

Helse- og omsorgsdepartementet

Evaluering av styrene i helseforetakene

En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene

RAPPORT

22. juni 2012

Oppdragsgiver:	Helse- og omsorgsdepartementet
Rapportnr.:	R7561
Rapportens tittel:	Evaluering av styrene i helseforetakene
Ansvarlig konsulent:	Audun Korsvold
Dato:	22.6.2012

Innhold

1	OPPDRAGET	7
1.1	BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLINGER	7
1.2	HVA ER GODT STYREARBEID?	7
1.3	GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET	8
2	SAMMENDRAG	11
2.1	PROBLEMSTILLINGER OG GJENNOMFØRING	11
2.2	STYRETS ROLLE I FORETAKSMODELLEN	11
2.3	EKSTERNE OG INTERNE VURDERINGER AV HELSEFORETAKENE	13
2.4	SAMLEDE VURDERINGER	17
3	STYRETS ROLLE I HELSEFORETAKSMODELLEN	21
3.1	PRINSIPPENE FOR HELSEFORETAKSMODELLEN	21
3.2	FORETAKSORGANISERING PÅ TO NIVÅER	21
3.3	HELSEFORETAKENES STATUS OG STYRINGSFORM	22
3.4	STYRENE SAMMENSETNING	22
3.5	STYRING GJENNOM FINANSIERING OG HELSEPOLITISKE BESTILLINGER	23
3.6	UTVIKLINGEN SIDEN 2002 – NOEN OVERORDNEDE TREKK	24
4	EKSTERNE VURDERINGER AV STYRENE OG MODELLEN	25
4.1	SPØRREUNDERSØKELSE OG INTERVJUER	25
4.2	BIDRAG TIL OVERORDNEDE MÅLSETTINGER	25
4.3	POLITIKERNES Plass I STYRET	28
4.4	HF-STYRETS SAMMENSETNING	28
4.5	SYNSPUNKTER PÅ DAGENS ORGANISERING MED STYRER PÅ TO NIVÅER	29
5	FORETAKENES EGEN VURDERING	32
5.1	SPØRREUNDERSØKELSE OG INTERVJUER MED STYREMEDLEMMER OG DIREKTØRER	32
5.2	BIDRAG TIL OVERORDNEDE MÅLSETTINGER	33
5.3	BIDRAG TIL HELSEPOLITISKE MÅL, ØKONOMI OG LEDELSE	36
5.4	OPPFATNINGER AV MANDAT, ROLLE OG STYRINGSDIALOG	37
5.5	STYRENE STØRRELSE, SAMMENSETNING OG KOMPETANSE	43
5.6	STYRENE ARBEIDSFORM OG PRIORITERING AV OPPGAVER	49
5.7	SYNSPUNKTER PÅ DAGENS ORDNING MED STYRER PÅ TO NIVÅER	54
5.8	STYRENE EGNEVALUERINGER	57
6	SAMLEDE VURDERINGER	58
6.1	IVARETAR STYRENE SINE ROLLER OG FUNKSJONER I TRÅD MED FORVENTNINGER OG KRAV?	58
6.2	ARBEIDSFORM OG KULTUR I STYRENE	62
6.3	ER STYRENE HENSIKTMESSIG SAMMENSATT?	64
6.4	STYRER PÅ TO NIVÅER – FUNGERER DET, OG BIDRAR DET TIL LOKAL OG REGIONAL FORANKRING?	67

Vedlegg	1. Ambisjonen om målstyring – er den nådd?
	2. Spørreskjema

Forord

Helse- og omsorgsdepartementet har engasjert Agenda Kaupang til å gjennomføre en evaluering av rolle og funksjon for styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Evalueringen er en del av en bredere evaluering av de regionale helseforetakenes rolle og funksjon. I høringen til Nasjonal helse- og omsorgsplan høsten 2010 ble det lagt til grunn at det skal gjennomføres et utredningsarbeid med sikte på mulige forbedringer i helseforetaksmodellen:

“Det er snart ti år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført og på grunnlag av de erfaringene som er gjort til nå, vil det bli satt i gang utredningsarbeid med sikte på mulige forbedringer i modellen og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis, og regional og lokal forankring.”

Evalueringen har blitt gjennomført vinter/vår 2012 i form av dokumentstudier, en bred spørreundersøkelse og oppfølgende intervjuer med styreledere, styremedlemmer, direktører og eksterne interessenter, i tillegg til representanter for de sentrale helsemyndighetene.

Evalueringen er utført av Audun Korsvold og Per-Trygve Hoff. En ekstern referansegruppe med Ingar Pettersen, Harald Norvik og Kaare Granheim som medlemmer, har vært brukt til å drøfte utvalgte problemstillinger. Gruppen er kun brukt som et drøftingsforum, og Agenda Kaupang står ansvarlig for alle vurderinger i evalueringen.

Høvik, 22. juni 2012

Agenda Kaupang AS

1 Oppdraget

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har bedt Agenda Kaupang evaluere styrene for helseforetakene. Evalueringen er en del av en bredere evaluering av de regionale helseforetakenes rolle og funksjon. Evalueringen av styrene omfatter styrer på begge nivå, dvs. både styrene for de regionale helseforetakene og for helseforetakene.

Departementet tar utgangspunkt i at den politiske styringen må følge de formelle ansvarslinjene, og at det er Stortinget og regjeringen som har beslutningsmyndighet i styringen av spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene ble etablert for å ivareta en viktig koordinerende styringsrolle mellom det nasjonale politiske nivået og helseforetakene som den utøvende, tjenesteytende virksomheten.

Hovedproblemstillingen som ønskes belyst gjennom evalueringen, er om styrene faktisk bidrar til å fylle rollene de var tiltenkt i modellen, og hvilken merverdi dette gir i et styringsmessig perspektiv. Styrene har det overordnede ansvaret for oppnåelsen av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket. De skal også bidra til å skape legitimitet til helseforetakene. I denne sammenheng er det også interessant å vurdere styrenes sammensetning og om prosessen for utnevning og flere aktive politikere bidrar til økt legitimitet og bedre lokal og regional forankring.

Departementet peker på følgende aktuelle spørsmål for evalueringen:

- Ivaretar styrene sine roller og funksjoner i tråd med de krav og forventninger som følger av loven og øvrige rammer for styrets virksomhet?
 - Bidrar styrene i forhold til strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten nasjonalt og regionalt?
 - Er styrene aktive i forhold til å implementere og følge opp eiers styringskrav slik de er formidlet gjennom oppdragsdokument og foretaksmøte?
- Er styrenes sammensetning hensiktsmessig og understøttende i forhold til styrenes oppgaver, vurdert ut fra sammensetning, kompetanse, antall styremedlemmer og representativitet?
 - Hvordan har ordningen med at et flertall av styrets medlemmer skal ha politisk bakgrunn fungert, etter at den ble innført i 2006 for å kompensere for et "demokratisk underskudd" i helseforetaksmodellen?
 - Hvordan fungerer ordningene med gjennomgående styrerepresentasjon, der de regionale helseforetakene på ulik måte er representert i styret for de underliggende helseforetak, i forhold til HF-styrenes rolle?
 - Er de ansattes rett til medbestemmelse ivaretatt?
- I hvilken grad bidrar styrene til lokal og regional forankring og legitimitet i forhold til utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten, og har modellen med aktive politikere i styrene bidratt til det?

1.2 Hva er godt styrearbeid?

I tillegg til de nevnte problemstillingene, har vi valgt å legge vekt på å få mer kunnskap om styrenes arbeidsform og kultur. Departementet vektlegger dette perspektivet i sin veiledning til helseforetaksstyrene, og all forskning viser at et styres suksess avhenger både av dets arbeidsform som kollegium og forholdet mellom styret og daglig leder.

Generelt kan en si at godt styrearbeid har å gjøre med hvordan styret forstår sin rolle, hvordan det ivaretar sine oppgaver, hvilken kompetanse det har, hvordan kompetansen brukes, hvordan styret fungerer som kollegium og hvor godt styret samarbeider med daglig leder.

Departementet har laget en veileder for de regionale helseforetakene¹. Veilederen redegjør for helseforetakenes samfunnsoppdrag og ansvar, rammene for statens eierskap og styrenes rolle, sammensetning og oppgaver. I veilederen gis det også en beskrivelse av styrets praktiske arbeid, herunder styreleders rolle, styrets arbeid som kollegium og styrets oppgaver. Bl.a. pekes det på hvilket ansvar styreleder har for å sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og for å fungere som støtte og sparringpartner for daglig leder.

I Magma nr. 2/2004 oppsummerer professor ved BI Morten Huuse sine anbefalinger for godt styrearbeid slik:

1. Styret må arbeide som et team som skal nå et felles mål. Verdi- og formålsdebatten er viktig, og styremedlemmene må forstå hvorfor de er der.
2. Styreleder må vurderes som en leder, herunder det å være motivator og ordfører. Styreleders integritet er viktig.
3. Styremedlemmene må ha relevant kompetanse, og denne kompetansen må brukes.
4. Styret må ha en teamkultur som preges av respekt, jevnbyrdighet og likeverd.
5. Styret må ha åpne og tydelige rutiner som støtter opp om verdiskapende styrearbeid.
6. Styret må kontinuerlig være gjenstand for evaluering både i forhold til rekruttering av styremedlemmer og i forhold til egenutvikling.

Disse punktene kan sees på som en utdyping av problemstillingene i avsnitt 2.1 og vil tas med som en del av evalueringsgrunnlaget.

1.3 Gjennomføring av oppdraget

1.3.1 Metodisk tilnærming

Det er en metodisk utfordring er å finne gode svar på hvor godt styrene ivaretar sine roller og fungerer uten å være i styrerommene. De beste forutsetningene for å vurdere det har styret selv – og eierne, som styret rapporterer til. Eksterne interessenter har bare i begrenset grad mulighet for å vurdere styrenes arbeid, utover det som kan leses gjennom protokoller fra styremøter, foretaksmøter og annen skriftlig dokumentasjon.

Som følge av dette resonnementet har vi i evalueringen valgt å legge hovedvekten på å innhente synspunkter fra styrene selv. Det har vi gjort slik at vi kan sortere etter de grupperingene i styret som kan tenkes å ha ulike syn: styrelederne, nestlederne, de eieroppnevnte styremedlemmene og de ansattevalgte styremedlemmene – i tillegg til daglig leder. Dessuten har vi kartlagt synspunktene til de eksterne interessenter som vi antok kunne ha kunnskap og meninger om styrenes arbeid, gjennom å spørre politiske ledere i fylkeskommuner og kommuner og et utvalg ledende personer i det offentlige helsebyråkratiet.

Konkret er følgende kartlegginger gjort:

- a) En intern, elektronisk basert spørreundersøkelse rettet mot styrene og administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene og alle underliggende helseforetakene.

¹ "Styrearbeid i regionale helseforetak. God rolleforståelse og god rolleutøvelse."

- b) Dybdeintervjuer med styreleder, eieroppnevnte styremedlemmer, ansattevalgte styremedlemmer og administrerende direktører i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF samt intervjuer med styreleder og administrerende direktører i Helse Vest RHF og Helse Midt RHF.
- c) Dybdeintervjuer med styrelederne, styremedlemmene og de administrerende direktører ved Akershus universitetssykehus (Ahus) (Helse Sør-Øst) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) (Helse Nord).
- d) En ekstern, elektronisk basert spørreundersøkelse rettet mot alle landets ordførere eller byråder og fylkesordførere.
- e) Samtaler med representanter fra HODs Eieravdeling, ledelsen i Helsedirektoratet og i Statens helsetilsyn, Fylkeslegene i Troms og Akershus, fylkesordførere og –varaordførere i Troms og Akershus samt ordføreren i Lørenskog.
- f) En overordnet gjennomgang av dokumenter knyttet til styrenes rolle og styringsdialogen.

1.3.2 Om spørreundersøkelsen

Agenda Kaupangs spørreskjema om styrenes rolle og funksjon gikk ut til alle medlemmer av et styre i regionalt helseforetak eller underliggende helseforetak pr. mars 2012, eller som satt i et slikt styre i 2011 – i tillegg til administrerende direktører. Et mer begrenset spørreskjema ble samtidig sendt til alle fylkesordførere og ordførere/helsebyråder i landets fylker og kommuner.

Vel 400 respondenter besvarte spørreskjemaet i løpet av mars 2012. Av disse var 258 interne respondenter i de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene, hvorav 234 styremedlemmer og 24 administrerende direktører. 146 var eksterne respondenter – som besto av ordførere eller helsebyråder i kommunene og fem fylkesordførere.

Spørreskjemaet besto av et sett av påstander som dekket de aktuelle problemstillingene, der respondentene ble bedt om å markere grad av enighet eller uenighet ved å krysse av for det mest aktuelle alternativet. I tillegg var det anledning til å gi uttrykk for synspunkter i form av fri tekst på alle hovedtemaene i undersøkelsen. Undersøkelsen rettet mot de *interne respondenterne* omfattet spørsmål om helseforetaksstyrene rolle og funksjon, knyttet til følgende temaer:

- styrenes bidrag til overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten, og bidrag til å nå spesifikke mål satt som styringskrav
- styrenes mandat og roller
- helseforetakenes målsettinger og oppgaver, og styrets evne til å tydeliggjøre målene for foretaksledelsen
- administrasjonens rapportering til styret, og styrets rapportering til eier
- styrets bidrag til utvikling av mål og strategier
- styrets håndtering av resultatavvik
- styrets størrelse og sammensetning, og betydningen av styremedlemmer med politisk erfaringsbakgrunn
- organisering og gjennomføring av styremøtene, inkludert prioritering av tidsbruken på ulike saksområder
- de ansattevalgtes situasjon i styrene
- prinsippet om åpne styremøter
- modellen med styrer på to helseforetaksnivåer

Spørreskjemaet er vedlagt rapporten.

Undersøkelsen rettet mot fylkesordførere og ordførere/helsebyråder var tematisk mindre omfattende enn den internt rettede undersøkelsen, og begrenset seg til et antall temaer vi antok målgruppen kunne ha berettigede meninger om

- styrenes bidrag til overordnede målsettinger for organisering av spesialisthelsetjenesten
- styrets sammensetning
- betydningen av styremedlemmer med politisk erfaringsbakgrunn
- modellen med styrer på to helseforetaksnivåer

1.3.3 Om intervjuene

Hensikten med dybdeintervjuene var å få en bedre forståelse av resultatene fra spørreundersøkelsen. Intervjuene ble derfor gjennomført som semistrukturerte intervjuer, basert på de samme spørsmålene som i spørreundersøkelsen. I tillegg ble det stilt åpne spørsmål, der intervjuobjektene kunne resonnerer fritt om styrenes funksjonsmåte.

Intervjuene ble gjennomført i to former, som individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Det ble gjennomført individuelle intervjuer med styrelederne og de administrerende direktørene for de fire regionale helseforetakene. Intervjuene med styrene i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF ble gjennomført som gruppeintervjuer, men delt slik at de eieroppnevnte og ansattevalgte skulle kunne uttale seg uavhengig av hverandre. På samme måte ble intervjuene med styrelederne og de administrerende direktørene ved UNN og Ahus gjennomført individuelt, og gruppeintervjuene med styremedlemmene ble også her delt mellom de eieroppnevnte og ansattevalgte styremedlemmene.

2 Sammendrag

2.1 Problemstillinger og gjennomføring

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har bedt Agenda Kaupang evaluere styrene for helseforetakene. Evalueringen er en del av en bredere evaluering av de regionale helseforetakenes rolle og funksjon, og omfatter styrene på både RHF- og HF-nivå. Hovedproblemstillingen er om styrene bidrar til å fylle rollene de var tiltenkt, og hvilken merverdi de gir i et styringsmessig perspektiv. Departementet ønsker å få belyst følgende:

- *Ivaretar styrene sine roller og funksjoner i tråd med de krav og forventninger som følger av loven og øvrige rammer for styrets virksomhet?*
Herunder: Bidrar styrene til strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten, og følger de opp eiers styringskrav slik de er formidlet gjennom oppdragsdokument og foretaksmøte?
- *Er styrenes sammensetning hensiktsmessig i forhold til styrenes oppgaver, vurdert ut fra kompetanse, antall styremedlemmer og representativitet?*
Herunder: Hvordan har ordningen med at et flertall av styrets medlemmer skal ha politisk bakgrunn, fungert? Hvordan fungerer de ordningene med gjennomgående styrerepresentasjon, der RHF-ene på ulik måte er representert i styret for de underliggende HF-er? Er de ansattes rett til medbestemmelse ivare tatt?
- *I hvilken grad bidrar styrene til lokal og regional forankring og legitimitet i forhold til utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten, og har modellen med aktive politikere i styrene bidratt til det?*

Vi har også sett på styrenes arbeidsform, vurdert ut fra anbefalte kjennetegn for godt styrearbeid.

Kartleggingen har omfattet en spørreundersøkelse blant styrene og administrerende direktører i alle helseforetakene samt ordførere og fylkesordførere i landet, dybdeintervjuer med styrer og administrerende direktører på RHF-nivå og HF-nivå, samtaler med sentrale helsebyråkrater og gjennomgang av styringsdokumenter.

2.2 Styrets rolle i foretaksmodellen

2.2.1 Målstyrt foretaksstruktur med to nivåer

Helseforetaksstyrenes rolle må forstås i lys av det som er helseforetaksmodellens grunnleggende innretning. Helseforetaksmodellen ble i 2001 valgt framfor ordinær etatsorganisering, da spesialisthelsetjenesten gikk over fra fylkeskommunen til staten. Staten ønsket å gi virksomheten stor grad av frihet under ansvar. Styringen av sykehusene skulle skje etter moderne prinsipper om målstyring og delegering. Modellen innebærer at staten eier og driver spesialisthelsetjenesten gjennom en foretaksstruktur med to nivåer. Det øverste nivået består av fire regionale helseforetak (RHF) eid av staten ved departementet. Det andre nivået er helseforetakene (HF), eid av de regionale helseforetakene. Gjennom organiseringen i foretak ønsket man å skape et tydelig skille mellom den politiske ledelsen og selve virksomheten.

De fire regionale helseforetakene har et totalansvar for at befolkningen i regionen får spesialisthelsetjenester og andre definerte tjenester, men skal selv ikke produsere tjenester. Dette omtales som "sørge-for-ansvaret". Det innebærer bl.a. å sørge for gode og likeverdige helsetjenester, og få til en hensiktsmessig funksjonsdeling i regionen – hvilket var et mål med foretaksmodellen.

Helseforetakene er det utøvende nivået og skal utføre spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning og andre oppgaver. Helseforetakene skal iverksette eiers

vedtak, men de skal ha tilstrekkelig frihet til å organisere og bruke sine ressurser slik de finner best innenfor de fastsatte mål og rammer.

2.2.2 Eierstyring som styringsform

Foretakene på begge nivåer er egne rettssubjekter, og ikke en del av statsforvaltningen. De har et totalansvar for virksomhetens drift og økonomi, herunder arbeidsgiveransvaret for de ansatte. Styringsorganene er foretaksmøtet, styret og daglig leder. Foretaksmøtet er det øverste styringsorganet. I det regionale helseforetaket er det departementet ved statsråden som er foretaksmøte. I helseforetakene er det styret i RHF-et som er foretaksmøte.

Det følger av prinsippet om eierstyring at styringen bør konsentreres om overordnede forhold. Det er likevel ingen formelle begrensninger i eiers rett til å styre. Eier kan gripe direkte inn i driften og f.eks. gjøre om vedtak. En slik form for inngripen må høre til unntakene.

Styret tilsetter daglig leder og fastlegger instruks for denne. Styret kan også instruere daglig leder i alle saker. Daglig leder i de regionale helseforetakene er pålagt et særlig ansvar for å føre tilsyn med de underliggende helseforetakene i regionen.

2.2.3 Styresammensetning

Styrene består av eieroppnevnte og ansattevalgte medlemmer. Departementet velger styremedlemmer til RHF-ene, mens RHF-enes styrer velger medlemmer til de underliggende HF-ene. Fra 2006 er det etablert en praksis med at flertallet i styrene skal ha en politisk forankring i kommunestyre, fylkesting eller Sametinget. Medlemmene i RHF-styrene velges blant aktive politikere i disse foraene, etter forslag fra disse. Medlemmene i HF-styrene velges blant politikere som har eller har hatt verv. Eier velger også medlemmer med annen nødvendig kompetanse, f.eks. av økonomisk, juridisk eller helsefaglig karakter. De ansattes styremedlemmer velges av og blant de ansatte.

Nyordningen i 2006 medførte større styrer, opptil 16 medlemmer. Flere styrer er blitt noe mindre siden da, og i dag har det største styret 14 medlemmer. Et "vanlig styre" har 11–12 medlemmer. De ansatte har tre–fem medlemmer.

Det er fastlagt i loven at alle styremedlemmer har de samme rettighetene og det samme ansvaret. De skal i sitt styrearbeid ikke fremme interessene til de grupperingene de er valgt fra, men arbeide for helseforetakets beste.

2.2.4 Andre styringsformer – helsepolitisk bestilling i oppdragsdokumentet

I tillegg til eierstyringen har staten også andre måter å styre helseforetakene på, nemlig som *lovgivende myndighet*, bevilgende myndighet og gjennom *overordnet planlegging*. Nasjonal helse- og omsorgsplan er et eksempel på det siste. Som lovgivende myndighet fastsetter staten en rekke lover og forskrifter som regulerer helseforetakenes virksomhet. Stortinget fastlegger de helsepolitiske målene og nasjonale prioriteringer i den årlige budsjettbehandlingen.

Som *bevilgende myndighet* finansierer staten helseforetakene. Ved å stille penger til disposisjon kan staten stille krav til hva som skal utføres, i form av en helsepolitisk bestilling. Statens bevilgning gis i de årlige oppdragsdokumentene sammen med den helsepolitiske bestillingen. Oppdragsdokumentet gir både overordnede føringer og stiller en rekke krav til foretakene i form av mål og prioriteringer for året. For hvert av områdene er det fastsatt måltall med styringsparametre som foretakene skal rapportere på. Det er styrene i de regionale helseforetakene sitt ansvar å se til at de mål og krav som formidles gjennom oppdragsdokumentet, følges opp, og at det rapporteres om hvordan det har skjedd. Det skjer formelt gjennom *årlig melding*, som behandles i foretaksmøtet.

Foretaksmodellen har vært praktisert i ti år. Det har skjedd store endringer innenfor spesialisthelsetjenesten i denne perioden. Bl.a. har det skjedd store endringer i organiseringen, ved at det er langt færre og større foretak enn for ti år siden. Disse endringene illustrerer noen av de utfordringene helseforetaksstyrene på begge nivåer har stått overfor i perioden.

2.3 Eksterne og interne vurderinger av helseforetakene

2.3.1 Eksterne vurderinger

De eksterne vurderingene ble kartlagt gjennom en spørreskjemaundersøkelse blant fylkesordførere og ordførere eller helsebyråder, og besto av et begrenset antall spørsmål. Flertallet av respondentene er fra mindre kommuner. Den relativt lave svarprosenten (33 prosent) i spørreundersøkelsen kan ha å gjøre med at de politiske lederne ikke har særlig god kunnskap om helseforetaksstyrenes roller og funksjon. Svarene må fortolkes i en slik kontekst. I tillegg intervjuet vi noen få politiske ledere på kommune- og fylkesnivå og sentrale helsebyråkrater i HOD, Helsedirektoratet og Helsetilsynet samt fylkeslegene i Troms og Akershus.

Kartleggingen viste følgende oppfatninger hos politiske ledere på fylkes- og kommunenivå som har besvart undersøkelsen:

- Helseforetaksstyrene bidrar bare i moderat grad til å nå de overordnede målsettingene for organisering av spesialisthelsetjenesten. De som er skeptiske, mener først og fremst at styrenes handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene.
- Ordningen med politisk forankrede medlemmer er en klar styrke for både de regionale helseforetakene og helseforetakene (i enda større grad).
- Sammensetningen av HF-styrene er ganske tilfredsstillende sett under ett. Det er likevel forskjeller mellom regionene. I Helseregion Nord er de mindre fornøyd med sammensetningen, mens de i Helseregion Vest og Midt-Norge er ganske tilfredse. De misfornøyd etterlyser annen kompetanse av ulik karakter, bl.a. flere partipolitisk aktive medlemmer, flere med lokal tilhørighet, flere med profesjonell bakgrunn fra ledelse og økonomi.
- Dagens helseforetaksmodell med to nivåer har bare moderat oppslutning – den er størst i Helseregion Sør-Øst og minst i Helseregion Nord. Blant dem som er skeptiske til ordningen (omlag halvparten), mener en tredel at RHF-styret bør avvikles og nesten like mange at styrene på begge nivåer bør nedlegges og full etatsstyring gjeninnføres. Det er liten oppslutning om å legge ned HF-styrene alene.

Intervjuene med Helsetilsynet, Helsedirektoratet og fylkeslegene avstedkom følgende hovedsynspunkter:

- *Bidrag til måloppnåelse:* Direktøren i Helsetilsynet mener foretakene og styrene har gode mandater og tydelige oppgaver. Styrene tilfører foretakene en klar merverdi gjennom bl.a. bedre økonomistyring, men de kan bli bedre til å følge opp pasientforløp, kvalitet og risikostyring. Fylkeslegene i Troms og Akershus støtter dette. Helsedirektoratet mener helseforetaksmodellen har gitt mange gode resultater. Den regionale strukturen ser ut til å være hensiktsmessig og har bl.a. gitt bedre faglig styring.
- *Styrenes sammensetning:* Det var få synspunkter på styrenes sammensetning. Helsedirektoratet mener det er viktig at styrene har tilstrekkelig helsefaglig kompetanse. Helsetilsynet mener styrets sammensetning bør ses i lys av samhandlingsreformen.

- *Styrer på to nivåer:* Direktøren i Helsetilsynet mener at den prinsipielle ansvarsfordelingen mellom nivåene er blitt tydeligere, og at denne rolledelingen innebærer at det er formålstjenlig med styrer på to nivåer. Styrer på HF-nivå gjør det lettere å få med de ansatte. Ordningen med gjennomgående representasjon må utformes slik at RHF-et ikke inntar en for sterk rolle i de underliggende helseforetaksstyrene, f.eks. ved å sette inn representanter fra sin egen ledelse som styreleder.

2.3.2 Foretakenes egne vurderinger

Spørreundersøkelse blant styrene og administrerende direktører i alle helseforetakene fikk relativt god oppslutning. 65 prosent av styremedlemmene og 80 prosent av direktørene besvarte skjemaet. Sammen med intervjuene med styrene og de administrerende direktører på RHF-nivå og HF-nivå avstedkom undersøkelsen følgende hovedinntrykk:

- *Bidrag til overordnede mål:* Det er stor grad av enighet om at styrene både for RHF-ene og HF-ene har bidratt til å oppfylle de overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Styrene har hatt en viktig rolle i utviklingen av bl.a. en mer effektiv organisering og funksjonsfordeling av helseforetakene, bedre økonomi- og virksomhetsstyring samt mer likeverdig pasientbehandling. Innretningen på arbeidet har skiftet de siste årene, fra å få økonomien under kontroll til mer strategiske og pasientrelaterte spørsmål. Styrenes arbeid har bidratt til å skape forståelse for å holde budsjetter innad og skape legitimitet for vedtak utad. Likevel pekes det bl.a. på at HF-styrets handlingsrom er for lite sett i forhold til målsettingene. Dessuten kan HF-styrene bli for detaljorienterte i sitt arbeid.
- *Bidrag til helsepolitiske mål, økonomi og ledelse:* Inntrykket er at styrene har bidratt vesentlig til de aller fleste av de angitte målene. Særlig er det stor enighet om at styrenes bidrag er viktige for å holde budsjettet, drive effektivt og ha en god ledelse.
- *Styrenes oppfatning av mandat og rolle:* Resultatet er nesten entydig positivt. Styremedlemmene og direktørene i alle regioner gir gjennomgående uttrykk for at de oppfatter styrets mandat og rolle som klart definert. Det er likevel behov for å utvikle enda bedre rolleforståelse i HF-styrene.
- *Tydelige mål og oppgaver?* Styringssignalene oppfattes gjennomgående som klare av styrene og administrasjonen ved foretakene på begge nivåer – i alle regioner. Oppdragsdokumentet og andre styringssignaler gir retning og setter klare mål for både RHF-ene og HF-ene. Det oppfattes positivt at dokumentet er forenklet for 2012. Styringsdialogen med departementet har utviklet seg positivt og har nå fått en god form. Rolledelingen mellom departement og RHF-nivå er blitt tydeligere de siste årene, og departementet oppfattes å opptre korrekt i styringsdialogen.
- *Omgjøring av styrevedtak:* Opplevelsen i styrene av å bli overstyrt er liten, og overstyring i form av direkte inngripen eller omgjøring av vedtak fra eiers side tilhører unntakene. Samtidig oppleves det svært negativt når eier omgjør et styrevedtak. Hovedinntrykket er generelt at både departementet og RHF-ene opptre ryddig og etterlever modellens intensjoner og spilleregler.
- *Rapportering, oppfølging og bidrag til mål og strategier:* Det er en gjennomgående oppfatning at styrene følger opp virksomheten på alle viktige områder – og at de får tilstrekkelig god og oppdatert styringsinformasjon. Kvaliteten og innretningen på rapporteringen sies å ha blitt bedre de siste årene, men det fremgår også at det er rom for og planer om å utvikle den videre for å gjøre den mer tilgjengelig eller kvalitativt bedre.
- *Bidrag til strategiutvikling:* Styrene opplever i varierende grad å bidra vesentlig strategisk, og i større grad på RHF-nivå enn på HF-nivå. RHF-styrene arbeider strategisk gjennom å ha et helhetsperspektiv på regionen som grunnlag både for

oppfølging i forhold til mål og utforming av strategier, og legger vekt på å utvikle og følge opp langsiktige strategier. Tre av fire RHF-styrer har utformet en strategi 2020. På HF-nivå (Ahus og UNN) er det litt ulike synspunkter på hvor strategisk styret jobber. Styrene arbeider mest med oppgaver knyttet til kontroll og oppfølging, og opplever å ha et potensial for å utvikle den strategiske rollen.

