer og protokoll er også offentlige, med mindre noe er spesifisert "unntatt offentlighet". En stor del av informasjonen jeg trenger til å belyse problemstillingen min er altså lett tilgjengelig fordi både styremøter og dokumentasjon er offentlig. Helse Sør Øst har totalt 10 underliggende foretak hvorav 8 er helseforetak som omfatter de offentlige sykehusene i regionen. Hvert av disse helseforetakene har styrer som gjennomfører ca 10 ordinære styremøter årlig. Helseforetaksstyrene har en årsplan for hva som skal behandles når. Oppdrag og bestilling behandles tidlig på året, og oppfølging av kvalitet gjøres regelmessig gjennom årets ca. 10 styremøter. HF-styrene er ganske små grupper på 10-12 personer, jeg har derfor valgt å undersøke flere HF-styrer for å ha et litt større materiale og for å unngå at spesielle funn som bare er representativt for ett enkelt styre, skal forstyrre forståelsen av hvordan dette fungerer. Jeg velger å undersøke styremøter i helseforetak som omfatter offentlige sykehus, og henvendte jeg meg til styreleder for fire helseforetak i Helse Sør Øst med en kort informasjon om undersøkelsen samt en forespørsel om å få være tilstede og observere i et møte. Jeg presenterte også ønsket om svar på en spørreundersøkelse (se vedlegg 1). Tre av de fire forespurte styrelederne sa umiddelbart ja til å være med i studien min, den fjerde nølte. Jeg valgte å gjennomføre undersøkelsen med de tre som først sa ja til å være med.

Undersøkelsen vil gi meg et omfang av informasjon som jeg tenker vil bidra til å belyse problemstillingen. Jeg vil sammenholde det jeg finner i undersøkelsen med det jeg har lagt frem i teori og kontekstkapitlene. Teorien gir en beskrivelse av premissene for dagens styringsmodell, men tenkes også brukt for å forstå og forklare funn. Funn som er i tråd med "idealmodellen" kan dermed forklares med den teori og kontekst som er bakgrunnen for den etablerte modellen for virksomhetsstyring. Å forklare eventuelle avvik kan muligens også gjøres ut fra kontekst og delvis ut fra teori som for eksempel beslutningsteori. Dette fordi premissene for beslutningsarbeid i gjeldende styringsmodell ikke nødvendigvis er til stede. Jeg tenker i utgangspunktet at også teoretiske modeller for kvalitetsstyring kan ha potensial til å forklare avvik fra modellen for styring og kontroll, fordi kvalitetsarbeid kan omfatte en type prosesser som ikke lar seg styre eller kontrollere etter modellen for god virksomhetsstyring.

### **Avgrensning**

Dokumentgjennomgang og observasjon er begrenset til å gjelde styrets arbeid knyttet direkte til sakslisten på utvalgt styremøte, slik at evt forberedende møter for eksempel uformelle møter, eller styremedlemmers egne undersøkelser og særskilte forberedelser knyttet til styresaker ikke er undersøkt. Jeg har i dokumentgjennomgangen forholdt meg til styrepapirer som er offentlig og i observasjonen forholdt meg til åpne styremøter og forlot møtet der det ble behandlet enkelt saker som var unntatt offentlighet. Invitasjon til å svare på spørreundersøkelsen ble gitt til alle styrets faste, stemmeberettigede medlemmer. Jeg har i denne studien ikke undersøkt verken i dokumentgjennomgang, observasjon eller spørreundersøkelse sakenes innhold eller hva styremedlemmer mener om sakene som styret har på agendaen. Jeg har konsentrert meg om å undersøke hvordan arbeidet foregår.

### **Etiske aspekter**

Jeg har i forkant av undersøkelsen henvendt meg til aktuelle styreledere. Det var frivillig å være med i undersøkelsen, både for styrene og for det enkelte styremedlem. Opplysningene behandles konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene fra spørreundersøkelsen anonymiseres og kodelisten som kobler løpenummer med epostadresse er slettet. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og personverntiltakene godkjent.

#### **4.2.1 Om spørreundersøkelsen**

I spørreundersøkelsen vil jeg søke svar på hvordan styremedlemmene mener styrearbeidet fungerer på kvalitetsområdet. Jeg har valgt ut sentrale tema innenfor området styring og kontroll med kvalitet, slik det fremgår i dokumentet "God virksomhetsstyring" (Helse Sør-Øst, 2010) og har dessuten spurt spesielt i forhold til et par utvalgte kvalitetsmål som er gitt i dokumentet "Oppdrag og bestilling 2013" (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) og videre fra Helse Sør Øst til helseforetakene. Hovedtema i spørreundersøkelsen var styring og kontroll gjennom mål- og strategiarbeid, med vekt på spørsmål om kvalitetsstrategi; styringsredskap og virkemidler, rapporteringssystem, styrets kompetanse og kunnskap, og styremedlemmenes mening om hvordan styret faktisk fungerer.

Uavhengige variabler er de variabler som kan skiftes for å observere hvilken effekt skiftet har på resultatet (den avhengige variabel). Jeg har innledningsvis bedt om svar på styreerfaring, representasjon (ansattes valgte representant eller eieroppnevnt styremedlem), kjønn, alder og faglig bakgrunn. I seg selv er ikke disse grupperingene interessante for problemstillingen, men dersom grupperingene representerer et syn som skiller dem fra helheten er det nyttig å kunne identifisere slike skillelinjer for bedre å forstå hvorfor resultatet blir som det blir. I styrets arbeid benyttes vanlige regler for beslutninger. Vedtak fattes med alminnelig flertall, dvs mer enn 50 % av de avgitte stemmer i en votering, av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Det er derfor interessant å se på ulike vurderinger fra grupperinger i styret, dersom grupperingene er store og kan tenkes oppnå alminnelig flertall som regel eller i gitte situasjoner.

Jeg sendte spørreundersøkelse til alle medlemmene i de tre styrene.

Spørreundersøkelsen er utarbeidet med det styrende dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) og styreinstruks for helseforetak, som utgangspunkt. De føringene som er gitt i det styrende dokumentet gjelder for alle helseforetak i Helse Sør Øst og er normen for hvordan styring og kontroll skal foregå i helseforetakene. Det enkelte helseforetak har sin egen instruks, men ved gjennomgang av instruks for de undersøkte styrene fant jeg at de var like på de punktene som var aktuelle i min undersøkelse. Hensikten med spørreundersøkelsen var å finne ut hva styrets medlemmer selv mener om hvordan styret fungerer. Jeg er særlig interessert i hvordan dette fungerer for den delen av styrearbeidet som ivaretar styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten. Spørreundersøkelsen ble sendt ut umiddelbart etter gjennomføring av observasjon i de utvalgte styremøtene. Ettersom studien ikke er ment å være en sammenligningsstudie mellom helseforetak, har jeg slått sammen alle svarene og heller analysert på variasjon mellom ulike kategorier, som for eksempel eieroppnevnte vs. ansattes valgte representanter.

#### **4.2.2 Om dokumentstudien**

I dokumentstudien har jeg gått gjennom innkalling, sakspapirer og protokoll til de tre styremøtene for å få en oversikt over omfang av arbeid for styremedlemmer, hva slags saker styret arbeider med, hva slags type kvalitetssaker de hadde på agendaen og oversikt over vedtak som er protokollført. Jeg har sortert sakene som behandles i to

hovedkategorier; kategori A er saker som handler om styring og kontroll med kvalitet, og kategori B er saker som handler om annet som for eksempel økonomi. I kategori A har jeg videre sortert kvalitetssakene i henhold til Jurans triade, plan, styringsinformasjon eller forbedring, og elementene relateres også til internkontroll forskriften (Helsedirektoratet, 2004). I saker under kategori B har jeg sett etter momenter i saksbehandlingen som relaterer disse sakene til styring og kontroll med kvalitet.

### **4.2.3 Om observasjonen**

Styreleder og styrets medlemmer hadde på forhånd mottatt kort informasjon om undersøkelsens tema, hvilke undersøkelsesenheter den omfattet og dessuten standard informasjon om anonymisering av innsamlede data. Dokumentet ”Informasjon og forespørsel til styret” finnes vedlagt (vedlegg 1). Jeg møtte på de tre styremøtene og observerte styrenes arbeid i møtet. Jeg hadde på forhånd laget et enkelt observasjonsskjema som ble brukt (vedlegg 2). Jeg sorterte sakene i to hovedkategorier på samme måte som i dokumentstudien. Mitt fokus i observasjonen var å få mer informasjon om styrets arbeid, enn det som fremgår av de korte vedtaksformuleringene i protokollen. Jeg kunne observere om sakene avstedkommer debatt og avveininger (dvs møtearbeid) før endelig vedtak, og jeg kunne observere om styremedlemmenes bidrag gir merverdi i forhold til det arbeidet som allerede er utført i saksforberedelsene av daglig leder og virksomheten. Jeg kunne observere om kvalitetsaspektet var med i diskusjon og vurdering på de andre sakene, for eksempel økonomi og driftssaker, selv om det ikke har kommet til uttrykk i protokollført vedtak.

### **4.2.4 Reliabilitet og validitet**

Vil andre kunne anvende begrepsapparatet for analysen i denne studien?

Jeg har bygget opp undersøkelsen med utgangspunkt i på eksisterende teori, lov og forskrift samt styrende dokumenter som regulerer styrets sammensetning og funksjon, og har bygget studien og analysen i forhold til dette. Skjema for oppsummering av dokumentstudien, observasjonsguide og spørreundersøkelse er basert på dette. I analysen har jeg anvendt samme begrepsapparat og forståelsesbakgrunn. De innsamlede data vil dermed kunne analyseres på samme måte av andre.

Hvis noen andre hadde undersøkt det samme ville de funnet det samme?

Funnene i de tre undersøkelsesenheterne supplerer hverandre slik at en forutsetning for å finne det samme som jeg har funnet vil være at alle undersøkelsesenheterne inngikk.



Undersøkelsen er gjort i 3 ulike styremøter. Både helseforetak og respondenter er anonymisert. Sakslisten var av ulikt omfang på de tre møtene, det vil si at de antakelig er representative for et omfang ulike styremøter. Jeg ser ikke bort fra at styrets arbeid kan anta en noe annen karakter i møter der målsetting og strategi er på agendaen (tidlig på året) På den annen side har jeg i spørreundersøkelsen undersøkt akkurat nettopp målsettings og strategiarbeidet for å kompensere for at dokumentstudie og observasjon er gjort i møte på høsten. Styremedlemmene er de samme som gjennom hele året. Spørreundersøkelsen var anonym og ble sendt til alle stemmeberettigede medlemmer i de tre styrene. Spørreundersøkelsen er bygget slik at jeg noen steder har spurt om det samme på alternative måter, og jeg har fått svar som bekrefter hverandre.

Jeg fikk 67 % svar.

I dokumentstudien har jeg gått gjennom sakspapirer som ikke vil være påvirket av min undersøkelse ettersom saksforberedende arbeid gjøres av daglig leder. Daglig leder er ikke medlem i styret, og ikke omfattes av undersøkelsen. Observasjonen er gjort etter en kort informasjon som begrenser seg til å informere om undersøkelsens tema. Det er likevel tenkelig at man i et styremøte der man vet man blir observert, vil kunne vektlegge det aktuelle tema (styring og kontroll med kvalitet) mer enn ellers, men agendaen er allerede satt slik at dette antas å måtte være av svært begrenset omfang, hvis i det hele tatt. Det er derfor rimelig å anta at funn og svar ville bli omtrent de samme dersom andre hadde undersøkt det samme.

Gir studien svar på problemstillingen? Jeg har undersøkt problemstillingen fra tre ulike vinkler, jeg har studert offisiell dokumentasjon og gjennomført observasjon med problemstillingen som utgangspunkt og systematisk knyttet funn til norm som følger av teori, lov og styrende dokumenter. Spørreundersøkelsen er utarbeidet med styrende dokument som utgangspunkt, og jeg har før gjennomføring av undersøkelsen gjort en pilotundersøkelse for å sjekke om spørsmålene var forståelige, var greie å svare på og opplevdes som relevante i forhold til temaet ”styring og kontroll med kvalitet”. Utvalget som deltok i pilotundersøkelsen hadde samme kjennetegn som det virkelige utvalget, det var styremedlemmer i et helseforetak i Helse Sør Øst som ikke var med i selve undersøkelsen. Jeg fikk gode tilbakemeldinger, bekreftelse på at spørsmålene var forståelige og relevante. Jeg fikk noen få forslag på tekstlig justering for å unngå misforståelser, vurderte forslagene og gjorde justerte teksten.

Kan resultatene være gyldige for andre utvalg og situasjoner? Jeg har gjort en case-studie med de fordeler og ulemper som følger av det. For å unngå at kuriøse unntakstilfelle skulle mislede eller forstyrre funnene, har jeg undersøkt tre styremøter i tre forskjellige av Helse Sør Øst sine til sammen 8 helseforetak. Konklusjonene etter de ulike undersøkelsesenheter er ikke motstridende og de mest markante variasjonene som er funnet går ikke mellom de tre analyseenheter, men på tvers av dem. I den grad funnene samsvarer i alle analyseenheter og bekreftes i alle undersøkelsesenheter, må jeg kunne si at det er rimelig å anta at resultatene kan være representativt for lignende tilfelle, det vil si ordinære styremøter i helseforetak i HSØ.

## 5 Empiri

Empirien omfatter resultater fra dokumentstudien, observasjon og spørreundersøkelsen som ble gjennomført høsten 2013.

### **5.1 Dokumentgjennomgang.**

Alle styrene hadde sendt ut saksliste med sakspapirer en uke før møtet, alle styrene førte protokoll med vedtakene og protokoll ble endelig godkjent i påfølgende styremøte. Det betyr at styrets forarbeid, plan og dokumentasjon er i henhold til styreinstruks og helseforetaksloven § 26. Ved gjennomgang av sakspapirer og agenda fant jeg ut hva slags type saker som står på agendaen, hvor mange av sakene som er direkte relatert til krav om styring og kontroll med kvalitet, og hvor mange av de øvrige sakene som inneholder elementer fra kvalitetsområdet. I fortsettelsen omtaler jeg disse sakene som kvalitetssaker. Ved gjennomgang av protokoll fant jeg ut om styret gjør vedtak som anbefalt, eller om det faktisk gjøres styringsgrep som følge av styrets arbeid med saken. De oppsummerte funnene er lagt inn i et eget dokument vedlegg 07, ”Dokumentgjennomgang, oversikt funn”.

#### **Hva består arbeidet i, hva gjør de?**

Gjennomsnittlig var det satt opp 12 saker pr styremøte hvorav 3 var satt opp som beslutningssak og 9 var orienteringssaker. To av møtene hadde henholdsvis 10 og 11 saker på agendaen. Det tredje møtet hadde 18 saker. I tillegg til agenda før, og protokoll etter styremøtet, var det i gjennomsnitt 13 vedlegg til styremøtet, og gjennomsnittlig 120 sider lesestoff for styremedlemmene før styremøtet. Når en gjennomsnittlig A4 side har ca 350 ord og vanlig lesetempo er 250 ord pr minutt, vil et gjennomsnittlig styremedlem bruke ca 2 ¾ timer bare på å lese gjennom sakspapirene før styremøtet. Styremøtenes varighet var satt til gjennomsnittlig 5 timer, styret med lengst agenda hadde satt av lengst tid. Arbeidet består altså i stor grad av at man leser dokumenter og blir orientert i møte. Et fåtall av sakene, det vil si gjennomsnittlig i 3 av 12 saker er i agendaen kategorisert som beslutningssaker.

#### **Hvilke oppgaver innenfor styring og kontroll med kvalitet ivaretas av styret?**

Ved å gå gjennom sakspapirene fikk jeg innsyn i hvilke oppgaver styret arbeider med.

De tre styremøtene behandlet til sammen 38 saker, hvorav 28 orienteringssaker og 10 beslutningssaker. Av de 10 beslutningssakene var 5 ganske enkle saker, nemlig godkjenning av møteprotokoll og lignende. De fem øvrige beslutningssakene handlet om risikovurdering, 2 ulike anskaffelser, utviklingsplan og økonomi.

28 orienteringssaker fordelt på de tre møtene, er mye informasjon. Orienteringssaker som gikk igjen i alle styremøtene var:

- virksomhetsrapportering inkludert resultater på kvalitetsindikatorer
- orientering om virksomheten fra daglig leder
- en temasak
- referat eller rapportering fra brukerutvalgets aktiviteter

Temasakene var en bred informasjon om en utvalgt del av virksomhetens behandlingstilbud men omfattet også behandlingstilbudets økonomi, kvalitet og aktuelle utfordringer

To av orienteringene fra daglig leder omfattet kvalitetssaker, henholdsvis brukerundersøkelse og kvalitetsindikatorer. Den tredje hadde ikke kvalitetssaker i sin orientering, men hadde til gjengjeld flere spesifikke kvalitetssaker på agendaen både fra plansystemet og fra styringsinformasjonssystemet.

