



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humanoria, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Ledelse og effektivitet i norske sykehus

- Et blikk på helseforetaksreformen

Inger-Marie Ellburg

Masteroppgave i organisasjon og ledelse for offentlig sektor (MPA)

STV-3909 november 2020

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	1
1.2	Utdyping og avgrensning av problemstilling	2
1.3	Definisjon av ledelse	3
1.4	Definisjon av effektivitet	3
2	Teoretisk grunnlag.....	4
2.1	Det institusjonelle perspektivet	5
2.2	Det instrumentelle perspektivet	6
2.3	New Public Management (NPM)	7
3	Metode: Dokumentanalyse.....	8
3.1	Induktiv og deduktiv metode.....	8
3.2	Abduktiv metode	9
3.3	Gyldighet	10
3.4	Troverdighet	10
3.5	Etiske dilemma	11
3.6	Utfordringer knyttet til dokumentstudier.....	12
4	Empiri: Helseforetaksloven og Styringsdokumenter	13
4.1	Lov om helseforetak; en gjennomgang	13
4.1.1	Helsedepartementets styring av regionale helseforetak	14
4.1.2	Organisasjonskart ledelseslinjer Helse Nord RHF.....	15
4.2	Styringsdokumenter 2002-2020	15
4.2.1	Øke kapasitet	16
4.2.2	Heve kvalitet.....	18
4.2.3	Heve kunnskap	19
4.2.4	Krav til effektiv tjenesteytelse.....	20
5	Analyse og drøfting	21

5.1	Verktøy for effektiv ledelse.....	21
5.1.1	Motehandel-modellen: tillit og anerkjennelse viktigst.....	21
5.1.2	Doktor-modellen: Foretaksmodellen best egnet.....	23
5.1.3	NPM-baserte ledelseskriterier i helseforetaksreformen	25
5.1.4	Sentral kontroll/lokal autonomi.....	28
5.1.5	Oppsummert effektiv ledelse helseforetaksreformen.....	30
5.2	Har ledelseskriteriene endret seg?	32
5.2.1	Intensjonen bak helseforetaksreformen.....	32
5.2.2	Sykehus-historiske trekk i Norge	33
5.2.3	Styringsdokumentene: overordnet eller detaljert styring?	35
5.2.4	Utvikling av oppdragsdokumentene.....	39
5.2.5	Oppsummert utvikling av oppdragsdokumenter	42
6	Konklusjon	43
	Referanseliste	46
	Vedlegg	50
	Vedlegg 1: Mål og styringsparametre 2005	50
	Mål	50
	Styringsparametre.....	55
	Vedlegg 2: Mål og styringsparametre 2010	57
	Mål	57
	Styringsparametre.....	63
	Vedlegg 3: Mål- og styringsparametre 2015.....	66
	Mål:	66
	Styringsparametre.....	71
	Vedlegg 4: Mål- og styringsparametre 2020.....	72
	Mål	72
	Styringsparametre 2020.....	77

Vedlegg 5: Nasjonale strategier/handlingsprogrammer	79
---	----

Tabelliste

Tabell 2: Deduktiv og induktiv metode.....	9
Tabell 3: Abduktiv metode.....	10
Tabell 1: Organisasjonskart Helse Nord RHF.....	15
Tabell 4: Mål og styringsparametre vedlegg 1-4.....	40

Forord

Da er jeg ved veis ende i denne sammenheng. Masteren er fullført! Jeg sitter igjen med takknemlighet, glede og stolthet.

Jeg er takknemlig for muligheten til å studere og videreutvikle meg etter mange år i jobb. Jeg er glad for å ha fullført masteren. Og jeg er stolt over meg selv for å ha skrevet en master!

Jeg vil takke min familie, mann og barn, for å ha troen på meg, samt gi meg tid og rom for å fullføre prosjektet. Jeg vil takke min veileder, Hege Andersen, for å sette meg på sporet når jeg satte meg fast i egne tanker, og for sin evne til å gi konstruktiv tilbakemelding. Å så vil jeg takke NAV for denne fantastiske muligheten når jeg trengte den som mest.

God lesning, jeg har gjort mitt beste.

Inger-Marie Ellburg

1 Innledning

Norsk helsevesen er velkjent og anerkjent verden over. Andre land har sett til Norge som et eksempel til etterfølgelse, hva gjelder styresett og drift av offentlige helsetjenester. HDI (Human Development Index) er et utviklingsprogram utarbeidet av FN, som måler og rangerer menneskelig velferd. Fra indeksen første gang ble presentert i 1990, har Norge ligget topp 3. Siden 1996 har Norge toppet listen. (FN-sambandet, NRK, 2018). Verden kan altså se til Norge som det beste land å bo i. Men det koster å være kar. Fram mot 2000-tallet har det vokst fram en oppfatning om at datidens måte å lede/organisere helsesektoren på er for dårlig, ineffektiv og ressurskrevende. (Hippe og Trygstad, 2012; Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

I 2001 kom en ny helselovgivning i Norge, med påfølgende etablering av nye helseforetak i 2002. Utredningen til helseforetaksreformen konkluderer med at sykehusene har store økonomiske utfordringer, den politiske styringen er ikke god nok, det er uklare ansvarsforhold internt i sektoren og utad. Det vises også til store geografiske forskjeller i behandlingen, og det påpekes at sykehusene har ledelses- og arbeidsgiverutfordringer. (Hippe og Trygstad, 2012; Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

De organisatoriske og styringsmessige problemene resulterer i to store endringer. For det første skulle staten overta ansvaret og eierskapet til spesialisthelsetjenesten. For det andre skulle sykehusene organiseres i foretak; de ble egne rettssubjekter utenfor den statlige forvaltningen. Helseforetaksreformen skulle skape bedre vilkår for politisk styring av spesialisthelsetjenesten, med et tydelig, lovfestet, statlig ansvar. Samtidig skulle ledere myndiggjøres og ansvarlig gjøres for driften de leder. Det enkelte foretak skulle få større frihet. Endringene skulle bidra til bedre utnyttelse av ressursene som settes inn i sektoren, samt sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. Det handlet først og fremst om organisatoriske endringer, helsepolitikkenes mål skulle ikke endres. (Hippe og Trygstad, 2012; ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

1.1 Problemstilling

Gjennom masteroppgaven belyses de kriterier (redskap) som ligger til grunn for effektiv ledelse nedfelt i Helseforetaksloven. Hvilke kriterier ligger til grunn for at organiseringen og ledelsen av helsesektoren skal bli bedre, og driften (ressursutnyttelsen) mer effektiv? Har disse kriteriene endret seg med Helseforetaksloven? Problemstillingen besvares gjennom et dokumentstudie. Jeg ser på styringsdokumentene sendt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Nord regionale helseforetak (RHF) tidsperioden 2002-2020. Kriterier for

effektivt lederskap vil være nedfelt i de styringskrav HOD gir Helse Nord RHF. I tillegg til vil jeg bruke lovforslaget til Helseforetaksloven (Ot.prp. nr.66 (200-2001)), Hippe og Trygstad (2012) sin evaluering 10 år etter, samt Røvik (1992) sin motehandel- doktormodell for å analysere helseforetaksloven.

Problemstillingen blir som følger:

Ledelse og effektivitet i Norske sykehus:

- Hvilke kriterier (redskap) legges til grunn for effektiv ledelse i Helseforetaksloven?
- Har disse kriteriene endret seg med helseforetaksloven?

1.2 Utdyping og avgrensning av problemstilling

Helseforetaksloven er rettet mot spesialisthelsetjenesten og drift av norske sykehus. Foretak og sykehus omtales om hverandre i oppgaven, det samme gjør helseforetaksloven og sykehusloven. Helseforetaksloven og helseforetaksreformen henger sammen og disse vil også omtales om hverandre i oppgaven. Når jeg nå fordyper meg i Helseforetaksloven, vil kriteriene for ledelse og effektivitet belyses ut fra et institusjonelt-samt et instrumentelt perspektiv. Det instrumentelle perspektivet belyses gjennom New Public Management (NPM) og dens innflytelse på organiseringen i helseforetak. Det institusjonelle perspektivet vil i hovedsak bli belyst gjennom en historisk, institusjonell tilnærming og ved hjelp av Røvik's motehandel-/doktormodell. (Røvik, 1992)

Den empiriske konteksten for oppgaven vil være helseforetaksloven og hvordan denne synliggjøres gjennom styringsdokumenter sendt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Nord Regionale Helseforetak (RHF) fra 2002 til 2020. Jeg vil ta tak i de mål og styringsparametere som ligger nedfelt i styringsdokumentene, og la disse utgjøre kriteriene for effektivt lederskap. Videre vil jeg se på utviklingen av styringsdokumentene for å vurdere om disse har endret seg underveis med helseforetaksreformen. Fokus vil være om styringsen gjennom dokumentene preges av overordnet- eller detaljert statlig styring. I et instrumentelt perspektiv kan man forvente at helseforetaksloven gir sykehusene mer frihet til daglig drift og styring i det å tilby befolkningen helsetjenester. I et institusjonelt perspektiv ser man for seg at staten vil styrke kontrollen og styringen av helseforetakene, i tråd med den historiske

utviklingen av norsk sykehuspolitikk. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Hippe og Trygstad, 2012; Opedal og Stigen, 2008).

Oppgaven sier ikke noe om norske sykehus faktisk drives mer effektivt etter helseforetaksloven. Den fremhever de redskaper, standarder og målestokker som helseforetaksloven legger til grunn for mer effektiv drift av norske sykehus, og belyser hvorvidt disse har endret seg med loven og gjennom årene loven har vært gjeldende.

En stor del av styringsdokumentene handler om tildeling av midler, med oversikt over hvor mye penger som gis til ulike prioriteringer, tiltak og sykdomsgrupper. Jeg har valgt å ikke vektlegge økonomi eller konkrete beløp i oppgaven. Dette gjøres av to årsaker: for å avgrense oppgaven samt at økonomi, regnskap og budsjett, ikke har fokus i MPA-studiet (selv om det selvfølgelig utgjør en stor del av en leders ansvarsområde). Ved å velge bort disponerte midler og konkrete tall, mister jeg muligheten til å sammenligne budsjetterte midler i forhold til nasjonale prioriteringer. Jeg mister også sammenligningsgrunnlag over tildelte midler år for år. I stedet blir fokuset på det som skriftlig er vektlagt/utredet i dokumentene.

1.3 Definisjon av ledelse

Å definere begrepet ledelse er ikke lett. Definisjonene er mange og forskjellige. (Andersen, 2011, s 16-17). Men som Robert M. Pirsig uttrykker det:

«Hvis det er noe du er ute av stand til å definere, har du ingen formell, rasjonell mulighet til å fastslå at det eksisterer.» (i Andersen, 2011, s 16)

Ledelse handler om å påvirke atferd (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness, Røvik, 2017). Lederen vil være den personen som utøver størst innflytelse i samspill med andre individer, og retter deres atferd mot oppnåelsen av et mål. (Andersen, 2011). Ifølge Andersen bør en definisjon av ledelse omfatte minst tre komponenter: leder, gruppe og oppgave, da ledelse handler om en oppgave (mål) som skal nås i relasjon med andre medarbeidere. (Andersen, 2011).

Jeg vil her bruke Hemphill og Coons sin definisjon på lederskap. Ledelse er *«atferden til en person når han dirigerer en gruppes aktivitet mot et felles mål»* (i Andersen, 2011, s 16).

1.4 Definisjon av effektivitet

Opp gjennom ledelses- og organisasjonsteoriens historie har det aldri vært enighet om hva som er organisasjonsmessig effektivitet. Dette til tross, effektivitet utgjør et sentralt tema i

organisasjonsteorien. (Andersen, 2011). En stor utfordring når effektivitet skal måles er tidsaspektet: Skal effektiviteten av måloppnåelsen ha et kortsiktig eller langsiktig perspektiv? (Andersen, 2011)

Det er også utfordrende å definere målet for effektivitet. Produktivitet kan være et uttrykk for effektivitet. Produksjonsresultat (output), sammenlignes med innsatsen (input) av en produksjonsinnsats. Produksjonsinnsatsen kan eksempelvis være ansatte, eller deres arbeidstid. Grad av måloppnåelse kan også være et mål på effektivitet. Her vil utfordringen ligge i hvem som skal definere målene. Det økonomiske prinsipp handler om å få mest mulig for minst mulig. Dette kan man overføre til å oppnå et bestemt mål, med en så liten innsats som mulig. (Andersen, 2011). Sistnevnte innfallsvinkel gjenkjennes i regjeringens forarbeider til helseforetaksloven, og utgjør definisjonen av effektivitet i denne oppgaven:

Effektivitet er et mål på å få mest mulig tilbake av et ønsket gode for de ressursene som til enhver tid er tilgjengelig. (St.mld. nr. 26 (1999-2000)).

I stortingsmeldingen blir effektivitet knyttet opp mot overordnede prioriteringsordninger som skal sikre at ressursene blir fordelt i tråd med det samfunnet ønsker seg. (St.mld. nr. 26 (1999-2000))

2 Teoretisk grunnlag

Problemstillingen drøftes ut fra et institusjonelt og et instrumentelt perspektiv på helseforetaksloven. Begge perspektivene er sammensatte fenomener, med mange, ulike nyanser og begreper. Inkludert i det institusjonelle perspektivet her i oppgaven finner du; uformelle normer og verdier, organisasjonskultur, ny-institusjonalisme, historisk institusjonalsime, motehandel-perspektivet. Inkludert i det instrumentelle perspektivet finner du formelle normer og verdier samt doktor-perspektivet. Det er ikke mulig å lage klare, entydige stereotypier av de ulike perspektivene; de rommer for mange nyanser med overlappende skiller. Det institusjonelle og instrumentelle perspektivet er nødvendigvis ikke to motsetninger. Når jeg likevel velger å diskutere helseforetaksloven gjennom et instrumentelt og institusjonelt perspektiv som tilsynelatende motsetninger, gjøres dette for å få fram to hovedforskjeller i synet på helseforetaksloven, og synliggjøre disse. (Opedal og Rommetvedt, 2005). NPM står sentralt som ideologi når helseforetaksreformen innføres. I oppgaven belyses innføringen av de NPM-baserte ledelsesideologiene ut fra et instrumentelt trekk i det å effektivisere norsk helsesektor. Men innføringen av en NPM-preget styringsform kan også forstås som en symbolsk handling for å tilegne seg aksept og legitimitet i samfunnet

gjennom å adoptere dagens moteriktige organisasjonsform. (Christensen, Egeberg, Lægred og Aars, 2016; Flåten og Knudsen, 2015; Greve og Pedersen, 2007; Ramsdal og Skorstad, 2015; Røvik, 1992).

2.1 Det institusjonelle perspektivet

Det institusjonelle perspektivet kan deles inn i klassisk institusjonell teori og ny-institusjonell teori. Klassisk institusjonell teori bidrar til å forklare hvorfor organisasjoner er som de er gjennom politisk, kulturell, sosial og strukturell påvirkning. (Kirkhaug, 2017). Over tid, gjennom gjentatte samhandlinger, skaper de ansatte i en organisasjon en egen oppfatning av virkeligheten. Det utvikles uformelle normer og verdier, generelle handlingsregler/antakelser som er spesifikke for akkurat den organisasjonen. (Bang, 2015; Christensen et al., 2017). Organisasjoner institusjonaliseres gradvis ved at den enkelte organisasjons handlingsregler blir til sannheter om hvordan verden er, og hvordan ting gjøres. (Kirkhaug, 2017, Bang, 2015). Disse sannhetene former organisasjonen med en særegen institusjonell identitet (kultur). En virkelighetsoppfatning som påvirker organisasjonens funksjon; hva de ansatte tillater seg å tenke, føle og gjøre, hvordan oppgavene skal utføres, og til slutt hvor godt organisasjonen klarer å tilpasse seg de krav omgivelsene stiller. (Bang, 2015; Christensen et al., 2017; Kirkhaug, 2017).

Organisasjonskulturen, med sine uformelle normer, skiller seg ut fra de formelle normene som representerer det instrumentelle perspektivet. De formelle normene (gjennomtenkte, konkrete, nedfelte mål, verdier, strategier, lover, regler) fremstår som verktøy som bevisst brukes for at organisasjonen skal nå et konkret mål. (Christensen et al., 2017; Jacobsen og Thorsvik, 2013). Det institusjonelle perspektivet bidrar til å forklare hvorfor ansatte ikke alltid handler slik de formelle normene, verdiene og strukturen tilsier. Det oppstår et avvik mellom forventet atferd slik den formelt uttrykkes, og den faktiske atferden. Den faktiske atferden bringer oss inn på det kulturelle perspektivet, og viser hvordan organisasjoner egentlig fungerer. Ansatte utvikler felles mønstre av meninger og holdninger som gir utslag i bestemte måter å handle på. (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Når reformer implementeres, vil kulturelle tradisjoner kunne påvirke utfallet av reformene slik at sluttproduktet blir annerledes enn hva man så for seg. Norge har lang tradisjon for sterk statsorientering av helsevesenet. Dette vil kunne påvirke og prege innføringen, og utfallet, av helseforetaksreformen. Nye organisasjonsformer må brynes med og tilpasses eksisterende institusjonelle trekk. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Christensen et al., 2016).

Det ny-institusjonelle perspektivet (motehandel-perspektivet) vektlegger organisasjonens omgivelser, og at det her utvikles sosialt skapte normer («sannheter») for hvordan organisasjoner bør se ut. Omgivelsene bedømmer organisasjoner ut fra hvorvidt de anvender strukturer, prosesser, ideologier som oppfattes moderne/akseptable. Ved å ta til seg de moteriktige standardene for riktig organisasjonsstruktur, oppnår organisasjoner legitimitet i samfunnet. Det handler om å sende de rette signalene til omgivelsene, fremstå moderne, for å oppnå anerkjennelse, tillit og støtte. Når trendene endres, handler organisasjoner på eksterne endringsimpulser for å skape et godt omdømme. Dermed kan man argumentere for at organisasjoner utvikles til å bli mer lik hverandre; de adopterer de samme trendene. Denne likheten kan imidlertid fort ende med å kun handle om en ytre fasade som endres, mens det indre livet i organisasjon (måten å gjøre tingene på) kanskje forblir uforandret. Skal organisasjoner endres også i det indre, må de eksterne, ideene og konseptene tilpasses eget bruk og kultur (Angell, Byrkjeflot, & Wæraas, 2011; Byrkjeflot, 2011; Christensen et al., 2017; Jacobsen og Thorsvik, 2013; Kirkhaug, 2017; Kvåle og Wæraas, 2006/2017; Røvik, 1992). Formelle strukturer/organisatoriske konsepter får gjerne status som riktig og moderne av dominante aktører, gjerne konsulentfirmaer. De moteriktige strukturene selges til - og adopteres av organisasjoner. Helseforetaksformen adopteres fordi denne NPM-inspirerte styringsformen preger dagens «tidsånd» og Norge får aksept og anerkjennelse i samfunnet. (Christensen et. al., 2016; Kirkhaug, 2017; Røvik, 1992/2007).

2.2 Det instrumentelle perspektivet

Det rasjonelle-instrumentelle perspektivet (doktormodellen hos Røvik) kan ses som et motsvar til teori om institusjonelle omgivelser. Det instrumentelle perspektivet har røtter tilbake til Max Weber og Frederick Taylor. Her fremstilles organisasjoner som redskaper (instrumenter) ledelsen kan benytte for å oppnå mest mulig effektiv produksjon av varer/tjenester. Perspektivet preges av konsekvenslogikk og formålsrasjonelle handlinger. Ledelsens intensjoner og mål legges til grunn for valg av organisasjonsform. I dette perspektivet har ikke organisasjoner verdi i seg selv, de er kun virkemidler som kan formes og styres slik ledelsen ser det best. Effektiv produksjon handler om best mulig koordinering av handlinger i organisasjonen. Derfor utformes organisasjonen planmessig slik at strukturer, prosesser, prosedyrer og tekniske hjelpemidler velges ut og koordineres i forhold til hverandre. (Christensen et. al., 2017; Røvik, 1992)

I et instrumentelt perspektiv vil offentlige organisasjoner endres fordi ledere/aktører har sterk innflytelse på de avgjørelser som blir tatt. Klare mål, innsikt i mulige konsekvenser av

forskjellige organisatoriske løsninger, gjør at man kan velge organisatoriske løsninger tilpasset for å nå organisasjonens mål. (Kirkhaug, 2017; Læg Reid, Opedal og Stigen, 2003; Røvik, 1992). Beslutningsprosessen preges av sterk kontroll fra ledelsens side og stor tro på de organisatoriske løsningene som velges. Valg av formell struktur bringer med seg de forbindelser/styringsmekanismer/ledelseslinjer som skal til for å føre de ansattes utøvende praksis/produksjon dit man ønsker. Dermed har man et syn på produksjon av tjenester som kan styres og formes gjennom standardisering og regulering. (Christensen et. al., 2017; (Læg Reid, Opedal og Stigen, 2003)

2.3 New Public Management (NPM)

NPM er fellesbetegnelse på en reformbølge som har preget norsk offentlig sektor fra 1980-tallet og utover 2000-tallet. NPM har sterkt fokus på kostnadseffektivitet og legger mindre vekt på det som anses å være viktige hensyn innenfor offentlig forvaltning. (Christensen et. al., 2016). NPM har fått mange, sammensatte komponenter under sitt tak, og hva som er en «ren» NPM-reform er umulig å si. Men NPM-baserte reformer handler om å forbedre offentlig sektors virkemåte. Effektiv styring skal sikres gjennom mindre byråkrati (regelorientering) og mer pragmatisk resultatorientering. (Knudsen og Flåten, 2015). NPM-reformene har trekk som å desentralisere og fristille organisasjoner, innføre rammebudsjettering og stykkprisfinansiering, iverksette mål- og resultatstyring. (Christensen et. al., 2016; Knudsen og Flåten, 2015). Reformbølgen bærer i tillegg preg av kvalitetsreformer hva gjelder høyere utdanning og forskning, konkurranseutsetting, kostnadskontroll og innføring av profesjonell ledelse. (Christensen et. al., 2016). Privat sektor er forbildet det styres etter. Effektivitetskravet knyttes til økonomiske indikatorer heller enn oppfyllelse av demokratisk politikk. (Christensen et. al., 2016). Politisk styring, slik vi kjenner den gjennom den parlamentariske styringskjeden, blir fortrent til fordel for brukerstyring, markedsretting og management-logikk. (Christensen et. al., 2016).