- *Styrenes størrelse:* Resultatet viser at de fleste mener at dagens styrer fungerer hensiktsmessig mht. størrelse. Blant dem som ikke er enige i dette, mener nesten alle at styrene bør bli mindre. Svært få ønsker større styrer. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom RHF- og HF-nivå. Mest utbredt er oppfatningen om at HF-styrene bør reduseres i størrelse. Det er likevel få som mener at størrelsen har negative konsekvenser av betydning for styrets arbeid.
- *RHF-styrets sammensetning:* Alt i alt synes styrene og direktørene nokså fornøyd med sammensetningen av styrene i de regionale helseforetakene. I intervjuene understrekes betydningen av at kompetansegrunnlaget faktisk er så bredt som det er, og at det har vært viktig for å få belyst/utviklet konkrete saker. De som er mindre fornøyd med sammensetningen av RHF-styrene, ønsker færre partipolitisk aktive medlemmer, eller flere styremedlemmer med profesjonell ledelses-/-økonomibakgrunn. Blant HF-direktørene er det noen som mener at RHF-styret bør ha relativt flere styremedlemmer med helsefaglig kompetanse.
- *RHF-styret – aktive politikere en styrke?* Resultatet er på den positive siden, bortsett fra direktørene, som er på den negative siden. HF-direktørene er mer negative enn RHF-direktørene. I intervjuene er inntrykket at politikerne i RHF-styret har fungert godt, og bedre enn mange hadde ventet. Politikerne har i hovedsak inntatt en posisjon der de ser regionen i et helhetsperspektiv, uten en partipolitisk eller geografisk basert argumentasjon. Den politiske innsikten forvaltes som en positiv ressurs i styrets drøftinger og beslutninger. Mange har lang og sammensatt karriere fra politikk og annet samfunnsliv. Det hender at politikere drar med seg lokal- eller partipolitiske argumenter inn i styrerommet, og dette oppfattes negativt av mange. Bl.a. peker noen på tegn til splittelse i styret i Helseregion Midt-Norge, kjennetegnet nettopp ved slike skillelinjer.
- *HF-styrets sammensetning:* Samlet er det en relativt stor oppslutning om hvordan HF-styrene er sammensatt i spørreundersøkelsen. HF-styrene oppfattes langt på vei å være riktig sammensatt, men både blant styremedlemmene og (særlig) direktørene er det flere som ønsker å styrke styrenes "profesjonelle" kompetanse og helsefaglige kompetanse, på bekostning av medlemmer med politisk bakgrunn. I intervjuene er det relativt mange som mener at prosessen med å foreslå og velge ut medlemmer er for krevende, og at kriteriene er for lite fleksible. Det fører til at en ikke alltid får de ønskede kandidatene. Flere styreledere og direktører i RHF-ene ønsker å endre dette.
- *HF-styret – politikere en styrke?* Styremedlemmene er som gruppe godt fornøyd med å ha medlemmer med politisk erfaringsbakgrunn i styrene for HF-ene. Mest enige er rimeligvis de politisk foreslåtte. De mest forbeholdne er direktørene. Fra intervjuene er inntrykket at styremedlemmer med politisk bakgrunn som regel oppfattes å opptre på foretakets vegne, og ikke på vegne av parti eller lokalsamfunn. Inntrykket er at disse medlemmene først og fremst representerer en kompetanse og innsikt som er nyttig for å belyse de aktuelle problemstillingene i et utvidende perspektiv. Likevel finnes det uheldige unntak.
- *De ansattevalgte plass i styret:* Det er liten tvil om at de ansattevalgte i styrene blir behandlet som likeverdige styremedlemmer. Enigheten er så å si unison, på tvers av regioner og kategorier. I intervjuene sier de ansattevalgte at de opplever å bli behandlet på linje med de andre styremedlemmene. Både administrasjonen og de

eieroppnevnte er opptatt av å ha et godt forhold de ansattevalgte styremedlemmene. Intervjuene avdekker at det likevel kan være motsetninger mellom de ansattevalgte og resten av styret. Likevel er tidligere motsetninger blitt vesentlig redusert etter at foretakene innførte som fast ordning å drøfte aktuelle saker internt i foretakene før styremøtene.

- *Gjennomføring av styrets arbeid:* Hovedbildet er at styremøtene er godt forberedt og gjennomføres på en ryddig og strukturert måte. Intervjuene skaper inntrykk av at både styrelederne og de administrerende direktørene er opptatt av godt samarbeid, både seg i mellom og i styret generelt. De gir uttrykk for respekt for og betydningen av hverandres roller, og er opptatt av, og ser betydningen av, å legge opp til gode prosesser i styret. Både de eieroppnevnte og ansattevalgte i RHF-styrene deler synet på at styret har en god arbeidsform. På HF-nivå er bildet noe mer nyansert, men det er en felles opplevelse i styrene for Ahus og UNN, som vi snakket med, at sakene er godt forberedt og at styremøtene gjennomføres på en god måte. Det er også en felles oppfatning a styreleder legger opp til åpne drøftinger som har til hensikt å komme fram til konsensusbaserte vedtak. Inntrykket fra de fleste samtalene er at arbeidsformen har utviklet seg og blitt bedre med årene. Tidligere var det mer polarisering mellom ulike grupper i styrene.
- *Bruker styret tiden riktig?* Det er gjennomgående stor grad av enighet om at styrene bruker tiden riktig når det gjelder hovedoppgavene. Inntrykket fra intervjuene er at styrene bruker tiden planmessig og strukturert, med hovedvekt på å følge opp strategier og (særlig) månedlige rapporter om økonomi, kvalitet, avvik osv. Det er likevel et ønske om å bruke mer tid på temaer som risikostyring, kvalitet, pasientrelaterte temaer og samhandlingsreformen. Dette er en vei flere styrer har begynt på. På HF-nivå opplever flere at styret arbeider med de riktige sakene, men kan bli for detaljorientert. Inntrykket er at mange ser det som en utfordring å heve blikket og tenke mer helhetlig og langsiktig.
- *Åpne styremøter:* Det er stor tilslutning til åpenhetsprinsippet i styrene, både blant de eieroppnevnte og ansattevalgte. Administrasjonen er i hovedsak enig, selv om noen av direktørene er mer forbeholdne, og bl.a. mener at åpne styremøter reduserer mulighetene til å utvikle konsensusløsninger eller styrets beslutningsevne. Enkelte styremedlemmer er også bekymret for at åpne møter kan begrense den frie diskusjonen i omstridte saker eller føre til populistiske vedtak som ikke er til beste for pasienten. Konklusjonen er likevel at det er oppslutning om ordningen, og prinsippet om åpenhet skaper få problemer for styrenes arbeid.
- *Styrer på to nivåer:* Generelt er det stor tilslutning til dagens modell med styrer på to nivåer. Det er likevel ulike syn blant styrelederne (svært positive) og direktørene (forbeholdne, men positive). De RHF-direktørene som ønsker endring, vil legge ned HF-styrene. De HF-direktørene som ønsker endring, vil legge ned RHF-styrene. Intervjuene viste at gitt forutsetningen om at regionmodellen videreføres, er det stor enighet om at det fortsatt bør være styrer på regionnivå. RHF-styret bidrar til å skape klarhet i beslutningsveien, og rolledelingen mellom departementet og styrene fungerer etter intensjonen.

De fleste mener også at HF-ene bør ha styrer, og peker på at HF-styrene har en viktig rolle i å forankre og legitimere vedtak i deres nedslagsfelt. Noen er negative eller skeptiske til styrer på HF-nivå og mener at styringskraften fra RHF-et vil være større uten.

I intervjuene kom det også fram synspunkter på selve regionmodellen. Bortsett fra i styret i Helse Sør-Øst RHF, som hadde ulike syn på behovet for regionnivået, er det en nesten entydig oppslutning om dagens modell. Noen sier at problematikken knyttet til Helse Sør-Øst RHF sin størrelse ikke må bli avgjørende for spørsmålet om man skal ha regioner eller ikke.

2.3.3 Styrenes egne evalueringer

De regionale helseforetakene og de fleste helseforetakene gjennomfører evalueringer av styrets arbeid. RHF-ene og flere helseforetak gjør slike evalueringer årlig. De evalueringene vi har sett på, stemmer gjennomgående godt overens med resultatene i denne rapporten.

2.4 Samlede vurderinger

I kapittel 6 er det gitt en samlet analyse og vurdering av evalueringen. I dette avsnittet gis det en forkortet versjon kun av våre sluttvurderinger.

2.4.1 Ivaretar styrene sine roller og funksjoner i tråd med forventninger og krav?

Dette spørsmålet belyses gjennom en sammenfattende vurdering av styrenes bidrag til helseforetakenes måloppnåelse, styrenes oppfølging av eiers styringskrav, styrenes prioritering av saker og deres rolleforståelse.

Bidrag til måloppnåelse gjennom bedre styring og økt handlefrihet

Vår vurdering er at styrene på begge nivåer har vært et viktig bidragsytende element i arbeidet med å nå de overordnede målene for organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Man bør likevel være oppmerksom på at det er en relativt vanlig oppfatning både i og utenfor styrerommene at dette arbeidet begrenses av et for snevert handlingsrom hos styrene, særlig på HF-nivå. Det tyder på at det ikke helt er samsvar mellom de styringskrav som eier setter, og de forventninger de enkelte foretakene har til handlingsrom.

Bidrag til helsepolitiske mål, økonomi og organisering

Vår vurdering er at styrene har hatt vedvarende fokus både på sentrale helsepolitiske målsettinger og spesifikke mål knyttet til drift og styring av helseforetakene. Særlig har styret bidratt til arbeidet med å holde budsjettet. Når det gjelder enkelte av de helsepolitiske målene, viser resultatene at styrene har et potensial for å engasjere seg sterkere. Styrene gir selv uttrykk for at de ønsker å vri oppmerksomheten i større grad mot slike mål, og vil ha en utfordring i å realisere disse ambisjonene.

Forståelse av mandat og rolle

Vår vurdering er at styrene forstår sin rolle gjennomgående godt, og at det kjenner tegner styremedlemmenes måte å arbeide på i styret. Det er arbeidet mer systematisk med styrets og styremedlemmenes rolleforståelse de siste årene, og det er viktig også fremover, særlig i HF-styrene.

Oppfølging og implementering av eiers styringskrav – gjennomføring av styringsdialogen

Vår vurdering er at styringsdialogen virker godt strukturert og organisert, og at styrene på begge nivåer har oppmerksomhet om de styringskravene eier stiller. Målene oppfattes som klare av både RHF-styrene og HF-styrene, og kvaliteten på rapporteringen er blitt bedre de siste årene. Det har gitt styrene bedre forutsetninger for å følge opp mål og styringskrav. Departementet og RHF-styrene ivaretar sin rolle i styringsdialogen slik eierstyringen forutsetter, og griper i liten grad griper inn i styrenes arbeid. Rolledelingen mellom nivåene er klart forstått.

Vi mener det er grunn til å si at målstyringen av spesialisthelsetjenesten skjer i tråd med forutsetningene i loven. Detaljeringsgraden i styringen oppleves likevel som problematisk av både styrer og administrasjon. Det utfordrer styrenes evne til å nå de mål og styringskrav som settes. Ambisjonen bør være å utvikle styringskravene slik at de fungerer så optimalt som mulig i styringen.

Prioriterer styrene de riktige oppgavene?

Vår vurdering er at helseforetaksstyrene beskjeftiger seg med alle de hovedoppgavene som tilligger dem. Styrene ønsker å endre tidsbruken etter hvert som økonomien er under kontroll, og vil bruke mer tid på saker knyttet til bl.a. strategi, pasientrelaterte spørsmål og ledelse. Det innebærer dels å bruke mer tid på strategioppgaver på bekostning av kontrolloppgaver, og dels å skifte fokus når det gjelder kontrolloppgavene – fra økonomi til kvalitet og risikostyring.

Arbeidsform og kultur i styrene

Vår vurdering er at helseforetaksstyrene på begge nivåer gjennomgående opplever å ha en god arbeidsform, og at de administrerende direktører langt på vei deler den oppfatningen. Det er skapt større bevissthet om betydningen av en god arbeidsform de siste årene, der en vektlegger god møteledelse, åpne og reelle drøftinger, gjensidig respekt blant medlemmene og en konsensusbasert arbeidsform. Godt samarbeid mellom styreleder og administrerende direktør i kombinasjon med faste rutiner for saksforberedelse og gjennomføring av styremøtene, har gitt grunnlag for et godt styrearbeid. Det må være en løpende oppmerksomhet om slike faktorer i styrene.

Læring og egenevaluering

Vår vurdering er at rutinen med egenevaluering av helseforetakene er et viktig redskap for styrene til å videreutvikle sin rolleforståelse og arbeidsform. Ordningen bør om nødvendig forsterkes ved at RHF-ene ser til at alle de underliggende helseforetakene gjennomfører og bruker evalueringene.

2.4.2 Er styrene hensiktsmessig sammensatt?

Styrets størrelse

Vår vurdering er at styrene i dag har en størrelse som er til å leve med. En eventuell reduksjon av antall medlemmer må skje som følge av de erfaringer som styrene vinner. Det viktigste er at styrene har den kompetansen som er nødvendig for å ivareta sin rolle på en god måte. Størrelsen kan ikke vurderes uavhengig av de krav til kompetanse styret skal innfri. Det ikke er grunnlag for å si at det er viktig med mindre styrer enn i dag, men det kan være en ambisjon å utvikle seg mot noe mindre styrer over tid, i alle fall for de største styrene.

Styrets sammensetning og kompetanse

Vår vurdering er at helseforetaksstyrene langt på vei er satt sammen slik at de har den nødvendige kompetanse til å ivareta sine oppgaver. De foreslåtte folkevalgte styre-medlemmene har i hovedsak ivaretatt sine roller etter intensjonen, og bruker i liten grad styrene til å fremme egne interesser. Dette bidrar til å gi legitimitet til styrets beslutninger utad. I de tilfeller de foreslåtte folkevalgte ikke inntar en slik rolle, skaper det problemer for samarbeidet i styret. Derfor er god rolleforståelse en grunnleggende premisse for at styret skal fungere godt. Departementet bør vurdere å forenkle prosedyrene og kriteriene for sammensetningen av HF-styrene.

De ansattevalgte plass i styret

Vår vurdering er at de ansattevalgte plass i styret anerkjennes fullt ut av styre og administrasjon. De ansattevalgte samarbeider som regel godt med resten av styret, og bidrar med helsefaglig kompetanse og innsikt i virksomheten. Innføring av gode administrative medvirkningsprosesser kombinert med god rolleforståelse blant de ansattevalgte, har lagt grunnlaget for et godt samarbeid med styret for øvrig.

Gjennomgående styrerepresentasjon – hvilken form?

Vår vurdering er at spørsmålet om hvordan gjennomgående representasjon praktiseres har å gjøre med hvordan intensjonen med helseforetaksmodellen etterleves. De ordninger eier etablerer for å sikre styring, må støtte intensjonen med tonivåmodellen. En form for gjennomgående representasjon som sikrer kommunikasjonen mellom styret og eier, synes både fornuftig og nødvendig. Men det kan være skadelig og føre til redusert legitimitet for HF-styret om styringen bare oppfattes å bryte med den prinsipielle rolledelingen mellom RHF- og HF-nivået. En ordning der RHF-et som eier setter inn en av sine ledere som styreleder i et underliggende helseforetak, kan være problematisk i denne sammenheng. Særlig utfordrende kan modellen være i de tilfeller der det er uenighet i styret og styreleder eventuelt har et flertall mot seg. De ordningene der eier er representert som ordinært styremedlem – og styret har en ekstern styreleder – ser ikke ut til å skape de samme utfordringene.

Det er viktig at styreleder har den nødvendige legitimitet i styret og utad. Legitimiteten kan trues dersom lederen ikke oppfattes å arbeide for foretakets interesser i alle sammenhenger. Styreleder selv må ha en klar oppfatning av hvordan rollen skal håndteres og ha de personlige egenskaper som skal til for å ha troverdighet.

Vi har ikke grunnlag for å si at den løsningen Helse Sør-Øst RHF har valgt, ikke kan fungere, og mener det må være opp til RHF-styret selv å finne ut hvordan det best kan styre HF-ene. Departementet kan likevel be RHF-ene være oppmerksomme på hvordan ordningen fungerer og be om en evaluering av den.

2.4.3 Styre på to nivåer – fungerer det, og bidrar det til lokal og regional forankring?

Styre på to nivåer – gir det god styring?

Vår vurdering er at det er vanskelig å si om en vil oppnå bedre effekt gjennom en mer direkte styring av HF-ene. Bedre styring kan også oppnås gjennom å forbedre måten styringen utøves på i det etablerte systemet. Det er et grunnleggende trekk ved tonivåmodellen at nivåene skal være atskilt, både fordi virksomhetene på de to nivåene har ulike roller og fordi HF-nivået skal ha frihet til å velge hvordan det kan løse oppgavene på best mulig vis innenfor de rammer som ligger i eierstyringsprinsippet. Dersom en endrer måten styringen av HF-ene skjer på, vil det innebære at selve tonivåmodellen endrer karakter. Erfaringene med styringssystemet i dagens modell tilsier ikke en slik endring, selv om det er utfordringer knyttet til styringen av enkelte lokale helseforetak.

Risikoen ved administrasjonsstyrte HF-er ville bestå i redusert forankring og legitimitet knyttet til vedtak i HF-et, både eksternt og internt. Mye taler for at det vil være mer å vinne ved å utnytte de muligheter som ligger i det etablerte styringssystemet.

Bidrag til lokal og regional forankring og legitimitet

Vår vurdering er at styrene bidrar vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene. Vurderingen bygger på tre forhold, som alle skaper merverdi i en administrativt styrt virksomhet:

1. Styrenes sammensetning oppleves å dekke den nødvendige kompetanse. Styrene er satt sammen av medlemmer med ulike profesjonell kompetanse, politisk bakgrunn og virksomhetsintern innsikt. Det gir grunnlag for godt funderte vedtak som avveier ulike hensyn bedre enn rent administrative vedtak vil gjøre.
2. De politisk foreslåtte styremedlemmene og de ansattevalgte medlemmene ivaretar i hovedsak sine roller slik som forutsatt, og frastår fra å ri egne eller politiske kjepphester.

3. *Arbeidsformen styrene har etablert, bidrar ofte til å utvikle og belyse styresakene med bakgrunn i den profesjonelle og politiske "merkompetansen" styret forvalter. Konsensusvedtak står sterkere både innad og utad enn rent administrative vedtak ville gjøre.*

I sum er det vårt inntrykk at styrenes kompetanse og arbeidsform bidrar til å skape bedre og mer omforente prosesser for utviklings- og omstillingstiltak i spesialisthelsetjenesten, og skaper legitimitet utad. Styrene bidrar også til å forankre og skape legitimitet innad for viktige beslutninger.

3 Styrets rolle i helseforetaksmodellen

3.1 Prinsippene for helseforetaksmodellen

Helseforetaksmodellen ble i 2001 valgt fremfor ordinær etatsorganisering, da spesialisthelsetjenesten gikk over fra fylkeskommunen til staten. Staten ønsket å gi virksomheten stor frihet under ansvar. Styringen av sykehusene skulle skje etter moderne prinsipper om målstyring og delegering. Dette tydeliggjøres i regelen om at all instruks fra eier til styret i helseforetakene skal skje på foretaksmøtet (helseforetaksloven § 16). Statsråden og embetsverket har ikke alminnelig instruksjonsrett over de regionale helseforetakene.

Prinsippene for helseforetaksmodellen er beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Spesialisthelsetjenesten skal styres etter følgende prinsipper:

- nødvendig helsepolitisk styring
- moderne styringskultur
- skille statens rolle som eier, myndighetsorgan og kunde fra sykehusenes rolle som leverandør
- frihet for sykehusene innenfor klare resultatkrav
- staten skal ha det økonomiske ansvaret
- legge til rette for samarbeid med primærhelsetjenesten og andre

De vedtatte prinsippene for styring setter klare krav både til eieren og til foretakene:

- Eieren må formulere klare, overordnede mål.
- Resultatene må følges opp av eieren på en ryddig måte.
- Foretakene på begge nivåer må klare å følge opp eierens krav på en profesjonell måte.

3.2 Foretaksorganisering på to nivåer

I dette kapitlet gir vi en kort presentasjon av helseforetaksmodellens struktur, og styrenes rolle i den. Dette er inspirert av bl.a. Prop. 120 L (2011–2012) “Endringer i helseforetaksloven”, som gir en fylldig fremstilling av modellen.

Helseforetaksstyrenes rolle må forstås i lys av det som er helseforetaksmodellen grunnleggende innretning. Modellen innebærer at staten eier og driver spesialisthelsetjenesten gjennom en foretaksstruktur med to nivåer. Det øverste nivået består av fire regionale helseforetak (RHF), eid av staten ved departementet. Det andre nivået er helseforetakene (HF), eid av de regionale helseforetakene. Modellen er hjemlet i helseforetaksloven, som regulerer forholdet mellom foretakene på de to nivåene og styringsformene innad i foretakene.

Gjennom organiseringen av spesialisthelsetjenestene i foretak ønsket man å skape et tydelig skille mellom den politiske ledelsen og selve virksomheten.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ulike roller og oppgaver. De fire regionale helseforetakene har et totalansvar for at befolkningen i regionen får spesialisthelsetjenester og andre definerte tjenester, i prinsippet uavhengig av om det er de statlig eide helseforetakene eller private virksomheter som yter tjenestene. Dette ansvaret omtales som “sørge-for-ansvaret”. De regionale helseforetakene skal ikke selv yte helsetjenester, men sørge for at tjenestene blir ytt enten gjennom helseforetakene de selv eier eller andre. Det innebærer bl.a. at de skal sørge for gode og likeverdige helsetjenester i de enkelte regionene, bl.a. gjennom en hensiktsmessig funksjonsdeling og styrking av kompetente fagmiljøer i de enkelte helseforetakene i

regionen. Det var et mål med den nye foretaksmodellen å få til en sterkere styring av organiseringen av helsetjenestene, bl.a. gjennom en bedre funksjonsdeling mellom fagmiljøene.

Helseforetakene er det utøvende nivået som skal utføre tjenestene. Gjennom helseforetaksloven er det bestemt at helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning og andre oppgaver, slik dette er fastsatt i foretakets vedtekter. Helseforetakene skal sørge for å iverksette de omstillingene i form av funksjonsdeling mv. som eier har vedtatt. Gjennom eierstyringen er hensikten samtidig at de skal ha tilstrekkelig frihet til å organisere og bruke sine ressurser på den måten de selv finner best, innenfor de mål og rammer som er satt.

3.3 Helseforetakenes status og styringsform

Foretakene på begge nivåer er egne rettssubjekter, og som sådan ikke en del av statsforvaltningen. Som selvstendige foretak har de et totalansvar for virksomhetens drift og økonomi, herunder arbeidsgiveransvaret for de ansatte. Som egne rettssubjekter har foretakene selv ansvar for virksomhetens resultater og økonomiske disposisjoner. De kan drive virksomheten mer selvstendig og styre den mer fleksibelt enn de hadde kunnet som offentlige forvaltningsorganer.

Helseforetakenes styringsorganer er foretaksmøtet, styret og daglig leder. Foretaksmøtet er det øverste styringsorganet. I det regionale helseforetaket er det departementet ved statsråden som er foretaksmøte. I helseforetakene er det styret i RHF-et som er foretaksmøte.

Styret og daglig leder utgjør foretakenes ledelsesorganer. Styret har et totalansvar for foretakets virksomhet, som innebærer ansvar for organisering, økonomi og aktivitet. Herunder påligger det styret å fastsette virksomhetsplaner og budsjett, og å sikre foretakets økonomi gjennom gode rapporteringsrutiner og rutiner for internkontroll. Dessuten skal styret se til at de helsepolitiske målene etterleves og kontrollere at virksomheten drives i samsvar med lover og forskrifter, jf. lov om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Det følger av prinsippet om eierstyring at styringen bør konsentreres om overordnede forhold. Det er likevel ingen formelle begrensninger i eiers rett til å styre. Eier kan instruere underliggende foretak og gripe direkte inn i driften, f.eks. ved omgjøring av vedtak. Samtidig følger det av modellen at slik form for inngripen må høre til unn-takene for ikke å undergrave selve intensjonen med modellen.

Helseforetaksstyrene har ellers noen begrensninger i forhold til det som er vanlig ved selskapsorganisering (særlig viktige vedtak, salg av fast eiendom m.m.), men det har liten betydning for styrenes rolle som sådan.

Styret tilsetter daglig leder (administrerende direktør) og fastlegger instruks for denne. Styret kan også instruere daglig leder i alle saker. For øvrig er daglig leder gitt et selvstendig ansvar for den daglige driften, og det er fastsatt i lov hvilken myndighet som tilligger stillingen. Daglig leder i de regionale helseforetakene er pålagt et særlig ansvar for å føre tilsyn med de underliggende helseforetakene i regionen.

3.4 Styrenes sammensetning

Styrene består av eieroppnevnte og ansattevalgte medlemmer. Departementet velger styremedlemmer til RHF-ene, mens RHF-enes styrer velger medlemmer til de underliggende HF-ene.

Med bakgrunn i regjeringens Soria Moria-erklæring er det fra 2006 etablert en praksis med at flertallet i styrene skal ha en politisk forankring i kommunestyre, fylkesting eller Sametinget. Hensikten var å rette opp det som ble kalt et “demokratisk underskudd” i den daværende styringsmodellen. Den nye praksisen innebærer at medlemmene i RHF-styrene velges blant aktive politikere i disse foraene, og etter forslag fra disse, mens medlemmene i HF-styrene velges blant politikere som har eller har hatt politiske verv. For øvrig innebærer praksis at eier også velger medlemmer med annen nødvendig kompetanse, f.eks. av økonomisk, juridisk eller helsefaglig karakter.

Nyordningen i 2006 medførte at styrene ble betydelig større og besto av inntil 16 medlemmer (Helse Sør-Øst RHF). Flere styrer er blitt noe mindre siden da. I dag er styret for Helse Sør-Øst RHF det største styret, med 14 medlemmer. Et “vanlig styre” har 11–12 medlemmer.

De ansattes styremedlemmer velges av og blant de ansatte. De ansatte har tre–fem medlemmer i styrene i dag.

Det er fastlagt i lov at alle styremedlemmer har de samme rettighetene og det samme ansvaret. De skal i sitt styrearbeid ikke fremme interessene til de grupperingene de er valgt fra, men arbeide for helseforetakets beste.

3.5 Styling gjennom finansiering og helsepolitiske bestillinger

Staten har også andre måter å styre helseforetakene på, nemlig som lovgivende myndighet, bevilgende myndighet og overordnet planlegging.

Nasjonal helse- og omsorgsplan er et eksempel på det siste, der Stortinget kan legge overordnede føringer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. De strategiske føringene i planen er ment å skulle påvirke både budsjetter og helsepolitiske prioriteringer med betydning for helseforetakene (og helsesektoren for øvrig) i årene fremover.

Som *lovgivende myndighet* fastsetter staten en rekke lover og regler som regulerer helseforetakenes virksomhet, både gjennom helserelatert regelverk, som f.eks. spesialisthelsetjenesteloven, og gjennom annet, relevant regelverk knyttet til rollen som arbeidsgiver eller foretak. Helseforetaksstyrene har en rolle i å se til at foretakene etterlever regelverket.

Stortinget fastlegger de helsepolitiske mål og nasjonale prioriteringer i den årlige budsjettbehandlingen. Som *bevilgende myndighet* finansierer staten helseforetakene. Staten er ikke bare eier av helseforetakene, den finansierer dem også nesten fullt ut. Finansieringen er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsstyrt finansiering (jf. innsatsstyrt finansiering). Ved å stille penger til disposisjon kan staten stille krav til hva som skal utføres. Det skjer i form av en helsepolitisk bestilling. Statens bevilgninger stilles til disposisjon gjennom de årlige oppdragsdokumentene til helseforetakene, som også omfatter den helsepolitiske bestillingen. Oppdragsdokumentene gir både overordnede føringer og stiller en rekke krav til foretakene i form av mål og prioriteringer for året. Kravene er knyttet til bl.a. ønsket aktivitet, satsingsområder, utdanning av personell og FoU-virksomhet.

Satsingsområdene for 2012 omfatter krav til ventetider, kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet, pasientsikkerhet, brukerorientering, iverksetting av samhandlingsreformen, raskere kreftbehandling, bedre behandling av hjerneslag og styrket, tverrfaglig rusbehandlingstilbud. For hvert av områdene er det fastsatt måltall med styringsparametre som foretakene skal rapportere på.

Det er helseforetaksstyrenes ansvar å se til at de mål og krav som formidles gjennom oppdragsdokumentet, følges opp, og at det rapporteres om hvordan det har skjedd. Departementet følger opp aktiviteten og utviklingen på styringsparametrene gjennom året. Gjennom *årlig melding* rapporterer de regionale foretakene samlet om resultatene i forhold til styringskravene i oppdragsdokumentet og krav stilt i foretaksmøter. Meldingen behandles i foretaksmøtet i juni påfølgende år.

I HOD er arbeidet med eierstyringen og oppdrags-/budsjettstyringen delt organisatorisk og lagt til to avdelinger, henholdsvis Eieravdelingen og Spesialisthelsetjenesteavdelingen.

3.6 Utviklingen siden 2002 – noen overordnede trekk

Helseforetaksmodellen har vært praktisert i ti år. Uten å ta stilling til modellens grad av suksess som organisasjonsform, kan en nøkternt observere at det har skjedd store endringer innenfor spesialisthelsetjenesten i denne perioden, ikke minst knyttet til organisering og økonomi. Disse endringene er også med på å illustrere noen av de utfordringene helseforetaksstyrene på begge nivåer har stått overfor i perioden.

Det har skjedd vesentlige endringer i *organiseringen av helseforetakene*. I tillegg til selve reformen som innebar at fem statlige RHF-er (nå fire) overtok eierrollen fra 19 fylkeskommunale eiere, er 80 sykehus omorganisert til 26 helseforetak. Endringene er skjedd i alle regionene:

- Helse Sør-Øst RHF: 9 HF og 1 sykehusapotek HF
- Helse Vest RHF: 4 HF og 1 sykehusapotek HF
- Helse Midt-Norge RHF: 5 HF og 1 sykehusapotek HF
- Helse Nord RHF: 4 HF og 1 sykehusapotek HF

Økonomien har utviklet seg positivt de siste årene, både samlet og for hvert av de regionale helseforetakene. Hvis vi ser på foretakene samlet, har utviklingen gått fra et samlet negativt resultat på ca. to milliarder kroner i 2003 til et positivt resultat på mer enn en milliard kroner i 2010. Særlig etter 2006 har den økonomiske utviklingen blitt sterkt forbedret år for år. Fra og med 2008 har helseforetakene samlet hatt et positivt økonomisk resultat. Helse Midt-Norge RHF har hatt positive årsresultater siden 2007, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF siden 2009, og Helse Sør-Øst RHF siden 2010. Når det gjelder Helse Sør-Øst RHF, innebar fusjonen i 2006 en ekstra utfordring for økonomistyringen.