Ved gjennomgang av styrepapirene identifiserte jeg til sammen 8 saker som kvalitetssaker. Resultater på overordnede kvalitetsindikatorer var inkludert i virksomhetsrapporteringen fra alle de 3 helseforetakene. I to av de tre styremøtene ble til sammen 3 saker om pasientsikkerhet lagt frem. Ett av styremøtene behandlet en revisjonsrapport, og ett annet hadde presentasjon av et omfattende forbedringsprosjekt på agendaen. I tillegg til kvalitetssakene identifiserte jeg at kvalitetsperspektiv var med i vurderingen i 9 andre saker der hovedtema var noe annet enn kvalitet (vedlegg 7).

Gjennomgang av sakspapirene viser at virksomheten legger til rette for at styret skal kunne ivareta styring og kontroll gjennom å holde seg orientert om både det pasientrettede arbeidet, systematisk kvalitetsarbeid og rapportering av kvalitetsindikatorer som forutsatt i internkontrollforskriften (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2002). I min undersøkelse er fokus på det tredje hovedområdet i Jurans triade (kapittel 2), forbedring, litt mer beskjedent. Alle styrene har sikret brukermedvirkning på styrenivå med å ha brukerobservatører i styret, og med å ha

orienteringssaker fra brukerutvalget på agendaen, og oppfyller krav om brukermedvirkning slik det er fremsatt i Internkontrollforskriften § 4 e).

### **Hva slags merverdi gir styrets arbeid, fra sak til sak?**

Protokollen er en dokumentasjon av beslutninger eller vedtak gjort av styret. Innholdet i protokollen etter styremøtet er kortfattet og dokumenterer styrets beslutning eller vedtak fra sak til sak. Noen ganger er protokollteksten svært kort, som for eksempel ”Tas til orientering” eller ”Godkjennes”. I andre saker er tilleggsmomenter fra styrets behandling protokollført.

Hvis man ser alle sakene i de tre møtene under ett, så er 28 av 38 saker protokollført med vedtak i samsvar med saksansvarlig/daglig leder sitt forslag til vedtak, altså de fleste sakene får i følge protokoll, vedtak som anbefalt. For 7 av sakene er styrets krav om oppfølging og rapportering lagt til. Altså har styret gått inn og styrt slik at det utføres videre arbeid i virksomheten og at dette vil bli fulgt opp av styret med ytterligere kontroll, gjennom krav til ny rapportering. Oppfølgingsvedtakene var knyttet til saker som handlet om kvalitetsindikatorer, styrets arbeid med pasientsikkerhet, risikostyring og planlegging knyttet til pasientbehandling. Dermed har jeg identifisert direkte styringsgrep vedrørende kvalitet i helsetjenesten i disse tre møtene.

Det var forskjell på omfang av slike tilføyelser og styringsgrep i de tre styremøtene. Omfanget var nokså lite i to av møtene mens det tredje møtet hadde protokollført en rekke tilføyelser, endringer og styringsgrep til 7 av 18 saker, men dette siste møtet hadde også mange flere saker enn de to første, og sakene hadde tema som ikke var opp i de to første møtene.

#### **5.1.1 Oppsummering av dokumentgjennomgang**

Jeg oppsummerer funnene fra dokumentgjennomgangen i forhold problemstillingen

**Hvordan foregår helseforetakstyrets arbeid for å sikre styring og kontroll på kvalitetsområdet?** Arbeidet består i stor grad av at man leser dokumenter og blir orientert i møte. Et fåtall av sakene, dvs gjennomsnittlig i 3 av 12 saker er i agendaen satt opp som beslutningssaker. Styrets agenda inneholder saker som vedrører styring og kontroll med kvalitet, men også andre saker blir omfattet av kvalitetsperspektiv i saksfremlegg fra virksomheten. Dokumentgjennomgangen viser at agenda og saksfremlegg er lagt til rette for at styret skal kunne ivareta sitt ansvar for styring og

kontroll ved å påse at virksomheten har etablert god internkontroll. Styret orienteres om både det pasientrettede arbeidet, systematisk kvalitetsarbeid og virksomhetens resultater på kvalitetsindikatorer i henhold til styringsmodellen (Helse Sør-Øst, 2010). I min undersøkelse er imidlertid fokus på forbedringssystem litt mer beskjedent. Alle styrene har sikret brukermedvirkning på styrenivå med å ha brukerobservatører i styret, og med å ha orienteringssaker fra brukerutvalget på agendaen.

**Er det samsvar mellom de føringer som er gitt i overordnede dokumenter og styrets instruks, og praksis?** Styrets forarbeid, plan og dokumentasjon er i henhold til styreinstruks og helseforetaksloven § 26 (Helseforetaksloven, 2001). På

kvalitetsområdet arbeider styret med saker innenfor rammen av deres oppgaveområde.

**Hva slags merverdi gir styrets arbeid for styring og kontroll?** De fleste sakene får vedtak som anbefalt, det vil si det er ikke dokumentert bidrag som i stor grad endrer daglig leders anbefalte vedtak. To av de tre møtene var nokså like ved at 1-2 saker medførte at styret presiserer og følger opp bestillingen til virksomheten med å be om ytterligere tiltak eller rapportering. Det tredje møtet hadde flere saker som ble fulgt opp av styret opp med ulike bidrag som utforming av nye vedtak i tillegg til etterspørsel av ytterligere tiltak og rapportering.

## ***5.2 Observasjon av styremøter.***

Jeg referer noen generelle observasjoner samlet, og har sortert observasjoner knyttet til saker i forhold til de tre møtene som jeg observerte. Jeg har bare tatt med saker som handler om styrets arbeid med konkrete saker, og andre saker der kvalitetsperspektivet på noen måte ble trukket frem.

### **5.2.1 Generelle observasjoner**

Styremøtenes varighet var gjennomsnittlig 5 timer. Styret med lengst agenda hadde satt av lengst tid. Alle styrene hadde 11 medlemmer, fravær var lavt, og fravær var varslet i henhold til instruks. Brukerrepresentanter med observatørstatus var til stede i alle møtene, og alle møtene hadde innlegg og/eller spørsmål fra brukerrepresentanter. Alle møtene ble styrt av styreleder og en agenda som var sendt ut 1 uke på forhånd med et omfang sakspapirer til forberedelse. Sakene var kategorisert som temasak, beslutningssak eller orienteringssak. Sakene ble i møtet presentert muntlig av daglig leder eller en annen person fra virksomheten. Noen var korte introduksjoner og andre var lengre presentasjoner støttet av bildefremstilling/ powerpoint-presentasjon, som

tillegg til de utsendte sakspapirer. Presentasjon av temasaker og lengre prosjektrapporter tok forholdsvis lang tid. På den måten medgikk en god del av tiden i styremøtet til orientering. Enkelte orienteringssaker, for eksempel referat fra andre fora ble gitt som vedlegg til sakspapirene, ble kort nevnt men ikke behandlet i møtet. Styrets saksbehandling i møtet besto i oppklarende spørsmål, meningsutvekslinger og til dels diskusjoner preget av motsatte meninger før avstemming om endelig vedtak, selv om saken hadde status som orienteringssak. Jeg observerte i noen få saker at nye momenter kom opp i møtet. Alle styrende hadde flere saker der det var uenighet mellom styremedlemmene. Alle styrene hadde en eller flere saker der anbefalt vedtak ble tilført ytterligere føringer etter diskusjon, men mengden av innspill var litt forskjellig i de tre møtene som jo også hadde ulik agenda. I et av møtene var det ikke bare mange innspill og diskusjoner, men det ble også utformet et nytt vedtak, og i en sak ble et vedtak fra tidligere styremøte gjort om etter at det i aktuell behandling kom frem ny informasjon. I et annet møte observerte jeg at styrets medlemmer etterlyste protokolltilførsel om uenighet i avstemming, dette ble tatt til etterretning.

Alt i alt observerte jeg at alle styrene hadde aktive medlemmer. Styremedlemmene spurte oppklarende spørsmål, tilførte noe nytt og diskuterte sakene, slik at det for meg ser ut som de legger frem den informasjon de mener er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder deres egen vurdering slik det forutsettes i instruks for styret. Hvorvidt styremedlemmene gjør dette i varierende grad, er ikke mulig å vite ut fra denne observasjonen. Under observasjonen var det ikke kjent for meg hvem i forsamlingen som var eieroppnevnt og hvem som var ansattes valgte representanter, heller ikke hva slags faglig bakgrunn den enkelte hadde, slik at eventuelle forskjeller i disse gruppernes muntlige innspill og vurderinger kunne ikke observeres. I ett av styremøtene var likevel diskusjonene av en slik karakter at jeg oppfattet klare motsetninger mellom ansattes valgte representanter og de øvrige styremedlemmene. Jeg observerte også at kjønnsfordelingen i alle tre styrene var ganske jevn, at alle styrelederne var menn, men at aktiviteten i styremøtet for øvrig var nokså jevnt fordelt mellom kjønnene.

Styrommets utforming varierer noe. Styreleder sitter i front og daglig leder ved siden av i alle møtene. Noen samler ledere og stabsmedlemmer fra virksomheten bakerst i lokalet som en gruppe, en annen variant er at ledere sitter som en ytre krets langs veggen rundt styrebordet. Alle hadde dedikert plass for evt. tilstedeværende presse. Jeg

observerte en viss variasjon i møteledelse og en merkbart forskjell mellom de tre styrene på omfanget av diskusjon. Jeg observerer spesielt styrets diskusjoner av kvalitetssaker og om man trekker frem noen kvalitetsperspektiver i behandling av de andre sakene, som for eksempel økonomi eller driftssaker. Repetisjon fra dokumentstudien: Med kvalitetssaker mener jeg saker som er et direkte svar på oppdraget til styret om å sikre styring og kontroll med kvalitet i helseforetaket.

### **5.2.2 Styremøte 1**

Dette styremøtet hadde virksomhetsrapportering med kvalitetsindikatorer og rapport fra et stort utviklingsprosjekt på agendaen. Kvalitetsperspektivet ble også trukket frem i andre saker.

#### **Styrets behandling av kvalitetssaker**

Sak: Virksomhetsrapportering med kvalitetsindikatorer

Virksomhetsrapporten omfatter drift, produksjon, økonomi, kvalitetsindikatorer etc. Daglig leder orienter fra virksomheten. Jeg observerer at styret diskuterer resultatene med tanke på løsninger, forbedringer og videre arbeid, og at kvalitetsrapporteringen ikke ble gjennomgått innledningsvis, ble etterspurt av styret i forhold til status på ”Fristbrudd” og ”Ventetid”. Leder informerer om dette, og virksomhetens tiltak for å redusere ventetider ble kort presentert.

I diskusjonen observerte jeg videre 6 innlegg fra styrets medlemmer. En etterlyste bakgrunnsdata for å kunne sammenligne aktivitets- og kvalitetsdata med andre helseforetak. En reiste spørsmål om data var pålitelige eller om de var skjemmet av feilregistrering. Det ble også reist spørsmål om styring av pasientstrøm i forhold til riktig behandlingsnivå, det vil si styring med om pasienter behandles som inneliggende, dagpasienter eller poliklinisk. Styremedlemmet mente det måtte være pasientens tilstand og prioriteringsforskrift som skulle styre dette, ikke økonomi. Svar fra daglig leder var at medisinsk utvikling medfører at stadig flere kan behandles kvalitativt optimalt med dagbehandling eller poliklinisk tilbud. Bruk av riktig behandlingsnivåene gir bedre kvalitet, bedre ressursutnyttelse og bedre arbeidsmiljø. Dette støttes i neste innlegg som slår fast at effektiv ressursutnyttelse og behandling på riktig nivå, også er god pasientbehandling. Deretter diskuterte man hvordan høyere kompetansenivå på pleietjenesten med følgende økte lønnskostnader ville gi bedre kvalitet og arbeidsmiljø. Det oppsummeres at arbeidsmiljø, kvalitet og prioriteringer innenfor økonomiske



rammer henger sammen. Lederen og styremedlem mer er enige om at ansattes medvirkning må ivaretas i den videre prosess.

Sak: Rapport fra et forbedringsprosjekt

Styrets arbeid med forbedringsprosjekt følger av IK- § 4 g og det styrende dokument God virksomhetsstyring kapittel 3.3, kulepunkt 4” Bruke informasjonen (om utfordringer i virksomheten) til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten”.

Tiltaket ble presentert. Overordnet målsetting var bedre kvalitet på et driftsområde, inklusive bedre effektivitet. Tiltaket omfattet utstyrsanskaffelse for automatisering av legemiddelhåndtering og administrasjon, strukturelle endringer, nye prosedyrer og opplæring. Fra styrets medlemmer observerte jeg ca.10 innlegg. Et styremedlem anerkjente at dette var et svært omfattende og krevende prosjekt. Forskning viser ikke entydig kvalitetsforbedring av den valgte typen løsning. Løsningen er heftet med betydelige IKT-utfordringer. Løsningen gir mindre svinn på grunn av bedre kontroll med vareflyt, men totaløkonomien har hittil vist seg å være dårligere. En mener at prinsippet bra, men at resultatet av utprøvingen medfører at man kanskje bør vurdere alternativt utstyr. Det oppsummeres at fremtidig valg av løsning avhenger av regional løsning, som er ventet tidligst i 2015, og rapporten tas til orientering.

#### **Andre typer saker der kvalitetsperspektivet trekkes frem.**

I en del av de andre styresakene observerte jeg at kvalitetsperspektivet ble trukket frem, belyst eller etterlyst. Presentasjon av en større faglig enhet i virksomheten omfattet orientering om status for behandlingstilbudet, faglig innhold, kvalitet, rekruttering av fagfolk og plan for utvikling. Det ble stilt en del spørsmål, særlig i forhold til rekruttering av kompetansepersonell som en forutsetning for et kvalitativt godt tilbud. Det ble gitt en muntlig orientering fra brukerutvalget om aktiviteter og om at brukerutvalget har fått to saker med kvalitetsrelevans til høring, Høringssvar vil bli gitt ut fra brukerperspektiv. I administrerende direktørs orienteringer ble resultater fra Pasienttilfredshetsundersøkelsen PasOpp 2012 presentert. Disse sakene medførte ingen stor meningsutveksling i styret, men styrets medlemmer stilte enkelte oppklarende spørsmål.

### 5.2.3 Styremøte 2

To av sakene i møtet refererer seg direkte til kvalitetsbestillingen, nemlig metodepresentasjon og fremlegg av resultater fra pasientsikkerhetskampanjen og dessuten rapportering av overordnede kvalitetsmål under aktivitets- og økonomirapport. Blant de øvrige styresakene var det i tillegg til temasaken om et av virksomhetenes behandlingstilbud også noen andre typer saker som medførte innspill og spørsmål med kvalitetsperspektiv, det var tilfelle i saker vedrørende bruker medvirkning, status for utvikling av IKT og dessuten videre planer for styrets arbeid. Jeg observerte stort engasjement fra virksomheten, det vil si fra tilstedeværende daglig leder og faglige ledere, så vel som fra styret. Felles mål og mening synes uproblematisk. Styrets medlemmer demonstrerer kunnskap om virksomhetsområdet, for eksempel refererer styremedlemmer uproblematisk til Nasjonal plan for behandlingkategorien som ble presentert i temasaken.

#### **Styrets behandling av kvalitetssaker**

Sak: Pasientsikkerhetskampanjen

Virksomhetens kvalitetssjef legger frem metode og resultater fra GTT (Global Trigger Tool). GTT er en metodisk gjennomgang av pasientjournal for å identifisere hendelser og uønsket utfall av pasientbehandling. Hensikten er å kunne overvåke kvalitetsutvikling etter tiltak i pasientsikkerhetskampanjen og å benytte informasjonen til forbedringsarbeid. Kvalitetssjefen ga en kort presentasjon av metoden og resultater hittil i år. Styremedlemmene fulgte opp med spørsmål og innspill. Styrets oppfølging av GTT er forutsatt i Oppdragsdokumentet, kap. 4.3 Pasientsikkerhet (s.10). Et styremedlem etterspør virksomhetens videre arbeid med resultatene, dvs forbedringsperspektivet. Et innlegg påpeker at kvalitet på journalføringen er en viktig forutsetning for at man skal få pålitelig informasjon med å bruke denne metoden. En annen spør om gjennomgang og analyse av funn i Pasientsikkerhetskampanjen er velfundert og godt nok. Jeg observerer at styret viser en våken kritisk sans i forhold til metodens reliabilitet og validitet, og styret viser interesse for kvalitet, for målinger og styringsinformasjon og for oppfølging

Sak: Virksomhetsrapportering med kvalitetsindikatorer

Aktivitets og økonomirapport gjennomgås av administrerende direktør som inviterer til innspill fra styret. Styrets arbeid med virksomhetsrapportering, kvalitetsområdet følger av Oppdragsdokumentet kap. 8, s.20. Virksomhetsrapporten omfatter informasjon om

virksomhetens aktivitet, økonomi og bemanning i forhold til plan, sykefravær og resultater fra registrering av overordnede kvalitetsindikatorer. Presentasjonen omfattet også noe forklaring og bakgrunnsinformasjon.