I kjølvannet av NPM har det utover 1990-tallet vokst fram modifierende trekk ved NPM-reformene (post-NPM). Post-NPM preges av økt sentral styring og samordning som et resultat av at politikere, gjennom NPM, har mistet styring, kontroll og kapasitet. NPM har i tillegg hatt vanskeligheter med å levere på løfter om kostnadseffektivitet. (Byrkjeflot, 2008; Christensen et al., 2016). Det ble nødvendig å sikre styringsretten til et folkevalgt mandat. Behov for samarbeid mellom ulike sektorer, forvaltningsnivåer, mellom private og offentlig sektor, var tydelig. Flernivåstyring ble høyaktuelt; den tradisjonelle statlige og hierarkiske

styringsmodellen ble supplert med overlappende samarbeid mellom forskjellige sektorer innenfor staten, mellom stat og kommune og mellom offentlig og privat sektor. Post-NPM bygger på noen sentrale, organisatoriske prinsipper som er motsetninger til NPM. Som ønsket om å sentralisere, koordinere og kontrollere det offentlige apparatet, gjerne gjennom en strukturell re-organisering. Et middel for å øke kostnadseffektiviteten i et komplekst offentlig apparat ble å legge sterkere vekt på bruken av IKT og samordning. (Christensen et. al., 2016). Videre i oppgaven gjøres ikke et skille mellom NPM og Post-NPM, alt går under samlebetegnelsen NPM.

3 Metode: Dokumentanalyse

Metode handler om de teknikker som brukes for å tilegne seg kunnskap om virkeligheten. Min metode for å samle inn data om virkeligheten (empiri) er dokumentanalyse. Jeg vil undersøke hva som ligger til grunn for effektivt lederskap i helseforetaksloven.

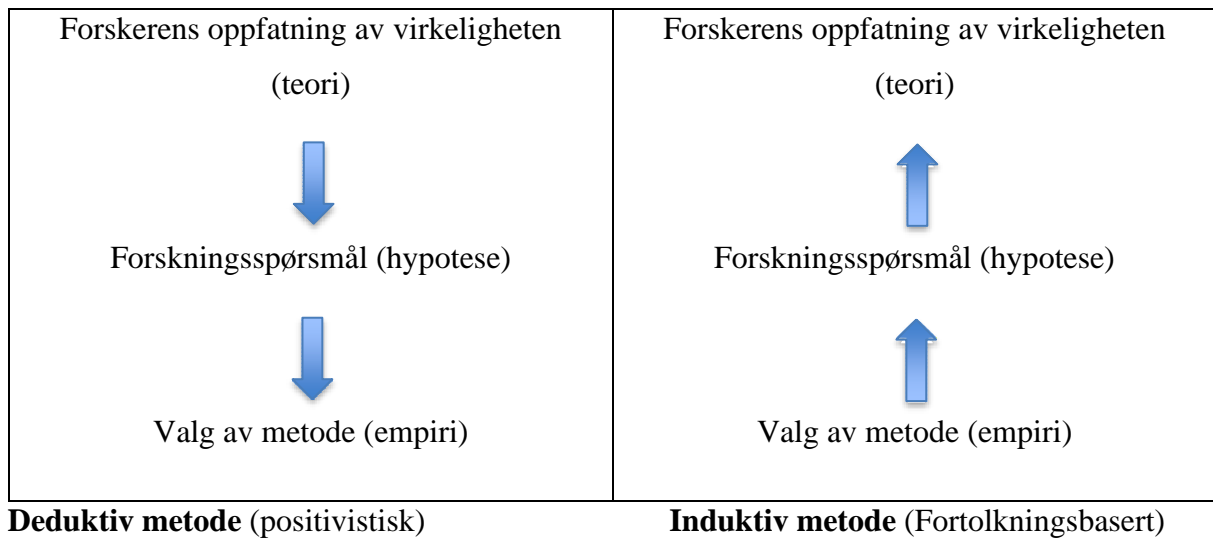
Helseforetaksloven granskes og kriteriene for effektivt lederskap belyses gjennom styringsdokumenter sendt fra HOD til Helse Nord RHF. En objektiv, nøytral beskrivelse av sann virkelighet er vanskelig, om ikke umulig, å enes om. Hvordan virkeligheten faktisk er, har i til alle tider vært en kilde til diskusjon. Vi må erkjenne at det finnes et skille mellom virkeligheten slik den faktisk er (som et objekt, en tilstand) og virkeligheten slik jeg oppfatter den. Valg av metode vil også påvirke resultatene av undersøkelsen (undersøkelseeffekt). (Jacobsen, 2015). Hadde jeg intervjuet Helseministeren og fått hans oppfatning av styringsdokumentene, ville muligens min oppfatning av dokumentene vært annerledes.

3.1 Induktiv og deduktiv metode

Utfordringen innen metode er at det finnes betydelig uenighet om hva virkeligheten, eller sannheten om virkeligheten, egentlig er. Her kan vi tenke oss to utgangspunkt:

1. Mitt syn på virkeligheten vil påvirke valg av forskningsspørsmål (problemstilling), som igjen naturlig vil påvirke valg av metode for å samle inn data om virkeligheten (**deduktiv metode**). Min oppfatning av virkeligheten vil være avgjørende for valg av metode. (Jacobsen, 2015)
2. Det andre alternativet er, i så stor grad som mulig, å unngå å være påvirket av min virkelighetsforståelse når jeg henter inn empiri. Jeg gjør min observasjon (undersøkelse) om virkeligheten med et så åpent sinn som mulig, for å la det jeg finner ut bidra til å forme min forståelse av verden (**induktiv metode**). (Jacobsen, 2015)

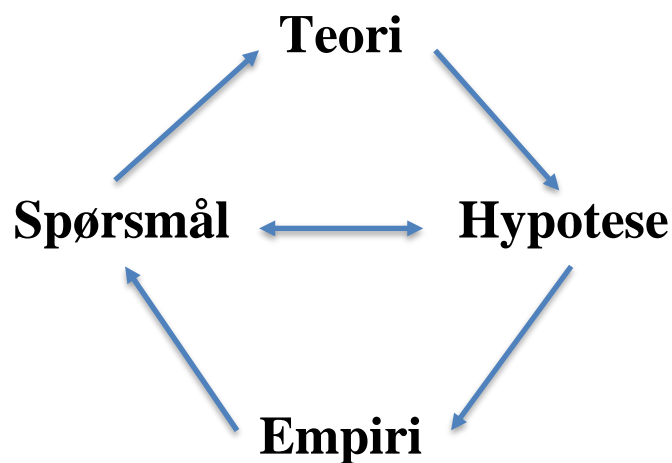
Tabell 1: Deduktiv og induktiv metode



3.2 Abduktiv metode

Abduktiv metode tar utgangspunkt i at det er umulig å tenke seg en absolutt sann, objektiv kunnskap om virkeligheten. Det er en grunnleggende forskjell mellom en objektiv, fysisk virkelighet og en menneskeskapt virkelighet. Dermed oppstår grunnleggende forskjeller i det å studere naturvitenskap og samfunnsvitenskap. Abduktiv metode kan sees som en reaksjon på positivismen og det naturvitenskapelige idealet. Metoden utgjør en pragmatisk tilnærming som viser til at det er umulig å svare på hvilken metode som er best. Begge tilnærminger har noen svakheter og noen styrker. Man er ikke bare deduktiv eller bare induktiv i sin tilnærming. I stedet ser man for seg at all vitenskapelig tenkning starter med observasjoner: man sanser noe som skaper spørsmål og spekulasjoner. For å svare på spørsmålene utvikles et sett med hypoteser, antakelser om hvordan ting henger sammen. Hypotesene konfronteres med empiri. På denne måten blir forskning en stadig problemløsende prosess, en kombinasjon av både deduksjon og induksjon. Praktisk kunnskap oppnås altså både gjennom det induktive (man observerer eller sanser noe) og det deduktive (man sjekker sine antakelser opp mot empiri). Forskning kan bidra til empiri; en beskrivelse av virkeligheten. Men det er vanskelig å påstå at empirien utgjør en objektiv sannhet. Antakelig vil det være noen beskrivelser av virkeligheten som er mer riktige enn andre. (Jacobsen, 2015)

Tabell 2: Abduktiv metode



(Jacobsen, 2015)

3.3 Gyldighet

Empirien som samles inn skal være gyldig (valid). Datainnsamlingen skal svare på oppgavens problemstilling (intern gyldighet). Ekstern gyldighet handler om at resultatene fra oppgaven skal kunne overføres og generaliseres; være gjeldende også i andre sammenhenger. Når jeg nå analyserer styringsdokumentene sendt fra HOD til Helse Nord RHF, vil det kunne si noe om hva som ligger til grunn for effektivt lederskap sett i lys av helseforetaksreformen. Studien er relevant for de som interesserer seg for sykehuspolitikk og generell utvikling av offentlig sektor (ekstern gyldighet). (Jacobsen, 2015).

3.4 Troverdighet

I tillegg til å være gyldig, skal oppgaven også være troverdig. Undersøkelsen skal være gjennomført på en troverdig måte, uten åpenbare målefeil. Ville en ny, liknende undersøkelse gi tilnærmet samme resultat? (Jacobsen, 2015). Å utføre dokumentstudie, lese flere hundre sider med styringsdokumenter, tolke og bearbeide disse, for å stå igjen med essensen av de styringssignaler som ligger nedfelt i dokumentene – åpner for mistolkinger og utelatelser. Her finnes ingen fasitsvar. Jeg mener likevel at sammendraget av styringsdokumentene fra 2002-2020 får frem det viktigste innholdet av regjeringens styringsbudskap. Sammen med vedleggene får man et godt innblikk i statens styringsbudskap overfor RHF.

Teorigrunnlaget for oppgaven bygger i hovedsak på pensumlitteratur i MPA-studiet. Gjennom pensum litteraturen har jeg så funnet andre relevante henvisninger til litteratur, som jeg har sjekket ut. Jeg har også gjort nettsøk, med fokus på begreper som helseforetaksloven, sykehuspolitikk, NPM, instrumentelt perspektiv, institusjonelt perspektiv, ny-institusjonelt

perspektiv. Styringsdokumentene er hentet fra regjeringen.no, under styringsdokumenter. I tillegg har jeg brukt litteratur fra henvisninger i styringsdokumentene.

Det potensielle teorigrunnlaget for oppgaven er stort; her har jeg måttet avgrense for å komme i mål med oppgaven. Som et ledd i avgrensningen av de teoretiske bidragene har jeg i hovedsak valgt å bruke norske forskere og deres bidrag på litteratur. Med det ønsker jeg å sette oppgaven inn i norsk kontekst, kultur og historikk. Jeg ønsker å bruke av det vi har «i huset». Her kan troverdigheten selvsagt diskuteres, ved å unnlate å referere til internasjonale kanoner innenfor det respektive forskningsfeltet. Men de internasjonale forskerne, med sine bidrag, kjenner vi igjen i de norske teoretiske lærebøkene – dog bearbeidet og tilpasset norsk kontekst.

3.5 Ethiske dilemma

Det positivistiske idealet sier at forskeren skal være nøytral og verdifri i sin forskning. Forskeren skal ikke ta parti eller forsøke å bevise ut fra et spesielt, forutinntatt, resultat. Det innebærer at de spørsmål jeg som forsker stiller, i prinsippet skal være verdifrie, uten å favorisere. Forskning skal være en nøytral aktivitet. Kritikerne mener det ikke er mulig å oppnå fullstendig verdifri og nøytral forskning. Allerede i valg av problemstilling vil forskerens verdier ligge til grunn. I tillegg vil all forskning ha en innebygd slagside: når man forsker på noe, utelukkes noe annet. (Jacobsen, 2015). Det er vanskelig å forestille seg en forskning som er fullstendig verdifri. Den fulle og hele sannheten om virkeligheten lar seg vanskelig beskrive, det vil alltid være mulig å knytte kritiske spørsmål, blant annet til den informasjonen undersøkelsen utelater, samt til valg av metode. Men gjennom nøyaktig beskrivelse forskningsprosessen, kan leseren få innsyn i styrker og svakheter med oppgaven. Slik kan åpenhet bidra til troverdighet i oppgaven. (Jacobsen, 2015).

Resultatet av dokumentstudiet er et sammendrag av flere hundre sider med styringsmål fra HOD til RHF. Mye er utelatt av sammendraget. Det som er tatt med, preges av øynene som ser; det jeg tolker og leser ut av dokumentene. Jeg har forsøkt, etter beste evne, å trekke fram essensen i oppdragsdokumentene. Men ved å fokusere på hovedtrekkene, har jeg potensielt mistet mye av detalj-styringen i dokumentene. Dette kan få konsekvenser for analysen senere i oppgaven. Styringsdokumentene, i sin helhet, ligger tilgjengelig på nettsidene til Regjeringen, og det vil dermed være lett for enhver å etterprøve dokumentstudiet.

3.6 utfordringer knyttet til dokumentstudier

Dokumentstudier innebærer bruk av sekundærdata. Jeg bruker data som er nedtegnet av andre, samlet inn for et annet formål enn å gi svar på min problemstilling. Sammenlignet med intervju kan jeg ikke tolke kroppsspråk, stemmebruk o.l. Jeg har heller ikke førstehånds kjennskap til kilden som jeg ville hatt ved bruk av spørreskjema eller intervju. Dokumentene er objektive, de er skrevet som et referat eller oppsummering av faktiske handlinger og avgjørelser. Et grunnleggende spørsmål i alle former for dokumentanalyser vil være hvorvidt vi kan stole på kildene; den eller de som har produsert dokumentet. I tillegg kan bruk av data fra ulike tidsperioder føre til at prinsippene for dokumentasjonen og registreringene endrer seg gjennom tidsperioden. Dokumentene forandrer form og til en viss grad også innhold og fokus underveis i perioden, noe som gjør sammenligningen mere utfordrende. (Jacobsen, 2015).

Når jeg velger offentlige styringsdokumenter som grunnlag for å svare på problemstillingen, føler jeg meg relativt trygg hva gjelder kildekritikk. Det er Helsedepartementet som gir ut dokumentene, som ansvarlig eier av sykehusene. Men dokumentene kan godt kamuflere reelle styringsutfordringer i styringen av sykehusene, ved at disse vies lite oppmerksomhet, unnlates å nevnes, eller vris i en mer positiv retning. Og det kan tenkes at dokumentene skrives for å underbygge/validere valget som er tatt om foretaksorganisering. Skriftlig informasjon er bearbeidet og gjennomtenkt, den er lite spontan. Skrevne dokumenter gir større muligheter for å tilpasse informasjonen for å gi et spesielt inntrykk. Offentlige dokumenter vil også være bearbeidet spesielt med tanke på å unngå konfidensiell informasjon. Det som er utelatt fra de offentlige styringsdokumentene, har jeg ikke tilgang til. (Jacobsen, 2015).

Mitt valg av datainnsamlingsmetode vil påvirke dataens gyldighet (validitet). I tillegg vil metoden påvirke dataens pålitelighet, siden alle metoder er selektive i sin informasjonsinnsamling. Selve metoden setter sitt preg på resultatene i undersøkelsen. (Jacobsen, 2015). Styringsdokumentene gir meg innsikt i departementets (regjeringens) syn på effektivt lederskap. Jeg har ikke tatt med korrespondanse den andre veien, eksempelvis rapporter sendt fra RHF til HOD, heller ikke fra RHF til Helseforetakene (HF). Dermed mister jeg verdifull informasjon og motpartens perspektiver på styringsbudskapene. Perspektivene og tankene rundt effektivt lederskap fra HOD og RHF samsvarer nødvendigvis ikke. Igjen handler dette om valg tatt for å avgrense. Ansattes perspektiver på Helseforetaksloven og styringssignaler knyttet til denne, er heller ikke tatt med i oppgaven.

Selvsagt ville det vært interessant å sammenligne for eksempel sykehusledernes oppfattelse av styringssignalene opp mot det som Helsedepartementet legger til grunn i sine styringsdokumenter. Men dette utgjør ikke en del av problemstillingen.

4 Empiri: Helseforetaksloven og Styringsdokumenter

Styringsdokumentene er gjengitt i et sammendrag, satt inn i eget design, og gjenspeiler ikke det enkelte styringsdokument i sin helhet. Sammendraget gir et inntrykk av hovedbudskapet knyttet til overordnet, nasjonal helsepolitisk styring av Helse Nord RHF. I vedlegg 1-4 gjengis konkrete styringsmål, trukket direkte ut fra de respektive oppdragsdokumentene (2005, 2010, 2015 og 2020). Styringsmålene i vedlegg 1-4 er summert opp, og lagt i tabell 4 i analyse-delen. Vedlegg 5 lister opp de pakkeforløp og nasjonale strategier som er startet siden 2002, og gjenspeiles i tabell 4.

4.1 Lov om helseforetak; en gjennomgang

I 2001 kom det en ny lovgivning i Norge. Loven innebar lov om helseforetak, endringer i spesialisthelsetjenesten og en rekke andre lover knyttet til lov om helseforetak. Den nye lovgivningen resulterte i etablering av helseforetak i 2002. Norge fikk en ny måte å organisere spesialisthelsetjenesten på. De politiske ambisjonene bak reformen kommer frem gjennom lov om helseforetak:

«Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetens produksjon av helsetjenester» (Ot.prp. nr 66 (200-2001), s 6)

Hovedelementene i reformen er todelt. Reformen skal myndiggjøre ledere og gi dem et reelt ansvar for driften de leder. Samtidig skal reformen skape bedre vilkår for politisk styring av spesialisthelsetjenesten; den lovfester et tydelig statlig ansvar. Reformen skal legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren, samt sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. Den handler først og fremst om organisatoriske endringer, helsepolitikkenes mål endres ikke. (Hippe og Trygstad, 2012; ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Reformen bringer med seg et skifte av styringsfilosofi fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Dette innebærer en tydelig endring mot bedriftsorientert organisering og dermed styrings- og organiseringsformer som stammer fra privat sektor. (Hippe og Trygstad, 2012). Staten overtar ansvaret for sykehusene. Før helseforetaksreformen var ansvaret for

sykehusene delt mellom 19 fylkesting og Stortinget. Nå er folkevalgt styring av sykehusene helt og holdent lagt til Stortinget. (Opedal og Rommetvedt, 2005). Reformen kombinerer politisk sentralisering med administrativ frihet til sykehusene. 250 sykehus/helseinstitusjoner slås sammen til 33 lokale helseforetak. Fem (i dag fire) regionale helseforetak (RHF) skal forvalte eieransvaret på vegne av staten. Profesjonelle foretaksstyrer får det overordnede ansvaret for at de helsepolitiske mål nås. (Opedal og Rommetvedt, 2005).