Forbedringen i økonomien skyldes flere forhold, herunder vekst i bevilgningene fra 2008 for å dekke gjenanskaffelser og vedlikeholdsinvesteringer i bygninger og utstyr samt sikre at forutsatt aktivitetsvekst fullfinansieres. Men økonomistyringen er også blitt bedre. Ifølge departementet har det vært en utvikling fra en relativt passiv styring til en mer systematisk og aktiv styring av foretakene. Fra og med 2007 ble det innført bedre rapporteringsløsninger (ØBAK 2007), månedlige rapporteringer fra regionene, mer systematiske analyser av rapportene og andre styringsgrep som ga bedre kontroll over budsjettering, finansiering og likviditet. Sammen med større politisk oppmerksomhet om behovet for styring og en økende bevissthet om og forståelse for økonomistyring i helseforetakene, har dette medvirket til bedre økonomisk kontroll.

Departementet viser også til at det er skjedd forbedringer knyttet til pasientbehandlingen i perioden etter at helseforetaksmodellen er blitt innført, og at det er økende fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Vi har ikke gjort forsøk på å vurdere i hvilken grad helseforetakene har nådd mål som er satt for spesialisthelsetjenesten knyttet til pasientbehandling og kvalitet mv, men peker på at målstyringssystemet som er utviklet gjør det mulig å følge utviklingen på en rekke målområder bedre enn tidligere. En overordnet analyse av målstyringssystemet følger som vedlegg til rapporten.

4 Eksterne vurderinger av styrene og modellen

Den eksternt rettede undersøkelsen besto av tre elementer:

- En spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle fylkesordførere og ordførere eller helsebyråder i landet. Denne besto av et begrenset antall spørsmål vi antok målgruppen kunne ha kvalifiserte synspunkter på.
- Intervjuer med fylkesordførerne og/eller varaordførere i Troms og Akershus, samt ordføreren i Lørenskog.
- Samtaler med sentrale personer i Eieravdelingen i HOD, Helsedirektoratet og Helsetilsynet samt fylkeslegen i Troms og Akershus.

4.1 Spørreundersøkelse og intervjuer

142 ordførere/helsebyråder i kommunene og fire fylkesordførere har besvart undersøkelsen. Svarprosenten er relativt lav, ca. 33 prosent blant ordførerne og kun 22 prosent blant fylkesordførerne. Med bakgrunn i ulik informasjon vi har fått gjennom undersøkelsen, er det naturlig å anta at den lave svarprosenten kan ha å gjøre med at de politiske lederne i fylkeskommuner og kommuner ikke har særlig god kunnskap om helseforetaksstyrenes roller og funksjon. Svarene må også fortolkes i en slik kontekst.

Det kan være verdt å merke seg at et representativt utvalg av alle ordførere ikke vil gi et representativt utvalg i forhold til befolkningstetthet; det er flest små kommuner i landet. De som svarte på undersøkelsen, fordeler seg slik:

	Avkrysset Folkevalgt
Inntil 3000 innbyggere	38,5 %
3000-10 000 innbyggere	38,5 %
10 000-50 000 innbyggere	20,7 %
Flere enn 50 000 innbyggere	2,2 %

I spørreskjemaet ble de politiske lederne bedt om å vurdere noen påstander og angi grad av enighet på en skala fra 1 (svært uenig) til 6 (svært enig). De kunne også svare Vet ikke/ikke relevant. *Gjennomsnittlige verdier høyere enn 3,5 indikerer at gruppen er mer enig enn uenig i påstanden.* For å forstå resultatene kan en fortolke dem slik:

- Verdi 3,5 – like stor grad av enighet som uenighet om påstanden.
- Verdi på mellom 3,5 og 4,0 – større grad av enighet enn uenighet om påstanden.
- Verdi på mellom 4,0 og 4,5 – vesentlig større grad av enighet enn uenighet om påstanden.
- Verdi på mellom 4,5 og 5,0 – stor grad av enighet om påstanden.
- Verdi på over 5 – svært stor grad av enighet om påstanden.
- Tilsvarende vil verdier under 3,5 innebære ulike grader av uenighet.

4.2 Bidrag til overordnede målsettinger

Vi var interessert i å få frem respondentenes syn på styrenes bidrag til måloppnåelsen for organiseringen av spesialisthelsetjenesten. I spørreskjemaet viste vi til Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), som la til grunn at foretaksmodellen bl.a. skulle bidra til bedre målstyring, økt handlefrihet og større fleksibilitet for foretakene. Hadde den gjort det?

4.2.1 RHF-enes bidrag

Påstand: *Jeg opplever at det regionale helseforetaket på en god måte har bidratt til å oppfylle overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle politikere	3,6
Helseregion Nord	3,3
Helseregion Vest	3,6
Helseregion Midt-Norge	3,6
Helseregion Sør-Øst	3,5

De folkevalgte fylkes- og kommunelederne i landet har stort sett samme oppfatning av resultatene av styrenes bidrag til måloppnåelsen for organiseringen. Samlet sett er det en liten positiv overvekt i vurderingene. Unntaket er Helseregion Nord, der man samlet sett er noe skeptiske.

4.2.2 HF-enes bidrag

Påstand: *Jeg opplever at styret for det enkelte helseforetaket på en god måte har bidratt til å oppfylle overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle politikere	3,7
Helseregion Nord	3,2
Helseregion Vest	3,7
Helseregion Midt-Norge	4,1
Helseregion Sør-Øst	3,6

Også når det gjelder HF-styrenes bidrag er det en liten overvekt av positive vurderinger. Det er større forskjeller mellom regionene – særlig skiller Helseregion Midt-Norge seg positivt ut og Helseregion Nord seg negativt ut.

4.2.3 Begrunnelser for skepsis

Svarene innebærer at halvparten av de eksterne politikerne er helt eller delvis uenige i påstanden. Vi spurte så disse om å krysse av for mulige alternativer som gjør dem skeptiske til styrenes bidrag til å oppfylle målsettingene for sektoren.

Tabell 4.1 Forklaring på manglende bidrag til måloppnåelse – skeptiske politikere

	Politiske ledere (totalt)	Region Nord	Region Vest	Region Midt	Region Sør-Øst
Styrets mandat er for snevert	11,5%	30,0%	13,3%	7,1%	4,8%
Styrets handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene	54,1%	60,0%	60,0%	50,0%	47,6%
Annet	39,3%	20,0%	26,7%	42,9%	57,1%
Svarende	61	10	15	14	21

De som er skeptiske, mener først og fremst at styrenes handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene. Her hadde respondentene også anledning til å gi egne kommentarer. Kommentarene var av svært ulik karakter, og indikerer bl.a. at ulike politiske agendaer kanskje kan prege holdningene til helseforetaksmodellen vel så mye som faktisk kunnskap om styrenes arbeid. Vi gjengir noen av dem kort for å illustrere dette.

- Tar ikke lokale hensyn
- Regionale helseforetak bør legges ned
- For mye sentralisering
- Styret evner ikke å se på helhetlig tilbud, men har kun fokus på økonomi
- De enkelte styrerepresentanter tar for mye geografiske hensyn
- Overstyring av statsråd og uryddighet i styringen
- Styret har hatt en uheldig strukturpolitisk agenda
- Styret tar for lite distriktspolitiske hensyn
- Uklare målsettinger fra nasjonalt hold
- Forretningstanken er ikke en god modell for helsevesenet – er uenig i foretaksmodellen
- Manglende samhandling mellom styrets strategi og administrere direktør sine faktiske prioriteringer
- Styrets sammensetning er for preget av ønsket om såkalt profesjonelle styrer
- Tar for lite hensyn til de samfunnsmessige konsekvensene av endringer i sykehusstruktur
- Tar for mye lokaliseringshensyn
- Usikker på om mål og strategi for gjennomføringen av hovedoppgavene er realistiske

4.2.4 Samtaler med eksterne – styrenes bidrag til målsettinger

Kontakten med og kunnskapen om styrenes oppgaver og arbeid er begrenset hos de fleste av våre eksterne intervjuobjekter. De fleste av dem har heller ikke etablerte kontaktkanaler mot styrene.

Unntaket er Helsetilsynet, som legger vekt på å holde kontakt med styrene. Direktøren i Helsetilsynet betrakter styrene som sine allierte, som Helsetilsynet ønsker å spille mer på fremover. Han mener foretakene og styrene har gode mandater og tydelige oppgaver, og er fornøyd med lovgrunnlaget som regulerer forholdet mellom tilsynet og foretakene. Han mener styrene tilfører foretakene en klar merverdi og at de har bidratt vesentlig til å få orden på økonomien. Styrene kan likevel generelt bli bedre til å følge opp pasientforløp, kvalitet og risikostyring, og administrasjonene kan legge bedre opp til dette. Kvalitet og risiko må ikke bli nedprioritert i et styrearbeid som kan bli svært tettepakket med saker. Direktøren har lagt vekt på å formidle at dette også er styrenes ansvar, bl.a. gjennom deltakelse på en rekke styreseminarer.

Fylkeslegen i Troms og Akershus mener at styrene må vektlegge rollen som en kritisk overvåker av pasientrettigheter og pasientbehandling i helseforetakene, og at de kan spille en viktigere rolle enn i dag når det gjelder f.eks. kvalitet og risiko.

Flere ordførere gir uttrykk for at det med fordel kunne vært mer kontakt med styrene, men at dialogen med foretakenes administrasjon er meget god og at samarbeidet om bl.a. samhandlingsreformen fungerer godt. De ønsker en tydeligere avklaring av hvem som har ansvar for å føre tilsyn med styrene og deres oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet har liten kontakt med styrene og lite grunnlag for å vurdere deres arbeid.

4.3 Politikernes plass i styret

4.3.1 Spørreundersøkelsen

Vi stilte tre spørsmål om sammensetningen av styret, bl.a. for å få synspunkter på hvordan politikernes plass i RHF-styret og HF-styret ble vurdert. Det er noen færre som har svart på dette spørsmålet enn på de tidligere.

Påstand: *Jeg mener at aktive politikere i styret for det regionale helseforetaket er en styrke for styret*

Hvem	Samlet vurdering
Alle politikere	4,7
Helseregion Nord	4,8
Helseregion Vest	4,5
Helseregion Midt	4,7
Helseregion Sør-Øst	4,6

Resultatet er svært positivt. De politiske lederne i kommuner og fylkesting har stor tillit til politikere i de regionale og de underliggende helseforetakene, selv om de også mener det er potensial for forbedringer.

Svarene på neste påstand viser at de politiske lederne i vel så stor grad mener at *HF-styrene* er tjent med styremedlemmer med en politisk bakgrunn.

Påstand: *Jeg mener at styremedlemmer med politisk erfaringsbakgrunn er en styrke for lokale helseforetak*

Hvem	Samlet vurdering
Alle politikere	4,9
Helseregion Nord	5,2
Helseregion Vest	5,0
Helseregion Midt-Norge	4,8
Helseregion Sør-Øst	4,8

Resultatene viser at oppslutningen om det politiske innslaget i HF-styrene er stor blant kommunepolitikere, både samlet sett og i alle deler av landet.

4.4 HF-styrets sammensetning

4.4.1 Spørreundersøkelsen

Vi ønsket å få synspunkter på om HF-styrets sammensetning oppleves som riktig.

Påstand: *Jeg mener at styret i lokale helseforetak er riktig sammensatt for å kunne utføre sine oppgaver tilfredsstillende*

Hvem	Samlet vurdering
Alle politikere	3,6
Helseregion Nord	3,0
Helseregion Vest	4,0
Helseregion Midt-Norge	3,8
Helseregion Sør-Øst	3,5

Resultatet spriker, fra relativt positivt i Vest og Midt, til tilsvarende negativt i Nord. Sør-Øst ligger midt i mellom.

Resultatet innebærer at en tredel av respondentene var helt eller delvis *uenige* i påstanden om at de lokale helseforetakene har riktig sammensatte styrever. Årsakene til uenigheten går likevel i flere retninger. De hyppigste angitte årsakene til deres vurdering var følgende:

- RHF bør oppnevne relativt *flere* partipolitisk aktive styremedlemmer (43 prosent).
- RHF bør oppnevne relativt flere med lokal tilhørighet (41 prosent).
- RHF bør oppnevne relativt flere styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn (34 prosent).

Når vi ser på de regionale forskjellene, er det viktig å huske at antallet respondenter som er skeptiske er relativt lite i hver region. Derfor må følgende observasjoner, som man kan lese ut av bakgrunnsvariablene, tas med forbehold:

I Helseregion Midt-Norge var det *ingen* av de skeptiske politikerne som mente det burde oppnevnes flere partipolitisk aktive politikere i styrene. Tvert om mente de aller fleste at det bør oppnevnes færre partipolitisk aktive politikere. Tre av fire ønsket relativt flere med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn, og litt under halvparten mente at det bør oppnevnes relativt flere med annen politisk bakgrunn (f.eks. tidligere politikere). Til gjengjeld kan styrene godt ha relativt færre med helsefaglig kompetanse, mente enkelte.

I Helseregion Nord mente nesten alle de skeptiske at det *ikke* bør oppnevnes styremedlemmer fra overordnet myndighet i helseforetaksstyrene (ikke gjennomgående representasjon).

Helseregion Vest syntes å være den regionen som er mest opptatt av mer lokal tilhørighet i HF-styrene. Over halvparten av de skeptiske politikerne ønsker dette.

De skeptiske politikerne i Helseregion Sør-Øst er også opptatt av å få inn flere medlemmer med politisk kompetanse i HF-styrene og flere med lokal tilhørighet.

4.4.2 Samtaler med eksterne om styresammensetningen

Fra samtalene med fylkes- og lokalpolitikere i Troms og Akershus var inntrykket at styresammensetningen i det store og hele oppleves som tilfredsstillende, men fylkesordførerne sier at de ikke alltid er enige i valg av medlemmer og mener de ikke bare burde kunne *foreslå* medlemmer, men kanskje selv *velge* dem.

Helsetilsynet hadde ingen spesielle synspunkter, men pekte på at styrets sammensetning bør sees i lys av samhandlingsreformen.

Helsedirektoratet bemerket at det har skjedd en profesjonalisering av styrene økonomisk og faglig, men er opptatt av at det i sammensetningen av styrene også må legges stor vekt på helsefaglig kompetanse.

4.5 Synspunkter på dagens organisering med styrever på to nivåer

4.5.1 Spørreundersøkelsen

Vi ønsket synspunkter på dagens ordning med styrever på to nivåer (RHF- og HF-nivå). Bør ordningen videreføres? Dersom en var på den uenige siden, ønsket vi å få frem synspunkter på eventuelle alternative modeller.

Påstand: *Etter min mening bør dagens helseforetaksmodell med styrever på to nivåer fortsette.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle politikere	3,3
Helseregion Nord	3,0
Helseregion Vest	3,3
Helseregion Midt-Norge	3,3
Helseregion Sør-Øst	3,5

Samlet vurdering er noe mer negativ enn positiv. Det var likevel flere positive enn negative respondenter i materialet, idet 54 prosent var på den positive siden. Men de 46 prosentene som var skeptiske, var mer skeptiske enn de positive var positive. Også her er det flest folkevalgte skeptikere i Helseregion Nord, mens de mest positive er å finne i Sør-Øst.

De som svarte på den negative siden, ble bedt om å krysse av for mulige alternativer til et system med styrer på to nivåer. Resultatene er vist i tabell 4.2. Over en tredel av dem som ønsker endringer, mener at RHF-styret bør avvikles. Nesten 30 prosent mener at styrene på begge nivåer bør nedlegges og full etatsstyring gjeninnføres. Det er likevel liten oppslutning om å legge ned HF-styrene alene.

Samtidig mener nesten en tredel at regioninndelingen bør opprettholdes, med eller uten styrer.

Det er noen regionale forskjeller, selv om de skal tolkes med forbehold. I Sør-Øst og Vest er det en stor andel som ønsker å avvikle styrene og gå over til etatsstyring, en løsning som ikke oppfattes som aktuell i Midt og Nord. Derimot er andelen som ønsker å legge ned regionene, stor i både Nord, Midt og Sør-Øst. Vi minner om at dette er andelen av skeptikerne vist i tabellen. Målt i prosent av alle svarene, kan tallene halveres.

Tabell 4.2 Andel av skeptiske politiske til styrer på to nivåer – ønsker om andre løsninger

	Politiske ledere (totalt)	Region Nord	Region Vest	Region Midt	Region Sør-Øst
Styrene bør generelt avvikles og full etatsstyring gjeninnføres	28,1%	10,0%	35,7%	7,1%	47,1%
Styrene for de lokale helseforetakene bør avvikles	8,8%	0,0%	7,1%	14,3%	11,8%
Styrene for de regionale helseforetakene bør avvikles	35,1%	30,0%	35,7%	57,1%	23,5%
Regioninndeling (med eller uten egne styrer) bør opprettholdes	31,6%	40,0%	14,3%	35,7%	41,2%
Annet	8,8%	20,0%	7,1%	7,1%	0,0%
Svarende	57	10	14	14	17

I Helseregion Vest og særlig i Helseregion Sør-Øst, ønsker mange av de skeptiske politiske lederne at styrene avvikles på begge nivåer og at full etatsstyring gjeninnføres.

4.5.2 Samtaler med eksterne

Fylkespolitikkerne og ordførerne hadde ikke spesielle synspunkter på selve ordningen med styrer på to nivåer, men mente modellen med statlig eierskap, regioner og større helseforetak er riktig og nødvendig. Fylkeslegen i Akershus er enig, og mener det er viktig med styrer på regionalt nivå som kan ivareta sørge-for-ansvaret, men muligens mindre viktig med styrer på helseforetaksnivå.

Direktøren i Helsetilsynet pekte på at den prinsipielle ansvarsfordelingen mellom nivåene, der RHF-ene har sørge-for-ansvaret og HF-ene det utøvende ansvaret, er blitt klarere det siste året. Det innebærer at det er formålstjenlig med styrer på to nivåer. Styrer på HF-nivå gjør det lettere å få med de ansatte, hvilket er en viktig forutsetning for utviklingen av foretakene. Når det gjelder gjennomgående styrerepresentasjon, er direktøren opptatt av en tydelig rolledeling, der RHF-et som eier ikke inntar en for sterk rolle i de underliggende helseforetaksstyrene, f.eks. ved å sette inn representanter fra sin egen ledelse som styreleder. En slik modell kan fungere når alt går som normalt, men ikke i vanskelige situasjoner knyttet til f.eks. omstillinger.

Helsedirektoratet mener helseforetaksmodellen har gitt mange gode resultater. Den regionale strukturen ser ut til å være hensiktsmessig og har bl.a. gitt bedre faglig styring.

5 Foretakenes egen vurdering

5.1 Spørreundersøkelse og intervjuer med styremedlemmer og direktører

5.1.1 Om spørreundersøkelsen

Agenda Kaupangs spørreskjema om styrenes rolle og funksjon gikk ut til samtlige som var medlem av et helseforetaksstyre pr. mars 2012, eller som satt i et slikt styre i 2011, i tillegg til administrative ledere og eksterne interessenter (se avsnitt 0).

230 styremedlemmer besvarte spørreskjemaet, hvilket gir en svarprosent på knapt 65 prosent. 20 av 25 administrerende direktører besvarte skjemaet, tilsvarende en svarprosent på 80.

Andelen som tilhører de ulike grupperingene, er vist i tabellen. Når summen blir større enn 100, er det fordi noen er representert i flere grupper. F.eks. kan en både være nestleder og samtidig eieroppnevnt styremedlem. I slike tilfeller teller de med i begge kategoriene.

	Andel
Leder av styret	11,5 %
Nestleder i styret	12,0 %
Eieroppnevnt, politisk foreslått styremedlem	34,6 %
Eieroppnevnt, ikke politisk foreslått styremedlem	17,5 %
Ansattevalgt representant	33,3 %

40 prosent av styremedlemmene som besvarte skjemaet, har sittet i et helseforetaksstyre fra 2007 eller tidligere. 62 prosent har vært medlem siden 2009 eller tidligere. 8 prosent kom inn styret eller styrene i 2012.

I spørreskjemaet ble styremedlemmene bedt om å vurdere noen påstander ved å angi grad av enighet på en skala fra 1 (svært uenig) til 6 (svært enig). De kunne også svare Vet ikke/ikke relevant. *Gjennomsnittlige verdier høyere enn 3,5 indikerer at gruppen er mer enig enn uenig i påstanden.* For å forstå resultatene kan en fortolke dem slik:

- Verdi 3,5 – like stor grad av enighet som uenighet om påstanden.
- Verdi på mellom 3,5 og 4,0 – større grad av enighet enn uenighet om påstanden.
- Verdi på mellom 4,0 og 4,5 – vesentlig større grad av enighet enn uenighet om påstanden.
- Verdi på mellom 4,5 og 5,0 – stor grad av enighet om påstanden.
- Verdi på over 5 – svært stor grad av enighet om påstanden.
- Tilsvarende vil verdier under 3,5 innebære ulike grader av uenighet.

5.1.2 Om intervjuene

I tillegg til spørreundersøkelsen ble det gjennomført intervjuer og samtaler med styrelederne og de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene, med styremedlemmene i Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF, og med de administrerende direktørene og styremedlemmene i UNN og Ahus. Intervjuene omhandlet de samme temaer og fulgte samme struktur som spørreskjemaet.

Intervjuene med styrelederne og direktørene ble gjennomført som individuelle intervjuer av 1–1½ times varighet. Intervjuene med de øvrige styremedlemmene ble

gjennomført som gruppeintervjuer av ca. to timers varighet. De fleste intervjuene ble gjennomført på stedet. I noen tilfeller der det ikke var mulig, ble oppmøteintervjuer erstattet med intervjuer over telefon eller videokonferanse.

Ved å intervju lederne individuelt og dele de ansattevalgte og eieroppnevnte i hver sine grupper, ønsket vi å legge til rette for trygghet i intervjusituasjonen, slik at eventuelle interessenmotsetninger skulle kunne komme frem. Vi gjorde det klart at hensikten med intervjuene ikke var å evaluere det enkelte styre, men å finne mønstre og sammenhenger som kunne bidra til generelt å forstå helseforetaksstyrenes roller og funksjonsmåte bedre. Enkeltpersoners meninger ville ikke kunne identifiseres. I fremstillingen er det søkt å gjengi hovedinntrykkene fra intervjuene. Noen ganger har vi illustrert noen poenger med sitater.

Inntrykket er at alle intervjuene ble gjennomført i en åpen og tillitsfull atmosfære, der alle ga uttrykk for det de mente.

5.2 Bidrag til overordnede målsettinger

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) ble det lagt til grunn for dagens organisering av spesialisthelsetjenesten at modellen bl.a. skulle bidra til bedre målstyring, økt handlefrihet og større fleksibilitet for foretakene, jf. avsnitt 4.2.

Vi spurte om hvordan styrene hadde bidratt til bedre måloppnåelse på denne måten, og skilte mellom RHF-styrene og HF-styrene.

5.2.1 Bidrag overordnede mål for organiseringen – RHF-styrene

Påstand: *Jeg opplever at styret for det regionale helseforetaket på en god måte har bidratt til å oppfylle overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,5
– Leder og nestleder av styrene	5,0
– Ansattevalgte representanter	4,2
– Politisk foreslåtte	4,5
HF-medlemmer etter region	
– HF styremedlemmer Helseregion Midt-Norge	4,4
– HF medlemmer Helseregion Sør-Øst	4,0
– HF medlemmer Helseregion Vest	4,7
– HF-medlemmer Helseregion Nord	4,8
Adm.dir. – RHF	5,8
Adm.dir. – HF	4,2

En samlet skåre på 4,5 viser at respondentene langt på vei er enig i at styret i de regionale helseforetakene har bidratt til å oppfylle de overordnede målsettinger for organiseringen. De mest positive er styrelederne/nestlederene i styrene (5,0), og i enda større grad de administrerende direktørene i RHF-ene (5,8).

Styremedlemmer med tre års fartstid eller mer gir gjennomgående en tanke mer positive svar enn de som kom inn i styrene i 2010 eller senere (4,6 vs. 4,4 i samlet vurdering). Dette mønsteret finner vi også ellers i undersøkelsen, uten at vi kommenterer det hver gang.

Styremedlemmene i HF-ene i Nord, Vest og (delvis) Midt-Norge synes mer tilfreds med sine regionale helseforetak enn HF-styremedlemmene i Sør-Øst.

HF-direktørene er gjennomgående mer skeptiske til styrenes bidrag enn RHF-direktørene. Dette går igjen også i svarene på mange av de øvrige spørsmålene i undersøkelsen. I det følgende velger vi likevel i de fleste spørsmål å gjengi resultatene for direktørgruppen samlet.

Intervjuene

Intervjuene med RHF-styrene bekrefter hovedinntrykket fra spørreundersøkelsen. Både styremedlemmene og de administrerende direktørene gir uttrykk for at RHF-styrene har hatt en viktig rolle i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. De gir uttrykk for at styrene har bidratt til en mer effektiv organisering og funksjonsfordeling av helseforetakene, bedre økonomi- og virksomhetsstyring samt mer likeverdig pasientbehandling. "Styrene har blitt en garantist for likeverdighetsperspektivet i helsetjenesten i regionen" (adm. direktør RHF).

Flere peker på at RHF-styrene evner å se regionen i et helhetlig perspektiv, samtidig som de har den nødvendige regionale og lokale kunnskapen og forankringen. Det gir på den ene siden forutsetninger for å fatte vedtak i et regionalt helhetsperspektiv, samtidig som det gir legitimitet lokalt.

Dessuten tilfører styrene kompetanse administrasjonen ikke har. Flere bruker økonomisk kompetanse eller næringslivskompetanse som eksempler. I nesten alle intervjuene hevdes det at utviklingen de siste ti årene ikke ville vært mulig i den gamle strukturen med fylkeskommunale eiere av sykehusene. Alle strategier og langsiktige beslutninger forankres i styrevedtak.

Det gis et entydig inntrykk i alle intervjuene av at styrenes arbeid har utviklet seg over tid, i positiv retning. Fokus for styrenes arbeid har skiftet fra å få økonomien under kontroll til mer strategiske og pasientrelaterte spørsmål, særlig de siste tre-fem årene. Med litt ulik betoning gir RHF-styrene uttrykk for at bedre økonomisk kontroll over driften har gitt handlingsrom og tid til å fokusere på andre sider av virksomheten, som kvalitet, pasientforløp, investeringer mv. Styrene bruker tid i alle møtene på å følge opp resultater i forhold til de mål og tiltaksplaner som foreligger.

5.2.2 Bidrag overordnede mål for organiseringen – HF-styrene

Påstand: *Jeg opplever at styret for det lokale helseforetaket på en god måte har bidratt til å oppfylle overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,7
– Leder og nestleder av styrene	5,1
– Ansattevalgte representanter	4,4
– Politisk foreslåtte	4,6
HF-medlemmer etter region	
– HF styremedlemmer Helseregion Midt-Norge	4,9
– HF medlemmer Helseregion Sør-Øst	4,5
– HF medlemmer Helseregion Vest	4,8
– HF-medlemmer Helseregion Nord	4,8
Adm. dir. – alle	4,5

Resultatet er enda litt mer positivt når det gjelder opplevelsen av HF-enes bidrag til å nå de overordnede målene. Det er gjennomgående samme oppfatning i alle grupper og regioner, selv om de ansattevalgte er en tanke mer forbeholdne.

Noen er likevel mer eller mindre uenig i påstanden. Bl.a. er den hyppigste innvendingen at styrets handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene. Særlig peker styremedlemmer i HF-ene i Helseregion Sør-Øst på dette.

Andre forbehold begrunnes med at geografiske interesser og manglende rolleforståelse i styrene kan være en utfordring. I Sør-Øst mener noen at styrene i større grad må akseptere virkeligheten eller arbeide for bedre rammebetingelser. Fra alle regioner registrerer vi ønsker om færre "orienteringssaker" fra administrasjonen og flere mål- og konsekvensorienterte diskusjoner.

29 prosent av de ansattevalgte var (delvis) uenige i påstandene om styrenes bidrag til måloppnåelse. Nesten to tredeler av disse mente at styrets handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene. 19 prosent av de politisk foreslåtte representantene var også uenige, og begrunner dette med at styrets handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene. Enkelte kommenterer at geografi og lokale agendaer begrenser for mye – og at statsråden overstyrer på en "uryddig" måte.

Åtte av direktørene er forbeholdne mht. styrenes bidrag til måloppnåelsen. Seks av dem mener at styrets handlingsrom er for lite, to at kompetansen er mangelfull og en at styret er for lite opptatt av de overordnede målsettingene. En HF-direktør mener at RHF-styret går alt for langt i detaljstyringen av de enkelte HF-ene, og en RHF-direktør mener eksplisitt at lokale styre er unødvendige.

Også på dette spørsmålet er "eldre" styremedlemmer noe mer positive enn de som kom inn i 2010 eller senere (4,8 mot 4,4).

Intervjuene (Ahus og UNN)

Intervjuene gir samme hovedinntrykk som spørreundersøkelsen: HF-styrene har fokusert på målene for virksomheten og arbeidet systematisk med disse i styremøtene.

Fra direktørhold pekes det på at styrets arbeid har vært og er viktig bl.a. for å få skape forståelse for behovet for å holde budsjetter innad og skape legitimitet for (vanskelige) beslutninger utad. Direktørene er likevel opptatt av at styret arbeider tilstrekkelig strategisk og helhetlig, og de ser en fare for at styret kan bli for opptatt av detaljer. Styrene ser ikke alltid sammenhengene godt nok, eller de kan ha urealistiske forventninger til hva som er mulig å få til (f.eks. den tiden det tar å redusere antall fristbrudd). Direktørene mener at styreleders rolle er viktig for å få til en tilstrekkelig overordnet innretning på styrets arbeid, og at styrene fortsatt legger vekt på utvikle sin rolleforståelse og kompetanse.