Styret diskuterer Samhandlingsreformens effekt på virksomheten, mest i forhold til administrative og økonomiske problemstillinger. Med utgangspunkt i risikovurdering diskuterte styret muligheter for sikring og kvalitetssikring av et bestemt behandlingstilbud. Flere styremedlemmer påpeker at det er viktig å følge opp denne saken. Styret oppsummerer diskusjonen med å be daglig leder om statusoppdatering i hvert styremøte fremover og at tiltak planlegges og vurderes.

### **Andre typer saker der kvalitetsperspektivet trekkes frem.**

Det ble i dette styremøtets temasak gitt en grundig orientering om et behandlingstilbud som virksomheten har. Prosesstenking preger fremstillingen, og det aktuelle behandlingstilbudet relateres til behov i befolkningen. Pasientsikkerhet, og korte kvalitetssikrende forløpstider er viktige målsettinger for dette tilbudet hvor tidsfaktoren er kritisk. Tverrfaglig perspektiv og samhandling med kommunehelsetjenesten vektlegges. For få fagfolk, kompetansepersonell, presenteres som den største utfordringen for å kunne opprettholdelse behandlingstilbudet. Dette var en presentasjon med tydelige kvalitetsperspektiv. Styrets medlemmer hadde mange spørsmål og innspill til denne presentasjonen. Interessant at et styremedlem mente at overdrevent fokus på ventetider og ”bagatellmessige ting”, er for svakt når behandlingstilbudet er komplisert og tilgang på faglig kompetanse er kritisk viktig for å kunne opprettholde tilbudet. Altså egentlig i tråd med eksempel fra annet helseforetak (se figur 4) der det heter at ”det viktigste for kvaliteten er at pasienten kommer dit han skal når han trenger det, og møter helsepersonell som gir helsehjelp, har riktig kompetanse, er på riktig sted til riktig tid osv”.

Strategi for brukermedvirkning ble introdusert av styreleder og brukerrepresentant informerte. Fra styret ble det spurt om hvilken informasjon pasienter egentlig får fra sykehuset, om behandling, rettigheter og lignende, og daglig leder svarte på dette. I orienteringssak om Status IKT utvikling og fornyelse, et arbeid som i stor grad hviler på HSØ og Sykehuspartner<sup>8</sup> ble Protokoll fra Fornyingsstyret (alle direktørene m/IKT

---

<sup>8</sup> Sykehuspartner ble opprettet 2003 som en egen enhet i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Sykehuspartner har det overordnede ansvaret for IKT-, HR- og innkjøpstjenester til alle sykehusene i regionen.

Sykehuspartner etc) fremlagt. Det ble informert om status, aktuelle utfordringer (stort, dyrt, komplekst) og planer. Mange aspekter ble diskutert, herunder også kvalitetsperspektiv. Et styremedlem uttrykker bekymring for at virksomheten skal iverksette tiltak frikoblet fra regionale løsninger, og mener at helhetlige fellesløsninger gir best kvalitet og effektivitet. Daglig leder svarer at virksomheten ikke kommer til å satse på særløsning IKT

Brukerutvalgets orientering inneholdt flere kvalitetsperspektiv da de vektla arbeidet med planlagte pasientforløp (Plansystem), fortløpende kvalitetsmålinger (styringsinformasjon) og dessuten pasientinformasjon som en del av det planmessige arbeidet med kvalitet.

I sak om årsplan for styret ber daglig leder styret om forslag til pasientsikkerhetstemaer for presentasjon i kommende styremøter I daglig leders orientering til styret gis det informasjon om status i forhold til arbeidet med lokalmedisinsk senter. Det understrekes i et innlegg fra styremedlem at tilbudets innhold og kvalitet må være hovedsaken. I daglig leders orientering ble også oppdatert Status vedrørende fristbrudd og ventetider gjennomgått.

### **5.2.4 Styremøte 3**

Dette styremøtet behandlet tre saker som omhandlet kvalitetsbestillingen til virksomheten, pasientsikkerhetskampanjen, virksomhetsrapportering med kvalitetsindikatorer og dessuten en revisjonssak. Møtet hadde en rekke andre saker på agendaen hvorav utviklingsplan, elektronisk pasientadministrativt system, risikovurdering av driftsavtale og pasientsikkerhetsfokus i styrearbeid medførte at en eller flere av styrets medlemmer trakk frem kvalitetsperspektiv. Jeg observerte et møte der kvalitetsfokus var tydelig gjennom de fleste sakene også de sakene som ikke primært handlet om kvalitetsbestillingen til virksomheten.

#### **Styrets behandling av kvalitetssaker**

Sak: Pasientsikkerhetskampanjen

En kvalitetsrådgiver fra virksomheten ga en orientering om den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som har fått tittelen ”Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender” og handler om målrettede tiltak innen kvalitet og pasientsikkerhet og kvalitetsmålinger. Implementering av tiltakene i pasientsikkerhetskampanjen er en del av oppdrags og bestillerdokument. Kapittel 4.3 s.10. (Helse- og Omsorgsdepartementet,

2013).-Kampanjen går ved årsskiftet (2013-2014) over i et 5-årig nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, og er styrt av et felles sekretariat, Kunnskapssenteret, som er nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapssenteret arbeider med kunnskapsoppsummering og er dessuten nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Metoden GTT<sup>9</sup> ble gjennomgått, og det ble presisert at GTT ikke skiller mellom uønskede hendelser som skyldes rutinesvikt og uønskede hendelser på grunn av høy risiko knyttet til pasientens tilstand, og at det er viktig å være klar over at GTT tallene fremstår som dramatiske dersom man ikke har årsakskunnskap. Det ble informert om at det planlegges fast innslag på styremøtene med Pasientsikkerhet som tema. Pasientsikkerhetskultur-måling er gjennomført i virksomheten i henhold til kampanjens program, og denne målingen blir gjentatt i 2014. Styrets medlemmer viste interesse og det ble stilt spørsmål til oppklaring underveis i presentasjonen. Styreleder tar en aktiv lederrolle i diskusjonen etter innlegget, og slår fast at virksomhetens kvalitet og pasientsikkerhet får konsekvenser og er betydningsfullt for den enkelte pasient. Daglig leder føyer til at ledelsen av pasientsikkerhetsarbeidet skal bygge på god informasjon for å bidra til at helsepersonellet gjør riktige valg i hverdagen.

Et innlegg handler om viktigheten av dokumentasjon ved uønskede hendelser, for å kunne lære av hendelsen og forebygge lignende i fremtiden. Et annet styremedlem tar opp konkrete utfordringer med å etterleve tiltak i pasientsikkerhetskampanjen, og styreleder slår fast at det er uakseptabelt å ikke etterleve vedtatte pasientsikkerhetsrutiner. Et annet styremedlem påpeker at god gjennomføring av kvalitetstiltak forutsetter involvering av medarbeidere. På spørsmål fra et styremedlem svarer et annet at ansattes organisasjoner oppfordrer til at pasientsikkerhetsrutiner følges. Et styremedlem mener at informasjon om kvalitetsindikatorer må være tilgjengelig for alle ansatte, og det er de ifølge daglig leder, gjennom foretakets intranettsider. Styreleder avrunder diskusjonen med å minne om suksesskriteriene

Oppfølging, oppfølging og ... oppfølging

Sak: Virksomhetsrapport

---

<sup>9</sup> Global Trigger Tool (GTT) er en strukturert journalgjennomgang for å kartlegge forekomsten av pasientskader, initiert av Pasientsikkerhetskampanjen. Metoden er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Virksomhetsrapportering fremlegges av daglig leder og et av punktene i virksomhetsrapporten er overordnede kvalitetsindikatorer. Dette ble fulgt opp med 6 innlegg hvorav ett fokuserer på pasientsikkerhet og pasientbehandling. Styreleder slår fast at styret må gripe tak i forhold som avdekkes ved rapportering. Et styremedlem uttrykker tilfredshet med virksomhetens fokus på pasientbehandling og pasientsikkerhet, og at rapporteringen gir forklaring på pasientflytproblematikk som for eksempel lange ventetider mellom poliklinisk konsultasjon og operasjon. Styreleder mener det er vanskelig å ta Virksomhetsrapporten kun ”til orientering”. Styret er bekymret for de utfordringene som tydeliggjøres gjennom resultatene, og styret vil utforme en tilleggsformulering til protokollen og be virksomheten prioritere tiltak.

Sak: Revisjon av pasientreiser

Revisjoner av områder i virksomheten er også en kvalitetssak, da det følger av krav i Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten (§ 4g). Revisjon er en *metode* for innhenting av styringsinformasjon og forbedringsinsitament, men er ikke komplett før eventuelle avvik er rettet opp og nødvendig forbedring er utført. Jeg observerer gjennom diskusjonen med mange innspill og gode svar fra daglig leder, at metoden og dens potensial er kjent for styret. Her er metoden anvendt på et problemområde som handler om effektivisering av pasienttransport og logistikk. Revisjonen er fulgt opp med forbedringsarbeid i Klinik for Prehospitaltjenester, og styret vil få informasjon om dette i et annet styremøte.

### **Andre typer saker der kvalitetsperspektivet trekkes frem.**

- I sak som omhandlet implementering av nye funksjoner i pasientadministrativt system, legger styret vekt på at prosessen må kvalitetssikres og at de nye funksjonene oppfattes som en forbedring som gir nye muligheter for å sikre blant annet sykepleiedokumentasjon. Man mener at de nye funksjonene vil gi bedre kvalitet gjennom mer helhet i rapporteringssystemet. At prosjektet blir prioritert begrunnes med at pasientadministrative systemer er viktig for pasientsikkerhet.

- I sak om Utviklingsplan presenteres en rekke delprosjekter for å få på plass en fremtidig driftsmodell. Planen beskriver en fag- og faktabasert prosess som er ganske omfattende og involverer mange instanser. Jeg observerer bred dialog mellom styret og daglig leder; 14 innlegg fra styrets medlemmer og styreleder. Innlegg ble fortløpende besvart av daglig leder. Dialogen oppsummeres ved at styret forutsetter at virksomheten samtidig med den planlagte utviklingen kan oppfylle målet om at pasienter skal ha best

mulig behandling og at pasientsikkerhet er ivaretatt. Prosjektleder bekrefter at prosjektet forholder seg til en målsetting om å desentralisere det vi kan, og sentralisere det vi må (Helse Sør Øst, RHF styresak 108/2008 om hovedstadsprosessen). Fag og kvalitet tas med i konsekvensutredningen.

- I sak om Overordnet plan for oppfyllelse av styringskrav omfattes også kvalitetsindikatorer men Styret vurderer de igangsatte aktiviteter som vel avpassede i forhold til påpekte utfordringer og tilgjengelig ressurser.

- I sak om gjennomgang av risikovurdering av virksomheten for 2. tertial, med referanse til driftsavtalen kom det 8 innspill fra styret hvorav 2 har klart kvalitetsperspektiv. Styreleder ber virksomheten sikre lengre tidshorisont på fremskriving av tjenesteplaner for leger for å kunne øke andel pasienter som får ”Time i første brev” (et overordnet kvalitetskrav) etter spesialistvurdering av henvisning. Et styremedlem ber om oversikt over utvikling på infeksjonsrate. Daglig leder gjør oppmerksom på at resultatinformasjonen finnes på virksomhetens elektroniske informasjonskanal, intranett under månedlig oppdatering av styringsindikatorer: Daglig leder vil på styrets bestilling gi en mer omfattende informasjon i et styremøte.

### **5.2.5 Oppsummering av observasjonene**

Jeg oppsummerer funn fra observasjonene i forhold til problemstillingen

**Hvordan foregår helseforetakstyrets arbeid for å sikre styring og kontroll på kvalitetsområdet?** Styremedlemmene møter opp. De observerte styremøtene hadde gjennomsnittlig 11 medlemmer. Fraværet var lavt og varslet på forhånd. De fleste sakene var såkalt orienteringssaker der selve orienteringen eller innledningen tok noe tid. Styrets saksbehandling i møtet besto i oppklarende spørsmål, meningsutvekslinger og til dels diskusjoner preget av motsatte meninger før avstemming om endelig vedtak, selv om saken hadde status som orienteringssak. Jeg observerte i noen få saker at nye momenter kom opp i møtet. Alle styrende hadde flere saker der det var uenighet mellom styremedlemmene. Alle styrene hadde en eller flere saker der anbefalt vedtak ble tilført ytterligere føringer etter diskusjon, men mengden av innspill var forskjellig i de tre møtene, som jo også hadde ulik agenda. I et av møtene var det ikke bare mange innspill og diskusjoner, men det ble også utformet et nytt vedtak, og i en sak ble et vedtak fra tidligere styremøte gjort om etter at det i aktuell behandling kom frem ny informasjon. Jeg observerte at orienteringssak som handlet om kvalitetsrapportering ble noe ulikt

behandlet i de tre styremøtene; fra grundig presentasjon til kun skriftlig rapportering. Imidlertid ble det fra styrets medlemmer stilt spørsmål eller gitt innspill i alle de tre observerte møtene.

**Er det samsvar mellom de føringer som er gitt i overordnede dokumenter og styrets instruks, og praksis?** Styremedlemmene spurte oppklarende spørsmål, tilførte noe nytt og diskuterte sakene, slik at i de observerte styremøtene ser det for meg ut som de legger frem den informasjon de mener er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder deres egen vurdering, i henhold styreinstruksenes presisering om det enkelte styremedlems plikter. Jeg observerte også at kjønnsfordelingen i alle tre styrene var ganske jevn, at alle styrelederne var menn, men at aktiviteten i styremøtet for øvrig var nokså jevnt fordelt mellom kjønnene. Under observasjonen var det ikke kjent for meg hvem i forsamlingen som var eieroppnevnt og hvem som var ansattes valgte representanter, heller ikke hva slags faglig bakgrunn den enkelte hadde, slik at eventuelle forskjeller mellom for eksempel eieroppnevnte styremedlemmer og ansattes representanter ikke så lett kunne observeres i muntlige innspill og vurderinger. I ett av styremøtene var likevel diskusjonene av en slik karakter at jeg oppfattet klare motsetninger mellom ansattes representanter og de øvrige styremedlemmene.

**Hva slags merverdi gir styrets arbeid for styring og kontroll?** Jeg observerte i to av tre styremøter innspill fra styrets medlemmer og styreleder for å styrke styring og kontroll med kvalitet i virksomheten der man oppfattet det var behov for det.

### ***5.3 Spørreundersøkelsen***

Hovedtema i spørreundersøkelsen min var styring og kontroll med kvalitet, med utgangspunkt i de føringene som er gitt i det styrende dokumentet God virksomhetsstyring (HSØ, 2010) og internkontrollforskriften. For å få et bilde på hvordan dette gjøres av styret har jeg spurt om hvordan det arbeides med mål og strategi, med styringsinformasjon som for eksempel de utvalgte kvalitetsindikatorene, og dessuten om oppfølging og forbedringsarbeid. Styrets sammensetning, kompetanse og kunnskap om modell for virksomhetsstyring er en forutsetning for at oppgavene skal kunne utføres i henhold til overordnede beslutninger, jeg har derfor spurt om dette. Utvalget består av styremedlemmer fra 3 helseforetaksstyrer i Helse Sør Øst.



Av 33 utsendte spørreskjema fikk jeg 22 komplette besvarelser og 2 ufullstendig utfylt. Jeg har ikke tatt med de ufullstendige besvarelsene i oppsummeringen. Svarprosent blir dermed 67. De fleste av de som svarte på undersøkelsen har mer enn 4 års generell styreerfaring, og 55 % av dem har mer enn 4 års erfaring med styrearbeid i spesialisthelsetjenesten. Alt i alt en gruppe med mye styreerfaring som likevel omfatter en gruppe på 27 % som er forholdsvis uerfaren i arbeidet med helseforetaksstyrer. Ca. 2/3 av respondentene er eieroppnevnte og ca 1/3 er ansattes representanter. En fordeling som tyder på at svarprosenten er nokså lik for de to gruppene i de styrene som har fått spørreundersøkelsen tilsendt. Styremedlemmene fordeler seg over flere aldersgrupper, mens de fleste kvinnene er i aldersgruppe 40-59 år, er flere menn 60 år eller eldre. Jeg har spurt om styremedlemmenes faglige bakgrunn og det var mulig å krysse av for flere områder. De tre fagområdene som flest styremedlemmer krysset av for var politikk, helse/medisin og ledelsesfag. I tillegg er det noen som har faglig bakgrunn fra økonomi, samfunnsvitenskap, kvalitetsfag, IKT, journalistikk og arbeid med rusavhengige. Flertallet av eieroppnevnte representanter har politikk som faglig bakgrunn, og nesten alle av ansattes valgte representanter har helse/medisin som bakgrunn, naturlig nok. Det betyr at svarene fra politikere og eieroppnevnte kan ha stor grad av samsvar, og det vil være stort samsvar mellom hvordan helsepersonell og ansattes representanter svarer på undersøkelsen. Prosentandelen vil likevel ikke være helt sammenfallende fordi variabelen "Representasjon" er et spørsmål med to gjensidig utelukkende alternativ, dvs enten eieroppnevnt eller ansattes valgte representant, mens spørsmålet om faglig bakgrunn kan besvares med flere alternativer.