Ønsket om å oppnå bedre politisk styring og mer autonomi til helseforetakene skal løses gjennom en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom stat og helseforetak. Ledere skal myndiggjøres, deres kompetanse, rolleforståelse og gjennomføringsevne heves. (Hippe og Trygstad, 2012; Opedal og Rommetvedt, 2005; ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Tanken er at det skal være mulig å skille overordnet ansvar og strategi på den ene siden, fra driftsansvar, serviceproduksjon og forretningsdrift på den andre siden. Eieren (staten) skal konsentrere seg om overordnet styring og prioritering. Foretakene kan konsentrere seg om daglig drift, uten for stor grad av innblanding ovenfra. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005). Reformen samler alt ansvar på statens hånd, underlagt Stortingets demokratiske kontroll, representert ved helseministeren. Sykehusreformen er dermed ikke bare en fristillingsreform, den er også en reform som bidrar til å klargjøre statens ansvar for sykehusene. Driftsansvaret delegeres, det politiske ansvaret sentraliseres. (Opedal og Rommetvedt, 2005)

4.1.1 Helsedepartementets styring av regionale helseforetak

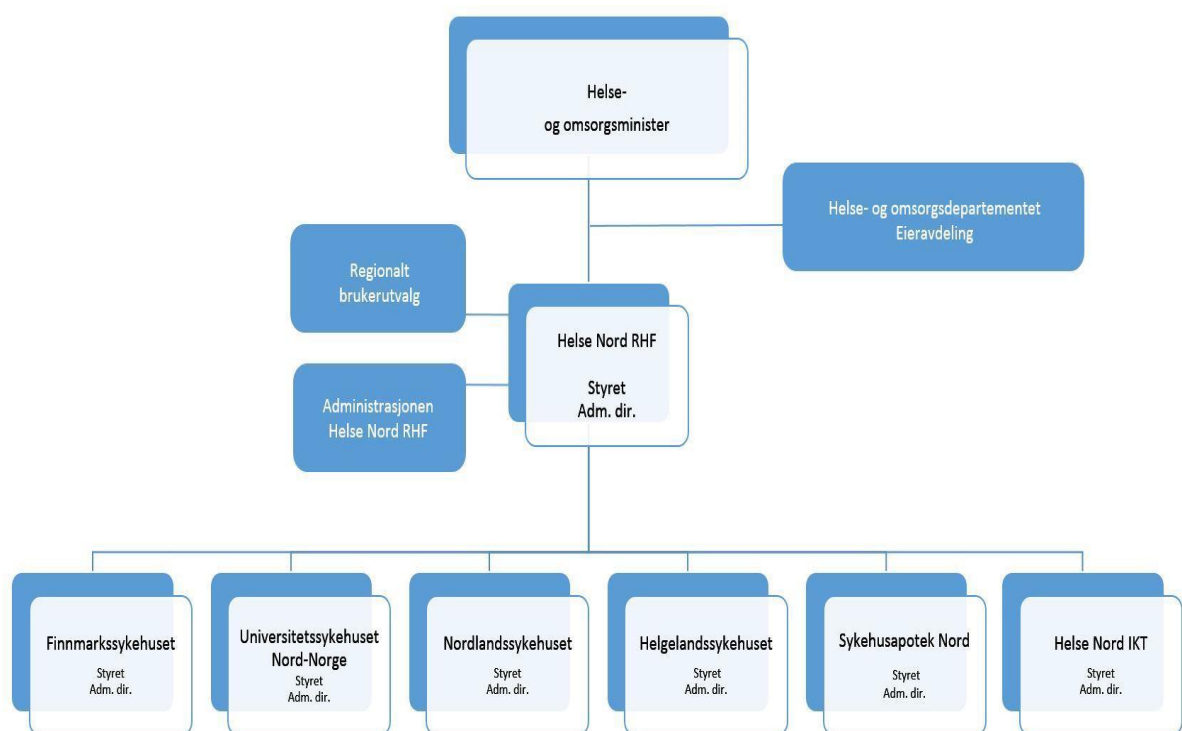
Helseforetaksloven regulerer organiseringen og ansvarsforholdet mellom staten (eier) og RHF. Helseforetaksloven regulerer ikke organiseringen og ansvarsforholdet innad i helseforetakene. Helseforetakene utgjør selvstendige rettssubjekter med egne styrer og utvidede fullmakter for økonomiske, personellmessige og organisatoriske disposisjoner. RHF har ansvaret for tilfredsstillende organisering av underliggende virksomheter. RHF har myndighet til for eksempel å etablere/legge ned funksjoner ved sykehus – med mindre det dreier seg om saker av vesentlig betydning. Saker av vesentlig betydning skal konfereres med Helse- og omsorgsdepartementet gjennom foretaksmøte. I foretaksmøtene er det helseministeren som har det avgjørende ordet. (Helseforetaksloven 2001 § 28-30; Opedal og Rommetvedt, 2005; Rommetvedt, Opedal, Stigen og Vrangbæk, 2014, Rundskriv, 2013)

Staten eier sykehusene, styrer gjennom utøvende myndighet og bestiller sykehustjenester av RHF. RHF forvalter det statlige eierskapet over sykehusene og skal sørge for at befolkningen får nødvendige helsetjenester. De lokale helseforetakene (HF) leverer helsetjenestene. Det

forventes at Storting og regjering skal styre stort, på det overordnede plan, gjennom lovgivning og bevilgninger. HF skal i større grad skal få styre den daglige driften. Et plan- og meldesystem skal bidra til å sikre oppfyllelsen av de helsepolitiske mål som er satt. Signaler og føringer fra Stortinget (ved helseministeren) formidles RHF i årlige styringsdokumenter. RHF skal i sin tur gi resultatrapport tilbake på styringsdokument, for å vise til at mål og føringer er fulgt. (Opedal og Rommetvedt, 2005; Rommetvedt, Opedal, Stigen og Vrangbæk, 2014; Styringsdokument 2002-2020).

4.1.2 Organisasjonskart ledelseslinjer Helse Nord RHF

Tabell 3: Organisasjonskart Helse Nord RHF



Hentet fra: [Helse Nord](#)

Foretaksgruppen Helse Nord består av regionalt helseforetak (Helse Nord RHF) i tillegg til seks helseforetak (HF). Helse Nord RHF ledes av et styre. I tilknytning til styret finnes en administrasjon med administrerende direktør (Helsenord.no)

4.2 Styringsdokumenter 2002-2020

Helsedepartementets styringsdokumenter skal bidra til en helhetlig helsepolitikk. Gjennom styringsdokumentene formidles styringsdirektiver, prioriteringer og krav som skal sikre at Helse Nord RHF styrer innenfor gitte helsepolitiske målsetninger. Styringsdokumentene er bare ett av mange arenaer for styringsdirektiver overfor RHF. I tillegg kommer

styringsdirektiver gitt gjennom lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. (Opedal og Stigen, 2008; Styringsdokumenter 2002-2020)

RHF skal bidra til å realisere overordnede helsepolitiske målsetninger samt sørge for kvalitativt gode, likeverdige tilbud til alle i sin helseregion. RHF har «sørge for» ansvar for at regionens befolkning får tilgang til spesialisthelsetjenester slik lover og forskrifter fastsetter. Forskning, utdanning, opplæring av pasienter/pårørende inngår i sykehusenes «sørge for» ansvar (Spesialisthelsetjenesteloven (2001) § 2-1a; og § 3-8). (Styringsdokumenter, 2002-2020)

Videre gjøres en oppsummering av styringskrav fra HOD til Helse Nord. Oppsummeringen gjøres under 4 hovedmål: øke kapasiteten, heve kvaliteten og kunnskapen i behandlingen samt sikre effektiv tjenesteytelse. (Styringsdokumenter, 2002-2020)

4.2.1 Øke kapasitet

4.2.1.1 Økonomi

Helse Nord RHF får i hovedsak alle sine inntekter i form av tilskudd fra staten. Tilskuddene består av en blanding av basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd (ISF). Midlene skal brukes til å sikre nasjonale helsepolitiske målsetninger.

Mål

- Økt ressursbruk innenfor prioriterte pasientgrupper
- Kostnader tilpasses inntektsrammen
- Økonomisk balanse i driften

4.2.1.2 Psykisk helsevern

Behandlingstilbudet skal omstruktureres, effektiviseres og bygges opp. Overordnet målsetting: fremme uavhengighet, selvstendighet og mestring i eget liv. Behandlingen skal fortrinnsvis gis nær pasientens bosted gjennom desentralisert behandlingstilbud. Man skal bort fra døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet, ambulant tjeneste og oppfølging. Det skal legges til rette for brukerstyrte tilbud.

Mål

- Øke behandlingsskapasiteten og -kvaliteten, redusere ventetid
- Andelen pasienter som fullfører behandling skal økes
- Brukermedvirkning og frivillighet skal økes i behandlingstilbudet

- Bruken av tvang skal reduseres
- Distriktpsikiatrisk senter (DPS) skal erstatte mye av behandlingen i institusjon.
- Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, kommunen og andre berørte instanser skal økes

4.2.1.3 Rus

Tjenestetilbudet innen rusomsorgen skal bli bedre og mer helhetlig. Særlig behandlingsfokus: pasienter med dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri/andre tilleggs lidelser), unge misbrukere, barn/unge med foreldre med rusproblematikk, rusmiddelbrukere med langvarig misbruk, samt domfelte rusmisbrukere. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal tilbys nært pasientenes bosted, i samarbeid med kommunale tjenester.

Mål

- Øke kvaliteten og kapasiteten på behandlingen av rusmiddelavhengige
- Øke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste
- DPS skal utgjøre nøkkelstruktur for fremtidige tjenester innen TSB
- Økt brukermedvirkning

4.2.1.4 Kreft

Helse Nord RHF skal arbeide for en kvalitetsmessig standard innen kreftbehandling.

Komplisert kreftkirurgi skal samles. Mindre behandlingkrevende kirurgi skal desentraliseres.

Mål

- Øke kvaliteten og kapasiteten på behandlingen
- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinator med nødvendige fullmakter
- Avklare funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen.
- Redusere antallet nye krefttilfeller

4.2.1.5 Lokalsykehus

Desentralisert sykehusstruktur ligger til grunn for fremtidens behandling. Nasjonal helse- og omsorgsplan trekker opp overordnet politikk for sykehussektoren. Fokus er pasientforløp for store pasientgrupper og samarbeid med kommunene om lokale tilbud. Et bærende prinsipp er å sentralisere det man må, og desentralisere det man kan.

Mål

- Behandlingsresultater skal bedres, overlevelse økes.

- Pasientskader skal forebygges og reduseres
- Lokalsykehusene skal kunne stabilisere, akutte sykdoms- og skadetilfeller.
- Tilby tjenester innenfor de store sykdomsgruppene, samt et godt utviklet fødetilbud.
- Kommune og RHF skal utrede kostnadseffektive tjenester som kan erstatte dagens behandling i sykehus.
- Variasjonen i behandlingsresultat mellom sykehus skal reduseres
- Nasjonale, faglige retningslinjer skal implementeres.

4.2.2 Heve kvalitet

4.2.2.1 Kvalitetsmessig gode tjenester

Helsetjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige, involvere brukere, være trygge og samordnede. Kontrollsystemene knyttet opp mot ISF og nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal prioriteres og kvalitetssikres. Sterkere nasjonal styring og samordning skal gi større nasjonal likhet på viktige tjenestoområder. Nasjonale handlingsprogrammer skal bidra til å utjevne forskjeller i behov og etterspørsel etter tjenester samt sikre effektive behandlingsmetoder.

Mål

- Pasientsikkerheten skal økes
- Nasjonale handlingsprogrammer, -pakkeforløp, -standarder implementeres
- Feil og uønskede hendelser skal registreres, dokumenteres og evalueres
- Styringsvariabler (mål/nøkkeltall/kvalitetsindikatorer) skal utvikles og følges opp
- Sikre lik prioritering av tjenestetilbudet/behandlingen (prioriteringsveilederen).

4.2.2.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Felles strategigruppe for IKT i spesialisthelsetjenesten skal sikre samarbeid, etablering av elektronisk journal, elektronisk epikrise, nasjonalt helsenett og forskning. Felles løsninger skal gi bedre effektivitet, datakvalitet og utnyttelse av data til kvalitetsforbedring og forskning.

Mål

- Implementere nasjonale elektroniske fellesløsninger
- Utvikle og etablere digital infrastruktur
- Samordningen på IKT mellom helseregionene skal økes

4.2.2.3 Brukermedvirkning

Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg skal tilby brukerne oppdatert og kvalitetssikret informasjon. Helhetlig opplæringstilbud til pasienter sikres gjennom individuelle planer. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet.

Mål

- Spesialisthelsetjenesten skal ivareta pasienters behov, verdier og preferanser.
- Informere om pasienters rett til valg av behandlingssted/fritt sykehusvalg
- Pasient/pårørende erfaringer skal brukes aktivt i kvalitetsforbedringsarbeid
- Alle helseforetak skal gjennomføre brukerundersøkelser
- Resultater fra pasienterfæringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser, kvalitetsmålinger, skal være offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

4.2.3 Heve kunnskap

4.2.3.1 Utdanning

Kompetent helsepersonell er en forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal være læringsarena, med god klinisk undervisning, praksis og turnusveiledning. RHF er tillagt et overordnet ansvar for utdanning av legespesialister i tillegg til utdanning av øvrig helsepersonell.

Mål

- Samarbeid mellom universiteter og høyskoler skal sikre tilstrekkelig utdanning av kvalifisert helsepersonell
- Helseforetakene skal bidra med kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste.
- Framtidig behov for helsepersonell skal analyseres og tilgjengeligheten økes

4.2.3.2 Forskning/Innovasjon

I samarbeid med universiteter og høyskoler skal forskningskompetansen heves, produktiviteten og kvaliteten økes. Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder (innovasjon) skal øke kvaliteten og kostnadseffektiviteten i tjenestene.

Mål

- Kvaliteten og samordningen på forskning skal økes
- Formelle forskernettverk og strategigrupper skal etableres

- Internasjonalt forskningssamarbeid skal økes
- Forskning på persontilpasset medisin i helsetjenesten skal økes.
- Forskning skal sikre trygt, kostnadseffektivt tjenestetilbud som gir helsegevinst.
- Resultatene av forskningen skal synliggjøres og anvendes.
- Metoder og behandlingstilbud skal evalueres og vurderes ut fra vitenskapelig dokumentasjon.

4.2.4 Krav til effektiv tjenesteytelse

4.2.4.1 Aktivitet/ventelister

Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg skal tilby brukerne informasjon om historiske og forventede ventetider. I samarbeid med øvrige RHF skal det utarbeides samlet kapasitetsanalyse for spesialisthelsetjenesten.

Mål

- Aktiviteten skal økes innenfor budsjetterte rammer.
- Behandling/tiltak skal gjennomføres på laveste effektive omsorgsnivå.
- Økt samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester skal gi bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet, nye arbeids- og samarbeidsformer.
- Overbelegg og korridorpasienter skal fjernes.
- Ventetid skal rapporteres og synliggjøres.
- Polikliniske konsultasjoner skal økes og andelen kontroller i sykehus reduseres
- Behandling skal tilbys innenfor rammen av individuelle frister.

4.2.4.2 Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Gjennom finansieringssystemet ISF og refusjon for poliklinisk virksomhet gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasienter som behandles, samt kompleksiteten i den behandlingen de får. Registreringene skal gi god informasjon om pasientbehandling samt fordeling av pengene fra Helse Nord til helseforetakene. Aktivitetsfinansieringen bidrar til å kartlegge kostnader samt sikre effektiv pasientbehandling.

Mål

- ISF skal bidra til økt vekst i prioritert pasientbehandling.
- Fritt behandlingsvalg reformen skal bidra til:
 - økt valgfrihet, mer kjøp fra private gjennom anbud, økt konkurranse

4.2.4.3 Samhandling

Utviklingen av et kvalitetsmessig godt helsetilbud er avhengig av god samhandling RHF seg imellom, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og med brukere og pasienter.

Mål

- Spesialisering, arbeidsdeling og samordning skal bidra til sikker og effektiv pasientbehandling.
- Øke samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Rapporteringer skal standardiseres
- Behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON)
 - Desentralisere tjenester når faglig forsvarlig og kostnadmessig akseptabelt.
 - kontroller overføres til primærhelsetjenesten når mulig.
- Sørge for faglig oppfølging, støtte og veiledning til kommunal omsorgstjeneste for å utruste denne til å ivareta nye og krevende oppgaver.

5 Analyse og drøfting

Styringsdokumentene, sammen med lov om Helseforetak, vil nå drøftes for å besvare problemstillingen. Jeg starter med å besvare problemstillingens første del: Hvilke kriterier (redskap) legges til grunn for effektiv ledelse i helseforetaksloven? Svaret er blant annet avhengig av hvilke «briller» man tar på seg når man studerer reformen. Spørsmålet belyses i et institusjonelt motehandel-perspektiv og et instrumentelt doktor-perspektiv. Organiseringen i helseforetak utgjør det viktigste kriteriet for effektiv organisering av sykehus i statens øyne. Gjennomgangen av helseforetaksloven gjennom de to perspektivene får fram et viktig skille når det kommer til synet på ledelse og effektivitet. (Hippe og Trygstad, 2012; Røvik, 1992; Opedal og Stigen, 2008; Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

5.1 Verktøy for effektiv ledelse

5.1.1 Motehandel-modellen: tillit og anerkjennelse viktigst

Motehandel-modellen vektlegger omgivelsenes sosialt skapte normer for hvordan organisasjoner bør se ut. Her bedømmes ikke organisasjoner ut fra hvor effektive de er å produsere varer/tjenester/vedtak. Det viktigste er om organisasjonen anvender de strukturer, prosesser, ideologier som omgivelsene anser moderne, rimelige og akseptable. Standarder for moderne organisasjonsformer vedlikeholdes for en periode, for så å dø ut og bli erstattet av nye. Ledelse handler om hele tiden å holde seg oppdatert på «godkjente» standarder for

hvordan organisasjoner skal se ut, og adoptere disse. Organisasjonsprosesser tolkes ut fra en mote-logikk mer enn effektivitetslogikk. Organisasjonsutforming handler om å sende de rette signalene til omgivelsene. Helsesektoren må fremstå endringsvillig og moderne for å oppnå legitimitet, anerkjennelse og tillit fra omgivelsene. (Røvik, 1992). Om organiseringen i helseforetak faktisk bringer effektivitet og godt lederskap med seg, er ikke så viktig. Det viktige er at Norge adopterer foretaksmodellen for å fremstå effektiv og moderne. (Hippe og Trygstad, 2012; Røvik, 1992). Problembeskrivelsen av spesialisthelsetjenesten, samt forslag til løsninger, tilpasses behovet for foretaksorganisering fordi denne utgjør dagens moteriktige organisasjonsform (Røvik, 1992).

I motehandel-perspektivet skilles det ikke mellom verdier og organisasjonsformer. Verdiene er nedfelt i organisasjonens strukturer og prosesser, hvilket gjør det vanskelig å få det ene uten det andre. Verdier og kunnskaper om organisasjonsformer smeltes sammen til institusjonaliserte standarder for organisasjonen. Kjøper man organisasjonsformen, henger verdiene i organisasjonsstrukturen med på kjøpet (Røvik, 1992). Foretaksreformen er et ledd i regjeringens målsetting om å modernisere offentlig sektor. (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001, kap 2.1.3). De verdimessige forankringene som til nå har preget den norske velferdsstaten skal videreføres i den nye reformen. Likevel kan man argumentere for at foretaksmodellen inneholder noen verdimessige forankringer i denne måten å organisere på, som kan bli viktigere, være motstridende eller i beste fall bygge opp under de «gamle» verdiene helsesystemet er bygd på. (Ot.prp.nr.66 (2000-2001); Røvik, 1992). Overgangen fra forvaltning til foretak kan tilskrives NPM. (Hippe og Trygstad, 2012; Røvik, 1992). NPM strategiene bygger på et standardisert bilde av hvordan offentlige og private virksomheter bør organiseres og ledes. NPM har stort fokus på kostnadseffektivitet og legger mindre vekt på andre hensyn i forvaltningen (som politiske signaler, faglige hensyn, rettigheter, likebehandling, forutsigbarhet og berørte parters interesser). (Christensen et. al., 2016; Christensen et. al, 2017; Hippe og Trygstad, 2012). NPM setter likhetstegn mellom private og offentlige virksomheter, uten at forskjellene i rammer og ledelse vektlegges. Private virksomheters effektivitet og markedstilpasning er blitt et ideal som også skal innføres i offentlig virksomhet. Det skapes en oppfatning om at offentlig virksomhet er rigid, tungrodd og lite kostnadseffektivt. De private bedriftene er på sin side dynamiske, fleksible og kostnadseffektive. Ved at utsagnene aksepteres som sannheter, legitimeres endringene som skjer. Offentlig sektor skal effektiviseres ved å redusere byråkratiet og all regelstyringen. Målet er å bli mer resultatorientert, slik det er vanlig i private organisasjoner. Resultatet er at

sykehusreformen bidrar til å bevege de regionale helseforetakene fra den idealtypiske politiske organisasjon over mot selskap som idealtipe. Dermed kan de nye prinsippene for ledelse bryte med lange tradisjoner om hvordan ledelse hittil har blitt utøvd i norske sykehus. (Christensen et. al., 2016; Knudsen og Flåten, 2015; Greve og Pedersen, 2007; Hippe og Trygstad, 2012; Ramsdal og Skorstad, 2015; Røvik, 1992).

I forarbeidene til helseforetaksloven vises det til andre land og deres måte å organisere velferdstjenester på. Foretaksmodellen, med sine NPM-pregede ledelsesidealer, representerer en tidstypisk trend. Hellelandsvik-utvalget skriver i sin rapport at Norge, sammenlignet med andre land, har en helsetjeneste som er forholdsvis godt fordelt i befolkningen, vi har en godt utbygd primærhelsetjeneste og det er grunn til å tro at kostnadskontroll og kostnadseffektivitet er god i internasjonal forstand. Til tross for dette er dagens ordninger utsatt for kritikk. Formålet med en eventuell endring av eierskap, organisering og finansiering av sykehusene må være å møte denne kritikken. (NOU 1996:5). Her kan man argumentere for at forfatterne og Regjeringen ser verdien av å adoptere en moteriktig organisasjonsform for å stilne kritikken og skaffe seg aksept og legitimitet i samfunnet. Hellelandsvik-utvalget viser også til viktigheten av å opparbeide seg kunnskap om de forhold som påvirkes av eierskap, organisering og finansiering. Kunnskap om nivåer på ressursinnsats, befolkningens forventninger, organisasjon, finansieringsmåte og eierstruktur vil være avgjørende for å møte utfordringene sykehusene står overfor. Denne kunnskapen er imidlertid mangelfull (for utvalget og for samfunnet generelt). Det er ikke mulig for utvalget å gjøre noen dyptgående analyse (slik doktor-modellen krever) av slike faktorer i løpet av de fem måneder som er til rådighet. Det vises også til at debatten rundt eierskap, styrings- og finansieringsformer for spesialisthelsetjenesten ikke bare skjer i Norge, men foregår i samtlige land vi vanligvis sammenligner vårt helsevesen med. Vi er alle på jakt etter den ferdig utprøvde løsningen som viser seg å være god, effektiv og lar seg kopiere. Problemet er bare at den perfekte organisasjonsform neppe finnes. Gjennom motehandel-modellen; shoppes det som er legitimt hos omgivelsene. (Hippe og Trygstad, 2012; NOU 1996:5; Røvik, 1992).