Samtidig sier direktørene at styrene har hatt en viktig rolle i å realitetsorientere administrasjonen i forhold til de politiske mål og føringer. Saker kan bli justert og utviklet gjennom styrets behandling, og fører til beslutninger som er bedre belyst, mer avveid og dermed bedre forankret. Viktige beslutninger knyttet til f.eks. omorganiseringer kunne ikke vært gjennomført uten styret. Den legitimerende funksjonen styrets vedtak har innad er viktig. I slike sammenhenger skaper styret reell merverdi.

Styremedlemmene selv peker på at de har en viktig funksjon i å følge opp og stille spørsmål til administrasjonen om utviklingen i forhold til målene: "Bare det at ledelsen må stille i styremøtet, bidrar til fokus" (styremedlem HF). Styremedlemmene opplever at styret har en viktig rolle i å etterspørre og følge opp mål og tiltaksplaner, og hevder at dette skjer i alle styremøter. I samtlige intervjuer pekes det på at beslutningene er forankret bedre og har større gjennomslagskraft når de er fattet av et styre. Det mener både eieroppnevnte og ansattevalgte medlemmer: "Styret er viktige for resultatene. Vi fokuserer på økonomi, kvalitet og strategi."

Styret i Ahus opplever at det har hatt stor betydning i å forankre og drive utviklingen fremover, stort sett basert på klare mål. Styret har gjort det mulig å få konsensus rundt vanskelige vedtak knyttet til f.eks. økonomi og organisering, og har vært en arena for å fokusere på spørsmål knyttet til kvalitet, pasienten og de ansattes situasjon. Både de eieroppnevnte og ansattevalgte er enige om dette. Styret sier likevel at det ikke har lyktes med å få økonomien under kontroll, uten at det har svaret på hvordan det skulle ha arbeidet annerledes for å lykkes bedre. De eieroppnevnte medlemmene opplever at det er vanskelig å forstå hvordan organisasjonen egentlig virker: "Selv om vi legger vekt på gode prosesser, og de ansatte i styret er med, er det mye som ikke blir fulgt opp. Vi vet ikke helt hvor det stopper." "Vi må få dem som gjør jobben til å føle et ansvar for å holde budsjettene" (styremedlemmer Ahus).

Styret i UNN legger også vekt på den legitimerende funksjonen styret har i viktige saker, og mener at styret har fått økt innflytelse i de senere årene. Styret har hatt en viktig strategisk rolle i arbeidet med å få til en klinikkstruktur, og for å få økonomien under kontroll og skape en forståelse for betydningen av å holde budsjettene. Samtidig peker noen styremedlemmer på at styrets innflytelse er begrenset og avhengig av at administrasjonen legger frem informasjon som gir grunnlag for å styre. "Men vi får nå en virksomhetsrapport som gir grunnlag for å stille noen spørsmål som helt opplagt påvirker det administrasjonen skal gjøre."

I sum er inntrykket at HF-styrene er opptatt av å forfølge både overordnede mål og andre styringsmål for helseforetakene, og at de opplever at de bidrar til de resultater som oppnås.

5.3 Bidrag til helsepolitiske mål, økonomi og ledelse

I oppdragsdokumentene til helseforetakene har bestemte helsepolitiske målsettinger gått igjen de senere årene. I tillegg stilles det organisatoriske og økonomiske krav til helseforetakene i foretaksmøtene. Vi ba om styremedlemmenes vurdering av styrets bidrag til noen av de viktigste målene og styringskravene.

Styret har bidratt vesentlig ...

	Alle medlemmer av styret	Ansatte-valgte	Politiske repr.	Direktører
<i>... til å redusere pasientenes ventetid for å få behandling</i>	4,4	4,2	4,5	4,1
<i>... til å fjerne korridorpasienter</i>	4,3	3,7	4,6	3,8
<i>... til å etablere gode rutiner for å overholde behandlingsfrister</i>	4,3	4,0	4,5	4,1
<i>... til å etablere gode rutiner for rask beskjed om resultater av undersøkelse og behandling til pasienter/fastleger</i>	4,0	3,7	4,3	3,5
<i>... til å etablere gode rutiner slik at foretaket lærer av sine feil</i>	4,3	3,9	4,6	4
<i>... til å fremme aktiv og god forskning</i>	4,3	4,0	4,5	4,1
<i>... til å sikre at foretaket holder budsjettene</i>	5,1	4,9	5,1	5
<i>... til å sikre at foretaket driver effektivt</i>	4,8	4,5	4,9	4,4
<i>... til å sikre at foretaket har en god ledelse</i>	4,8	4,1	4,9	4,8
<i>... til å fremme en god organisasjonskultur</i>	4,4	4,0	4,7	4
<i>... til å fremme godt samarbeid med kommunene</i>	4,6	4,3	4,6	4,4

Det overordnede inntrykket er at styrene opplever å ha bidratt på de aller fleste av områdene. Særlig er det stor enighet om at styrenes bidrag er viktige for å holde budsjettet, drive effektivt og ha en god ledelse. Også direktørene og de ansattevalgte er enige i disse vurderingene, selv om de er noe mer forbeholdne enn gjennomsnittet på de fleste områdene. Bl.a. er de noe mindre enige i styrenes bidrag til å fjerne korridorpasienter og etablere gode rutiner for beskjed om resultater av undersøkelser. De politisk foreslåtte medlemmene er mest fornøyd – etter styrelederne.

Bakgrunnsdataene viser at styremedlemmene i HF-ene i Helseregion Midt-Norge er mest enige i at de bidrar til resultater (holder budsjett 5,4 og god ledelse 5,1). For øvrig var det små forskjeller mellom regionene.

Intervjuene

Inntrykket fra intervjuene som er omtalt i avsnitt 5.2 foran, dekker også de spesifikke mål og styringskravene i dette avsnittet.

5.4 Oppfatninger av mandat, rolle og styringsdialog

5.4.1 Mandat og rolle

Foretaksmodellen innebærer at styrene for RHF-ene og HF-ene har en definert plass i et styringshierarki som er definert i helseforetaksloven, vedtekter for foretakene, instruks for styret og andre styrende dokumenter. Vi ønsket å vite om styrene og administrasjonen i RHF-ene og HF-ene opplever at styrenes mandat og rolle er tydelig definert gjennom disse bestemmelsene.

Påstand: *Jeg opplever at styrets mandat og rolle er klart definert gjennom gjeldende regelverk, retningslinjer og krav.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,9
– Leder av styret	5,2
– Ansattevalgte	4,7
– Politisk foreslåtte	5,0
Adm.dir. – alle	5,0

Resultatet er nesten entydig positivt. Styremedlemmene og direktørene gir gjennomgående uttrykk for at de oppfatter styrets mandat og rolle som klart definert. Materialet viser stor enighet om dette blant styrene i alle regionene.

Intervjuene

I intervjuene var det gjennomgående inntrykket at styrets mandat og rolle oppfattes som klart definert, og de fleste gir uttrykk for at de har et godt bilde av hva som forventes av dem, både som kollegium og i rollen som styremedlem. Styreseminarene oppfattes som en nyttig arena for å drøfte styrets rolle. Dessuten oppfattes styreinstruksen, som noen foretak nylig har revidert, som viktig og nyttig av flere.

Enkelte av medlemmene i HF-styrene ga likevel uttrykk for at de er usikre på hvor stort handlingsrom styret egentlig har, både i forhold til de mange mål og krav som er satt i styringsdokumentene og i forhold til RHF-et. (Dette omtales nærmere under andre spørsmål.)

I RHF-ene er det flere, både blant direktørene og i styret, som peker på at det fortsatt er et behov for å utvikle rolleforståelsen i HF-styrene og arbeide mer med den, bl.a. gjennom RHF-ets styreseminarer med de underliggende helseforetaksstyrene.

5.4.2 Tydelige mål og oppgaver?

Vi ønsket å vite om styrene har en klar forståelse av foretakets mål og oppgaver, slik dette er uttrykt i de ulike styringsdokumentene og i styringsdialogen for øvrig. Det dreier seg om det årlige oppdragsdokumentet fra departementet til RHF-ene – og de oppdragsdokumentene RHF-ene så utformer for HF-ene, i tillegg til det som kommer ut av foretaksmøtene med eier (henholdsvis departementet for RHF-ene og RHF-ene for HF-ene).

Påstand: *Jeg opplever at foretakets målsettinger og oppgaver er klart uttrykt gjennom den årlige styringsdialogen (oppdragsdokument, foretaksmøter og ev annen dialog med eier)*

Hvem	Samlet vurdering i gruppen
Alle styremedlemmer	4,9
– Leder av styret	5,2
– Ansattevalgte	4,8
– Politisk foreslåtte	5,0
Adm.dir. – alle	4,6

Resultatet er overveiende positivt. Styringssignalene oppfattes generelt som klare av styrer og administrasjon ved foretakene på begge nivåer – i alle regioner. Direktørene synes å se et noe større forbedringspotensial enn styrene generelt.

Bakgrunnsdataene viser imidlertid at noen er forbeholdne. Fire HF-direktører er skeptiske (svarer 1, 2 eller 3 på skala 1–6). Som begrunnelse oppgir tre av dem at styringsdialogen blir for detaljert, mens én mener den blir for utydelig. To av dem mener dessuten at målsettingene er for ambisiøse i forhold til foretakets ressurser, at de mottar ulike styringssignaler over tid og at ledende politikere gir motstridende signaler i ulike kanaler.

Også blant styremedlemmene er noen skeptiske. Motstridende signaler fra ledende politikere samt ulike prioriteringer over tid, nevnes oftest som innvendinger blant disse. Skeptikerne blant de ansattevalgte gir samme begrunnelser for sine motforestillinger.

Intervjuene

Det nesten enstemmige inntrykket er at oppdragsdokumentet og andre styrings-signaler oppfattes å gi klar retning for spesialisthelsetjenesten. RHF-ene opplever å få klare mål for hva de skal oppnå i året, og et godt grunnlag for å formulere mål og krav til HF-ene. Nesten like enstemmig er oppfatningen om at oppdragsdokumentet er for detaljert og har for mange styringsparametre: “HOD må gi større ansvar til RHF-ene og akseptere at det finnes flere måter å løse sakene på.” Det oppleves som vanskelig å ha oversikt over og oppmerksomhet på alle styringsparametrene. Samtidig peker flere på at det er positivt at HOD har forenklet oppdragsdokumentet det siste året. Det oppleves som en viktig forbedring, som også har gjort det lettere å videreformidle styringssignaler til HF-ene.

Inntrykket fra intervjuene med RHF-styrene er at de opplever at styringsdialogen med departementet har utviklet seg positivt og nå har fått en god form. Rolledelingen mellom departement og RHF-nivå er blitt tydeligere de siste årene. Styrene for RHF-ene opplever seg som et eget strategisk nivå, med et selvstendig ansvar for å få til et best mulig resultat i regionen innenfor de nasjonale rammer og ambisjoner som er fastsatt. I styringsdialogen er den gjennomgående oppfatningen at departementet opptrer korrekt og begrenser den formelle styringen til foretaksmøtene. Samtidig fungerer de månedlige oppfølgingsmøtene godt som en arena for informasjons-

utveksling og dialog om den løpende utviklingen gjennom årene: "Disse møtene er blitt bedre nå, fordi departementet er bedre oppdatert og gir bedre tilbakemeldinger." "Inntrykket er at departementet opptrer korrekt og ikke bruker disse møtene til 'ekstra styring'" (direktør og styreleder RHF).

Oppdragsdokumentet fra HOD oppleves gjennomgående som omfangsrikt, med mange mål og krav. Oppdragsdokumentet for 2012 oppleves likevel å være forenklet i forhold til tidligere. Det har gitt bedre vilkår for styring av HF-ene og formidling av styringssignalene ut i organisasjonen. Et gjennomgående inntrykk er at RHF-styrene legger stor vekt på å gi tydelige styringssignaler til HF-ene med utgangspunkt i departementets oppdragsdokument.

HF-ene opplever også at detaljeringsgraden er stor, og at handlingsrommet kan bli lite. Likevel er hovedinntrykket at de fleste opplever at mål og krav er tydelig uttrykt gjennom RHF-ets oppdragsdokument og at styringsdialogen fungerer relativt godt. RHF-styret i Sør-Øst får ros av Ahus for å "oversette" og tilpasse styringsdokumentet til det aktuelle foretaket på en god måte i 2012: "For første gang er oppdraget heller ikke formulert likt for alle HF-ene i regionen!" (representant for Ahus). Dette er en forbedring fra tidligere, da man opplevde at oppdragsdokumentet ble "sendt videre" fra RHF-et uten tilstrekkelig tilpasning til HF-et.

I sum er inntrykket at styringen er detaljert, og at mange ønsker at den forenkles i sin form. Samtidig ser man at den er politisk forankret og aksepterer – med tegn av resignasjon – at form og omfang kanskje er omtrent slik det må være.

5.4.3 Omgjøring av styrevedtak av eier

Vi ønsket å kartlegge oppfatningen av i hvilken grad eier går utenom den ordinære styringsveien ved å gripe direkte inn og overprøve styret. Eier har formelt sett rett til det. Hadde respondentene opplevd at eier hadde gjort om styrevedtak?

Vi ba styremedlemmene og direktørene vurdere følgende:

Påstand: *Jeg har opplevd at eier har omgjort styrevedtak i foretaket.*

Hvem	JA	NEI	Vet ikke
Alle styremedlemmer	25 %	67 %	8 %
Styreledere, alle foretak	36 %	64 %	
Adm. dir. – HF	18 %	82 %	
Adm. dir. – RHF	75 %	25 %	

Tabellen viser at tre av fire RHF-direktører har opplevd at departementet har omgjort vedtak, men at mindre enn en femdel av HF-direktørene har opplevd det samme av RHF-styrene. Tabellen gir ikke svar på når vedtakene ble gjort og kan omfatte vedtak omgjort for flere år siden.

Den viktigste årsaken til at eier omgjorde styrets vedtak, var ifølge HF-direktørene at eier ikke hadde signalisert sine krav tydelig nok før styret tok sin beslutning. Ifølge RHF-direktørene var viktigste årsak at styret ikke hadde lyktes med å forberede og forankre eiers ønsker i virksomheten eller i lokalsamfunnet. Samtidig kan det nok også ha hendt at eier ikke hadde signalisert sine krav tydelig nok, eller at styret ikke hadde oppfattet signalene tydelig nok.

Så vel politisk foreslåtte som ansattevalgte styrerepresentanter mener at de fleste omgjørelsene enten skyldes uklare krav fra eier eller at den politiske ledelse skiftet mening.

Årsakene til at vedtak har blitt gjort om av eier fordeler seg noe ulikt mellom regionene, ifølge styremedlemmene. I Helseregion Vest og Nord er det ikke uklare krav, men politiske snuoperasjoner som oppfattes som hyppigste årsak.

Eksempler respondentene gir på omgjøringer², er vedtak om nedleggelse av føde-tilbudet i Lærdal (2004), omgjøring av deler av strategien for Helse Førde (2009), vedtak om nedleggelse av fødeavdeling på Gjøvik (2004), nedleggelse av IVF-tilbudet ved St. Olavs Hospital, omgjøring av vedtak om fødeavdeling i UNN Narvik til fødestue, lokalisering av nytt sykehus i Drammen, salg av eiendom og vedtak i et HF om foretakets navn.

Til dette spørsmålet ble det gitt en lang rekke fritekstkommentarer, som på ulikt vis gir uttrykk for at slike omgjøringer av vedtak skaper følelser og oppfattes negativt av dem det angår.

Intervjuene

Bildet fra undersøkelsen nyanseres gjennom intervjuene. Inntrykket er at opplevelsen av å bli overstyrt er liten, og at overstyring i form av direkte inngripen eller omgjøring av vedtak fra eiers side tilhører unntakene. Flere av de enkelthendelser som er nevnt i spørreundersøkelsen, kommer frem også i intervjuene og oppleves som negative. Likevel er hovedinntrykket generelt at både departementet og RHF-ene opptrer ryddig og etterlever modellens intensjoner og spilleregler. Både styrene og de administrerende direktørene er svært opptatt av at praksis må være at styrene skal kunne ivareta sitt ansvar etter intensjonen, og ikke overstyres: "Det er viktig at ministeren ikke griper inn" (RHF-direktør).

De ansattevalgte sier også at slike omgjøringer forekommer sjelden. I ett intervju sier de at det er forståelig at det kan være behov for å ta overordnede hensyn som kommer i konflikt med foretakets. Noen ansattevalgte er likevel mer kritiske, med referanse til konkrete hendelser. I Ahus viser de f.eks. til at styret ble overkjørt i 2010 i forbindelse med overføringen av pasientene til Aker sykehus, og at styrets syn på behovet for ressurser ikke ble hørt. Det førte til sykehuset hadde 400 årsverk for lite i forhold til behovet.

5.4.4 Rapportering, oppfølging og bidrag til mål og strategier

Vi var interessert i å vite hva respondentene mente om hvor godt styrene ivaretar viktige funksjoner i styringen av foretakene, og stilte spørsmål knyttet til styrenes bidrag til rapportering til eier, resultatoppfølging og utforming av mål og strategier.

Påstand	Samlet vurdering
<i>Jeg mener at styrets rapportering til eier på en god måte redegjør for eventuelle resultatavvik i forhold til målene</i>	
– Alle styremedlemmer	5,1
– Adm. dir. – alle	4,9
<i>Jeg opplever at styret har lyktes i å tydeliggjøre foretakets mål, oppgaver og rammer overfor foretakets ledelse</i>	
– Alle styremedlemmer	5,0
– Adm. dir. – alle	4,7
<i>Jeg mener at styret får god nok rapportering fra ledelsen i foretaket til å kunne håndtere eventuelle resultatavvik</i>	
– Alle styremedlemmer	4,9
– Adm. dir. – alle	5,3

² Eksemplene er gjengitt, men ikke kvalitetssikret mot de faktiske hendelsene.

<i>Jeg mener styret følger opp og håndterer resultatavvik på en god måte</i>	
– Alle styremedlemmer	4,9
– Adm.dir. – alle	4,8
<i>Jeg mener at styret spiller en aktiv rolle for å utvikle langsiktige mål og strategier</i>	
– Alle styremedlemmer	4,9
– Adm. dir. – alle	4,7

Det er en gjennomgående oppfatning at styrene bidrar vesentlig på alle områdene – og at de får god styringsinformasjon fra administrasjonen. Både styrene selv og de administrerende direktørene gir uttrykk for det samme positive bildet. Bakgrunnsvariablene viser at det er små forskjeller i vurderingene gitt av ulike kategorier styremedlemmer, og små forskjeller mellom regionene. Vi registrerer likevel en smule lavere oppslutning i Helseregion Sør-Øst, som f.eks. gir 4,6 til sitt bidrag til “aktivt å utvikle langsiktige mål og strategier” (jf. siste påstand i tabellen), mot 5,0 i Helseregion Midt-Norge.

Ellers går det frem at RHF-direktørene gir en høyere samlet skåre enn HF-direktørene. Særlig gjelder dette spørsmålet om strategiske bidrag, der RHF-direktørenes samlede skåre til sine styre er hele 5,8, mot 4,5 hos HF-direktørene.

Av de tre HF-direktørene som er skeptiske (svar 1, 2 eller 3 på skala 1–6), oppgir to at eier ikke etterspør styrets redegjørelse mht. resultatavvik, en at styret selv ikke stiller strenge nok krav til rapporteringen og en at rapporteringen er for omfattende og mister fokus på det viktigste. To av de tre skeptiske HF-direktørene mener også at styrets uttrykte forventninger og krav til foretakets ledelse er for uklart formulert.

I fritekstkommentarene begrunner en HF-direktør sin skepsis med at det ikke er styret som fører an ved strategiske valg, men foretaksledelsen. Styret har ikke tilstrekkelig kompetanse. En ansattevalgt begrunner sin skepsis med at det rapporteres for mye på økonomi, og for lite på pasientbehandling og de ansattes hverdag.

Intervjuene

I intervjuene fokuserte vi på rapporteringens kvalitet fra administrasjon til styrene, og mellom nivåene. Vi spurte også om styrenes bidrag i å utvikle strategier for foretakene.

Rapportering og oppfølging

Rapportering skjer månedlig, tertialt og årlig i forhold til de mål og styringskrav som er fastsatt i oppdragsdokumentet, både på HF- og RHF-nivå. Det entydige hovedinntrykket fra intervjuene er at rapporteringen oppleves å dekke behovet for styringsinformasjon, men at det ikke alltid har vært slik. Det har skjedd vesentlige forbedringer de siste årene. Det gjelder rapporteringen fra administrasjon til styre på begge nivåer, og mellom nivåene – altså fra HF til RHF og fra RHF til departementet. Likevel oppleves rapporteringen av mange som detaljert og dermed krevende, både på HF- og RHF-nivå.

Intervjuene gir et entydig inntrykk av at RHF-ene nå opplever å ha en tilfredsstillende, løpende oversikt over utviklingen i HF-ene. Alle RHF-styrene gir uttrykk for at de får tilstrekkelig god og oppdatert styringsinformasjon til å ha et helhetlig perspektiv på regionen. Kvaliteten og innretningen på rapporteringen sies å ha blitt bedre de siste årene: “Rapporteringen blir bedre og bedre, f.eks. når det gjelder periodisering av regnskapstallene.” “Jeg er imponert over grundigheten i materialet vårt.” “Vi har gått gjennom rapporteringen vår og ser at vi rapporterer godt på de viktige målene, selv om vi ikke rapporterer på alt” (eieroppnevnte RHF-styremedlemmer i Helseregion Sør-Øst og Nord).

Samtidig sier både styremedlemmer og administrerende direktører at rapporteringen bør utvikles videre. Det dreier seg om kvaliteten på rapporteringen fra HF-ene, "f.eks. om hvordan de ligger an i forhold til tiltaksplanen", eller større grad av tydelighet generelt. En RHF-direktør mener det også gjelder rapporteringen fra RHF-ene: "Rapporteringen tilbake kan bli mer transparent. Det burde vært mer politisk interesse rundt den årlige meldingen, som grunnlag for å forme fremtidige planer."

Styret for Ahus HF viser til at de har arbeidet mye med å få frem et mer målrettet og tydelig rapporteringssystem. Selv om systemet fortsatt oppleves som omfattende, gir det styret den nødvendige styringsinformasjon. Både styre og administrasjon sier at styret er aktivt i å følge opp resultater og avvik, for tiden med fokus på fristbrudd og økonomi. De ansattevalgte er mer kritiske og ønsker seg et enklere styringssystem som også fanger opp andre komponenter, slik som utdanning av de ansatte m.m.

Styret for UNN HF er også opptatt av å utvikle rapporteringen for å gjøre den mer fokusert på de viktigste faktorene. Administrerende direktør ønsker å utvikle rapporteringen slik at den inviterer til et mindre detaljorientert styrearbeid. Gjennomgående gis det likevel uttrykk for at rapporteringen dekker styringsbehovet. Styret følger aktivt opp resultater og avvik: "Jo da, vi får gode rapporter på kvalitet og avvik, og følger det opp – men vi er reaktive" (eieroppnevnt styremedlem). Likevel etterlyses bedre informasjon om og kultur for rapportering om pasientavvik.

Så å si alle de intervjuede mener at styrene har fokus på å *følge opp* rapporteringen. Det skjer jevnlig på alle styremøter og utgjør en fast del av møtene.

I intervjuene med RHF-styrene i både Sør-Øst og Nord reflekterte noen eieroppnevnte styremedlemmer over hvordan styringen av HF-ene har utviklet seg, og mener at den i praksis er blitt langt mer detaljert i sin form enn det som var den opprinnelige hensikten da foretaksmodellen ble innført. Detaljeringsnivået står i strid med modellen, fordi den i prinsippet skal gi stor frihet til HF-ene til nå sine mål slik de selv finner best. Enten så må man leve med denne dobbeltheten (sier en), eller så må man innføre en konsernmodell (sier en annen).

Styrets bidrag til strategiutvikling

Styrene opplever i varierende grad å bidra vesentlig strategisk, og det i større grad på RHF-nivå enn på HF-nivå.

De administrerende direktørene i RHF-ene støtter dette synet. De peker på at styrene arbeider strategisk gjennom å ha et helhetsperspektiv på regionen som grunnlag både for oppfølging i forhold til mål og utforming av strategier. De gir uttrykk for at regionene driver en systematisk oppfølging av langsiktige strategier (tre av fire regioner opplyser å ha utformet en "Strategi 2020"), arbeider med utforming av ulike delstrategier og generelt arbeider i et helhetlig perspektiv. "Styret har vært flinke til å ha hovedmålene for øye hele tiden, ta et regionalt perspektiv, fokusere på kvalitet og likeverdighet, og ta nødvendige beslutninger om nedlegging, funksjonsdeling eller kjøp hos private." "Det viktigste styret gjør er å arbeide med strategi og styring" (to RHF-direktører).

Styrelederne og de øvrige medlemmene bekrefter inntrykket av at det fokuseres på strategi i styrearbeidet, skjønt noen mener at det er administrasjonen og ikke styrene selv som er driverne i strategiarbeidet. RHF-styrene i Midt-Norge og Vest viser til at de arbeider systematisk med strategi gjennom "Strategi 2020". Også Sør-Øst oppgir å ha en strategi frem til 2020 som bl.a. omfatter plan for bygg, helsefaglig struktur, IT og HR. I Nord sier styret at det planlegges en ny helhetlig strategi: "Vi har behandlet mange strategidokumenter for enkeltområder, som rus, kreft, smittevern osv. – og vi har en investeringsplan – men vi har ikke en overordnet, langsiktig visjon for helse-tjenestene i Nord."

På HF-nivå (Ahus og UNN) er det litt ulike synspunkter på hvor strategisk styret jobber. Det samlede inntrykket er at styrene er med på å legge strategier av ulik karakter, og at alle strategier forankres i styret. Styret arbeider likevel mest med oppgaver knyttet til kontroll og oppfølging. Det sies at det er et potensial for å utvikle det helhetlige, strategiske arbeidet – og at det er en intensjon om å utvikle arbeidet i den retningen. Det er likevel en krevende oppgave for styret å få det til, fordi moderne, store helseforetak er komplekse og sammensatte virksomheter, både faglig, teknologisk og strukturelt, som det ikke er lett å forstå og ha oversikt over.

5.5 Styrenes størrelse, sammensetning og kompetanse

5.5.1 Styrenes størrelse

Vi ønsket å vite om respondentene opplevde størrelsen av styret de satt i var hensiktsmessig:

Påstand: *Jeg mener at størrelsen på dagens styre er hensiktsmessig*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,9
– Alle styreledere og nestledere	4,4
– Ansattevalgte	5,3
– Politisk foreslåtte	4,8
HF-medlemmer etter region	
– HF styremedlemmer Helseregion Nord	5,3
– HF medlemmer i Helseregion Midt-Norge	5,0
– HF medlemmer i Helseregion Vest	5,2
– HF medlemmer i Helseregion Sør-Øst	4,9
Adm. dir. – alle	4,2

Resultatet viser at de fleste mener at dagens styrer fungerer hensiktsmessig mht. størrelse. Mest enig i utsagnet er de ansattevalgte og styremedlemmene i HF-ene, særlig i Nord og Vest. Styrelederne og direktørene er noe mer forbeholdne.

Blant dem som ikke er enige i at størrelsen på styrene er hensiktsmessig, mener nesten alle at styrene bør bli mindre. Svært få ønsker større styrer. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom HF- og RHF-nivå.

Intervjuer

Intervjuene bekrefter langt på vei resultatet fra spørreundersøkelsen.

I RHF-styrene mener flere at styret er for stort eller i største laget. Det er likevel ingen som har sterke meninger om at det er viktig å redusere antallet. At antallet eieroppnevnte medlemmer er blitt redusert, oppfattes udelt positivt av styrelederne og direktørene i RHF-ene, og enkelte mener at en bør redusere styret ytterligere. Bl.a. peker noen av dem på at andelen ansattevalgte er blitt relativt stort etter at antallet eieroppnevnte medlemmer ble redusert. Som nevnt er likevel ikke meningene sterke om dette: "Jeg kunne godt tenkt meg et mindre styre, men så lenge man er disiplinerte i møtene er det OK" (styreleder RHF).

Inntrykket er at det er en mer utbredt oppfatning at HF-styrene bør reduseres i størrelse, både blant intervjuobjektene fra RHF-nivå og HF-nivå. Likevel anses heller ikke her størrelsen å være en faktor som har negative konsekvenser av betydning for styrets arbeid. Argumentet er dels at et stort styre fort kan bli mindre effektivt, og dels at balansen mellom grupperingene kan bli litt skjev, der de ansattevalgte andel er

større enn nødvendig: "Det er viktig å få mindre styrer på HF-nivå – slik som før 2006. Det er behov for profesjonelle styrer som skal lede produksjonsvirksomheten."

5.5.2 RHF-styret – riktig sammensatt?

Vi ville vite om respondentene mente RHF-styret er satt sammen riktig i forhold til når det gjelder de oppgaver det skal ivareta. De som var uenige i utsagnet, ble bedt om å angi hvilken kompetanse styret burde tilføres.

Påstand: *Jeg mener at styret i det regionale helseforetaket er riktig sammensatt for å kunne utføre sine oppgaver tilfredsstillende*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,2
– Leder av styret	4,5
– Nestleder	3,9
– Ansattevalgte	4,2
– Politisk foreslåtte	4,2
Adm. dir. – alle	3,9

Alt i alt synes styrene og direktørene nokså fornøyd med sammensetningen av styrene i de regionale helseforetakene. Når en fortolker tallene, skal en likevel huske at flertallet av respondentene har tilknytning til HF-styrene og formodentlig ikke har førstehåndskunnskap om RHF-styrene. Bakgrunnsdataene viser at vi finner færrest enige blant HF-respondentene i Helseregion Midt-Norge (3,7) og i Sør-Øst (4,1), mens HF-respondentene i Vest og Nord samlet sett er godt fornøyde (begge 4,7).

De uenige styremedlemmene ønsker som oftest at:

- RHF-styret bør ha relativt færre partipolitisk aktive medlemmer
- RHF-styret bør ha relativt flere styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn. Mer enn halvparten av de uenige ønsker dette.

Uenige ansattevalgte ønsker som oftest at RHF-styret bør få relativt flere med helsefaglig kompetanse.