### **5.3.1 Styrets arbeid med mål og strategi**

Helse Sør-Øst har i sin plan "Årshjulet for God virksomhetsstyring" (figur 5), lagt opp til at mål og strategiarbeid skal skje tidlig på året etter at oppdrag og bestillerdokument er mottatt fra departementet. Mål og strategiarbeidet er også hjemlet i helseforetaksloven, § 28, der det heter at "Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet"(Helseforetaksloven, 2001), og i internkontrollforskriften §4a) (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002), der det heter at virksomhetens hovedoppgaver og mål skal være beskrevet.

Alle respondentene svarer at det er fremlagt og vedtatt en kvalitetsstrategi for virksomheten, og de fleste angir aktiv deltakelse i diskusjonen, noen med sterke meninger. Strategien er lagt frem av daglig leder, og styrets flertall angir at deres innspill fikk ingen konsekvens for vedtaket, mens et mindretall mener at deres innspill faktisk påvirket strategien på noen måte.

Styret skal se til at virksomheten utarbeider egne kvalitetsmål og tiltak for å oppnå de overordnede målsettingene, men flertallet mener styret har begrenset handlingsrom i dette. Oppdragsdokumentet og virksomhetens status samt lover og forskrifter oppgis å være utgangspunkt for å etablere egne tiltak. De som angir viktighet, angir at oppdragsdokumentet og virksomhetens status er viktigst. Flertallet av respondentene, mener at kvalitet faktisk vektlegges i diskusjonen og er avgjørende for styrets endelige beslutning om kvalitetsmålsetting, men de fleste mener også at økonomiske rammer og krav til aktivitet og produksjon har innvirkning på dette.

Riktig bemanning og kompetansesammensetning i virksomheten er en forutsetning for måloppnåelse som også er omtalt i internkontrollforskriften § 4 c)

(Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002). Et knapt flertall på 55 % mener at styret gjør en tilstrekkelig vurdering av virksomhetens bemanning og kompetansesammensetning i forhold til målsettingen for kvalitet i spesialisthelsetjenesten, og i forhold til kapasitet og produktivitet.

Internkontroll med virksomheten er en del av det planmessige arbeidet. ”Internkontroll handler om å systematisere det som mange vil karakterisere som ordinære lederoppgaver og sikre at virksomheten utvikles og forbedres slik at myndighetskravene i sosial- og helselovgivning etterleves” sier direktør for Sosial- og helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen i forordet til heftet ”Hvordan holde orden i eget hus” (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Krav til virksomhetens systematiske oppfølging av Internkontroll i sosial- og helsetjenesten er gitt internkontrollforskriften, § 4 h). De fleste mener at styrets oppfølging av dette er tilstrekkelig, mens et mindretall på 37 % mener oppfølgingen er utilstrekkelig eller helt fraværende. Styrets arbeid med Internkontroll, Helse Miljø og Sikkerhet (Internkontrollforskriften, 1996), vurderes på samme måte.

Risikostyring er en metode som Helse Sør-Øst har bestemt skal brukes for å sikre måloppnåelse i helseforetakene (Helse Sør-Øst, 2010) og det følger dessuten av internkontrollforskriftens § 4 f) (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002) at

virksomheten skal ha oversikt over områder med fare for svikt. Verktøyet innebærer at det gjøres en vurdering av risiko knyttet til måloppnåelse, og at det etableres handlingsplan for å redusere uakseptabelt høyt risikonivå. I spørsmålet om styrets oppfølging av virksomhetens bruk av dette styringsverktøyet, svarte 2/3 av de spurte at dette blir tilstrekkelig ivaretatt. Noen angir i tillegg at styret spesifikt ber administrasjonen om å jobbe med oppfølging av identifiserte risikoområder, uten å detaljstyre hvordan, det vil si et eksempel på målstyring med handlingsfrihet i forhold til valg av tiltak på underliggende nivå.

For å tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetakene er det av det regionale helseforetaket vedtatt overordnede målformuleringer for planperioden fram til 2014. Målene fremgår av Oppdrags- og bestillerdokumentet 2013(Helse Sør-Øst, 2013) kapittel 4. Blant disse overordnede måleområdene har jeg valgt å undersøke hvordan to av dem, nemlig sykehusinfeksjoner<sup>10</sup> og ventetider følges opp av helseforetaksstyret. Daglig leder har ifølge 2/3 av respondentgruppen lagt fram spesifikke tiltak for å nå målet om ventetid på mindre enn 65 dager, og målet om at det skal oppstå sykehusinfeksjoner hos færre enn 3 % av pasientene. Styret har arbeidet aktivt med oppfølging av virksomheten på disse områdene, det vil si med stor deltakelse i diskusjonen. Diskusjonen i styret fikk i noen tilfelle konkrete konsekvenser; noen få angir at deres bidrag medførte protokolltilførsel og noen angir at de oppnådde endring i vedtaket.

### **5.3.2 Styrets kontroll med styringsinformasjon**

Kontroll med styringsinformasjon følger av vedtatt modell for god virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) og Internkontrollforskriftens § 4g) (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002)der det blant annet heter at ansvarlige for virksomheten skal sørge for at det er iverksatt nødvendige tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivingen. Interne revisjoner og systematisk innsamling og kontroll med kvalitetsindikatorer er en del av virksomhetens oppfyllelse av dette kravet.

Interne revisjoner er virksomhetens kontroll av seg selv, og innebærer gjennomgang av valgte systemer og/eller prosedyrer for å finne ut om virksomheten etterlever det som er bestemt, eller har et forbedringsbehov. Virksomheten velger og planlegger selv hvilke

---

<sup>10</sup> Sykehusinfeksjoner kalles nå (2014) helsetjenesteassosierte infeksjoner(HAI).

områder som skal revideres når det dreier seg om intern revisjon. Jeg har derfor spurt om hva styrets medlemmer mener er viktige elementer når de vurderer og tar beslutning om en intern revisjonsplan for virksomheten. Styrets medlemmer mener at styringsinformasjon som kvalitetsindikatorer og alvorlige hendelser, samt gjeldende lover og forskrifter er viktig bakgrunn for valg av revisjonsområder.

Flertallet mener at styret vurderer virksomhetens interne revisjonsplan, og påfølgende handlingsplan i tilstrekkelig grad, mens et mindretall mener at denne vurderingen er utilstrekkelig.

Styret følger opp virksomhetens resultater på overordnede kvalitetsindikatorer.

Virksomheten rapporterer regelmessig resultat på kvalitets- og styringsindikatorer til styret og videre til eier, det regionale helseforetaket. De fleste respondentene mener at rapporteringssystemet er godt tilpasset for å sikre at resultatet kan sammenholdes med oppdrag og uttalte mål. Altså, rapporteringssystemet oppfattes av styret som hensiktsmessig. Styret følger opp kvalitetsrapporteringen med gjennomgang av resultatene. Blant de respondentene som svarte at målet om færre sykehusinfeksjoner ikke er oppnådd, angir 93 % at korrigerende tiltak er etterspurt av styret. Blant de respondenter som svarer at målet om at ventetiden skal være mindre enn 65 dager ikke er oppnådd, angir 100 % at korrigerende tiltak er etterspurt av styret.

### **5.3.3 Forbedring, læring og utvikling**

Flertallet av de styremedlemmene som har svart mener at styret i noen grad følger opp at kvalitetsrapportering brukes til læring og utvikling i virksomheten, men bare halvparten av respondentene mener at dette gjøres i tilstrekkelig omfang, mens den andre halvparten mener dette gjøres utilstrekkelig. Jeg spurte og fikk en del eksempler på hvordan oppfølging skjer; Flere beskriver at oppfølgingen ivaretas av virksomheten ved daglig leder og administrasjonen. Noen nevner at styret følger med på kvalitetsindikatorene, og styret etterspør tiltak og rapportering, og andre legger til at styret har stort fokus på dette og dessuten sikrer egen kompetanse gjennom temamøter og styrekurs.

En forutsetning for å kunne styre, kontrollere og påvirke virksomhetens måloppnåelse på kvalitetsområdet slik det er forutsatt, er at styrets medlemmer kjenner prinsippene og de etablerte metoder for god virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010). Jeg har derfor spurt om hvordan styret har arbeidet med egen kompetanse for å sikre at de kan det som

skal sette dem i stand til å utøve styring og kontroll. Bare 23 % av respondentene angir at de kjenner dette styrende dokumentet godt eller grundig, mens 55 % kjenner dokumentet delvis og 18 % kjenner dokumentet ”så vidt”. Jeg har også spurt om konkrete opplæringstiltak for styret, og alle svarer at de får opplæring gjennom interne kurs/seminarer

### **Styremedlemmenes oppfatning av modell for styring og kontroll**

Jeg har i spørreundersøkelsen skissert to ulike oppsummeringer av hvordan styret arbeider i forhold til de føringene som er gitt i overordnede dokumenter, og bedt respondentene om å vurdere hvilket alternativ som stemmer best med virkeligheten slik de opplever det. Jeg fikk ikke et klinkende klart svar, men det kan være at forskjellen på de to modellene ikke var tydelig nok beskrevet.

Svaralternativene var:

- A. Modellen for virksomhetsstyring brukes slik den er beskrevet i styringsdokumentet ”God virksomhetsstyring” Helse Sør Øst. Beskrivelsen brukes konsekvent, sammen med styreinstruksen, som rettesnor for styrets arbeid med eiers bestilling og virksomhetens rapportering på kvalitetsområdet. Slik sikrer styret styring og kontroll med virksomheten. Styret bruker mål- og resultatstyring konsekvent. Virksomheten har stor frihet i valg av metoder og løsninger på underliggende ledelsesområder.
- B. Modellen for virksomhetsstyring slik den er beskrevet i styringsdokumentet ”God virksomhetsstyring” Helse Sør Øst, oppfattes mest som en veileder for hvordan helseforetakets styre bør arbeide. Styret må som regel gjøre strenge prioriteringer ut fra tilgjengelige ressurser, og må tilpasse sitt arbeid til den til enhver tid aktuelle situasjon. Det er mange ting som påvirker situasjonen samtidig og kontinuerlig, også når beslutninger skal tas og valg skal gjøres; Medisinsk utvikling, teknologisk utvikling, økonomiske rammer og økende etterspørsel etter helsetjenester, påvirker arbeidet mer enn en teoretisk beskrevet modell. Styret følger virksomheten tett og nøyaktig. Styret tar ofte tak i saker der ansvar for tiltak og løsning ligger på et lavere ansvarsnivå.
- C. Ingen av beskrivelsene passer helt. Her var det mulighet for å legge inn tekstlig tilføyelse.

41 % av respondentene svarte modell A, det vil si at de mener at styret fungerer nært opp til de føringene som er gitt og i henhold til god virksomhetsstyring slik Helse Sør-Øst har beskrevet det i sitt dokument ”God virksomhetsstyring”. 45 % av respondentene, dvs et simpelt flertall mener at modell B beskriver styrets funksjon best, dvs et styre som arbeider mer situasjonsbetinget enn regelstyrt. De resterende respondentene, 14 %, syntes det var vanskelig å si noe om dette.

### 5.3.4 Variasjon

I utgangspunktet er styret et kollegium der alle styrets medlemmer er forpliktet i forhold til samme målsetting og styrets hensikt. Det er ikke dermed sagt at alle har samme mening, tvert imot er det naturlig at ulike bakgrunn og kunnskap sikrer ulike bidrag til kollegiets beslutningsarbeid. Jeg finner likevel en variasjon i svarene som ikke bare er individuell, men knyttet til bestemte grupper i styret som svarte annerledes enn resultatet på totalrapport fra spørreundersøkelsen, på flere variable. Dette er grupper som pr. definisjon ikke skal fungere som grupper i styrets møter, ettersom styret er og skal fungere som et kollegium. Det er derfor interessant å se at spørreundersøkelsen likevel synliggjør noen ulikheter som skiller ut disse gruppene. Under uavhengig variabel Faglig bakgrunn, var de største gruppene helse/medisin og politikk, en tredje gruppe med ledelsesfaglig bakgrunn var mindre, men nevnes fordi de på enkelte variable skilte seg ut ved å svare annerledes.

I arbeid med virksomhetens egne kvalitetsmålsettinger og strategi vektlegger helsepersonell og ansattes representanter oppdragsdokumentet og virksomhetens status på samme måte som styret for øvrig, men de legger i tillegg stor vekt på gjeldende lover og forskrifter. I diskusjon om kvalitetsstrategi angir 100 % av styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn at deres innlegg hadde ingen konsekvens for strategien. Dvs. i den grad de eventuelt har vært uenig med daglig leder i prioriteringene, så fikk dette ingen konsekvens for vedtaket. Menn angir sterkere engasjement og deltakelse i diskusjonen, men ingen konsekvens for vedtaket. Kvinnene angir moderat engasjement men mener å ha oppnådd justeringer av kvalitetsstrategien.

Styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn og ansattes representanter mener at krav til kvalitet sjelden eller aldri er avgjørende for endelig fastsettelse av kvalitetsmål.

Gruppen med ledelsesfaglig bakgrunn mener at økonomiske rammer vanligvis eller alltid har innvirkning på dette. ”Vi kan ikke få til, mer enn vi har råd til.”

Flertallet av styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn og ansattes valgte representanter mener at styret vurderer bemanning og kompetansesammensetningen utilstrekkelig i forhold til krav om kvalitet i helsetjenesten, i motsetning til politikere og eieroppnevnte styremedlemmer som mener det motsatte.

Når det gjelder styrets oppfølging av virksomhetens internkontroll i sosial- og helsetjenesten (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002) og dessuten Helse Miljø og Sikkerhet (Internkontrollforskriften, 1996), mener de fleste eieroppnevnte at dette gjøres i tilstrekkelig omfang, mens ansattes valgte representanter mener dette burde gjøres grundigere.

I arbeid med kvalitetsindikatorne Sykehusinfeksjoner og Ventetid angir 100 % av ansattes valgte representanter at deres innlegg hadde ingen konsekvens for vedtaket, mens eieroppnevnte angir en viss innflytelse. Menn angir sterkere engasjement og deltakelse i diskusjonen. Kvinnene angir moderat engasjement.

Styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn og ansattes representanter mener at styret ikke gjør tilstrekkelig vurdering av virksomhetens plan for interne revisjoner og påfølgende handlingsplan. Politikere og eieroppnevnte mener det motsatte.

Styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn og ansattes valgte representanter mener oppfølging av resultater på kvalitetsindikatorer er utilstrekkelig, mens politikere og eier oppnevnte mener dette gjøres tilstrekkelig. Kjennskap til det styrende dokumentet God virksomhetsstyring er størst i gruppen med ledelsesfaglig bakgrunn, eieroppnevnte styremedlemmer kjenner dokumentet mer eller mindre grundig, mens de fleste ansattes valgte representanter angir at de bare kjenner dette dokumentet delvis.

De fleste politikerne mener at styret fungerer i henhold til beskrivelsene i modell A, mens bare 11 % av helsepersonell i styret mener det samme.

Blant styremedlemmer med ledelsesfaglig bakgrunn, som også angir høyest på kjennskap til dette dokumentet, sier hele 75 % at styret fungerer etter modell B.

### **5.3.5 Oppsummering av funn i spørreundersøkelsen**

Jeg oppsummerer funn i spørreundersøkelsen med referanse til tema i spørreskjema, hvor sorteringen er gjort i forhold til hovedområdene som inngår i oppgaver knyttet til styring og kontroll med kvalitet. Dermed gir spørreundersøkelsen et mer helhetlig bilde

av hva styret arbeider med gjennom året, og hva styrets medlemmer selv mener om styrets funksjon.

Styrets sammensetning er i henhold til helseforetakslov og instruks. Respondentene oppgir å ha en del styreerfaring, men ca. 1/3 av respondentene er forholdsvis uerfaren med arbeid i helseforetaksstyrer. Fordelingen mellom eieroppnevnte og ansattes valgte representanter er i tråd med Helseforetakslovens § 23(Helseforetaksloven, 2001).

Flertallet av de eieroppnevnte styrerepresentantene har politikk som bakgrunn mens flertallet av ansattes valgte representanter har helsefaglig bakgrunn.

Flertallet mener at styret har begrenset handlingsrom i arbeidet med mål og strategi.