5.1.2 Doktor-modellen: Foretaksmodellen best egnet

Doktor-modellen (eller det rasjonelle-instrumentelle perspektivet) fremstiller organisasjoner som redskaper (instrumenter) ledelsen kan forme for å oppnå mest mulig effektiv produksjon av varer/tjenester. Ledelsens intensjoner og mål legges til grunn for valg av organisasjonsform. I dette perspektivet har ikke organisasjoner verdi i seg selv, de er kun virkemidler som kan formes og styres slik ledelsen ser det best. Effektiv produksjon handler

om best mulig koordinering av handlinger i organisasjonen. Derfor utformes organisasjonen planmessig slik at strukturer, prosesser, prosedyrer og tekniske hjelpemidler velges ut og koordineres i forhold til hverandre - for best mulig måloppnåelse (Røvik, 1992)

Problembeskrivelsen av spesialisthelsetjenesten vil være forankret i et faglig kunnskapsgrunnlag om organisasjonsformer. Utredningen til organisasjonsendringen vil være basert på nøytral ekspertise på organisasjon og ledelse. Verdigrunnlaget er adskilt fra organisasjonsformen. Det innebærer at den verdimeslige forankringen spesialisthelsetjenesten skal bygge på, må avklares og nedfelles som uttalte mål før valg av organisasjonsform kan starte. (Røvik, 1992). Ulike organisasjonsmodeller har vært undersøkt, foretaksmodellen blir valgt fordi denne organisasjonsformen er den beste løsningen for effektiv måloppnåelse/ produksjon av helsetjenester. Foretaksmodellen er best egnet til å nå de målsettinger eierne (staten) har satt seg; bedre politisk styring på den ene siden samt en myndiggjøring og ansvarliggjøring av lederne i foretaket. (Hippe og Trygstad, 2012; NOU 1996:5; Røvik, 1992)

I lov om helseforetak påpekes at det ikke er aktuelt å la privat kjøpekraft bli styrende for helsetjenestetilbudet. Et viktig premiss for helsereformen er at helsesektoren også i fremtiden skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale, velferdspolitiske mål. Det at eierskap, myndighetsrolle og finansieringsansvar nå plasseres på staten, sikrer at helsetjenesten også i fremtiden vil utvikle seg i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål. Spesialisthelsetjenestens prioriterte verdier skal være retningsgivende når foretaksmodellen velges og eierskap, organisering og ansvar endres. (Hippe og Trygstad, 2012; Ot.prp. nr 66 (2000-2001))

I forarbeidene til helseforetaksloven vises det til utfordringer i dagens helsevesen som består i: ledelsesutfordringer, lange ventelister, korridorpasienter, mangelfull samordning, store ulikheter i tilbud/gjennomføring av helsetjenesten og dårlig ressursutnyttelse. (Hippe og Trygstad, 2012; NOU 1996:5; Opedal og Stigen, 2008; Røvik, 1992). Disse funnene er avgjørende for valg av organisasjonsmodell. Innenfor motehandel-modellen vil diagnosen være relativt løst koblet til valg av organisasjonsmodell. Man vil søke etter problemer som legitimerer behovet for å adoptere dagens moteriktige organisasjonsform. Innenfor doktor-modellen vil grundig undersøkelse av spesialisthelsetjenestens utfordringer settes opp mot regjeringens kunnskap om ulike måter å spesialisere, koordinere og organisere. (Hippe og Trygstad, 2012; NOU 1996:5; Røvik, 1992). Organisasjonsendringen kommer etter nøye granskning av spesialisthelsetjenestens funksjon og utfordringer. Faglig kunnskap skal gjøre

det mulig å skille en godt organisert organisasjon fra en dårlig organisert organisasjon. Hver organisasjonsform har med seg noen prinsipper (verktøy) som gjør en måte å organisere på bedre enn andre måter, avhengig av hvilken situasjon man står i og hvilke mål man styrer etter. Når så foretaksmodellen velges, er det fordi denne er best egnet til å nå organisasjonens mål, tatt i betraktning de verdier som ligger til grunn i organisasjonen. (Røvik, 1992).

5.1.3 NPM-baserte ledelseskriterier i helseforetaksreformen

Helseforetaksreformen er et svar på politiske ambisjoner om å få kontroll på kostnadsveksten i norsk sykehussektor. Organisasjonsstrukturen og eierforholdet i spesialisthelsetjenesten endres for å gi bedre verktøy for eiere/ledere å nå helsepolitiske mål. Bakkenfor reformen ligger et formålsrasjonelt, NPM-preget syn på ledelse og organisering. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Christensen et. al., 2017; Kirkhaug, 2017; Styringsdokumenter 2002-2020).

I mange år har velferdsstaten Norge vært sett på som et foregangsland, som et eksempel til etterfølgelse. Men i løpet av de siste tiårene er dette perspektivet «snudd på hode». Kritikken mot offentlig sektor har blitt stadig sterkere, slik at det som en gang var bra, nå er ineffektivt, dyrt, tungrodd og lite brukervennlig. (Christensen et.al., 2016; Ramsdal og Skorstad, 2015). Verdensbanken, Det internasjonale pengefondet og OECD er institusjoner med stor innflytelse på vestlige land og deres organisering av offentlig sektor. Institusjonene virker samstemte i de utfordringer Norge står overfor, samt de mål og virkemidler organisasjoner bør styres etter. Deres landsanalyser har en betydelig innflytelse på hvordan norske politikere og fagfolk oppfatter vår situasjon. Analysene har stor tyngde i den nasjonale politiske debatten, og indikerer samstemt en nødvendighet for norske myndigheter å effektivisere offentlig virksomhet. Virkemidlene, oppskriften på problemene, ligger klare til å anvendes. Kostnadseffektivitet og kundetilfredshet er målet. Aktivitetsbaserte finansieringssystemer, prising av tjenester og kostnadskontroll ved sterkere kopling mellom resultat/belønning er idealet. Andre tiltak som anbefales er mer samarbeid på tvers av sektorer/regioner/nivåer, mer konkurranse mellom offentlige og private tilbydere. (Christensen et.al, 2016; Ramsdal og Skorstad, 2015)

Fellestrekkene innenfor NPM-bølgen finner vi igjen i foretaksorganiseringen av spesialisthelsetjenesten. Offentlig sektor skal endres fra en byråkratisk til divisjonalisert organisasjonsform. Det innføres prinsipper for at spesialisthelsetjenesten skal fristilles og desentraliseres. (Ramsdal og Skorstad, 2015). Helseforetaksreformen bringer endringer gjennom sykehusfusjoner og innføring av divisjonsbasert klinikkorganisering. Man går fra

mange små enheter (avdelinger) med stor grad av horisontal differensiering, til færre, større enheter samlet i klinikker. Det legges større vekt på mål- og resultatstyring, rammebudsjettering og stykkprisfinansiering. Sterkere brukerorientering innenfor det offentlige står sentralt. Helseforetakene tilpasses markedsmekanismer som: fritt sykehusvalg, innsatsstyrt finansiering, rapportering på resultatindikatorer. Ressursutnyttelsen skal bli bedre, kvaliteten på pasientbehandlingen økes. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Christensen et. al., 2016; Nerskogen 2013; Opedal og Stigen, 2008; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001); Styringsdokument, 2002-2020). Fokus er nå på resultater og virkninger, mer enn regler og prosesser. Det etableres nye rammer for styring der valgfrihet, konkurranse og kvalitetsstandarder gjør sitt inntog. Utgangspunktet for at organisasjonsendringene lar seg gjennomføre, er at det har utviklet seg en felles aksept for at målet må være kostnadseffektivitet og kundetilfredshet. Dette grunnlaget settes ikke spørsmålsteget ved, det er blitt en kulturelt akseptert standard som skal etterstrebes. En sannhet som legitimerer reorganiseringen av det offentlige. (Byrkjeflot, 2008; Flåten og Knudsen, 2015; Greve og Pedersen, 2007; Ramsdal og Skorstad, 2015, styringsdokumenter, 2002-2020).

Omdømmesamfunnet har innhentet spesialisthelsetjenesten og treffer sektoren ved at omdømmet måles, rangeres og presenteres offentlig. Hvordan sykehusene framstår, er viktig og noe det styres etter. (Angell et. al., 2011; Byrkjeflot, 2011; Ramsdal og Skorstad, 2015; styringsdokumenter 2002-2020). Staten får i dag et større og mer omfattende regulerings-, overvåkings-, og evalueringsansvar. Resultater og kvalitet skal måles via standardiserte og forskningsbaserte målinger. Hvert sykehus skal kunne måle seg med andre, i tråd med omdømmeoppskriften. Tendensen er økt fokus på resultater og effekter av innsats (output). Samtidig offentliggjøres resultatene så både borgere og politikere kan vurdere innsatsen, sykehusene kan vurdere hverandre, lære av hverandre og iverksette forbedringer. (Angell et al., 2011; Greve og Pedersen, 2007; Styringsdokumenter 2002-2020). Økt konkurranse i det offentlige synliggjøres gjennom fritt valg av tjenester med det formål at brukeren får mulighet for å velge de beste tjenesteyterne innenfor det offentlige så vel som det private. Dette fører til økt profilering utad og sammenligning av tjenester. Tendensen er at pasienten, forstått som brukeren eller kunden, settes i sentrum med mulighet for å velge. Pasienters rangering og oppfatning av tjenesten blir dermed viktig i jakten etter kundene. Så kan man jo spørre seg i hvilken grad pasienters tilfredshet med tjenestene samsvarer med kvaliteten på tjenestene? Vi er vitne til en stor internasjonal bølge, der importen av problemdefinisjonene i offentlig sektor, mål for reformer og de organisatoriske virkemidlene som følger med har en ekstrem

gjennomslagskraft. Det serveres en standardoppskrift, for hva som må gjøres for å oppnå suksess. Argumenter hentes inn fra økonomisk teori; og da spesielt innenfor transaksjonskostnader, public choice og principal-agent-teori. Teoriene brukes som begrunnelse for reformer. (Byrkjeflot, 2008; Christensen et al., 2016; Kirkhaug, 2017; Styringsdokumenter, 2002-2020). Ganske interessant hvordan man i så stor grad, internasjonalt, kan enes om de problemene norsk spesialisthelsetjeneste står ovenfor, samt de mål og virkemidler som kreves. Dette skjer i stor grad uten at dilemmaer og utfordringer denne politikken fører med seg problematiseres nevneverdig. (Ramsdal og Skorstad, 2015).

Et sentralt element i NPM-strategiene er økt fristilling og løsrivelse fra politisk kontroll. I Helseforetaksorganiseringen innføres prinsipper for at så kan skje. Men, som jeg senere skal komme tilbake til, har ikke staten trådt tilbake etter innføringen av helseforetaksloven, slik et rendyrket instrumentelt syn på de NPM-baserte ledelseskriteriene skulle tilsi. Det viser seg at resultater av reformer i varierende grad kan kobles tilbake til de tiltak som i utgangspunktet ble iverksatt under implementeringen av reformen. Effektene står ikke nødvendigvis i samsvar med intensjonene. (Christensen et al., 2016; Kirkhaug, 2017). Endringer er krevende. Endringsagentene som driver endringene frem, har nødvendigvis ikke tilstrekkelig kapasitet og kontroll i organisasjonen til å gjennomføre rasjonelle endringer slik de var tiltenkt. Endringene påvirkes av forskjellige, kontekstuelle forhold. (Byrkjeflot, 2008; Christensen et al., 2016; Jacobsen, 2018; Kirkhaug, 2017). Organisasjonskultur, måten å gjøre tingene på, historiske trekk ved organisasjonene bidrar til å modifisere virkningene av reformer. Når staten overtar eierskapet til sykehusene gjennom sykehusreformen i 2002, gir dette trekk av både NPM og post-NPM. Det ene virkemidlet utelukker ikke det andre. Myndighet delegeres regionale og lokale helseforetak (NPM-inspirert). Det legges til rette for samarbeid på tvers av «gamle skiller» (post-NPM), mens de økonomiske insentivene knyttet opp mot samarbeidet er NPM-preget. På denne måten vil nye reformtrender supplerer tidligere reformer, mer enn å erstatte de. Resultatet blir hybride organisasjoner og en kompleks offentlig sektor. (Christensen et al., 2016; styringsdokumenter 2002-2020).

Organisasjoner er i stadig utvikling. Å identifisere virkningene av en konkret reform er utfordrende, om ikke umulig. Endringer er tidkrevende. Jo lengre tid som går, desto vanskeligere er det å knytte en organisasjons resultater til innføringen av en konkret endring. (Jacobsen, 2018; Kirkhaug, 2017) Endringer medfører en kapasitetsbelastning på arbeidsplassen. Stress, usikkerhet, motstand, redusert oppslutning, tap av status og makt, manglende tillit til endringsaktørene kan alle medføre at endringene ikke får gjennomslag

eller at resultatet ikke blir slik man først hadde tenkt. (Bang, 2015; Christensen et al., 2017; Jacobsen og Thorsvik, 2013; Kirkhaug, 2017; Nerskogen, 2013).

Deler av den ny-institusjonell teori hevder at man ikke oppnår gevinster av formålsrasjonelle reformer fordi organisasjoner motsetter seg endringer som bryter med institusjonelle identiteter og normer. Her vil styrt endring i beste fall kunne skape symbolske endringer på et strategisk og administrativt nivå (Angell, Byrkjeflot, & Wæraas, 2011; Kvåle og Wæraas, 2006/2017; Nerskogen, 2013). Ytre sett, når foretaksreformen implementeres, kan det se ut som norsk spesialisthelsetjeneste standardiseres, «moderniseres» og blir mer lik andre land i deres organisering av helsetjenester. Vi følger en tidstypisk trend, der private markeds mekanismer gjør sitt inntog i et offentlig helsevesen som til nå har vært preget av offentlig forvaltning og politisk kontroll. Men, som vi skal komme tilbake til, vil de NPM-pregede styringsmekanismene måtte brynes, smeltes om og tilpasses, lokal historie og kultur. På denne måten vedlikeholdes og forsterkes forskjellene mellom landene. Reformene konfronteres med ytre og indre kontekstuelle forhold som gir seg utslag i unike trekk. (Christensen et. al., 2016; Christensen & Læg Reid, 2010).

5.1.4 Sentral kontroll/lokal autonomi

Prinsippene som ligger til grunn for effektiv styring i dag, har en tendens til å forandre seg med tiden, mellom land og politiske agendaer. (Christensen & Læg Reid, 2010). De mange reformene vi har sett i offentlig sektor de siste tiår, utfordrer de etablerte grenser mellom politikk og drift, mellom offentlig og privat, mellom sentralt og desentralisert. Dobbeltheten i sykehusreformen tydeliggjøres ved på den ene siden å gi rom for sterk politisk styring og sentral overvåking. Samtidig legges det føringer for økt selvledelse via desentralisering, bæredyktighet og krav om profesjonell ledelse med strategisk kompetanse. I etterslepet av reformer og moderniseringstiltak, kommer det nye styrings- og reguleringsmekanismer. Desentraliseringen av ledelse gir et større behov for kontroll og overvåkingsregimer hvor ledere må forholde seg til stadig tettere resultatkrav. Disse håndheves gjennom standardiserte kontrolltiltak. Kombinasjonen av et sterkt behov for lederskap i reformer samt de motstridende styringssignalene som følger, gir store ledelsesmessige konsekvenser og utfordringer. (Byrkjeflot, 2008; Flåten og Knudsen, 2015; Greve og Pedersen, 2007; Ramsdal og Skorstad, 2015; Styringsdokumenter 2002-2020; Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

Foretaksorganiseringen bringer med seg nye prinsipper for ledelse som tilsynelatende bryter med lange tradisjoner for ledelse i norske sykehus. Kanskje bidrar de nye ledelsesprinsippene

til å bevege helseforetakene bort fra den idealtypiske politiske organisasjon, over mot selskap som idealtipe. (Hippe og Trygstad, 2012; Nerskogen, 2013; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001); Styringsdokument, 2002-2020); Røvik, 1992). Organiseringen i helseforetak skal gjøre det mulig å kombinere desentralisering av beslutningsmyndighet med økt grad av sentral styring og kontroll. Den politiske styringen skal bli bedre, samtidig som ledere myndiggjøres og det enkelte foretak får større frihet. En slik løsning innebærer et selvmotsigende paradoks, som også i evalueringen 10 år etter viser seg å være problematisk da den statlige styringen oppleves for detaljert og fører til mye byråkrati; den innstrammer lederes handlingsrom og evne til å påvirke styring. (Hippe og Trygstad, 2012; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Det at eierskap, myndighetsrolle og finansieringsansvar nå plasseres på staten, sikrer at helsetjenesten også i fremtiden vil utvikle seg i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål. Norge kritiseres av OECD for manglende rolle-klarhet i bestiller/utfører funksjonen av spesialisthelsetjenesten. Norge burde gjort et klarere skille mellom det å eie sykehusene, og i det å sørge for sykehustjenester, man ønsker større grad av fristilling til sykehusene. Manglende rolleklarhet kan skyldes manglende kjennskap til korrekt reformpolitikk, slik blant annet OECD foreskriver denne. Eventuelt kan det vise til manglende vilje til å innføre en rendyrket styringsform, preget av corporate og public governance som NPM strategiene og foretaksmodellen henspiller på. I stedet balanserer man kravene med en form for hybrid styringsform, som ivaretar en norsk særegenhet og institusjonelle tradisjoner, gjennom en særnorsk bestiller-utfører modell. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Stigen, 2008; Styringsdokumenter 2002-2020). Trender, ideer og moter som spres i organisasjoner, møter motstand i et institusjonalisert norsk sykehussystem. Spesialisthelsetjenesten utgjør en samfunnssektor med flere sett med nedarvede spenninger og konflikter – som ikke så lett lar seg viske ut med en organisasjonsform på «mote». (Byrkjeflot og Grønlie, 2005). Helseforetaksreformen viker fra en rendyrket foretaksorganisering ved at staten sitter igjen med stor mulighet (og villighet) for utøvelse av styring og kontroll med helseforetakene. Å beholde de offentlige helsetjenestene under forvaltningsdemokratisk kontroll er også et uttalt mål gjennom helseforetaksloven, og gjør kanskje den norske foretaksmodellen til et særnorsk fenomen (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Hippe og Trygstad, 2012; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Balansen mellom politisk og administrativ kontroll på den ene siden og institusjonell autonomi på den andre siden, har vært, og er fortsatt en sentral problemstilling når det kommer til organiseringen av sykehus og offentlig spesialisthelsetjeneste. Spenningen må forsås i sammenheng med de ulike administrative reformene som har vært opp gjennom tiden.

(Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Christensen & Lægneid, 2010). De lange tradisjonene, institusjonelle verdier, kravet om å styre etter prinsipper om fellesskapets interesser er karakteristikk som krever at offentlige organisasjoner er multi-funksjonelle. De må lære seg å leve i konstant spenn mellom konkurrerende verdier, mål, strukturer og kulturelle verdier i en verden med omgivelser som stadig endres. I dette spennet fremstår hybride offentlige organisasjoner som en struktur som ivaretar balansen og fleksibiliteten på samme tid. (Bang, 2015; Christensen et al., 2017; Christensen & Lægneid, 2010; Jacobsen og Thorsvik, 2013; Jacobsen, 2018).

En politisk styrt sektor er avhengig av oppslutning og tillit hos folket for å kunne levere sine tjenester. Den politiske makten og inndelingen vil hele tiden endre seg. Rammene for finansiering endres, man underlegges lovgivning og reguleringer. Det offentlige mandatet betyr også at organisasjonene står ansvarlige overfor velgerne (borgerne), noe som gir større krav om åpenhet, innsyn, likebehandling, upartiskhet og forutsigbarhet. Demokratiet og borgeren har stor påvirkningskraft. Selv om spesialisthelsetjenesten utsettes for en stadig økende grad av konkurranse, handler ikke dens eksistens i like stor grad om profitt; men om å tjene befolkningen med det beste vi har å gi. Ressursene hentes fra skattebetalerne. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å skape felles verdier. (Byrkjeflot, 2008, 2011; Christensen et. al, 2017; Flåten og Knudsen, 2015; Styringsdokumenter 2002-2020).