Også blant de politisk foreslåtte styremedlemmene er det de som er uenige i påstanden og mener at det er for få "profesjonelle" og for mange partipolitisk aktive medlemmer. Andre synspunkter går på at det ledende partiet i de enkelte fylkene bør være representert i det regionale styret, at styret må gjenspeile det politiske flertallet i regionen, ha flere med minoritetsbakgrunn og gjerne ha færre ansattevalgte til fordel for annen kompetanse.

Igjen er direktørene i HF-ene betydelig mindre enige i påstanden enn RHF-direktørene. Åtte av dem er uenige i påstanden og begrunner dette med at

- RHF-styret bør få relativt færre partipolitisk aktive medlemmer
- RHF-styret bør få relativt flere styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn
- RHF-styret bør få relativt flere med helsefaglig kompetanse

Intervjuene

Det gjennomgående inntrykket i intervjuene med RHF-styrene er at kompetansen i styret oppfattes å være tilfredsstillende. Selv om flere gir uttrykk for at de mener styret er for stort eller i største laget, sier de også at RHF-styret er godt sammensatt og innehar den nødvendige kompetanse på de viktige områdene, herunder økonomisk,

juridisk, samfunnsfaglig og helsefaglig kompetanse. Mange understreker betydningen av at kompetansegrunnlaget faktisk er så bredt som det er, og viser til konkrete saker der en spesiell kompetanse har vært viktig for å få belyst/utviklet saken.

F.eks. viser Helse Nord til at styret har hatt en selvstendig rolle i å utvikle økonomi-styringen – herunder en egen investeringsstrategi – gjennom å tilføre en økonomi- og næringslivskompetanse som ellers ikke ville vært tilgjengelig: “Uten et styre med den kompetansen vi har, ville vi hatt en forvaltningskultur” (styreleder RHF).

Enkelte av intervjuobjektene peker på at kriteriene for sammensetning av styret kunne vært mer fleksible. Flere mener dessuten at utvelgelsesformen innebærer at *alle* styre-medlemmene kanskje ikke har den ønskede kompetanse, men at styret likevel samlet dekker kompetansebehovet – og at det er det viktigste.

5.5.3 Aktive politikere en styrke for RHF-styret?

Vi ville vite om at ordningen med at RHF-styret skal ha aktive politikere i styret, oppfattes som en styrke for styret i det regionale helseforetaket.

Påstand: *Jeg mener at aktive politikere i styret for det regionale helseforetaket er en styrke for styret*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,1
– Leder av styret	4,0
– Nestleder i styret	3,7
– Ansattevalgte	3,8
– Politisk foreslåtte	4,7
Adm. dir. – alle	3,3

Resultatet er på den positive siden samlet og for alle gruppene, bortsett fra direktørene, som er på den negative siden. HF-direktørene er mer negative enn RHF-direktørene, som gir skåren 4. Dette bekrefter synspunktene på sammensetningen av RHF-styret foran (avsnitt 5.5.2). Det er også et visst forbehold å spore hos de ansatte-valgte styremedlemmene.

En skal huske at flertallet av respondentene er knyttet til HF-styrene og formodentlig ikke har førstehåndskunnskap om hvordan RHF-styrene fungerer.

Størst tilslutning til påstanden om at aktive politikere er en styrke for styret, ga HF-styrene i Helseregion Nord (4,4); lavest tilslutning til påstanden ga HF-styrene i Sør-Øst (3,8) og i Midt-Norge (3,9).

Intervjuene

Hovedinntrykket fra intervjuene er mer positivt enn en skulle vente fra spørreundersøkelsen, men en skal huske at de fleste intervjuene ble gjort på RHF-nivå.

Det gjennomgående inntrykket er at politikerne i RHF-styret har fungert godt, og bedre enn mange hadde ventet da den nye praksisen ble innført. Blant de eieroppnevnte representantene i RHF-styret, herunder styreledere/-medlemmer og administrerende direktører med betydelig fartstid fra ulike posisjoner, var det flere som var skeptiske til endringen i 2006 om at flertallet i styret skulle oppnevnes blant de folkevalgte. Likevel sier de samme personene nå at ordningen fungerer godt, og at endringen ikke har ført til en politisering av styrearbeidet etter partipolitiske eller geografiske skiller, slik de fryktet: “Politikerne har i liten grad ‘hilst hjem’” (eieroppnevnt styremedlem Helse Sør-Øst RHF).

Politikerne har i hovedsak inntatt en posisjon der de ser regionen i et helhetsperspektiv, uten en partipolitisk eller geografisk basert argumentasjon, og der den politiske innsikten forvaltes som en positiv ressurs i styrets drøftinger og beslutninger. Flere peker på at de politikerne som blir tilbudt verv i RHF-styrene, ofte er personer med en lang og sammensatt karriere fra politikk og annet samfunnsliv, og ofte betydelig erfaring fra å lede eller delta i kollegiale fora. Derfor tilfører de ikke bare en politisk kompetanse i snever forstand, men en sammensatt kompetanse og erfaring fra mange deler av samfunnet. "Politikerne har vært en styrke for styret, de har en viktig kompetanse og rasjonalitet som har gitt bedre beslutninger" (administrerende direktør i RHF). "Faglig godt belyste saker trenger forståelse i en politisk kontekst, der kan styret bidra" (Styreleder i et RHF).

Det er noen unntak fra dette harmonibildet, og i flere sammenhenger blir det pekt på at politikere kan dra med seg lokal- eller partipolitiske argumenter inn i styrerommet. Bl.a. peker noen på tegn til splittelse i styret i Helse Midt-Norge RHF, kjennetegnet nettopp ved slike skillelinjer.

I hovedsak oppfattes likevel den politiske representasjonen i styret som en styrke for helseforetaket, begrunnet med at den kan gi bedre funderte beslutninger, og dermed gi legitimitet utad i regionen til vanskelige beslutninger som krever avveining av ulike interesser. Denne oppfatningen er gjennomgående i de fleste intervjuene, og deles av både direktørene, styrelederne og de ansattevalgte. At de politisk foreslåtte også er av samme mening, er kanskje mindre overraskende.

Enkelte intervjuobjekter, bl.a. i RHF-styret i Sør-Øst, mener at dagens modell i for liten grad gir mulighet for kontakt mot politikere på Stortinget og fylkeskommunene, og mener at det ville vært nyttig med en eller annen form for opplegg for å sikre dette. Dette synspunktet fremkommer ikke i de andre regionene.

5.5.4 HF-styret – riktig sammensetning?

På samme måte som for RHF-styrene ønsket vi å vite om respondentene mener HF-styrene er riktig sammensatt for å utføre de oppgavene de skal ivareta. Det var anledning til å angi hvilken kompetanse en ønsket mer eller mindre av, dersom en var uenig i utsagnet.

Påstand: *Jeg mener at styret i lokale helseforetak er riktig sammensatt for å kunne utføre sine oppgaver tilfredsstillende*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,5
– Leder av styret	4,7
– Nestleder i styret	4,1
– Ansattevalgte	4,4
– Politisk foreslåtte	4,7
Adm.dir. – alle	3,9

Resultatet er noe mer positivt enn for RHF-styrene, og alle grupper er mer enig enn uenig i utsagnet.

Styremedlemmene selv synes rimelig godt tilfredse med sammensetningen av styrene i de lokale helseforetakene. Bakgrunnsdataene viser at det er størst tilfredshet blant HF-styrene i Vest (4,8), mens styrene i Sør-Øst gir lavest skåre (4,1) – likevel klart på den positive siden.

Bakgrunnsdataene viser ellers at 18 prosent av styremedlemmene var uenige i påstanden. Av disse mener to tredeler at RHF bør oppnevne relativt færre partipolitisk aktive styremedlemmer, og like mange mener at det bør oppnevnes relativt flere med profesjonell ledelses-/økonomibakgrunn. Vel halvparten ønsker relativt flere med helsefaglig kompetanse.

Skeptikerne blant de ansattevalgte (19 prosent) ønsker relativt flere med helsefaglig kompetanse og færre partipolitisk aktive styremedlemmer.

40 prosent av de administrerende direktørene som besvarte spørsmålet, er alt i alt skeptiske til dagens sammensetning av styrene i de lokale HF-ene (svar 1, 2 eller 3 på skala 1–6). De ønsker seg flere relativt færre styremedlemmer med folkevalgt-bakgrunn og relativt flere med profesjonell ledelses-/økonomibakgrunn og helsefaglig kompetanse. Dessuten mener fire av dem at RHF ikke bør oppnevne styremedlemmer fra overordnet virksomhet i HF-styret (dvs. gjennomgående representasjon).

I sum viser resultatet at oppfatningen er at HF-styrene langt på vei er riktig sammensatt, men at det er en del både blant styremedlemmene og særlig direktørene som ønsker å styrke styrenes “profesjonelle” kompetanse og helsefaglig kompetanse på bekostning av dem med politisk bakgrunn.

Intervjuene

Inntrykket fra intervjuene bekrefter langt på vei svarene i undersøkelsen. I Ahus og UNN er de fleste tilfreds med den kompetansen som styrene innehar, og understreker behovet for sammensatt kompetanse.

Derimot er det relativt mange av intervjuobjektene som peker på at prosessen med å foreslå og velge ut medlemmer ikke er god nok, og at kriteriene er for lite fleksible. De styremedlemmene som har sittet i valgkomiteer, opplever tilfanget av kandidater som svært begrensende, og kombinert med et stort antall kriterier (politisk fordeling, kompetanse, geografi, kjønn m.m.) er faren for at kabalen ikke skal gå opp, stor. Det forsterkes av at de forslagene som kommer inn fra kommunestyrene, ikke alltid gir de beste kandidatene. Kommunene kan ha ulike motivasjoner for å fremme kandidater som ikke nødvendigvis er de beste for foretaket.

Flere styreledere og direktører i RHF-ene mener systemet for sammensetning av HF-styrene bør endres. En av dem mener at RHF-et bør sette sammen HF-styrene på fritt grunnlag for å få den beste kompetansen.

I noen av intervjuene ble det dessuten pekt på at det er sammenheng mellom antall kriterier som skal innfris og styrets størrelse. Uten å forenkle kriteriesettet vil det være vanskelig å kunne redusere antall medlemmer i styret.

Dette er ett av de (få) områdene i undersøkelsen hvor intervjuene samlet sett peker i retning av et ønske om endring.

5.5.5 HF-styret – politikere en styrke?

Vi ønsket å vite om styremedlemmer i HF-styrene med politisk erfaring oppleves som en styrke for foretaket.

Påstand: *Jeg mener at styremedlemmer med politisk erfaringsbakgrunn er en styrke for lokale helseforetak*

Hvem	Samlet vurdering i gruppen
Alle styremedlemmer	4,6
– Leder av styret	4,8
– Nestleder i styret	4,6
– Ansattevalgte	4,1
– Politisk foreslåtte	5,2
Adm.dir. – alle	3,7

Styremedlemmene er som gruppe godt fornøyd med å ha medlemmer med politisk erfaringsbakgrunn i styrene for de lokale helseforetakene. Mest enige er rimeligvis de politisk foreslåtte. Bakgrunnsdataene viser at det er få regionale forskjeller.

De ansattevalgte er også overveiende positive, men likevel mer forbeholdne som gruppe til politikere/tidligere politikere enn de andre styremedlemmene. I forrige avsnitt viste vi at ansattevalgte ønsker relativt flere styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn.

Bakgrunnsdataene viser dessuten at RHF-direktørene er mindre positive enn HF-direktørene i spørsmålet om politisk foreslåtte representanter i HF-styrene. Her er altså situasjonen snudd i forhold til spørsmålet om politikere i regionstyrene.

Intervjuene

Inntrykket fra intervjuene var at synspunktene på politikernes rolle i HF-styrene langt på vei var de samme som i RHF-styrene. Styremedlemmene med politisk bakgrunn oppfattes i all hovedsak å opptre på foretakets vegne, og er bevisste på at de ikke skal opptre på vegne av parti eller lokalsamfunn. Det virker som om dette er en klart forstått premiss for deres styredeltakelse: "Problemet er ikke hva jeg mener i styrerommet, det er å forsvare standpunktet mitt når jeg kommer hjem til kommunen" (aktiv politiker i et HF).

Både i Ahus og UNN ga intervjuene inntrykk av at styremedlemmene med politisk bakgrunn først og fremst representerer en kompetanse og innsikt som er nyttig for å belyse de aktuelle problemstillingene i et utvidende perspektiv. Deres deltakelse i styret bidrar også innenfor HF-ets nedslagsfelt til å gi legitimitet til krevende beslutninger som krever avveininger av motstridende interesser.

Dessuten peker enkelte på at de som oppnevnes til styremedlemmer, ofte har sammensatt erfaring fra arbeids- og samfunnsliv, noe som har gitt dem enn bredere kompetanse enn det den politiske karrieren alene har gitt.

5.5.6 De ansattevalgte – en likeverdig plass i styret?

Vi ville vite om de ansattevalgte opplevde å bli behandlet på lik linje med de øvrige styremedlemmene.

Påstand: *Jeg mener at de ansattevalgte blir behandlet som likeverdige styremedlemmer.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	5,4
– Styreledere	5,8
– Nestledere	5,5
– Ansattevalgte	4,8
– Politisk foreslåtte	5,6
Adm.dir. – alle	5,5

Det synes å herske liten tvil om at de ansattevalgte i styrene blir behandlet som likeverdige styremedlemmer. Enigheten er så å si unison, på tvers av regioner og kategorier. Riktignok skårer de ansattevalgte selv noe svakere, men skåren er likevel så god at resultatet er tilnærmet entydig positivt.

Intervjuer

I intervjuene sier ansattevalgte uten unntak at de opplever å bli behandlet på linje med de andre styremedlemmene. Både administrasjonen og de eieroppnevnte er opptatt av å ha et godt forhold de ansattevalgte styremedlemmene.

De ansattevalgte er ofte de blant de mest erfarne styremedlemmene. De har – og oppleves å ha – viktig kunnskap om helseforetakets interne forhold og tilfører styret helsefaglig kompetanse.

Gjennom intervjuene får vi likevel inntrykk av at det kan være motsetninger mellom de ansattevalgte og resten av styret. Enkelte styreledere og administrerende direktører, både på RHF- og HF-nivå, er kritiske til at de ansattevalgte til tider kan bruke mer tid enn ønskelig på saker de er opptatt av, og opptre formalistisk. Det er likevel et tydelig inntrykk av slike motsetninger er blitt vesentlig mindre etter at foretakene innførte som fast ordning å drøfte aktuelle saker internt i foretakene før styremøtene: "Vi har nesten ikke protokolltilførsler etter at vi innførte ordningen med drøftinger før styremøtet" (adm. direktør RHF).

Blant de ansattevalgte er det noen som mente at styremøtene kan bli for sterkt styrt og at det ikke alltid er gehør for de sakene de ansattevalgte er opptatt av. Dette forstyrrer likevel ikke helhetsbildet.

Det gjennomgående inntrykket er at samarbeidet med de ansattevalgte fungerer godt, og at disse føler at de bidrar både med viktig helsefaglig kompetanse og innsikt i virksomhetens interne forhold, herunder de ansattes arbeidsvilkår.

5.6 Styrenes arbeidsform og prioritering av oppgaver

5.6.1 Gjennomføring av styret arbeid

Vi ville vite hva oppfatningen var om hvor styret organiserer og gjennomfører sitt arbeid, på begge nivåer.

Påstand: *Jeg er godt fornøyd med hvordan styrene i lokale/regionale helseforetak organiserer og gjennomfører sitt styrearbeid (roller, prosesser, rutiner, kommunikasjon etc.)*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,6
– Styreledere	4,9
– Nestledere	4,6
– Ansattevalgte	4,3
– Politisk foreslåtte	4,8
HF-medlemmer etter region	
– HF styremedlemmer Helseregion Nord	4,6
– HF medlemmer Helseregion Midt-Norge	4,3
– HF medlemmer Helseregion Vest	5,1
– HF medlemmer Helseregion Sør-Øst	4,3
Adm. dir. – HF	4,4
Adm.dir. – RHF	5,2

Resultatet er overveiende positivt. Styrelederne og de politisk foreslåtte styremedlemmene er mest positive, mens det er noe forbehold hos de ansattevalgte. Mest enige i utsagnet er HF-styremedlemmer i HF-ene i Vest, minst i Sør-Øst og Midt. RHF-direktørene er mer positive enn HF-direktørene.

De relativt få som er forbeholdne (svarer 1, 2 eller 3 på skala 1–6) peker hyppigst på følgende forbedringsområder:

- forståelse av at man som styremedlem ikke representerer noen interessegruppe
- valg av riktige saker
- saksforberedelse

Flere ansattevalgte peker på at rolleforståelsen som styremedlem kan bli bedre. I tillegg mener noen at direktøren har en for sterk rolle og at RHF-et kan gi for lite handlingsrom til HF-ene.

De fire HF-direktørene som er uenige, peker bl.a. på følgende forbedringsområder:

- forståelse av at man som styremedlem ikke representerer noen interessegruppe
- lojalitet til beslutninger
- samarbeid med administrasjonen – bedre forståelse for rolledeling

Intervjuene

På RHF-nivå gis det et entydig bilde av at styremøtene er godt forberedt, og at sakene i alt vesentlig er tilfredsstillende belyst gjennom styrepapirene. Det gis også gjennomgående uttrykk for at styremedlemmene er godt forberedt til møtene, og at disse gjennomføres på en ryddig og strukturert måte. I hovedsak gjennomføres styremøtene som dagsmøter, gjerne i form av seks timers møter. Styret for Helse Midt-Norge RHF har innført møter over to dager og redusert antallet møter noe. Hensikten er å få mer tid til refleksjon og utvikling.

Det er et felles trekk for både styrelederne og de administrerende direktørene at de er opptatt av og ser betydningen av godt samarbeid, både seg i mellom og i styret generelt. De gir uttrykk for respekt for og betydningen av hverandres roller, og er opptatt av og ser betydningen av å legge opp til gode prosesser i styret. På ulikt vis gir de uttrykk for en felles oppfatning om at åpne og reelle drøftinger i styret er avgjørende for å få gode beslutninger. "Jeg har god kontakt med resten av styret, og legger vekt på at vi skal jobbe oss frem til enighet før vi beslutter. Med åpenhet, dialog og respekt får vi det beste styret" (styreleder RHF). "En av styrkene i styret er at vi har en god sammensatt kompetanse og jobber godt med sakene." "Som kollegium har vi en arbeidsform som gjør at vi arbeider oss frem til gode vedtak" (eieroppnevnte styremedlemmer RHF). I den grad det er forbehold, er de knyttet til en opplevelse av knapp tid. Tiden er likevel ikke knappere enn at man stort sett opplever å få behandlet sakene tilfredsstillende.

Både de eieroppnevnte og ansattevalgte i RHF-styrene deler synet på at styret har en god arbeidsform. Et eieroppnevnt styremedlem i Helse Sør-Øst RHF sier: "Vi har utrolig ordentlige og solide prosesser og styredokumenter. Modellen krever et stort byråkrati, men det er godt – jeg er imponert over systemet." En administrerende direktør i et RHF omtaler styrets arbeidsform slik: "Styret har håndtert sakene klokt – det finner gode, godt balanserte vedtak og utnytter mulighetsrommet. Styret har god politisk teft og samtidig tatt hensyn til foretakets behov, pasientene og de ansatte."

"Vi jobber stort sett godt som kollegium" (ansattevalgt Helse Sør-Øst RHF). I Helse Nord RHF sier de ansattevalgte at sakene er godt forberedt og at styremøtene gjennomføres ryddig og effektivt. De peker på betydningen av at sakene er tilstrekkelig

opplyst og avklart før styremøtene og at det er en god kommunikasjon med administrasjonen. De ansattevalgte opplever å bli tatt seriøst i styrets arbeid. Et viktig aspekt er vilje både fra styreleder og de ansattevalgte selv til å arbeide seg frem til løsninger. "Vi strekker oss langt for å komme frem til enighet. Styreleder legger stor vekt på å komme frem til konsensus" (ansattevalgt RHF-styre).

På HF-nivå er bildet noe mer nyansert, men det er en felles opplevelse i styrene for Ahus og UNN som vi snakket med, at sakene er godt forberedt og styremøtene gjennomføres på en god måte: "Styremøtene gjennomføres greit – veldig ryddig" (ansattevalgt HF-styre). Det er også en felles oppfatning at styreleder legger opp til åpne drøftinger som har til hensikt å komme frem til konsensusbaserte vedtak: "Vi har en god stemning i styret – det er konsensus og forståelse for styrets oppgaver" (styreleder HF-styre). De ansattevalgte anerkjenner den konsensusbaserte arbeidsformen, og peker samtidig på at det er utviklet en aksept for at de i enkelte tilfeller inntar egne standpunkter. De understreker betydningen av å ha innført faste drøftingsmøter i saker som angår dem før styret behandler saken.

Likevel er det enkelte kritiske røster blant de eieroppnevnte i styrene på begge nivåer som mener at de ansattevalgte noen ganger kan bli for opptatt av egne saker, og at det tar tid fra styret. Det er likevel et entydig bilde at kravet om protokolltilførsler fra de ansattevalgte er redusert vesentlig etter at ordningen med drøftinger før styremøtene ble innført: "Vi søker konsensus, men kan ha protokolltilførsler i saker hvor vi mener det mangler konsekvens- og sårbarhetsanalyser" (ansattevalgt HSØ RHF).

Inntrykket fra de fleste samtalene er at arbeidsformen har utviklet seg og blitt bedre med årene. Flere viser til at stemningen og arbeidsformen i styret var annerledes for noen år siden, kjennetegnet av flere interessemotsetninger, større uenighet om vedtakene og svakere rolleforståelse. Den positive utviklingen skyldes flere faktorer, hvorav de viktigste er: styreleders forståelse for å arbeide konsensusorientert, bedre rolleforståelse i styrene, jevnlig opplæring og planmessig arbeid med rolleforståelse og styrets arbeidsformer på styreseminarer o.l. Dessuten peker mange på den positive effekten for styrets arbeid av praksisen med interne drøftinger før styrebehandling av saker som de ansatte hadde interesser i.

En RHF-styreleder setter disse ordene på utviklingen: "Vi har endret hele kulturen fra tiden i fylkeskommunen – da var det belønning for å skaffe penger, overlegen med svenner hadde makten, ingen i administrasjonen kunne noe om store virksomheter og det fantes ingen gjennomgående styringssystem. Det forklarer at det har tatt tid å få ny modell til å fungere."

En RHF-direktør sier dette om utviklingen: "Vi hadde en tid med mye polarisering, med delregioner mot hverandre. Styreleder og jeg ble enige om å arbeide frem enighet i styret. Etter det har vi kun hatt ett delt vedtak i styret."

På HF-nivå mener likevel enkelte av direktørene og styrelederne at flere HF-styrer kan forbedre arbeidsformen: "I noen HF-er er fortsatt folk som tenker mest på lokale forhold, og som ikke skjønner at rollen krever et regionalt perspektiv. Vi må standardisere pasienttilbud, kvalitet osv., og trenger beslutninger som dekker hele regionen." En RHF-direktør sier: "Vi kan arbeide mer med å utvikle styrene, og vil nå innføre to styreseminarer i året istedenfor det ene vi har nå."

Noen av intervjuobjektene har erfaringer også fra andre styrer, og peker på at det er variasjon mellom styrene når det gjelder hvor godt de arbeider. Den viktigste premissen for en god arbeidsform er at styreleder og direktør har en omforent og klar forståelse av arbeidsformen. Direktøren for det ene av de to HF-ene vi snakket med, sier at det også handler om hvor god administrasjon foretaket har til å forberede saker.

For administrasjonen i et HF kan det være en utfordring å ha gode nok saksbehandlingsressurser. Direktøren sier at det er planer om å styrke denne funksjonen.

5.6.2 Bruker styret tiden riktig?

Styrets hovedoppgaver er definert i "Instruks for styret", under henvisning til bestemmelsene i helseforetaksloven og vedtektene for foretakene. Alle helseforetakene har (skal ha) utarbeidet styreinstruks som fastsetter målet for styrets arbeid, styremedlemmenes rettigheter og plikter, styrets oppgaver og arbeidsmåte m.m. Instruksen er utarbeidet etter samme mal, laget av HOD, men kan være operasjonalisert ulikt av det enkelte foretak.

I styreinstruksen til RHF-styrene heter det at foretakets hovedoppgaver er knyttet til

1. helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold
2. strategi og mål
3. organisasjon og ledelse
4. tilsyn med foretakets virksomhet og drift

Vi ønsket å vite om styrer og administrasjon opplevde at styret bruker tiden riktig, fordelt på de fire hovedoppgavene.

Påstand: *Jeg opplever at styret i hovedsak bruker tiden riktig, fordelt på de fire nevnte hovedoppgavene.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,7
– Styreledere og nestledere	4,7
– Ansattevalgte	4,5
– Politisk foreslåtte	4,8
Adm. direktører – alle	4,3

Det er gjennomgående stor grad av enighet om at styrene bruker tiden riktig i forhold til hovedoppgavene. Styrene i de fire regionene er av samme oppfatning.

Likevel er det om lag 10 prosent som ikke deler oppfatningen (svarer 1, 2 eller 3). Blant disse er de hyppigst nevnte ønsker om endringer knyttet til følgende:

- mer tid til oppfølging og utvikling av organisasjon og ledelse
- mer tid til strategiske utviklingsoppgaver
- mindre tid til tilsyn med foretakets virksomhet og drift

Fire uenige HF-direktører (svarer 1, 2 eller 3) ønsker at styret bruker mer tid på

- forbedring av helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold
- tilsyn med foretakets virksomhet og drift

Intervjuene

Det er et gjennomgående og entydig inntrykk fra intervjuene at styrene bruker tiden planmessig og strukturert, med hovedvekt på å følge opp strategier og (særlig) månedlige rapporter om økonomi, kvalitet, avvik osv.: "Vi er flinke til å prioritere tiden riktig" (styreleder RHF).

Samtidig gir relativt mange, både på RHF- og HF-nivå, uttrykk for at en bør utvikle arbeidet slik at styret bruker mer tid på strategiske temaer. "Styret tilfører mest verdi

når vi arbeider strategisk. Vi er ikke helt der ennå” (styreleder RHF). Flere peker på behovet for å bruke mer tid på temaer som risikostyring, kvalitet, pasientrelaterte temaer og samhandlingsreformen. Samtidig gir mange uttrykk for at det har skjedd en utvikling i riktig retning når det gjelder de sakene styret bruker tid på. F.eks. sier de ansattevalgte i Helse Sør-Øst RHF at styret nå fokuserer mer på kvalitet og pasientrelaterte temaer, “tidligere var det svært stor fokus på økonomi.” De ønsker likevel å arbeide enda mer fremtidsrettet, og utvikle en balansert målstyringsmodell som gir et bedre helhetsperspektiv på styringen.

På HF-nivå opplever flere at styret arbeider med de riktige sakene, men kan bli for detaljorientert. Basert på flere utsagn er inntrykket at det er en felles oppfatning om at det er en utfordring å heve blikket og tenke mer helhetlig og langsiktig.

Revisjonskomiteens rolle nevnes i noen sammenhenger, bl.a. i Helse Sør-Øst RHF der de ansattevalgte mener komiteen kan brukes bedre. Et medlem i revisjonskomiteen sier det er en utfordring å synliggjøre ansvarsforholdene i organisasjonen, og bidra til å utvikle en kultur der folk i større grad tar det ansvaret de er pålagt.

5.6.3 Åpne styremøter

Prinsippet om åpne styremøter ble pålagt foretakene på begge nivåer f.o.m. 2004, og er foreslått tatt inn som en bestemmelse i den reviderte helseforetaksloven. Vi ønsket å få synspunkter på hvordan prinsippet om åpne styremøter ble oppfattet blant styrer og administrasjon.

Påstand: *Jeg mener at kravet om åpenhet i styrets prosesser er en fordel for foretaket*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	5,0
– Styreledere og nestledere	4,5
– Ansattevalgte	5,2
– Politisk foreslåtte	5,1
HF-medlemmene etter region	
– HF medlemmer Helseregion Nord	5,2
– HF medlemmer Helseregion Midt-Norge	5,3
– HF medlemmer Helseregion Vest	5,1
– HF medlemmer Helseregion Sør-Øst	4,5
Adm.dir. – alle	4,5

Resultatet viser at det er stor tilslutning til åpenhetsprinsippet i styrene, både blant de eieroppnevnte og de ansattevalgte. Administrasjonen er i hovedsak enig, selv om fire HF-direktører og en RHF-direktør likevel er uenige i påstanden (svarer 1, 2 eller 3). De begrunner sin vurdering med at prinsippet om åpne styremøter

- reduserer styrets mulighet til å utvikle konsensusløsninger
- reduserer styrets beslutningsevne, bl.a. ved at det “begrenser styrets mulighet til å tvile seg frem til de gode løsningene”
- påvirker på en uheldig måte styrets prioritering av saker

Enkelte styremedlemmer er også bekymret for at åpne møter kan redusere styrets beslutningsevne og påvirke styrets prioritering av saker på en uheldig måte, eller kan begrense den frie diskusjonen i omstridte saker eller føre til populistiske vedtak som ikke er til beste for pasienten.

Intervjuer

Det overordnede inntrykket fra intervjuene er at det er oppslutning om åpne styremøter, og at svært få oppfatter ordningen som problematisk. Noen sier at man kunne anta at åpenhetsprinsippet ville medføre et behov for uformelle møter utenom styrommet, men at det faktisk ikke skjer. Andre sier de uansett ikke ville deltatt i slike møter, dersom de fantes.

Flere viser til at det er anledning til å lukke møter når det er grunn til det.

I flere av intervjuene understrekes det prinsipielle grunnlaget for ordningen. De ansattevalgte i et av HF-styrene sier: "Åpne styremøter er bra og nødvendig. Det er også riktig moralsk og etisk – det dreier seg jo om fellesskapets penger." En annen grunn til at åpne møter oppfattes som lite problematisk, er helt praktisk: "Pressen er til stede på møtene i så liten grad at det ikke påvirker debatten uansett."

Det er likevel avvikende syn. Et par av styrelederne i de regionale helseforetakene er skeptiske til ordningen, og de ansattevalgte i ett av de to HF-styrene mener prinsippet bør diskuteres. Flere, også blant dem som er positive til åpenhetsprinsippet, viser dessuten til noen få enkeltsaker der det har vært stor medieinteresse og derav også stort press på styret – og enkelte grupper i styret – i forbindelse med behandling av saken, men det har vært få slike saker.

