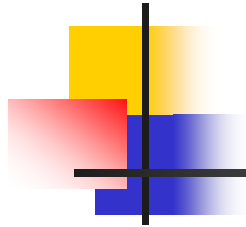




Autonomi, Transparens, Management; reformbevegelser i sykehus; noen resultater fra et forskningsprosjekt

Haldor Byrkjeflot, Stein Rokkan-senteret og
institutt for adm.org ved Universitetet i
Bergen

- **ATM** | Autonomy, Transparency and Management
Reform dynamics in health care



■ Bakgrunn





Formålet med ATM-prosjektet

- Utvikle forskningsbasert kunnskap omkring forutsetninger for endring og kontinuitet i helseinstitusjoner. Forstå hvordan reformer "virker" i praksis
- Bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet. Yte et bidrag til helseinstitusjonene i deres innsats for forbedringer av tjenestetilbud og helsetilstand
- Bidra til bedre samhandling, forbedre kommunikasjonen mellom helseinstitusjonene og befolkningen, ikke minst i forhold til pasientene og brukerne.



Design og samarbeidspartnere

- 10,6 mill, FIFOS/NFR + +
- Et komparativt forskningsdesign: regionalt/nasjonalt, nordisk, internasjonalt
- I samarbeid med Helse Bergen, forskere og stipendiater ved Høyskolen i Bergen, Høyskolen i Agder og Høyskolen i Molde, + Helse Vest og SEVU
- Nordiske samarbeidspartnere: FLOS(Kbh), Uppsala; Gøteborg, Ålborg: NOHRnet
- Cirka 25 masterstudenter, 4-5 Phd-stipendiater, 2-3 aktive forskere

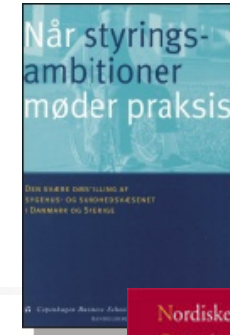
POLIS-seminaret (www.polis.no)



- Presenterer og diskuterer forskning og masteroppgaver omkring *Politikk, Ledelse og Organisasjon i helsevesenet*.
- Eksterne bidragsytere fra praksis og forskning og fra forskere og studenter i tilknytning til våre forskningsprosjekter, f.eks. masterstudenter som presenterer i Helse Bergen og forskere som presenterer på høgskolen i Bergen
- 95 avholdte seminarer 2002 – 2007!

Nordisk; NOHRnet

- Fra NFF; Bodø 1997, Uppsala 2001, Reykjavik 2000, Århus 2005, til...
- Copenhagen 2006
 - Reform and Reorganizing Processes in Scandinavian Healthcare
- Gothenburg 2007
 - Patient-centered care
- Uppsala 2008
 - Between private and public
- Oslo 2009





Nordisk og nasjonalt: LIHCOM

- Et prosjekt om strategisk kommunikasjon og omdømmehåndtering i helsevesenet og offentlig sektor 2007 - 2011
- se: www.polis.no

Regionalt: POLIS VEST

- Årlige regionale og nasjonale seminarer på tvers av foretak, utdanning, forskning



Molde 2007: brobygging mellom teori og praksis

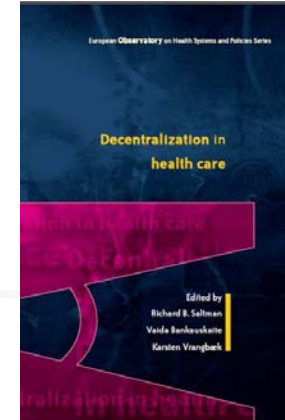
Molde 2007: Samarbeid mellom forskning, utdanning og praksis, brukerperspektiv på ledelse

Førde 2006: Helseforetaket som kunnskapsverksemd

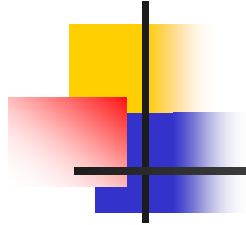
Bergen 2005: Reformen nedenfra, samhandling på tvers

Kristiansand 2005: Reformen i Norge og Danmark

Internasjonalt; diverse nettverk og prosjekter

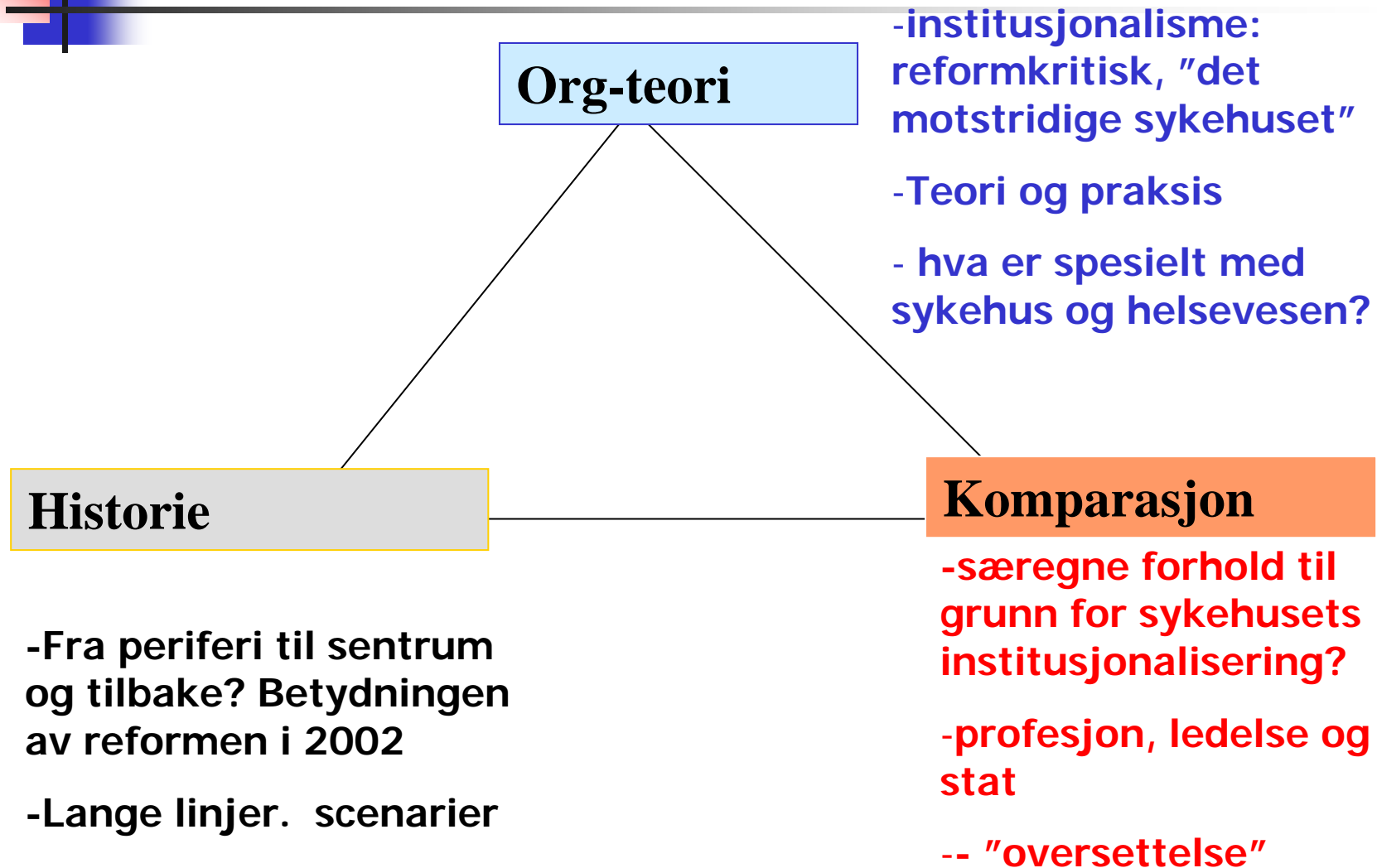


- OECD health observatory books; decentralizing + Nordic healthcare
- EGOS Bergen 2006, + annual conferences
- Stanford 2008; restructuring healthcare
- COST application: medicine and management
- EU; Knowandpol project