Offentlige ledere former i liten grad sine egne mål, da målene ofte ligger nedfelt i politiske direktiver satt av den politiske ledelsen. Målene er gjerne komplekse, tvetydige og skiftende. Lederskap i offentlig sektor vil i stor grad handle om å fortolke og iverksette de mål og retningslinjer som allerede er fastlagt politisk. Hvilket gir mindre frihet for lederen til selv å stake ut kursen for organisasjonen og sette fremtidsmål. (Byrkjeflot, 2008; Christensen et al., 2017; Styringsdokumenter 2002-2020). Kriteriet for vellykket organisering avhenger ikke primært av kostnadseffektiv produksjon, men om politisk oppslutning og legitimitet. (Christensen et al., 2017; Ramsdal og Skorstad, 2015).

5.1.5 Oppsummert effektiv ledelse helseforetaksreformen

Verktøyene for effektiv ledelse nevnt i drøftingen overfor finner vi igjen i styringsdokumentene fra HOD til Helse Nord RHF. Oppsummert er disse:

- Organisasjonsendring:
 - Fra forvaltning til foretak. Gir NPM-indikerte virkemidler for effektiv styring

- Bedre politisk styring gjennom økt grad av sentral kontroll kombinert med desentralisering av beslutningsmyndighet
 - Økende bruk av nasjonale standarder, retningslinjer, pakkeforløp.
 - Rammebudsjettering og ISF
- Staten styrer i større grad gjennom regulering, overvåking og evaluering.
 - Plan og meldesystem, rapportering på medisinske kvalitetsindikatorer, målstyring
- Ledere myndiggjøres og ansvarlig gjøres for driften.
 - Innføring av enhetlig lederskap og resultatkontrakter
 - Økt fokus på lederutdanning gjennom egne ledelsesprogrammer
- Det enkelte foretak får større frihet
 - Helseforetak blir egne rettssubjekt med delegert ansvar for daglig drift; økonomiske, personellmessige og strukturmessige virkemidler.
- Tilpasninger til markedsmekanismer
 - fritt sykehusvalg, innsatsstyrt finansiering, rapportering på resultatindikatorer, rammebudsjettering og stykkprisfinansiering.
- Økt fokus på kostnadskontroll:
 - sterkere kopling mellom resultat/belønning
 - Økt fokus på ressursutnyttelse
- Økt samarbeid på tvers av sektorer/nivåer/regioner
 - Samhandlingsreformen, lovpålagte samarbeidsavtaler
- Heving av kvalitet og nye kvalitetsstandarder:
 - Resultater og kvalitet skal måles via standardiserte og forskningsbaserte målinger.
 - Økt fokus på utdanning, videre-/etterutdanning og forskning
- Krav om økt produktivitet
 - Finansiering baseres delvis på antall pasienter som behandles
- Forhold mellom midler og mål er klart definerte
 - øremerkede midler, rammebudsjettering, ISF
- Helseforetakene tilpasser seg reformen gjennom sykehusfusjoner, divisjonalisering, større vekt på mål- og resultatstyring
- Mer vekt på brukerorientering
 - Pasienters rangering og oppfatning av tjenesten blir viktig i jakten etter kundene.
 - Økt valgfrihet
 - Mer konkurranse mellom offentlige og private tilbydere

- Sammenlikning av tjenester
- Mer fokus på resultater, mindre fokus på regler og prosesser.
 - Rapportering på resultatindikatorer
- Omdømmet til sykehusene måles, sammenliknes, rangeres og presenteres offentlig
 - brukeranalyser, rapportering på ventelister, fritt valg av behandlingssted
- Kunnskapsbasert praksis
 - Stort fokus på utvikling av kunnskap, forskning og innovasjon
- Stort fokus på kostnadseffektivitet
 - Effektivitetskravet knyttes til økonomiske indikatorer
 - Viktige hensyn innenfor offentlig forvaltning vektlegges i mindre grad

5.2 Har ledelseskriteriene endret seg?

Jeg vil her belyse problemstillingens andre del: Har redskapene for effektivt lederskap endret seg med helseforetaksloven? Vi har sett på de NPM-baserte ledelsesprinsippene som følger foretaksorganiseringen. Her ligger en forventning om økende grad av fristilling til det enkelte sykehus. Staten skal styre i stort, mens RHF og foretakene skal få stor frihet i det å tilby befolkningen helsetjenester. Så, hvordan preger dette synet de styringsdirektiver som ligger nedfelt i styringsdokumentene fra HOD til Helse Nord RHF? Er styringsdokumentene preget av stor detaljeringsgrad, eller mer overordnet styring? Endres synet utover i perioden (2002-2020)? (Hippe og Trygstad, 2012; Opedal og Rommetvedt, 2005; ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Jeg starter med å belyse intensjonene bak helseforetaksreformen, gjengitt i lov om helseforetak. Jeg vil så se på utviklingen av helsepolitikk generelt i Norge fra 1900-tallet frem til Helseforetaksloven. Til slutt vurderes intensjonene bak sykehusreformen opp mot utviklingen av styringsdokumentene. Fokuset vil være om styringsdokumentene bærer preg av overordnet eller detaljert statlig styring.

5.2.1 Intensjonen bak helseforetaksreformen

Helseforetaksorganiseringen er ment å gi en klarere ansvars- og rollefordeling. Men komponentene som ligger nedfelt i NPM-prinsippene i helseforetaksloven er motstridende og spenningsfylte. Tvetydigheten i økt politisk styring av virksomheten, kombinert med større grad av lokal fristilling for sykehusene, utgjør en sentral problemstilling. Staten skal styre gjennom overordnet, helsepolitisk prioritering. Ledere i helseforetakene skal få et reelt ansvar for sykehuset de leder gjennom daglig drift og sitt sørge for ansvar. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Christensen et. al.; 2017; Nerskogen 2013b; Opedal og Stigen, 2008). En av de store

utfordringene med foretaksorganiseringen ligger nettopp i balansen mellom sentral kontroll og lokal autonomi. Hva er overordnet politisk styring og hva er daglig drift av sykehus? (Hippe og Trygstad, 2012; Læg Reid, Opedal og Stigen, 2003; ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Forventningene til sykehusreformen i et instrumentelt, NPM perspektiv vil være delegasjon av myndighet til helseforetakene med påfølgende politisk tilbakeholdenhet, kun preget av overordnet politisk styring. (Opedal og Rommetvedt, 2005; Byrkjeflot og Grønlie, 2005). Utfordringen er at samfunnet investerer store ressurser i helsesektoren. Sykehuset får det meste av sine midler gjennom bevilgninger fra staten (Styringsdokumenter 2002-2020). Dermed oppstår et stort behov for nasjonal styring og kontroll med at utviklingen skjer i samsvar med helsepolitiske prioriteringer; at det gis mest mulig helse igjen for ressursinnsatsen, at tilgangen på helsetjenester er likt fordelt. Målene om økt brukerstyring (fritt sykehusvalg, utvidede pasientrettigheter) vil kunne tale for større autonomi til sykehusene i deres tilpasning for å nå målene. (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001); Styringsdokumenter 2002-2020). Helseforetaksreformen skal bygge videre på velferdsstatens grunnleggende verdier: likeverd, rettferdighet og solidaritet. Det skal sikres offentlig kontroll med helsetjenesten også i fremtiden. Målene nedfelt i lov om helseforetak, skal få stå for den forventede, overordnede statlige prioriteringen av spesialisthelsetjenesten (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001, kap 2.1.3). Målene gjenspeiles også i sammendraget av styringsdokumentene.

- Modernisere offentlig sektor
- Øke behandlingsskapitet
- Prioritere pasienter og behandling i tråd med nasjonale retningslinjer
- Utvikle kunnskap om beste behandlingsmåter for å sikre effektiv helsetjeneste
- Sikre god tilgang på helsetjeneste uavhengig av bosted
- Ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver
- Styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste
- Sikre at helsetjenesten i fremtiden utvikler seg i samsvar med overordnede helsepolitiske mål.

(Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), kap 2.1.2).

5.2.2 Sykehus-historiske trekk i Norge

I et historisk perspektiv var utfordringene helseforetaksreformen skulle løse slett ikke nye. Perioden 1900-1930 preges av at sykehusene bygges på dugnad og spleiselag for å dekke lokale behov. By- og fylkeskommuner, humanitære organisasjoner, private innbyggere og

storbedrifter gikk sammen for å etablere et lokalt sykehusstilbud. Resultatet var mange eierskapsforhold i forskjellige størrelser, og allerede her oppstår konflikter og dragkamp knyttet til økonomisk finansering, kontroll og ledelse av sykehusene. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Stigen, 2008). En stadig mer avansert og spesialisert medisin setter det lokal-etablerte systemet under press. Sykehuskostnadene øker, og byene ble avhengig av et sterkere økonomisk engasjement fra stat og fylkeskommune for å håndtere sykehusutgiftene. Behovet for nasjonal sykehusdekning, heving av standard, likhetsidealer og større grad av spesialisering melder seg. Lokal forankring av sykehusstrukturen utfordres av tanken om å organisere sykehusene under fylket og staten. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Stigen, 2008).

Økte statlige økonomiske bidrag inn i sykehussektoren bringer med seg behov for mer statlig styring og kontroll med tjenesten. Det oppstår et spenningsforhold mellom politisk prioritering/styring på den ene siden, og institusjonell faglig/administrativ frihet for enkeltsykehuset på den andre siden. I 1969 overtar fylkeskommunen ansvaret for sykehusene. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Stigen, 2008). Fra 1980 innføres rammefinansiering. Fram til nå hadde medisinske beslutninger og volumet i pasientbehandlingen vært avgjørende for sykehusinntektene. Nå skulle pasientbehandlingen i større grad tilpasses økonomiske rammer. Mot slutten av 1980 årene innføres stykkprisfinansiering basert på diagnoserelaterte grupper (DRG), samt mål- og resultatstyring. Hensikten var å styrke sykehusledelsens posisjon til å styre gjennom resultatmål. Sykehusene skulle i større grad produsere tjenester som var etterspurt av pasientene. Ventetidsgarantien skjerpes og retningslinjene for prioritering videreutvikles. I 1997 endres finansieringssystemet for sykehusene på nytt. Innsatsstyrt finansiering kombineres med økonomiske rammebetingelser; en kombinasjon av målstyring ovenfra med markedsliknende incentiver (ISF). (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Stigen, 2008; Nerskogen, 2013b).

Finansieringsproblemene ble ikke løst ved at fylket overtok ansvaret for sykehusene. Det strategiske spillet fortsatte; tautrekking mellom statlige og lokale interesser, tendensen til å skyve fra seg ansvaret for finanseringen. Spenningene mellom politisk styring kontra institusjonell autonomi gjaldt den gang som nå. Sykehusene vil ha autonomi fra fylkespolitikken, samtidig med at de driver lobbyvirksomhet og bygger koalisjoner for å sikre seg økte budsjetter. Fylkespolitikere ønsket autonomi fra staten, samtidig som de jobber for å sikre økt tilgang på statsbidrag. Beslutninger tatt på lavere nivå, hadde en tendens til å bli overprøvd på høyere nivå dersom dette kan skape politisk interesse og popularitet.

Problemene fylkeskommunen måtte slite med da de overtok som sykehuseier, var de samme, nedarvede problemene som utspant seg på lokalt nivå før fylket tok over. Og de samme utfordringene ligger latent når fylkeskommunene leverer stafettpinnen videre til stat og helseforetak i 2002. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005).

I 2002 iverksettes helseforetaksreformen og staten blir eier av sykehusene. Det politiske ansvaret som inntil nå hadde vært delt mellom Stortinget og fylkeskommunene, blir i sin helhet lagt til Stortinget. Etableringen av helseforetak med statlig eierskap gav ny organisering, men løsningene foretaksreformen brakte med seg var ikke nytt tankegods. Det var en videreutvikling av allerede etablerte utviklingsmønstre. Foretaksreformen kommer som et resultat av ønsket strukturrasjonalisering på -70-tallet, som ble formalisert gjennom regionale helseutvalg i 1997, med påfølgende helseforetaksreform i 2002. (Nerskogen, 2013b; Opedal og Stigen, 2008; styringsdokumenter, 2002-2020)

5.2.3 Styringsdokumentene: overordnet eller detaljert styring?

Forutsetningene som ligger til grunn for en NPM-basert sykehusreform, gir forventninger om at Stortinget skal nøye seg med å fastsette overordnede politiske rammer, og ellers vise en betydelig tilbaketrukket rolle overfor helseforetakene og deres beslutninger. De institusjonelle perspektivene som er trukket frem, tyder derimot på det motsatte. Her vil helseforetaksreformen måtte brynes med allerede nedarvede måter å drive sykehuspolitikk på. De senere års utvikling i norsk sykehuspolitikk viser til økende grad av statlig kontroll med spesialisthelsetjenesten. Det gjør det nærliggende å tro at Stortinget vil vise et betydelig engasjement i sykehussaker fremover. Et engasjement som sannsynligvis vil omfatte større prinsipielle spørsmål, som mindre enkeltsaker. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Rommetvedt, 2005).

Sentralt i forhold til oppgavens tematikk, vil være å vurdere om styringen/ledelsen av Helse Nord RHF er av overordnet karakter eller om styringsdokumentene også bærer preg av detaljert styringsgrad. Denne vurderingen (overordnet/detaljert) står for egen regning, balansen er utfordrende, nyansert og kan absolutt diskuteres. Her er ingen klare grenser å lene seg på. Jeg lar de overordnede målene/verdiene ved spesialisthelsetjenesten, nedfelt i lovforslaget til helseforetaksloven, være kriteriene som overordnet/detaljert styringsgrad vurderes opp mot. (Ot.prp. nr.66 (200-2001)). Videre jeg trekke frem noen eksempler på overordnet styring og detaljstyring fra oppdragsdokumentene. Skulle jeg gå inn på alle målene, blir det for omfattende. Spørsmålet overordnet/detaljert styring blir en

skjønnsvurdering. Målene som brukes som grunnlag i vurderingen er listet opp i slutten av kap 5.2.3.1, og gjenkjennes i oppdragsdokumentene. (Styringsdokument, 2002-2020)

5.2.3.1 Overordnet styring

Å øke kapasiteten, ressursutnyttelsen og effektiviteten i behandlingen, går igjen i styringsdokumentene, og representerer en overordnet målsetning for regjeringen. Disse tre målsetningene sikres gjennom en fjerde, overordnet målsetning; nemlig nasjonal prioritering. Det er stor utvikling av nasjonale strategier og -pakkeforløp gjennom perioden (se vedlegg 5 og tabell 4). Pakkeforløp opprettes for stadig flere behandlingsområder og de sikrer prioritering, kvalitet og likhet i behandlingen. (se tabell 4). Slik sett utgjør de en form for overordnet styring. Men pakkeforløpene utgjør også stor detaljeringsgrad i behandlingen og det tillates mindre variasjon i tjenestetilbudet (i alle fall sett fra det overordnede plan, gjennom retningen oppdragsdokumentene tar. Hvorvidt dette stemmer overens i faktisk handlemønster i foretakene, ville vært en interessant studie, men er ikke tema for oppgaven.). (Styringsdokumenter 2002-2020)

Det innføres pakkeforløp og/eller nasjonale strategier for kreft, psykisk helse, kvinnehelse, kvalitetsforbedring, kreft, diabetes, KOLS, smittevern, hjerneslag, rus, eldre, infeksjoner, kjønnslemlestelse, kosthold, astma og allergi ... og mange flere. Også Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid innføres. (Vedlegg 5). I 2020 er det er innført 28 pakkeforløp for ulike krefttyper. Pakkeforløpene forklarer i detalj pasientforløpet: utredning, behandling, oppfølging, rehabilitering og eventuell behandling av tilbakefall (Helsenorge.no). Pasienten loses gjennom et standardisert behandlingsopplegg, legene loses gjennom standardiserte valg av behandling avhengig av deres kliniske funn ved utredning av pasienten. Detaljstyring eller overordnet styring? (Styringsdokument 2002-2020; Vedlegg 1-5). Nasjonal prioritering, koordinering og standardisering gir mindre frihet og handlingsrom for RHF og sykehus. Mye tyder på at statens «overordnede styring» støper sykehusene i samme skje. Behandlingen blir lik, kvaliteten sikres gjennom mål og resultatstyring. (Opedal og Stigen, 2008; Styringsdokument 2002-2020). Sykehusreformen i seg selv legger lite føringer på hvordan sykehusene organiseres under RHF. Likevel oppmuntrer styringsdokumentene til å lære av hverandres erfaringer og finne felles løsninger som kan sikre samordning og likeverdige gode helsetjenester til befolkningen. Styringsdokumentene legger føringer for at sykehusene og behandlingen som gis skal bli mer lik. Hvorvidt dette faktisk har skjedd; om sykehusene i Norge etter sykehusreformen har blitt mer lik i måte å organisere på, i behandlingstilbud, i

kvalitet, i praksis, er nærliggende å tro. Muligens vil institusjonelle, historiske og kulturelle forhold likevel sikre lokale variasjoner også fremover i tid. (Styringsdokumenter 2002-2020)

Oppdragsdokumentene gir politiske føringer for langsiktig utvikling. Det er stort fokus på samhandling og desentralisering av tjenester. Fokus skal bort fra institusjonsbehandling og døgnbehandling og over på dagbehandling nært pasientens bosted. Ambulante virksomheter utvikles i økende grad utover i perioden, hva gjelder psykiatri, rehabilitering, akutthjelp, smertelindring og kreftbehandling. Sykehusene skal spesialiseres og behandlingen av pasientene primært foregå i hjemmet, eventuelt i desentrale døgnenheter.

(Styringsdokumenter, 2002-2020). Økt kunnskap og økt kvalitet på forskning og utdanning skal gi mer effektive og kvalitetsmessig bedre helsetjenester. Det styres gjennom økt fokus på venteliste, nasjonale strategier, -retningslinjer og -prioriteringer, kunnskapsopsummeringer. (Oppdragsdokument, 2002-2020). Det er stort fokus på samarbeid mellom de regionale helseforetakene og mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste. IKT skal samordnes og standardiseres innad i spesialisthelsetjenesten og mellom de ulike nivåene for å bedre samarbeidet og legge til rette for overvåkning og kontroll, samt legge grunnlag for sammenliknbare resultater. Overordnet kontroll sikres gjennom medisinske kvalitetsregistre og gjennom Plan- og meldesystemet som skal gi tilbakemelding på de mål og styringsparametre som er gitt gjennom styringsdokumentene til RHF. (Styringsdokument 2002-2020; Hippe og Trygstad, 2012; Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

5.2.3.2 Detaljert styring

Det er mange mål av overordnet karakter gjennom styringsdokumentene. Men de overordnede prioriteringene kommer med mange underordnede styringskrav, som bidrar til ganske så stor detaljeringsgrad i styringen. Overordnet, nasjonal prioritering er å øke samarbeidet mellom ulike nivåer og behandlende instanser. (Samhandlingsreformen, 2012). Men å pålegge at det skal gjennomføres lovpålagte samarbeidsavtaler, med bøter når avtalene brytes, er å gå ned et hakk på detaljstigen i å fortelle RHF hvordan samarbeidet skal gjennomføres. At lokalsykehusene skal ha bedre behandlingsresultater og øke overlevelse er en overordnet prioritering. Å fortelle lokalsykehuset at dette gjøres gjennom å prioritere store sykdoms- og skadetilfeller er å mer detaljert fortelle sykehuset hvordan de skal gjøre jobben sin for å øke overlevelsen. At fødetilbudet skal være godt utviklet på sykehus, bør være en selvfølge, det ligger i sykehusets «sørge for ansvar». Men å gi krav om at fødetilbud ikke skal legges ned ved sykehus, er å gå inn på organisering og funksjonsfordeling av RHF sine underliggende sykehus. (Opedal og Stigen, 2008; Styringsdokument 2002-2020; vedlegg 4) Kravet er endatil

motstridende i forhold til et annet overordnet mål om å desentralisere tilbud der dette anses trygt og hensiktsmessig. (Styringsdokument 2002-2020) I oppdragsdokument 2020, s 6, står det at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov skal sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid, ikke på natta. Dette må også kunne sies å være innblanding i ledelsens daglige drift av sykehus, og representerer statlig detaljstyring overfor helseforetak. Kravet er ikke urimelig, det burde være en selvfølge. Antakelig oppstår behovet for detaljstyring etter medias søkelys (Haram, Mosveen, Sæther, 2019; vedlegg 4; oppdragsdokument 2020). Man finner det også nødvendig at staten, gjennom styringsdokumentene, pålegger sykehusene å slutte med å selge tobakk, samt at ansatte ikke får røyke i arbeidstøy. (styringsdokument, 2002-2020)

Eksempler på detaljstyring i oppdragsdokumentene:

- Døgnkapasiteten innen TSB skal økes med 200 plasser fra ideelle virksomheter (Vedlegg 3; oppdragsdokument 2015)
- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinator med nødvendige fullmakter (Vedlegg 3; oppdragsdokument 2015)
- Avtalene rundt studenthelsetjenestene skal gjennomgås for å sikre tilfredsstillende tilbud til studenter. (Vedlegg 3; Oppdragsdokument 2015)
- Innkjøpsenheten skal ligge i Vadsø
- Det skal fokuseres på kvinnehelse
- Lokalsykehus skal ikke legges ned
- Det skal etableres PET-skannertilbud i regi av Radiumhospitalet og Rikshospitalet
- CI operasjoner og tilpasninger av høreapparat skal prioriteres
- Donorbehandling skal økes

(Styringsdokument, 2002-2020)

Overordnet styring i ytterste konsekvens ville være å si at kapasiteten, kvaliteten og kunnskapen i behandling ved sykehus skal økes, tjenestene effektiviseres. Og latt RHF få definere hva slags strategier dette innebærer. Dette er kanskje å trekke det vel langt, staten ønsker mere kontroll enn som så. Styringsdokumentene viser at den overordnede styringen er mye mer omfattende. Overordnet nasjonal styring krever kontroll og oppfølging på at målene og prioriteringene som settes, faktisk blir fulgt. Jo mer overordnet prioritering, desto større behov for detaljerte styringsparametre som kan følge utviklingen og peke på måloppnåelse. Økt bruk og videreutvikling av medisinske kvalitetsregistre, forpliktende samarbeidsavtaler, økt fokus på IKT og samordnede tjenester gir RHF og foretakene mange rapporteringskrav.