Konklusjonen fra intervjuene er at prinsippet om åpenhet skaper få problemer for styrenes arbeid.

5.7 Synspunkter på dagens ordning med styrer på to nivåer

Vi ville vite respondentenes syn på dagens ordning med styrer på to nivåer, altså RHF-nivå og HF-nivå.

Påstand: *Etter min mening bør dagens helseforetaksmodell med styrer på to nivåer fortsette.*

Hvem	Samlet vurdering
Alle styremedlemmer	4,5
– Styreledere	5,0
– Nestledere	4,5
– Ansattevalgte	4,2
– Politisk foreslåtte	4,5
HF-medlemmer etter region	
– HF styremedlemmer Helseregion Nord	4,9
– HF medlemmer Helseregion Midt-Norge	4,1
– HF medlemmer Helseregion Vest	4,7
– HF medlemmer Helseregion Sør-Øst	4,2
Adm.dir. – alle	3,8

Generelt er det stor tilslutning til dagens modell med styrer på to nivåer. En gjennomsnittsskåre på 4,5 er uttrykk for stor oppslutning om utsagnet. Det er likevel noen interessante ytterpunkter. Mens styrelederne gir en skåre på hele 5, viser direktørenes gjennomsnittsskåre på beskjedne 3,8 at de er vesentlig mer forbeholdne.

Og til tross for den generelle oppslutningen om utsagnet blant styremedlemmene, er likevel 21 prosent helt eller delvis uenige. Det fremgår av tabellen under at over halvparten av disse mener at styrene for de regionale helseforetakene bør avvikles, og en av fem mener at styrene for de lokale helseforetakene bør avvikles. En skal huske at

flertallet av respondentene kommer fra HF-styrene. En tredel av dem som ønsker endring i modellen, ønsker likevel å beholde en regioninndeling.

Tabell: Styremedlemmer som er skeptiske til styrer på to nivåer – alternative løsninger. (Prosentandelene summerer seg til mer enn 100 fordi det kunne krysses av for flere alternativer).

	Andel av styreledere og-medlemmer
Styrene bør generelt avvikles og full etatsstyring gjeninnføres	6 %
Styrene for de lokale helseforetakene bør avvikles	20 %
Styrene for de regionale helseforetakene bør avvikles	60 %
Regioninndeling (med eller uten egne styrer) bør opprettholdes	34 %
Annet	6 %

Når det gjelder administrerende direktører, viser bakgrunnsdataene at nesten halvparten er helt eller delvis uenige i påstanden, herunder ti HF-direktører og to regiondirektører. Regiondirektørene mener at styrene for de lokale helseforetakene bør avvikles, men at regioninndelingen bør bestå. Fem av de ti skeptiske HF-direktørene mener derimot at det er styrene for de regionale helseforetakene som bør avvikles og erstattes av etatsstyring.

Dette er noen fritekstkommentarer fra skeptikerne:

- En bør ha en helt ny gjennomgang av hele helseforetaksmodellen og se på nytt på den regionale inndelingen. Helse Sør-Øst er altfor stor.
- Dagens modell fordekker ansvar, der detaljerte styringskrav gir et meget begrenset handlingsrom for HF-et – samtidig som det sitter med ansvaret.
- Helse Sør-Øst er for stor. Når det settes i gang store prosesser i Oslo, blir det krevende for RHF-styret å ha like stort fokus på de andre foretakene i regionen.
- De fire regionale styrene burde slås sammen til ett, eller deles opp i flere. I det siste tilfellet bør de lokale styrene avvikles, men direktoratsstyring bør ikke innføres.
- Regioninndelingen er lite hensiktsmessig, og skaper økt byråkrati. Det er ikke mulig å iverksette styring helt ut, vedtak gjort av RHF-styrene blir ofte trenert eller ignorert i sykehusene.

Intervjuene

Spørsmålet var om det er en god løsning å videreføre styrer på både RHF-nivå og HF-nivå gitt at dagens sykehusregioner blir videreført, men det avstedkom også synspunkter på selve regionmodellen. Vi har gjengitt noen synspunkter på dette i slutten av avsnittet, selv om det ligger utenfor mandatet til denne evalueringen å vurdere dette.

Gitt forutsetningen om at regionmodellen videreføres, er det stor enighet blant de intervjuede om at det fortsatt bør være styrer på regionnivå, mens det er ulike oppfatninger om det er behov for styrer på HF-nivået og hvilken rolle de i så fall skal ha. Nå skal en huske at flertallet av våre intervjuer ble holdt på RHF-nivå.

RHF-styret bidrar til å skape klarhet i beslutningsveien, og rolledelingen mellom departementet og styrene virker å fungere etter intensjonen i praksis. "Styringen fungerer ryddig, transparent og profesjonelt" (RHF-direktør). Mange peker særlig på den betydning RHF-styret har for å legitimere foretakets vedtak knyttet til bl.a. organisering, funksjonsfordeling og investeringer innenfor regionen. "Særlig er det viktig for et foretak som strekker seg fra Trøndelag til russergrensen" (eiervalgt

styremedlem i Helse Nord RHF). “Jeg tør ikke tenke på hva som hadde skjedd uten et styre på regionnivå, f.eks. når det gjelder legitimitet” (ansattevalgt i Helse Nord RHF).

De fleste mener også at HF-ene bør ha styrer, og peker på at de har en viktig rolle i å forankre og legitimere vedtak i deres nedslagsfelt – som ofte er ganske store områder. Alle RHF-styrelederne og tre av de fire RHF-direktørene mener det er en god løsning med styrer for HF-ene (én riktignok med et visst forbehold), og synspunktet deles av de fleste øvrige intervjuobjektene, også de ansattevalgte. Proargumentene går først og fremst på betydningen av å forankre og legitimere vedtakene i HF-enes nedslagsfelt – noe mange understreker betydningen av. Flere peker på at HF-styrene innehar en lokal kompetanse som er viktig for å sikre gode vedtak, og at styret tilfører merverdi gjennom de diskusjoner som føres. For administrasjonen i HF-ene oppfattes styrene å være en støtte innad ved at vedtakene forankres bedre. Det er likevel flere (bortsett fra de to HF-styrene selv) som peker på at HF-styrene kan bli mer profesjonelle i utøvelsen av sin rolle.

De relativt få som er negative eller skeptiske til styrer på HF-nivå, mener at styringskraften fra RHF-et vil være større uten HF-styrer. Og en av HF-direktørene, som riktignok mener at HF-styret har en viktig rolle, reflekterer også over ulempene med styre: “Ulempen er at det er et dobbelsystem – vi rapporterer det samme til RHF-et som til vårt eget styre, det er ikke så ressurseffektivt.” Dessuten går det frem at RHF-styrene ser det som en utfordring å styre HF-ene godt nok: “Vi har ikke fått til HF-nivået ordentlig ennå, og har skiftet for mange styreledere. Det er en utfordring å få til den nødvendige lojalitet og evne til å ta ansvar.”

Spørsmålet om vi har behov for regioner, ville mange uttale seg om, både i HF-styrene og RHF-styrene. Som nevnt ligger det utenfor vårt mandat å si noe om dette, og vi gjengir derfor kun noen synspunkter uten at vi tar dem med i vår sammenfattende vurdering i kapittel 6.

For mange intervjuobjekter syntes det vanskelig å isolere spørsmålet om styrer på begge nivåer fra selve regionmodellen. De fleste kritiske røstene knytter seg til Helse Sør-Øst, som oppfattes som stor og byråkratisk av intervjuobjekter både i de andre RHF-ene og HF-styret i egen region (Ahus). Helse Sør-Øst oppfattes av styrene i de andre regionene å “ligge etter” i utviklingen og ha større utfordringer enn de andre regionene, først og fremst pga. sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF i 2007 og vanskene med fusjonsprosessen ved Oslo universitetssykehus.

Inntrykket fra de andre regionene går nesten entydig i retning av en støtte til dagens modell med regioner. Både styreledere, direktører samt eieroppnevnte og ansattevalgte styremedlemmer er, med noen få unntak, enige om at regionene utgjør et godt grunnlag for styring av spesialisthelsetjenesten. Flere av dem gir uttrykk for at problematikken knyttet til Helse Sør-Østs størrelse ikke må bli avgjørende for spørsmålet om man skal ha regioner eller ikke. Intervjuobjektene i de tre andre regionene er nesten samstemte om at regionene er en viktig strukturell plattform for utviklingen av en regionalt forankret, helhetlig spesialisthelsetjeneste: “Det store tapet ville være å kutte ut regionene. Hvis troen på at et sentralt sykehusdirektorat skulle kunne ta over styringen, ville det være helt kritisk – og mye verre enn et direktestyrt, regionalt foretak” (styremedlemmer UNN). Skjønt det finnes enkeltstemmer som tar til orde for en modell uten regioner, også blant de ansattevalgte på HF-nivå.

I styret i Helse Sør-Øst RHF er det ulike synspunkter på behovet for regionnivået, og enkelte tar til ordet for en modell uten regioner. Flere mener RHF-nivået kan erstattes av et nasjonalt helseforetak eller et direktorat. Alle er likevel ikke enige om dette: “Kanskje regiongrensene kan justeres for å få regioner av likere størrelse, men vi bør beholde dem – jeg er allergisk mot en direktoratsmodell” (styremedlem RHF). Også i

Ahus' styre fremmes begge synspunkter. Flere, både blant de eieroppnevnte og ansattevalgte, er skeptiske til eller imot regionmodellen, mens andre sier den bør beholdes "i en eller annen form". Ett synspunkt er at regionen utgjør et større fellesskap enn HF-ene hver for seg, og synliggjør behovene for helsetjenester i et regionalt perspektiv.

Flere styremedlemmer peker for øvrig på et strukturelt dilemma når det gjelder regionenes autonomitet i forhold overordnede nasjonale føringer, særlig knyttet til valg og utvikling av IKT-systemer som skjer internt i hver region. Det styringsmessige dilemmaet er knyttet til om og eventuelt hvordan en bør fastlegge nasjonale føringer for valget av regionale løsninger, slik at spesialisthelsetjenesten kan kommunisere sømløst i hele landet.

5.8 Styrenes egne evalueringer

De regionale helseforetakene og de fleste helseforetakene gjennomfører evalueringer av styrets arbeid. RHF-ene og flere helseforetak gjør slike evalueringer årlig, og følger opp disse i et årlig styreseminar, som regel i løpet av høsten. Evalueringene er interne arbeidsdokumenter for styrene.

De evalueringene vi har fått tilgang til, tar opp en rekke relevante temaer for god styrepraksis, bl.a. knyttet til styrenes rolleforståelse, styringsdialogen, styrenes og administrasjonens arbeid og forberedelser samt foretakets resultater. Evalueringene munner ut i prioriterte forbedringsområder og forslag til tiltak. Det er vårt inntrykk både fra dokumentene vi har gjennomgått og fra intervjuene, at styrene på begge nivåer arbeider seriøst med å forstå sitt mandat og med å profesjonalisere sitt arbeid, og at særlig styreseminarene der roller og oppgaver drøftes, er nyttige.

De interne evalueringene vi har sett på, stemmer gjennomgående godt overens med resultatene i denne rapporten.

6 Samlede vurderinger

Her oppsummerer vi de viktigste analyser og gir vår egen vurdering av de ulike problemstillingene, med vekt på å få frem hvilke sider ved styrenes roller og funksjon som ser ut til å fungere godt, hvilke sider som en bør vurdere å endre eller vurdere nærmere. Strukturen på kapitlet følger i hovedsak samme struktur som problemstillingene beskrevet i kapittel 1.

6.1 Ivaretar styrene sine roller og funksjoner i tråd med forventninger og krav?

Vi vil belyse dette spørsmålet gjennom vurderingene av styrenes bidrag til helseforetakenes måloppnåelse, styrenes oppfølging av eiers styringskrav, styrenes prioritering av saker og deres rolleforståelse.

6.1.1 Bidrag til måloppnåelse gjennom bedre styring og økt handlefrihet

Da den eksisterende helseforetaksmodellen ble etablert (jf. Ot.prp. nr. 66 [2000–2001]), var hensikten at den bl.a. skulle bidra til bedre måloppnåelse gjennom bedre målstyring, økt handlefrihet og større fleksibilitet for helseforetakene (jf. avsnitt 4.2).

Undersøkelsen viser at styrene selv mener de har spilt en aktiv rolle i å oppfylle de overordnede målene for organisering av spesialisthelsetjenesten. Det er stor grad av enighet om dette, både i RHF-styrene og HF-styrene. Det er interessant å se at RHF-styrene som eier også anerkjenner HF-styrenes bidrag, og motsatt: HF-styrene mener at RHF-styrenes bidrag har vært viktig. Selv om det er nyanser i bildet (noen regionale ulikheter, og ansattevalgte noe mer forbeholdne enn de øvrige), er resultatene langt på vei entydige. Administrasjonen deler oppfatningen.

Denne vurderingen belegges med at styrene har bidratt til en mer effektiv organisering og funksjonsfordeling av helseforetakene, bedre økonomi- og virksomhetsstyring og mer likeverdig pasientbehandling. RHF-styrene har langt på vei evnet å se sin region i et helhetlig perspektiv når de vurderer organisering og funksjonsfordeling i regionen. Kombinert med kunnskapen styrene har om lokale og regionale forhold, har det gitt styrene mulighet til å gjennomføre organisatoriske endringer i et regionalt helhetsperspektiv, som aksepteres lokalt. Det forhold at ikke alle styrene har lyktes like godt i saker knyttet til funksjonsfordeling og lokalisering mv., endrer ikke på hovedbildet.

Det er vanskelig å isolere styrenes bidrag fra bidraget til foretakenes administrasjon når det gjelder den omstilling som har skjedd. Det styrene selv sier, er at de ser seg som garantister for at viktige spørsmål knyttet til måloppnåelsen blir stilt. Direktørene mener at styrene bl.a. har hatt en viktig rolle i å realitetsorientere administrasjonen sett i forhold til de politiske mål og føringer. Saker kan bli utviklet og nyansert gjennom styrets behandling og gi beslutninger som er bedre belyst og avveid, og dermed bedre forankret. Alle strategier og langsiktige beslutninger forankres i styrevedtak. Dessuten tilfører styrene en kompetanse administrasjonen ikke har, både i form av ulik faglig kompetanse og samfunnsinnsikt. Det er en utbredt oppfatning at utviklingen i spesialisthelsetjenesten de siste ti årene ikke ville vært mulig i den gamle strukturen med fylkeskommunale eiere av sykehusene.

Likevel er det viktig å være oppmerksom på det faktum at relativt mange opplever at styringen er svært detaljert i sin form, særlig på HF-nivå, og at handlingsrommet for styret er for lite. Det går vi nærmere inn på i avsnitt 6.1.4.

Det er også grunn til å legge merke til at den eksterne undersøkelsen viste at norske ordførere eller byråder er mer forbeholdne når det gjelder styrenes bidrag til måloppnåelse. Tilbakemeldingen viser riktignok at de samlet er på den positive siden, men

det er en stor andel som mener at styrene har for lite handlingsrom eller ikke håndterer vanskelige temaer godt nok, f.eks. geografiske prioriteringer.

Vår vurdering er at styrene på begge nivåer har vært et viktig bidragsytende element i arbeidet med å nå de overordnede målene for organiseringen av spesialist-helsetjenesten. Man bør likevel være oppmerksom på at det er en relativt vanlig oppfatning både i og utenfor styrerommene at dette arbeidet begrenses av et for snevert handlingsrom hos styrene, særlig på HF-nivå. Det tyder på at det ikke helt er samsvar mellom de styringskrav som eier setter og de forventninger de enkelte foretakene har til handlingsrom.

6.1.2 Bidrag til helsepolitiske mål, økonomi og organisering

I de årlige oppdragsdokumentene til helseforetakene har bestemte helsepolitiske målsettinger gått igjen de senere årene. I tillegg stilles det organisatoriske og økonomiske krav til foretakene i foretaksmøtene.

Disse målene er dels knyttet til pasientrelaterte forhold (reduere ventetid for behandling, fjerne korridorpasienter, overholde behandlingsfrister og sørge for rask beskjed om resultater av undersøkelse og behandling), dels mål for styring av helseforetakene (holde budsjett, drive effektivt, sikre god ledelse), og dels andre forhold (fremme god forskning, fremme godt samarbeid med kommunene).

Også her viser undersøkelsen entydig at styrene opplever å ha bidratt til måloppnåelsen, om enn i noe varierende grad på de enkelte målene. Særlig er det stor enighet om at styrenes bidrag har vært viktig for å få budsjettet i balanse, drive helseforetakene effektivt og ha en god ledelse. Likevel har styrene også vært opptatt av styringen av foretakene og de pasientrelaterte temaene. Styrene selv opplever at de har en viktig funksjon i å følge opp utviklingen i forhold til målene ved å etterspørre og følge opp mål og tiltaksplaner. Det skjer gjennomgående i alle styremøter. Samtidig fremgår det at enkelte områder kan gis større oppmerksomhet. Skal vi tro de ansatte-valgte og direktørene, har styrets bidrag vært minst når det gjelder noen spesifikke mål, som å fjerne korridorpasienter og etablere gode rutiner for beskjed om resultater av undersøkelser. Både i styrerommene og fra eksterne interessenter som Helsetilsynet og Helsedirektoratet, er det ønsket om at styrene skal ha enda mer oppmerksomhet rettet mot pasientrelaterte temaer knyttet til rettigheter, kvalitet og risiko.

Vår vurdering er at styrene har hatt oppmerksomhet rettet mot både de sentrale helsepolitiske målsettingene og spesifikke mål knyttet til drift og styring av helseforetakene. Særlig har styret bidratt til arbeidet med å holde budsjettet. Når det gjelder enkelte av de helsepolitiske målene, har styrene et potensial for å engasjere seg sterkere. Styrene gir selv uttrykk for at de ønsker å vri oppmerksomheten i større grad mot pasientrelaterte temaer knyttet til rettigheter, kvalitet og risiko. Det vil kreve en bevisst prioritering fra styrenes side for å realisere disse ambisjonene.

6.1.3 Forståelse av mandat og rolle

Foretaksmodellen innebærer at styrene for RHF-ene og HF-ene har en definert plass i et styringshierarki. Styrets mandat og rolle er fastlagt i helseforetaksloven, foretakets vedtekter og styreinstruksen for det enkelte styret samt gjennom de forventninger og krav departementet stiller i styringsdialogen.

Undersøkelsen viser at styrene i svært stor grad opplever at mandatet deres er klart uttrykt og forstått. Administrasjonen deler denne oppfatningen. Det går frem at enigheten går på tvers av styrene i alle regionene. De fleste styremedlemmene gir uttrykk for at de har et klart bilde av hva som forventes av dem, både som kollegium og i rollen som styremedlem. Styreseminarene oppfattes som en nyttig arena for å drøfte og forstå styrets rolle.

Det er likevel grunn til å legge merke til at foretaksledelsen ved flere RHF-er mener at det fortsatt er et behov for å utvikle rolleforståelsen hos HF-styrenes medlemmer, og planlegger å legge mer vekt på å arbeide med dette.

Vår vurdering er at styrene forstår sin rolle gjennomgående godt, og at det kjenne-tegner styremedlemmenes måte å arbeide på i styret. Vurderingen støttes av andre funn i undersøkelsen, som viser at de foreslåtte folkevalgte styremedlemmene i stor grad ivaretar sin rolle etter intensjonen, uten å ta med seg egne politiske agendaer inn i styrerommene. Det samme inntrykket gis av måten de ansattevalgte normalt ivaretar sin rolle på. Betydningen av styrets og styremedlemmenes rolleforståelse er blitt vektlagt sterkere de siste årene, og både departementet og styrene har arbeidet mer systematisk med temaet. Det er en oppgave som må vies løpende oppmerksomhet også i tiden fremover, og det er behov for å bedre rolleforståelsen ytterligere i flere styrer, særlig HF-styrene. Det er etablert en strukturell og prosessuell ramme for slikt arbeid i form av et fast opplegg for opplæring av nye medlemmer, regelmessige egevalueringer og faste styreseminarer, og det er viktig at den fylles med innhold som gir resultater.

6.1.4 Oppfølging og implementering av eiers styringskrav – gjennomføring av styringsdialogen

Viktige oppgaver for styret består i å sette mål og legge strategier for helseforetaket, og rapportere og følge opp resultater i forhold til målene. Staten styrer helseforetakene gjennom eierstyring, der styringen skjer i foretaksmøtet. Men staten styrer også gjennom den årlige helsepolitiske bestillingen til spesialisthelsetjenester, gjennom oppdragsdokumentet og de midler som stilles til disposisjon i de årlige budsjettene.

Det er et gjennomgående inntrykk at oppdragsdokumentet og andre styringssignaler gir klar retning for spesialisthelsetjenesten. RHF-styrene opplever å få klare mål for hva de skal oppnå i året, og å ha et godt grunnlag for å formulere mål og krav videre til HF-ene. Det er likevel en utbredt oppfatning i styrene og foretaksledelsen om at styringsdokumentet er for detaljert og har for mange styringsparametre. Det oppleves som positivt at departementet har forenklet oppdragsdokumentet det siste året, hvilket også har gjort det lettere for RHF-ene å videreformidle styringssignalene til HF-ene.

RHF-styrene mener at styringsdialogen med departementet har utviklet seg i riktig retning de senere årene, og at rolledelingen mellom departementet og RHF-nivået er blitt tydeligere. RHF-styrene opplever seg som et eget strategisk nivå, med et selvstendig ansvar for det samlede resultatet i regionen innenfor de rammer som er lagt, og med en tydelig rolledeling i forhold til departementet. I styringsdialogen opptrer departementet korrekt og begrenser den formelle styringen til foretaksmøtene. De månedlige kontaktmøtene fungerer godt som en tilleggsarena for informasjonsutveksling og dialog. Departementet bruker ikke disse møtene til "ekstra styring".

HF-styrene opplever også at detaljeringsgraden er stor, og at handlingsrommet kan bli lite. De fleste opplever likevel at mål og krav er tydelig uttrykt gjennom RHF-ets oppdragsdokument og at styringsdialogen fungerer relativt godt.

Eier har rett til å omgjøre vedtak som styret fatter. Undersøkelsen viser at det ikke skjer ofte, og at opplevelsen i styret av å bli overstyrt av eier er liten.

Både RHF-styrene og HF-styrene mener at de i hovedsak ivaretar styringsoppgavene på en god måte. Mål, oppgaver og rammer for helseforetakenes arbeid oppfattes entydig av styrene, og styrene formidler disse klart til foretakenes ledelse. Tilsvarende rapporterer foretaksledelsen på en tilfredsstillende måte til styret, slik at det har grunnlag for å følge opp resultatavvik. Og styrene er aktive i oppfølgingen av avvik.

Rapporteringen er blitt bedre i hele systemet de siste årene. RHF-styrene opplever å ha god, løpende oversikt over utviklingen i HF-ene, hvilket setter dem i stand til å ha et oppdatert og helhetlig bilde av situasjonen i regionen. Rapporteringen bør likevel utvikles og gjøres mer tilgjengelig, mer relevant og mer fokusert på de faktorene som oppleves som viktigst. Rapporteringen oppleves som svært omfangsrik, bl.a. som følge av det detaljerte styringsoppdraget. Samtidig vet styrene at oppdraget er politisk forankret, og det er en viss forståelse for at detaljeringsgraden har sammenheng med det.

For å kvalifisere betraktningene om hvordan målstyringen praktiseres har Agenda Kaupang foretatt en enkel analyse av om målstyringsprinsippet ligger til grunn for dagens styringsform. Analysen, som finnes som vedlegg til denne rapporten, konkluderer med at målstyringen i spesialisthelsetjenesten skjer i tråd med forutsetningene i helseforetaksloven. Spesialisthelsetjenesten styres av overordnede, klare mål som følges opp på en ryddig og systematisk måte av HOD. Analysen deler likevel oppfatningen om at styringen er detaljert. Det er et spørsmål om antallet mål er så stort at det kan være vanskelig å følge dem opp i praksis. Alle målene nås ikke i praksis, og en kan tenke seg at færre mål ville føre til større sjanse for å nå de viktigste målene.

Vår vurdering er at styringsdialogen virker godt strukturert og organisert i hele linjen fra departementet til helseforetakene, og at styrene på begge nivåer har oppmerksomhet om de styringskravene eier stiller. Vi konstaterer at både RHF-styrene og HF-styrene oppfatter at det settes klare mål gjennom styringsdialogen. Det er viktig at både styrer og administrasjon opplever at kvaliteten på rapporteringen er blitt bedre de siste årene og har gitt styrene bedre forutsetninger for å følge opp mål og styringskrav.

Det er også vår vurdering at departementet og RHF-styrene ivaretar sin rolle i styringsdialogen slik eierstyringen forutsetter, og i liten grad griper inn i styrenes arbeid. Det er gjennomgående en klar forståelse av rolledelingen mellom nivåene.

Vi mener det er grunn til å si at målstyringen av spesialisthelsetjenesten skjer i tråd med forutsetningene i loven. Det representerer likevel en usikkerhet at detaljeringsgraden i styringen er så stor at den oppleves som problematisk av mange styrer og administrasjoner. Det utfordrer styrenes evne til å nå de mål og styringskrav som settes. Departementet har forenklet oppdragsdokumentet noe for innværende år, og bør evaluere virkningen av dette. Ambisjonen bør være å utvikle styringskravene slik at de fungerer så optimalt som mulig i den praktiske styringen av helseforetakene.

6.1.5 Prioriterer styrene de riktige oppgavene?

Godt styrearbeid kjennetegnes ved at styret vier tid til de viktigste sakene, der det kan tilføre størst verdi.

I styreinstruksen for de regionale helseforetakene heter det at styrets hovedoppgaver er knyttet til de fire områdene helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold; strategi og mål; organisasjon og ledelse; tilsyn med foretakets virksomhet og drift.

Det er gjennomgående stor grad av enighet om at styrene bruker tiden planmessig og strukturert, og vier oppmerksomhet til alle hovedoppgavene. Tendensen er likevel at mange ønsker å bruke mindre tid på oppfølging av økonomi og drift – etter hvert som økonomien er kommet under kontroll – og mer tid til strategiske temaer, organisasjon og ledelse, kvalitet, risikostyring og pasientrelaterte temaer for øvrig. På HF-nivå er det viktig at styret ikke blir for detaljorientert i sin arbeidsform og evner å heve blikket og arbeide langsiktig og helhetlig.

Vår vurdering er at helseforetaksstyrene beskjeftiger seg med alle de hovedoppgavene som tilligger dem. Det er en viktig observasjon at styrene ønsker å endre tidsbruken etter hvert som økonomien er under kontroll, og ønsker å bruke mer tid på saker knyttet til bl.a. strategi, pasientrelaterte spørsmål og ledelse. Det bildet som tegnes er at styrene dels ønsker å bruke mer tid på strategioppgaver på bekostning av kontrolloppgaver, og dels ønsker å skifte fokus når det gjelder kontrolloppgavene – fra økonomi til kvalitet og risikostyring. Styrene har likevel i liten grad lagt planer for hvordan dette skal skje.

6.2 Arbeidsform og kultur i styrene

Godt styrearbeid krever godt planlagte og ledete prosesser, og en kultur som er kjennetegnet ved åpenhet, respekt og tillit (jf. anbefalingene for godt styrearbeid i avsnitt 1.3). Det er viktig at medlemmene er godt forberedt til møtene, at de engasjerer seg i arbeidet, at diskusjonene er reelle og at beslutningene er godt begrunnet.

Undersøkelsen gir et positivt, samlet bilde av hvordan helseforetaksstyrene arbeider. Gjennomgående er det stor grad av tilfredshet med hvordan styrearbeidet blir gjennomført, både blant styremedlemmer og administrerende direktører. Det gjelder begge nivåer, skjønt det er en noe mer forbeholden vurdering av HF-styrenes arbeid i et par av regionene. Også ellers er det en del stemmer som mener at styrearbeidet ikke utføres så godt som det burde. Det peker på at enkelte styremedlemmer mangler innsikt i at de ikke representerer noen interessegruppe, at styret ikke arbeider med de riktige sakene eller at saksforberedelsen ikke er god nok. Enkelte HF-direktører peker på lojalitet til beslutninger som et forbedringsområde.

I intervjuene fikk vi et entydig bilde av at RHF-enes styremøter er godt forberedt, og at styremedlemmene er godt forberedt til møtene. Møtene ledes godt, og gjennomføres ryddig og strukturert. Styrelederne og de administrerende direktørene i RHF-ene legger vekt på godt samarbeid, både seg i mellom og i styret generelt. De sier også at de viser respekt for hverandres roller, og at de er opptatt av å legge opp til prosesser i styret som kjennetegnes ved åpne og reelle drøftinger. Flere sier at den viktigste premissen for en god arbeidsform er at styreleder og direktør har en omforent og klar forståelse av hvordan styret skal arbeide.

Både de eieroppnevnte og ansattevalgte i RHF-styrene deler synet på at styret arbeider godt som kollegium og at det er en god kommunikasjon mellom styret og administrasjonen. Medlemmene behandles likeverdig og med respekt, og det er kultur for å ha åpne og reelle drøftinger. De to HF-styrene (Ahus og UNN) vi snakket med, tegner stort sett det samme bildet. Sakene er godt forberedt, styremøtene ledes godt og gjennomføres på en ryddig måte.

Betydningen av å arbeide *konsensusorientert* blir understreket i intervjuene av både RHF-styrene og de to HF-styrene. Særlig styrelederne understreker dette, og mener det er en forutsetning for styrets arbeid at det har konsensus som mål. Samtidig er de også opptatt av at styrets drøftinger skal være åpne og reelle. Inntrykket er at det er en generell forståelse og aksept for en slik arbeidsform blant styremedlemmene.

Det er likevel noen utfordringer, kanskje særlig for HF-styrene. Bl.a. fra direktørhold er man opptatt av at styret må arbeide tilstrekkelig strategisk og helhetlig, og ikke blir for opptatt av detaljer. Styrene ser ikke alltid sammenhengene godt nok, eller de kan ha urealistiske forventninger til hva som er mulig å få til. Styreleders rolle er viktig for å få til en tilstrekkelig overordnet innretning på styrets arbeid, og styrene må fortsatt arbeide med å utvikle sin rolleforståelse og kompetanse.