Kvalitetsstrategi er fremmet av daglig leder, og styremedlemmenes aktive deltakelse fikk stort sett ingen konsekvens for vedtaket, mens et mindretall mener at deres innspill faktisk påvirket strategien på noen måte. Flertallet av respondentene mener at styrets oppfølging av Internkontroll i sosial- og helsetjenesten og Internkontroll Helse- Miljø og Sikkerhet, er tilstrekkelig. Et knapt flertall mener at styret gjør tilstrekkelig vurdering av bemannings- og kompetansesammensetning i forhold til mål om kvalitet på tjenesten. Styret følger opp at virksomheten har gjort risikovurderinger og at virksomheten følger opp områder med særskilt risiko.

Flertallet mener at styret gjør en tilstrekkelig vurdering av plan for interne revisjoner og påfølgende handlingsplaner. Ved manglende måloppnåelse på eksemplene ”Ventetid” og ”Sykehusinfeksjoner”, angir flertallet at styret har etterspurt korrigerende tiltak fra daglig leder. Styret har diskutert tiltakene som daglig leder har lagt frem, men de fleste mener at deres innspill hadde ingen konsekvens for vedtaket.

Styremedlemmene mener hovedsakelig at styret følger opp at virksomheten bruker resultatene på kvalitetsindikatorer og annen kvalitetsinformasjon til læring og utvikling. Halvparten av de som svarte mener imidlertid at dette gjøres i utilstrekkelig omfang. Kjennskap til det styrende dokumentet ”God virksomhetsstyring”(Helse Sør-Øst, 2010) er varierende, men alle styremedlemmene angir at de har fått intern opplæring i styrearbeid.

De fleste respondentene vurderer at styret på kvalitetsområdet bidrar med å følge opp virksomhetens mål og strategiarbeid, kontroll med styringsinformasjon og virksomhetens forbedrings- og utviklingsarbeid. De fleste angir at de har deltatt aktivt i diskusjon om styresaker vedrørende kvalitet, men bare et fåtall angir at deres bidrag har



fått noen slags konsekvens for det endelige vedtaket, som for eksempel endring eller tilføyelser, eller at de har vært helt uenig og bedt om protokolltilførsel.

Ved nærmere undersøkelse av variasjon mellom svar fra ulike grupper i styret, tegnes det et alternativt bilde av styrets arbeid. Ansattes representanter og styrerepresentanter med medisin og helsefag som bakgrunn utgjør et mindretall som vurderer at deres bidrag på kvalitetsområdet ofte får liten konsekvens tilross for stort engasjement og deres kjennskap til den operative delen av virksomheten. De vurderer dessuten at krav til kvalitet på tjenesten likevel ikke blir det utslagsgivende for hvorhen virksomheten setter egne mål, og at økonomiske rammer setter grenser. Dette mindretallet vurderer også at styrets oppfølging av virksomhetens internkontroll, interne revisjoner og kvalitetsindikatorer er utilstrekkelig. Et annet funn er at det samme mindretallet angir lavere kjennskap til det styrende dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) enn de øvrige styremedlemmene.

#### ***5.4 Oppsummering empiri***

Ettersom jeg har benyttet tre ulike undersøkelsesenheter velger jeg å samle det jeg har funnet i en kort oppsummering av empirien.

Dokumentanalysen har gitt innsyn i hva slags saker som behandles av styret, hvor omfattende saksdokumentasjon de har å forholde seg til og hva som dokumenteres av vedtak etter styremøtet. Styrets medlemmer har mye arbeid med å lese omfattende saksdokumenter, og de fleste av sakene som behandles er såkalte orienteringssaker. Styret ser ut til å arbeide med saker som er i henhold til styrets hensikt og oppgaveområde, og sakene ser ut til å være grundig forberedt av daglig leder. Protokoll foreligger etter alle møter og alle behandlede saker har fått vedtak. De fleste vedtak er i tråd med daglig leders anbefalinger. Noen saker er påført tilføyelser fra styret, men ingen av de sakene som ble behandlet i de tre undersøkte styremøtene hadde fått såkalt protokolltilførsel.

Observasjonen har gitt meg informasjon om hvordan diskusjoner som går forut for de protokollførte vedtakene kan arte seg, og hvordan styring og kontroll med kvalitet kommer til uttrykk i det muntlige arbeidet. Med en viss variasjon i intensitet mellom de tre observerte styremøtene, kan jeg likevel oppsummere at styrene diskuterer sakene ut fra ulike vinkler før det gjøres vedtak. Kvalitetssaker blir belyst fra kvalitetsperspektiv,

men blir også satt inn i helhetlig sammenheng hvor for eksempel økonomi og drift spiller en rolle. I saker som ikke handler direkte om kvalitet blir kvalitetsperspektivet av og til trukket frem og tatt med i vurderingen.

Spørreundersøkelsen har gitt meg litt mer informasjon om bredden i styrets arbeid, idet den omfatter styrets oppgaver knyttet til kvalitet, gjennom hele året. Den har også gitt informasjon om hvordan styremedlemmene selv opplever at kollegiet fungerer. Jeg finner at styret som helhet mener at de ivaretar sitt ansvar for oppfølging av virksomhetens styring og kontroll med kvalitet på en tilstrekkelig måte, når de arbeider med mål og strategi, styringsinformasjon, forbedring og utvikling. Jeg finner imidlertid en gjennomgående uenighet mellom eieroppnevnte styremedlemmer og ansattes valgte representanter. Uenigheten går stort sett ut på at ansattes valgte representanter mener at styrets arbeid i forhold til en del kvalitetsoppgaver ikke er tilstrekkelig for å sikre styring og kontroll med kvalitet. En annen type ulikhet som går igjen er at ansattes valgte representanter i flere sammenhenger angir at deres innlegg ikke fikk noen konsekvens for endelig vedtak.

## 6 Diskusjon og analyse

Styrets hovedoppgaver følger av hensikten med å ha et styre som er beskrevet i dokumentet *God virksomhetsstyring* (Helse Sør-Øst, 2010) og bygger på systematikken i Corporate governance. Styret skal blant annet sikre en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet, føre tilsyn med virksomhetens internkontroll, herunder styring og kontroll med kvalitet. Styrets arbeidsmåte er beskrevet i de styrende dokumenter for helseforetak og en forutsetning er selvsagt at styrets medlemmer kjenner disse dokumentene og styringsmodellen. Hvorvidt dette fungerer etter hensikten er det delte meninger om i styret. I dokumentgjennomgang og observasjon fant jeg ingenting som skulle tilsi at styret ikke arbeider i henhold til føringene i lov (Helseforetaksloven, 2001) eller ”God virksomhetsstyring” (Helse Sør-Øst, 2010). Jeg må derfor se nærmere på hva jeg fant i spørreundersøkelsen hvor spørsmålene ikke er begrenset til de observerte styremøtene, men generelt til styrets funksjon. Jeg vil diskutere de funnene som ikke passer helt med den beskrevne idealmodellen i dette kapittelet.

### ***6.1 Styrets sammensetning og kompetanse***

Styrets sammensetning er i mitt materiale helt i tråd med de føringer som er gitt i Lov (Helseforetaksloven, 2001), slik at forutsetningene for å utføre oppdraget skulle være i orden. Styret er virksomhetens øverste organ og styrets medlemmer, som inngår i dette kollegiet er å betrakte som ledere ettersom de, om enn uten direkte personalansvar, likevel skal få ting til å skje gjennom personer på underliggende nivå i organisasjonen, og de har ansvar for at virksomheten har effektive systemer for kvalitet, økonomi, HR<sup>11</sup> osv. Styret skal fungere som en helhet, men sammensetning og kompetanse er forutsetninger som kan ha betydning for hvordan styret fungerer.

Profesjonsnøytral ledelse er basert på prinsippet fra NPM-tradisjonen (Hernes, 2007), og innebærer at utdannede, kompetente ledere kan styre alt fra sykehus til transport uten spesifikk faglig bakgrunn. Flertallet av helseforetakets styremedlemmer er slike ledere uten virksomhetsspesifikk faglig bakgrunn, idet de oppnevnes blant foreslåtte

---

<sup>11</sup> HR er forkortelse for Human Resources som betyr menneskelige ressurser dvs menneskene eller personalet i en organisasjon

folkevalgte i henhold til føringene i regjeringserklæringen for regjeringsperioden 2005-2009 (Soria Moria 1, 2006). Styrets medlemmer må altså ikke ha helsefaglig bakgrunn for å lede helseforetaket, men de skal kunne styre etter prinsipper for god virksomhetsstyring. Det vil si at NPM-prinsippet om profesjonsnøytral ledelse er i bruk i den gjeldende styringsmodellen. Mine funn viser at de styremedlemmene som har helsefaglig bakgrunn ofte har annen mening eller annen holdning enn styremedlemmer uten faglig bakgrunn fra virksomheten som de skal lede. Den profesjonsnøytrale delen av styret er imidlertid i flertall, og styrets vedtak besluttet etter regelen om alminnelig flertall. Det vil si at ved uenighet mellom styremedlemmer med og uten helsefaglig bakgrunn, så taper mindretallet og flertallet, de profesjonsnøytrale vinner avstemningen, og prinsippet om profesjonsnøytral ledelse kan dermed sies å være gjeldende i helseforetaket.

### **Styremedlemmenes kjennskap til styringsmodellen**

Jeg antar at kunnskap om styringsmodellen må være en del av den grunnleggende ledelseskompetansen som styremedlemmene bør ha, enten de har faglig bakgrunn som politikere, helsepersonell eller ledere. Administrerende direktør for Helse Sør-Øst forutsetter også dette i innledningen til dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) som er styrende dokument for alle ledernivåer i Helse Sør-Øst. Jeg spurte styremedlemmene om kjennskap til dokumentet og fikk nokså varierende svar. Styremedlemmer med ledelsesbakgrunn angir å ha satt seg grundig inn i dokumentet. En del av de eieroppnevnte styremedlemmene og styremedlemmer med politikk som faglig bakgrunn kjenner dokumentet grundig eller godt, mens de fleste av ansattes valgte representanter og styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn angir at de kjenner dokumentet delvis. Undersøkelsen gir ikke svar på hvorfor gruppen med ledelsesbakgrunn angir å kjenne dokumentet grundigere enn fleste andre, men de har antakelig oppfattet seg som målgruppe for konserndirektørens innledning til dokumentet. Hvorfor de øvrige eventuelt ikke skulle ha oppfattet seg som målgruppe, bør undersøkes nærmere. Imidlertid kan man tenke seg at de som ikke kjenner dokumentet så godt, likevel er godt kjent med styringsmodellen (Helse Sør-Øst, 2010) og elementene som inngår, ettersom alle styremedlemmene svarer at de har deltatt på intern opplæring i styrearbeid. I tillegg er det slik at viktige elementer fra dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) går igjen i styrets instruks, og den beskrevne strukturen i arbeidet for god virksomhetsstyring virkelig gjøres dessuten i

styrets årsplan og agenda. Hvis dette funnet derimot skulle bety at grupper i styret faktisk har ulik kunnskap om virksomhetsstyring, ulik oppfatning av oppdraget, så vil konsekvensene kunne være at de som kjenner dokumentet og de som ikke kjenner det så godt, vil vurdere styrets bidrag til styring og kontroll med kvalitet på ulik måte, rett å slett fordi de forholder seg til litt ulike kriterier. Dette bør undersøkes nærmere både for å utdype styremedlemmenes kjennskap til god virksomhetsstyring, og deres holdning til de overordnede føringene for virksomhetsstyring.

## **6.2 Styrets arbeid og arbeidsmåte**

Jeg har i dokumentgjennomgangen funnet at sakspapirer sendes ut og kan gjennomgås av det enkelte styremedlem før styremøtet. I styremøtene har jeg observert at sakene behandles ved at styremedlemmer legger frem egne vurderinger og informasjon de mener er av betydning for saken. Jeg har observert at vedtak fattes ved alminnelig flertall, og i dokumentgjennomgangen sett at de samme vedtakene protokollføres. I dette har jeg ikke observert noe avvik fra modellen, sånn det er rimelig å anta at styrets arbeidsmåte hovedsakelig er i tråd med modellen. Det vil si at prinsipper for god virksomhetsstyring som er lagt til grunn for struktur og rutiner, slik de er presisert i styrenes respektive instruksjer og oppsummert i en idealmodell i kapittel 3.6, er gjort gjeldende og fungerer etter intensjonen i de styremøtene som jeg har undersøkt. Styrets arbeid består av en rekke beslutningsprosesser, og ettersom styret skal fungere som et kollegium, og eier setter de overordnede mål, er det rimelig å anta at beslutningsarbeidet kan foregå etter en modell hvor beslutningstakerne forholder seg til klare mål, hvor all nødvendig informasjon er tilgjengelig for alle styremedlemmene, og alle bidrar med sin kompetanse for å belyse saken best mulig slik at styret som helhet oppnår et nytt felles virkelighetsbilde og resultatet blir det beste man kan få til, alle ting tatt i betraktning, altså en optimalisering. Dersom styrets arbeid virkelig fungerer på denne måten ligner arbeidet på det som i teorien kalles den rasjonelle beslutningsmodellen (Bakka et al., 2004).

Målstyring (Pettersen et al., 2008) og handlingsfrihet (Boye og Solberg, 1986) på underliggende nivå er et annet prinsipp fra NPM-tradisjonen (Bush et al. 2011) som eksemplifiseres i mitt materiale idet foretak som har gjort risikovurdering, følger opp

risikoområdene med at styret ber administrasjonen om å jobbe med oppfølging av identifiserte risikoområder, *uten* å detaljstyre hvordan. Det vil si at styret mener de gir handlingsfrihet til virksomheten, men for styrets eget oppgaveområde svarer de fleste at de har begrenset handlingsrom innenfor rammene. Dette kan jo skyldes at samtidig som man benytter målstyring, så gjelder både prinsippet om at resultatet, også det økonomiske resultatet teller (Lian, 2007), og krav om oppfyllelse av reglene som er satt i internkontrollforskriften (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002) gjelder. Da blir det antakelig noe begrenset handlingsrom for styret. Det understøttes av at jeg bare finner få spor av NPM-prinsippet om handlingsfrihet under målstyring i mitt materiale, slik at en konklusjon i forhold til dette vil kreve nærmere undersøkelse.

### **6.3 Styret som kollegium**

Styret skal i henhold til styringsmodellen God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) fungere som et kollegium og plikter og bidra med hele sin kompetanse for å sikre at saker blir belyst og vektlagt ut fra dette. Styremedlemmene skal ikke fungere som representanter for ulike interesser, verken politisk, geografisk eller faglig selv om noen av styremedlemmene er de ansattes valgte representanter. Derfor er det styrets samlede innspill som sammen med saksfremlegget danner grunnlag for vedtak. Vedtakene skal på den måten gjenspeile helseforetakets formål slik det står i helseforetakslovens § 1 (Helseforetaksloven, 2001) og i henhold oppdrag og bestilling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I spørreundersøkelsen ser jeg imidlertid at uenigheten i vurdering av styrets arbeid med kvalitet finnes på flere områder, og at disse uenighetene finnes gang etter gang mellom eieroppnevnte med politikk som faglig bakgrunn og ansattes representanter med helsefaglig bakgrunn, det ser ut som om det går en skillelinje gjennom kollegiet. Det kan skyldes at de ansattes valgte representanter enten har andre innfallsvinkler enn virksomhetens ledelse og/eller de eieroppnevnte styremedlemmene. For eksempel er det tenkelig at disse har et nærmere forhold til en operasjonalisert kvalitetsmodell slik den er eksemplifisert i modellen fra Ringerike sykehus, Vestre Viken (figur 4). Det kan også bety at de fungerer mer som en interessegruppes representanter heller enn som likeverdige medlemmer i et kollegium. Det vil si at de oppfatter at oppdraget er å ivareta de ansattes interesse, til forskjell fra å ivareta helseforetakets interesse, som jo er kollegiets primære oppdrag. I så fall er dette

funnet et avvik fra idealmodellen og de overordnede føringene. På den annen side, dersom de ansattes representanter kontinuerlig bringer frem sitt syn, uten at det er til hinder men like gjerne et bidrag til felles virkelighetsoppfatning og konsensus i kollegiet, er dette ikke et avvik men heller en bekreftelse på at styrets sammensetning gir bredere bakgrunn for beslutning. Denne ulikheten gir allikevel grunn til å diskutere om det er fornuftig at styrets medlemmer med helsefaglig bakgrunn kontinuerlig er i mindretall. Igjen er det NPM-prinsippet om profesjonsnøytral ledelse (Hernes, 2007) som utfordres; hvem vet best, de som kjenner virksomheten best eller de som er oppnevnt av eier på bakgrunn av politisk erfaring og geografisk tilhørighet?