**ATM 2003 – 2008
FORSKNINGSTEMA OG
RESULTATER**

Organisasjonsteori, historie og komparasjon



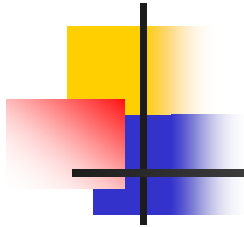
New public management (NPM)



- Tre søyler:

- **Autonomisering** (foretak, profesjonelle styrer, spesialiserte organisasjoner og tilsyn/fagetater)
- **Management** (enhetlig ledelse, indiv. kontrakter, lederutvikling, "la lederne ta styringen")
- **Kvasi-markeder**/indirekte kontrollsystemer (indre markeder, finansieringssystemer, fritt pasientvalg, brukerinnflytelse gjennom rettigheter og målinger)

Tema: Autonomi, Transparens og Management



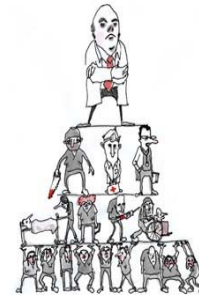
Autonomi



Transparens



Management



Foretak skal gi kostnadskontroll



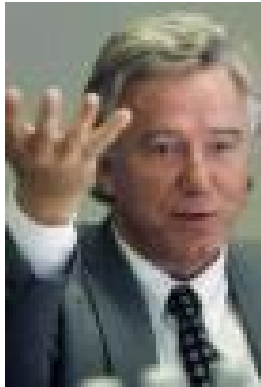
- Tønne: "Vi skal da ikke forvalte sykdommen i befolkningen! Vi skal behandle den. Det dreier seg om meget avansert tjenesteproduksjon" Derfor; Konsernorganisering og rolleavklaring (eierskap, styring og drift).



- Stoltenberg; hensikten er å gi sykehus kontroll over økonomien, Kontantprinsippet er "meningsløst"

MANAGEMENT

- Hellandsvik mener at sykehusene i dag er umulige å lede. Det er det han skal forandre på. Når alle ledere har ansvar for maksimalt 20 stykker i et system hvor alle opererer etter samme mål - som det er mulig å måle.



(Hellandsvik
2001, HD web-
sider,
Adresseavisa
18.02.04)

TRANSPARENS:

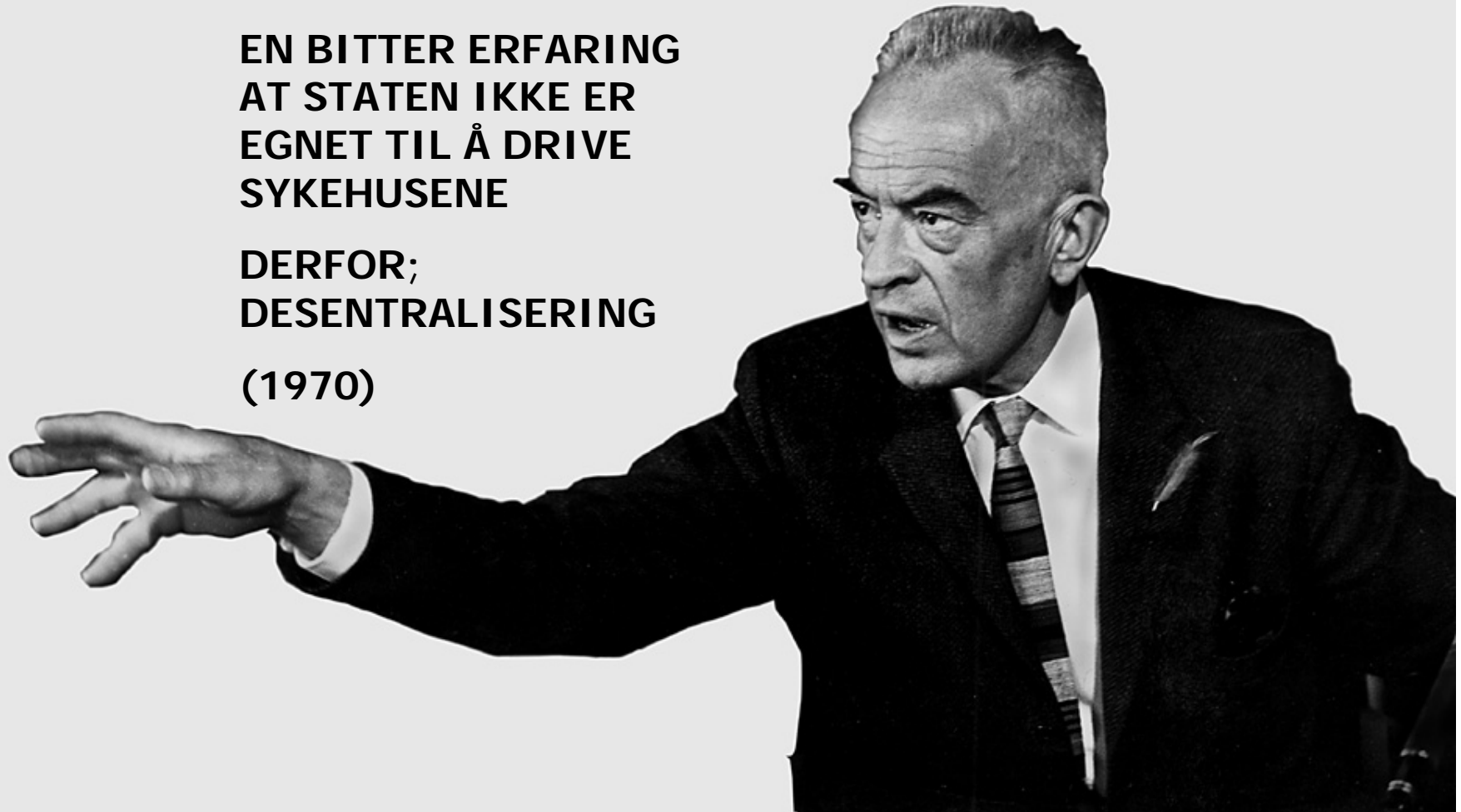
- ”Fra nær politisk kontroll i fylkesmodellen har utviklingen (standardisering og IKT) gitt styresmaktene unike muligheter til å få innsikt i de fleste aspekter av produksjonen av helsetjenester. Det er dermed blitt mulig for en i utgangspunktet perifer eier å utøve detaljert kontroll”

Helsestatens pioner: Karl Evang, Helsedirektør 1938 – 1972:

**EN BITTER ERFARING
AT STATEN IKKE ER
EGNET TIL Å DRIVE
SYKEHUSENE**

**DERFOR;
DESENTRALISERING**

(1970)



•Hagen-utvalget:

•**Vil registrere all produksjon ved sykehusene**

Ingen vet nøyaktig hvilke helsetjenester som produseres for de 35 milliarder kronene som hvert år brukes på sykehusene. Det må utarbeides et enhetlig system for å måle produksjonen.