Overordnet styring? En nasjonal målsetning om at kvaliteten på tjenestene skal økes er overordnet styring. Men at kvaliteten skal heves gjennom å sikre at det ikke er korridorpasienter, registrere gjennomsnittlig ventetid på behandling, registrere kreftpasienter som defineres i pakkeforløp, registrere sykehusinfeksjoner, registrere hvor mange pasienter med blodpropp som behandles med trombolyse ... Overordnet styring? Eller detaljert styring og kontroll av helseforetakenes tjenestetilbud. (Styringsdokument 2002-2020; Vedlegg 1-5).

Overordnet styring handler i stor grad om verdien om nasjonal likhet. Det er ikke nok med en utjevning, man sikter mot full likhet fundert på individualiserte rettigheter. Betegnelsen nasjonal går igjen i oppdragsdokumentene (nasjonale-strategier, - kunnskapsoppsummeringer, - pakkeforløp og - standarder). (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Styringsdokument 2002-2020; Vedlegg 5). De mange pakkeforløpene viser denne utviklingen. Stadig flere diagnoser får pakkeforløp og stadig flere behandlingsformer/strategier standardiseres. (Vedlegg 5). Det er vanskelig å argumentere for at nasjonal likhetsprioritering ikke inngår i statens overordnede prioritering, for å gjøre behandlingen standardisert, sikre kvalitet og likhet i tjenestetilbudet. Men standardisering av behandling tar også styring og ledelse bort fra sykehusene.

5.2.4 Utvikling av oppdragsdokumentene

Utviklingen av styringsdokumentene analyseres gjennom å se på antall mål og styringsparametre for oppdragsdokument: 2005, 2010, 2015 og 2020 (vedlegg 1-4). Mål og styringsparametre for de respektive oppdragsdokumentene er listet opp i vedlegg 1-4, og antallet gjengis i tabell 4 nedenfor. Utfordringen med tabellen og sammenligningen av oppdragsdokumentene over tid, er at oppdragsdokumentene forandrer form underveis i perioden. Jeg valgt å lese tekst i det respektive oppdragsdokumentet og liste opp i punkter de mål jeg finner. Utover i perioden fremheves målene i større grad i de originale dokumentene. Vedlegg 3 og 4 ligger derfor tettere opptil de originale oppdragsdokumentene. Mål og styringsparametre i vedlegg 1 og 2 er i større grad bearbeidet av meg.

Tabell 1: Mål og styringsparametre vedlegg 1-4

	Antall mål	Antall styringsparametre	Antall sider total (originalt oppdragsdokument)	Nasjonale strategier/pakkeforløp
Vedlegg 1: 2005	120stk	19	21 sider	3 stk (år 2002-2005)
Vedlegg 2: 2010	122stk	41	23 sider	14 stk (år 2006-2010)
Vedlegg 3: 2015	91stk	16	13 sider	27 stk (år 2011-2015)
Vedlegg 4, 2020	94stk	16	13 sider	24 stk (år 2016-2020)

Tabellen viser at vedlegg 1 og 2 har flest mål, styringsparametre, samt størst sideantall. Vedlegg 2 topper listen på alle punkter, og den skiller seg særlig ut med stort antall styringsparametre. For de andre tre vedleggene er styringsparameterne forholdsvis like. Vedlegg 3 og 4 er generelt like: lik på sideantall, lik på antall styringsparametre og forholdsvis lik på måltall.

I oppdragsdokument 2020 er strukturen i dokumentet endret til å ta for seg tre overordnede målsetninger: 1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, 2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. (Denne strukturen går igjen fra oppdragsdokument 2016). Kanskje er dette et forsøk på å snevre fokuset i den overordnede helsepolitiske målsetningen. Men som det går fram i vedlegg nr 4, har dokumentet en underkategori på andre mål, som likevel sikrer bredden i styringen. Som tabellen viser, holder måltallet for 2020 seg stabilt sammenlignet med 2015. Det man kan merke seg i 2020 er at styringsparameterne følger de tre hovedkategoriene av mål, der hver av dem har 4 - 6 styringsparametre. I de øvrige vedleggene er styringsparameterne mer spredt på flere generelle mål innen spesialisthelsetjenesten. For øvrig har styringsparameterne i vedlegg 3 (2015), hovedvekt på brukeres erfaring med tjenestene, uten at denne tendensen fortsetter i vedlegg 4 (2020). (Vedlegg 1-4)

Grunnen til det høye tallet for styringsparametre 2010 er vanskelig å si sikkert. En målsetning som går igjen gjennom oppdragsdokumentene er å utvikle styringsparametre, gjøre disse så treffsikre som mulig i det å gi tilbakemelding på helsepolitiske målsetninger. Kanskje har denne utviklingen toppet seg i 2010, og man har sett nytten av å redusere antallet igjen, men presisere målbarheten i de styringsparametre som utvelges? Detaljeringsgraden er større i

styringsparametrene for vedlegg 2, sammenlignet med vedlegg 3 og 4. Vedlegg 2 teller for eksempel:

- antall helseinstitusjoner som har barneansvarlig personell
- antall barn som fødes av kvinner i LAR
- antall cochleaimplantatoperasjoner.

5 parametre går på måling av ventetid. 12 parametre går på målinger innen forskning og innovasjon. (Vedlegg 2, 2010).

I vedlegg 3 (2015) er det i større grad valgt ut ett eller to styringsparametre som viser utviklingen innenfor de ulike overordnede prioriteringene (eksempelvis 2 målinger på reinnleggelse, 2 målinger på hjerneslag, 2 målinger på pakkeforløp). Unntaket er fokuset på pasienters og legers erfaringer med behandling, dette gjøres gjennom 4 styringsparametre. Resterende har ett styringsparameter (tvangsinnleggelse, overlevelse, årsverk psykisk helse, sykehusinfeksjoner, fristbrudd, ventetid). (Vedlegg 3, 2015). Høyere måltall i vedlegg 1 og 2 kan også komme av de opprinnelige oppdragsdokumentene (2005 og 2010) ikke er like tydelig i fremhevingen av målene. Målene er i større grad fremhevet av meg, gjennom å lese tekst. Her kan det hende jeg har trukket frem flere mål på grunn av formen på dokumentene. Målene er lettere å gjenkjenne i dokumentene for 2015 og 2020.

Utviklingen av dokumentene, slik de fremgår av tabellen, er at styringsparametrene har holdt seg relativt stabile om vi ser bort fra en topp i 2010. Målene holder seg forholdsvis jevne fra 2015 til 2020, med en liten oppgang på 3 mål i 2020. Mål rettet mot Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023 er ikke med i vedlegg 4. Denne er utelatt for å bedre sammenligningsgrunnlaget (NHSP er ikke med i de øvrige vedleggene heller). Dersom NHSP 2020-2023 hadde vært med i vedlegg 4, ville måltallet økt med 30 mål). Antall mål har generelt gått litt ned fra 2010 til 2015, men trenden har ikke fortsatt i 2020. Også i 2020 kan man trekke frem detaljerte mål som at fastleger ikke skal brukes til administrativt arbeid for sykehusene (skrive resept, henvise pasienter, rekvirere pasientreiser til og fra sykehus). Tidspunkt for utskrivning fra fødsel skal tilpasses kvinnens og det nyfødte barns behov, og besluttes i samråd med kvinnen. Eldre pasienter med hjelpebehov skal sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid. (Vedlegg 4, 2020).

Detaljeringsgraden i styringsdokumentene syntes ikke å være avtakende gjennom perioden. Sideantallet i oppdragsdokumentene er blitt mindre med årene, men målformuleringen mer presis slik at måltallet i stor grad holdes oppe.

Oppdragsdokumentene er tematisk omfangsrike, i tillegg til å være detaljerte. En trend som holdes ved like gjennom perioden. (Vedlegg 1-4). Hovedprioriteringene i oppdragsdokumentene holdes stabile gjennom perioden (psykisk helse, rus, kreft, utvikling av mål- og styringsparametre, samhandling, kvalitet, brukermedvirkning, forskning/utdanning). Men det er også mange ulike tjenester og behov som får plass i dokumentene over kortere eller lengre tid. Dette viser til bredden i den «overordnede» helsepolitiske styringen. Som: kjeveleddsdisfunksjon, ADHD, Tourettes syndrom, autisme, pasienter med sansetap, tannhelsetjeneste i sykehus, pasienter med narkolepsi (Oppdragsdokument 2012). Hjerteflimmer, sykelig overvekt, Astma, kronisk utmattelsessyndrom, ernæring (2011). Donoransvarlig lege, vold og traumatisk stress, alvorlig hodeskade (2007) ...

5.2.5 Oppsummert utvikling av oppdragsdokumenter

Oppdragsdokumentene synes ikke å bære preg av at Helsedepartementet holder seg på det overordnede, strategiske plan, for så å overlate til RHF hvordan de vil iverksette politikken. Styringsdokumentene bærer snarere preg av at sykehusdrift i stor grad er politikk, og de sier mye om mange former for behandling og hvordan denne skal gjennomføres i praksis. Det er ikke noe som tyder på at Staten slipper opp kontrollen med sykehuspolitikken. Snarere kan det virke som vi har fått en sykehusorganisering som gir staten store muligheter i det å utøve kontroll og styring, også ned på detaljnivå. Denne utviklingen synes å holde seg på et stabilt nivå gjennom styringsdokumentene. (Styringsdokumenter, 2002-2020)

Styringsdokumentene er forholdsvis detaljerte og omfattende. De dekker store deler av behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Det er stort fokus på styringsparametere, kvalitetsindikatorer og resultatkontroll. Det viser at NPM-strategiene i form av mål- og resultatstyring absolutt er gjeldende. Sykehusreformen i seg selv legger lite føringer på hvordan sykehusene organiseres under RHF. Likevel oppmuntret styringsdokumentene til å lære av hverandres erfaringer og finne felles løsninger som kan sikre samordning og likeverdige gode helsetjenester til befolkningen. Styringsdokumentene legger føringer for at sykehusene og behandlingen som gis skal bli mer lik. Hvorvidt dette faktisk har skjedd; om sykehusene i Norge etter sykehusreformen har blitt mer lik i måte å organisere på, i behandlingstilbud, i kvalitet, i praksis, ville vært et interessant tema å undersøke. (Styringsdokumenter 2002-2020). Styringsdokumentene bærer ikke preg av at staten er tilbakeholden i sin styring over RHF. De viser heller til at staten har regien og stor kontroll på utviklingen av spesialisthelsetjenesten, hvilket også er et uttalt mål i lov om helseforetak. At alt ansvaret nå er samlet hos staten, kan virke som å være et steg videre i den institusjonelle

historiske utviklingen av norsk helsevesen fra lokal styring til sentral styring. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001); Opedal og Stigen, 2008)

6 Konklusjon

Helsesektoren utgjør en stor utgiftspost, samtidig som den er «allemannseie» og skal komme den enkelte samfunnsborger til gode når behovet melder seg. Utfordringen med å få utgiftsveksten i sykehussektoren under kontroll, samtidig som man sikrer tilgjengeligheten og kvaliteten i tjenestetilbudet gir seg utslag i ulike politiske reformer. Offentlig sektor har forandret seg, den ser annerledes ut i dag enn for ti, tjue og tretti år siden. Ledelseskriteriene har endret seg. Mye av denne utviklingen kan tilskrives NPM og helseforetaksreformen. Vi har fått organisasjonsendring fra forvaltning til foretak, men med en særegen norsk vri som har gitt staten det fulle og hele eierskapet av spesialisthelsetjenesten. Foretaksorganiseringen har gitt staten bedre verktøy for politisk styring av foretakene, med mulighet for delegering av beslutningsmyndighet til foretakene. Styringsdokumentene preges av sterk statlig kontroll i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, muligens på bekostning av lokal autonomi og frihet i daglig drift. Det er stort fokus på mål- og resultatkontroll, regulering, overvåking og evaluering. Nasjonal likhet sikres gjennom bruk av nasjonale standarder, retningslinjer og pakkeforløp, noe som innskrenker det enkelte sykehus sitt handlingsrom. Den lokale autonomien til det enkelte foretak handler i stor grad om ansvarliggjøring av at driften gjøres innenfor de rammer og retningslinjer som gis av staten, med økonomiske, personellmessige og strukturmessige virkemidler. Sykehusene tilpasses i større grad markedsmekanismer i form av fritt sykehusvalg, innsattsstyrt finansiering, rapportering på resultatindikatorer, rammebudsjettering og stykkprisfinansiering. Det er stort fokus på brukers rett til medvirkning og valgfrihet i bruk av tjenester. Det er økende krav til økt produktivitet og kostnadseffektivitet. (Byrkjeflot, 2008, 2011; Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Christensen et. al, 2017; Flåten og Knudsen, 2015; Greve og Pedersen, 2007; Hippe og Trygstad, 2012; Opedal og Rometvedt, 2005; Opedal og Stigen, 2008; Nerskogen 2013; Ramsdal og Skorstad, 2015; Styringsdokumenter 2002-2020).

Helseforetaksreformen bringer med seg noen NPM-baserte ledelseskriterier som tilsynelatende bryter med norsk forvaltningstradisjon. Likevel tilpasses ledelseskriteriene norsk, tradisjonelt styresett ved at staten sitter med det fulle eierskapet og mulighet for å utøve stor grad av kontroll. Den NPM-baserte sykehusreformen virker å passe inn i en historisk utvikling av norsk sykehuspolitikk der staten gradvis har overtatt mer og mer av

sykehusdriften som tidligere ble ivaretatt lokalt, av frivillige og kommuner.

Oppdragsdokumentene viser ikke til en fristilling av norske sykehus med stor autonomi i det å tilby befolkningen lovpålagte helsetjenester. De tyder heller på at staten utøver stor, og kanskje økende, grad av kontroll og styring med spesialisthelsetjenesten, også ned på detaljnivå. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Stigen, 2008; Styringsdokument 2002-2020). En hovedidé med foretaksmodellen var å redusere statens inngripen i dag-til-dag styring, samt styrke statens styring gjennom mål- og rammeorientert styring. Målet var å gjøre et tydelig skille mellom politikk, forvaltning og drift. Politisk styring skulle i større grad innrettes mot å formulere mål, bevilge penger og følge opp resultater. I et instrumentelt perspektiv på den NPM-inspirerte reformen vil det tilsi at Stortingets sykehuspolitiske engasjement i hovedsak skal komme til uttrykk ved prinsipielle og overordnede retningslinjer. Ut over dette skal engasjementet fra Stortingets side være begrenset. (Hippe og Trygstad, 2012; Opedal og Rometvedt, 2005; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Men, som vi har sett, er sykehusreformen preget av tvetydigheter og modifikasjoner hva gjelder prinsipper for NPM-basert ideologi. Dette kan skyldes at NPM-prinsippene treffer et norsk sykehusvesen med allerede nedarvede, politiske, institusjonaliserte normer, verdier og praksiser. Når spesialisthelsetjenesten utsettes for modernisering og re-organisering, treffer de moderne løsningene som innføres institusjonaliserte standarder som har vokst fram i organisasjonen over tid, og som ikke lar seg utslette med et pennestrøk. De uformelle normene står i kontrast til de formelle verktøyene (NPM-strategiene) som skal effektivisere norsk spesialisthelsetjeneste. (Bang, 2015; Christensen et al., 2017; Christensen et. al., 2016; Christensen & Lægreid, 2010; Jabobsen & Thorsvik, 2013). Formålsrasjonell logikk og institusjonelle verdier/trekk samarbeider ikke nødvendigvis. Nye reformer komplimenterer, heller enn å erstatte gamle reformer. Løsningen blir gjerne et kompromiss der man gir og tar fra begge leirer. Resultatet er komplekse og hybride offentlige organisasjoner. (Bang, 2015; Christensen et.al. 2016; Christensen & Lægreid, 2010; Christensen et al., 2017; Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I styringen overfor RHF synes balansen mellom sentral styring og institusjonell autonomi å være forskjøvet i retning sentralstyring. Tendensen i styringsdokumentene er at stadig mere kontroll og styring utøves fra staten gjennom standardisering av behandling, nasjonale retningslinjer, pakkeforløp, krav om samarbeid og resultatkontroll gjennom styringsparametre og måltall. Oppdragsdokumentene viser ikke til en fristilling av norske sykehus, ei heller til politikkenes tilbaketrekning. I stedet peker oppdragsdokumentene på at staten utøver stor, og

kanskje økende, grad av kontroll og styring med spesialisthelsetjenesten, også ned på detaljnivå. (Byrkjeflot og Grønlie, 2005; Opedal og Rommetvedt, 2005; Styringsdokument 2002-2020; Vedlegg 1-5)

Referanseliste

- Andersen, J.A. (2011). *Ledelsesteorier. Om ledelse skal lede til noe*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Angell, S.I., Byrkjeflot, H. & Wæraas, A. (2011). *Dilemmaer i omdømmehåndtering: Substans og fremtreden*. I Angell, S. I., Byrkjeflot, H., & Wæraas, A. [red.] (2011). *Substans og fremtreden: omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlag. Kap. 1. PDF Hentet fra uit.no
- Bang, H. (2015). *Organisasjonskultur*. (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2008). «*Ledelse i politisk styrte virksomheter, forskningsstatus og problemstillinger*.» Rapport til Kommunenes Sentralforbund. Hentet fra: uit.no
- Byrkjeflot, H og Grønlie, T (2005). «*Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentral styring*». I Opedal S og Stigen, I.M. (red), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen* (s 198-218). Bergen. Fagbokforlaget
- Byrkjeflot, H. (2011). *Et kritisk blikk på omdømmeblikket*. I Angell, S.I. Angell, Byrkjeflot H. & Wæraas, A [red.]. *Substans og framtreden: Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo Universitetsforlag. Kap 3, s 51-71.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2010), *Complexity and Hybrid Public Administration—Theoretical and Empirical Challenges*. PDF hentet [15 april 2019] fra: https://www.researchgate.net/publication/225361657_Complexity_and_Hybrid_Public_Administration-Theoretical_and_Empirical_Challenges
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. (2017) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Aars, J. (2016). *Forvaltning og politikk*. (4. utgave.) Oslo: Universitetsforlaget.
- FN-sambandet. *HDI – indeks for menneskelig utvikling*. Hentet [28 mai.2020] fra: <https://www.fn.no/Statistikk/hdi-menneskelig-utvikling>

- Greve, C. og Pedersen, D. (2007). «Strategisk offentlig ledelse i reformernes tidsalder.» I *Ledelse & Erhvervsøkonomi* 71 (4): s 195-206. Hentet fra: uit.no
- Haram, O., Mosveen, S.M., Sæther, A.M. (2019): *Høie vil ikke lage instruks mot natttransport – får hard kritikk*. Hentet [15 mai] fra Vg.no
- Helseforetaksloven (2001). *Lov om helseforetak m.m.* Hentet [28 mai 2020] fra: lovdata.no
- Helsenord.no. *Organisasjonskart Helse Nord*. Hentet [28 mai 2020] fra: helsenord.no
- Helsenorge.no. *Pakkeforløp for kreft*. Hentet [05.05.20] fra: <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft>
- Helsenorge.no. *Sykehusbehandling og andre spesialisthelsetjenester i EU/EØS-land*. Hentet [29 mai 2020] fra: <https://helsenorge.no/behandling-i-utlandet/sykehusbehandling-og-andre-spesialisthelsetjenester-i-eos-land>
- Hippe, J.M. og Trygstad, S.C. (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Fafo-rapport. Oslo.
- Jacobsen, D I (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utgave). Cappelen Damm AS
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkhaug, R (2017). *Endring. Organisasjonsutvikling og læring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Knudsen, H. og Flåten, B-T. (2015). «Strategisk ledelse». Kap. 1 og kap.18. Cappelen Damm AS.
- Kvåle, G. og Wæraas, A. (2006/2017). *Forsvar av organisasjonsidentitet*. I Kvåle, G. og Wæraas, A. (2006/2017). *Organisasjon og identitet. Et symbolsk perspektiv*. Samlaget, s 139-160.