Når man i Tyskland på 50-tallet prøvde å bemanne styre med 50 % ansattes representanter var det i tråd med den franske tradisjon som står i motsats til den engelske, der styrets hovedoppgave er å sikre eiers interesser (Eckbo, 2006). Begrunnelsen for ansattes høye representasjon i den franske og tyske modellen var at virksomheten har ansvar overfor mange interessegrupperinger i samfunnet for eksempel ansatte, brukere og lokalsamfunnet. Eier sees på som bare én av interessegruppene, og styret må balansere gruppenes ofte motstridende interesser. Dette er ifølge Eckbo å gi styret en nærmest umulig oppgave, fordi styret med denne utfordringen kan miste både beslutningsevne og effektivitet. Han slår fast at i et moderne system for virksomhetsstyring, må styrebeslutninger være forutsigbare og entydige. Dersom man hadde en slik 50-50 fordeling av eieroppnevnte og ansattes representanter ville man i saker med ulikt syn, kunne balansere ut hverandre, enten på en fruktbar måte, eller på en måte som gjorde styret handlingslammet. Men, fordelene for et helseforetak ville være at man med en 50-50 fordeling ville sikre større innslag av den faglige kunnskap og kjennskap i styrets vurderinger slik at styret på en annen måte kunne diskutere innholdet i daglig leders saksfremlegg. På den annen side kan selvsagt eier sørge for et større innslag av helsefaglig kompetanse med å oppnevne flere representanter som har slik kompetanse, men det er, i alle fall etter regjeringserklæringen i 2006 (Soria Moria 1, 2006) et politisk spørsmål.

Når de sakene som handler om den identifiserte uenigheten mellom mindretall og flertall i styret kommer til avstemning, vil flertallet, som alltid er eieroppnevnte politikere vinne, og mindretallet som er ansattes representanter med helsefaglig

bakgrunn må nøye seg med protokolltilførsler, hvis de insisterer. Det er et eget arbeid å finne ut hva som eventuelt kan være effekten av protokolltilførsler utover det at de ansatte ser at deres syn er kommet frem, tross for at det ikke fikk betydning for vedtaket. Uenighetene er funn fra spørreundersøkelsen, jeg kunne ikke høre innlegg som tilkjennega slik underliggende ulik vurdering i observasjon av styremøtene som inngikk i undersøkelsen. Det var heller ingen protokolltilførsler etter de tre møtene jeg undersøkte, bare justeringer av vedtak som egentlig er resultat av konsensus i styret. Det kan imidlertid tenkes at uenigheten om hva som er tilstrekkelig i styrets arbeid med kvalitet, vil komme sterkere frem i andre typer saker enn det som er behandlet i de undersøkte styremøtene. Uenigheten kan bli tydelig i andre diskusjoner om kvalitet, men også i planlegging av drift og økonomi, hvor en underliggende uenighet om hva som egentlig trengs av kompetanse og bemanning kan bli dominerende i diskusjon og beslutningsprosess. I så fall kan man tenke seg at styrets arbeid tidvis kan ligne den politiske beslutningsmodellen som beskrives av at deltakerne i utgangspunktet har klare mål og interesser, men at disse er delvis motstridende fordi styremedlemmene representerer ulike interessegrupper. Beslutningsarbeidet blir da gjerne til forhandlingssituasjoner, og de ulike partene sitter inne med ulik informasjon eller bakgrunnskunnskap som ikke nødvendigvis brukes til å bygge felles virkelighetsforståelse for å oppnå konsensus. Resultatet er gjerne at flertallet vinner og mindretallet taper en avstemming, eller at man inngår kompromiss hvor ingen vinner. (Bakka et al, 2004). På bakgrunn av mine funn etter undersøkelse av tre styremøter kan jeg ikke påstå at styret ikke makter å fungerer som et kollegium, men den klare uenigheten som går igjen på mange områder, gir etter min mening likevel grunn til å se nærmere på dette.

#### ***6.4 Styrets ansvar og oppgaver***

Jeg vil se nærmere på noen funn knyttet til enkelte av styrets oppgaver og til styrets ansvar for tilfredsstillende organisering av virksomheten.

Styret skal påse at virksomheten har internkontroll (Internkontroll i helsetjenesten, 2002) og internkontrollen omfatter blant annet de tre hovedprosessene, planlegging, styringsinformasjon og forbedring som ifølge Juran (Schreiner, 2004) er nødvendig for å ivareta kvaliteten. Gjennom observasjonene og spørreundersøkelsen har jeg funnet at styret arbeider med å påse at virksomheten har internkontroll og utarbeider



kvalitetsstrategi, rapporterer kvalitetsdata og arbeider systematisk med å rette opp avvik. I mitt materiale fra dokumentstudien og observasjonen finner jeg likevel et begrenset omfang av saker fra forbedrings- og utviklingsarbeid. Det kan være et resultat av at undersøkelsen er gjort tidlig på høsten, slik at denne type saker kan være behandlet på annet tidspunkt, ettersom styrets arbeid følger ”årshjulet” som er planlagt av Helse Sør-Øst i dokumentet God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010). Det kan imidlertid også være uttrykk for manglende fokus på dette området, som altså ifølge Juran er en nødvendig del av et kvalitetsstyringssystem, og som er noe mer enn de forbedringene som gjøres for å rette opp identifiserte avvik fra lov og forskrift. Forbedringselementet i Jurans kvalitetsstyringsmodell (Schreines, 2004) handler om å forbedre, det vil si forandre nivået på tjenesten. Internkontrollforskriftens krav til forbedring kan oppfattes som et krav til kun å rette opp avvik da forbedring slik det er nevnt i internkontrollforskriftens § 4g) skal ha til hensikt å sikre at virksomheten overholder krav i sosial- og helselovgivningen. Styret ser ut til å følge opp internkontrollen i virksomheten, men de samlede funn i denne undersøkelsen tyder på at fokuset på systematisk forbedring kan være noe begrenset.

Styret har ansvar for tilfredsstillende organisering av virksomheten. For at organiseringen av foretaket skal kunne sies å være tilfredsstillende må kompetansesammensetningen og bemanningen i virksomheten være egnet til formålet. I følge et NPM-prinsipp er ”det resultatet som teller” (Lian, 2007), men dersom man ser på hovedelementene i resultatstyring (figur 3) handler det om at det er innsatsfaktorer og aktivitet som leder til resultat (Pettersen et al., 2008). Kompetanse er en vesentlig innsatsfaktor i sykehus. Dersom kompetansesammensetning og bemanning ikke er avstemt med oppgavene, vil det påvirke resultatet, for eksempel med lavere effektivitet eller dårligere kvalitet enn forutsatt. Jeg har derfor spurt om styrets medlemmer mener at styret gjør tilstrekkelig vurdering av bemanning og kompetanse i virksomheten, med tanke på krav til kvalitet. Styrets flertall mener at dette er tilfredsstillende vurdert, og at styret dermed har ivaretatt denne delen av ansvaret. Imidlertid mener mindretallet at styrets vurdering av kompetanse og bemanning i virksomheten ikke er tilstrekkelig. Og det åpner for muligheten for at den faktiske kompetanse og bemanning ikke er godt nok avstemt med oppgavene, fordi dette mindretallet utgjøres i denne sammenhengen av ansattes representanter og styremedlemmer med helsefag og medisin som faglig

bakgrunn. De har antakelig gode forutsetninger for å mene noe om dette, da de både har faglig bakgrunn og erfaring fra den operative delen av virksomheten. Dermed gir deres samlede kompetanse grunn til å ta denne vurderingen på alvor.

### ***6.5 Hva slags merverdi gir styrets arbeid?***

I henhold til Corporate governance er hensikten med å ha et styre å sikre eierinteresser ved hjelp av god virksomhetsstyring (Eckbo, 2006). Det følger også av Helseforetaksloven §1 (Helseforetaksloven, 2001) og styrets instruks. Styret er for eier en forsikring om at en instans overvåker og påser at virksomheten har tilfredsstillende organisering, har internkontroll og fører tilsyn med daglig leder på vegne av eier som det er beskrevet i God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010). Styrets flertall mener at internkontrollen følges opp tilfredsstillende, det vil si at styrets medlemmer mener at de bidrar med det som er hensikten at de skal bidra med, og styrets flertall mener de fører tilstrekkelig tilsyn med daglig leder. Som helhet vurderer styret selv at de fyller sin hensikt i forhold til styring og kontroll med kvalitet i virksomheten.

Virksomhetens samlede kunnskap om helsetjenesten, lover, forskrifter og overordnet bestilling, samt hva som skal til for å skape helsetjenestene er gjennom kompetansen til ansatte på alle nivå svært omfattende, det være seg medisin og helsefag eller stabsfunksjoner som for eksempel økonomi og kvalitet. Daglig leder har dermed tilgang på solide ressurser for å kunne forberede saker og utforme velbegrunnede forslag til helseforetaksstyrets vedtak. Daglig leder har også ansvar for virksomhetens internkontroll. Mine funn av at styrets vedtak oftest er i tråd med daglig leders forslag, er derfor som forventet, men dersom dette alltid er tilfelle, vil man kunne spørre om det er nødvendig å ha et styre i tillegg til virksomhetens daglige leder og store administrasjon. Er det nødvendig å kontrollere at daglig leder og virksomheten gjør jobben sin? Styret kan jo til tross for sin sammensatte og høye kompetanse likevel ikke overgå den samlede kompetanse som daglig leder rår over i sin virksomhet, så det styret eventuelt skal kunne tilføre vedtaket av merverdi må være noe annet.

Styret har en kontroll funksjon for å sikre at lover, forskrift og bestilling faktisk er oppfylt og styret kan styre, det vil si justere kursen dersom de ser det nødvendig (Helse Sør-Øst, 2010). Men virksomheten er jo uansett forpliktet til å rapportere til det

regionale foretaket på alt som ligger i oppdrags- og bestillerdokumentet. I dokumentstudien inngikk også gjennomgang av protokoll fra de tre styremøtene jeg undersøkte. Ingenting av det jeg fant tilsier at styret tilfører eller endrer rapportering fra virksomheten i særlig grad. I tillegg fant jeg i spørreundersøkelsen at styrets medlemmer flere ganger angir at deres innlegg og sterke engasjement, for eksempel for kvalitet, ikke fikk noen konsekvens for vedtaket. Det ble som daglig leder hadde foreslått.

I tillegg til at styret skal føre tilsyn med internkontrollen i virksomheten, så har det regionale helseforetaket etablert en konsernrevisjon (Konsernrevisjonen, 2014) som på vegne av eier, det regionale foretaket har til oppdrag å kontrollere at virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll er etablert og virker i helseforetakene. Det betyr at selv om styret med sitt arbeid bidrar til styring og kontroll med kvalitet i helseforetak, så kan man spørre seg om det her egentlig er lagt opp til dobbeltarbeid.

På grunn av den valgte organiseringen av helseforetaket er det opp til styret å gi legitimitet til daglig leders ledelse av virksomheten. Styret gjør relativt få justeringer av daglig leders forslag til vedtak. De forsterker allerede gitte målsettinger ved å be om ytterligere tiltak, eller de ber om gjentatt rapportering for å kontrollere fremdrift. Styrets merverdi må derfor sies å være den overordnede kontrollen med virksomheten og de justeringene som kan identifiseres i de protokollførte vedtakene.

## 7 Oppsummering og konklusjon

Ved gjennomgang av teori og kontekst har jeg forsøkt å finne ut noe om hvordan helseforetaksstyret fungerer i praksis. Jeg har valgt å bruke tre undersøkelsesenheter, og kan si at de tre ulike måtene å undersøke på har gitt meg ulik men ikke motstridende informasjon, de har utfyllt hverandre. Jeg har diskutert funnene og trukket noen konklusjoner. Avslutningsvis vil jeg oppsummerer funnene i forhold til problemstillingen som ble presentert i begynnelsen av denne rapporten.

### **Hvordan foregår helseforetaksstyrets arbeid for å sikre styring og kontroll på kvalitetsområdet?**

Av dokumentstudien som omfattet agenda, sakspapirer og protokoll, ser det ut til at strukturen i styrets arbeid er i samsvar med Helse Sør-Øst sitt styrende dokument God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) og de ulike styrenes instruksjoner slik jeg har oppsummert disse i en "idealmødel". Gjennom observasjonene som jeg har gjort finner jeg at styremedlemmene ser ut til å ha et avklart forhold til formålet med sitt virke, som omfatter å se til at det er etablert god internkontroll, og at det skal føres tilsyn med daglig leder og virksomheten på vegne av eier, i tråd med § 28 og § 29 i helseforetaksloven (Helseforetaksloven, 2001).

Helseforetaksstyrene jeg undersøkte hadde gjennomsnittlig 11 medlemmer hvorav 7 var eieroppnevnte og 4 var ansattes valgte representanter, dette i samsvar med helseforetakslovens § 21 og § 23 (Helseforetaksloven, 2001). Styrets sammensetning er i de tre helseforetakene jeg undersøkte i samsvar med føringene for ansattes representasjon og kjønnsfordeling. Aldersmessig sammensetning har også en viss spredning som forutsatt. Jeg finner dessuten at de fleste eieroppnevnte styremedlemmer angir politikk som faglig bakgrunn, i tråd med regjeringserklæringen fra 2006 (Soria Moria 1, 2006). Dette kan også være en refleksjon av NPM-prinsippet om profesjonell eller profesjonsnøytral ledelse i motsetning til faglig ledelse (Hernes, 2007). Jeg har ikke spurt om politisk eller geografisk tilhørighet, så dermed kan jeg ikke si om styrets sammensetning følger idealmødel i så henseende.

Alle styrene hadde to observatører fra brukerorganisasjon eller brukerutvalg, i tråd med føringene i helseforetakslov som er fulgt opp i avsnittet om åpenhetskultur i dokumentet "God virksomhetsstyring"(Helse Sør-Øst, 2010).

Styrets hovedoppgaver, og oppgaver knyttet til styring og kontroll med kvalitet er lagt inn i en årsplan og møtestruktur som anbefalt i kap.4, i Veileder for styrearbeid (Helse Sør-Øst, 2011). System for innkalling, gjennomføring og dokumentasjon ser ut til å fungere som forutsatt. Strukturen legger til rette for at oppgavene skal kunne ivaretas på en betryggende måte. Styrets medlemmer ser ut til å ha kjennskap til de elementer av virksomhetsstyringen som de skal ivareta, det være seg internkontrollelementer som mål- og strategiarbeid, oppfølging av styringsinformasjon og risikostyring. Dette som forutsatt i kap.3.2.3 i Veileder for styrearbeid (Helse Sør-Øst, 2011). Ansvar for å påse at det treffes tiltak for å korrigere svikt, synes også kjent.

Styremedlemmenes arbeid krever både forberedelse, oppmøte og etterarbeid.

Mesteparten av tiden går med til å lese og orientere seg og til å møte lange styremøter hvor de fleste sakene er såkalte orienteringssaker. I selve møtet går altså en stor del av tiden med til å bli orientert, noe mindre tid til diskusjon, oppklarende spørsmål og meningsutveksling før beslutning eller vedtak. Vedtakene er vanligvis helt i tråd med anbefaling fra saksansvarlig, noen ganger med tilføyelser, en sjelden gang med justeringer. Et mindretall sier at de av og til ber om protokolltilførsel pga uenighet med flertallsvedtak, som det er adgang til i henhold til styreinstruks (se internettreferanse). Det skjedde imidlertid ikke i de tre møtene jeg observerte.

Oppsummert kan man si at styret ivaretar sin rolle i styringssystemet (Helse Sør-Øst, 2010) som skal sikre både eierskapsutøvelse og god virksomhetsstyring (Eckbo, 2006). Styret arbeider grundig med sakene som de har ansvar for å vurdere, på den måten at de bruker mye tid til orientering før det fattes vedtak. Styrets flertall mener å ha tilstrekkelig styring og kontroll med kvalitet i virksomheten slik det er forutsatt i det styrende dokumentet "God virksomhetsstyring" (Helse Sør-Øst, 2010), og det ser ut som daglig leder i all hovedsak forbereder saker på en slik måte at styret kan slutte seg til daglig leders forslag til vedtak.

### **Er det samsvar mellom praksis og de føringer som er gitt i overordnede dokumenter og styrets instruks?**

I gjennomgang av data fra alle undersøkelsesområdene fremgår det at NPM-prinsipper om mål- og resultatstyring anvendes i styring av helseforetakene og styrets arbeid, slik det er beskrevet av for eksempel Lian i "Når helse blir en vare. Medikalisering og

markedsorientering i helsetjenesten” (Lian, 2007). I spørreundersøkelsen kommer det tydelig frem at et mindretall blant styrets medlemmer som hovedsakelig omfatter ansattes representanter med helsefaglig bakgrunn, mener at styret har utilstrekkelig vurdering av en rekke elementer som inngår i arbeidet med styring og kontroll med kvalitet. Dette gjelder oppgaver knyttet til hvordan styret arbeider med egne mål for virksomheten, styrets vektlegging av kvalitet i målsettingsarbeidet, styrets vurdering av plan for intern revisjon og påfølgende handlingsplan og styrets oppfølging av virksomhetens internkontroll i henhold til forskrift om både Internkontroll for sosial- og helsetjeneste (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002) og Internkontroll for Helse, Miljø og Sikkerhet (Internkontrollforskriften, 1996).

Eieroppnevnte representanter og ansattes valgte representanter angir ulik gjennomslagskraft, idet ansatte representanter på flere områder angir at deres innlegg i diskusjon var uten konsekvens for vedtaket. Dette gjelder for eksempel i diskusjon om oppfølging av manglende måloppnåelse på kvalitetsindikatorene Ventetid og Sykehusinfeksjoner, men jeg kan ikke på bakgrunn av mine data si at dette er gjennomgående, dertil er det for få områder som er undersøkt, og jeg kunne ikke registrere dette fenomenet i noen av de tre styremøtene som jeg observerte (se kap.5). I observasjon av styremøtene har jeg hørt gode diskusjoner med bred deltakelse fra hele styret. Styremedlemmer som er uenig kan i henhold til gjeldende styreinstruks, kreve sin oppfatning innført i protokollen. Slik protokolltilførsel kunne jeg ikke finne etter noen av de tre styremøtene jeg observerte. Ulikheten i gjennomslagskraft oppstår som følge av styrets sammensetning som er bestemt i Helseforetaksloven (Helseforetaksloven, 2001), når det er uenighet mellom grupper av ulik størrelse, mellom eieroppnevnte og ansattes representanter eller mellom politikere og representanter med helsefaglig bakgrunn. Eierrepresentanter og politikere vil alltid ”vinne” avstemninger der uenighet følger disse skillelinjene, men så lenge uenigheten ikke medfører protokolltilførsel kan man antakelig gå ut fra at styret tross uenighet har oppnådd konsensus. En annen sak er at når et mindretall med helsefaglig bakgrunn mener at styrets vurdering av enkelte kvalitetsområder er utilstrekkelig, så reises også spørsmålet om hvorvidt profesjonsnøytral ledelse i henhold til NPM-prinsippet (Hernes, 2007) eller ledelse med faglig bakgrunn er mest hensiktsmessig for å sikre styring og kontroll med kvalitet i helseforetak.

### **Hva slags merverdi gir styrets arbeid for styring og kontroll?**

Det følger av Helseforetakslovens § 28 at hensikten med styret er å sikre internkontroll og god virksomhetsstyring og dessuten å føre tilsyn med daglig leder og virksomheten. Dette er presisert i kap.5 i God virksomhetsstyring (Helse Sør-Øst, 2010) og i det enkelte styres instruks. Styrets medlemmer ser ut til å arbeide mye og samvittighetsfullt med sakene de skal behandle. Styrets medlemmer bruker mye tid både før og under møtet til å orienteres seg før det fattes vedtak. I mitt materiale har styret justert noen av vedtakene for å sikre ytterligere kontroll eller etterspurt ytterligere tiltak for å sikre måloppnåelse. Imidlertid finner jeg at vedtakene i hovedsak blir som saksansvarlig, daglig leder foreslår.

### **Andre funn**

Jeg har samlet ganske mye informasjon og en del er utelatt som irrelevant for problemstillingen min. Imidlertid var det et par ting som var interessante og verdt å nevne fordi det burde undersøkes nærmere hva disse funnene betyr.

I observasjon av tre ulike styremøter la jeg merke til at både lederstil og diskusjonsklima varierte fra møte til møte. Samtidig la jeg merke til at det jeg oppfattet som den tydeligste lederstilen medførte heller mer omfattende saksbehandling enn det motsatte, altså kan det tenkes at en tydeligere styreleder inspirerer til et mer solid bidrag fra styret? Det skulle vært interessant å vite om dette i neste omgang fører til bedre styring og kontroll med kvalitet, men det kan jeg ikke si noe om på bakgrunn av denne undersøkelsen.

Et annet interessant funn som trenger nærmere undersøkelse, men er litt på siden av problemstillingen min handler om forskjell på kvinner og menn i styret. I spørreundersøkelsen finner jeg at kvinnene i diskusjonen om kvalitetsstrategi angir at de deltok lite mens menn til dels angir at de deltok mye og med sterke meninger. Når da 33 % av kvinnene angir at de med sin deltakelse i diskusjonen oppnådde endring i vedtak, mens mennene angir at deres sterke engasjement hadde ingen konsekvens, så er det interessant. Det kan selvsagt ha metodetekniske årsaker, men når det samtidig er slik at kvinnene i styret tilhører en yngre aldersgruppe enn mennene, så kan man lure på om dette betyr at yngre, kvinnelige styremedlemmer har større innflytelse enn eldre

mannlige styremedlemmer. Undersøkelsen min har ikke hatt fokus på akkurat dette, men det er likevel et område man kanskje bør se nærmere på.

Oppsummert kan jeg på bakgrunn av undersøkelsen si at helseforetaksstyret arbeider med sine oppgaver på en slik måte at deres rolle i virksomhetsstyringen er ivaretatt i henhold til det som er bestemt i lov, forskrift og styrende dokumenter. Hvorvidt effekten er at eier kan være rimelig sikker på at det er styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten, stiller jeg likevel spørsmål ved fordi jeg finner at de som antas å kjenne virksomheten best, nemlig styrerepresentanter med helsefaglig bakgrunn og ansattes representanter i styret, i flere sammenhenger angir at styrets oppfølging av viktige kvalitetsområder ikke er tilstrekkelig, samtidig som de opplever at innspill og bidrag til styring og kontroll med kvalitet ikke får konsekvenser for styrets vedtak. Når fagfolket og de ansattes representanter mener at her kan det gjøres bedre, ja da bør man lytte!

### ***Litteratur og andre referanser***

- Bakka J.F., Fivelsdal, E. og Nordhaug, O.(2004). *Organisasjon og ledelse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Boye, K. og Solberg, S.L. (1986), *Ledelse og økonomistyring*. Oslo: TANO A.S.
- Bush T., Johnsen E. og Klausen, K. K. (2011). *Modernisering av offentlig sektor*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eckbo, B.E. (2006) *Corporate governance i et nøtteskall*. Penger og kreditt 2/2006 (årg.34)87-99
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Herbert A. Simon. (1957). *Administrative Behavior*. 2. utg. New York: Macmillan.
- Hernes, G.(2007). *Med på laget: Om New Public Management og social capital I den norske modellen*. Rapport 2007:09. Oslo:Fafu.
- Holte, F.C. (1988) *Økonomi og samfunn 1*. Oslo: Cappelen.
- Husom, N. (2001) *Fem helseforetak med staten som eier*. Tidsskrift for den norske lægeforening. Tidsskriftet nr.03-30.januar.
- Langley, G., Nolan, K.M., Nolan, T.W. (1994). *The Foundation of improvement*. Associates in Process Improvement, Fair Oaks, CA.



- Lian, O. (2007) *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Læg Reid P. og Olsen J.P. (1993). *Organisering av offentlig sektor: Perspektiver – reformer – erfaringer – utfordringer*. Oslo: Tano forlag, 1993
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2014). *Prevalens av infeksjoner og antibiotikabruk i helseinstitusjoner: (PIAH)*
- Neby, S. (2009) *Institutional Reform and Governance in the Scandinavian Hospital Fields: The dynamics of and between change and control*. Bergen: University of Bergen
- Peters, T. og Waterman jr, R. H. (1995). *In search of excellence*. London: HarperCollinsBusiness
- Pettersen, I.J., Magnussen, J., og Nyland, K. mfl. (2008). *Økonomi og helse*. Oslo: Cappelen.
- Ringerike sykehus (2001), *Pasientfokusert Redesign*. Hønefoss: Ringerike sykehus HF
- Schreiner, A. (2004) *Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis* Oslo: Den norske lægeforening
- Senter for statlig økonomistyring (2005) *Risikostyring i staten: Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*. Senter for statlig økonomistyring
- Senter for statlig økonomistyring (2006) *Mål- og resultatstyring i staten: en veileder i resultatmålinger*
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Holde orden i eget hus: Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet IS-1183
- Statskonsult (2006). *Utviklingstrekk i forvaltningspolitikken og forvaltningen fra ca.1990*. 2006:10. Statskonsult
- Yin, R.K. (2009) *Case Study Research Design and Methods*. Fourth edition. SAGE Publications Inc.

### **Lover, forskrifter og offentlige utredninger**

- Helseforetaksloven (2001) *Lov om helseforetak*, LOV-2001-06-15-93(2013). Lokalisert 15.juni 2014, på Lovdata
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*, LOV-1999-07-02-61(2013). Lokalisert 15.juni 2014, på Lovdata
- Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, LOV-1999-07-02-63 (2013). Lokalisert 15.juni 2014, på Lovdata

Likestillingsloven(ny:2013) *Lov om likestilling mellom kjønnene*, LOV-2013-06-21-59  
Lokalisert 15.juni 2014, på Lovdata

Internkontrollforskrift i helsetjenesten (2002) *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2002-12-20-1731. Lokalisert 15.juni 2014 på Lovdata.

(tittel endret til dette i Forskrift om endring, FOR-2013-01-17-61)

Internkontrollforskriften (1996) *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter* FOR-1996-12-06-1127 (2013). Lokalisert 15.juni 2014, på Lovdata.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2003). *Mellom stat og marked*. Norges offentlige utredninger [NOU] 2003-34.

Soria Moria 1 (2006) Regjeringserklæringen, *Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09*

Helse- og omsorgsdepartementet.(1988) *Nasjonal helseplan fra 1988* (St.meld.nr. 41 1987–88).

*Nærings- og handelsdepartementet (2008) Et nyskapende og bærekraftig Norge: Tilråding fra Nærings- og handelsdepartementet av 5. desember 2008*(St.meld.nr.7 2008-2009).

Helsedirektoratet (2014) *Innsatsstyrt finansiering 2014*. Regelverk IS-2162

### **Oppdrag og styrende dokumenter for Helse Sør-Øst**

Helse- og Omsorgsdepartementet (2013). *Oppdragsdokument Helse Sør-Øst*.

Helse Sør-Øst (2010) *God virksomhetsstyring*. Hamar: Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst (2011) *Veileder for styrearbeid i Helse Sør-Øst* Hamar: Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst (2008) *RHF styresak nr. 108-2008: Omstillingsprogrammet*.

*Innsatsområde 1, hovedstadsprosessen*.

Helse Sør-Øst (2013) Oppdrag og bestillerdokument til helseforetakene i Helse Sør-Øst

**Internett referanser som lokalisert ved oppslag 15.juni 2014**

Konsernrevisjonen HSØ (2014)

[http://www.helse-sorost.no/omoss\\_/styret\\_/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/omoss_/styret_/konsernrevisjonen)

Helse Sør-Øst (2014) *Styreinstrukser og vedtekter* for hvert enkelt helseforetak/Omoss/Styret. Oppdrag og bestilling finnes i styredokumentasjon fra februar-møtet

[http://www.helse-sorost.no/omoss\\_/omhelseforetaket](http://www.helse-sorost.no/omoss_/omhelseforetaket)

Helsedirektoratet (2011) Offentlig helseportal

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

***Vedlegg***

Vedlegg 1 Informasjon og forespørsel

Vedlegg 2 Tilbakemelding og bekreftelse fra NSD 03 07 13

Vedlegg 3 Dokumentgjennomgang Arbeidsskjema

Vedlegg 4 Observasjonsskjema

Vedlegg 5 Spørreundersøkelse Skjema

Vedlegg 6 Oversikt over datamateriale

Vedlegg 7 Forkortelser brukt i teksten

Vedlegg 8 Oversikt over figurer

## Spørreundersøkelse i forbindelse med masteroppgave

### Informasjon til styret og forespørsel om å delta

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Bergen og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Jeg arbeider som fagsjef kvalitet ved Ringerike sykehus, Vestre Viken HF, og har helsefaglig bakgrunn med tilleggsutdannelse innen ledelse, helseøkonomi og kvalitet.

Temaet for oppgaven er styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten, og jeg skal undersøke *hvordan* styret arbeider for å sikre styring og kontroll. Dette er en casestudie som gjennomføres i styrene for tre ulike helseforetak, men det er ikke en sammenligningsstudie. Helseforetakene vil bli anonymisert. Undersøkelsen består av tre deler; jeg vil gjøre observasjon av åpne styremøter i de tre helseforetakene, og dessuten en studie av tilhørende styredokumenter - agenda, sakspapirer og protokoll. I tillegg ønsker jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse blant medlemmene i helseforetakets styre. Til spørreundersøkelsen vil jeg bruke et elektronisk spørreskjema som blir sendt ut på epost. Utsending av spørsmål og mottak av svar blir skjermet fra ordinær epost, ved at jeg bruker et dertil egnet dataprogram (Confirmat). Det vil ta anslagsvis 15-20 minutter å svare på undersøkelsen.

Det er frivillig å være med i spørreundersøkelsen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene fra spørreundersøkelsen anonymiseres og kodelisten som kobler løpenummer med epostadresse, slettes når undersøkelsen er ferdig. Jeg planlegger å ferdigstille undersøkelsen innen 31.12.13. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og personverntiltakene godkjent.

Jeg har på forhånd gjort en henvendelse til styreleder via styrets sekretær, og vil nå være tilstede i et styremøte for å gjennomføre observasjon, og vil samtidig ta imot informasjon om epostadresse for utsending av spørreundersøkelsen.

Ved spørsmål kan jeg kontaktes på tlf 90576148, eller i epost til [else.breines@vestreviken.no](mailto:else.breines@vestreviken.no)

Min veileder er Simon Neby (PhD), forsker ved Uni Rokkansenteret og Førsteamanuensis II ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB. Han kan kontaktes på tlf 55588364, eller epost [simon.neby@uni.no](mailto:simon.neby@uni.no).

August 2013

Med vennlig hilsen og takk,  
Else Breines

**Deltakerbekreftelse**

Jeg har mottatt informasjon og er villig til å delta i studien.

ePost: ..... Navn: .....

## Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havskil lilegaten gate 29  
N-5067 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr. 985 121 884

Simon Neby  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Universitetet i Bergen  
Postboks 6165  
5892 BERGEN

Vår dato: 03.07.2013

Vår ref: 34769 / S / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34769	<i>Styring og kontroll med kvalitet i helseforetak</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Simon Neby</i>
Student	<i>Else Margrethe Breines</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

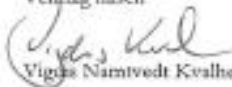
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, sette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Narmvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Else Margrethe Breines, Hofsfossveien 76, 3517 HONEFOSS

## Vedlegg 3

### Vedlegg 3 Dokumentgjennomgang Arbeidsskjema

Gjennomgang av Innkalling, sakspapirer og protokoll til ett styremøte i hvert av de 3 helseforetakene som inngår i studien for å få en oversikt over hva slags saker styret arbeider med, hva slags kvalitetssaker de hadde på agendaen i det aktuelle styremøtet, omfang av lesearbeid for styremedlemmer og oversikt over vedtak.

Respondent-gruppe	Saknr	Tittel	Type sak Orientering el. beslutning	Antall vedlegg	Antall sider	Protokoll Alle vedtak	Identifiserer kvalitetsfokus i styresaker		
							Virksomhetsstyring Økonomi Drift Fag/tilbud Kvalitet Samhandling Adm-info	Kvalitets- relevans (PIF- Juran triade og 3 x I)	Referanse til NPE, Lov/forskrift, GV, Instruks el. bestillerdokume nt
							Innholdet i styresakene slik det fremgår av styrepapirene	Hvilken del av kvalitets- systemet (Juran el Brändrud) på kvalitets system nivå	Ref. Styrende dokumenter, teori og tanke tradisjon Hjemmel i Internkontroll- forskriften
1									
og tilsv. for gruppe 2 og 3									
Gruppe 1 Opp- summert	Antall saker totalt	Oppsummering sakstyper		Antall vedlegg totalt	Antall sider totalt	Antall saker tatt "til orientering" Saker med tillegg fra styret og protokolltilførsel Antall og type kvalitetssaker			

## Vedlegg 4

### Vedlegg 4

### Observasjonsguide

Legger inn navn, sakstype og område på forhånd, gjennomfører observasjon, og sjekker protokoll når den legges på internett etter møtet. Startet med en mer komplisert observasjonsguide, men fant ut at det ikke fungerte, for mye informasjon for mitt formål og observasjonssituasjonen

Dokumentgjennomgang			Observasjon			Protokoll
Saknr Tittel Vedlegg (sakspapirer)	Sakstype Beslutning Orientering Tema	Område ØDABP K	Behandling/styrets arbeid i møtet			Vedtak
			Presentasjon			
			Generelle observasjoner:			
			Spørsmål og Diskusjon i møtet		Referanse Område ØDABPK	
			1			
			2			
			3			
			Presentasjon			
			Generelle observasjoner:			
			Spørsmål og Diskusjon i møtet		Referanse Område ØDABPK	
			1			
			2			
			3			

Ø= økonomi, D= drift, A= administrasjon, B= behandlingstilbud P= Personal K= **Kvalitet**

## Vedlegg 5

# Spørreundersøkelsen Styring og kontroll med kvalitet

### Innledning

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Bergen og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er styring og kontroll med kvalitet i helsetjenesten, og jeg skal undersøke *hvordan* styret arbeider for å sikre styring og kontroll.

Felles for alle helseforetak i Helse Sør Øst er at det gis en ”bestilling” fra eier(v/HSØ) som blant annet omfatter tilbudets omfang og kvalitet. Resultat i henhold til bestilling rapporteres tilbake til eier.

Med virksomhetsstyring menes ”Prosessene og aktivitetene som det regionale helseforetaket og helseforetakene gjennomfører for å: sette mål, definere oppgaver for å nå målene, måle resultater og bruke informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten”(ref. God virksomhetsstyring, Helse Sør Øst, 2010)

### Oppgave og undersøkelse

Tittel på oppgaven er ”Styring og kontroll med kvalitet i helseforetak, - Helseforetakstyrets arbeid med bestilling og rapportering”

Problemstillingen jeg vil søke svar på er: Hvordan arbeider helseforetakets styre med eiers bestilling og virksomhetens rapportering på kvalitetsområdet?

For å finne ut av dette har jeg gjennomført en observasjon av et åpent styremøte, og er i gang med en dokumentstudie av tilhørende styredokumenter dvs agenda, sakspapirer og protokoll.

I tillegg ønsker jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse blant medlemmene i helseforetakets styre.

Undersøkelsen vil gjennomføres i tre ulike helseforetak. Helseforetakene vil bli anonymisert. Dette er en casestudie av styring og kontroll med kvalitet, men er ikke en sammenligningsstudie.

### Konfidensielt og anonymt

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene fra spørreundersøkelsen anonymiseres og kodelisten som kobler løpenummer med personnavn/epostadresse, slettes når oppgaven er ferdig.

Planen er ferdigstilling innen 31.12.13. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

### Fremdrift

Jeg var til stede i et styremøte dd. september for å gjennomføre observasjon, og fikk samtidig deltakerbekreftelse med epost-adresse fra styremedlemmer.

Ved spørsmål kan jeg kontaktes på tlf. 90576148, eller i e-post til [embreines@yahoo.no](mailto:embreines@yahoo.no)

.

Min veileder er Simon Neby (PhD), forsker ved Uni Rokkansenteret og Førsteamanuensis II ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB. Han kan kontaktes på telefon 5558 8364 eller epost [simon.neby@uni.no](mailto:simon.neby@uni.no).

### Praktisk



Spørreskjemaet blir kun sendt ut på epost, utsending med spørsmål og svar blir skjermet fra ordinær epost. Det vil ta anslagsvis 15-20 minutter å svare på undersøkelsen.

Tusen takk for din besvarelse!

Det er et viktig bidrag til min læring, og ikke minst for å få fullført masteroppgaven.

## Spørreundersøkelsen

### Styreerfaring

Hvor lang erfaring har du med styre arbeid totalt?

- < 2 år       2-4 år       >4 år

Hvor lang erfaring har du med styre arbeid i spesialisthelsetjenesten?

- < 2 år       2-4 år       >4 år

### Representasjon

- Eieroppnevnt styremedlem       Arbeidstakervalgt styremedlem

### Kjønn

- Kvinne       Mann

### Alder

- 18-39       40-59       60 eller mer

### Faglig bakgrunn

(kryss av for flere hvis aktuelt)

- Helse/medisin       Økonomi       Samfunnsvitenskap       Ledelsesfag        
Kvalitetsfag  
 Politikk       Annet

Denne innledende informasjonen skal bare brukes til å sortere data i analyseøyemed, og blir ikke presentert som eget resultat av undersøkelsen.

## Sette mål og definere oppgaver

Overordnede mål for virksomheten er gitt i oppdragsdokument fra eier

1. Har styret, innenfor gitte rammer, mulighet til å sette egne mål, velge egne løsninger/tiltak for å nå de overordnede mål?

- Ja, stor handlingsfrihet innenfor gitte rammer  
 Begrenset handlingsrom  
 Utilstrekkelig handlingsrom

Nei, intet handlingsrom

2. Når/dersom styret arbeider for å fastsette egne mål, og delmål/ oppgaver tar man utgangspunkt i:

(kryss av for flere hvis aktuelt, kommenter hva som er viktigst hvis flere)

oppdragsdokumentet

virksomhetens status økonomi, produksjon, kvalitet, ventelister og uløste oppgaver

lover og forskrifter (pasientrettigheter, helseforetakslov, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern, arbeidsmiljøloven osv)

annet: \_\_\_\_\_

Kommentar:-

---

### **Styrets arbeid med overordnede kvalitetsmål**

3. Har daglig leder i inneværende år lagt frem strategier for å nå de overordnede kvalitetsmål?  Ja  Nei

Hvis ja:

4. Deltok du i diskusjon om strategiene med tanke på hvorvidt de bidrar til å sikre måloppnåelse?

Ja, med sterke meninger.  Ja, litt  Nei, kun spørsmål og avklaringer  Nei  Nei, det var ingen diskusjon

Hvis *ingen* diskusjon, - hva mener du er årsaken?

For omfattende.  Grundig saksfremlegg  Tynt saksfremlegg  Annet:

---

Ble kvalitetsstrategien vedtatt?

Ja  Ja, med protokolltilførsel  Nei

Hvis diskusjon, - fikk ditt eller dine meningsfellers innlegg konsekvenser for vedtaket om kvalitetsstrategi?

Ingen konsekvens  Protokolltilførsel  Endring i vedtaket

5. Har styret bedt om risikovurdering i forhold til manglende måloppnåelse for kvalitetsområdet?  Ja  Nei

Hvis ja:

6. Har du opplevd at styret har bedt om noen form for oppfølging av områder med for høy risiko?

(kryss av for flere hvis aktuelt)

- Handlingsplan                       Ny risikovurdering                       Evaluering av tiltak
- Annet? \_\_\_\_\_

## Styrets arbeid med konkrete kvalitetsmål

### Ventetid

7. Har daglig leder i inneværende år lagt frem spesifikke tiltak eller delmål for å nå det overordnede målet om ventetid < 65 dager?                       Ja     Nei

Hvis ja:

Deltok du i diskusjon om hvorvidt tiltakene bidrar til å til å sikre måloppnåelse?

- Ja, med sterke meninger.     Ja, litt     Nei, kun spørsmål og avklaringer     Nei     Nei, det var ingen diskusjon

Hvis *ingen* diskusjon, - hva mener du er årsaken ?

- For omfattende     Grundig saksfremlegg.     Tynt saksfremlegg.     Annet:

\_\_\_\_\_

Fikk ditt eller dine meningsfellers innlegg konsekvenser for vedtaket?

- Ingen konsekvens                       Protokolltilførsel                       Endring i vedtaket

### Sykehusinfeksjoner

8. Har daglig leder i inneværende år lagt frem spesifikke tiltak eller delmål for å nå det overordnede målet om sykehusinfeksjoner < 3%                       Ja     Nei

Hvis ja:

Deltok du i diskusjon om hvorvidt tiltakene bidrar til å til å sikre måloppnåelse?

- Ja, med sterke meninger.     Ja, litt     Nei, kun spørsmål og avklaringer     Nei     Nei, det var ingen diskusjon

Hvis *ingen* diskusjon, - hva mener du er årsaken ?

- For omfattende     Grundig saksfremlegg                       Tynt saksfremlegg.     Annet:

\_\_\_\_\_

Fikk ditt eller dine meningsfellers innlegg konsekvenser for vedtaket?

- Ingen konsekvens                       Protokolltilførsel                       Endring i vedtaket

### Når styret behandler og fastsetter kvalitetsmål:

9. Opplever du at det er virksomhetskrav til ”kvalitet” som vektlegges mest i *diskusjonen* om årets kvalitetsmålsetting?

- Aldri       Sjelden       Ofte       Vanligvis       Alltid

10. Opplever du at det er virksomhetskrav til ”kvalitet” som er avgjørende for *styrets endelige beslutning* om årets kvalitetsmålsetting?

- Aldri       Sjelden       Ofte       Vanligvis       Alltid

11. Opplever du at krav til ”aktivitet og produksjon” har innvirkning på prioritering og *styrets endelige beslutning* om årets kvalitetsmålsetting?

- Aldri       Sjelden       Ofte       Vanligvis       Alltid

12. Opplever du at ”økonomiske rammer” har innvirkning på prioritering og *styrets endelige beslutning* om årets kvalitetsmålsetting?

- Aldri       Sjelden       Ofte       Vanligvis       Alltid

### Styring og kontroll for å sikre god praksis og unngå uønskede hendelser

Internrevisjoner er en etablert metode for å sikre styring og kontroll

Med interne revisjoner menes det her; intern revisjon på foretaksnivå ikke klinikk eller avdelingsnivå.

13. Hvilke elementer mener du er viktige for valg av tema for interne revisjoner på foretaksnivå?

(kryss av for flere hvis aktuelt)

- Nye lover og forskrifter  
 Helhetlig oversikt over gjeldende lover og forskrifter  
 Kvalitetsindikatorer  
 Alvorlige hendelser i egen virksomhet  
 Alvorlige hendelser i annen virksomhet  
 Kompetansen til virksomhetens revisorkorps  
 Oppmerksomhet i media  
 Annet \_\_\_\_\_

14. Hvordan mener du at styret vurderer virksomhetens forslag til plan for interne revisjoner?

- Helhetlig og tilstrekkelig.    Delvis, men tilstrekkelig.    Delvis, men ikke tilstrekkelig    Ikke i det hele tatt

15. Hvordan mener du at styret vurderer handlingsplaner etter interne revisjoner?

Helhetlig og tilstrekkelig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men ikke tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

16. Hvordan mener du at styret gjennomfører *systematisk* oppfølging av internkontroll i hht ”Internkontrollforskrift for sosial- og helsetjenesten”?

Helhetlig og tilstrekkelig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men ikke tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

17. Hvordan mener du at styret gjennomfører *systematisk* oppfølging av internkontroll i hht ”Internkontrollforskrift for Helse, Miljø og Sikkerhet”?

Helhetlig og tilstrekkelig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men ikke tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

### **Styring og kontroll for å sikre kontinuerlig god praksis**

Riktig og tilstrekkelig fagpersonell/kompetanse er en forutsetning for å kunne levere god spesialisthelsetjeneste

18a. Opplever du at styret vurderer virksomhetens bemannings- og kompetansesammensetning, - i forhold til målsetting om kvalitet på spesialisthelsetjenesten?

Helhetlig og tilstrekkelig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men *ikke* tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

18 b. Opplever du at styret vurderer virksomhetens bemannings- og kompetansesammensetning, - i forhold til kapasitet og produktivitet?

Helhetlig og tilstrekkelig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men *ikke* tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

### **Måle og følge opp resultater**

19. Hvor ofte rapporterer helseforetaket kvalitetsindikatorer og mål *til det regionale helseforetaket*?

Månedlig  Kvartalsvis  Tertialvis  Årlig

20. Hvor ofte rapporterer virksomheten kvalitetsindikatorer og mål *til helseforetakets styre*?

Månedlig  Kvartalsvis  Tertialvis  Årlig

21. Er rapporteringssystemet bygget for å sikre at resultatene sammenholdes med oppdraget og uttalte mål?

Ja, fullstendig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men ikke tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

### **Måle og følge opp resultater fra konkrete kvalitetsindikatorer**

24. Har styret fulgt opp resultat for ”Ventetid < 65 dager”, med å *etterspørre korrigerende tiltak* dersom resultatet var dårligere enn målet?

Aldri  Sjelden  Ofte  Vanligvis  Alltid

22. Har styret fulgt opp resultat for ”Sykehusinfeksjoner < 3%”, med å *etterspørre korrigerende tiltak* dersom resultatet var dårligere enn målet?

Aldri  Sjelden  Ofte  Vanligvis  Alltid

### **Bruke informasjonen til styring, kontroll og læring for å forbedre**

23. Mener du at styret følger opp og sikrer at informasjonen i kvalitetsrapporteringen brukes til læring, utvikling og forbedring av virksomheten?

Ja, fullstendig.  Delvis, men tilstrekkelig  Delvis, men *ikke* tilstrekkelig  Ikke i det hele tatt

Hvis ja, eksempel på hvordan: \_\_\_\_\_

### **Styrets ansvar, oppgave og handlingsrom,**

24. Er styret forberedt på å stille spørsmål og handle, når det blir presentert for manglende måloppnåelse på kvalitetsområdet.

Nei, ikke i det hele tatt  Delvis  Ja, men vurderer alltid daglig leders begrunnelser  Ja, absolutt

25. Har du opplevd at styret har grepet inn med konkret handling/vedtak når det blir stilt overfor manglende måloppnåelse på kvalitetsområdet?

Nei, aldri  En gang i løpet av siste år  Flere ganger siste år

### **Virksomhetsstyring**

26. Hvor godt kjenner du dokumentet ”God virksomhetsstyring, Helse Sør Øst 2010”?

Grundig  Godt  Delvis  Så vidt  Ikke i det hele tatt

27. Gir styret sine medlemmer regelmessig opplæring/oppdatering i forhold til virksomhetsstyring?

Ja  Nei

Hvis ja, Hvordan?

Interne kurs/seminar  Eksterne kurs.  Formell utdanning

Annet \_\_\_\_\_

28. Hvilke av disse to beskrivelsene passer etter din mening best for hvordan føringene i dokumentet "God virksomhetsstyring (Helse Sør Øst, 2010) brukes:

Modellen for virksomhetsstyring brukes slik den er beskrevet i styringsdokumentet "God virksomhetsstyring" Helse Sør Øst.

Beskrivelsen brukes konsekvent, sammen med styreinstruksen, som rettesnor for styrets arbeid med eiers bestilling og virksomhetens rapportering på kvalitetsområdet.

Slik sikrer styret "styring og kontroll" med virksomheten.

Styret bruker mål- og resultatstyring konsekvent.

Virksomheten har stor frihet i valg av metoder og løsninger på underliggende ledelsesområder.

Modellen for virksomhetsstyring slik den er beskrevet i styringsdokumentet "God virksomhetsstyring" Helse Sør Øst, oppfattes mest som en veileder for hvordan helseforetakets styre bør arbeide.

Styret må som regel gjøre strenge prioriteringer ut fra tilgjengelige ressurser, slik at styret må tilpasse sitt arbeid til den til enhver tid aktuelle situasjon.

Det er mange ting som påvirker situasjonen samtidig og kontinuerlig, også når beslutninger skal tas og valg skal gjøres; Medisinsk utvikling, teknologisk utvikling, økonomiske rammer og økende etterspørsel etter helsetjenester, påvirker mer enn en teoretisk beskrevet modell.

Styret følger virksomheten tett og nøyaktig.

Styret tar ofte tak i saker der ansvar for tiltak og løsning ligger på et lavere ansvarsnivå.

Ingen av beskrivelsene passer helt, men heller:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kan du evt. si noe om hvorfor?

\_\_\_\_\_

Vedlegg 6

### **Oversikt over datamateriale**

1. Dokumentgjennomgang utfylt arbeidsskjema
2. Dokumentgjennomgang, total oversikt etter gjennomgang av arbeidsskjema
3. Observasjon styremøte 1

4. Observasjon styremøte 2
5. Observasjon styremøte 3
6. Svarrapport spørreundersøkelse, total
7. Svarrapport spørreundersøkelse, uavhengig variabel Representasjon
8. Svarrapport spørreundersøkelse, uavhengig variabel Faglig bakgrunn
9. Svarrapport spørreundersøkelse, uavhengig variabel Kjønn

#### Vedlegg 7

##### **Forkortelser brukt i teksten**

RHF Regionalt Helseforetak

HF Helseforetak

HOD Helse- og Omsorgsdepartementet

HSØ Helse Sør Øst

NPM New Public Management

IKT Informasjons og Kommunikasjons Teknikk (datasystemer)

DRG Diagnose relaterte grupper, gruppering av diagnoser som utgangspunkt for stykkprisfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Fafo en uavhengig stiftelse som forsker på arbeidsliv, velferdspolitik og levekår, nasjonalt og internasjonalt

PDSA Plan-Do-Study-Act, Demings forbedringssyklus

TQM Total Quality Management, norsk variant: TKL, total kvalitetsledelse

BPR Business Prosess Reengineering



## Vedlegg 8

### **Figurer og tabeller i fremstillingen**

Figur 1	Mange nivå i helse hierarkiet	kapittel 1
Figur 2	Rammer og føringer for styring og kontroll	kapittel 2
Figur 3	Mål- og resultatstyringens fokus	kapittel 2
Figur 4	Eksempel på bruk av Jurans triade i kvalitetssystem	kapittel 2
Figur 5	Årssyklus i virksomhetsstyring, utklipp fra God virksomhetsstyring, HSØ, 2010	kapittel 3
Figur 6	Hovedelementer og tilhørende aktiviteter for intern styring og kontroll utklipp fra God virksomhetsstyring, HSØ, 2010	kapittel 3
Figur 7	Arbeidsprosess i styret	kapittel 3
Figur 8	Overordnet plan og design	kapittel 4