-Vi ser en stille revolusjon.
Makten føres fra profesjon til pasient.

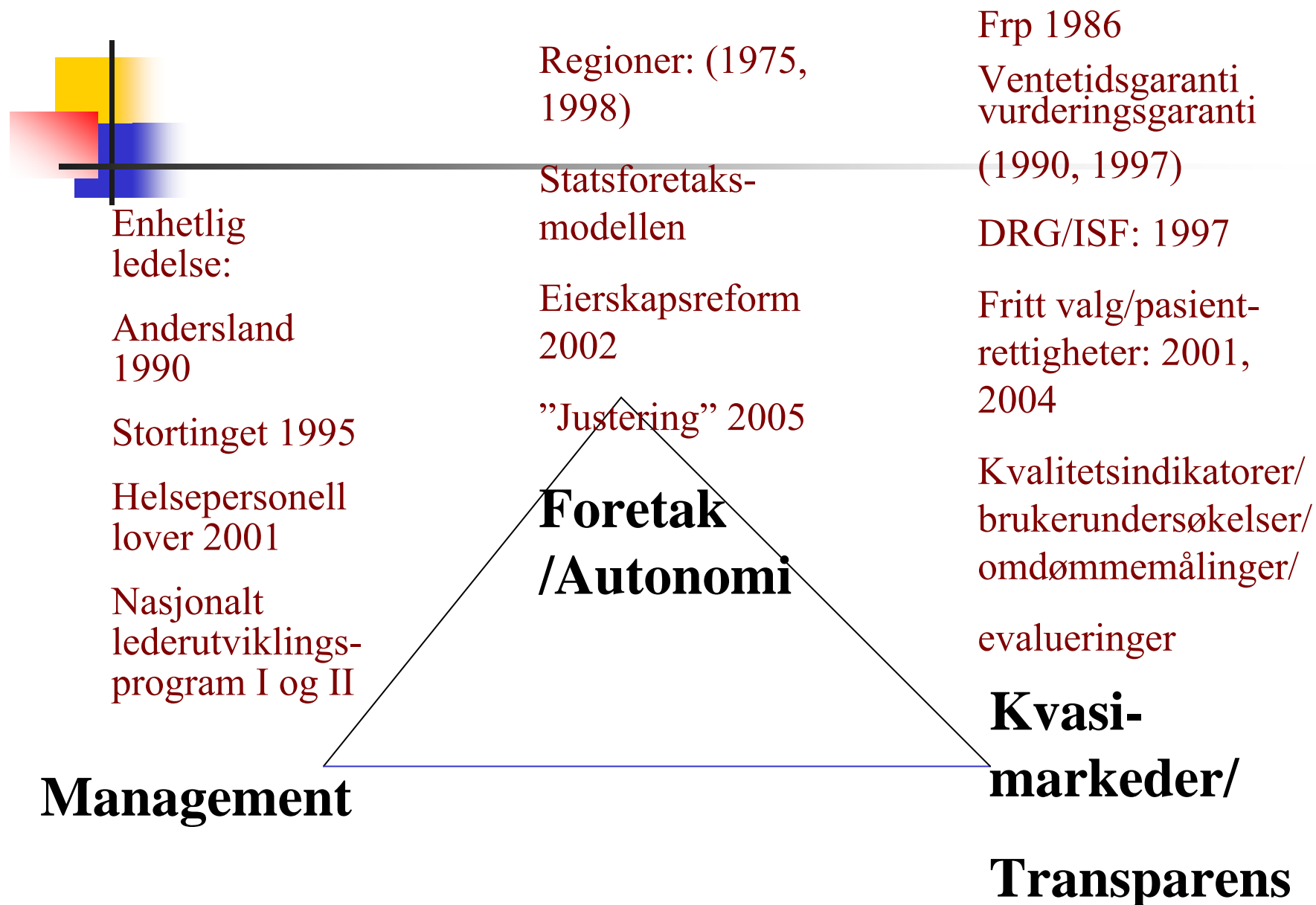
- Vi vet at vi ikke måler det vi skal men det er ingen vei utenom, vi må bare gjennomføre slike målinger, gjøre dem bedre...

Bente Mikkelsen (bilde), tidl,
viseadministrerende direktør
nå adm.dir i



Det danske Indenrigsministeriet:
"Vision om et fuldt gennemsigtigt
offentlig sundhedsvesen" (2003)

Reformer i Norske Sykehus



Resultater:

AUTONOMI

--Sykehusene er ikke blitt mer autonome, frustrasjon over manglende autonomi og resultat både blant profesjonelle og ledere

-Forskjeller mellom land mht hierarki-orientering + bruk av org-modeller

TRANSPARENS

-Mange flere måleparametre, men høyst usikkert om man vet mer om hva som "egentlig" skjer

-Norske helsetjenester er ikke spesielt "åpne"