- Læg Reid, P., Opedal, S og Stigen, IM (2003). «*The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy*». Stein Rokkan centre for Social Studies, UNIFOB AS. Hentet [21 april 2020] fra: bora.uib.no
- Nerskogen, E. (2013): *Helseforetakenes tilpasning til politiske reformer: omkostninger og gevinster ved formålsrasjonelle endringer*. Nordiske Organisasjonsstudier Nr 2/2013. Fagbokforlaget. (s 25-54). Hentet fra: <https://nos.portfolio.no/> Nr 2/2013
- Nerskogen, E (2013b): *Endringer i helseforetaksmodellen – nye organisasjonsformer for politikens eller pasientens skyld?* Fått privat på mail 8 nov 2019
- NOU 1996:5 (1996). *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Sosial- og Helsedepartementet
- NRK. (2018). *Norge igjen kåret til verdens beste land å bo i*. Hentet [26 april 2019] fra [Nrk.no](http://nrk.no)
- Opedal, S og Rommetvedt, H. (2005) *Sykehus på Løvebakken. Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen*. Tidsskrift for samfunnsforskning 02/2005. Artikkel hentet [21 april 2020] fra: idunn.no
- Opedal, S. og Stigen, I M (red.) (2008), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. (2 opplag). Fagbokforlaget.
- Ot.prp. nr.66 (200-2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/sec2>
- Ramsdal, H. og Skorstad, E.J., (2015). *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. (2.opplag). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Rommetvedt, H., Opedal, s., Stigen IM., Vrangbæk K. (2014). *Hvordan har vi det i dag da? Flernivåstyring og samhandling i Norsk og Dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rundskriv (2013), *Ledelse i sykehus*, hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>

Røvik, K.A (1992), *Den «syke» stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21 århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.* Hentet [28 mai 2020] fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

St.meld. nr. 26 (1999-2000): *Om verdier for den norske helsetenesta*. Hentet fra: regjeringen.no

Styringsdokument (2002-2020). *Oppdragsdokument Helse Nord RHF*. Hentet [28 mai 2020] fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Mål og styringsparametre 2005

(Bestillerdokument, 2005)

Mål

- RHF skal ha klar analyse av eget tilbud og befolkningens behov innenfor de ulike tjenesteområdene
 - Redusere kapasitet på områder med overkapasitet
 - Bygge opp tilbud med manglende kapasitet. Prioriterte pasientgrupper prioriteres
- Aktivitet som omfattes av ISF kan videreføres på samme nivå som i 2004
 - Ventetider skal holdes på et lavt nivå
- Rapporteringene skal standardiseres, for å kunne følge og sammenligne utviklingen.
- Ressursbruk og ressursinnsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer
- Prioritere pasienter med kroniske lidelser
- Prioritere kreftpasienter
- Etablere godt tilbud om lindrende behandling og omsorg for mennesker i livets siste fase
- aktiviteten ved sykehusene skal videreføres på omtrent samme høye nivå som i 2004.
- Det skal sikres kostnadskontroll
- Etablere system for kartlegging og oppfølging av avtaler med private avtalespesialister
- Vurdere hvordan aktivitetsrapportering fra private avtalespesialister med driftsavtale kan brukes i planleggingen av «sørge for»- ansvaret.
- RHF skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere mellom og innenfor ulike pasientgrupper
- Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal gis en individuell frist ut fra medisinsk forsvarlighet for når helsehjelpen senest skal gis.
- Etablere regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme
- Det skal utvikles medisinsk faglige retningslinjer og veiledning om god prioritering
- Kontinuerlig arbeide med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen
- Nasjonale tiltak skal følges opp
- Rapportere til det nasjonale system formåling av kvalitetsindikatorer

- Sikre data av god kvalitet på nasjonale kvalitetsindikatorer
- Etablere og videreføre nasjonale kvalitetsregistre og faglige retningslinjer
- Sikre nasjonal koordinering av kommende og etablerte medisinske kvalitetsregistre
- RHF skal planlegge, drive og utvikle sin virksomhet etter faglige retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringer og forskningsbaserte metoder for diagnostikk og behandling
- Helse Nord skal se til at tjenesten utøves innenfor helsefaglig lovgivning og rammeverk
- Registrere feil og uheldige hendelser i nasjonalt pasientsikkerhetsregister
- Opptrappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Nord skal realiseres, målene realiseres i 2008
- Ressursinnsatsen på psykisk helse skal økes utover det som legges til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern
- Prosentvis vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken
- Tjenesten skal desentraliseres og sykehusfunksjonene spesialiseres
- DPS-strukturen skal være på plass i løpet av 2006
- Selvstendighet og mestring i eget liv skal fremmes
- Tydelig brukerperspektiv: Pasienter og pårørende skal betraktes som en viktig ressurs og samarbeidspartner i tjenestetilbudet.
- Nedlegging av psykiatriske døgnplasser skal ikke skje før erstatningstilbud er på plass
- Ressurs- og kapasitetsfordeling må vurderes mellom sykehusnivå og DPS-nivå
 - Døgnplasser må vurderes opp mot alternativ ressursbruk ved dagtilbud, poliklinikk og ambulante team.
- Kapasiteten ved poliklinikkene skal styrkes
- Ambulante team skal etableres ved hvert helseforetak i 2005
- Ambulante team skal etableres ved hvert DPS i løpet av 2006
- Det skal legges til rette for utprøving av ambulerende akutt-team samt 24 timers akuttberedskap i utvalgte deler av regionen
- Bruken av tvang skal reduseres
- Det skal etableres samarbeidsavtaler mellom DPS og berørte kommuner for oppfølging og utskrivning av enkeltpasienter og veiledning av 1. linjetjenesten

- I løpet av 2005 skal det etableres avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og fengsler i regionen for å styrke behandlingstilbudet til innsatte
- En oppgradering av behandlingstilbudet for enkelte pasientgrupper må vurderes, som: Spiseforstyrrelser, dobbeltdiagnoser, ADHD, selvmordsforebygging, vold og traumeutsatte.
- Sikre samarbeid med barneverntjenesten slik at barn og unge som mottar bistand fra barnevernstjenesten, får nødvendig bistand fra barne- og ungdomspsykiatrien og rusmiddelinstusjonene i regionen.
- Alle DPS skal etablere kompetanse og tilbud for behandling av personer med dobbeltdiagnoser
- Styrke kompetansen og samarbeidet om volds- og traumerammede, inkludert flyktninger.
- Psykososialt team for flyktninger skal bidra til kompetanse i psykisk helsevern: fagutvikling, veiledning og undervisning
- Utvikle tilstrekkelig kompetanse i diagnostisering og behandling av barn, unge og voksne med ADHD
- Utvikle tilstrekkelig kompetanse i diagnostisering og behandling av volds- og traumerammede
- Helse Nord skal styrke kvaliteten og øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere (TSB)
- Alle rusmiddelmissbrukere som henvises TSB, skal vurderes for behov av somatisk og psykiatrisk behandling
- Helse Nord skal etablere og drifte et eget regionalt senter for LAR
- Data fra rusmiddelinstusjonene skal tilpasses SAMDATA systemet
- Det skal rapporteres tertialvis og årlig statusrapport på LAR-pasienter
- Rusreformen skal følges og evalueres ved utgangen av 2006
- De skal sikres helhetlig tilbud fra de ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og samhandling med kommunal helse- og sosialtjeneste
- Helse Nord skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering
- Tiltak beskrevet i strategiplan for habilitering av barn skal følges opp
- Handlingsplan for rehabilitering av hørselhemmede skal følges opp
- Tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade skal styrkes

- Fra 2006 skal opptreningsinstitusjonene få hele sin finansiering gjennom RHF
 - Helse Nord skal forberede og inngå avtaler minst tilsvarende det beløp som overføres posten.
- Funksjonshemmede og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester skal sikres tilstrekkelige ressurser. Kapasiteten skal opprettholdes på minst samme nivå som i 2004
- Nødvendig antall ambulante team skal opprettes
- RHF skal, i samarbeid med kommunen, vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede barn
- RHF skal samarbeide om punktet over for å sikre likhet i vurderingene
- Helse Nord skal sørge for nødvendig kunnskap om samisk språk og kultur for å ivareta rehabiliteringsoppgaver for den samiske befolkning
- Individuell plan skal utarbeides i samarbeid med kommune for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Sørge for kunnskap om språk og kultur for å ivareta samisk befolkning og andre minoriteter. Tilrettelegge for tolketjenester
- Det skal utarbeides helhetlige strategier som klargjør planene for utvikling av de enkelte lokalsykehus i regionen. Planene skal være basert på lokalsykehusenes nærhet til pasienter og primærhelsetjenesten
 - Planene skal klargjøre lokalsykehusenes rolle i en helhetlig strategi, inkludert regionale funksjonsfordelinger og helhetlige beredskapsopplegg
- Lokalsykehusenes funksjon skal innrettes mot behovene i de store sykdomsgruppene
- Det skal sikres likeverdig og tilstrekkelig tilgang på grunnleggende sykehustjenester av god kvalitet i hele landet
- Dagens struktur for lokalsykehus skal i hovedsak opprettholdes
- Alle lokalsykehus skal kunne ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller
- Lokalsykehusene skal utvikle desentraliserte tjenestetilbud i samarbeid med kommune
- Lokalsykehusfunksjonen inkluderer samordning av behandlingsforløp innad i sykehuset, med kommunal helsetjeneste, med brukerne.
 - Pasienter skal sikres helhetlige behandlingsskjeder
- Helse Nord skal følge opp handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006

- Det skal gjennomføres håndhygienekampanje
- Behovet for smittevernpersonell skal defineres
- Smittevernkompetansen skal utvikles
- Behovet for isolater skal vurderes i henhold til isoleringsveilederen
- Infeksjonskontrollprogrammene skal revideres og oppdateres
- Antibiotika forbruket skal overvåkes
- Tuberkulosekontrollprogrammene skal iverksettes og vedlikeholdes.
 - Tuberkulosekoordinatorer skal sikre tilfredsstillende kontroll
- Beredskapssammenhengen skal kartlegges med klare ansvarlinjer og prosedyrer for beslutninger om disponering av egne ressurser i en beredskapssituasjon
 - Etablere klare prosedyrer for samhandling med primærhelsetjenesten
 - Sørge for tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler
- Barents Rescue skal gjennomføres i 2005. Helse Nord skal delta i øvelsen
- Helse Nord skal samarbeide om lokalisering av funksjoner som ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner, samt etablere nødvendige avtaler om kjøp av høyspesialiserte tjenester.
- Det skal rapporteres på virksomheten til de ulike landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra Helse Nord er tillagt ansvar for
- Helse Nord skal sikre rapportering i tråd med de krav som stilles
- Helse nord skal inngå rammeavtaler/samarbeid mellom høgskoler og universitet i regionen
- Gjennom samarbeidsorganet/inngåtte avtaler, opprette nødvendig antall praksisplasser for helsefagstudenter
- Rapportere hvor mange medisinerstudenter som har deltatt i klinisk undervisning
- Fortløpende melde endringer i stillingsstrukturen for leger til databasen i sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefördeling
- Helse Nord skal sørge for kvalitativt godt tilbud og tilstrekkelig kapasitet i utdanningen av helsepersonell i grunnutdanning, turnus, videreutdanning og etterutdanning
- Det skal tilrettelegges for turnustjeneste også ved de mindre lokalsykehusene
- Helse Nord skal sørge for videreutdanning og etterutdanning av helsepersonell

- Intensivsykepleiere, anestesi- og operasjonssykepleiere skal prioriteres i videreutdanning av sykepleiere
- Fagområdet legemiddelterapi skal vektlegges i etterutdanningsammenheng
- Samlet kapasitet for utdanning i sykehusbaserte spesialiteter skal opprettholdes i regionen
- Øke produktiviteten og kvaliteten på forskning
- Det skal etableres tiltak for å sikre at krav til kvalitetssikring og habilitet ivaretas ved fordeling av tilskudd til forskning gjennom samarbeidsorganet
- RHF skal prioritere forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater
 - Bygge opp og spre kompetanse på fagområder gjennom nasjonale medisinske kompetansesentra
 - Sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning for sjeldne funksjonshemninger og syndromer
 - Kjønnsperspektivet skal ivaretas i forskning, kvinners helse prioriteres
- Øke forskning innen prioriterte fagfelt
- Det skal legges til rette for økt rekruttering fra profesjonsutdanningene til forskning
- Nasjonalt system for måling av forskningsresultater skal følges opp
- Felles mal skal etableres for måling av innsatsfaktorer til forskning
- Nasjonalt samarbeidsorgan skal sikre nasjonal samordning av forskning
- Helse Nord skal sørge for helhetlig opplæringstilbud til pasienter og pårørende med behov for opplæring
- Brukerne skal medvirke systematisk gjennom sine erfaringer i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak
- Lærings- og mestringssentra skal ivareta opplæringstilbud for pasienter og pårørende. Tilbudet skal være lett tilgjengelig for personer med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, og for deres familier.

Styringsparametre

- Øke innsatsen til psykisk helsevern og til TSB.
- Ressursinnsatsen skal økes utover det som legges til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern

- Prosentvis vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken
- Etablere og finansiere ytterligere et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005
- Minst 80% av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskriving
- Ingen korridorpasienter
- Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling ved lårhalsbrudd
- 90% av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner
- Helse Nord skal sørge for at andel innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5%
- Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal gis tilbud om behandling innenfor rammen av individuelle frister
- Ventetidene for poliklinisk behandling skal reduseres minst 10% for voksne (sammenlignet med 2004)
- Ventetidene for poliklinisk behandling skal reduseres minst 20% for barn og unge (sammenlignet med 2004)
- Ingen skal ha mer enn 10 dagers ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern barn/unge
- Ventetiden for TSB skal reduseres
- Helse nord skal inngå rammeavtaler/avtaler mellom høyskoler og universitet i regionen
- Gjennom samarbeidsorganet/inngåtte avtaler, opprette nødvendig antall praksisplasser for helsefagstudenter
- Rapportere hvor mange medisinerstudenter som har deltatt i klinisk undervisning
- Fortløpende melde endringer i stillingsstrukturen for leger til databasen i sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefording
- Månedlig skal forventede ventetider rapporteres Fritt sykehusvalg Norge

Vedlegg 2: Mål og styringsparametre 2010

(Oppdragsdokument 2010)

Samhandlingsreformen behandles i Stortinget 24.04.2010. Fokus: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen skal ha en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring i oppbyggingen av spesialisthelsetjensten.

Mål

- Ventetid til utredning/diagnostikk og behandling skal reduseres
 - Særlig fokus skal rettes mot ventetid poliklinisk virksomhet
- Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av private ideelle organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med RHF
- Samhandlings- og koordineringsfunksjonen skal ha tydelig ledelsesmessig fokus
- Nytt inntektssystem fullføres i 2010. Resultatmessig balanse skal prioriteres foran andre oppgaver.
 - RHF skal gå i balanse i 2010
- Det legges til rette for en generell vekst i pasientbehandling på ca 1.3% fra 2009 til 2010
- Vekst i poliklinisk behandling skal være større enn vekst for inneliggende pasienter
- Øremerket tilskudd innen TSB og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte i prosjektet «raskere tilbake» skal komme i tillegg til, ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen
- Kvalitetsforbedring foregår kontinuerlig, forankret organisatorisk
- Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal styrkes gjennom felles løsninger, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av data til kvalitetsforbedring og forskning
- Felles løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal implementeres
- Epikrise skal sendes tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlingen
- Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt i sykehus
- Forskrivningspraksis av legemiddelgruppen TNF-hemmere skal følge Nasjonale faglige retningslinjer

- Kvalitetsregister skal etableres for pasienter som benytter kostnadskreven biologisk legemidler for behandling av autoimmune lidelser
- Arbeidet til kliniske etikkomiteer skal videreføres
- Prioriteringsveilederne skal ligge til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp
- Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres
- Uønskede hendelser skal meldes og følges opp i læringsperspektiv
- Nasjonal pasientsikkerhetskampanje skal bidra til å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden og legge grunnlag for varige endringer
- Sikre trygge blodoverføringer (følge opp Helsetilsynets rapport «Sikker som banken...»)
- Tilsyn utført av Statens strålevern skal følges opp
- Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet brukernes behov
- Ventetidene til behandling skal reduseres
- Private aktører skal brukes der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte
- Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, samt i utviklingen av helsetjenester generelt
- Ny refusjonsordning for helsehjelp utenfor sykehus i andre EØS-land trer i kraft i 2010. Ordningen skal gi norske pasienter større valgfrihet
- Helse Nord skal finansiere Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern. Bruken av midler skal rapporteres på
- Helse Nord RHF skal finansiere og gjennomføre et tolkeprosjekt for å bedre tolketjenesten til samisk befolkning.
- Utvikle spesialisthelsetjenestetilbudet rettet mot samisk befolkning
- Helseforetakene skal informere pasienter og pårørende om klageadgang
- Tiltak iverksettes for å bedre informasjonen til publikum om sykehusenes vanligste behandlingstilbud.
- Ventetiden for pasientgrupper med lang ventetid skal gjennomgås
 - Redusere ventetid for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt
 - Redusere ventetid for pasienter med hjerteflimmer

- Bedre arbeidsdeling mellom sykehus
- Sørge for tilbud innen palliativ pleie og hospice
- Sikre ernæring som del av behandlingstilbudet
- Sikre oppfølging av nasjonale strategier
- Pasienter og brukere skal tilbys helhetlige tjenester, preget av kontinuitet og kvalitet
- Fødeinstitusjoner skal holdes åpne hele året
- Utvikle regionale planer for store pasientgrupper i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Identifisere flaskehals (kapasitet, tilgang på spesialister osv.)
- Bruk av individuell plan
- Utarbeide forslag til styringsvariabler/indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd/forsinkelser
- Veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten skal ivaretas
- RHF får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon
- Samhandlings- og koordineringsfunksjonen skal ha en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring
- Andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter skal økes
- Andelen polikliniske kontroller skal reduseres
- Overordnet mål: fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv
- Psykisk helsevern skal omstilles fra hovedtyngde på døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging
- Sykehusfunksjonene skal spisses
- DPS skal utføre hovedvekten i psykiatrisk behandling
- Brukermedvirkning skal være det bærende prinsipp
- Individuell plan skal bli mer utbredt
- Bruken av tvang skal reduseres og kvalitetssikres
- Utvikle konkrete samhandlingsmodeller med DPS/BUP og kommune (inkludert barnevernet)
- Rusmiddelavhengige skal sikres helhetlig behandlingstilbud
- Behandlingstilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser skal kartlegges, behandlingstilbudet styrkes

- Gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak skal videreføres
- Opptrappingsplanen for rusfeltet skal følges
- Kvaliteten og kapasiteten innen TSB og LAR skal styrkes
- Redusere ventetid
- LAR inngår som en integrert del av øvrig TSB
- Helsefaglig kompetanse i TSB skal styrkes
- Samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal styrkes
- Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes
- I samarbeid med kommune legge til rette for behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som venter på behandling TSB
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal følges
- Sikre helhetlig behandlings- og rehabiliteringsforløp
- Sikre brukermedvirkning
- Helse Nord RHF skal i 2010 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2009
- Tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig. Konkrete planer skal leveres departementet
- RHF skal sikre adekvat tilbud til pasienter med CFS/ME
- Nyopprettet døgntilbud i Oslo Universitetssykehus HF skal tas i bruk til de sykeste pasientene
- Antall organtransplantasjoner skal økes til 30 donasjoner per mill. innbyggere
- Tiltak skal iverksettes for å øke antall tilgjengelige organer
- Volumet på CI-implantasjoner skal videreføres
- CI-opererte skal få tilbud om habilitering og rehabilitering
- RHF skal sikre befolkningen i sin region nærhet til prehospitaltjenester med god kompetanse og kvalitet
- Kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus skal oppfylles
- Nasjonale krav til ambulanserbiler skal utvikles
- Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig

- Nye oppgaver og trender skal ivaretas gjennom forskning og kompetanseoppbygging
- Kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal gi individuelle og familierettede tilbud
- RHF skal rapporteres på nasjonale kompetansesentra gjennom felles rapporteringssystem
- RHF skal implementere nytt styringssystem for nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten i tråd med retningslinjer fra departementet
- Målet med etablering av en landsfunksjon eller en flerregional funksjon er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng
- Det skal rapporteres på lands- og flerregionale funksjoner på felles rapporteringssystem
- Nytt styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner skal etableres i tråd med retningslinjer fra departementet
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens legger føringer for RHF og helseforetakenes arbeid med smittevern
- Sykehusinfeksjoner skal overvåkes
- Antibiotikaforbruk skal overvåkes
- RHF skal ha god oversikt over hva som rapporteres regionale/nasjonale registre
- Helseforetakene skal levere kvalitetssikret materiale og sørge for kvalitetssikring i egen virksomhet
- Sikre kvalitet og samhandling i sektorens beredskapsplaner
- Erfaringer fra ny influensa A (H1N1) skal følges opp
- Helseforetaksgruppen skal ha oppdaterte, koordinerte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelse
- Sikre effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser
- Sikre velfungerende samarbeidsrelasjoner med russiske motparter på helseområdet
- Sikre riktig kompetanse og
- Sikre tilstrekkelig antall helsepersonell

- Etablerte samarbeidsorganer legger rammer for utdanningsoppgavene og tjenester som skal ytes
- Sikre tilstrekkelig antall kvalitativt gode praksisplasser
- Sørge for tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene
- Sikre økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter
- Bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning ved helseforetakene
- Bidra i utvikling av et pilotprosjekt om opprettelse av kompetanseområde i palliativ medisin
- Pasientrettet klinisk forskning skal styrkes
- Forskningskompetansen skal bygges opp
- Sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi
- Etablere nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene
- Øremerkede midler til forskning på samhandling med kommunal helse- og omsorgstjeneste skal øke kunnskapen om helhetlige pasientforløp og mer koordinerte tjenester for pasientene
- Felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner skal etableres
- Innovasjon skal øke offentlig verdiskapning gjennom kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene gjennom implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten
- Helse Nord RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017)
- Pasienter og pårørende som har behov for opplæring skal få et kvalitativt godt tilbud om dette
- Pasientopplæring skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv
- Opplæringen skal tilpasses pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn og pasienter med ulike funksjonshemninger

Styringsparametre

- Antall produserte DRG-poeng
- Refunderte polikliniske inntekter
- Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80%)
- Andel korridorpasienter (Mål: 0)
- Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: mindre enn 5%)
- Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres)
- Antall helseinstitusjoner som har barneansvarlig personell
- Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker. (Mål: 100%)
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk. (mål: skal reduseres)
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern barn og unge (BUP). (Mål: skal reduseres.)
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern voksne (VOP). (Mål: skal reduseres)
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB). (Mål: skal reduseres)
- Andel pasienter vurdert innen 30 dager. (Mål: 100%)
- Andel pasienter innen BUP vurdert innen 10 dager (Mål: 100%)
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år. (Mål: 100%)
- Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan. (Mål: økes)
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (Mål: skal reduseres)
- Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak
- Antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelses per institusjon (Mål: skal reduseres)
- Andel ikke planlagte reinnleggelses i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres)

- Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern
- Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet. (mål: økes)
- Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne. (mål: økes med 10%)
- Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS (psykisk helsevern). (Mål:andel årsverk innen DPS skal øke)
- Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.
- Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i TSB (mål: økes)
- Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar
- Antall cochleaimplantatoperasjoner skal rapporteres i årlig melding
- Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Nord RHF
- Årlig ressursbruk til forskning og utvikling total i Helse Nord RHF, herunder andel til psykisk helse og rus
- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Nord RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning
- Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7 Rammeprogram
- Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom RHF
- Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge
- Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater, BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.
- Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)
- Antall patentsøknader og registrerte patenter

- Antall lisensavtaler
- Antall bedriftsetableringer
- Antall forprosjekter finansiert av InnoMed

Vedlegg 3: Mål- og styringsparametre 2015

(Oppdragsdokument 2015)

Mål:

- Fritt behandlingsvalg-reformen innføres i 2015.
- Pasienters rett til valg av behandlingssted skal styrkes.
 - Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved offentlige sykehus. Men en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling. Mer kjøp fra private (gjennom anbud) for å redusere ventelister der dette er faglig og kostnadmessig forsvarlig
 - Aktivitet som omfattes av ISF på offentlige sykehus, vil utløse ISF også gjennom anbud
 - Dagens system med aktivitetsstyring, konkrete styringsmål i antall DRG-poeng, avvikles fra 2015, som følge av fritt behandlingsvalg-reformen. Sykehusene skal møte økt konkurranse ved å øke aktiviteten der kapasitet og økonomi gir handlingsrom.
- Samhandlingsreformen utgjør et overordnet rammeverk med føringer for videre utvikling av samlet helse- og omsorgstjeneste.
 - Gode pasientforløp
 - Flere tjenester der pasienten bor
 - Desentralisere spesialisthelsetjeneste der dette er hensiktsmessig
 - Bidra i å utvikle og styrke kommunal helse- og omsorgstjeneste (samarbeidsavtale og veiledningsplikt)
 - Betalingsatsen kommuner for utskrivningsklare pasienter er 4387 kroner i 2015
- Kreftbehandlingen skal styrkes
 - Diagnosesentre er etablert i 2014 og skal videreutvikles i 2015
 - Pakkeforløp kreft innføres i 2015 og monitoreres på styringsparametre
 - Samarbeidet mellom fastleger og sykehus skal styrkes
- Det iverksettes en forsøksordning der driftsansvaret for DPS overføres noen forsøkskommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse
- Fokus for utvalgte styringsparametre som grunnlag for departementets oppfølging av RHF er pasientsikkerhet og brukermedvirkning i tjenesten

- Kvalitetsindikatorerne følges opp i departementets oppfølgingsmøte med RHF
- Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenesteområder etterspørres og synliggjøres
 - Videreføre samisk tolkeprosjekt
- Inngå avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner
 - Vurdere behov for kjøp av tjenester også utenfor egen region
- Etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene
- Fra 1 mars 2015 vil norske pasienter få refundert utgifter til sykehusbehandling i andre EU/EØS land uten krav om forhåndsgodkjenning. Helse Nord RHF skal finansiere slik spesialisthelsetjeneste etter krav fra Helfo
- Døgnkapasiteten i TSB skal økes med totalt 200 plasser fra ideelle virksomheter
- Generell vekst i pasientbehandlingen; ca 2, 15%.
 - 0,15% av økningen skal være økning i fritt behandlingsvalg fra 2014 til 2015
- Psykisk helsevern og TSB skal øke mer enn somatikk
- Sikre videreutvikling og drift av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
 - Sikre felles infrastruktur
- Redusere ventetider
- Valgfrihet for pasienter
- Gode og effektive pasientforløp
- Pasienter, brukere og pårørende opplever å få god informasjon og opplæring
- Pasienter og brukere medvirker aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud
- Pasienters og brukeres erfaringer brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet på systemnivå
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager
- Ingen fristbrudd
- Etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70%
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er 70%

- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinator med nødvendige fullmakter
- Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er tilbud til hele befolkningen i regionen
- Etablert minst ett prostatacenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen
- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid
- Bedre og tryggere helsehjelp, økt overlevelse og mindre variasjon i behandlingstilbud og resultat mellom sykehusene
- Helseforetakene har understøttet den kommunale helse – og omsorgstjenesten, i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen
- Helseforetakene skal legge nasjonale faglige retningslinjer til grunn for tilbudet
- En enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten
- Redusere pasientskader med 25% innen utgangen av 2018 (målt fra GTT-undersøkelsen 2012)
- Omstillingen innen psykisk helsevern skal fullføres. DPS som nøkkelstruktur er lagt til grunn for fremtidige tjenester innen TSB
- Lagt til rette for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern
- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet
- Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte
- Etablert et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse
- Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.
 - Innen psykisk helsevern skal DPS og barn/unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.
- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter.
 - Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjoner

- Psykisk helsevern og TSB skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene.
 - Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved DPS
- Startet innføring av nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet
- Andel årsverk ved DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus
- Andel tvangsinnleggelses for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014
- I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud
- Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer
- Etablert strukturer og rutiner i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufetats regioner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjoner får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet.
- Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling.
 - avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde
- Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016.
- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus
- Tilstrekkelig kvalifisert personell og kompetanse
 - planlegge for bedre utnyttelse av de samlede personellressursene
- Utdanningsoppgaver er ivaretatt med god systematikk, kvalitet og i tråd med behov
- Bidra til bærekraftig utvikling i spesialisthelsetjenesten ved å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeiderne
- Den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene bidrar til å øke kommunens kompetanse i tråd med samhandlingsreformens intensjon

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet
- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin
- Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen
- Etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin
- Økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner
 - bidra til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp
- Økt innovasjonseffekt av anskaffelser
- Økt antall pasienter som får tilbud om deltakelse i kliniske studie
- Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Her forutsettes god dialog mellom RHF
- Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av «Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser» fra 2012
- Infrastruktur, utprøvingseenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene
- Øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning,
 - innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning
 - Utarbeidet felles retningslinjer for alle RHF for hvordan prosjektsøknad skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten.
- Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder persontilpasset medisin

Styringsparametre

STYRINGSPARAMETRE	MÅL	DATAKILDE	PUBLISERINGS-FREKVENNS
Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd	0%	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel kreftpasienter registrert i et definert pakkeforløp	70% ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis.
Andel pakkeforløp gjennomført innen tidsfrist	70% ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Sykehusinfeksjoner		Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager som øyeblikkelig hjelp, uansett alder/diagnose		Helsedirektoratet	Tertialvis
Pasienter, 18-80 år, innlagt med blodpropp i hjernen, behandlet med trombolyse	20%	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet		Helsedirektoratet	
RAPPORTERINGSKRAV	MÅL	DATAKILDE	PUBLISERINGS-FREKVENNS
Andel årsverk psykisk helsevern for voksne, fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årlig
Fastlegers erfaring med DPS		Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten (NKH)	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold til TSB		NKH	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		NHK	Publiseres 2015
Pasienters erfaring døgnopphold VOP		NKH	Publiseres 2015
Overlevelse 30 dager etter innleggelse sykehus		NKH	Årlig
Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)	Redusert sammenlignet med 2014	Helsedirektoratet	Årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter		NKH	Årlig

(Oppdragsdokument, 2015 s 9-10)

Vedlegg 4: Mål- og styringsparametre 2020

(Oppdragsdokument, 2020)

Overordnede føringer

Helse Nord RHF skal innrette virksomheten for å nå følgende hovedmål:

1. Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse
2. Prioritere psykisk helsevern samt TSB
3. Bedre kvaliteten og pasientsikkerheten på tjenestene
4. Gjennomføre oppgaver knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Mål

- Pasienter skal ha medvirkning i egen behandling
- Sikre helhetlige behandlingsskjeder
- Pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helse og rus skal implementeres
- Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres
 - Bruk av tolketjenester der det er behov
- Sikre målrettet og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
 - Implementere forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Etablere helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak
 - Etablere samarbeidsstrukturer
- Klinisk forskning skal integreres med pasientbehandling
- Sikre mest mulig likeverdig tilgang til utprøvende behandling
- Forbedre praksisundervisning for helsefaglige utdanninger
- Stimulere til næringsutvikling ved at næringslivet involveres i planlegging og utforming av planer og veivalg
 - Sikre rutiner for samarbeid med næringsliv
 - Benytte innovative, offentlige anskaffelser der dette er relevant
- I samarbeid med NAV, sørge for samtidig helse- og arbeidsrettede tjenester eller andre virksomme tiltak for pasienter som trenger det for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole
- Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenestene skal løses ved de offentlige sykehusene

- Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester skal gi bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer
- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i samtlige regioner. Mål: nedgang sammenliknet med 2019
- Under 50 dager i alle regioner innen 2021
- Pasientavtalene skal overholdes i regionen. Mål: minst 95% av avtalene skal overholdes innen utgangen av 2021
- Andel pakkeforløp kreft gjennomført innen standard forløpstid. Mål: minst 70%
- Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres
- Andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder. Mål: Økes sammenliknet med 2019.
- RHF skal i samarbeid identifisere områder med gode og dårlige resultater
- Felles erfaringskartoket skal etableres for å tilgjengeliggjøre og dele erfaring
- RHF skal i samarbeid følge opp anbefalingene i rapporten «Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten».
 - Indikatoren skal publiseres i løpet av første halvår 2020
 - Jobbe videre med å innføre samt ta i bruk døgn til dag-klassifisering (etter modell fra Directory of Ambulatory Care for Adults)
- Framtidig behov for psykisk helsetjeneste skal analyseres
- Fortsette arbeidet med å kvalitetssikre helseatlas
- Bedre samarbeidet rundt henvisninger
- Psykisk helsevern og TSB skal tilby sine tjenester i samhandling med kommunen
- Forebygge krise, akuttinnleggelser og bruk av tvang
- Pasientforløpene skal være effektive og av god kvalitet
- Høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå
- DPS og psykisk helsevern barn/unge skal prioriteres
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helse voksne
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge

- Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 30 dager for TSB
- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80%
- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80%
- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60%
- Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne og TSB
- Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2020
- I samarbeid med øvrige RHF og kriminalomsorgsdirektoratet, utarbeide en konkret plan for etablering av en områdefunksjon for spesialishelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB for innsatte
- Ta hensyn til samiske innsattes språk og kultur
- Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal implementeres
- Kvalitetsmålinger, uønskede hendelser, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasient- og pårørendeerfaringer skal brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid
- Risikovurdering av pasientsikkerhet skal inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av alle tiltak innad og på tvers av tjenestenivå
- Det skal sikres innrapportering til melde- og varselplikter
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 fastslår sykehusstruktur og akutfunksjoner
 - Ingen nedleggelse av fødetilbud ved sykehusene
- Tidspunkt for utskrivning fra sykehus etter fødsel skal tilpasses kvinnens og det nyfødte barns behov. Besluttet i samråd med kvinnen, i tråd med Helsedirektoratets veileder
- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade på regionalt nivå. Mål: reduseres sammenlignet med 2019.
- Andel enheter i et helseforetak med godt sikkerhetsklima. Mål: minst 75% innen utgangen av 2023

- Samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2020. Mål: 30% reduksjon sammenlignet med 2012.
- Ingen korridorpasienter
- Epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning somatisk helsetjeneste. Mål: minst 70%
- Antall nye kliniske behandlingsstudier økes med 5% sammenlignet med 2018.

Andre mål 2020

- Helse Nord RHF skal etablere et regionalt barnepalliativt team som skal:
 - Veilede de lokale barneavdelingene
 - Ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge
- Barnepalliativt team skal ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse.
- Eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov skal sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid.
- Følgetjeneste for gravide og fødende skal opprettes i samarbeid med kommunene. Helsedirektoratets veileder ligger til grunn. Det skal sikres:
 - Døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen time reisevei til fødestedet.
- Endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen skal dokumenteres, samt hvilken betydning dette får for bemanning og finansiering. Frist for innsendelse: 1 mars 2020.
- Det skal opprettes et landsdekkende lavterskeltilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn
 - Et helhetlig behandlingstilbud skal etableres høsten 2020 etter modell utviklet fra Helsedirektoratet
 - Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen
- RHF skal i fellesskap utvikle en plan for ParkinsonNet med nasjonal iverksetting i 2020.
- Brukermedvirkning skal sikres i etableringen av ParkinsonNet
- En Nasjonal koordineringsfunksjon skal etableres med viktige oppgaver i utvikling og vedlikehold av ParkinsonNet i alle deler av landet.
 - Den nederlandske modellen skal tilpasses norske forhold

- Helse Nord RHF skal etablere et helhetlig behandlingstilbud for pasienter med kjønnsinkongruens.
 - Helsedirektoratets anbefalinger, sammen med internasjonal fagkunnskap og andre lands erfaringer, skal ligge til grunn for arbeidet.
 - Retningslinjer for arbeidet publiseres i april 2020, og skal evt føre til justeringer i tilbudet etter behov.
- Nye kvalitetsregistre skal etableres i tråd med «Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre». Blant annet innenfor:
 - Nevrologi, inkludert ALS
- Fastlegene skal ikke brukes til administrativt arbeid som naturlig bør gjøres ved sykehusene (som: videre henvisninger til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten, rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus, sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, resept på nye legemidler.)
- Legeforeningens «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» bør ligge til grunn for samarbeidet med fastlegene
- Behandlingstilbudet til pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander med uklar årsak, skal videreutvikles
- RHF skal i samarbeid utvikle felles rammeverk for utprøvende behandling som kan tilbys enkeltpasienter etter individuell vurdering
 - Nasjonale prinsipper for utprøvende behandling skal ligge til grunn
- RHF skal i samarbeid utrede og implementere ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder
 - Tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten
- Revurdering av behandlingsmetoder fortsetter i samarbeid med øvrige RHF og andre instanser
- Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre
- Alle store sykehus skal ha spesialist i geriatri
- I samarbeid med øvrige RHF og andre relevante aktører, gjennomføre rapportering på indikator for kliniske behandlingsstudier
- RHF skal i samarbeid legge til rette for bruk av molekylære tester, genpaneler og biomarkører i forskning og klinisk praksis

- Det skal samordnes nasjonal infrastruktur for persontilpasset medisin til forskning og klinikk
- RHF skal i samarbeid med Innovasjon Norge og Norges forskningsråd finne fram til et mer treffsikkert forsknings- og utviklingsløp for nye og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

Mål- og styringsparametre for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er ikke tatt med i dette dokumentet

Styringsparametre 2020

1. REDUSERE UNØDIG VENTING OG VARIASJON	MÅL	DATAKILDE	PUBLISERINGSFREKVENS
Gjennomsnittlig ventetid	Redusert i regionen sammenlignet med 2019 - under 50 dager i regionen innen utgangen av 2021 (årlig gjennomsnitt)	Helse-Direktoratet	Månedlig
Andel pasientkontakter passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter.	Reduseres i regionen sammenlignet med 2019 - overholde minst 95% av avtalene innen 2021	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid (26 krefttyper, samlet)	Minst 70% - variasjonen i måloppnåelse skal redusere på helseforetaksnivå	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andelen planlagte episoder med tildelt time neste 6 måneder, målt ved indikatoren planleggingshorisont	Økes i regionen sammenlignet med 2019		
2. Prioritere psykisk helsevern og TSB			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB - Prioritere DPS og BUP	Gjennomsnittlig ventetid innen 2021 skal være lavere enn: - VOP: 40 dager - BUP: 35 dager - TSB: 30 dager - større prosentvis økning i kostnader og aktivitet	- Ventetid: Helsedirektoratet - kostnader: RHF sine regnskap - polikliniske opphold: Helsedirektoratet	
Forløpstid utredning BUP og VOP	Minst 80%	Helse-direktoratet	Tertialvis
Forløpstid evaluering av behandling i poliklinikk, BUP, VOP og TSB	Minst 80%	Helse-direktoratet	Tertialvis
Forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt TSB i døgnenhet	Minst 60%	Helse-direktoratet	Tertialvis

Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra: - VOP - TSB	Minst 50%	Helse- direktoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgn-behandling psykisk helse med minst ett tvangsmiddelvedtak	Redusert sammenliknet med 2019	Helse- direktoratet	Årlig
3. BEDRE KVALITET OG PASENTSIKKERHET			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade	Reduseres regionalt nivå sammenlignet med året før	Helse- direktoratet	Årlig
Andel enheter med godt sikkerhetsklime i helseforetak	Minst 75% innen utgangen av 2023	Målt ved undersøkelsen Forbedring.	Årlig
Forbruk av bredspekret antibiotika i norske sykehus	30% reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012	Helse- direktoratet	Tertialvis
Andel korridorpasienter på sykehus	0%	Helse- direktoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning somatisk tjeneste	Minst 70%	Helse- direktoratet	Tertialvis
Antall nye kliniske behandlingsstudier	Økt med 5% i 2020, sammenliknet med 2018	CRISTin	Årlig

(Oppdragsdokument, 2020, s 12-13)

Vedlegg 5: Nasjonale strategier/handlingsprogrammer

- Kreft (1998-2003)
- Psykisk helse, opptrappingsplan (1999-2008)
- Kvinnehelse (2003-2013)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- Kreft (2006-2011)
- Diabetes (2006-2011)
- KOLS (2006-2011)
- Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006-)
- Nasjonal helseplan (2007-2010)
- Opptrappingsplan for Rus (2007-2012)
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)
- Habilitering og rehabilitering (2008-2011)
- Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011)
- Spesialisthelsetjeneste for eldre (2008-2012): *Mestring, muligheter og mening*
- Forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotika resistens (2008-2012)
- Forebygging av ulykker som medfører personskaade (2009-2014)
- Aksept og mestring – nasjonal hiv-strategi (2009-2014)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): *Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle*
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011-2015)
- Demensplan 2015 – *Den gode dagen* (2012-2015)
- Nasjonal strategi for tobakksofrebyggende arbeid (2012-2016)
- Nevroplan 2015 (2012-2015)
- Nasjonal kreftstrategi (2013-2017): *Sammen mot kreft.*
- Hjerter- og karsykdommer (2013-2017)

- Diabetes (2013-2017)
- Kols (2013-2017)
- Nasjonal strategi innvandreres helse (2013-2017): *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*
- Norsk-russisk helsesamarbeidsprogram (2013-2017)
- Nasjonalt helseregisterprosjekt, Gode helseregistre – bedre helse. Handlingsplan (2014-2015.)
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017)
- Nasjonal overdosestrategi (2014-2017) – «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»
- Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017) «En god barndom varer livet ut» (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet).
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Strategi (2014-2018)
- Nasjonal helseberedskapsplan (2014-)
- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa (Oppdragsdokument, 2015)
- Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme (justis og beredskapsdepartementet) (Oppdragsdokument, 2015)
- Regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21 (2015-2018)
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015-2020)
- Nasjonal prosedyre for nødetatens samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2015.
- Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet. Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra Helsedirektoratet 2015.
- Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
- Handlingsplan for redusert bruk av antibiotika i helsetjenesten (2016-2020)
- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). Helse- og omsorgsdepartementet 2016
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helsedirektoratet 2016.
- # Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse (2016-2021)

- Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)
- Nasjonal diabetesplan (2017-2021)
- Psykisk helse: *Mestre hele livet.* (2017-2022)
- *Sammen redder vi liv* – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Kvalitet og pasientsikkerhet 2017
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata (2018)
- Helsenæringen – *Sammen om verdiskapning og bedre tjenester* (2018-2019)
- Nasjonal kreftstrategi (2018-2022). *Leve med kreft*
- Nasjonal strategi mot hepatitter (2018-2023)
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)
- Kvalitet og pasientsikkerhet 2018
- *Leve hele livet-* en kvalitetsreform for eldre (2019)
- Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2022)
- Handlingsplan for bedre smittevern (2019-2023)
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)
- Nasjonalt program for screening mot tarmkreft (Oppdragsdokument, 2019)
- Utprøvende behandling – nasjonale prinsipper. Nasjonal veileder (Helsedirektoratet, 2020)
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)