Gjennom intervjuene skapes det et tydelig bilde av at arbeidsformen i styrene har utviklet seg og blitt bedre med årene. Stemningen og arbeidsformen i styrene var kjennetegnet ved større interessemotsetninger, større uenighet og svakere rolleforståelse for noen år siden. Det er vårt inntrykk at den positive utviklingen kan tilskrives ulike faktorer: forståelsen av å legge en konsensusorientert arbeidsform til grunn, bedre rolleforståelse i styrene som følge av opplæring og egenevalueringer, og innføring av interne drøftinger før styrebehandling av saker som de ansattevalgte har interesser i.

Vår vurdering er at det er et viktig å konstatere at helseforetaksstyrene på begge nivåer gjennomgående opplever å ha en god arbeidsform, og at de administrerende direktører langt på vei deler den oppfatningen. Inntrykket er at det er skapt større forståelse for betydningen av styrets arbeidsform de siste årene, og at det har ført til endringer i styrenes måte å arbeide på, noe som har gitt positive resultater.

Vi har inntrykk av at det er skapt større bevissthet om betydningen av god møteledelse, åpne og reelle drøftinger, gjensidig respekt blant medlemmene og en konsensusbasert arbeidsform. Like viktig er det at styreledere og de administrerende direktører innser betydningen av – og lykkes med – et godt samarbeid i praksis. Sammen med godt etablerte rutiner for saksforberedelse og gjennomføring av styremøtene har det gitt grunnlaget for et godt styrearbeid.

God arbeidsform er noe som må etableres i det enkelte styrerom, og alle styrer fungerer ikke like godt. Det er styrer som må legge mer vekt på å utvikle en god arbeidsform. Det er viktig at departementet og RHF-ene som eiere er tydelige i sitt engasjement på dette punktet og stimulerer helseforetaksstyrene til å bruke tid på å evaluere og forbedre sin arbeidsform kontinuerlig.

6.2.1 Læring og egenevaluering

Kompetanseutvikling er en viktig egenskap for enhver organisasjon, også for et kollegium som helseforetaksstyrene. Medlemmene må ha den nødvendige kompetanse til å ivareta de roller de er tiltenkt, og de må hver for seg og i fellesskap ha en riktig rolleforståelse. Det krever at det drives et aktivt arbeid for å oppdatere og videreutvikle slik kompetanse med utgangspunkt i de erfaringer man vinner med måten styret fungerer på og de endringer som skjer i omgivelsene.

Både RHF-styrene og HF-styrene forventes og har pålagt seg selv å drive egen-evaluering (jf. styreinstruksen). Vi har ikke kartlagt i hvilken grad dette etterleves, men vet at alle RHF-styrene evaluerer seg selv årlig og at mange HF-styrer gjør det samme. De evalueringene vi har sett er relativt omfattende og inkluderer spørsmål om rolleforståelse, forholdet til eier, styrets sammensetning og valgprosess, styrets oppgaver og arbeidsform, styreleders ledelse, forholdet til administrerende direktør og medlemmets egen styredeltagelse. Resultater av evalueringene tas opp på styre-seminarer med henblikk på å finne forbedringer.

Nye styremedlemmer får opplæring i styrets arbeid, bl.a. gjennom et felles styre-seminar for alle nye medlemmer i regi av departementet, der også statsråden deltar. Departementet har utarbeidet en veiledning kalt "Styrearbeid i regionale helseforetak", og de fire RHF-ene har i fellesskap tilpasset denne til en tilsvarende veiledning for HF-ene. Veiledningen redegjør bredt både for helseforetakenes formål, styringsform, og regelverk og for styrenes og de enkelte medlemmenes roller og oppgaver.

Vår vurdering er at rutinen med egenevaluering av helseforetakene er et viktig redskap for styrene til å videreutvikle sin rolleforståelse og arbeidsform. Ordningen bør om nødvendig forsterkes ved at RHF-ene ser til at alle de underliggende helseforetakene gjennomfører og bruker evalueringene.

6.3 Er styrene hensiktsmessig sammensatt?

6.3.1 Styrets størrelse

Med bakgrunn i helseforetaksloven, som stiller minimumskrav til styrets medlemmer – herunder antall ansattevalgte, fastlegger vedtektene i det enkelte foretak hvor mange medlemmer styret skal ha. Størrelsen varierer mellom foretakene.

Styret for Helse Sør-Øst RHF er størst med 14 medlemmer (nylig redusert fra 15), hvorav fem ansattevalgte. De andre regionene har noe mindre styre: Helse Nord RHF 11, Helse Midt-Norge RHF 13 og Helse Vest RHF 13 – alle med fire ansattevalgte. Styrene har blitt noe mindre i størrelse de siste årene.

HF-styrene har oftest 11 styremedlemmer, men varierer mellom 10 og 12, hvorav fire ansattevalgte. OUS-styret er unntaket, med 14-medlemmer, hvorav fem ansattevalgte. Sykehusapotekene, som også er HF-er, har færre (syv-åtte) medlemmer, hvorav tre er ansattevalgte.

I store selskaper i næringslivet vil styrets størrelse gjerne være på mellom åtte og ti medlemmer, så i den konteksten er helseforetaksstyrene relativt store. Likevel, helseforetakene forvalter store verdier på vegne av samfunnet og har mer sammensatte styringsutfordringer enn de fleste bedrifter, både når det gjelder “produktportefølje”, målgrupper, organisering og politisk oppmerksomhet. Det kan begrunne et større styre sammensatt av flere interesser eller kompetanser.

Undersøkelsen viser at størrelsen på dagens styre stort sett oppfattes som tilfredsstillende av de fleste, men også at det er et visst ønske om å gå i retning av mindre styre. Hovedinntrykket er at styrene selv er mer opptatt av å ha en god sammenheng som gir den nødvendige kompetansen enn av styrets størrelse som sådan. Likevel bør styrene heller bli mindre enn større.

Vår vurdering er at styrene i dag har en størrelse som er til å leve med. En eventuell reduksjon av antall medlemmer må skje som følge av de erfaringer som styrene vinner. Det viktigste er at styrene har den kompetansen som er nødvendig for å ivareta sin rolle på en god måte. Derfor kan størrelsen ikke vurderes uavhengig av de krav til kompetanse styret skal innfri. På den annen side må styrene være seg bevisst at kollegier på denne størrelsen krever både god møteledelse og disiplin av medlemmene. I sum mener vi at det ikke er grunnlag for å si at det er viktig med mindre styre enn i dag, men det kan være en ambisjon å utvikle seg mot noe mindre styre over tid, i alle fall for de største styrene.

6.3.2 Styrets sammensetning og kompetanse

Det er stilt ulike krav til sammensetningen av styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene. Generelt gjelder at styret skal settes sammen slik at det har den kompetanse som er nødvendig for å ivareta sitt ansvar og utføre de oppgaver det er pålagt. Styrets eieroppnevnte medlemmer velges av foretaksmøtet, dvs. av RHF-styret for HF-styrenes vedkommende og av departementet hva angår RHF-styret. I 2006 ble det gjort en endring i reglene som innebar at flertallet av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle velges blant folkevalgte. For RHF-ene medførte det at flertallet av de eieroppnevnte medlemmene skulle ha eksisterende verv i kommunestyre, fylkestinget eller Sametinget. For HF-ene kunne det også velges personer som hadde hatt slike verv tidligere, men ikke lenger var aktive.

De øvrige eieroppnevnte styremedlemmer skal velges slik at styret samlet innehar den nødvendige kompetanse, f.eks. innen fagområder som økonomi, jus, helsefag m.m. De ansattes representanter velges av og blant de ansatte. De er forventet å bidra med helsefaglig kompetanse og kunnskap om interne forhold.

Undersøkelsen vår viser at styrene i det store og hele opplever at de har den nødvendige kompetanse. Både RHF-styrene og HF-styrene sier dette, skjønt det er en andel som ønsker at styrene i større grad skulle ha annen kompetanse. De eksterne folkevalgte er noe mer i tvil når det gjelder HF-enes kompetanse og foreslår endringer i retning av flere politisk aktive medlemmer, flere med lokal tilhørighet eller flere med profesjonell ledelses-/økonomibakgrunn. Samlet sett gir de likevel også en positiv vurdering av styrenes kompetanse i dag.

Ordningen med at et flertall skal velges etter forslag fra og blant de folkevalgte, fungerer bedre enn mange fryktet, og det er vesentlig større tilslutning enn motstand til denne ordningen. Eksternundersøkelsen viser at det er stor enighet også blant folkevalgte ledere i fylkeskommuner og kommuner om at politikerne i styret oppleves som en styrke.

Intervjuene med de fire RHF-styrene og styrene i UNN HF og Ahus HF bekreftet inntrykket av at styrene langt på vei er tilfreds med sammensetningen av styret. Det er en viktig observasjon at de politisk foreslåtte medlemmene ivaretar sin rolle etter intensjonen og i all hovedsak inntar et helhetssperspektiv på vegne av foretaket. På den måten forvalter de sin politiske innsikt som en positiv ressurs som bidrar konstruktivt til styrets diskusjoner. I mange sammenhenger har politikerne bred erfaring fra ulike deler av samfunnslivet. Den partipolitiske eller geografiske argumentasjonen er i de fleste tilfellene fraværende. Det finnes likevel unntak i noen styrerom, der parti-politiske eller geografiske interesser representerer motsetninger.

Selv om bildet ikke er entydig, mener vi undersøkelsen viser at dagens regelverk for sammensetning av styrene i hovedsak har gitt grunnlag for å rekruttere den ønskede kompetanse. Tydeligst er dette for RHF-ene. Når det gjelder HF-styrene, er bildet mer sammensatt, og det fremsettes kritikk både mot utvelgelsesprosessen og kriteriene for sammensetning av HF-styrene. RHF-styrene mener at antallet kriterier for å sette sammen HF-styrene er for mange, slik at det setter unødige snevre grenser for sammensetningen. Det kan resultere i at en velger enkeltmedlemmer som ikke ville blitt valgt ut fra en ren kompetansevurdering. En bør vurdere å øke frihetsgraden gjennom å forenkle prosessen og/eller kriteriesettet. Hvis en dessuten ønsker å bevege seg i retning av mindre styrer, er det viktig at styrene blir satt sammen slik at hvert eneste medlem er valgt ut fra den kompetanse medlemmet tilfører helheten.

Vår vurdering er at helseforetaksstyrene langt på vei er satt sammen slik at de har den nødvendige kompetanse til å ivareta sine oppgaver. De foreslåtte folkevalgte styre-medlemmene har i hovedsak ivaretatt sine roller etter intensjonen, og bruker i liten grad styrene til å fremme egne interesser. Dette bidrar til å gi legitimitet til styrets beslutninger utad.

I de tilfeller der de foreslått folkevalgte ikke inntar en slik rolle, skaper det problemer for samarbeidet i styret. Derfor er god rolleforståelse en grunnleggende premiss for at styret skal fungere godt.

Departementet bør vurdere prosedyrene og kriteriene for sammensetningen av HF-styrene. En bør drøfte med RHF-styrene hvordan en revidert ordning kan utformes, slik at den forener ønsket om å få den nødvendige kompetansen og forenkle rekrutterings-prosedyren.

6.3.3 De ansattevalgtes plass i styret

En forutsetning for godt styrearbeid er at alle styremedlemmene opplever å være likeverdige medlemmer, og behandles på samme måte. I helseforetaksloven er det nedfelt at alle styremedlemmer er likeverdige med de samme rettigheter og plikter, uavhengig av om de er valgt av eier eller av de ansatte.

Gjennom undersøkelsen får vi et entydig bilde av at de ansattevalgte deltar og behandles på linje med de øvrige styremedlemmene. Ofte har de lang fartstid som styremedlemmer og mer erfaring enn de øvrige medlemmene. Det gir dem en faktisk innflytelse i styrerommet. De ansattevalgte opplever gjennomgående å bli tatt seriøst i styrets arbeid. I styremøtene er det vilje både fra styreleder og de ansattevalgte selv til å arbeide seg frem til løsninger. Noen få ansattevalgte er kritiske og mener at styremøtene kan bli for sterkt styrt og at det ikke alltid er gehør for de sakene de er opptatt av, men det forstyrrer ikke helhetsbildet.

De ansattevalgte anerkjenner den konsensusbaserte arbeidsformen, og peker samtidig på at det i hovedsak er aksept for at de i enkelte tilfeller inntar egne standpunkter. De understreker betydningen av å ha innført faste drøftingsmøter i saker som angår dem før styret behandler saken. Det er åpenbart at denne ordningen har medvirket til å redusere konfliktnivået i styrerommene og redusere antall protokolltilførsler. Blant både direktører og øvrige styremedlemmene er det likevel fortsatt en del kritiske røster som mener at de ansattevalgte kan være for opptatt av egne saker som tar for mye tid i møtene.

Vår vurdering er at de ansattevalgte har en viktig plass i styret som anerkjennes fullt ut av styre og administrasjon. Det gjennomgående inntrykket er at de ansattevalgte i all hovedsak samarbeider godt med resten av styret, og at de opplever å bidra både med viktig helsefaglig kompetanse og innsikt i virksomhetens interne forhold. Innføring av gode administrative medvirkningsprosesser kombinert med god rolleforståelse blant de ansattevalgte, har lagt grunnlaget for et godt samarbeid mellom disse og det øvrige styret.

6.3.4 Gjennomgående styrerepresentasjon – hvilken form?

RHF-ene har totalansvaret for HF-enes virksomhet i regionen, men skal selv ikke være tjenesteproduserende virksomheter. Som eiere er RHF-styrene avhengige av å styre HF-ene gjennom de mekanismene som ligger innenfor eierstyringsprinsippene. Formelt skjer det gjennom foretaksmøtet. RHF-et kan likevel også være representert i HF-styrene, ved såkalt gjennomgående representasjon. Helseforetaksloven har ingen bestemmelser om dette. Den nøyer seg med å si at daglig leder i et foretak ikke kan være medlem av styret, og dessuten at daglig leder i et HF ikke kan være styremedlem i det RHF-et som eier helseforetaket.

Bruken av gjennomgående styrerepresentasjon der det regionale helseforetaket er representert i styrene for de underliggende helseforetakene, praktiseres ulikt mellom regionene i dag, og det er ulike syn på hva som gir best styring og hva som er viktigst å oppnå gjennom styringen. Helse Sør-Øst har satt inn to av sine konserndirektører som styreledere i HF-ene, Helse Vest og Helse Midt har satt inn konserndirektører som ordinære styremedlemmer og Helse Nord har satt inn en saksbehandler i RHF-et som ordinært styremedlem.

I de intervjuene vi har gjort er det flest som problematiserer Helse Sør-Østs løsning, fordi en mener ansvarsdelingen mellom RHF-et og HF-ene blir uklart når styreleder sitter i ledelsen av det foretaket som eier HF-et. De RHF-ene som har valgt andre løsninger, begrunner det med at det er viktig med klare ansvarslinjer mellom nivåene.

Vår vurdering er at spørsmålet om hvordan gjennomgående representasjon praktiseres har å gjøre med hvordan intensjonen med helseforetaksmodellen etterlevs. De ordninger eier etablerer for å sikre styring må støtte intensjonen med tonivåmodellen. En form for gjennomgående representasjon som sikrer kommunikasjonen mellom styret og eier synes både fornuftig og nødvendig. Men det kan være skadelig og føre til redusert legitimitet for HF-styret om styringen bare oppfattes å bryte med den prinsipielle rolledelingen mellom RHF- og HF-nivået. En ordning der RHF-et som eier

setter inn en av sine ledere som styreleder i et underliggende helseforetak kan være problematisk i denne sammenheng. Særlig utfordrende kan modellen være i de tilfeller der det er uenighet i styret og styreleder eventuelt har et flertall mot seg. De ordningene der eier er representert som ordinært styremedlem – og styret har en ekstern styreleder – ser ikke ut til å skape de samme utfordringene.

Det er viktig at styreleder har den nødvendige legitimitet i styret og utad. En potensiell dobbeltrolle kan skape problemer for legitimiteten, dersom lederen ikke oppfattes å arbeide for foretakets interesser i alle sammenhenger. Styreleder selv må ha en klar oppfatning av hvordan rollen skal håndteres og ha de personlige egenskaper som skal til for å ha troverdighet.

Vi har ikke grunnlag for å si at den løsningen Helse Sør-Øst RHF har valgt ikke kan fungere. Ifølge styreleder og styret selv fungerer den i det daglige. Det vil være opp til RHF-styret selv å finne ut hvordan det best kan styre HF-ene. Men departementet kan be RHF-ene være oppmerksom på hvordan ordningen fungerer og be om en evaluering av den.

6.4 Styrer på to nivåer – fungerer det, og bidrar det til lokal og regional forankring?

6.4.1 Styrer på to nivåer – gir det god styring?

Helseforetaksmodellen er bygget på en deling av ansvaret for spesialisthelsetjenesten mellom de fire regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene. RHF-ene har ansvar for å sørge for at befolkningen i regionen får det spesialisthelsetjenestetilbudet den har krav på, uavhengig av om det er et offentlig eller privat sykehus som leverer tjenestene. RHF-ene har et totalansvar for spesialisthelsetjenestene og andre definerte tjenester og skal koordinere og styre virksomheten i denne – herunder HF-enes virksomhet, men ikke selv produsere helsetjenester. Det er HF-enes ansvar å yte de tjenester som er RHF-et som eier har gitt dem i oppdrag, innenfor de rammer som er stilt til disposisjon.

Styret i RHF-et er også foretaksmøte for HF-ene, på samme måte som departementet ved statsråden er foretaksmøte for RHF-ene. HF-styret har ingen slik rolle.

Dette innebærer at styrene på de to nivåene har samme rolle i egenskap av å være styrever for de foretakene de skal lede, og at foretakene på begge nivåer er selvstendige rettssubjekter som i prinsippet er underlagt den samme form for styring. De leder likevel foretak på ulike nivåer som har ulike oppgaver og roller.

I evalueringen ønsket departementet å belyse spørsmålet om ordningen med likeartede styrever på RHF-nivå og HF-nivå fungerer tilfredsstillende, eller om det er grunn til å endre den.

Resultatene viser at det gjennomgående er stor oppslutning om dagens ordning. Styremedlemmene, og særlig styrelederne, slutter opp om dagens tonivåmodell i sin nåværende form. Intervjuene viser at det er særlig tre argumenter som går igjen, og som er de samme for RHF- og HF-nivået:

- Styret tilfører kompetanse (faglig, om lokale forhold, interne forhold osv.), og bidrar ofte til å belyse saker bedre, slik at vedtakene blir bedre.
- Styret gir legitimitet til de vedtak som fattes, utad i regionen (RHF-et) eller nedslagsfeltet (HF-et).
- Styret forankrer og gir legitimitet innad i foretaket til vedtak som fattes. Særlig gjelder det HF-ene, hvilket også er en støtte for administrasjonen som grunnlag for gjennomføring av vedtak.

Vi registrerer at det blant enkelte på RHF-nivå er et ønske om å styre HF-ene mer direkte, f.eks. gjennom styrer med mer begrenset fullmakt ("driftsstyrer") eller uten styrer. Tanken er at dette bl.a. skal kunne gi mer enhetlig drift på HF-nivå innenfor regionen, og utløse et faglig og økonomisk gevinstpotensial som følge av dette. Dessuten ville en spare eller redusere de ressurser som brukes til HF-enes styrearbeid i dag.

Vår vurdering er at det er vanskelig å si om en vil oppnå bedre effekt gjennom en mer direkte styring av HF-ene. Bedre styring kan også oppnås gjennom å forbedre måten styringen utøves på i det etablerte systemet. Det er et grunnleggende trekk ved tonivåmodellen at nivåene skal være atskilt, både fordi virksomhetene på de to nivåene har ulike roller og fordi HF-nivået skal ha frihet til å velge hvordan de kan løse oppgavene på mest mulig vis innenfor de rammer som ligger i eierstyringsprinsippet. Dersom en endrer måten styringen av HF-ene skjer på, vil det innebære at selve tonivåmodellen endrer karakter.

Erfaringene med styringssystemet i dagens modell tilsier ikke en slik endring. Riktignok er det utfordringer knyttet til styringen av enkelte lokale helseforetak, men i det store og hele har den etablerte ansvarsdelingen og styringsformen mellom nivåene fungert tilfredsstillende.

Risikoen ved administrasjonsstyrte HF-er ville bestå i redusert forankring og legitimitet knyttet til vedtak i HF-et, både eksternt og internt. Mye taler for at det vil være mer å vinne ved å utnytte de muligheter som ligger i det etablerte styringssystemet.

6.4.2 Bidrag til lokal og regional forankring og legitimitet

RHF-ene har et totalansvar for spesialisthelsetjenesten og andre definerte tjenester i regionen, og har som sådan ansvar for å planlegge og styre hvordan tjenesten utøves og organiseres. Det innebærer bl.a. at de skal sørge for et best mulig tilrettelagt tjenestetilbud til befolkningen, og en mest mulig hensiktsmessig organisering av tilbudet.

Samtidig skal RHF-ene ivareta eierstyringen av HF-ene. HF-ene på sin side har ansvaret for å yte de tjenester de er pålagt og drive virksomhet mest mulig effektivt. Det innebærer å tilpasse og utvikle tjenestetilbudet etter behov og innenfor de rammer som er gitt.

Det følger av dette at styrene på begge nivåer har store oppgaver knyttet til omstilling og utvikling av tjenestetilbudet eller organisering, som i mange tilfeller vil ha konsekvenser for befolkningen og derfor kunne være omstridt. De mange og til dels store omstillingene i alle helseregionene de siste ti årene, både innenfor regionene og det enkelte helseforetak, viser at styrene har hatt et stort antall slike saker på sine bord.

Både RHF-ene og HF-ene er avhengig av å ha en grunnleggende aksept i samfunnet til å foreta de nødvendige omstillingene, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Spørsmålet er om det er mulig å si om *styrene* bidrar til å skape en slik effekt. Gjør styrene noen forskjell i forhold til en rent administrativ styring? I denne evalueringen er det flere funn som tyder på at svaret er ja. De er knyttet til punkter som er nevnt foran, bl.a. i avsnitt 6.4.1 om styrer på to nivåer og 6.3.1 om styrenes sammensetning.

Vår vurdering er at styrene bidrar vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene. Vurderingen bygger på tre forhold, som alle skaper merverdi i forhold til en administrativt styrt virksomhet:

1. *Styrenes sammensetning oppleves å dekke den nødvendige kompetanse. Styrene er satt sammen av medlemmer med ulik profesjonell kompetanse, politisk bakgrunn og virksomhetsintern innsikt. Det gir grunnlag for godt funderte vedtak som avveier ulike hensyn bedre enn rent administrative vedtak vil gjøre.*
2. *De politisk foreslåtte styremedlemmene og de ansattevalgte medlemmene ivaretar i hovedsak sine roller slik som forutsatt, og frastår fra å ri egne eller politiske kjepphester.*
3. *Arbeidsformen styrene har etablert bidrar ofte til å utvikle og belyse styresakene med bakgrunn i den profesjonelle og politiske "merkompetansen" styret forvalter. Konsensusvedtak står sterkere både innad og utad enn rent administrative vedtak ville gjøre.*

Motsatt kan en anta at i de tilfeller foretakene ikke lykkes med en planlagt omstilling, eller det er konflikter knyttet til dem, er årsaken å finne i ett eller flere av de nevnte punktene.

I sum er det vårt inntrykk er at styrenes kompetanse og arbeidsform bidrar til å skape bedre og mer omforente prosesser for utviklings- og omstillingstiltak i spesialisthelse-tjenesten, og skaper legitimitet utad. Styrene bidrar også til å forankre og skape legitimitet innad for viktige beslutninger.

Ambisjonen om målstyring – er den nådd?

Formålet med evalueringen av styrene i helseforetakene er å undersøke om styrene gjør den jobben de var tiltenkt i helseforetaksreformen. Målstyring er en viktig oppgave for styret. I dette notatet går vi gjennom aktuelle styringsdokumenter for å belyse spørsmålet om helseforetaksstyrene fungerer i et målstyringssystem slik som forutsatt.

Hovedkonklusjonen vår er at målstyringen i spesialisthelsetjenesten skjer i tråd med forutsetningene i helseforetaksloven. Spesialisthelsetjenesten styres av overordnede, klare mål som følges opp på en ryddig og systematisk måte av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Antallet mål er antakelig større enn det som er mulig å følge opp. Det er mulig at færre mål ville gi større sjanse for å nå de viktigste målene.

1.1 Problemstilling

Helseforetaksmodellen ble i 2001 valgt foran ordinær etatsorganisering, da spesialisthelsetjenesten gikk over fra fylkeskommunen til staten. Staten ønsket å gi tjenesten stor frihet under ansvar. Styringen av sykehusene skulle skje etter moderne prinsipper om målstyring og delegering. Dette tydeliggjøres i regelen om at all instruks fra eier til styret i helseforetakene skal skje på foretaksmøtet (helseforetaksloven § 16). Ministeren og embetsverket har ikke alminnelig instruksjonsrett over de regionale helseforetakene.

Prinsippene for helseforetaksmodellen er beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), side 21–23. Spesialisthelsetjenesten skal styres etter følgende prinsipper:

- nødvendig helsepolitisk styring
- moderne styringskultur
- skille statens rolle som eier, myndighetsorgan og kunde fra sykehusenes rolle som leverandør
- frihet for sykehusene innenfor klare resultatkrav
- staten skal ha det økonomiske ansvaret
- legge til rette for samarbeid med primærhelsetjenesten og andre

De vedtatte prinsippene for styring setter klare krav både til eieren og til foretakene:

- Eieren må formulere klare, overordnede mål.
- Resultatene må følges opp av eieren på en ryddig måte.
- Foretakene på begge nivåer må klare å følge opp eierens krav på en profesjonell måte.

1.2 Metode

For å undersøke praksis i målstyringen har vi gått gjennom de viktigste styringsdokumentene for to regionale helseforetak (Helse Nord og Helse Sør-Øst) og to helseforetak (UNN og Ahus) for 2010–2012:

- det årlige oppdragsdokumentet fra eier til foretakene
- tertialrapporter og månedsrapporter fra foretak til styre
- årlig melding fra foretak til eier
- protokoller fra foretaksmøter

Vi forventer at disse dokumentene vil inneholde klare, overordnede mål og tydelig resultatrapportering. Vi forventer at målene fra øverste eier (HOD) preger dokumentene også på laveste nivå i systemet (helseforetakene).

1.3 Styringsdialogen i spesialisthelsetjenesten

Dialogen mellom HOD og de regionale helseforetakene er årlig. Kravene fra eier følger kalenderåret.

I desember sender HOD ut det årlige oppdragsdokumentet, der neste års krav til de regionale helseforetakene formuleres.

Helseforetakene rapporterer tilbake til HOD i årlig melding, som skal sendes inn innen 15.3. etter årets utløp. Det skal rapporteres månedlig og kvartalsvis på enkelte tema, gjennom særskilte kanaler. I årlig melding skal det regionale foretaket samtidig levere en plan for virksomheten. I årlig melding for Helse Sør-Øst for 2011 har denne planen en ikke helt klar horisont på "tre-fire år".

Eierstyringen består dessuten av foretaksmøter. Eierstyringen skal skje gjennom foretaksmøtene. Ministeren har møter med styreleder/styret i de regionale foretakene minst to ganger i året:

- I januar gjennomgås det årlige oppdragsdokumentet.
- I mai/juni gjennomgås årlig melding for fjoråret, inkludert årsregnskapet.

Det avholdes dessuten foretaksmøter etter behov. I 2011 var det til sammen 16 foretaksmøter med de fire regionale helseforetakene, altså åtte ekstramøter. Det var sju møter i Helse Sør-Øst, tre i de andre. Tema for ekstramøtene var:

- salg av eiendom – større salg av eiendom skal besluttes i foretaksmøte (fem møter)
- sykehusstruktur (tre møter)
- nyvalg av styreleder (ett møte)

De regionale helseforetakene har omtrent samme styringsdialog med sine helseforetak. Det lages oppdragsdokument og leveres årlig melding fra alle foretakene. Helseforetakene og de regionale helseforetakene lager månedsrapporter og tertialrapporter til styrene sine.

1.4 Målene fra HOD

Ifølge alminnelig målstyringsteori skal mål være konkrete. Det skal være mulig å se *om* målet ikke nås. Det skal dessuten være klart *når* målet skal nås. Målene må dessuten være *viktige* og *realistiske*. Dette er på plass i styringsdialogen med helseforetakene.

Målene fra HOD finner vi først og fremst i de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Store mål: Det viktigste kravet til målene fra HOD er at de gjenspeiler de overordnede kravene til spesialisthelsetjenesten. Det kan selvsagt være ulike syn på hvilke mål som er de viktigste. Ut fra den alminnelige politiske debatten om spesialisthelsetjenesten i media, virker det som om myndighetene er svært opptatt av disse:

- få brudd på behandlingsfrister
- liten ventetid for behandling
- god pasientbehandling
- effektivisering av driften

Det er ingen tvil om at rask behandling, høy kvalitet og lave kostnader vektlegges i oppdragsdokumentene. HOD har satt disse kravene i oppdragsdokumentet for 2012:

- ventetid for somatiske pasienter: 65 dager i gjennomsnitt
- ingen brudd på behandlingsfrister
- epikriser sendt ut i løpet av sju dager
- årlige krav til effektivisering
- det er dessuten en rekke mål for standardisering av behandlingsmetoder

Samtidig er det svært mange krav fra HOD. I de årlige oppdragsdokumentene er det rundt 100 forhold som skal rapporteres. HOD skiller mellom “mål” (aktiviteter), “styringsparametre” (resultatmål) og “særskilt rapportering” (diverse). For Helse Nord ser volumet de tre siste årene slik ut:

Krav fra HOD til Helse Nord	2010	2011	2012
Aktivitetsmål	51	48	79
Resultatindikatorer	27	26	30
"Særskilt rapportering"	12	23	15
Sum mål	90	97	124

I tillegg til målene i oppdragsdokumentene kommer det krav/mål fra HOD gjennom foretaksmøtene. I foretaksmøte for Helse Sør-Øst 31.1.2011 kom det 19 nye krav til rapportering, mest tiltaksmål. I de øvrige foretaksmøtene i Helse Sør-Øst har det ikke kommet nye krav til rapportering.

Man kan spørre om alle målene er overordnede krav til tjenesten. Noen av målene/–rapporteringspunktene virker som detaljstyring. Det gjelder f.eks.