MANAGEMENT

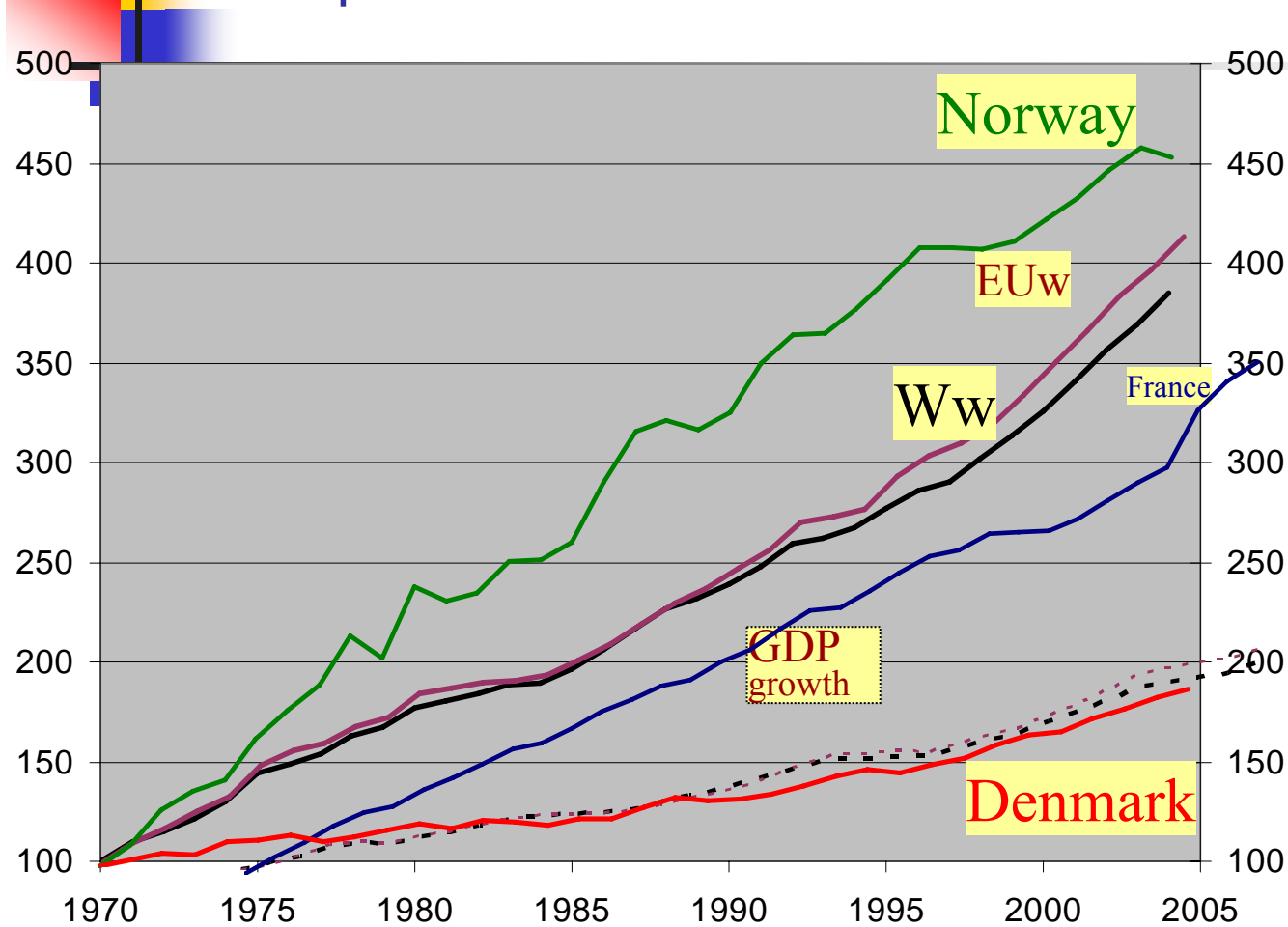
-Enhetlig ledelse er innført, men ikke management dvs praksis er høyst forskjellig og ledelse følger profesjons-grenser (N/S vs D/F)



DET NORSKE REFORMSPORET



Figur 2. Trends (1970-2004) in per capita real health care expenditure, 1970=100. NCU indices, deflated.



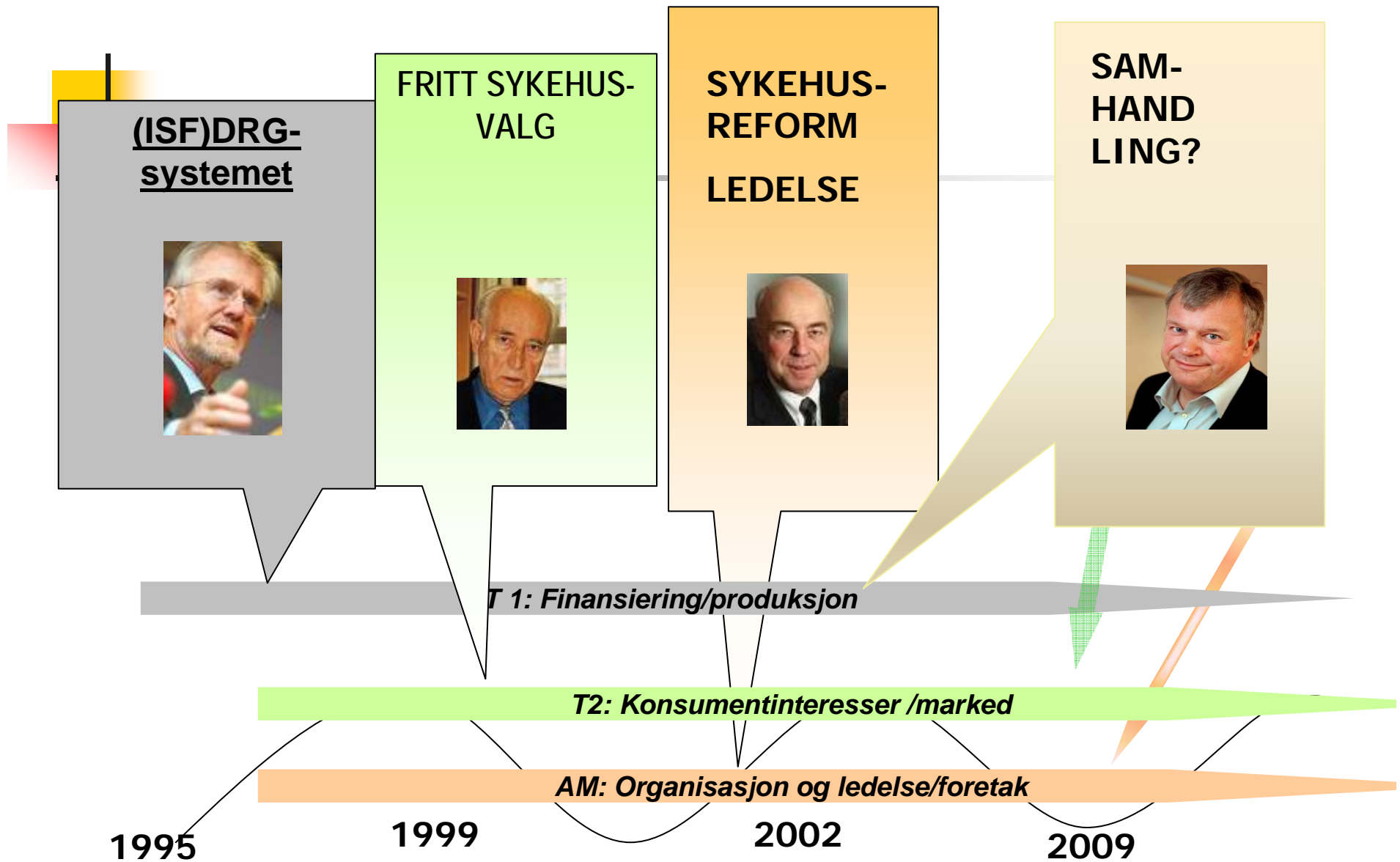
In some countries higher:
Norwegian real growth in health care exp per capita is $\approx 5\%$

Average growth rate of health care expenditure pr. capita (real prices) in EU-15 and Western World is 4%pa

About twice as high as real growth in GDP/capita

In some countries lower:
Danish real growth in health care exp per capita is $< 2\%$ - the lowest of all western countries

SYKEHUSREFORMER 1997 - 2010



Sykehusreformen 2002

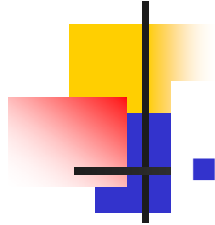
- **Hva sier evalueringene? Hva handler de om?**
- **Offisielle evalueringer;** NIBRetal 2004/2005, Agenda Muusmann 2005, resultatevaluering 2007
- **Alternative evalueringer;** Motmeldinger, ECON, fagforbundet osv, Folkebevegelsen for lokalsykehusene sept 2007
- **Lokale undersøkelser;** Solstad 2007 (Hålogalandsykehuset), Tjerbo 2007 (Innlandssykehuset) Gulbrandsøy 2009 (Helse Vest)
- **Annet:** Survey omkring sykehuslegenes synspunkter, tillitsindekser, omdømmemålinger, Spekter, Mandag Morgen mm.



Evaluering av evalueringer

- Summative og formative evalueringer
- Ofte påpekt at evalueringer i liten grad påvirker politiske/faglige beslutninger, men at ..
- Evalueringer belyser og mørklegger, ved sin evne til å fikse oppmerksomheten mot noe
- Evalueringer er med og skaper de organisasjoner og praksiser som evalueres
- Bidrar til nye grenser mellom fag og politikk

Evaluering av evalueringer



- (NIBR + A/M): kostnadskontroll, rolleklarhet, funksjonsfordeling, effektivisering/ventelister, ulikhet på tvers av regioner
- Agenda/Muusman; anbefaler brukerdemokrati og kvasipolitiske styrer;
- Res-evaluering: allmenne helsepolitiske målsetninger ikke reform 2002 Reliabilitet/metodevalg står i sentrum, ikke gyldighet
- Kvalitet/fag og Legitimitet lite i fokus, vekt på Effektivitet. Profesjonene/de ansatte sitt syn blir ikke evaluert.
- Gir skillet mellom prosess, funksjonalitet, resultat mening? Følges det opp i evalueringene?

Hva kunne (også) vært undersøkt?

- De ansatte og befolkningens oppfatninger og fortolkninger;
- Geografi og politikk. Stadige motsetninger mellom både geografiske steder og nivåer i systemet; hvordan påvirket reformen disse spenningsforhold?
- Endringsprosessen; hva slags forutsetninger ble lagt til grunn for implementering. Hva skjedde og hva lærte man av det?
- Foretaksmodellen og demokratiet; sykehusreformen ble vår regionreform dvs. demokratiske implikasjoner viktig, (sammenligning!).

MISTILLIT TIL REFORMEN:

Aasland et al. i Tidsskriftet for Lægef. nr. 17;

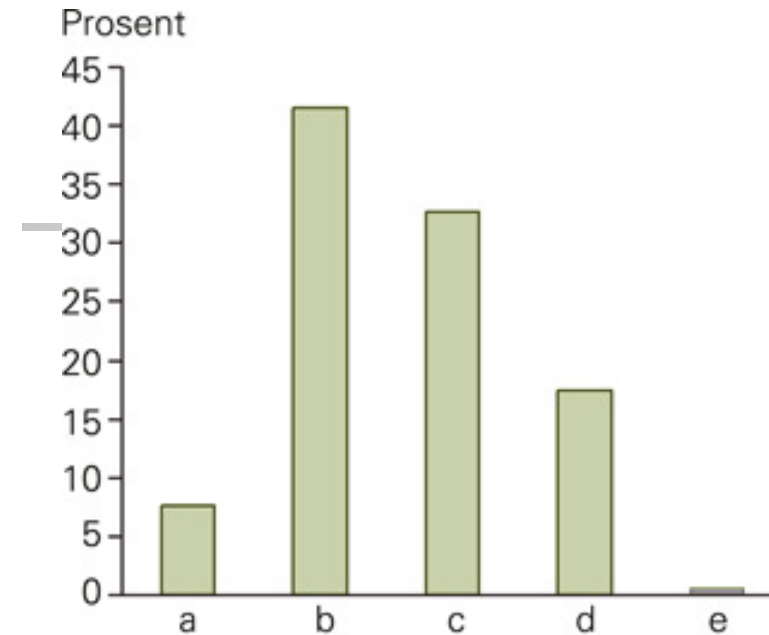
”En av to sykehusleger mener sykehusreformen har negative konsekvenser. Mange av legene mener også at reformen ikke har ført til bedre organisering, likeverdig tilbud eller høyere kvalitet”

MANDAG MORGEN okt-08 :

80 prosent av sykehusdirektørene vil ha samhandlingsreform

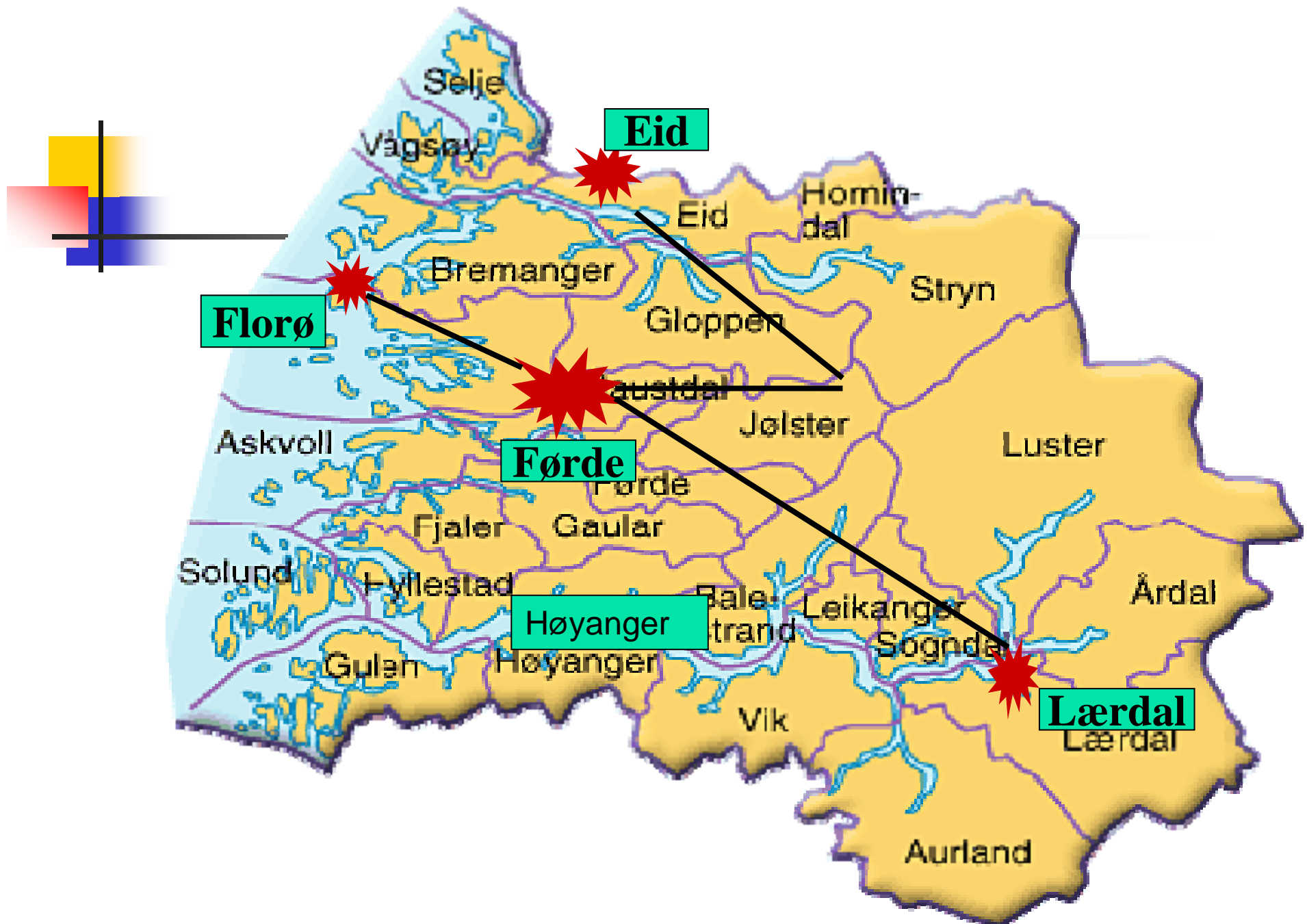
70%: for mange styringssignaler

Vil ha politikere ut av styrene

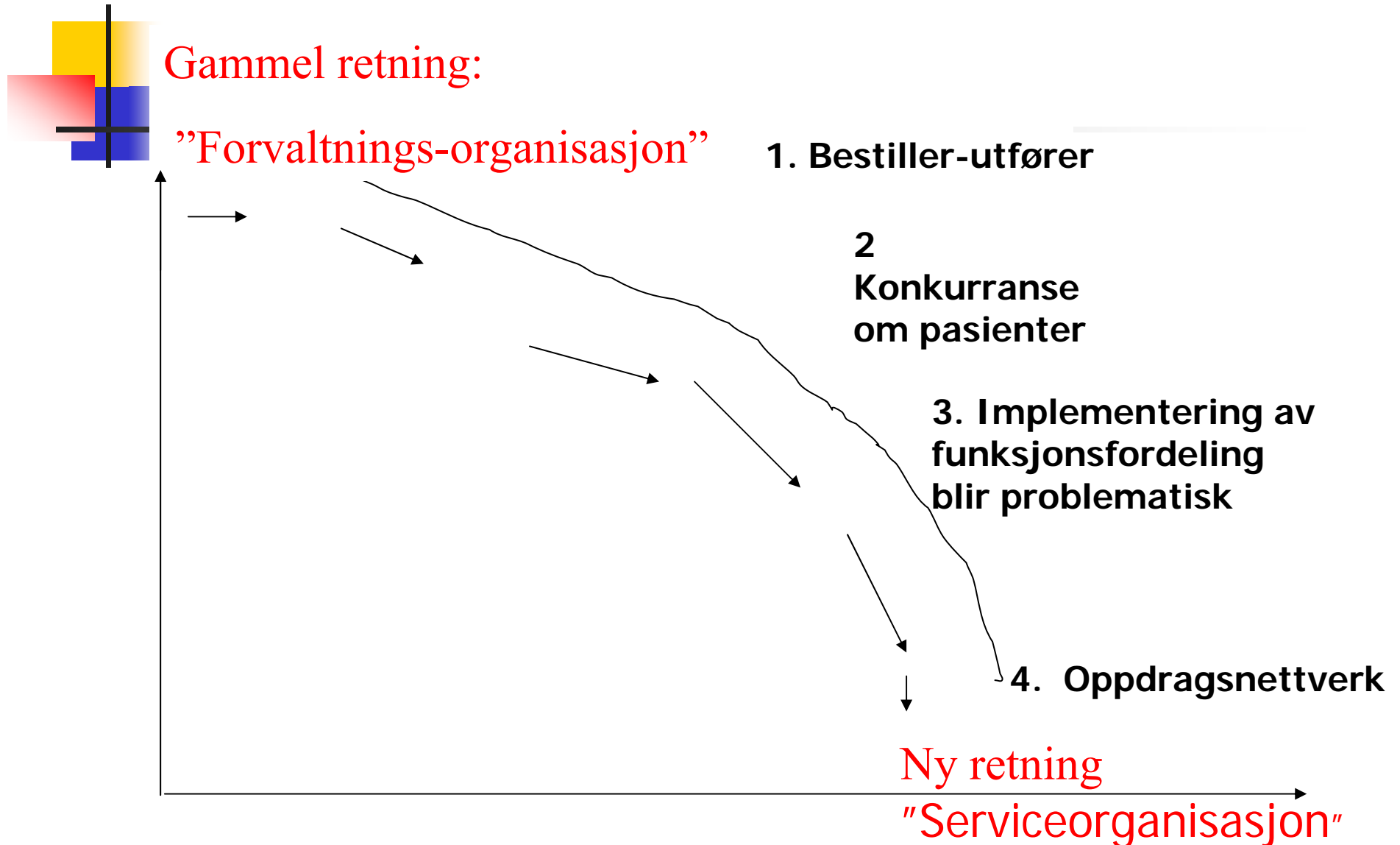


- a Svært negative (-2)
- b Negative (-1)
- c Uendrede (0)
- d Positive (+1)
- e Svært positive (+2)

Figur 1 Legenes generelle syn basert på spørsmålet «Alt i alt, har sykehusreformen stort sett hatt negative eller stort sett positive effekter for sykehusene?» N = 1 139

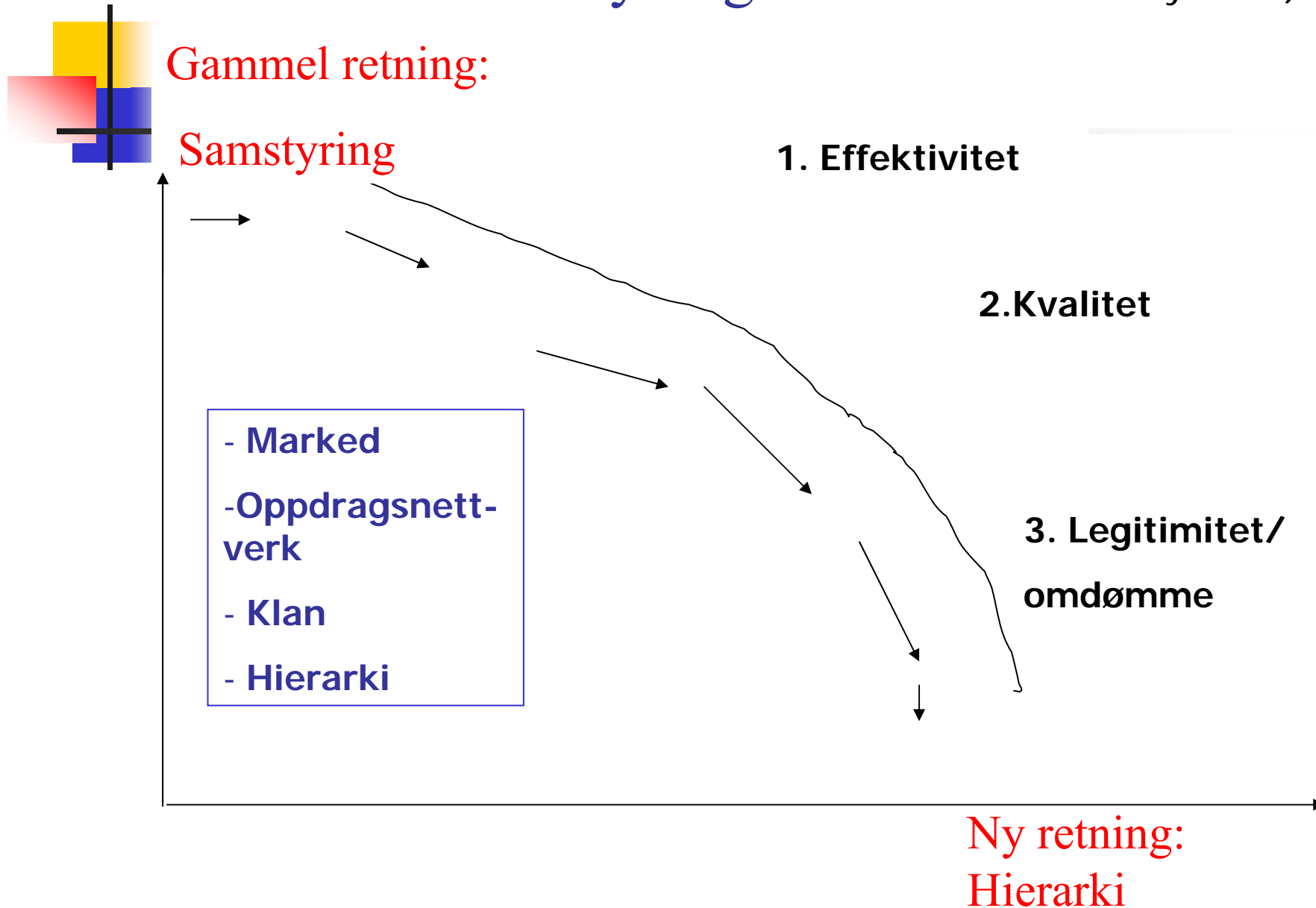


Endringsledelse 2001-2003

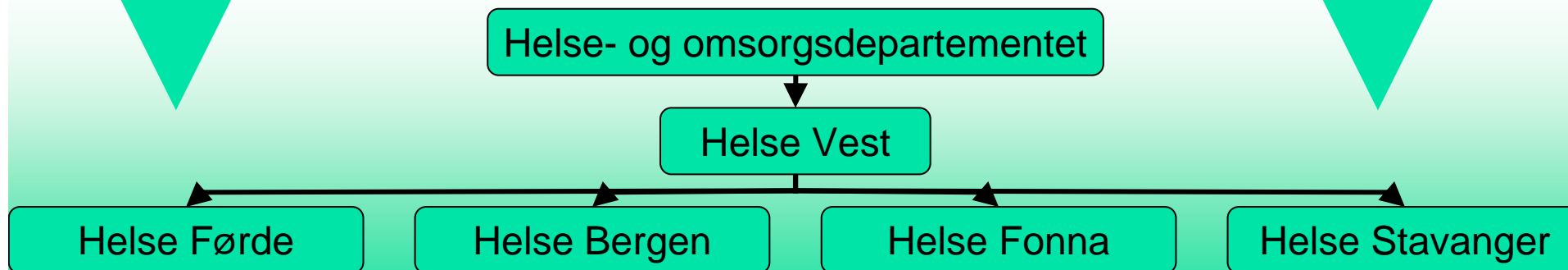


Endringsledelse 2003-2007: målforskyving

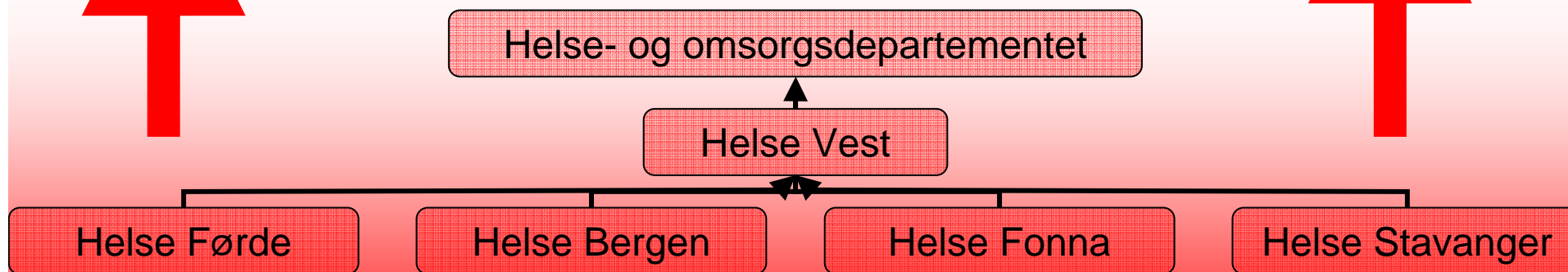
(Kilde; Byrkjeflot og Gulbrandsøy 2009)

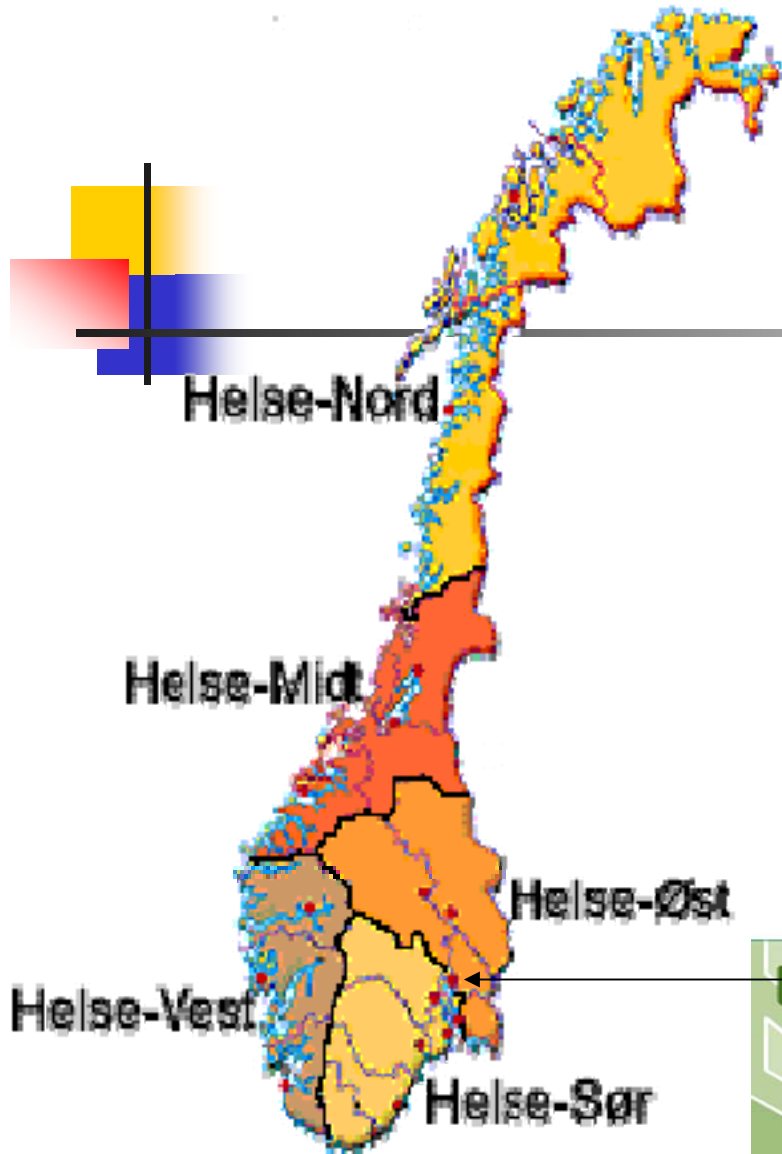


Foretaksmøte og styringssdokument (2002-2005)



Årlig melding (2002-2005)





Hvorfor skjer dette?

Fra lokalisme til
regionalisme til
sentralstatlig styring



Fra velferdslokalisme til sentralstatlig styring



- Velferdslokalisme: sykehusene er resultat av lokal mobilisering, baserer seg på lokale koalisjoner og (etter hvert) statlig støtte
- 1970-2002: Perioden for regional og lokal helseorganisering; 19 fylker, over 80 sykehus
- 2002: "helsestaten" tar over. Mot direkte konsernstyring (Byrkjeflot og Grønlie (2005))



Alternative fortolkningsrammer

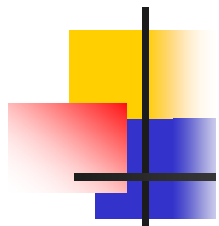
- 1. **New Public management:** Fra statens enevelde til pasienten og markedets era.
- 2. **Profesjonsstaten:** profesjonenes vekst og fall og gjenkomst, fra legestaten til multiprofesjonsstaten..., et modifisert profesjons-styre ("faglighet")



Dynamikken bak helsestaten

- Befolkningen etterspør mer helse, teknologisk utvikling/spes. + helsepolitikk sentralt politisk tema
- NPM: Fag, politikk og administrasjon: klar arbeidsdeling, men: vanskelig å skille detaljer fra prinsipper og dermed politikk fra fag, (eksempelvis prioriteringsdebatten, fødeavdelinger, kreftmedisin, nevrokirurgi)
- Aktuelle løsninger; Privatisering (Berg) og storslagent nytt institusjonelt design (Tønne mm). Tidstypisk at stordrift er løsningen (volum – kvalitet + effektiv administrasjon og politikk)
- (P.S. Finnes det også et tredje alternativ; småskala og eksperimentelt design?)

Helsestaten goes abroad; Mot slutten for desentralisert nordisk modell?



- Danmark og Norge; store reformer, rask utredning og gjennomføring (men; ulik demokratisk forankring, org-form, omfang..)
- Sverige; eksperimenter, lange utredninger, konservative vil ha reformer nedenfra
- Finland; også reform, men mer frivillighet
(Byrkjeflot og Neby 2008, Vrangbæk 2009)
- NB! Demokrati og størrelse; klassisk tema; også nyere undersøkelser

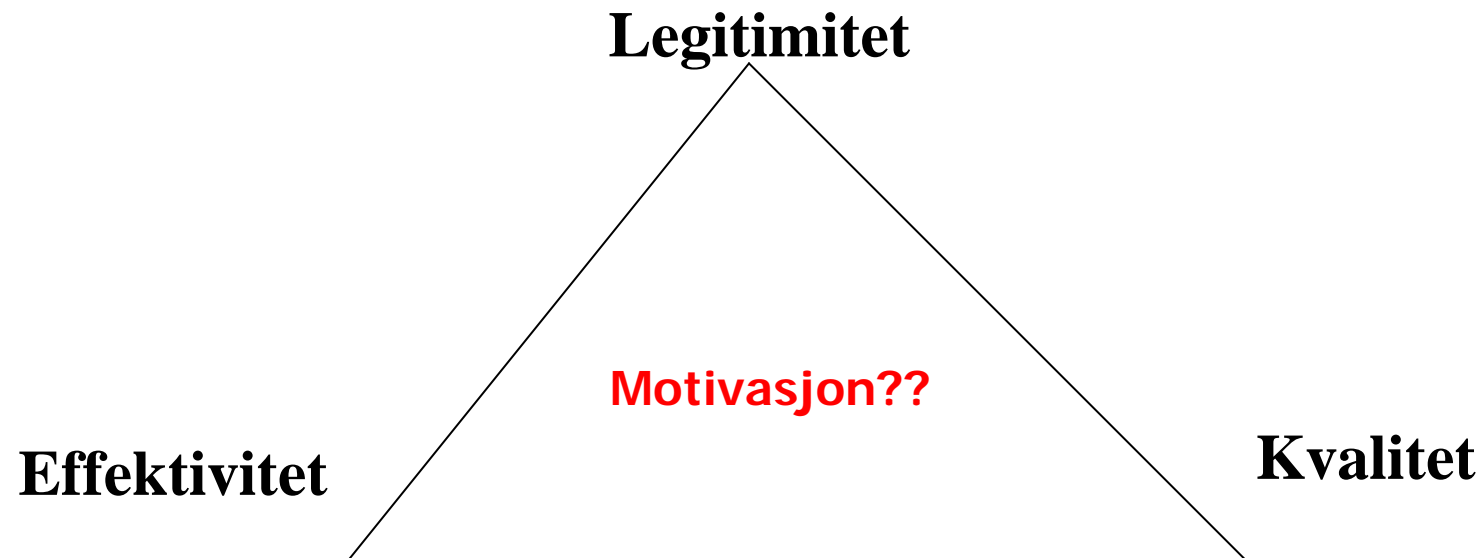


Hva nå?

- Helsevesenet er et endringsvesen; det er fullt av faglige og organisatoriske endringer
- Reformen er forsøk på å styre disse endringsprosessene
- I hvilken grad er det mulig å motivere de ansatte i helsetjenestene gjennom slike reformer?



Mål: Effektivitet, kvalitet, legitimitet





Ulike typer endringsarbeid og målinger i helsetjenester

- Effektiviseringsarbeid: mer for hver krone,
- Kvalitetsarbeid: resultatoppnåelse og prosesser, gjøre det rette
- Legitimeringsarbeid: skape tillit og oppslutning om tjenestetilbudet og behandlingen
- + + + Motiveringsarbeid; hva er det?.....

Videre problemer



- Samhandlingsproblemet: i organisering av nivåer og sektorer
- Rekrutteringsproblemet; omdømmestrategien og behovet for ny organisering av arbeidet
- Pasientforløpsproblemet; sett fra helsetjenesten og pasientens utgangspunkt
- Standardiseringsproblemet; lokal versus sentral utvikling
- Ledelse og Styring; Styring for effektivitet og medarbeiderledelse for å motivere og skape innovasjon nedenfra

Videre problemstillinger



- Foretaksmodellen
- Betingelser for styring gjennom kunnskap ("Endringsledelse")
- Hybridorganisering og hybridledelse
- Styring og medarbeiderledelse
- Å skape dialog og samhandling gjennom "fagligheten" eller
- Tillit gjennom transparens og omdømmehåndtering?