- krav om etterskuddsvis betaling ved parkering for besøkende på sykehusene
- krav om tiltak for å venne pasienter av med å røyke
- krav om permisjon for ansatte som får jobb på Svalbard eller i internasjonalt solidaritetsarbeid

Det er vanskelig å vurdere om kravene til helseforetakene er mindre omfattende og detaljerte enn de ville vært dersom foretakene var etater. Målstyringen er langt mer detaljert enn det som er vanlig f.eks. i kommunale foretak i Oslo kommune. En sammenligning med eierstyring av andre statsetater eller universitetene kunne vært interessant.

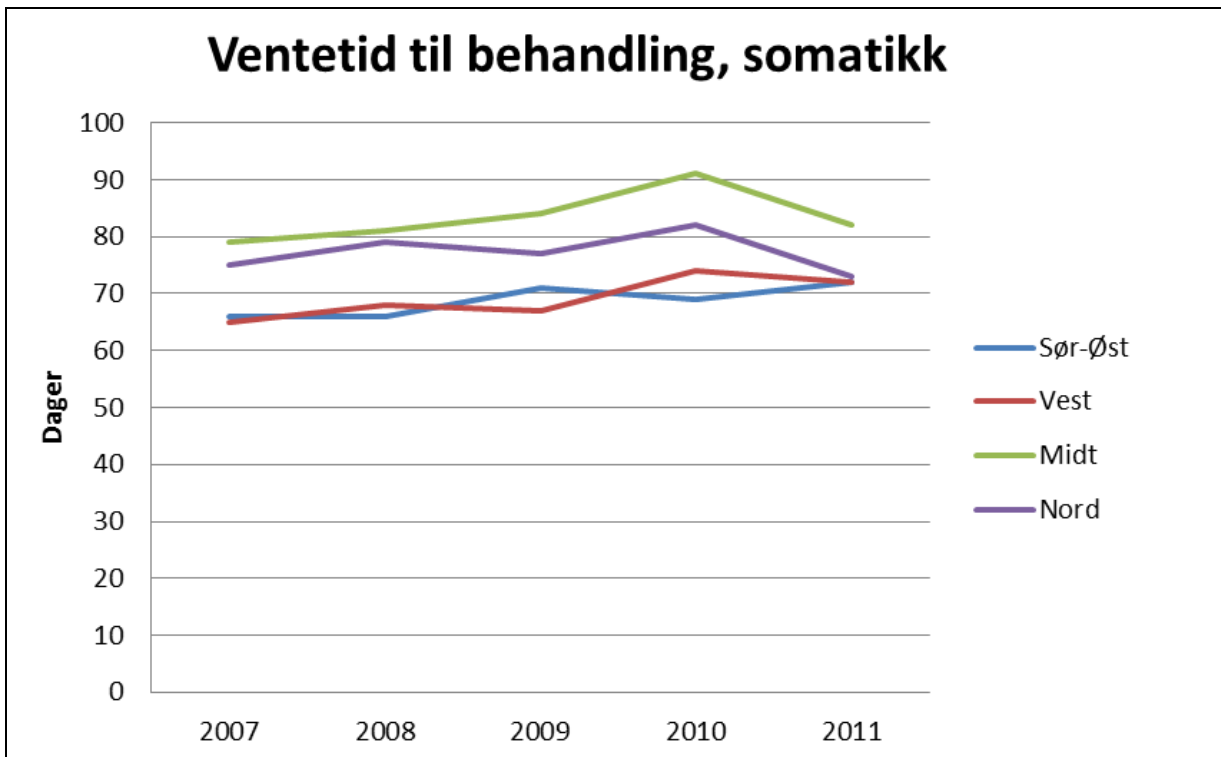
Klare mål: Mål skal være målbare. Man skal kunne avgjøre om målet ikke nås. Dette er stort sett oppfylt i HODs årlige oppdragsdokument og i foretaksmøteprotokollene. Målene beskriver enten forventede resultater for brukeren eller tiltak foretakene skal gjennomføre. Mer uforpliktende formuleringer er kalt “overordnede mål”.

Det mangler måltall (verdier) for mange av styringsparametrene. Foretakene skal rapportere “andel pasienter med fødselsrifter grad 3 eller 4”, men HOD har ikke fastsatt noe mål for slike andeler. Av de 30 styringsparametrene i oppdragsdokumentet til Helse Nord for 2012 er det 18 som har konkrete måltall. Kravene til helseforetakene for de andre variablene er dermed uklare. Det gjelder bl.a.

- andel overlevende etter 30 dager ved innleggelse for hjerteinfarkt, lårhalsbrudd og hjerneslag
- fødselsrifter grad 3 og 4
- brukererfaringer fødsel og somatikk
- fastlegers erfaring med DPS

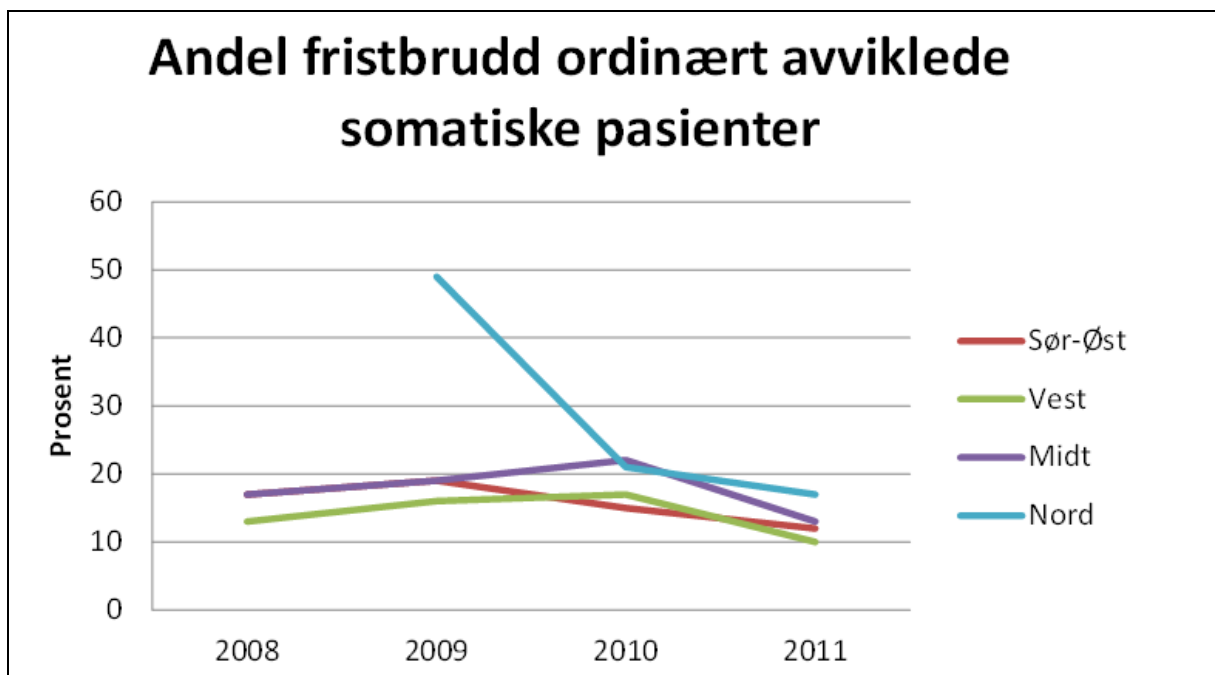
Tidshorisont: Måltall skal ha en tidsplan. Oppdragsdokumentene gjelder bare for ett kalenderår. Man må forstå det slik at alle målene skal nås i det året dokumentet gjelder for. Det gjelder også krav til ventetider og fristbrudd.

Realistiske mål: Målstyringen blir lite troverdig hvis målene er åpenbart urealistiske. Da risikerer man at målene ikke tas på alvor, verken av brukerne eller av de ansatte. I helseforetakene er dette muligens et problem i dag når det gjelder ventelister og fristbrudd. Ventetiden for somatikk er lengre i 2011 (73 dager) enn den var i 2007 (69 dager). Det er ingen helseregioner som oppfyller kravene til 65 ventedager for somatisk behandling i 2011, se figur 1.



Figur 1: Gjennomsnittlig ventetid til behandling, somatikk, 2.tertial. Kilde: IS1930, Helsedirektoratet.

Det har vært noen forbedringer de siste årene når det gjelder fristbrudd i somatiske sykehus, se figur 2.



Figur 2: Fristbrudd i spesialisthelsetjenesten 2. tertial, prosent. Kilde: IS1930, Helsedirektoratet.

Formodentlig er realiteten at det er et langsiktig arbeid å avvikle all behandling innenfor vedtatte frister. Alternativet ville være å lage en mer langsiktig plan med realistiske krav til årlig forbedring. Da må planleggingen fra HODs side bli flerårig.

På den andre siden er det forutsigbarhet i kravene fra HOD. De sentrale kravene om kortere ventetid, færre fristbrudd og bedre pasientbehandling går igjen hvert år, og vil antakelig bli stilt til målene er nådd.

1.5 Rapporteringen til HOD og oppfølgingen

HOD forlanger årlig rapport fra de regionale helseforetakene innen 15.3. etter årsskiftet. Avvik skal meldes departementet når de er kjent, står det i oppdragsdokumentet for 2012.

Departementet har stilt ganske tydelige krav til rapportene. Rapporteringsrutinen virker enkel og forståelig.

Foretaksmøtet i mai/juni behandler årlig melding for forrige år. På dette møtet gjennomgås måloppnåelsen. Referatet fra foretaksmøtet sier lite om hvilke konsekvenser manglende måloppnåelse fører til. Det er langt mellom mål og resultat når det gjelder ventetider og fristbrudd. Budsjettet for 2011 holdt ikke i Helse Sør-Øst.

I vinter ble det foretatt utskiftninger i styrene i flere av de regionale helseforetakene. Det er vel naturlig å se dette som en reaksjon på manglende måloppnåelse, selv om departementet ikke offisielt har grunngitt beslutningene slik.

1.6 Målstyringen på foretaksnivå

Så langt det er mulig å dokumentere systemet gjennom nettsidene på Internett, ser det ut som om målene fra HOD følges opp lojalt nedover i systemet. De regionale helseforetakene har laget årlige oppdragsdokumenter til de lokale foretakene etter samme modell som departementet i 2012. Helse Nord laget et felles oppdragsdokument for alle sine foretak for 2012. Helse Sør-Øst lager separate oppdragsdokumenter for sine helseforetak.

Helse Sør-Øst har definert noen prioriterte mål frem mot 2014:

- kortere ventetider og ingen fristbrudd
- sykehusinfeksjoner under 3 %
- timeavtale for pasienten sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- involvering av alle medarbeidere i oppfølging av medarbeiderundersøkelse
- økonomisk overskudd til nødvendige investeringer

For Ahus har Helse Sør-Øst fastsatt egne måltall for disse målene. Sykehusinfeksjoner for Ahus skal være under 2,5 % i 2012.

Det kan virke som om målstyringen er blitt mer gjennomført i Helse Nord i perioden 2010–2012. Årlig melding for 2011 følger opp HODs mål på en tydeligere måte enn årlig melding for 2010. Resultater for alle styringsparametrene er gjengitt/kommentert i 2011-meldingen. I 2010-meldingen ble bare enkelte resultater kommentert.



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET



Evaluerings - styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Takk for at du vil ta deg tid til å besvare denne undersøkelsen, som det anslagsvis tar 10-20 minutter å besvare. Du kan besvare noen spørsmål, gå tilbake, endre, ta pause/lukke vinduet – og fortsette senere der du slapp ved å trykke på linken igjen. Vi ber deg svare på spørsmålene så raskt som mulig, og senest innen onsdag 4. april.

Når du besvarer spørsmålene, ber vi deg ta utgangspunkt i din erfaring fra det eller de styrene du har vært/er medlem av eller har kjennskap til på annen måte.

Undersøkelsen er anonym. Spørsmål om undersøkelsen kan rettes til Per-Trygve Hoff i Agenda Kaupang på tlf. 901 94 157. Tekniske spørsmål kan rettes til Agenda Kaupang ved Even Korsvold, tlf. 67 57 57 00 eller 473 23 032.

Formålet med undersøkelsen

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har engasjert Agenda Kaupang til å gjennomføre en evaluering av rolle og funksjon for styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Evalueringen er en del av en bredere evaluering av de regionale helseforetakenes rolle og funksjon. I høringen til Nasjonal helse- og omsorgsplan høsten 2010 ble det lagt til grunn at det skal gjennomføres et utredningsarbeid med sikte på mulige forbedringer i helseforetaksmodellen:

"Det er snart ti år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført og på grunnlag av de erfaringene som er gjort til nå, vil det bli satt i gang utredningsarbeid med sikte på mulige forbedringer i modellen og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis, og regional og lokal forankring."

1. Marker hvilket eller hvilke foretaksstyrer du har best kunnskap om.

- ☐ Helse Nord RHF
- ☐ Helse Midt-Norge RHF
- ☐ Helse Sør-Øst RHF
- ☐ Helse Vest RHF
- ☐ Ahus HF
- ☐ Ambulanse Midt-Norge HF
- ☐ Helgelandssykehuset HF
- ☐ Helse Bergen HF
- ☐ Helse Finnmark HF
- ☐ Helse Fonna HF
- ☐ Helse Førde HF
- ☐ Helse Møre og Romsdal HF
- ☐ Helse Nord-Trøndelag HF
- ☐ Helse Stavanger HF
- ☐ Nordlandssykehuset HF
- ☐ Oslo universitetssykehus HF
- ☐ Psykiatrien i Vestfold HF (nå del av Sykehuset i Vestfold HF)
- ☐ Rusbehandling Midt-Norge HF
- ☐ Sjukehusapoteka Vest HF
- ☐ St. Olavs hospital HF
- ☐ Sunnaas sykehus HF
- ☐ Sykehusapotek Nord HF
- ☐ Sykehusapotekene HF
- ☐ Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- ☐ Sykehuset Innlandet HF
- ☐ Sykehuset i Vestfold HF
- ☐ Sykehuset Telemark HF
- ☐ Sykehuset Østfold HF
- ☐ Sørlandet sykehus HF
- ☐ Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- ☐ Vestre Viken HF

2. Hva er (ev. var) din rolle/stilling i forhold til foretaket eller foretakene du har kryssset av for i spørsmål 1?

Du kan sette flere kryss.

- ☐ Ekstern interessent - fylkesordfører
- ☐ Ekstern interessent - ordfører eller byråd i en kommune
- ☐ Observatør - Regionalt Brukerutvalg
- ☐ Leder av styret
- ☐ Nestleder i styret
- ☐ Eieroppnevnt, politisk foreslått styremedlem
- ☐ Eieroppnevnt, ikke politisk foreslått styremedlem
- ☐ Ansattevalgt representant
- ☐ Adm. direktør, ev. administrativ leder i foretaket

3. Angi størrelsen på kommunen du representerer/representerte.

- ☐ Inntil 3000 innbyggere
- ☐ 3000-10 000 innbyggere
- ☐ 10 000-50 000 innbyggere
- ☐ Flere enn 50 000 innbyggere

4. Når ble du medlem av foretaksstyret?

- ☐ Ble medlem av styret i 2012
- ☐ Ble medlem i 2010 eller 2011
- ☐ Ble medlem i 2008 eller 2009
- ☐ Ble medlem av styret før 2008

VURDERING AV STYRETS BIDRAG TIL OVERORDNETE MÅLSETTINGER OG FORETAKETS RESULTATER

Under følger to påstander knyttet til styrenes bidrag til overordnede målsettinger for dagens organisering av spesialisthelsetjenestene. Senere ber vi deg vurdere styrets bidrag til faglige, organisatoriske og økonomiske målsettinger, og om dagens modell kan forbedres.

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRETS BIDRAG TIL OVERORDNETE MÅLSETTINGER OG FORETAKETS RESULTATER

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) ble det lagt til grunn for dagens organisering av spesialisthelsetjeneste at modellen bl.a. skulle bidra til bedre måloppnåelse gjennom bedre målstyring, økt handlefrihet og større fleksibilitet for foretakene.

Marker hvor enig eller uenig du er i påstandene under på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

5. Jeg opplever at styret for det regionale helseforetaket på en god måte har bidratt til å oppfylle overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Jeg opplever at styret for det lokale helseforetaket på en god måte har bidratt til å oppfylle overordnede målsettinger for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Du indikerer at du ikke er enig i en eller begge påstandene på forrige side. Marker om dette skyldes ett eller flere av følgende forhold. (Du vil få anledning til å utdype svaret senere i spørreskjemaet.):

- ☐ Styrets mandat er for snevert
- ☐ Styrets handlingsrom er for lite i forhold til målsettingene
- ☐ Annet

8. I Oppdragsdokumentene til helseforetakene har flere helsepolitiske målsettinger gått igjen de senere årene. I tillegg stilles det organisatoriske og økonomiske krav til foretakene gjennom foretaksmøtene. Vi ønsker din vurdering av styrets bidrag i forhold til målsettingene.

Styret har bidratt vesentlig ...

Marker hvor enig eller uenig du er i påstandene under på en skala fra 1 (*Svært uenig*) til 6 (*Svært enig*). Du kan også svare *Vet ikke/ikke relevant*.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
... til å redusere pasientenes ventetid for å få behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å fjerne korridorpasienter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å etablere gode rutiner for å overholde behandlingsfrister	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å etablere gode rutiner for rask beskjed om resultater av undersøkelse og behandling til pasienter/fastleger	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å etablere gode rutiner slik at foretaket lærer av sine feil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å fremme aktiv og god forskning	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å sikre at foretaket holder budsjettene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å sikre at foretaket driver effektivt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å sikre at foretaket har en god ledelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å fremme en god organisasjonskultur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... til å fremme godt samarbeid med kommunene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRINGSDIALOGEN MED EIER

RHF-enes eier er HOD. HF-enes eier er RHF.

9. Jeg opplever at styrets mandat og rolle er klart definert gjennom gjeldende regelverk, retningslinjer og krav.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (*Svært uenig*) til 6 (*Svært enig*). Du kan også svare *Vet ikke/ikke relevant*.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Jeg opplever at foretakets målsettinger og oppgaver er klart uttrykt gjennom den årlige styringsdialogen (oppdragsdokument, foretaksmøter og ev. annen dialog med eier).

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (*Svært uenig*) til 6 (*Svært enig*). Du kan også svare *Vet ikke/ikke relevant*.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. I forrige spørsmål var du ikke enig i at foretakets målsettinger og oppgaver er klart uttrykt. Kryss av én eller flere årsaker til din vurdering nedenfor.

Jeg opplever at eierens uttrykte forventninger og krav til styret er:

- ☐ Uklart formulert
- ☐ For detaljert
- ☐ For ambisiøst i forhold til foretakets ressurser
- ☐ Ulike styringssignal over tid
- ☐ Motstridende signaler fra ledende politikere i uformelle kanaler
- ☐ Annet:

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRINGSDIALOGEN MED EIER FORTS.**12. Jeg har opplevd at eier har omgjort styrevedtak i foretaket.**

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

13. Du oppgir at du har opplevd at eier har omgjort styrevedtak. Kryss av én eller flere årsaker til at vedtaket/vedtakene ble omgjort nedenfor.

- ☐ Eier hadde ikke signalisert sine krav tydelig nok før styrets beslutning
- ☐ Styret oppfattet ikke eiers signaler godt nok
- ☐ Styret hadde ikke lyktes med å forberede og forankre eiers ønsker i virksomheten eller i lokalsamfunnet
- ☐ Den politiske ledelse skiftet mening
- ☐ Annet:

Vi mottar gjerne konkrete eksempler. Eksempler kan oppgis her:

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRINGSDIALOGEN MED EIER FORTS.

14. Jeg mener at styrets rapportering til eier på en god måte redegjør for eventuelle resultatavvik i forhold til målene.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Du indikerer at styrets rapporteringen til eier om resultatavvik ikke er god nok. Kryss av én eller flere årsaker til at vedtaket/vedtakene ble omgjort nedenfor.

- ☐ Eier etterspør ikke denne informasjonen
- ☐ Styret selv stiller ikke strenge nok krav til rapporteringen
- ☐ Administrasjonen leverer ikke ønskede rapporter til styret
- ☐ Annet:

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRINGSDIALOGEN MELLOM STYRET OG FORETAKETS LEDELSE

16. Jeg opplever at styret har lyktes i å tydeliggjøre foretakets mål, oppgaver og rammer overfor foretakets ledelse.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Du indikerer at styret ikke har lyktes i å tydeliggjøre foretakets mål og oppgaver overfor foretakets ledelse. Kryss av én eller flere årsaker til dette under.

Jeg opplever at styrets uttrykte forventninger og krav til foretakets ledelse er:

- ☐ Uklart formulert
- ☐ For detaljert
- ☐ For ambisiøst i forhold til foretakets ressurser
- ☐ For lite konsistente over tid
- ☐ For lite konsistent i forhold til krav fra eier
- ☐ I strid med andre signaler fra ledende politikere i uformelle kanaler
- ☐ Annet:

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRINGSDIALOGEN MELLOM STYRET OG FORETAKETS LEDELSE FORTS.

18. Jeg mener at styret får god nok rapportering fra ledelsen i foretaket til å kunne håndtere eventuelle resultatavvik.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Du oppgir at du ikke opplever at styret får god nok rapportering fra foretakets ledelse for å kunne håndtere resultatavvik. Kryss av én eller flere årsaker til dette under.

Årsaken til at rapporteringen ikke er god nok er at:

- ☐ Styret etterspør ikke denne informasjonen
- ☐ Foretaksledelsen stiller ikke strenge nok krav til egen rapportering til styret
- ☐ Administrasjonen legger ikke ned tilstrekkelig arbeid i rapporteringen
- ☐ Annet:

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRINGSDIALOGEN MELLOM STYRET OG FORETAKETS LEDELSE FORTS.**20. Jeg mener at styret følger opp og håndterer resultatavvik på en god måte.**

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	Vet ikke / ikke relevant
	1	2	3	4	5	6	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Jeg mener at styret spiller en aktiv rolle for å utvikle langsiktige mål og strategier.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	Vet ikke / ikke relevant
	1	2	3	4	5	6	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SPØRSMÅL KNYTTET TIL OPPNEVNING OG SAMMENSETNING AV STYRET**22. Jeg mener at størrelsen på dagens styre er hensiktsmessig.**

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	Vet ikke / ikke relevant
	1	2	3	4	5	6	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Du indikerer at størrelsen på dagens styre ikke er hensiktsmessig. Angi hensiktsmessig størrelse på styret:

- ☐ Flere enn i dag
- ☐ Noen færre enn i dag
- ☐ Vesentlig færre enn i dag

SPØRSMÅL KNYTTET TIL OPPNEVNING OG SAMMENSETNING AV STYRET I DET REGIONALE HELSEFORETAKET

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) oppnevner styrene i de regionale helseforetakene (RHF-ene).

24. Jeg mener at styret i det regionale helseforetaket er riktig sammensatt for å kunne utføre sine oppgaver tilfredsstillende.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	Vet ikke / ikke relevant
	1	2	3	4	5	6	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Du indikerer at styret i det regionale helseforetaket kan bli bedre sammensatt. Kryss av én eller flere årsaker til din vurdering nedenfor.

- ☐ RHF-styret bør få relativt flere med helsefaglig kompetanse
- ☐ RHF-styret bør få relativt færre med helsefaglig kompetanse
- ☐ RHF-styret bør få relativt flere styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn
- ☐ RHF-styret bør få relativt færre styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn
- ☐ RHF-styret bør få relativt flere partipolitisk aktive styremedlemmer
- ☐ RHF-styret bør få relativt færre partipolitisk aktive styremedlemmer
- ☐ RHF-styret bør få relativt flere med annen politisk erfaringsbakgrunn (f.eks. tidligere politikere)
- ☐ RHF-styret bør få relativt færre med annen politisk erfaringsbakgrunn (f.eks. tidligere politikere)
- ☐ RHF-styret bør få relativt flere med regional tilhørighet
- ☐ RHF-styret bør få relativt færre med regional tilhørighet
- ☐ Annet

SPØRSMÅL KNYTTET TIL OPPNEVNING OG SAMMENSETNING AV STYRET I DET REGIONALE HELSEFORETAKET

26. Jeg mener at aktive politikere i styret for det regionale helseforetaket er en styrke for styret.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SPØRSMÅL KNYTTET TIL OPPNEVNING OG SAMMENSETNING AV STYRET I LOKALE HELSEFORETAK

De regionale helseforetakene (RHF-ene) oppnevner medlemmer av de lokale helseforetakene (HF-ene).

27. Jeg mener at styret i lokale helseforetak er riktig sammensatt for å kunne utføre sine oppgaver tilfredsstillende.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Du indikerer at styret i lokale helseforetak kan bli bedre sammensatt. Kryss av én eller flere årsaker til din vurdering nedenfor.

- ☐ Det regionale helseforetaket (RHF) bør oppnevne relativt flere med helsefaglig kompetanse
- ☐ RHF bør oppnevne relativt færre med helsefaglig kompetanse
- ☐ RHF bør oppnevne relativt flere styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn
- ☐ RHF bør oppnevne relativt færre styremedlemmer med profesjonell ledelse/økonomibakgrunn
- ☐ RHF bør oppnevne relativt flere partipolitisk aktive styremedlemmer
- ☐ RHF bør oppnevne færre partipolitisk aktive styremedlemmer
- ☐ RHF bør oppnevne relativt flere med annen politisk erfaringsbakgrunn (f.eks. tidligere politikere)
- ☐ RHF bør oppnevne relativt færre med politisk erfaringsbakgrunn (tidligere politikere)
- ☐ RHF bør oppnevne relativt flere med lokal tilhørighet
- ☐ RHF bør oppnevne relativt færre med lokal tilhørighet
- ☐ RHF bør ikke oppnevne styremedlemmer fra overordnet virksomhet (dvs. gjennomgående representasjon)
- ☐ Annet

SPØRSMÅL KNYTTET TIL OPPNEVNING OG SAMMENSETNING AV STYRET I LOKALE HELSEFORETAK

29. Jeg mener at styremedlemmer med politisk erfaringsbakgrunn er en styrke for lokale helseforetak.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig						Svært enig	
	1	2	3	4	5	6		Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRETS ARBEID, RUTINER OG PRIORITERINGER

30. Jeg er godt fornøyd med hvordan styrene i regionale/lokale helseforetak organiserer og gjennomfører sitt styrearbeid (roller, prosesser, rutiner, kommunikasjon etc.).

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig						Svært enig	
	1	2	3	4	5	6		Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Du indikerer at styrets arbeid kan bli bedre. Kryss av for ett eller flere forbedringsområder nedenfor.

- ☐ Valg av riktige saker
- ☐ Saksforberedelse
- ☐ Saksdokumenter
- ☐ Møteledelse
- ☐ Møtehyppighet
- ☐ Beslutningsevne
- ☐ Samarbeidsklima i styret
- ☐ Forståelse av at man som styremedlem ikke representerer noen interessegruppe
- ☐ Samarbeid med administrasjonen
- ☐ Lojalitet til beslutninger
- ☐ Annet

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRETS ARBEID, RUTINER OG PRIORITERINGER FORTS.

Spørsmålet under dreier seg om styret bruker tiden riktig på de hovedoppgavene styret skal ivareta, slik oppgavene er definert i Instruks for styret i de regionale helseforetakene:

1. Forbedring av helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold
2. Strategiske utviklingsoppgaver
3. Oppfølging og utvikling av organisasjon og ledelse
4. Tilsyn med foretakets virksomhet og drift

Instruksen kan om ønskelig leses på [denne nettlinken](#) (NB! Åpnes i ny fane).

32. Jeg opplever at styret i hovedsak bruker tiden *riktig*, fordelt på de fire nevnte hovedoppgavene.

	Svært uenig					Svært enig		
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

33. Du indikerer at styret *ikke* bruker tiden riktig, fordelt på hovedoppgavene.

Hvordan mener du styrene bør bruke tiden sin annerledes?

	Mindre tid	Som i dag	Mer tid	Vet ikke
Forbedring av helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold	☐	☐	☐	☐
Strategiske utviklingsoppgaver	☐	☐	☐	☐
Oppfølging og utvikling av organisasjon og ledelse	☐	☐	☐	☐
Tilsyn med foretakets virksomhet og drift	☐	☐	☐	☐

SPØRSMÅL KNYTTET TIL STYRETS ARBEID, RUTINER OG PRIORITERINGER FORTS.

34. Jeg mener at de ansattevalgte blir behandlet som likeverdige styremedlemmer.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (*Svært uenig*) til 6 (*Svært enig*). Du kan også svare *Vet ikke/ikke relevant*.

	Svært uenig					Svært enig		
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

35. Jeg mener at kravet om åpne styremøter og åpenhet i styrets prosesser er en *fordel* for foretaket.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (*Svært uenig*) til 6 (*Svært enig*). Du kan også svare *Vet ikke/ikke relevant*.

	Svært uenig					Svært enig		
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant	
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

36. Du indikerer at kravet til åpenhet ikke nødvendigvis er en fordel. Angi en eller flere årsaker til dette.

- ☐ Det påvirker på en uheldig måte styrets prioritering av saker
- ☐ Det reduserer styrets mulighet til å utvikle konsensusløsninger
- ☐ Det reduserer styrets beslutningsevne
- ☐ Annet

AVSLUTTENDE SPØRSMÅL OM HELSEFORETAKSMODELLEN

37. Etter min mening bør dagens helseforetaksmodell med styrer på to nivåer fortsette.

Marker hvor enig eller uenig du er på en skala fra 1 (Svært uenig) til 6 (Svært enig). Du kan også svare Vet ikke/ikke relevant.

	Svært uenig					Svært enig	
	1	2	3	4	5	6	Vet ikke / ikke relevant
*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. Du indikerer at dagens helsemodell med styrer på to nivåer *ikke* bør fortsette. Kryss av nedenfor ett eller flere alternativer du ønsker i stedet.

- ☐ Styrene bør generelt avvikles og full etatstyring gjeninnføres
- ☐ Styrene for de lokale helseforetakene bør avvikles
- ☐ Styrene for de regionale helseforetakene bør avvikles
- ☐ Regioninndeling (med eller uten egne styrer) bør opprettholdes
- ☐ Annet

Eventuelle kommentarer:

ÅPENT SPØRSMÅL

39. Har du andre synspunkter på dagens organisering av spesialisthelsetjenestene og mulige forbedringer, så kommenter gjerne her: