



Balansert målstyring i Helse Vest RHF



"Korleis kan balansert målstyring bidra til betre styring av Helse Vest RHF"

Sjølvstendig arbeid i hovudprofilen
Økonomisk styring

Av:

Knut Øyvind Myklebust

Rettleiar: Professor Norvald Monsen

Dette sjølvstendige arbeidet er gjennomført som eit ledd i masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og er godkjent som dette. Godkjenninga inneber ikkje at Høyskolen står inne for dei metodar som er brukt, dei resultat som er framkomne eller dei konklusjonar som er trekte i arbeidet.

Samandrag

Det har dei siste åra vore mykje debatt omkring økonomisk styring av sjukehussektoren. Denne utgreiinga tek føre seg bruk av balansert målstyring i Helse Vest RHF, og om dette rammeverket kan gi betre styring for organisasjonen. Eg presenterer først teori knytt til balansert målstyring, og gir eit samandrag av dei viktigaste styringsdokumenta for Helse Vest RHF. Vidare koplær eg saman teori og empiri for å sjå om balansert målstyring er mogleg å bruke i denne organisasjonen, og om det vil gi betre styring. Utgreiinga konkluderer med at det krev nokre endringar både i det strategiske fundamentet i organisasjonen og i den politiske styringa av helseføretaka for at ein skal kunne bruke balansert målstyring effektivt. Om dette kjem på plass, er det mykje som tyder på at rammeverket vil kunne gi betre styring i Helse Vest RHF.

Nøkkelord: Balansert målstyring , BSC, misjon, verdiar, visjon, strategi, Helse Vest RHF, sjukehus

Førord

Før eg byrja å studere økonomi og administrasjon, jobba eg to år som ambulansarbeidar i Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal. Dette arbeidet gav meg den første introduksjonen til helsesektoren, og eg har halde kontakten med sektoren ved å jobbe som ambulansarbeidar ved sidan av studiane. Både gjennom media og gjennom egne erfaringar, har eg fått inntrykk av at denne sektoren har problem med å få til ei god strategisk styring.

I løpet av studietida fatta eg interesse for balansert målstyring, og såg at dette rammeverket kunne ha potensial for å betre styringa for helsesektoren. Det var kombinasjonen av interesse for helsesektoren og balansert målstyring som førte til at eg valde dette temaet som grunnlag for dette sjølvstendige arbeidet som avslutning på masterutdanninga ved NHH.

Eg har i denne studien forsøkt å ordleggje meg på ein måte som skal gi eit utbytte også til lesarar utan stor kunnskap til verken økonomisk styring eller helsesektoren, og håpar at eg har lukkast med dette.

Eg vil takke Økonomi- og finansdirektør i Helse Vest RHF, Per Karlsen, for at han viste interesse for temaet, og samtidig oppfordra meg til å følgje mine egne ynskjer i det vidare arbeidet. Han inviterte meg også med på det første styremøtet i Helse Vest RHF i 2008, noko som gav meg eit godt innblikk i helseføretaket som eg har hatt mykje nytte av i skriveprosessen.

Eg ynskjer også å takke rettleiaren min, Norvald Monsen, for god oppfølging undervegs. Sjølv om vi har noko fagleg usemje, føler eg ikkje at dette har påverka engasjementet og kvaliteten på tilbakemeldingane.

Til sist vil eg takke alle dei som har vore hjelpsame med informasjon og råd undervegs. Ved å ikkje nemne nokon, gløymer eg heller ingen.

Og ikkje minst: Takk Ivar Aasen, for hovudmålet.

Bergen 17.06.08

Knut Øyvind Myklebust

Innhald

Samandrag	2
Forord	3
1 Problem og formål	7
1.1 Innleiing	7
1.1.1 Historisk utvikling	7
1.1.2 Etter sjukehusreforma	8
1.2 Formål	10
1.3 Utgreiinga sin vidare struktur	10
2 Metode	12
2.1 Generalisering	12
2.2 Datainnsamling	13
3 Helse Vest RHF	14
3.1 Ansvarsforhold	14
3.2 Styring av spesialisthelsetenesta	15
4 Balansert målstyring	17
4.1 Bakgrunn	17
4.2 Dei fire perspektiva	18
4.2.1 Balansen i balansert målstyring	18
4.2.2 Kausale samanhengar	19
4.3 Ideelle og offentlege organisasjonar	20
4.4 Tilpassing av perspektiva	22
4.5 Misjon, verdiar, visjon og strategi	23
4.5.1 Misjon/oppdrag	23
4.5.2 Verdiar	24
4.5.3 Visjon	25
4.5.4 Strategi	26
4.5.5 Implementeringshindringar	28
4.6 Bruksområde for balansert målstyring	29
4.6.1 Målesystem	29
4.6.2 Strategisk leiing	30
4.6.3 Kommunikasjonsverktøy	31
4.7 Innføring av balansert målstyring	32
4.7.1 Viktige faktorar for vellukka innføring	33
4.7.2 Kommunikasjon	35
4.8 Strategisk kart	36
4.9 Mål og målingar	36
4.9.1 Målingar i kundeperspektivet	37
4.9.2 Målingar for interne prosessar	38
4.9.3 Målingar for læring og vekst	38
4.9.4 Målingar i det finansielle perspektivet	40

4.9.5	Val av målingar	41
4.9.6	Talet på målingar	42
4.9.7	Resultatkrav.....	42
4.10	Tiltak.....	43
4.11	Nedbryting av balansert målstyring	43
4.12	Budsjett og balansert målstyring.....	46
4.13	Kostnader og tidsbruk	47
4.14	Tida etter implementeringa	48
5	Empiri.....	49
5.1	Helse 2020.....	49
5.1.1	Trygge og nære sjukehusenester	50
5.1.2	Heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk	54
5.1.3	Framtidsretta kompetanseorganisasjon	58
5.1.4	Gjennomføring, risikoar og kritiske faktorar.....	62
5.1.5	Ei vellukka gjennomføring	62
5.1.6	Gevinsthausting og dokumentasjon	62
5.1.7	Ansvar, myndigheit og resultatkrav	63
5.1.8	Ressursbruk	63
5.1.9	Rapportering av gjennomføring og resultat.....	63
5.1.10	Vegen vidare.....	63
5.1.11	Oversikt over tiltak i Helse 2020	64
5.2	Oppdragsdokument for Helse Vest RHF	65
5.2.1	<i>Mål for verksemda til Helse Vest</i>	65
5.2.2	Tildeling av midlar	65
5.2.3	Pasientbehandling	66
5.2.4	Kvalitet	67
5.2.5	Prioritering	70
5.2.6	Nøkkeldata	71
5.2.7	Område med særskilt vektlegging	71
5.2.8	Forskning	77
5.2.9	Utdanning av helsepersonell	77
5.2.10	Pasientopplæring.....	78
5.2.11	Sosial- og helsedirektoratet si rolle	79
5.2.12	Oppfølging og rapportering	79
5.2.13	Oversikt over styringsvariablar i Oppdragsdokumentet	80
6	Analyse.....	81
6.1	Misjon, Verdiar, Visjon og Strategi	81
6.1.1	Misjon.....	81
6.1.2	Verdiar	82
6.1.3	Visjon.....	82
6.1.4	Strategi	83
6.2	Helse 2020 versus Oppdragsdokumentet.....	84
6.3	Balansert målstyring som målesystem	86

6.3.1	Delkonklusjon	90
6.4	Balansert målstyring og strategisk leiding	90
6.4.1	Delkonklusjon	93
6.5	Balansert målstyring som kommunikasjonsverktøy	93
6.5.1	Delkonklusjon	95
6.6	Innføring av balansert målstyring	96
6.6.1	Strategisk kart	96
6.6.2	Målingar i kundeperspektivet	98
6.6.3	Målingar i interne prosessar	100
6.6.4	Målingar i lærings- og vekstperspektivet	101
6.6.5	Målingar i det finansielle perspektivet	102
6.6.6	Delkonklusjon	102
7	Konklusjon.....	103
7.1	Oppsummering.....	103
7.2	For praksis	103
7.3	For vidare forskning.....	104
7.4	Kritikk	104
8	Referansar.....	106

1 Problem og formål

1.1 Innleiing

Økonomisk styring i sjukehussektoren har vore eit heitt tema i mange år. Sjukehusreforma av 2002 skulle bidra til at ein fekk betre kontroll med denne sektoren enn ein hadde hatt tidlegare. Dei siste åra har likevel tallause medieoppslag om enten manglande kontroll eller manglande pasientbehandling ført til at mange har stilt spørsmål om sjukehusa blir styrt på ein god nok måte. Ei undersøking utført for Spekter, viste at sjølv om at Noreg er blant dei landa i verda som bruker mest midlar på helse, og har svært høg dekningsgrad av legar og sjukepleiarar, så er produktiviteten markant lågare enn dei vi samanliknar oss med (Dagens Næringsliv, 2008a). Denne utgreiinga vil knyte styringsproblema i denne sektoren saman med balansert målstyring (eng. Balanced scorecard), og drøfte om dette rammeverket kan bidra til å gi ei betre styring ved å nytte Helse Vest RHF som case.

1.1.1 Historisk utvikling

Dei helsepolitiske måla om kostnadseffektivitet, klinisk kvalitet og tilgjenge av helsetenester har i etterkrigsåra hatt eit djupt rotfeste i Noreg, trass i at tida har vore prega av skiftande utfordringar og skiftande bruk av styringsverktøy. På 1960- og delar av 1970-talet, vart den såkalla kurpengeordninga innført for å auke talet på sengeplassar i sjukehusa. Denne ordninga førte til at sjukehusa delvis vart finansierte basert på satsar per liggedøgn (Nerland, 2007). På midten av 1970-talet vart prinsippet om ein regionbasert sjukehussektor presentert. Formålet med denne var å oppnå ei hensiktsmessig geografisk spreining av sjukehusutbygginga. Vidare skulle kvar region ha eit fullverdig tilbod med både høgspesialiserte regionsjukehus, spesialiserte sentralsjukehus og mindre spesialiserte lokalsjukehus (St.meld. nr. 9 1974-1975, referert i Nerland, 2007). Sidan har denne delinga vore eit av grunnprinsippa i spesialisthelsetenesta, noko også i sjukehusreforma av 2002 understreka, gjennom dei fem regionale helseføretaka sitt "sørgje-for"-ansvar for innbyggjarane i regionen (Nerland, 2007 og St. meld. nr. 31 2000-2001).

Når sengekapasiteten i løpet av 1970-åra vart betra, kombinert med ein kraftig vekst i offentleg sektor, oljekrise og internasjonal økonomisk stagnasjon, vart ein meir oppteken av kostnadskontroll. Rammefinansieringa som vart foreslått og innført i 1980, var basert på såkalla objektive behovskriteria, og skulle bidra til ein betre kontroll med kostnadane (Nerland, 2007).

Mot slutten av 1980-talet fokuserte ein spesielt på lange ventetider og dårleg kostnadseffektivitet, noko som danna bakgrunnen for introduksjonen til delvis stykkprisfinansiering av sjukehusopphald frå 1. juli 1997. Den innsattsstyrte finansieringsordninga (ISF) skulle stimulere både til høgare aktivitet

og høgre kostnadseffektivitet i sjukehusa (St.meld. nr. 44 1995-1996). I siste halvdel av 1990-talet var det nye utfordringar som sto sentralt i forhold til styring av sjukehusa. Sviktande kostnadskontroll var ei av desse. Medan utgiftsauken i somatikken, altså sjukdom knytt til lekamen (ikkje psykisk), i åra 1980-1995 hadde lege på om lag 1,2 % per år, var auken på 4,8 % etter 1995. Mykje av grunnen til oppgangen var omfattande tilleggsøyvingar i løpet av budsjettåret. I tillegg var det geografisk variasjon i ventetider og klinisk kvalitet, manglande samordning av tilbodet i ulike helseregionar, samt ei organisasjonsmessig tilstiving i forhold til den medisinske og teknologiske utviklinga i sektoren. Det var difor tydeleg at noko måtte gjerast, og endring av eigarskap, tilknytingsform og av forvaltningsmessig oppgåvefordeling vart lansert som moglege verkemiddel for å få bukt med problema. Tre offentlege utgreiingsutval vart etter kvart oppnemnt til å vurdere verkemidla; Hellandsvikutvalet (1996), Sørensenutvalet (1999) og Wilhelmsen-utvalet (2000). St.meld. nr 31 (2000-2001) av 30. mars 2001 var basert på Wilhelmsens-utvalget sin rapport, og der tilrådde Kommunal- og regionaldepartementet at spesialhelsetenesta burde bli overført til Staten. Berre ei veke etter framlegginga av Stortingsmeldinga, vart lovforslaget om sjukehusreforma lagt fram for Stortinget i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Vi skriv no 6. april 2001, og forslaget var at overtakinga skulle skje allereie frå 1. januar 2002. Det vart med andre ord lagt opp til eit svært høgt tempo i prosessen. Lovforslaget vart behandla i Sosialkomiteen 29. mai, i Stortinget 6. juni og i Odelstinget 13. juni (Ot.prp. nr 66 2000-2001 og Nerland, 2007). Ein kan merke seg at det var Stortingsval same haust, og det er ikkje utenkeleg at Arbeidarpartiet yngste å få gjennom denne reforma før valet.

Regjeringa sitt lovforslag førte til endra verkemiddelbruk for å freiste å få bukt med utfordringane sektoren stod overfor. Framleis la ein likevel vekt på dei helsepolitiske måla om kostnadseffektivitet, klinisk kvalitet og tilgjenge. Tore Tønne var helseministeren som sette i verk Sjukehusreforma, og han hadde store ambisjonar: *"Ventetider skal måles i dager og uker, ikke i måneder og år og sykehus skal være ledelsesdrevet - ikke rundskriv og spørretimestyrt"* (Tønne, 2001, sitert i Grund, 2006).

1.1.2 Etter sjukehusreforma

Etter over 5 år med den nye eigarstrukturen ser ein at fleire har fått behandling og at ventelistene har vorte reduserte. Enkelte sjukehus kan også arbeide meir rasjonelt og strategisk gjennom den nye organiseringa. Men sjølv om reforma har sett i gang mange endringsprosessar, har politikarane halde fram med å gripe så sterkt inn i styringa at mange forskarar meiner at modellen er meir eit føretak i namnet enn i gagnet (Grund, 2007) Dette vart stadfesta i februar i år, då den profilerte styremedlemmen i Helse Førde, Kjell Opseth, gjekk av som følgje av at dei regionale og lokale styra ikkje fekk noko handlingsrom av regjeringa til å gjere grep for å halde budsjettet (Johnsen, 2008).

Det som har vore grunnsteinen for styring av all offentlig verksemd i Noreg etter krigen, er budsjettet. Sjølv om budsjettet som verktøy har røter tilbake til kammerforvaltningstida på 1500-talet, var det først i samband med Marshall-hjelpa etter andre verdskrigen ein laga det første budsjettet som gjaldt heile nasjonen – nasjonalbudsjettet (Høgheim, 2007). I dag er det over Statsbudsjettet ein fordelar midlar til dei aktivitetane som ein ynskjer utført, og på denne måten kan ein få ei viss styring med dei ulike aktivitetane. Sidan det er over Statsbudsjettet løyvingane kjem, er det også naturleg at mottakarane av løyvingane nyttar budsjett som styringsverktøy.

Det som gjer sjukehussektoren spesiell, er at ein ikkje berre kan halde seg til dei tildelte rammene, og stengje dørene når midlane er brukt opp, slik ein kan gjere med til dømes samferdselsprosjekt. Storparten av sjukehusa sine pasientar kjem inn for augeblikkelig hjelp, og må takast under behandling straks. Samtidig har fleire andre pasientgrupper lovfesta rett til naudsynt behandling innan ei viss tid. Sjukehusa må difor vere i drift uavhengig av budsjettløyvingar.

Noreg er eit av dei landa i verda som brukar mest pengar per innbyggjar på helse (DN, 21. 05.08). Likevel er mange misnøgde med det tilbodet av helsetenester som er i dag. Dette skuldast nok ikkje at vi har vesentleg dårlegare tilbod enn dei vi samanliknar oss med, men snarare at tilbodet er dårleg i forhold til det potensialet som ein meiner ein har innanfor denne sektoren og i forhold til dei midlane vi brukar per pasient.

Nyare studiar har kome til at budsjettet har svært liten effekt som styringsverktøy i sjukehussektoren, og at dette kan vere grunnen til det store ressursbruket (Sando og Andersen, 2007 og Nyland og Østergren, 2007). Nyland og Østergren (2007) fann at sjølv om det har vorte eit større fokus på økonomiske spørsmål blant avdelingsleiarar i helsesektoren, så vert budsjettavvik framleis oppfatta som akseptabelt så lenge årsaka til avvik kan forklarast. Ein kan såleis seie at avdelingsleiarane først og fremst føler dei har eit rapporteringsansvar, og ikkje eit konsekvensansvar. Samstundes viser undersøkinga at berre 40 % av avdelingsleiarane meiner dei har god moglegheit til å sette i verk tiltak for å tilpasse kostnadane tilbudsjettet (Nyland og Østergren, 2007). Også 40 % av leiarane meiner at det ikkje er ei klar kopling mellom strategi og budsjett, og ¼ meiner at gapet mellom strategi og budsjett er så stort at dei vanskeleg kan identifisere seg med budsjettet. Ein stor del av dei spurde meiner også at god medisinsk kvalitet vanskeleg let seg kombinere med budsjettbalanse i avdelinga (Nyland og Østergren, 2007). Magnussen-utvalet såg på finansieringa av dei ulike helseføretaka, og dei kom med sin rapport i byrjinga av 2008. Utvalet hevdar at det er ei skeivdeling av midlar i Helse-Noreg, og at ein bør innføre ein ny fordelingsmodell som jamnar ut dette. Medan både Helse Vest og andre regionale helseføretak strevar med å få budsjettet i balanse, får Helse Sør-Øst 781 millionar for mykje og dei andre helseføretaka tilsvarande for lite om ein legg

rettferdig fordeling til grunn (NOU 2008: 2). I tillegg til dette vart det i mai i år løyvd 110 millionar ekstra til det mykje omtala sjukehotellet på Rikshospitalet (BT, 26.05.08). Det er grunn til å tru at denne informasjonen ikkje vil gi særleg auke i motivasjonen til dei tilsette når det gjeld å budsjettet i balanse.

Nyland og Østergren (2007) peikar i sin rapport på behovet for eit felles språk som kan skape ein fruktbar dialog mellom ulike aktørar, fag og organisasjonar i helsesektoren. Balansert målstyring har potensiale til å gi ei betre strategisk styring av organisasjonar enn budsjettet (Kaplan og Norton, 1992 og Niven, 2008), samtidig som det også har eigenskapar som gjer det lettare å kommunisere på tvers av yrkesgrupper (Aidemark, 2001), og rammeverket kan difor tenkast å vere verdifullt for sjukehussektoren.

1.2 Formål

Sjølv om budsjettet blir mykje brukt i helsesektoren, har studiar vist at det fungerer dårleg for å realisere strategien til organisasjonen. Samtidig viser studiar at det er behov for eit felles språk mellom ulike profesjonar i sektoren. Balansert målstyring har eigenskapar som bidreg både til styring mot strategiske mål (Kaplan og Norton, 1996a), og til å lette kommunikasjonen mellom ulike profesjonar (Aidemark, 2001). I denne masterutgreiinga skal eg sjå nærare på om Helse Vest RHF kan oppnå betre styring ved å bruke balansert målstyring som eit supplement til eksisterande styringsverktøy.

Problemstillinga mi er følgjande:

“Korleis kan balansert målstyring bidra til betre styring av Helse Vest RHF?”

1.3 Utgreiinga sin vidare struktur

For å svare på denne problemstillinga, vil eg først presentere relevant teori om balansert målstyring. Sidan balansert målstyring tek utgangspunkt i misjon, verdiar, visjon og strategi for organisasjonen, vil det også vere naturleg å gi eit teoretisk fundament for desse omgrepa og sette dei i samanheng med dette rammeverket.

Denne utgreiinga vil vere ein casestudie, der eg brukar Helse Vest RHF som utgangspunkt. Helse Vest RHF har nettopp utarbeida ein ny strategisk handlingsplan, kalla Helse 2020. Denne planen vil eg bruke som empirisk grunnlag når eg ser nærare på bruken av balansert målstyring i helsesektoren. Eg vil også bruke Oppdragsdokumentet for Helse Vest for 2008, utarbeida av Helse- og Omsorgsdepartementet. Dette dokumentet har også mange strategiar og mål, og det er difor naturleg å sjå om det er samsvar mellom dei strategiane som helseføretaket sjølv har laga, og dei som blir pålagde av HOD.

Sidan balansert målstyring er avhengig av at misjon, verdiar, visjon og strategi er utforma i tråd med det teoretiske grunnlaget, vil eg kontrollere at Helse2020 samsvarar med dette. Denne kontrollen er relevant fordi mange organisasjonar ikkje legg vekt på ei teoretisk forankring i strategiarbeidet, noko som ofte fører til problem når strategien skal realiserast.

Vidare vil eg sjå på om balansert målstyring kan gi ei betre styring for Helse Vest RHF innanfor dei tre områda teorien meiner rammeverket kan gi verdi. Til sist vil eg gje døme på korleis balansert målstyring i praksis kan brukast til styring i Helse Vest RHF. Dette gjer eg for at lesaren skal sjå tankegangen bak balansert målstyring i praktisk bruk i Helse Vest. Det må presiserast at døma først og frems er basert på informasjon frå dei strategiske dokumenta åleine, og som ein vil sjå i teorikapittelet, gir dette ikkje nok informasjonsgrunnlag for å skape ei fullverdig og korrekt målstyring. Vidare informasjonsinnhenting vil vere for omfangsrik gitt utgreiinga sitt omfang, men eg trur likevel at lesaren vil få utbytte av døma.

2 Metode

I denne utgreiinga ser eg nærare på styring i helsesektoren, og bruk av balansert målstyring for å forbetre denne. Eg har valt Helse Vest RHF som case for studien, og vil kople saman teorien om balansert målstyring med informasjon frå denne organisasjonen. Eg baserer utgreiinga mi i stor grad på sekundærinformasjon i form av strategidokument og oppdragsdokument som er allment tilgjengelege. I tillegg har eg brukt nokon nøkkelinformantar i helseføretaket som eg har gjort nytte av når eg har funne behov for å skaffe betre forståing enn kva som er mogleg i det skrivne materialet.

Både i teorikapittelet og i empirikapittelet vil ein finne tema som ikkje er omtala i analysen. Eg har likevel valt å ta med desse, fordi eg ynskjer at lesaren skal kunne danne seg eit heilskapleg bilete både av balansert målstyring og av strategidokumenta i Helse Vest RHF

2.1 Generalisering

Innanfor forskinga snakkar ein om to typar generalisering. Den som er mest kjent er nok den statistiske generaliseringa, som vert nytta til å generalisere heile populasjonar basert på eit representativt utval (Saunders et al., 2007). Denne metoden vert mellom anna nytta til å måle oppslutninga for politiske parti med jamne mellomrom. Ved å gjere eit tilfeldig og tilstrekkeleg stort utval i ein populasjon kan ein med stort sannsyn kome fram til resultatet for heile populasjonen (Saunders et al., 2007).

Den andre typen generalisering, er analytisk generalisering. Denne forma prøver å forklare til dømes omgrep eller handlingar, og skil seg frå statistisk generalisering ved at ein ikkje fokuserer på å finne resultat for heile populasjonen. For casestudiar er det denne generaliseringa som vil vere aktuell (Yin, 1985). Ein casestudie kan verte definert som ein forskingsstrategi der ein studerer verkelege fenomen i sine naturlege omgjevningar, der grensene mellom fenomen og omgjevningar ikkje er openbar og der ein bruker mange typar bevis (Yin, 1985 s. 23). Det er vanleg å bruke casestudiar i forklarande og undersøkjande forskning, sidan strategien ofte gir høve til å gi svar på *kvifor* fenomen oppstår, i tillegg til *kva* og *korleis* (Saunders et al., 2007). Dei funna som blir gjort i ein enkelt casestudie, kan ikkje direkte overførast til ein annan case. Ein må i staden forsøke å generalisere funna til "teori", på same måte som ein vitenskapsmann generaliserer resultat av eksperiment til teorien (Yin, 1985).

Når eg vel å sjå på bruk av balansert målstyring i helsesektoren, så meiner eg at ein casestudie vil vere den beste forskingsstrategien å bruke. Det vil vere uråd å finne eit sjukehus eller eit helseføretak som kan representere populasjonen av helseføretak i Noreg, men ved å bruke ein casestudie kan ein likevel knyte teorien til ein enkelt case. Dette gjer derimot at funna og dei konklusjonane eg dreg,

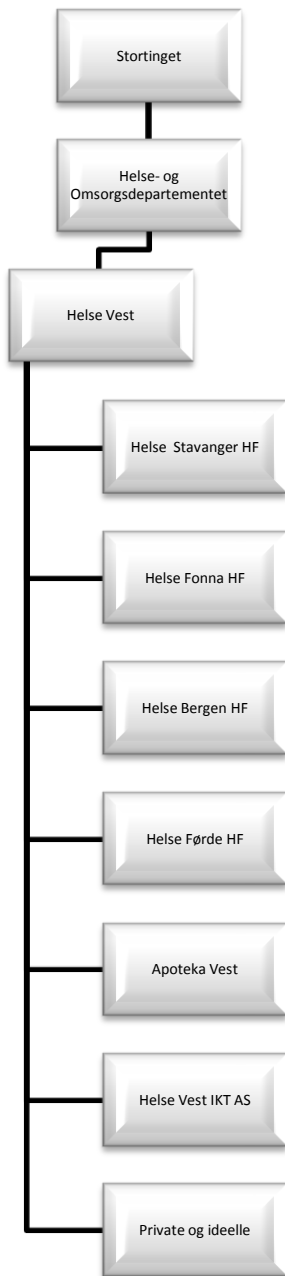
berre vil gjelde den casen eg har valt, i dette tilfellet Helse Vest RHF. Erfaringane utgreiinga gir, er likevel eit tilbod til lesaren som han kan bruke og lære av dersom han vel å studere eit liknande case.

2.2 Datainnsamling

I casestudiar kan datainnsamlingsteknikken variere, og ofte hentar ein data frå ulike kjelder for å få eit betre bilete av det ein forskar på (Saunders et al., 2007). Utgreiinga mi vil i hovudsak basere seg på sekundærinformasjon i form av strategidokument, oppdragsdokument, styringsdokument og styrereferat frå Helse Vest. Eg har valt denne tilnærminga fordi desse dokumenta i stor utstrekning gir meg den informasjonen eg treng for å finne svar på problemstillinga mi. Sidan materialet er så omfattande, kan ein så tvil om det ville vere råd å få samla inn såpass mykje informasjon gjennom t.d. intervju eller spørjeundersøkingar. Samstundes er desse dokumenta gjennomarbeidde og styrande dokument i Helse Vest-systemet, og dermed vil det vere desse ein må ta omsyn til når ein skal vurdere problemstillinga for utgreiinga. Undervegs har enkelte ting vore uklare, og eg har difor nytta enkelte nøkkelinformantar i Helse Vest, både på regionalt og lokalt nivå for å få meir informasjon. Eg har også nytta medieoppslag og databasar for å framskaffe aktuell informasjon som kastar lys over problemstillinga.

3 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF vart oppretta som ei følgje av Sjukehusreforma i 2002. Fem regionale helseføretak vart oppretta for å ha det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Noreg (Ot.prp. nr 66 2000-2001). I 2007 vart Helse Øst RHF og Helse Sør RHF slått saman til Helse Sør-Øst RHF. I dag er det såleis fire regionale helseføretak i Noreg.



Figur 1: Oppbygging av spesialisthelsetenesta i Vest

Helse Vest RHF er ansvarleg for spesialisthelsetenesta i region Vest, som består av Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Det regionale helseføretaket eig dei seks lokale helseføretaka i regionen, samt Apoteket Vest og Helse Vest IKT AS. Det er dei lokale helseføretaka som eig og driv dei om lag 45 sjukehusa og institusjonane i regionen, samt har arbeidsgivaransvar for dei vel 25 000 medarbeidarane i Helse Vest (Helse Vest, 2008). Dei tre fylka i Helse Vest hadde per 1. januar 2008 til saman 981 845 innbyggjarar (Statistisk sentralbyrå, 2008).

3.1 Ansvarsforhold

Det er Stortinget som har det overordna ansvaret for spesialhelsetenesta, medan Helse- og Omsorgsdepartementet(HOD) har det operative ansvaret. Gjennom det årlege oppdragsdokumentet frå Helse- og Omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka, vert midlane som Stortinget har løyvd til sektoren stilt til disposisjon. I oppdragsdokumentet vert det vidare fastlagt kva oppgåver og krav som skal oppfyllast innanfor dei rammene som er gitt. For 2008 er løyvingane til Helse Vest RHF i underkant av 15 mrd kroner (Helse Vest, Styresak 007/08B). Basert på oppdragsdokumentet frå HOD, utarbeidar Helse Vest RHF styringsdokument for kvart av dei lokale helseføretaka, som vi ha same oppbyggnad og som oppdragsdokumentet, og som spesifiserar dei oppgåvene som dei lokale helseføretaka skal utføre kommande år.

I tillegg til oppdragsdokumentet, vert det også gjennomført møter mellom HOD og dei fire regionale helseføretaka, såkalla føretaksmøte. Desse møta kan gi utfyllande krav og pålegg for spesialisthelsetenestene i landet, og vedtak i desse møta er like bindande som oppdragsdokumentet. Styret i

Helse Vest RHF består av representantar frå eigarane og dei tilsette, samt politisk valde medlemmar frå regionen. Også dei underliggjande helseføretaka har styre med tilsvarande samansetning, der det er Helse Vest RHF som representerer eigarane. Styret i Helse Vest RHF har hovudansvaret for å innfri

dei krava som kjem frå HOD, medan ein held seg innanfor budsjettet. Styra i dei lokale helseføretaka har tilsvarande ansvar i sin region. (Oppdragsdokument, 2008).

3.2 Styring av spesialisthelsetenesta

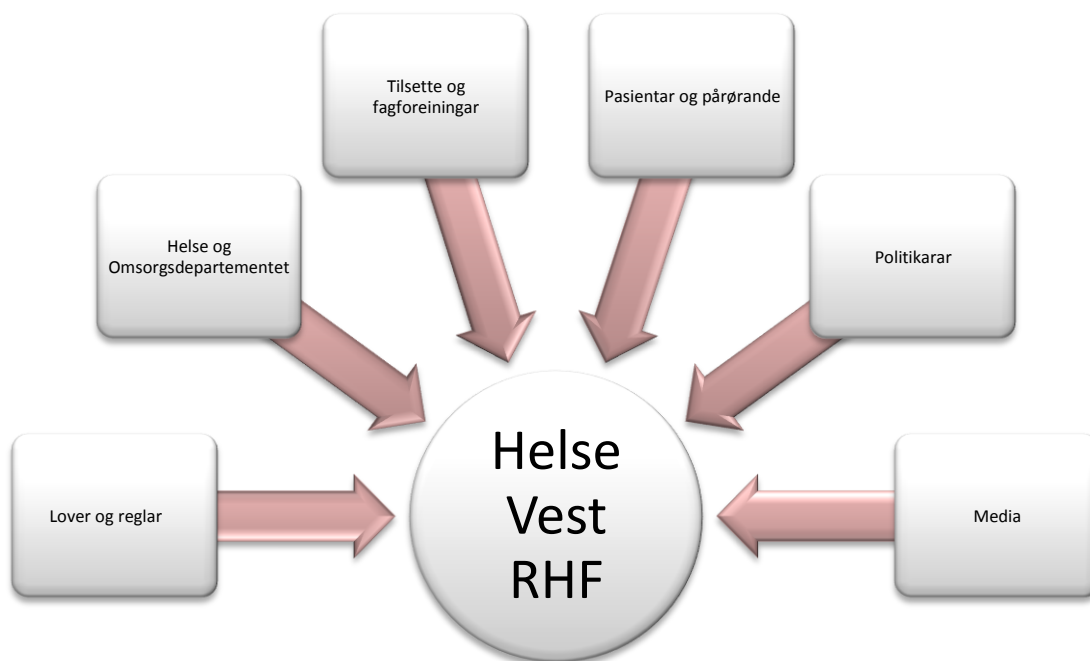
Det er mange ulike aktørar som stadig påverkar spesialhelsetenesta, og dette gjer styringsoppgåva svært vanskeleg (Grund, 2006). Eg har tidlegare forklart at helseføretaka får sine løyvingar og oppdrag frå Helse- og Omsorgsdepartementet på vegne av Stortinget. I tillegg har Stortinget vedteke mange lover som sjukehusa må innrette seg etter. Denne lovgivinga vert gjerne kalla helserett, og kan delast inn i tre grupper (Befring, 2004). Den første gruppa er retta mot eigarane og dei driftsansvarlige for helsetenesta, og inneheld mellom anna Helseføretakslova (2001) og Spesialisthelsetenestelova (1999). Lovgjevinga set krav til kva tenester som skal tilbydast og korleis tenesta skal innrettast, samt kven som skal ha ansvaret for tenestene og reglar for handheving av krava i desse lovene. Også andre lover er aktuelle, slik som Helseregisterlova (2001), Psykisk helsevernlov (1999) og Smittevernlova (1994). Den andre gruppa av helselovgjeving er personlovgivinga, som rettar seg mot tilsette og pasientar i helsevesenet. Tidlegare var lovgivinga uoversiktlig og oppdelt, men no er den samla i to lover; Helsepersonellova (1999) som set krav til helsepersonellet og Pasientrettighetslova (1999) som spesifiserer rettar til pasientane. Den tredje gruppa er tilsynslovgivinga. Lov om statleg tilsyn med helsetenesta av 1984 gir Statens helsetilsyn og helsetilsyna i fylka ansvar for og fullmakt til å føre tilsyn med all helseteneste og alt helsepersonell. Myndigheita gir rett til å komme med reaksjonar overfor helsepersonell, eller i alvorlige tilfelle inndrage helsepersonellet sin autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. I tillegg kan tilsynet komme med reaksjonar til institusjonar som driv uforsvarlig (Befring, 2004).

Dei siste åra har det kome mange nye lover. Mange er alt nemnde, slik som Helseføretakslova(2001), Helsepersonellova(1999) og Pasientrettighetslova(1999), men det er ei lang liste utanom desse. Felles for all helselovgiving etter år 2000, er eit ynskje om å styre helsevesenet i ei viss retning, samt ei aukande grad av offentleg tilsyn og politisk ansvar for sektoren. Innbyggjarane har med dei nye lovene fått fleire konkrete rettar, slik som rett til helsehjelp og rettar i samband med pasientbehandling. Kjernen i lovgivinga er auka rett til sjølvbestemming og autonomi – noko som har mykje å seie mellom anna for retten til informasjon. På den andre sida har helsepersonellet blitt pålagde fleire nye oppgåver. I tillegg til å ha fokus på medisinsk profesjonalitet og forsvarlig profesjonsutøving, har dei fått betydelig ansvar for adekvat og forsvarleg fordeling av helsetenestar og andre offentlege ressursar(Befring, 2004). Frå regjeringshald har det likevel vore størst fokus på å kome i budsjettbalanse, og helseminister Sylvia Brustad sa frå Stortinget sin talarstol den 26. februar 2008 at det er grunnleggjande udemokratisk at helseføretaka går med underskot (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008)

Saman med fleire pasientrettar, har også talet på interessegrupper auka. Den norske legeförening og sjukepleiarforbundet har vore aktive lenge. Med Pasientrettighetslova av 2001, vart det lovfesta at pasientar og pårørande skulle ha sitt eige ombod, og pasientombodet vart oppretta i alle fylker. Før denne lova, var det frivillig for fylka å ha pasientombod, og det var Nordland fylke som var først ute med pasientombod allereie frå 1985. I 2007 var det 11 218 pasientar og pårørande som vende seg til pasientombodet (Pasientombudet, 2008).

Dei politiske partia påverkar helseføretaka også utanom Stortinget. Ikkje minst ved at størstedelen av styret i både det regionale og dei lokale helseføretaka består av politikarar. Men i tillegg har ein dei siste åra fått stadig fleire eksempel på at rikspolitikarar rykkjer ut i media for å kommentere enkeltsaker, og krev endringar på bakgrunn av desse. Vi ser også lokale politikarar som kjempar mot nedlegging og omdanning av lokalsjukehus, sjølv om det fagleg sett kan forsvarast (Grund, 2006).

Media har dei siste åra spela ei stadig større rolle, ved at dei set dagsorden for kva problem som skal fokuserast på. Dei er ofte talerør for svake grupper og interessegrupper, noko som har ført til at spenninga mellom den mediestyrtte politiske handlingslogikken og den meir rasjonelle administrative mål-middel tenkinga har blitt større. Det har blitt viktigare med politisk brannsløkking enn langsiktige planar (Grund, 2006)



Figur 2: Ulike aktørar påverkar styringa for Helse Vest RHF

4 Balansert målstyring

4.1 Bakgrunn

Då Kaplan og Norton presenterte Balanced Scorecard i byrjinga av 1990-talet, var det som eit bidrag for å løyse eit måleproblem som prega mange organisasjonar over heile verda. I åra før introduksjonen var det sett eit stadig større fokus på dei manglande eigenskapane dei finansielle målingane hadde. Medan dei immaterielle verdiane stadig utgjorde ein større del av dei totale verdiane i organisasjonane, var dei finansielle måla ikkje i stand til å utnytte desse. Finansielle mål rettar seg mot historiske data, medan moglegheita til å overvake framtidige utfordringar er fråverande. Dei fleste målesystema som vart nytta på den tida, og som var utvikla av dei store industrigigantane i byrjinga av 1900-talet, fokuserte likevel stort sett berre på finansielle mål (Kaplan og Norton, 1996a, Nørreklit 2000). Ein tok dermed ikkje omsyn til dei immaterielle eigedelane i målesystema, slik som dei tilsette og deira kunnskap, sjølv om desse i 1992 utgjorde 62 % av verdien i amerikanske bedrifter. I dag utgjer dei om lag 75% (Niven, 2006).

Som namnet indikerer, fokuserer rammeverket på å skape ein balanse, noko eg skal kome tilbake til seinare. Scorecard er eit ord som er lite kjent i Noreg, men viser til målkort, som vert brukt til å halde oversikta over resultatata til dømes i Cricket. På norsk blir rammeverket kalla balansert målstyring, noko eg også kjem til å gjere i denne oppgåva. Eg kjem likevel til å referere til målkort når eg skriv om det fysiske materialet som ein utviklar i forbindelse med innføringa av balansert målstyring.

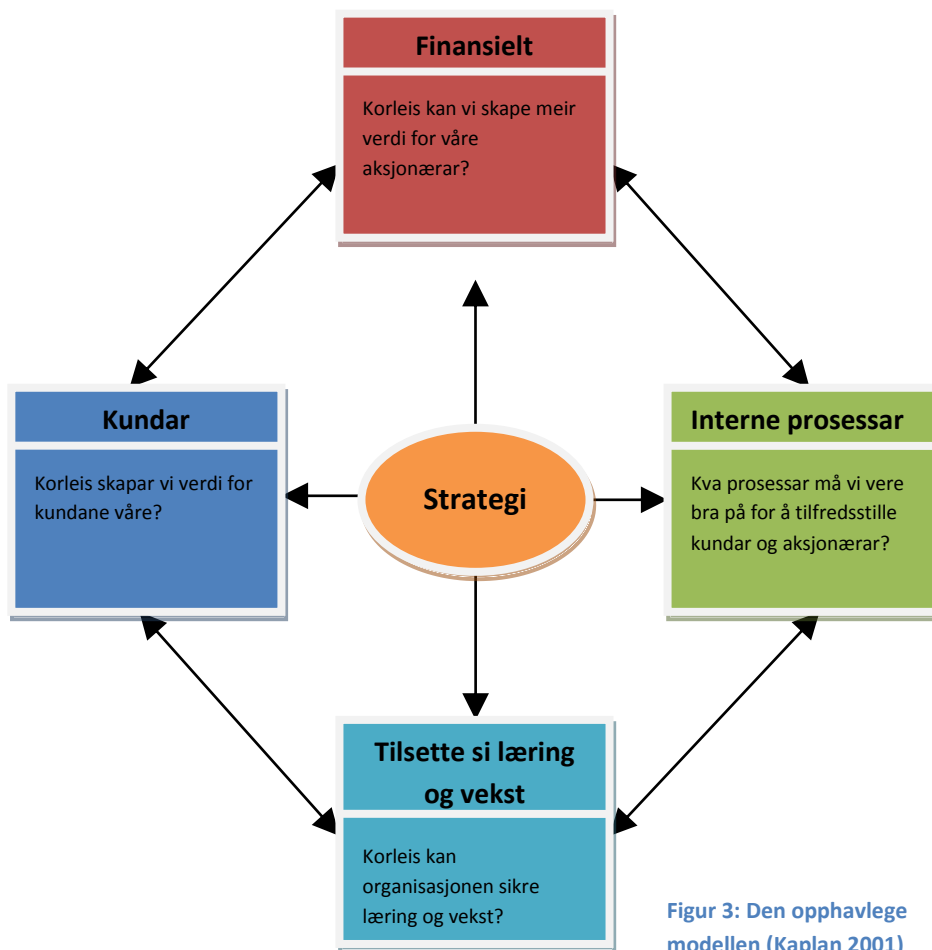
Det er strategien som dannar grunnlaget for den balanserte målstyringa (Kaplan og Norton, 1996b). Rammeverket baserer seg på forskning utført av Kaplan og Norton, som viste at ein god strategi var viktig for at organisasjonen skulle lukkast. Vidare såg ein at mange organisasjonar var gode på strategiutforminga, men ikkje i stand til å gjere dei flotte orda om til handlingar slik at organisasjonen gjekk i rett retning. Kaplan og Norton fann at over 90 % av organisasjonane studien omfatta ikkje var i stand til å realisere strategiane sine (Kaplan og Norton, 1996b). Tilsvarande funn har også blitt gjort seinare. Ein studie i 1999 fann at grunnen til at dei administrerande direktørar som mislukkast, i 70 % av tilfella ikkje skyldast ein dårleg strategi, men at dei ikkje var i stand til å realisere strategien (Charan og Colvin, 1999).

Bruk av balansert målstyring er ikkje vanleg i helsesektoren i Noreg. I Sverige er det derimot vore prøvd ut, og rammeverket har vist seg å gi gode resultat for sektoren. Balansert målstyring vart populært blant dei medisinske tilsette fordi det var eit verktøy som tona ned fokuset på finansielle mål, og i staden framheva perspektiv som låg nærare deira fagfelt. Dei såg moglegheitene i å bruke balansert målstyring til å kaste lys over utfordringane i denne sektoren på ein betre måte enn

gjennom finansielle modellar. Målingar over fire perspektiv gjorde det lettare å evaluere resultat, samtidig som det var ei sterk kontrollmekanisme for sektoren (Aidemark, 2001).

4.2 Dei fire perspektiva

Då balansert målstyring vart presentert for første gong, var den tilpassa profittorganisasjonar. Rammeverket bestod av fire perspektiv som var kopla til strategien og til kvarandre gjennom kausalsamanhengar, slik det går fram av figuren under. Sidan profittorganisasjonar sitt hovudmål



Figur 3: Den opphavlege modellen (Kaplan 2001)

ofte er å skape mest mogleg verdi for sine aksjonærar, sette Kaplan og Norton det finansielle perspektivet øvst i modellen. Gjennom kausale samanhengar skal dei tiltaka som blir sette i verk i dei andre perspektiva, til sjuande og sist gjere seg gjeldande i forbedringar i det finansielle perspektivet. I kundeperspektivet må organisasjonen vurdere kva tiltak som må setjast i verk for å skape større verdi for kundane. Dei rette tiltaka vil kunne skape større verdi også for aksjonærane. I perspektivet for interne

prosessar må ein vurdere kva prosessar ein må vere god på for å tilfredsstille kundar og aksjonærar, og kva tiltak som bør setjast i gong for å betre desse. Det siste perspektivet er perspektivet for dei tilsette si læring og vekst. I dette perspektivet må ein vurdere kva læring og vekst som trengst i organisasjonen for å forbetre viktige prosessar og for å gje kundane og dermed aksjonærane auka verdi. Tiltak her kan til dømes vere innovasjon, opplæring, endringar i samansetninga av tilsette og så bortetter (Kaplan og Norton, 1996b og Kaplan, 2001 og Niven, 2003)

4.2.1 Balansen i balansert målstyring

Dei fleste organisasjonar i dag, både private, ideelle og offentlege, har ein miks mellom finansielle og ikkje-finansielle målingar som dei overvakar og kontrollerer med jamne mellomrom. Noko av det som

gjør balansert målstyring så spesielt, er at det er balanse på tre ulike nivå. Først er det en balanse mellom finansielle og ikke-finansielle målinger. I tillegg er det en balanse mellom interne og eksterne interessenter, der mellom anna kundar og aksjonærar er eksterne interessenter, og tilsette og prosessar er døme på interne interessenter. Balansert målstyring balanserer også mellom "lead" og "lag"-indikatorar. "Lag"-indikatorar er prestasjonsmålingar som viser resultatet av tidlegare handlingar; altså historiske målingar. Omsetningsvekst og marknadsdel er eit døme på slike indikatorar. "Lead"-indikatorar overvakar prestasjonsdrivarar, altså forhold som skal skape verdi i framtida og dermed bli fanga opp av "lag"-indikatorane. Døme på slike indikatorar er produksjonstid og sjukefråvær (Kaplan og Norton, 1992, Kaplan, 2001, Niven, 2003 og Nørreklit, 2000).

4.2.2 Kausale samanhengar

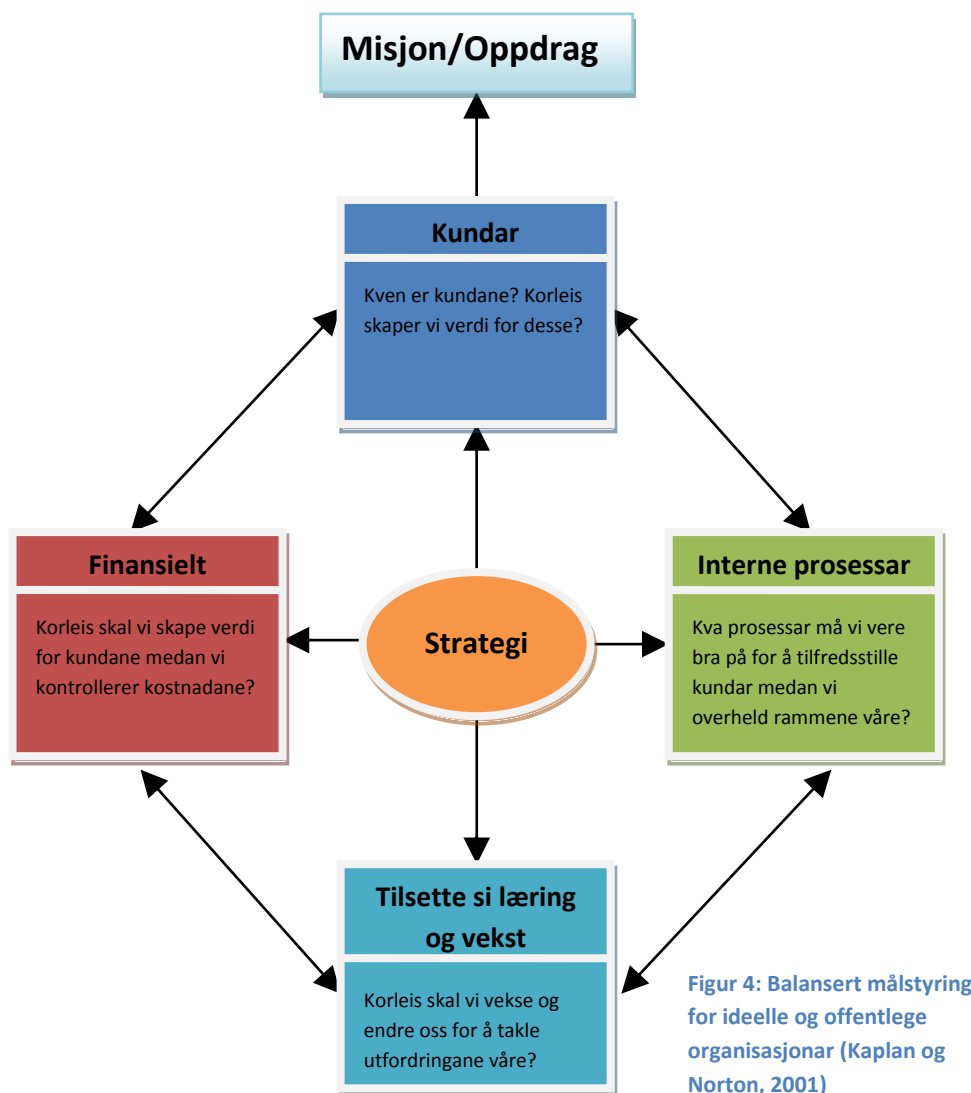
Ein annan ting som særpregar balansert målstyring er at det er ein kausalsamheng, også kalla årsak- og verknadsforhold, mellom indikatorar i ulike perspektiv (Kaplan og Norton, 1996b). Dette vil seie at ein baserer seg på forhold der endringar på ein indikator i eit perspektiv før eller sidan vil gjere seg utslag i ein relatert indikator i eit anna perspektiv. På denne måten vil det vere mogleg å treffe slutningar på eit tidlegare stadium enn før. Kaplan og Norton (1996b) gir eit døme på kausalsamhengane for profittorganisasjonar ved at om ein gir dei tilsette god opplæring, vil dette forbetre dei interne prosessane, noko som igjen vil gje høgare kundetilfredsheit. Tilfredse kundar gjev høgare inntekter og dermed auka det finansielle resultatet. Balansert målstyring kan brukast til å overvake alle desse perspektiva, og oppdage avvik tidlegare enn om ein berre fokuserer på det finansielle perspektivet. Nørreklit (2000) er kritisk til denne framstillinga, og seier at det ikkje nødvendigvis vil vere slik at god opplæring vil auka finansielle resultat. Ein slik samheng må testast empirisk, fordi opplæringa vil krevje finansielle ressursar, og dermed kan ein heller risikere lågare finansielle resultat ved å drive opplæring dersom opplæringa ikkje gir effekt. Dei finansielle resultatane må ta omsyn til både inntekter og kostnader, og i mange tilfelle vil auka kundetilfredsheit koste meir enn kva kundane er villig til å betale ekstra.

Det kan likevel hevdast at strategiar ofte baserar seg på kausale samanhengar, og at dette ikkje er unikt for balansert målstyring. Derimot kan rammeverket brukast for å realisere og kontrollere desse ved å relatere mål og målingar i dei ulike perspektiva til kvarandre basert på strategien. Implementering av strategien blir dermed mykje enklare (Niven, 2003). Det vil likevel vere viktig at ein i tillegg til å overvake målingane som blir gjort, også overvakar kausalsamhengane som ein nyttar i modellen. Samanhengar som ikkje stemmer, kan vere svært uheldig for organisasjonen og må difor utbetrast raskast mogleg (Nørreklit, 2000). Det som kan gjere ein slik kontroll problematisk er at det er eit tidsmoment i denne modellen, som Kaplan og Norton (1992) ikkje diskuterer, men som blir påpeikt av Nørreklit (2000). Tek ein utgangspunkt i dømet kausalsamheng over, så er det ikkje

nødvendigvis slik at meir opplæring av tilsette i denne perioden vil føre til auka finansielle resultat i same periode. Normalt vil resultat av tiltaka ikkje gjere seg gjeldande før i ein seinare periode - enten positivt eller negativt. Men då vil det gjerne vere for seint å gjere endringar. Å basere seg på kausale samanhengar kan difor vere risikabelt (Nørreklit, 2000). Når strategiar er baserte på kausale samanhengar, vil det likevel vere ein fordel å bruke balansert målstyring, fordi ein då kan få meir oversikt over realismen i strategiane (Niven, 2008).

4.3 Ideelle og offentlege organisasjonar

Medan private organisasjonar frå starten av var positive til balansert målstyring, var ideelle og offentlege organisasjonar meir tvilande. Grunnen var nok ein uvilje mot å eksperimentere med verkøy som vart utvikla for private bedrifter, eller frykt for at ein skulle ta fokus bort frå dei viktige oppgåvene dersom ein brukte tid og ressursar på å gjere målingar (Niven, 2003). Dei seinare åra har likevel ideelle og offentlege organisasjonar kome etter i bruken av balansert målstyring, og mange



Figur 4: Balansert målstyring for ideelle og offentlege organisasjonar (Kaplan og Norton, 2001)

kan vise til positive effektar på lik linje med private organisasjonar. Påstanden frå Kaplan og Norton (1992) om "what you measure is what you get" kan difor syne seg å vere rett også i slike organisasjonar. Den opphavlege modellen av Kaplan og Norton har også blitt vidareutvikla for å gjelde ideelle og offentlege organisasjonar. Strategien er framleis sentral, men i tillegg tek ein inn organisasjonen sin misjon, eller oppdraget, og set denne på topp i modellen. Samtidig tonar ein ned det finansielle perspektivet som har

hovudfokus i profittorganisasjonar. Grunnen til dette er at offentlege og ideelle organisasjonar har eit viktigare formål enn å levere gode finansielle resultat. Ein misjon ligg over både visjon og strategi, og fortel kvifor organisasjonen eksisterer (Kaplan og Norton, 2001 og Niven, 2003).

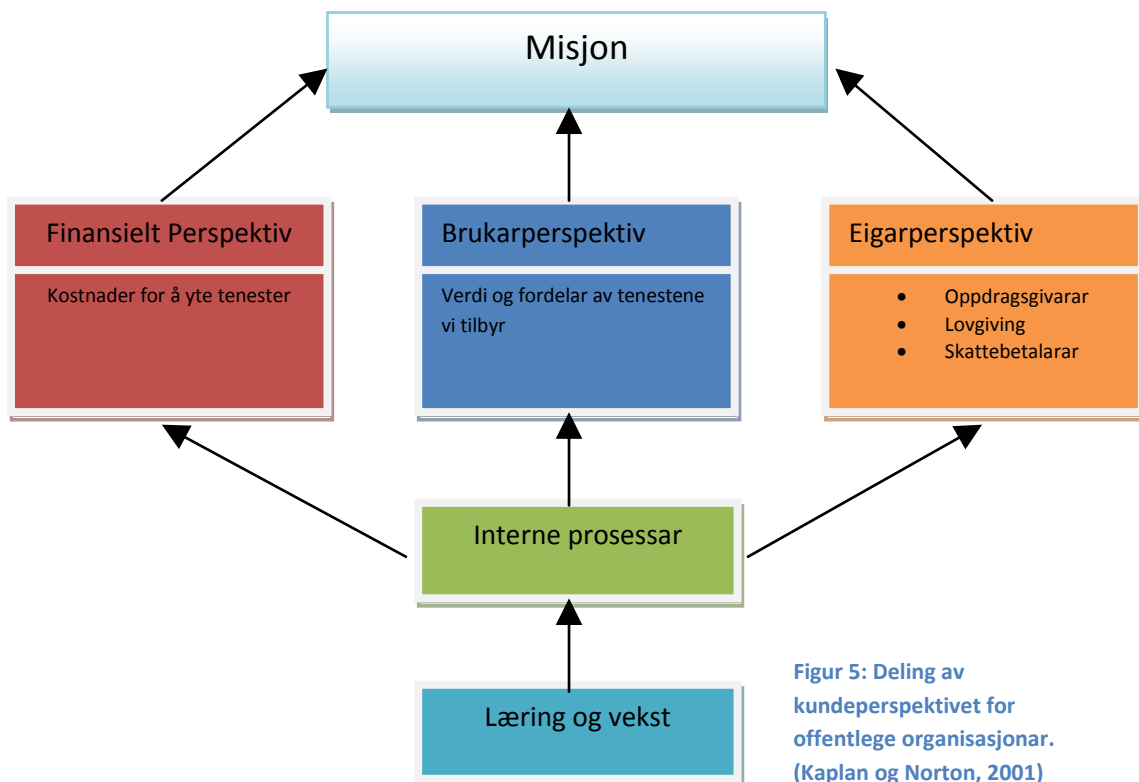
Både ideelle og offentlege organisasjonar vil ha avgrensa finansielle ressursar, og ein må difor ha med dette perspektivet også for desse organisasjonane. Perspektivet er likevel ikkje så markant for desse organisasjonane som for private organisasjonar, men i staden har kundeperspektivet teke over hovudrolla i den nye modellen samstundes som det har fått eit vidare omfang. For offentlege og ideelle organisasjonar er konsumentane ofte nokon andre enn bidragsytarane, og dermed vil det ikkje bli det same kundeforholdet som i profittorganisasjonar. I helsesektoren er det til dømes i hovudsak det offentlege som betalar for helsetenesta, medan det er pasientane som brukar dei. Det kan også vere andre interessentar som vi kan sjå på som kundar, fordi dei set krav til produkt og tenester, slik som pasientorganisasjonar, tilsetteorganisasjonar osv. Uansett har den balanserte målstyringa teke omsyn til dette, og det er rom for å inkludere alle typar kundar/brukarar i dette perspektivet. Ein står også fritt for å bruke fleire perspektiv enn dei som er vanleg, noko eg kjem tilbake til seinare. Dei ulike kundegruppene vil mest truleg danne grunnlag for målingar i dei andre perspektiva, og det er derfor kundeperspektivet har fått meir fokus i denne modellen enn i den for privat sektor (Niven, 2008).

Dei interne prosessane skal bidra til å skape verdi for kundane, og dermed nærme seg misjonen. Derfor må ein tenkje på dette når ein skal utforme den balanserte målstyringa. Dei prosessane som ein vel å fokusere på i dette perspektivet, vil derfor normalt vere relaterte til dei måla ein set seg i kundeperspektivet. Det er difor ikkje uvanleg at det er perspektivet for interne prosessar som har flest resultatmål i den balanserte målstyringa for ideelle og offentlege organisasjonar (Niven, 2003).

Lærings- og vekstperspektivet er viktig for å sikre ei stadig utvikling av dei viktigaste immaterielle egedelane i organisasjonen, nemleg dei tilsette. Likevel blir det ofte undervurdert, noko som kan føre til ei mislukka implementering av balansert målstyring. Det er tre område som er viktige for å lukkast i dette perspektivet. Det første området er kunnskapen og kompetansen til dei tilsette. Ein må kartleggje om ein har den rette blandinga av kunnskap og kompetanse for å takle dei utfordringane og moglegheitene som dukkar opp, og sikre at ein er i stand til å nå måla. Informasjonsflyt er det andre området. Har dei tilsette tilgang til informasjon og verktøy som gjer at dei kan ta effektive avgjersler som påverkar kunden sitt utbytte? Til sist må ein sjå på organisasjonsklimaet. Er motivasjonen og tilfredsheita blant dei tilsette i organisasjonen god? (Niven, 2003).

4.4 Tilpassing av perspektiva

Kaplan og Norton (1996b) presiserer at deira modell berre er rettleiande, og at det viktigaste er at ein brukar dei perspektiva som gjev eit best mogleg bilete av strategien. Det kan difor tenkast at det er naturleg for offentlege organisasjonar å dele opp kundeperspektivet i fleire nye perspektiv, for å skape eit betre bilete av viktige interessentar. Ein kan til dømes ha eit perspektiv for dei som dreg nytte av dei varer og tenester som blir tilbodne, medan ein har eit anna perspektiv som tek vare på omsynet til dei som betalar og lagar lover for organisasjonen, som vist i figuren under (Kaplan, 2001).



Om lag to tredelar av dei som bruker balansert målstyring i offentlig sektor, nyttar berre dei fire perspektiva som vart presentert av Kaplan og Norton i 1992. Desse perspektiv er som regel nok til å dekkje over dei fleste behov både for private, ideelle og offentlege organisasjonar. Supplert med eit misjon-perspektiv og eit interessent-perspektiv vil ein i dei fleste tilfelle vere i stand til å teikne eit kart over strategien. Sjølv om innhaldet ofte er det same, er det likevel ein del som vel å endre namna på perspektiva, for at dei skal høve betre i organisasjonen. Det viktige er samspelet mellom dei ulike perspektiva, ikkje kva dei heiter (Niven, 2003).

4.5 Misjon, verdiar, visjon og strategi

Balansert målstyring har vist seg å vere eit godt hjelpemiddel for å implementere organisasjonar sin strategi, noko stadig fleire organisasjonar rundt om i verda har fått erfare sidan introduksjonen i 1992. I tillegg til strategien, har den balanserte målstyringa også fokus på misjon, verdiar og visjon, og kan hjelpe organisasjonen å få alle tilsette til å arbeide i tråd med desse (Kaplan og Norton, 1996a, Kaplan, 2001 og Niven, 2003). Ei felles forståing av omgrepa vil vere essensielt for at alle i organisasjonen skal kunne forstå den balanserte målstyringa, og eg vil difor freiste å gi lesaren ei slik oversikt.



Figur 6: Balansert målstyring omformar misjon, verdiar, visjon og strategi (Niven, 2008)

4.5.1 Misjon/oppdrag

Vi har sett at misjonen bør vere det overordna perspektivet for balansert målstyring i ideelle og offentlege organisasjonar. Misjonen skal definere hovudårsaka til at organisasjonen eksisterer, samstundes som den reflekterer dei tilsette sin motivasjon til å engasjere seg i organisasjonen sitt arbeid. Det kan høyrast veldig pompøst ut, og mange vil gjerne tvile på at dette vil ha nokon reell verdi for organisasjonen. Forsking har derimot funne ut at ein klar og tydelig misjon er eit av fire hovudtrekk for at ideelle organisasjonar skal lukkast (Knauff et. al, 1991, referert i Niven, 2008 s. 106). Tilsvarande funn er gjort for offentleg sektor, der ein prosess for å samle heile organisasjonen rundt ein felles misjon kan vere ei drivkraft som styrer organisasjonen i alle ledd mot nye høgder (Osborne og Gaebler, 1992, referert i Niven, 2008 s. 106). Medan strategi og kortsiktige mål vil bli nådde og erstatta over tid, så skal misjonen vere ei fyrlykt som ein ser i det fjerne; noko ein jobbar mot og noko ein nyttar som kompass i tider med usikkerheit. Misjonen skal normalt ikkje bli fornya, men kunne vare i hundrevis av år. Dersom misjonen er oppfylt, vil organisasjonen sitt eksistensgrunnlag ikkje lenger vere til stades (Niven, 2003).

For at misjonen skal vere effektiv og varig, er det enkelte ting ein bør ta omsyn til. Først og fremst må den vere **enkel og klar**. Mange organisasjonar gjer misjonen sin om til ei smørbrøddliste over gode

intensjonar. Sjølv om orda er upåklagelige, så er ei slik liste altfor generell. Misjonen må fokusere på den reelle oppgåva til organisasjonen (Drucker, 1990). Misjonen må likevel **ikkje vere for enkel**. Sjølv om det vil vere lite hensiktsmessig å ha ein misjon om å gjere alle til lags, vil det også vere feil å ha ein for snever misjon, og dermed låser organisasjonen i eit for snevert område. Vidare må misjonen vere **langsiktig**. Misjonen bør ikkje endrast når den først er fastsett, med anna det viser seg at den er feil. Medan strategiar og andre planar vil endre seg mange gongar, skal misjonen vere grunnfjellet som organisasjonen står på, og det som dannar grunnlaget for alle framtidige avgjersler. Den bør også **inspirere** til endringar og vekst i organisasjonen på vegen mot å oppfylle misjonen. Sist, men ikkje minst, må misjonen vere **enkel å forstå og å kommunisere**. Misjonen skal vere skriven i eit enkelt og oppriktig språk, og enkel å forstå for alle som les den, men den skal ikkje ha form som eit slagord. Derimot bør den vere tiltalende og minneverdig, og i stand til å gje målgruppa motivasjon til å jobbe for å oppfylle misjonen (Niven, 2003).

Misjon og balansert målstyring

Balansert målstyring er ikkje oppskrifta til suksess i seg sjølv. Det er eit rammeverk som kan brukast til å oversette misjon, verdiar, visjon og strategi til konkrete mål og målingar som gjer alle i organisasjonen i stand til å jobbe i ei felles retning. Misjonen er viktig når ein skal utarbeide den balanserte målstyringa, fordi kvart mål og kvar måling bør vurderast opp mot det som er eksistensgrunnlaget for organisasjonen. Dersom eit mål eller ei måling ikkje er i tråd med misjonen, tyder dette på at ein ikkje er på rett veg. Det kan ikkje utelukkast at ein kan få balansert målstyring til å fungere også utan ein misjon, men når rammeverket gir ein denne moglegheita til å bruke misjonen som fyrlykt for alle handlingar, så bør ein nytte høvet (Niven, 2003).

4.5.2 Verdier

Det er viktig å nå dei måla ein set seg, men vegen og dei virkemidla ein bruker for å nå måla, kan vere vel så viktige. Verdiane er rotfesta djupt inne i kvar einskild og fortel kva ein står for, noko som igjen dannar grunnlaget for korleis vi handlar. Organisasjonen sine verdiar er viktig fordi dei fortel kva som er forventa og kva som ikkje er akseptert for dei som er tilsette i organisasjonen. Verdiane vil på lik linje med misjonen, vere evigvarande. Dei vil stå som retningslinjer for organisasjonen, og gi styrke og visdom til dei tilsette.

På same måte som misjonen, har dei verdiane som blir nedteikna på papiret ofte ein tendens til å ramse opp alt det gode i verda, utan å sjå på realitetane i organisasjonen. Til dømes var dei tre kjerneverdiane til det amerikanske konsernet Enron følgjande; kommunikasjon, respekt og integritet. Dette er det same selskapet som i 2001 gjekk konkurs som følgje av ei massiv regnskapsmanipulering, og skapte ei av dei største økonomiske skandalane i moderne tid. Det er med andre ord ikkje kva som står på papiret som er det essensielle. Det er mykje viktigare at verdiane har

rot i røynda, og at dei samsvarar med organisatoriske mål. Toppleiinga har eit spesielt ansvar for å følgje opp verdiane når dei først er fastsette. Dei tilsette ser nemlig ikkje på kva som står på fine plakatar når det gjeld verdiane; dei ser på sine overordna. Dette vil vere spesielt viktig dersom ein vil forsøke å endre uønska verdiar som har sett seg i dei tilsette. Det nyttar ikkje å forklare at ein må gjere endringar i organisasjonen, dersom ein sjølv ikkje bryr seg om å følgje opp. Eit sett med verdiar må i like stor grad styre handlingane til leiarane som til dei andre tilsette (Niven, 2003).

Dersom ein organisasjon ikkje har verdiar, vil kvar enkelt tilsett bruke sine egne verdiar som grunnlag for handlingane sine. Ein kan dermed risikere like mange verdsett som talet på tilsette, og dette vil i beste fall føre til forvirring; i verste fall fullt kaos (Niven, 2003).

Verdiar og balansert målstyring

Enten ein skal stadfeste eksisterande verdiar eller innføre nye verdiar i organisasjonen, så kan balansert målstyring vere til hjelp. Grunnen er at rammeverket gjer dei tilsette i stand til å sjå korleis deira daglege arbeid samsvarar med verdiane til organisasjonen, og at ein ved å følgje desse verdiane kan komme nærare misjonen. I lys av Enron-skandalen, ser ein også behovet for å overvake om organisasjonen følgjer sine verdiar i praksis. Balansert målstyring kan gjere ei slik overvaking lettare, sidan ein fokuserer på fleire faktorar enn botnlinja og andre finansielle mål, som kan vere lette å manipulere (Niven, 2003).

4.5.3 Visjon

Medan misjonen ofte vil vere abstrakt, skal visjonen teikne eit konkret bilete av kvar organisasjonen ynskjer å vere om 5-15 år. Ein god visjon kan gi alle tilsette eit mentalt rammeverk som vil vere til hjelp og motivasjon for framtida. Visjonen kan inspirere organisasjonen til stadig å utvikle seg, for å strekke seg etter å oppnå misjonen. Visjonen fungerer som ein kanal mellom misjonen, verdiane og strategien, og når denne er klar og tiltalende vil utforminga av strategien og måla vere enklare. Visjonen vert difor sett på som ein viktig komponent i balansert målstyring (Niven, 2003).

Ein god visjon skal vere så konkret at mottakaren straks vert interessert, og ikkje må lese seg gjennom mange sider for å komme til poenget. Kennedy sin visjon om å sende ein mann til månen og bringe han trygt tilbake innan slutten av tiåret er eit døme på ein visjon som skapte det engasjementet som var naudsynt for at den vart realisert. Visjonen må også balansere på eksterne og interne element. Det er ikkje nok å fokusere berre på interne faktorar, slik som at ein skal doble kapasiteten for ei avdeling. Det må også kome fram kven som vil ha nytte av ein slik kapasitetsauke, til dømes pasientar. Visjonen bør vidare ha ein appell til alle interessentane til organisasjonen; eigarar, brukarar, leiing, tilsette, politikarar og lokalsamfunn. Dersom ein berre fokuserer på ei spesiell gruppe på kostnad av ei anna, så vil ein ikkje kunne skape varig støtte frå alle partar. Visjonen

er ei vidare tolking av misjonen og verdiane som ligg til grunn for organisasjonen, og den må difor samsvare med desse, slik at det ikkje oppstår konflikhtar mellom dei ulike faktorane (Niven, 2003).

Det må vere råd å verifisere visjonen, og difor må den vere skriven slik at ein veit når den er nådd. Omgrep som "verdsklasse" og "topp kvalitet" er for diffuse til at det er råd å avgjere om ein har nådd visjonen. Hugs at visjonen skal endrast etter ei viss tid, medan misjonen og verdiane ligg fast. I likskap med desse, skal også visjonen vere realistisk og mogleg å gjennomføre. I enkelte tilfelle kan visjonen reflektere draumane til toppleiinga, men vere umoglege å realisere. Med å ha ei god forståing for omgjevnaden, nøkkelspelarar og utviklingstrekk vil det vere enklare å skape realistiske visjonar. Visjonen er eit framtidsbilete, og ein bør utnytte dette høvet til å inspirere og motivere organisasjonen til å jobbe for å realisere visjonen. Dette inneber først og fremst at den må vere forståeleg for alle i målgruppa. Enkelt, men kraftfullt språk er gjerne nøkkelen (Niven, 2003).

Visjon og balansert målstyring

Visjonen må balansere mellom interessene til alle involverte i organisasjonen. Balansert målstyring er eit verktøy som er i stand til å halde og overvake denne balansen. Gjennom mål og målingar i dei ulike perspektiva kan verktøyet støtte opp om dei endringane som må til for at ein skal nå den ønska framtidsvisjonen (Niven, 2003).

4.5.4 Strategi

Det er ikkje noko hensikt med misjon, verdiar og visjon, dersom ein ikkje har ein strategi som forklarar korleis ein skal omgjere desse til konkrete handlingar (Niven, 2003). Kva som er strategi og ikkje, er det derimot mange meiningar om. Det finst eit utal definisjonar av omgrepet strategi, og det er ikkje lett å finne ein definisjon som alle kan vere samde om. For å komme nærare ein definisjon som ein kan samle seg om, kan det vere lettare å definere kva strategi ikkje er. Niven (2003) meiner til dømes at dei omfangsrrike strategidokumenta som ein spesielt ser i offentlege organisasjonar, der ein lanserar ei rekkje program, tiltak og retningslinjer i eit forsøk på å vere førebudd på alle eventualitetar som kan dukke opp i framtida, ikkje er det same som strategi. "*Offentlege organisasjonar* vil forsøker å gjere alt for alle, men kan ende opp med å ikkje gjere noko i det heile" (Robert S. Kaplan sitert i Niven, 2008 s. 132).

Kva er det så som kjenneteiknar ein strategi? Nokon av hovudprinsippa bak strategien vil dei fleste vere samde om. Strategien må bestå av ulike aktivitetar, som alle bidreg til å realisere visjonen og fører oss mot misjonen, utan å krenke verdiane til organisasjonen. Det er også viktig at dei aktivitetane som blir vedtekne i strategien, ikkje reduserer kvarandre sitt utbytte for organisasjonen. Strategien handlar likevel om meir enn kva ein skal gjere. Like viktig er det å avklare kva ein ikkje skal gjere. Det er uråd å gjere alle til lags, og ein må prioritere enkelte områder, og samle organisasjonen

rundt desse områda. Ein uklar strategi kan føre til at dei tilsette, gjerne i beste hensikt, prøver å føre organisasjonen i ulike retningar. Medan misjonen og verdiane ofte er evigvarande, og visjonen varer i 5 – 15 år, så vil strategien stadig bli utvikla. Det er ikkje uvanleg å endre strategien kvart år, og kanskje oftare. Likevel bør den nye strategien ikkje vere totalt ulik den førre strategien, då dette kan skape uro og forvirring i organisasjonen. Som regel kan nye moglegheiter og utfordringar knytast til eksisterande strategiar (Niven, 2003). Det er også viktig å hugse at strategiarbeidet krev både analytisk ekspertise og grundig kunnskap til mellom anna organisasjonen og omgjevnaden. Strategiarbeidet må difor gjerast med bidrag frå begge desse felta (Mintzberg, 1994).

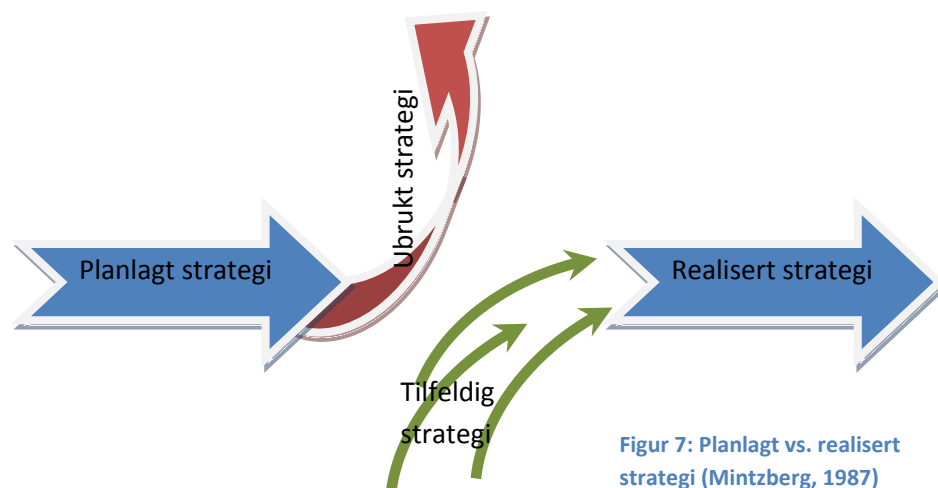
Basert på prinsippa over, definerer Niven (2003) strategi på følgjande måte:

”Strategien representerer dei prioriteringane som ein organisasjon gjer for å takle omgjevnaden og å verkeleggjere misjonen.”

Som sagt er dette berre ein av eit uttal definisjonar, men eg vel å bruke Niven sin definisjon i denne utgreiinga, fordi denne er tilpassa bruk av balansert målstyring. Å gå inn på ei vidare drøfting av strategi meiner eg kan vere uheldig, fordi det kan skape meir forvirring for lesaren enn kva som er naudsynt.

Strategi og balansert målstyring

Ein organisasjon kan ha ein glimrande misjon, treffande verdiar, ein flott visjon og ein velforma strategi. Men framleis er dette berre ord på eit papir, og har ingen verknad på organisasjonen sin suksess. Den viktigaste biten vil vere å sette alt dette ut i livet, og balansert målstyring er eit rammeverk som kan hjelpe organisasjonen med dette. Under arbeidet med å innføre balansert målstyring, blir ein tvungen til å bryte ned dei omgrepa som ein har brukt i strategien, slik at til dømes ”god kvalitet” vert omgjort til noko handfast som alle i organisasjonen kan samle seg rundt og arbeide for å oppnå. På denne måten kan gapet mellom planlagt strategi og realisert strategi (Mintzberg, 1987) bli redusert (Niven, 2003 og Nørreklit, 2000).



Figur 7: Planlagt vs. realisert strategi (Mintzberg, 1987)

Det vil vere fullt mogleg å utarbeide balansert målstyring utan ein strategi. Men då er vi tilbake til ei samling av finansielle og ikkje-finansielle indikatorar fordelt utover dei fire perspektiva utan noko samanheng. Den store fordelene med balansert målstyring vil då vere borte, sidan ein ikkje har noko mål å styre mot. Det er sjølvstøtt også mogleg å realisere ein strategi, utan at ein brukar balansert målstyring. Dersom rammeverket fungerer slik det vert presentert, vil implementeringa likevel kunne gjerast enklare ved å bruke balansert målstyring (Niven, 2003).

4.5.5 Implementeringshindringar

Kaplan og Norton fann gjennom si forskning fire hindringar som vanskeleggjorde implementeringa av strategien. Den første er at misjon, verdiar, visjon og strategi ikkje vert omsett i forståelige ord og handlingar. Når det er ei grunnleggjande usemje om korleis ein skal tolke desse omgrepa, vil ein få fragmentering og suboptimalisering av innsatsen i verksemda. Kaplan og Norton fann at berre 59 % av toppleiinga følte at dei hadde ei klar forståing for korleis ein skulle implementere visjonen. For mellomleiarar og andre tilsette, viste tilsvarande funn 7 % (Kaplan og Norton, 1996b). Når dei tilsette står for 75 % av dei immaterielle verdiane og store delar av verdiskapinga, er det svært ugunstig dersom desse ikkje kjenner strategiane som dei skal jobbe etter eller forstår innhaldet i denne (Niven, 2003).

Den andre hindringa er at strategien ikkje er knytt til avdelings-, team-, og individuelle mål. Incentivsystem er i stor grad knytt til finansielle og kortsiktige mål, noko som er i tråd med tradisjonelle styringsmodellar. Denne koplinga vil ta fokuset vekk frå dei langsiktige måla, slik strategien ofte representerer, og dermed hindre at denne blir realisert. Kaplan og Norton (1996b) fann at svært få (33 %) av toppleiarane hadde incentivordningar som fokuserte på å nå langsiktige mål. På lågare nivå var tendensen endå verre; færre enn 10 % hadde incentivordningane sine knytt til langsiktige mål. Sjølv om desse undersøkingane vart gjort for nokre år tilbake, er det grunn til å tru at tendensen framleis hallar mot kortsiktige mål. I så fall er det ikkje overraskande at organisasjonar har vanskar med å få dei tilsette til å realisere strategien. Feil incentivordningar forsterkar ynskja om å ikkje gjere endringar (Kaplan og Norton, 1996b og Niven, 2008).

Den tredje hindringa er at strategien ikkje er knytt til ressursallokeringa (t.d. budsjettering). Mange organisasjonar har ulike prosessar for langsiktig strategiplanlegging og kortsiktig budsjettplanlegging. Konsekvensen blir ofte vilkårlege allokeringar som ofte er utan forbindelse med strategiske prioriteringar. Vidare har ein i rapporteringa fokus på å forklare avvik mellom verkeleg og budsjettert resultat, i staden for om ein gjer framgang på strategiske mål (Kaplan og Norton, 1996b). 60 % av organisasjonane knyter ikkje budsjettet til strategien. I staden tek dei utgangspunkt i fjorårets budsjett, og gjer enkelte endringar somme stadar. Budsjettet er framleis eit mykje utbreitt

styringsverktøy i alle typar organisasjonar. Når strategien ikkje er knytt opp mot dette, kan ein aldri rekne med å få gjennomført organisasjonen sin strategi (Niven, 2008). Nyland og Østergren (2007) rapporterte tilsvarende funn for norsk helsesektor, der 40 % av avdelingsleiarane ikkje ser ei klar kopling mellom budsjettet og strategiske mål.

Den siste hindringa er manglande tilbakemeldingar om korleis strategien vert implementert og om den fungerer. Dei fleste styringssystem gir informasjon berre på kortsiktig operasjonelle ytingar, der finansielle målingar spelar hovudrolla. I staden for å bruke tid på å gå gjennom indikatorar for strategiimplementering og suksess, brukar ein tida på å samanlikne verkeleg resultat med budsjettet. Kaplan og Norton fann at 45 % av dei undersøkte organisasjonane ikkje brukte noko tid på å evaluere strategien eller gjere strategiske avgjersler (Kaplan og Norton, 1996b). Tida blir i staden brukt til brannsløkking og kortsiktige tenking. Ein må slutte å bruke tid på å prøve å finne ut kva som gjekk gale når budsjettet ikkje når forventingane. I staden må ein bruke tida på å diskutere og lære meir om strategien (Niven, 2003).

Balansert målstyring gjer det mogleg å synleggjere og fortelje om visjon og strategi gjennom målingane og resultatkrava som vert valde (Niven, 2003). Kaplan og Norton meiner at eit målesystem må balansere mellom finansielle mål og drivarar for framtidige finansielle prestasjonar. På denne måten ville ein få eit vidare syn på yting og strategi (Kaplan and Norton, 1996b). Verktøyet er ikkje ei erstatning for dei finansielle målingane, men eit supplement som tilfører andre perspektiv, og på denne måten fangar opp meir av verdiskapinga i organisasjonen (Niven, 2003).

4.6 Bruksområde for balansert målstyring

Sidan introduksjonen i 1992, har rundt 60 % av Fortune 1000-organisasjonane i USA byrja å bruke balansert målstyring (Niven, 2008). Sjølv om det i starten vart presentert som eit målesystem som skulle supplere og balansere den historiske finansielle informasjonen med drivarar for framtidig verdi for organisasjonen, fann ein fort ut at verktøyet også kunne brukast til strategisk leiing, samt til å kommunisere strategien til alle nivå i organisasjonen (Kaplan & Norton, 1996a og Niven 2003). Rammeverket blir i dag brukt til å betre økonomiske resultat, synleggjere strategien for dei tilsette, danne basis for ressursallokering på organisasjonen sine mål, og til å betre samarbeidet i organisasjonen (Niven, 2006)

4.6.1 Målesystem

Som målesystem tek balansert målstyring omsyn til både finansielle og ikkje-finansielle målingar. Gjennom å gjere målingar over fleire perspektiv dekkjer målingane eit mykje større del av verdiskapinga enn tidligare, då fokuset berre var på finansielle målingar. Dette gjer det mogleg å sjå

på kortsiktige økonomiske resultat, medan ein også overvaker faktorar som vil gje resultat i framtida. Vi har tidlegare vore inne på omgrepa "lead"- og "lag"-indikatorar, som representerer høvesvis drivarar for framtidige resultat og historiske resultat.

4.6.2 Strategisk leiing

Utan at det var intensjonen, vart balansert målstyring etter kort tid også brukt til strategisk leiing i organisasjonane som hadde implementert rammeverket. Det viste seg nemleg at ein ved å bruke balansert målstyring til strategisk leiing, kunne komme forbi dei implementeringshindringane som eg har presentert tidlegare.

Den første hindringa var at dei tilsette ikkje forstår strategien eller korleis dei skal handle for å realisere denne. Heller ikkje leiarane hadde alltid full forståing av strategien, noko Kaplan og Norton (1996b) fann bevis for i ein av organisasjonane dei undersøkte. Sjølv om alle i toppleiinga som hadde vore med og utarbeida strategien var samde om ordlyden, hadde dei kvar si tyding av kva orda innebar. Når dette gapet er å finne alt i toppleiinga, er det ikkje rart dei lenger nede i organisasjonen får problem med å realisere strategien (Kaplan og Norton, 1996b). Mange strategiar har svært vage formuleringar, slik som "gi våre beste kundar god service". I arbeidet med å operasjonalisere denne strategien for den balanserte målstyringa, må ein avgjere både kva kundar ein skal gi god service, og også kva god service eigentleg vil seie. Først når dette er avklara, kan dei tilsette fokusere på å gjere sitt til at dette målet blir nådd. Balansert målstyring kan med andre ord vere eit språk som gjer det mogleg for heile organisasjonen å forstå kvarandre, og jobbe mot eit felles mål (Niven, 2003).

Når det gjeld den andre hindringa, som skuldast manglande eller feil incentivordningar, så kan ein komme forbi denne ved å bryte målstyringa ned, om naudsynt heilt på individnivå. På denne måten vil ein lage ei linje direkte frå strategien og til den einskilde tilsette. Med eit personlig målkort vil det vere klart for den einskilde kva som vert kravd av han eller henne for at organisasjonen skal nå dei strategiske måla. Også incentivordningar kan knytast opp mot eit individuelt målkort, og ein kan bruke både finansielle og ikkje-finansielle målingar for å evaluere resultatet. Ein får dermed eit betre avgjerslegrunnlag for slike ordningar (Niven, 2003). Eg kjem nærare tilbake til nedbryting av balansert målstyring seinare i dette kapittelet.

Manglande relasjon mellom strategi og ressursallokering var det tredje hinderet. Ved å implementere balansert målstyring, kan det vere lettare å knyte budsjettet til strategien. I staden for å ta utgangspunkt i fjorårets rekneskap eller budsjett, kan ein heller kartleggje kostnadar og inntekter knytt til dei måla som ein har i den balanserte målstyringa. Når kostnadane er kartlagt, må ein gjere prioriteringar på kva mål som kan nåast og tiltak som kan setjast i verk innanfor dei rammene som er gitt. Balansert målstyring gir også moglegheit til å vurdere eksisterande og planlagde tiltak i forhold

til strategioppnåing. Kanskje vil det verte naudsynt å avslutte tiltak som ikkje bidreg til å verkeleggjere strategien og visjonen. På den andre sida kan det vere at ein i dette arbeidet finn at det er strategien som er ufullstendig, og må endrast (Niven, 2003). Bruken av budsjett saman med balansert målstyring vil eg presentere seinare.

Den fjerde hindringa er at ein fokuserer på taktiske, kortsiktige tilbakemeldingar, på kostnad av dei strategiske. Mange leiarar brukar mykje av tida si på å undre seg over differansar mellom budsjett og rekneskap, samt freiste å eliminere desse differansane. Dette til trass for at forskning signaliserar at budsjettet ikkje er i stand til å følgje dei raske endringane som pregar omgjevnaden i dag (Hope og Fraiser, 2003). Sidan det er uråd å ha full informasjon om framtida, vil budsjettet vere samansett av prognosar og føresetnader, og avvika kan difor like gjerne skyldast dårleg budsjettering som dårleg drift (Wallander, 1999). Balansert målstyring kan nyttast som eit utgangspunkt for å vurdere, sette spørjeteikn ved og lære av strategien, og dermed få ein meir konstruktiv bruk av leiarane si tid (Niven, 2003). At strategien er synleggjort gjennom både finansielle og ikkje-finansielle målingar, gjer at ein har eit mykje større grunnlag for å vurdere kva som skapar differansane. Frå definisjonen av Niven (2003) veit vi at strategien representerer dei prioriteringane som organisasjonen vil gjere for å verkeleggjere misjonen. Dei kausale samanhengane som ein brukar i den balanserte målstyringa, kan synleggjere og kontrollere desse prioriteringane. Om ein til dømes går ut frå at betre opplæring av tilsette vil føre til betra kvalitet, så må ein også undersøke om dette er tilfelle. Om det viser seg at kvaliteten blir dårligare trass betre opplæring, så er dette eit teikn på at strategien eller den kausale samanhengen ikkje stemmer. Ein må då vurdere andre faktorar som kan føre til betre kvalitet. Kanskje er tilgjenge på meir informasjon for dei tilsette eit betre tiltak for å auke kvaliteten. Dette betyr at balansert målstyring er ein kontinuerlig prosess, der ein stadig må vurdere kausalsamanhengane som knyter ulike mål saman. Eit slikt syn vil også vere i tråd med kritikken som Nørreklit (2000) kjem med overfor kausalsamanhengane. Uansett så vil det vere lettare å avdekke problema med balansert målstyring, enn ved berre å sjå på finansielle målingar, slik mange gjer i dag (Niven, 2003).

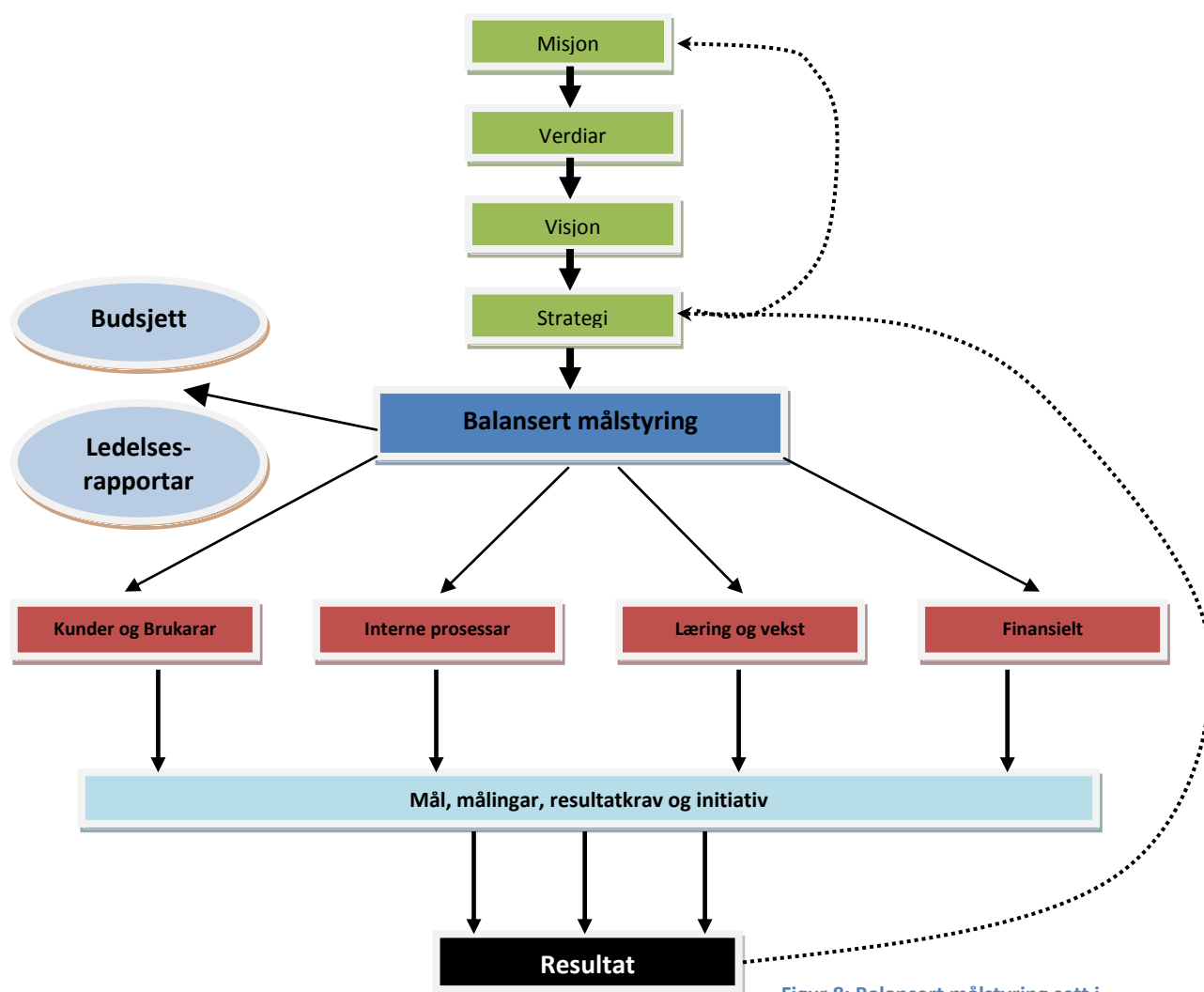
4.6.3 Kommunikasjonsverktøy

Det har også vist seg at balansert målstyring er eit kraftig kommunikasjonsverktøy som kan brukast til å formidle strategien til alle tilsette i organisasjonen. Vi veit at det er essensielt at alle i organisasjonen må vite om og forstå strategien for at dei skal kunne jobbe for å realisere den. Oppslag og presentasjonar som viser visjon og strategi, vil ikkje vere nok då det vil vere vanskeleg for dei einskilde å forstå sin eigen rolle oppe i det heile. Ved å distribuere mål og resultat frå balansert målstyring nedover i organisasjonen, gir ein alle tilsette moglegheit til å diskutere strategien, lære frå uventa resultat og komme fram til endringar der det er nødvendig. Berre det å forstå strategien vil

kunne gi ein stor fordel, ved at alle trekkjer i same retning. Ein studie viste at delen av tilsette som visste om og forstod strategien steig frå 50 % til 87 % etter berre eit år med balansert målstyring i organisasjonen (Niven, 2003).

4.7 Innføring av balansert målstyring

Eg har fram til no presentert bakgrunnen og hovudtrekka for balansert målstyring, samt viktigheita av at rammeverket byggjer på misjon, verdiar, visjon og strategi. Figuren under gir ei oversikt over kvar vi har vore, samt vegen vidare for dette kapittelet. Vi er no klare til å gje oss i kast med innføring og implementering av balansert målstyring. Resten av kapittelet vil fokusere på korleis ein metodisk bør gå fram for å nytte moglegheitene som balansert målstyring gir oss. Eg vil også forklare koplingane som enno kan virke uklare i modellen nedanfor, slik som forholdet mellom balansert målstyring og budsjett.



Figur 8: Balansert målstyring sett i sammenheng (Niven, 2003)

Det er mange måtar å ta fatt på innføringa av balansert målstyring i ein organisasjon på. Dersom organisasjonen er stor, kan ein velje mellom å lage eit overordna styringssystem for heile organisasjonen i første omgang, for deretter å bryte ned denne på avdelingsnivå, teamnivå og individnivå. Alternativt kan ein velje seg ut pilotavdelingar som utviklar og brukar balansert målstyring ei tid før det blir vidareført til dei andre. For dei fleste organisasjonane vil det vere best å starte på toppen og arbeide seg nedover. Dette vil gjere det mogleg å kommunisere måla og målingane til heile organisasjonen, slik at alle veit kva dei skal jobbe mot. Brukar ein ei pilotavdeling, vil målstyringa vere konsentrert til denne eine avdelinga, og ubytte for dei andre vil dermed ikkje vere så stort. I tillegg vil dette gjere det lettare å bryte ned målstyringa til dei ulike avdelingane, sidan ein har ei overordna målstyring å ta utgangspunkt i. Å bruke pilotavdelingar kan likevel vere eit godt alternativ om ein ynskjer å hauste erfaringar i liten skala før ein utviklar dette for heile organisasjonen (Niven, 2003).

4.7.1 Viktige faktorar for vellukka innføring

Erfaringar med balansert målstyring har avdekt nokre kjerneområde som er viktige å tenkje på for dei som vurderer å innføre rammeverket. Eg vil no ta føre meg nokre av desse funna, fordi det er viktig at lesaren har kunnskap om dette for å få ei vellukka innføring.

Forankring i toppleiinga

Innføring av balansert målstyring vil føre til ein del endringar i organisasjonen, og for å lukkast må initiativet ha full støtte frå både leiing, eigarar og andre støttespelarar. Mange forsøk har vist seg å mislukkast når alt ansvar har blitt delegert nedover i organisasjonen eller til konsulentar. Det einaste som er verre enn manglande støtte, er om leiarane gir uttrykk for at dei støttar initiativet utan at dette blir følgt opp i handlingar. Om dei tilsette får følelsen av at leiinga ikkje engasjerar seg for å bruke balansert målstyring, vil dette manglande engasjementet til sjuande og sist forplante seg til dei tilsette. Før ein set i gang arbeidet med å innføre balansert målstyring, bør ein difor vere sikker på at ein har god og reell støtte i leiinga, og at desse har tru på at rammeverket vil gjere det lettare å styre organisasjonen.

Utviklingsteam

Sjølv om forankring i toppleiinga er viktig for resultatet, så er det ikkje denne som bør stå for sjølv utviklinga. Ein organisasjon som vil utvikle og innføre balansert målstyring, bør sette saman eit team som har hovudansvaret for prosjektet. Størrelsen på dette teamet vil variere frå organisasjon til organisasjon. Eit team med rundt ti medlemmar vil ofte vere det ideelle, men sidan teammedlemmane vil fungere som gode ambassadørar for balansert målstyring ute i organisasjonen, kan det likevel vere ein fordel at alle avdelingane som vil verte påverka er representerte - sjølv om dette fører til eit større team. Ved Bridgeport Hospital i USA var både styret, leiinga, kliniske leiarar

og medisinsk personell involvert for å utvikle BSC. Toppleiinga bidrog med overordna strategisk oversikt, medan mellomleiarane vart brukte til å omsetje strategien til handling. Førstelinetilsette er gjerne dei som vil merke største endringa med systemet, og dei bør difor også vere med. I tillegg er det desse som har kunnskap om korleis dei interne prosessane fungerer i praksis (Niven, 2003).

Det er ikkje berre kvar teammedlemmane kjem frå som er viktig når ein skal sette saman utviklingsteamet. Det er også viktig at dei har stor kunnskap om sine respektive fagområde, samtidig som dei har ei grunnleggjande forståing av organisasjonen. Ein bør også prøve å ta med både visjonære medlemmar og medlemmar som er i stand til å tenke realistisk og praktisk (Niven, 2003). Det er ikkje nødvendigvis ei ulempe at teammedlemmane ikkje kjenner kvarandre frå før. Ofte kan ein få ein betre debatt rundt prosessen når ein ikkje er kjent på førehand. Dette fordi det er ein fare for gruppetenking i team der medlemmane har eit godt forhold seg imellom. Ein kan då hamne i ein situasjon der det er større interesse for å bevare det gode forholdet enn for å diskutere skilnader og problem (Niven, 2003, Robbins og Judge, 2007).

Informasjonsinnhenting

Når ein har sett saman utviklingsteamet, kan arbeidet med å konstruere den balanserte målstyringa starte. For eit best mogleg resultat er det viktig å kartleggje hovudmåla til organisasjonen. Ein bør difor hente inn så mykje relevant informasjon som mogleg. Misjon, verdiar, visjon og strategiar har vi nemnt tidlegare, og desse dannar grunnlaget for arbeidet. I tillegg bør ein sjå på årsplanar og årsmeldingar, for å finne informasjon om dei viktigaste interessentane, dei finansielle ressursane og korleis ein vurderer suksess per i dag. I tillegg kan ein finne mykje relevant informasjon i konsulentrapporatar og andre studiar som kan brukast i det vidare arbeidet. Eventuelle mandat og reglement vil og vere ei god informasjonskjelde, det same gjeld historisk informasjon om organisasjonen. Kundetilfredsheitsundersøkingar har vore mykje brukt både i privat og offentleg sektor, og slike undersøkingar kan gje verdifull informasjon om kva som er forventa av organisasjonen. Benchmaringsrapportar, der ein samanliknar seg med liknande organisasjonar, kan òg danne eit viktig grunnlag for arbeidet med å utvikle balansert målstyring (Niven, 2003).

Den beste informasjonskjelda av dei alle er likevel kunnskapen, ekspertisen, kreativiteten og engasjementet som toppleiinga sit med. Å gjere eit intervju med desse kan vere fordelaktig av mange grunnar. Først og fremst for å skaffe viktig informasjon, men også for å informere om balansert målstyring og skaffe støtte for rammeverket. I tillegg vil ein få ei føling av om toppleiinga verkeleg er interessert i å innføre balansert målstyring (Niven, 2003).

Opplæring

Alle som kjem i kontakt med balansert målstyring i organisasjonen, må ha kunnskap om rammeverket for at ein skal lukkast. Dette gjeld både toppleiarar, utviklingsteam, mellomleiarar og andre tilsette. Å bruke balansert målstyring skal vere enkelt, men det avheng av at alle har tilstrekkelig med kunnskap til å bruke det på rett måte (Niven, 2003). Malmi (2001) fann at mange organisasjonar innførte balansert målstyring fordi det var mote, og utan at dei hadde sett seg godt nok inn i prinsippa for rammeverket. Organisasjonar som ikkje forstod prinsippa, hadde ikkje lukkast med å hauste fruktene av den balanserte målstyringa. For å gi den rette opplæringa, er det viktig å kartleggje gapet mellom den kunnskapen som eksisterer i dag og det ønska kunnskapsnivået. Det vil vere ulikt kunnskapsbehov for ulike grupper i organisasjonen. Mellom anna vil utviklingsteamet trengje svært god forståing av rammeverket, medan vanlege tilsette kan klare seg med noko mindre kunnskap. Ved å kartleggje kva kunnskap om balansert målstyring som er i organisasjonen i dag, og samanlikne dette med kva kunnskap som er nødvendig for at innføringa skal lukkast, får ein eit godt utgangspunkt til å gje rett opplæring (Niven, 2003).

4.7.2 Kommunikasjon

Innføring av balansert målstyring vil føre til endringar, og desse kan vere tøffe for dei involverte - spesielt når ein vert introdusert for noko som kan vere potensielt truande. For mange kan endringar vere uroande, skremmande, forvirrande og smertefulle, og det er derfor ikkje rart at nokon ynskjer å unngå endringar for einkvar pris. Å ha ein open kommunikasjon med dei tilsette, vil kunne gjere prosessen rundt endringane betre. Niven (2003) meiner at dei tilsette har krav på å vite svaret på følgjande spørsmål, og vidare at mange organisasjonar får problem med dei tilsette nettopp fordi dei ikkje er i stand til å gi desse svara:

1. Kva vert kravd av meg?
 - Den einskilde tilsette må vite kva innsats han eller ho må gjere for at endringa skal kunne gjennomførast.
2. Kva fordelar får eg av endringa?
 - Ingen vil gjere ein innsats utan at dei får ei eller anna form for gevinst/lønning. Dette kan til dømes vere ein enklare arbeidsdag, eller betre leiing.
3. Korleis vil endringa påverke min situasjon?
 - Det må klargjerast på kva måte endringane vil påverke den tilsette, både på godt og vondt.
4. Kva hjelp vil eg få for å få til endringa?
 - Korleis vil leiinga og organisasjonen elles leggje det til rette for at endringa skal bli gjennomført på ein best mogleg måte?

5. Korleis ligg eg an?

- Undervegs i prosessen, må den tilsette vite korleis han ligg an i forhold til planen. Overraskingar er ikkje ynskjeleg.

Kommunikasjonsplanlegging er ein nøkkelfaktor til å gi svar på nokre av desse spørsmåla. Ved å bruke tid på å få til ein god kommunikasjon så har ein moglegheit til å gjere endringa om ikkje behageleg, så i alle fall akseptabel (Niven, 2003).

4.8 Strategisk kart

Å lage eit "kart" over strategien som viser korleis organisasjonen skal komme seg frå der den er i dag, og til der visjonen meiner den skal vere, viste seg raskt å vere ein god måte å starte arbeidet med balansert målstyring på. Dette er difor ei av dei første oppgåvene som utviklingsteamet bør utføre. Eit strategikart skal helst ikkje vere over ei side, og gir ei oversikt over kva ein trur er dei viktigaste tiltaka som må gjerast for å verkeleggjere strategien. Kartet er inndelt i dei perspektiva som organisasjonen har valt å nytte, og strategien fordeler seg utover desse perspektiva slik at ein klart og tydeleg kan forstå strategien. Strategien er i stor grad basert på hypotesar og kausale samanhengar, og strategikartet illustrerer desse for å skape eit visuelt bilete som er lettare å forstå for dei tilsette (Kaplan og Norton, 2000). Det strategiske kartet kan brukast som kommunikasjonsverktøy, medan balansert målstyring fungerer som måling og rapporteringsverktøy (Niven, 2003).

4.9 Mål og målingar

Etter at ein har laga strategikartet, er ein klar til å sette mål og lage målingar som skal overvake om organisasjonen er på veg mot visjonen og misjonen. Det kan vere rom for mistydingar når ein snakkar om mål og målingar. Eg vil difor freiste å klargjere nærare kva som er meint med desse omgrepa. På engelsk seier ein "objectives" og "measures", noko som kan gjere det lettare å skilje dei frå kvarandre. Objectives, eller mål, er dei faktorane som ein må vere bra på for å implementere strategien. Desse vil vere meir presise enn strategien, og gå på enkelttiltak. Ofte vil slike mål starte med eit handlingsverb, slik som "redusere" eller "endre". Measures, eller målingar, er dei kvantitative einingane som dannar grunnlaget for å vurdere suksess. Ein kan ha eit mål om å auke marknadsdelen, men å berre sette dette målet gjer det ikkje mogleg å vurdere suksess. Ved å måle auken i marknadsdelen og sette resultatkrav, kan ein vurdere om målet er nådd. Såleis vil det vere ein relasjon mellom mål og målingar i balansert målstyring. Medan måla indikerer korleis ein skal handle, vil målingane vere i stand til å sjå om måla blir nådde (Niven, 2003).

Då Kaplan og Norton presenterte balansert målstyring, var det ikkje fokus på målingar som var den store nyheita. Slike målingar var gjort i årevis, og ein kunne skilje mellom følgjande målingar:

- **Innsatsmålingar.** Målingar av innsatsfaktorar, til dømes ressursstilgang og arbeidstimar. Slike målingar er enkle å gjere, men dei gir isolert sett lite informasjon som kan nyttast til avgjersler og analysar.
- **Aktivitetmålingar.** Målingar som viser korleis produktiviteten for ein aktivitet er . Til dømes talet på produserte produkt eller behandla pasientar. Slike målingar vert også kalla produktivitetmålingar, og gir informasjon om produktiviteten har vore på eit ønska nivå.
- **Resultatmålingar.** Medan innsatsmålingar og produktivitetmålingar måler kva som er tilført av ressursar og kva ein har produsert av desse ressursane, så fortel resultatmålingar om innsatsen og produktiviteten har hatt nokon effekt. Slike målingar fangar opp fordelene som interessentane har fått av organisasjonen sin innsats. Til dømes er det ikkje nok å sette av ein million til eit vaksinasjonsprogram (innsats) og registrere at ein har vaksinert 500 000 (produktivitet). Ein må også vite om vaksinane har hatt nokon verknad, og eventuelle biverknadar. Har ein ikkje slike målingar, kan ein risikere å bruke store ressursar på tiltak som ikkje har nokon effekt, eller endå verre – negativ effekt.

I balansert målstyring vil ein gjerne nytte ein kombinasjon av desse målingane, som er kopla saman på tvers av dei ulike perspektiva gjennom kausale samanhengar. På denne måten kan ein utnytte målingstypene og få ei god oversikt over organisasjonen, noko som gir moglegheiter til å finne og rette opp uregelmessigheiter undervegs (Niven, 2008).

Når ein skal byrje å utarbeide mål og målingar for den balanserte målstyringa, kan eit godt utgangspunkt vere dei måla og målingane som ein alt har i organisasjonen, og plassere desse i dei ulike perspektiva som er valt (Niven, 2003). Som eg har nemnt tidlegare, kan kvar organisasjon bruke dei perspektiva som dei føler er best egna til å gje eit korrekt bilete av strategien. Eg vil likevel halde meg til dei fire perspektiva til Kaplan og Norton når eg går nærare inn på målingar i dei ulike perspektiva, fordi desse perspektiva fangar opp dei fleste områder for alle organisasjonar .

4.9.1 Målingar i kundeperspektivet

Kundar kan vere både klientar, pasientar, oppdragsgivarar og anna. Uansett kven kundane er, må ein kartlegge kva kundane krev og forventar av oss. Krav og forventningar vil vere ulike frå organisasjon til organisasjon, men dei vil likevel ofte vere i desse kategoriane (Niven, 2003):

- **Tilgang.** Kor lett er det for kundane å komme i kontakt med, og bruke dei varene og tenestene som vi tilbyr?
- **Tidsbruk.** Tid som går med eller som blir spart ved å bruke varer og tenester frå organisasjonen.
- **Utval.** Leverer ein det utvalet av varer og tenester som kundane forventar?

- **Produktivitet.** Brukarar av offentleg sektor viser seg å sette stor pris på at varer og tenester er enkle å bruke, og med minst mogleg ventetid.

Kundetilfredsheitsundersøkingar kan vere eit hjelpemiddel til å kartleggje kundane sine krav og forventningar, samt gi indikasjonar på korleis organisasjonen ligg i forhold til desse. Det kan vere ein fordel å gjennomføre slike undersøkingar mange gongar i løpet av året, sidan ei stor undersøking mot slutten av året berre fortel korleis ting har vore, og ikkje gir moglegheit til å rette opp feil før kommande år (Niven, 2003).

4.9.2 Målingar for interne prosessar

Kvar organisasjon har ulike krav til sine interne prosessar, ut frå kva ein treng å få til i kundeperspektivet. Når ein skal utvikle målingar for dei interne prosessane, er det difor viktig å tenke på kva prosessar som er essensielle for å oppnå dei resultata ein ynskjer i kundeperspektivet. Sjølv om dette kan vere mange ulike faktorar, er det likevel nokre som går att i målingar i denne kategorien (Niven, 2003):

- **Kvalitet** er noko mange krev rikelig av i dag. Det kan likevel vere vanskeleg å måle kvalitet, då det ofte er eit subjektivt mål. Kvalitet er eit omgrep som det finst mange definisjonar på. Det vil likevel vere naturleg å ta utgangspunkt i definisjonen til International Organization for Standardization når ein skal vurdere kvalitet. *"I kva grad ei samling av ibuande eigenskapar oppfyller krav"* (Standard Norge, 2006 s. 15). Eit einssidig fokus på kvalitet kan også vere uheldig, då auka kvalitet gjerne kostar meir. Auka kvalitet er berre fordelaktig dersom det fører til auka verdi for nokon, utan å ta verdi frå andre. Med balansert målstyring kan ein finne ein balanse mellom god kvalitet og andre faktorar, slik at ein ikkje tek på seg for mykje.
- **Innovasjon.** Både kundar og omgjevnaden endrar seg stadig. Det same gjeld for dei tilsette. Difor er innovasjon viktig for alle organisasjonar, og ein må gjere målingar som overvakar denne.
- **Samarbeid.** Det kan vere store verdier å hente på eit tettare samarbeid, både internt og eksternt.

4.9.3 Målingar for læring og vekst

Som eg har nemnt tidlegare, er om lag 75 % av ein organisasjon sine verdiane i form av immaterielle eigedelar, og då i hovudsak humankapital. Å ikkje ta omsyn til desse i styringssystemet kan difor gi katastrofale følgjer. Likevel ser det ut til at dette perspektivet blir lagt minst vekt på. Ofte opplever ein at målingar i lærings- og vekstperspektivet er det siste temaet som blir teke opp, eller det vert delegert til personalavdelinga å finne passande mål. I ideelle og offentlege organisasjonar er humankapitalen truleg endå høgare enn for private bedrifter. Det er difor svært viktig å ta denne

gruppa og dette perspektivet på alvor (Niven, 2003). Ein kan trekkje fram tre område som skapar utfordringar for målingar i lærings- og vekstperspektivet (Niven, 2003):

Måling av humankapital

Kompetanse er eit ofte brukt omgrep som ein forsøker å kartleggje ved målingar. Kompetanse kan i delast inn i tre kategoriar (Niven, 2003):

- **Kunnskap.** Ein kan tilegne seg kunnskap som gjer at ein er god på å gjere enkelte oppgåver. Til dømes er effektiv bruk av ei datamaskin ein kunnskap. Kunnskap er den kategorien av kompetanse som er lettast å måle, overvake og forbetre. Ein kan kartleggje kravet til kunnskap i framtida, vurdere kva kunnskap som eksisterer i dag, og sette i verk tiltak for å tette gapet mellom desse to.
- **Vanar.** Vi menneske har ulike måtar å vere på, noko som har både med arv og miljø å gjere. Likevel kan ein, dersom ein går inn for det og har godt sjølvmedvit, vere i stand til å endre vanar over tid.
- **Talent.** Nokon er i frå naturen si side i stand til å utføre enkelte oppgåver svært godt. Talent er også vanskelegare å måle, og ikkje minst er det vanskeleg å finne tiltak som skaper talent. Dersom ein ikkje har eit talent, kan dette vere vanskeleg å skaffe seg, same kor mykje ein prøver. Dei fleste arbeidsoppgåver krev ei viss form for talent. Sjølv om det er vanskeleg å måle seg til betre talent, kan ein bruke målingar til å kartleggje talent, og å plassere rette personar på rett stad.

Kunnskap kan lærast, og opplæring er difor ein viktig faktor å måle i balansert målstyring. Ein kan vere freista til å gjere målingar som til dømes finn ut kor mange undervisningstimar som er gjennomført i ein viss tidsperiode. Ei slik måling vil vere ei innsatsmåling, og gir ingen annan informasjon enn at timane er gjennomført. Målinga gir oss ingen informasjon om det har vore noko utbytte av denne opplæringa. Det er resultatet av opplæringa vi er interessert i, og dette må også målast. Ein er då i stand til å sjå om opplæringa har noko effekt (Niven, 2003).

Måling av informasjonskapital

Informasjonsteknologi er eit område som det blir brukt stadig meir ressursar på, og i mange tilfelle har ikkje investeringane gitt synlege gevinstar. Det vil difor vere fornuftig å gjere målingar for nytta av informasjonsteknologi. Ein bør sjå på informasjonsflyten i organisasjonen, og forsøke å gjere denne så effektiv som mogleg, slik at til sist kundane får auka verdi gjennom kortare leveringstid og betre kvalitet (Niven, 2003).

Måling av arbeidsmiljøet

Det er spesielt tre faktorar som ein kan fokusere på for å få eit godt arbeidsmiljø i organisasjonen

- **Tilsettetilfredsheit.** Dette er ei mykje brukt måling i perspektivet for dei tilsette si læring og vekst. At dei tilsette har det bra på jobben, blir sett på som ein viktig faktor for at også kundane skal vere fornøgde. Det er likevel viktig at ein gjer målingar som vil vere brukande til å forbetre organisasjonen. Mange organisasjonar bruker metodar til å kartlegge tilsettetilfredsheit som er utdatert, og fylgjande tips kan vere med på å forbetre desse (Niven, 2003):
 - La spørsmåla vere relaterte til handlingar som let seg observere, og ikkje tankar og motiv.
 - Gjer berre målingar av handlingar som er knytt til organisasjonen
 - La om lag ein tredel av spørsmåla lede til negativ respons
 - Unngå rangeringar, då desse ofte skaper feil inntrykk.
 - Undersøkinga skal kunne gjennomførast på 20 minutt.

Ikkje berre er undersøkinga viktig, men like viktig er det at ein tek tak i problem som blir avdekka i undersøkinga og set i verk tiltak for å skape forbetringar. Dersom dette punktet blir oversett, vil ein på sikt ikkje få nokon god svarprosent på undersøkingane. Det vil for så vidt heller ikkje ha noko meining å gjer undersøkingar dersom ein ikkje løyser avdekte problem (Niven, 2003).

- **Kommunikasjon.** At det er gode kommunikasjonslinjer i organisasjonen, er svært viktig for å skape suksess. Alle tilsette må føle at dei får den informasjonen dei treng for å utføre sine oppgåver. Ein studie 2002 viste at mindre enn ein tredel av dei spurte meinte at kommunikasjonen på deira arbeidsplass var effektiv (Taub, 2002).
- **Samarbeid.** Det er viktig at alle i organisasjonen arbeider mot same mål. Usemje vil føre til redusert produktivitet, og vil ikkje skape betre verdi for kundane. Ein bør difor gjere målingar som overvakar om organisasjonen jobbar i same retning. Å bryte målstyringa ned på individnivå er ein metode som kan hjelpe med å halde alle tilsette på same linje.

4.9.4 Målingar i det finansielle perspektivet

På lik linje med profittorganisasjonar er det avgrensa midlar i ideelle og offentlege organisasjonar. Det finansielle perspektivet er difor viktig også i desse organisasjonane, sjølv om det er noko nedtona i forhold til for reine profittorganisasjonar. Ein må skaffe seg ei oversikt over om midlane blir brukt på ein god måte, og bør mellom anna ta fylgjande omsyn (Niven, 2003):

- **Prisen på produkt og tenester.** Å kartlegge dei verkelege prisane på det som skjer i organisasjonen kan bidra til vidare forbetringar. Aktivitetsbaserte kostnadar (ABC) er ein metode som er mykje brukt til dette.

- **Inntektsauke.** Ein må stille seg spørsmål som "Kva moglegheiter har vi for å utvide inntektskjeldene våre?", "Kan vi ta meir betalt for nokon av tenestene våre?".
- **Finansielt system.** Økonomien er ryggrada i dei fleste verksemder, og slik informasjon er viktig i dei fleste avgjersler. Ein må difor sjå til at systemet er påliteleg, oppdatert og gir relevant informasjon. Nøyaktige data kan gi viktig informasjon, og den kan også auke truverde overfor omgjevnaden.

4.9.5 Val av målingar

Effektive målingar skal både vise veg og samle dei tilsette, samstundes som dei forbetrar avgjerslestøtta for organisasjonen og dannar basis for ressursallokeringsavgjersler. For å få best mogleg effektivitet, bør ein ta omsyn til følgjande når målingane blir utvikla (Niven, 2003):

- **Kopla til strategien.** Alle målingar i den balanserte målstyringa bør kunne førast tilbake til dei vala som vart gjort i strategien.
- **Lett å forstå.** Det skal ikkje vere naudsynt med ei lang utdanning for å forstå kva som er meint med dei enkelte prestasjonsmåla. Vi hugsar at balansert målstyring er både eit måle-, leiings- og kommunikasjonsverktøy. At alle brukarane forstår innhaldet er difor essensielt.
- **Kausale samanhengar.** Dei målingane ein vel, bør vere kopla saman gjennom dei fire perspektiva opp til kundeperspektivet. Ved å forklare målingane med kausale forhold, vil det vere lettare å kommunisere strategien, samstundes som ein kan lære frå resultatata. Målingar som ikkje bidreg til å realisere strategi, visjon, verdiar og misjon, bør utelatast.
- **Jamleg oppdatering.** Betra resultat er ofte grunnen til at organisasjonar vel å bruke balansert målstyring. Skal ein få noko betre resultat, er det viktig at informasjonen som blir presentert er oppdatert. Dersom målingane skjer ein gong i året eller sjeldnare, vil det vere uråd å få til raske forbetringar sjølv om ein brukar balansert målstyring.
- **Tilgjengeleg.** Ofte er rundt 30 % av prestasjonsmåla ein vel, ikkje tilgjengeleg når ein set i gang den balanserte målstyringa. Dette er fordi desse representerer heilt nye måtar å overvake organisasjonen på, som det ikkje straks er råd å framskaffe. Desse målingane kan likevel tilføre organisasjonen såpass med verdi at dei er verdt å vente på. Det er likevel viktig at den delen som ikkje er tilgjengeleg, ikkje er så mykje høgre enn 30 %. Det er betre med eit system med 70 % data som ein kan bruke i dag, enn eit system som du må vente med å bruke i eit år.
- **Varsemd for manipulasjon.** Prøv å finne prestasjonsmålingar som viser det sanne biletet og ikkje er mogleg å manipulere, slik skrivne rapportar ofte kan vere.
- **Bruk ikkje datorelaterte målingar.** Det hender at ein brukar målingar som går på å sette i verk tiltak innan visse tidsfristar. Dette er ikkje ei måling, men snarare eit mål. I målinga bør

ein fokusere på kva verdiar ein skaper for kundane når tiltaket er fullført. Målingar av denne typen vil gi betre informasjon enn at noko er sett i verk.

- **Kvantitative.** Prestasjonsmålingane bør i størst mogleg grad vere objektive. Ved å bruke kvantitative målingar, slepp ein forstyrringar av subjektive meiningar. Dersom ein er kreativ nok, er det mogleg å gjere dei mest krevjande målingane om til noko kvantitativt.
- **Dysfunksjonell.** Det er viktig å vurdere effekten av målingane som blir valt. Ein kan risikere at ei måling fører til eit uønska resultat, og at den skadar meir enn den gir gevinst for organisasjonen. Ein må difor sjå om målinga er dysfunksjonell og bør takast bort.

4.9.6 Talet på målingar

Offentlege organisasjonar brukar ikkje-finansielle målingar også i dag, og det er ikkje uvanleg at store offentlege organisasjonar har rundt 140 ulike målingar (Niven, 2008). Talet på målingar i balansert målstyring bør ikkje liggje på meir enn mellom 10 og 20. Det kan likevel vere naudsynt å bruke fleire målingar for å gi eit korrekt bilete av strategien. Ein tommelfingerregel er at ein har om lag ei og ei halv måling per mål. Sjølv om talet på målingar er relativt lavt, betyr ikkje dette at ein ikkje bryr seg om resten av organisasjonen. Men ein bruker ikkje tid på å gjere målingar på områder der ein er fornøgd med tilstanden. Skulle det derimot oppstå situasjonar som ein vil overvake betre, kan ein berre leggje til målingar på desse områda. Likeeins kan ein fjerne målingar som viser seg å ikkje ha noko effekt eller målingar på område som ikkje lenger treng grundig overvaking (Niven, 2003).

4.9.7 Resultatkrav

Å berre gjere målingar, vil ikkje gje noko grunn for dei tilsette til å gjere endringar. Det må også avklarast kva veg ein ynskjer at målingane skal gå. Enkelte målingar vil vere ein fordel å redusere, medan andre målingar vil vere bra å auke. Resultatkrava ein set til målingane bør vere relative. At ein organisasjon brukar to timar på ein viss aktivitet kan høyrast vel og bra ut. Det er først når ein finn ut at ein tilsvarande organisasjon brukar 30 minutt på same aktivitet, at ein veit at ein bør gjere forbetringar. Resultatkrav er eit kraftfullt kommunikasjonsverktøy, som informerer heile organisasjonen om kva aktivitetsnivå som vert kravd for å lukkast (Niven, 2003).

Dei måla som ein vel må vere realistiske, samtidig som dei utfordrar organisasjonen til å strekkje seg litt for å nå dei. Dersom resultatkrava er altfor høge, kan dette gje negative effektar (Niven, 2003). Det er også viktig å unngå ein tendens som ein ofte ser ved bruk av budsjett, nemleg at ein blir straffa med mindre ressursar dersom ein klarer budsjettkravet. Nyland og Østergren (2007) fann i si studie at denne oppfatninga var godt rotfesta hjå leiarar i Helse Vest. Motivasjonen til å strekkje seg for å nå resultatkrava blir ikkje noko særleg av slike incentivordningar. Heller ikkje Magnussenutvalet sin rapport om skeivvurdering av midlane i helsesektoren (NOU 2008: 2) kan ventast å gi gode incentiv til å halde budsjettet.

4.10 Tiltak

Vi har no teke vegen frå misjonen, gjennom verdiar, visjon og strategi. Vidare har vi sett på oppbygging av eit strategikart og på utvikling av mål og målingar. Vi er nett ferdig med å sjå på resultatkrava, og det gjenstår no berre eit punkt før vi er ferdig med utviklinga av den balanserte målstyringa; nemleg tiltaka. Eit tiltak/initiativ er eit program, ein aktivitet, eit prosjekt eller ei handling ein vil utføre for å sikre at ein klarer eller overgår resultatmåla som ein har sett seg (Niven, 2003). Døme på tiltak er å opprette nye nettstadar for å gi betre service til kundane, eller å sette i verk opplæring for ei viss målgruppe av tilsette, slik at desse til sjuande og sist gir større verdi til kundane. Tiltak er det ofte ikkje mangel på, spesielt i ideelle og offentlege organisasjonar. Problemet er berre at dei ofte byrjar i feil ende. Ein set først i gong eit tiltak med alle gode intensjonar, og gjerne for å skape større verdi for kundane. Etter at tiltaket er sett i verk, lagar ein mål og resultatkrav til å følge det opp. Problemet er at desse tiltaka ikkje nødvendigvis er rotfesta i strategien, og det kan vere uheldig dersom ein må lage strategien basert på tiltak som er sette i verk, i staden for å sette i verk tiltak for å støtte opp under strategien. Det vil ikkje ha noko formål med ein strategi dersom den ikkje dannar grunnlaget for alt som skjer i organisasjonen (Niven, 2003), og ein står i fare for å få eit endå større gap mellom planlagt og realisert strategi jf. Mintzberg (1987).

Når ein innfører balansert målstyring, vil det i dei fleste organisasjonar alt vere ein del tiltak som er pågåande. Før ein set i verk nye tiltak, bør ein difor gå gjennom dei tiltaka som eksisterer og knyte desse opp mot strategi og misjon gjennom den balanserte målstyringa. På denne måten vil ein få ei oversikt over pågåande tiltak som ikkje kan knytast til strategien. Slike tiltak bør ein vurdere å avslutte, og i staden allokere ressursane til tiltak som støttar opp under strategien. Ein slik eksersis kan i mange tilfelle frigjere såpass mykje ressursar at det i seg sjølv rettferdiggjjer satsinga på balansert målstyring (Niven, 2003).

For å få ei oversikt over dei økonomiske konsekvensane av tiltaka, bør ein berekne kor mykje kvart av tiltaka vil koste. Denne informasjonen kan brukast til å vurdere om enkelte tiltak bør sløyfast for å bruke ressursar på andre område. Ved å bruke metodar for å få fram dei reelle kostnadane, slik som ABC, kan dette gjere budsjetteringsprosessen betre (Niven, 2003).

4.11 Nedbryting av balansert målstyring

Eg har tidlegare argumentert for at det vil vere best å starte med balansert målstyring på eit overordna nivå i organisasjonen. Det balanserte målkortet som ein utviklar på dette nivået, vil likevel vere for uklart for kvar einskild tilsett, spesielt i større organisasjonar. Ein bør difor bryte ned den overordna balanserte målstyringa på avdelingsnivå, gruppenivå og til og med individnivå. På denne måten vil alle tilsette få ei betre forståing for kva som skal til for å nå dei overordna måla.

Ei undersøking av 293 organisasjonar i Storbritannia, viste at rundt to tredelar av dei tilsette ikkje hadde ei god forståing av organisasjonen sine overordna mål (Fonvielle og Carr, 2001). Ei tilsvarande undersøking gjort i USA av konsulentfirmaet Watson Wyatt i 2002, viste at rundt halvparten av dei tilsette ikkje forstår stega organisasjonane deira tek for å nå sine mål. Ein såg vidare at det gir store positive utslag for organisasjonen når alle tilsette ser relasjonen mellom eigne arbeidsoppgåver og organisasjonen sine mål (Taub, 2002). Undersøkinga var gjort på private organisasjonar, men det er ikkje noko grunn til å tru at ideelle og offentlege organisasjonar ikkje vil ha eit like stort utbytte. Heller ikkje er det naturleg at tilsette i slike organisasjonar har så mykje større forståing for kvifor organisasjonen handlar som den gjer enn for tilsette i private organisasjonar (Niven, 2003).

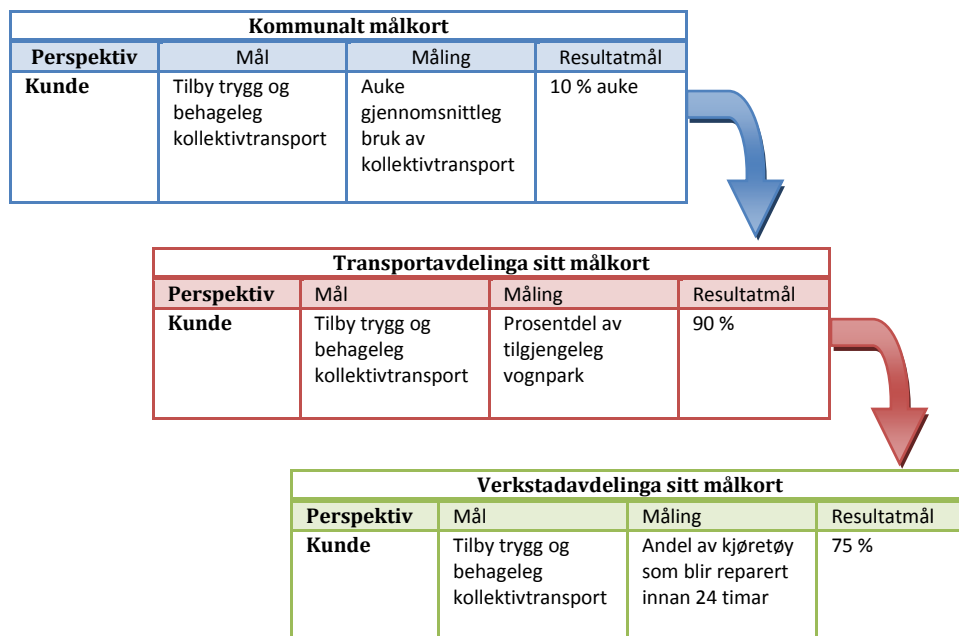
Når ein skal bryte ned målstyringa på lågare nivå, er det viktig at dei tilsette sjølve får delta i denne prosessen. Det vil likevel vere fornuftig at også utviklingsteamet som har laga den overordna målstyringa er involvert. Sidan teamet består av medlemmar frå ulike delar av organisasjonen, kan det vere ei god løysing at desse teammedlemmane no går tilbake til si avdeling og bidreg med sin kunnskap i prosessen med å bryte med målstyringa på lågare nivå. Desse teammedlemmane har ei grundig forståing av den overordna målstyringa, og kan bruke sin kunnskap til å leie prosessen på rett veg (Niven, 2003).

Det er svært viktig at ein bevarer den same strukturen og terminologien i rammeverket også når ein bryt det ned på lågare nivå. Sidan det blir brukt mange omgrep som lett kan mistydast, må ein vere sikker på at alle forstår forskjellen på til dømes mål, måling, resultatmål og tiltak. Det kan likevel hende at mål som ligg i eit perspektiv i den overordna målstyringa, vil bli plassert i eit anna perspektiv lågare nede i organisasjonen. Til dømes vil eit mål for tilsette si læring og vekst ligge i lærings- og vekstperspektivet i det overordna målkortet. Personalavdelinga kan likevel velje å flytte desse måla til sitt eige kundeperspektiv, sidan det for denne avdelinga vil vere organisasjonen som er kunden (Niven, 2003).

Når det gjeld den overordna balanserte målstyringa vert det argumentert for å vurdere nøye kva målingar som skal takast med, og at ein bør prøve å halde seg på mellom 10 og 20 målingar – men fleire dersom organisasjonens størrelse eller andre tilhøve tilseier noko anna. Når ein bryt ned målstyringa på lågare nivå, må ein berre ta med dei målingane som det er mogleg å påverke. Normalt vil ei avdeling berre kunne påverke eit fåtal av dei målingane som blir gjort i det overordna målkortet for organisasjonen. For avdelinga vil det likevel vere naturleg å bryte ned desse målingane til eigne målingar som er meir detaljerte. Ein bør ikkje sette noko krav til kor mange målingar ein kan ha med, men berre sjå til at dei som er med, er relevante og i tråd med den overordna målstyringa. Ei avdeling som ikkje kan relatere seg til nokon av dei overordna målingane, vil per definisjon ikkje

tilføre organisasjonen noko verdi, og ein må då vurdere framtida for denne avdelinga. Likeeins på gruppenivå og individuelt nivå (Niven, 2003).

Nedanfor ser vi eit døme på korleis nedbrytinga vil vere i praksis.



Figur 9: Nedbryting av balansert målstyring

I dømet er det ein kommune som ynskjer at fleire skal bruke kollektiv transport. Dei set dette som eit mål, og vel å bruke auka gjennomsnittleg bruk av kollektivtransport som måling for dette målet. Resultatkravet er 10 % auke i bruken av kollektivtransport. Transportavdelinga vurderer at dei kan gjere sitt til at kommunen når sitt mål. Ved å tenkje på kausale samanhengar vel dei å måle kor mykje av vognparken som er tilgjengeleg for bruk, og meiner at om 90 % av vognparken er tilgjengeleg, vil det vere råd for kommunen å nå sitt mål om 10 % auke i kollektivtransporten. Under transportavdelinga ligg ei rekkje andre avdelingar, mellom anna verkstadavdelinga. Denne finn ut at dei kan bidra til at 90 % av vognparken er tilgjengeleg, ved at 75 % av reparasjonane på vognparken blir utført innan 24 timar. Også dette er basert på kausale samanhengar. I tillegg kan det vere andre avdelingar, for eksempel personalavdelinga, som bidreg ved å sjå til at sjukefråværet til sjåførane ikkje er større enn 5 % - noko som også vil påverke prosentdel av tilgjengeleg vognpark og dermed auken i personar som brukar kollektiv transport.

Dette dømet viser på ein god måte korleis balansert målstyring kan gi alle delar i organisasjonen ei mykje betre oversikt over korleis dei kan bidra til å realisere organisasjonen sin strategi enn kva ein får utan eit slikt rammeverk. Også støtteavdelingane vil få moglegheit til å vise kva dei bidreg med for

å realisere strategien, noko som kan løfte desse fram slik dei vert meir synlege enn dei ofte er (Niven, 2003).

Det er alltid ei fare for at ein kjem skeivt ut i forhold til dei overordna måla når ein jobbar med nedbryting av målkort. Dersom dette skjer, kan ein risikere at avdelingar, team eller tilsette jobbar mot kvarandre, slik at organisasjonen ikkje klarer å realisere strategien. Etter kvart nivå må ein kontrollere at koplingane til dei overordna måla er ivaretekne. Teamet som har utvikla det overordna målkortet kan vere dei beste til å gjere denne kontrollen, sidan dei har god kunnskap og erfaring med balansert målstyring. Utviklingsteamet bør ha ein gjennomgang med dei som har jobba med å bryte ned målkortet, for å diskutere og gjere endringar som kan auke kvaliteten på målkortet (Niven, 2003).

Når ein er ferdig med nedbrytinga, kan det også vere av verdi at ulike avdelingar får sjå kvarandre sine målkort. Det har vist seg at dei færreste har oversikt over kva dei ulike avdelingane og gruppene i sin eigen organisasjon eigentleg driv med. Å utveksle målkort vil vere ein effektiv måte å dele denne informasjonen på, og dette kan igjen gje auka verdi for organisasjonen (Niven, 2003).

72 % av dei organisasjonane som rapporterer banebrytande resultat ved å bruke balansert målstyring, har nytta nedbryting av målkorta for å sikre at alle jobbar mot same mål (Niven, 2003).

4.12 Budsjett og balansert målstyring

Budsjettet har dei siste 60 åra vore det dominerande styringsverktøyet for offentleg sektor. Balansert målstyring har sidan introduksjonen vist seg å kunne gi god styring av organisasjonar som opererer i stadig skiftande omgjevnadar og med stor usikkerheit (Niven, 2003). Budsjettet har på same tid blitt svekka som styringsverktøy, fordi det ikkje er i stand til å reagere på denne usikkerheita og dei raske endringane (Hope og Fraser, 2003 og Wallander, 1999). Likevel er det eit stykke før ein kan rekne med at offentleg sektor vel å kvitte seg med budsjettet, slik som StatoilHydro no jobbar med (Bogsnes, 2007), trass i at det viser seg å fungere dårleg som styringsverktøy (Nyland og Østergren, 2007 og Sandmo og Andersen, 2007). Samtidig kan det vere andre grunnar til at budsjettet bør bevarast; til dømes meiner enkelte at budsjettet er eit viktig politisk verktøy (Olson, 1990).

For organisasjonar som vil halde fast på budsjettet, eller er tvunge til dette av t.d. lover, kan balansert målstyring likevel bidra til å gje ein betre budsjettprosess for organisasjonen i tillegg til at koplinga mellom strategien og budsjettet kjem klarare fram ved å bruke rammeverket (Kaplan og Norton, 1996b og Niven, 2003).

Eg har tidlegare definert tiltak som er dei programma, prosjekta og handlingane ein utfører for å realisere strategien. Det er desse tiltaka som er kostnadsdrivaren i alle organisasjonar, og gjennom å

bryte ned den balanserte målstyringa på avdelings- og teamnivå, vil ein få kartlagt dei tiltaka som må vere på plass for at strategien skal realiserast. Med balansert målstyring i botn, kan ein kartleggje kostnadane av desse tiltaka og bruke desse i budsjettet. Budsjettet blir då tettare knytt til reelle kostnader, og ikkje ein korreksjon av fjorårets budsjett eller rekneskap, slik mange brukar i dag (Niven, 2003).

For at ein skal få denne budsjetteringsmåten til å verke, er det også her naudsynt med kommunikasjon. Alle som er involvert i prosessen må få vite om endringane og kvifor dei skjer. Det må også kommuniserast kvifor organisasjonen og dei som jobbar med budsjetteringa er betre tent med ein slik prosess enn den gjeldande (Niven, 2008).

4.13 Kostnader og tidsbruk

Å innføre balansert målstyring vil koste noko for organisasjonen, noko ein også må ta med i vurderingane. Det vil vere uråd å komme med ein prislapp som vil vere lik for alle organisasjonar og situasjonar, men kostnadsdrivarane for innføringa vil stort sett vere dei same for alle organisasjonane (Niven, 2003):

- **Tid** er ein viktig faktor. Innføringa krev at ein har eit team som jobbar med ulike delar av denne, og dermed må ein rekne lønnskostnader. Spesielt vil det krevje mykje ressursar i slutfasen av prosjektet. Når den balanserte målstyringa er implementert og fungerer skikkelig, vil ressursbehovet bli langt lågare, men sidan balansert målstyring er ein kontinuerleg prosess, vil det alltid vere noko kostnader knytt til tidsbruk. Når det gjeld kor lang tid som krevjast for å innføre balansert målstyring, så er dette også individuelt frå organisasjon til organisasjon. Dersom engasjementet og ressursane er på plass, vil likevel dei fleste organisasjonar kunne utvikle si balanserte målstyring på rundt 16 veker (Niven, 2003).
- **Konsulenthjelp** vil også krevje ein del ressursar. Likevel kan kostnadane med å leige inn konsulentar som er dyktige på balansert målstyring vere eit betre alternativ enn å lage eit system som ikkje fungerer.
- **Programvarekostnader** vil også vere aktuelle. Då balansert målstyring vart presentert, var det gjerne Microsoft Excel som vart brukt. I dag finst det derimot veldig mange program som er spesiallaga for balansert målstyring, og det kan vere ein fordel å bruke slike program for å få best mogleg utbytte av modellen.
- **Opplæring og trening** er ein viktig faktor for å lukkast med balansert målstyring. Kostnadane kan variere frå nokon eksemplar av ei opplæringsbok til å sende tilsette på eit av dei mange konferansane om balansert målstyring rundt om i verden.

- **Logistikkostnader.** Ofte vil det vere ein fordel å reise bort frå arbeidsplassen for å få ro til å jobbe med utviklinga av balansert målstyring. Slike tiltak vil medføre auka kostnader, men det kan vere verdt det for å sleppe stadige avbrytingar i arbeidet.

4.14 Tida etter implementeringa

Arbeidet med balansert målstyring er ikkje over når ein er ferdig med implementeringa. Som tidligare nemnt endrar omgjevnaden seg fort, og dermed må også organisasjonen endre seg. Den balanserte målstyringa må difor vurderast kontinuerleg for å sjå til at organisasjonen held stø kurs mot misjonen. Både mål, målingar, resultatmål og tiltak kan bli endra kvart år. Ein kan finne meir effektive mål, andre måtar å gjere målingar på, oppjustere resultatmåla og sette i verk andre tiltak (Niven, 2003). Også dei kausale samanhengane overvakast nøye, for å sikre at desse er korrekte (Nørreklit, 2000).

5 Empiri

I teorikapitlet har eg presentert relevant teori om balansert målstyring, og koplinga til misjon, verdiar, visjon og strategi. Helse Vest RHF har gjennom sitt strategiarbeid Helse 2020 arbeidd med å utvikle visjon, verdiar og strategi for Helse Vest. Eg vil i dette kapitlet presentere hovudpunkta i dette strategidokumentet, før eg seinare i oppgåva analyserer dette og bruker det til å vise korleis balansert målstyring kan brukast til styring i Helse Vest.

Det er viktig at strategidokumentet til Helse Vest RHF ikkje kjem i konflikt med oppdragsdokumentet som Helse- og omsorgsdepartementet pålegg helseføretaka å følgje . I dette kapitlet vil eg difor også presentere hovudpunkta i Oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF for 2008, og vil bruke også denne informasjonen i analysen.

I tillegg til dokumenta ovanfor, er det ei rekkje andre faktorar som spelar inn på styringa i Helse Vest. Mellom anna har ein lovverk, føreskrifter, føretaksmøter og andre pålegg. Eg vil ikkje kome særskilt inn på desse i dette kapitlet. Likevel vil mykje av desse faktorane vere representerte i Helse2020 og Oppdragsdokumentet.

5.1 Helse 2020

"I arbeidet med Helse 2020 har vi lagt saman den kunnskapen vi har – og teikna eit så presist bilde som mogleg av framtida. No gjeld det å realisere planane" heiter det i fororda til Helse 2020.

Helse 2020 er namnet på den nye strategiske handlingsplanen for Helse Vest RHF. Felles visjon, felles verdiar og felles målsetningar er resultatet av arbeidet, og dokumentet skal *"illustrere ei linje frå det strategiske og overordna ned til heilt konkrete og spesifikke tiltak"*. Strategiarbeidet har hatt ei brei involvering frå både brukarar, tillitsvalde, fagmiljøa og helseføretaka, der målet har vore å kartleggje dei utfordringane som ein vil stå ovanfor fram mot år 2020, og å leggje til rette for at desse blir løyste på ein best mogleg måte. Handlingsplanen vil verte revidert kvart fjerde år, og skal leggje føringar for dei årlege budsjett- og styringsdokumenta. Den første perioden er 2008 – 2012, og i skrivande stund har vi såleis kome godt inn i det første året med den nye strategien.

Den nye visjonen for spesialhelsetenesta på Vestlandet er følgjande: *"Å fremje helse og livskvalitet"*.

I tillegg har ein utvikla eit sett med verdiar som viser på kva måte Helse Vest ynskjer å nå visjonen.

Dei tre verdiane er desse:

- **Respekt** i møte med pasienten
- **Kvalitet** i prosess og resultat
- **Tryggleik** for tilgjengelegheit og omsorg

Helse Vest RHF har gjennom arbeidet med Helse 2020 avdekket dei drivkreftene som vil danne grunnlaget for arbeidet fram mot år 2020. Den første er endra etterspurnad, som følgje av endringar i demografi og sjukdomsbilete samtidig som befolkninga set større krav til helsetenestene enn tidlegare. Den andre drivkrafta er endra tenestetilbod, ved at utviklingar av medisinsk metode og teknologi gjer det mogleg å behandle fleire sjukdommar enn tidlegare. Den tredje drivkrafta er endringar i rammevilkår. Sjølv om Noreg er eit av dei landa som brukar mest ressursar på helse, opplever både sektoren sjølv og brukarane at ressursane er knappe.

Helse Vest RHF teiknar gjennom Helse 2020 tre hovudmål som må nåast på vegen til å oppfølgje visjonen. Det er desse hovudmåla som dannar grunnlaget for kva tiltak som skal setjast i verk i Helse Vest dei næraste åra. Hovudmåla er:

- **Trygge og nære sjukehusenester**
- **Heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk**
- **Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon**

Eg vil no gi ei samanfatning av dei tiltak og tiltaksområde som er presenterte i Helse 2020. Tiltak refererar til enkelttiltak som skal setjast i verk. Tiltaksområde refererar til områder der det skal setjast i verk ulike tiltak, men der tiltaka ikkje er klare endå.

5.1.1 Trygge og nære sjukehusenester

“For befolkninga på Vestlandet er det avgjerande å ha tillit til helsetenestene. Det er mange faktorar som påverkar dette tillitsforholdet, nærleik, tilgjengelegheit, trua på at ein blir møtt med omsorg og respekt og med tenester av høg kvalitet o.a.”

Helse Vest bryt dette hovudmålet opp i delmål og tiltaksområde. Delmåla er følgjande:

- Pasientane skal verte møtte av kompetente team som har fokus på situasjonen deira.
- Pasientane skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet.
- Pasientane skal få god informasjon og opplæring og vere aktive deltakarar i eiga behandling.
- Pasientane skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar.
- Pasientane skal erfare styrking i arbeidet med førebygging og rehabilitering.

Helse 2020 presenterer også ei rekkje tiltaksområde som skal føre til at delmåla og hovudmålet blir realisert.

Kvalitet

Tiltaksområde 1.1: Realisering av den fastsette kvalitetsstrategien for Helse Vest

I slutten av 2005 vart det vedteke ei samla retning for kvalitetsarbeidet i føretaksgruppa. Som følge av dette har det blitt utarbeida eit eige forprosjekt, i tillegg til at ei av faggruppene i Helse 2020-arbeidet har kome fram til ei rekkje eksplisitte tiltak som supplerer og utdjupar styrevedtaket frå 2005. I Helse 2020 vert følgjande tiltak nemnt:

- *”Organisering orientert omkring pasientforløp – som i seg sjølv vil bidra til fokus på prosesskvalitet”*
- *”Større grad av skreddarsaum for prosessane omkring pasientforløp og standardisering av volumtenester”*
- *”Systematisk arbeid for utvikling av kunnskapsbasert praksis, og omsetjing av teoretisk fundament i operativ praksis”*
- *”Etablering av klinisk revisjon som virkemiddel i Helse Vest”*
- *”Utvikling av kvalitetsindikatorar og styringsinformasjon i løpande rapportering.”*
- *”Rutinar for å måle pasienterfaringar som korrektiv.”*
- *”Vurdering av akkreditering og/eller sertifisering av medisinske støttefunksjonar som radiologi og laboratorieverksemda.”*
- *”Etablere god internkontroll med strukturerde system for styrande dokument.”*
- *”Bruk av avvikshandtering som ein del av kvalitetsarbeidet.”*

”I tillegg vil vi peike på behandlingsrelaterte sjukdommar og medikamentelle biverknadar som eit veksande felt som vil krevje merksemd.”

Det går fram frå teksten at det finst fleire tiltaka enn dei som er nemnde over, utan at ein går meir inn på kva desse er. Samstundes er nok dei tiltaka over for diffuse til at dei gir meining for lesaren, inkludert underteikna.

Kvalitet ser ut til å vere vanskeleg å definere i helsesektoren. I Strategidokumentet viser ein til Sosial- og helsedirektoratet si forståing av kvalitet, som seier at helsetenestene skal vere verknadsfulle og trygge, involverer brukarane, vere samordna og prega av kontinuitet, samstundes som dei utnyttar ressursane på ein god måte og er tilgjengeleg og rettferdig fordelte. *”Denne forståinga ligg til grunn for Helse Vest sin kvalitetsstrategi (styresak 117/2005).”* Det vert i same punkt også vist til forprosjektet for kvalitet i Helse Vest, *”Frå strategi til handling”* frå 2006. I dette forprosjektet blir kvalitet i helsetenestene definert på ein annan måte enn den som er lagt til grunn i Helse 2020: *”Kvalitet omfatter i hvilken grad det som skjer av aktiviteter og tiltak i helsevesenet fører til en*

helsegevinst for individ og for grupper individ gitt dagens kunnskap.” I tillegg til disse to definisjonane har ein definisjonen som er i nasjonal helseplan for 2007-2010: “Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst gitt dagens kunnskap og ressursrammer.”(St.prp. nr.1 2006-2007). Med såpass mange, dels ulike, definisjonar av kvalitet innanfor same sektor, er det naturleg at det vil oppstå problem med kvalitetsrealiseringa.

Medisinsk metode

Tiltak 1.2: Utvikling av konsistente prosedyrar for innføring av ny teknologi/metode

Innføring av ny teknologi og metode skal gjerast på ein slik måte at ein maksimerar helsenyttan. Det skal difor utarbeidast eit felles kriteriesett som skal brukast i prosessen for å vurdere innføring av nye metodar.

Tiltak 1.3: Etablere system for tidlegvarsling av nye medisinske metodar

Etablere eit system for tidleg varsling og dermed tidleg ute med å prøve ut målretta metode og medikament. Samarbeid med Nasjonalt Kunnskapssenter.

Utstyr/teknologi

Tiltak 1.4: Systematisere differensiering av utstys- og teknologiorganisering.

”Nytt utstyr er dyrt og pressar fram ei sterkare prioritering når ein skal fordele og plassere dette.”

For at utnyttingsgraden skal vere maksimert er det naudsynt å samarbeide om utstysbruken, både på tvers av ulike føretak og ulike avdelingar i det same føretaket. For noko av utstyret kan det vere aktuelt å samarbeide på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Tiltak 1.5: Felles pasientrelaterte IKT-løysingar i regionen, mellom anna elektronisk journalsystem.

”Det må setjast fart i arbeidet med å få ei samla IKT-løysing for heile Helse Vest.” Ein ser eit stort uutnytta potensiale innanfor IKT for helsetenestene fram mot 2020, mellom anna bruka av elektroniske journalar. “Arbeidet med anbodskonkurransar for journalløysingar er allereie sett i gang”

Tiltak 1.6: Heilskapeleg plan for organisering og bruk av telemedisin og IKT.

”Telemedisin vil representere moglegheiter, både når det gjeld innhald i tenestene og organiseringa av tenesteproduksjonen og samhandling.”

"[...]Helse Vest [vil] ta initiativ til at det blir utarbeidd ein heilskapeleg, ambisiøs plan for korleis telemedisin kan bidra til både effektiv og kvalitativ god tenesteproduksjon, meldingsutveksling, opplæring og kunnskapsdeling, pasientopplæring o.l. i regionen"

Felles regional tilnærming til klinisk prioritering

Tiltak 1.7: Faglege retningslinjer for dei største pasientgruppene og vanlegaste kliniske problemstillingane.

"Faglege retningslinjer er ikkje berre ein reiskap når det gjeld kvalitet, men og viktige prioriteringsdokument."

Arbeidet med desse vil vere samankopla med Sosial- og helsedirektoratet sitt arbeid med nasjonale retningslinjer for prioriteringar innanfor dei viktigaste fagområda. *"Eit regionalt arbeid for å tolke, presisere og forvalte desse konsistent i regionen vil vere nødvendig."*

Tiltak 1.8: Opplæring av dei som prioriterer på overordna klinisk nivå.

"For å skape eit heilskapeleg system med ei felles forståing for kriteria for prioritering må ein lære opp dei som skal prioritere."

Tiltak 1.9: Samhandling med primærhelsetenesta for å sikre betre prioritering

"Ein stor del av liggjedøgna i sjukehus blir brukt av ein liten del av pasientane. Mange av desse er eldre menneske med fleire og samansette lidingar." Helse Vest erkjenner at det er naudsynt å redusere pasientar i kategoriane *"augeblikkelig hjelp"* og *"nødvendig helsehjelp"*. For å få til dette må ein ha eit tettare samarbeid med primærhelsetenesta enn ein har i dag. *"Det krev ei heilt anna samordning med primærhelsetenesta enn i dag, og i møte med desse pasientane må sjukehusa sjå heilskapen og opptre samordna, ikkje som ei til dels mangelfullt koordinert samling spesialavdelingar."*

Tiltak 1.10: Overvaking av forbruksratar i regionen

Informasjonsteknologien gir Helse Vest stadig nye moglegheiter. *"Det er ikkje mogleg å oppnå fullstendig likebehandling på tvers av regionen, men ein kan avdekkje større variasjonar som er uforklarte eller uakseptable og ta fatt i desse."*

Andre tiltak

Tiltaksområde 1.11: Lokalsjukehusa si rolle

Helse Vest vil komme tilbake til tiltak her når den nasjonale utgreiinga om lokalsjukehusa si rolle ligg føre.

Tiltaksområde 1.12: Førebygging, habilitering og rehabilitering

Iverksetjing av plan for rehabiliterings- og habiliteringstenestene for Helse Vest.

Tiltak 1.13: Informasjon, pasientopplæring og pasienten sitt ansvar og rolle i behandlinga

”I moderne medisin spelar pasienten si deltaking i eiga behandling og rekonvalesens ei viktig rolle[...]Helse Vest ønskjer å sette eit tydeleg fokus på både informasjonsaspektet og pasienten sitt eige ansvar og rolle for å oppnå eit best mogleg behandlingsresultat.”

Tiltak 1.14: Etablere rutine for systematisk måling av pasienterfaringar

Pasientar og pårørande sine erfaringar i møte med helsetenestene er viktige for å få til ei kontinuerleg forbetring av tenestene i Helse Vest. *”Siktemålet er at dette skal skje på ein standardisert måte og omfatte ein løpande og aukande del av den samla verksemda. ”*

5.1.2 Heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk

”Ein føresetnad for å lykkast med å levere nære og trygge helsetenester er mellom anna evna vi har til å organisere dei effektivt, at alle ledda i ‘verdikjeda’ både kvar for seg og samla er velorganiserte og at dei samhandlar effektivt ut frå tydelege roller.”

Delmåla til dette hovudmålet er følgjande:

- Vi systematiserer behandlingsskjeda og utviklar betre prosessar.
- Vi samlar dei sjeldne og komplekse tenestene på færre stadar.
- Vi samordnar støttetjenester og effektiviserer arealbruk.
- Vi er opne om prioriteringane og resultatane våre.

Også her vil Helse Vest sette i gong ei rekke tiltak:

Det pasientnære tenestetilbodet

I tillegg til punkta over, vil også tiltak 2.1 – 2.5 omhandle tiltak og tiltaksområde innanfor pasientnær verksemd. *”Dette vil vere prinsipielle forhold som vil vere gyldige uavhengig av dei enkelte fagområda”*

Tiltaksområde 2.1: Pasientfokusert organisering av helseføretak/sjukehus

”Lukkast ein med ei organisering basert på pasientforløp som ser pasientbehandlinga som ei heilskapeleg kjede frå ein kjem og til ferdig utskriving, vil dette kunne sameine både kvalitets- og effektivitetsmålsetjingar på ein god måte. ”

Tiltaksområde 2.2: Funksjons- og oppgåvefordelinga i regionen

”Om Helse Vest skal lykkast i å møte utfordringane, og nyttiggjere seg dei moglegheitene vi står overfor i eit 2020-perspektiv, er det ikkje tilstrekkeleg å lykkast med effektiv intern organisering i dei enkelte helseføretaka/sjukehusa. Like viktig blir det å finne ei samla organisering av funksjonar og oppgåver mellom desse.” Dette tiltaksområdet er også knytt til tiltak 1.6 og tiltaksområde 1.11.

”[...]det er eit mål at dette arbeidet skal gjennomførast i 2009/2010, når andre viktige premisser er avklarte”

Tiltaksområde 2.3: Organisering av sjeldne og komplekse tenester

”Organisering av sjeldne og komplekse tenester er i denne samanhengen synonymt med høgspesialiserte tenester, og er slik sett ei naturleg delmengd i arbeidet med ei samla tilnærming til funksjons- og oppgåvefordeling i regionen [Tiltaksområde 2.2]. Når det likevel blir trekt særskilt fram som eige tema, skuldast det at det i det daglege er eit tema som opptek mange, både internt og eksternt.”

Tiltaksområde 2.4: Forpliktande samhandlingsmodellar mellom HF og primærhelsetenesta

”Både ut frå eit pasientperspektiv og eit ressursøkonomisk perspektiv vil Helse Vest RHF forsere arbeidet med å utvikle modellar som legg til rette for tydeleg og mest mogleg effektivt samarbeid med kommunane.”

”Helse Vest RHF vil i 2008 starte eit felles forprosjekt med det siktemålet å lage ein operativ modell for korleis denne samhandlinga best kan organiserast.”

Det vert også referert til tiltak 1.9

Tiltak 2.5: Helskapeleg plan for bruk av telemedisin og IKT

”Der det er dokumenterbart nyttig og kostnadseffektivt, ønskjer Helse Vest å ta i bruk telemedisin for å styrke tilbodet ytterlegare. I dag er opplevinga at dei største hindra for effektiv bruk av telemedisin ikkje er av teknologisk art, men heller av organisatorisk og økonomisk art.”

Dette tiltaket fell saman med tiltak 1.6

Utvikling av samla, heilskapelege fagplanar

I Helse 2020 vert det presentert ei rekkje områder der det skal utarbeidast planverk "[...]som koordinerar det samla fagtilbodet[...]". Nokon av desse områda er nyleg utarbeidde eller under utarbeiding, medan andre skal utarbeidast dei næraste åra.

Tiltak 2.6: Plan for bilettdiagnostikk/radiologi

"Digitaliseringa av bilettdiagnostikk [representerer] nye spennande moglegheiter for alternative organisatoriske modellar."

Denne planen skal setjast i verk i 2008. *"Planen skal innehalde ein konkret innfasings- og handlingsplan som omfattar både investeringsmessige, organisatoriske og tekniske klargjeringar for vidare implementering samt gevinsthausting både i kvalitativ og økonomisk forstand."*

Tiltak 2.7: Plan for laboratorieverksemda

"Av kapasitetsmessige årsaker vil Helse Vest RHF tilrå at dette arbeidet blir sett i gong i 2010."

Tiltak 2.8: Plan for kirurgi

"Helse Vest RHF vil i løpet av 2010 ta initiativ til å starte utarbeiding av ein samla plan for det kirurgiske fagområdet." Grunnen til at det ikkje blir sett i verk tidlegare er "[...]av omsyn til at viktige prinsipielle spørsmål må avklarast før dette arbeidet tek til." Ein tenkjer då på til dømes lokalsjukehusa si rolle samt funksjons- og oppgåvefordelinga i regionen.

Tiltak 2.9: Plan for spesialisthelsetenester til eldre

"Det vil vere behov for differensierte og styrka tenester for eldre. Dette må de takast omsyn til i vidareutviklinga av tenestetilbodet"

Arbeidet med denne planen skal starte i 2008.

Tiltak 2.10: Plan for utvikling av tilbodet innan psykisk helsevern

"Planperioden for opptrappingsplanen for psykisk helse blir avslutta i 2008. For Helse Vest er det viktig å sikre ein samordna vidareføring av satsinga innanfor dette viktige feltet." Helse Vest skal starte arbeidet med ein samla plan i løpet av 2008, "slik at prioriterte element kan takast inn i styringsdokumenta for 2009."

Tiltak 2.11: Plan for rusområdet

”Rusområdet representerer ei stor og veksande utfordring for samfunnet, noko som må reflekterast i Helse Vest sine strategiske handlingsplanar.” Ein samla plan for rusområdet vart vedteken i 2006, og arbeidet med realisering av denne skal halde fram i heile planleggingsperioden. Planen har følgjande overordna strategiar:

- Utvikle likeverdig tilbod for pasientane gjennom å etablere og å sikre basistjenester i alle helseføretaksområda. Avrusing, poliklinikk og døgntilbod for kortare opphald skal styrkjast først.
- Samordne tenestene på tvers av organisatoriske og eigedomsmessige skilje innanfor kvart helseføretaksområde.
- Utvikle større kapasitet lokalt til erstatning for ein stor del av dei plassane som i dag blir kjøpte som gjeste plassar i andre regionar.
- Leggje til rette for brukarmedverknad i eige behandlingssopplegg, mellom anna gjennom bruk av individuell plan og deltaking i planarbeid og brukarutval.

Administrasjon, service, eigedom o.a.

”Det er eit overordna mål at Helse Vest organiserer alle servicefunksjonane sine så optimalt som mogleg, med det siktemålet å bidra til god service for kjerneverksemda og maksimal ressursallokering til pasientnært arbeid.” Ein vil fokusere på følgjande tiltaksområde i planperioden:

Tiltaksområde 2.12: Standardisering av administrative rutinar

”Helse Vest RHF vil i løpet av 2008 lage ei kortfatta, samla oversikt som tidfester rekkjefølgja for detaljutføring og realisering av dei enkelte områda. Denne vil ta omsyn til både eigen kapasitet og nasjonale initiativ som påverkar saksområdet.”

Tiltaksområde 2.13: Innkjøp, forsyning og varelogistikk

”Helse Vest RHF starta våren 2007 opp eit forprosjekt rundt optimalisering av innkjøpsområdet. Realiseringa av forbetningsområda starta opp allereie i 2007. Det er eit siktemål at arbeidet skal utvidast til òg å omfatte vareforsynings-/logistikkområda.”

Tiltaksområde 2.14: MOT-prosjektet

”Medarbeidarane er Helse Vest sin viktigaste ressurs. Dei personellrelaterte kostnadane utgjer samtidig om lag 70 % av dei samla kostnadane.” MOT-prosjektet skal leggje til rette for både

"[...]effektiv og fleksibel ressursstyring av medarbeidarstyrken, samstundes som transaksjonsbaserte administrative rutinar rundt HR, ressursstyring, lønnsproduksjon o.a. blir mest mogleg effektive."

"For at betre pasientlogistikk skal gi prosesskvalitets- eller økonomisk effekt er det heilt avgjerande at ein lykkast med profesjonell styring av personellressursane."

Tiltaksområde 2.15: Egedomsverksemd og arealeffektivisering

"Det er eit stort etterslep på vedlikehald og utfordringar når det gjeld kvalitet og kapasitet på bygg og anlegg. Vi trur at det har innverknad på kvaliteten på tenestene og arbeidsforholda til dei tilsette."

Egedomsmasse representerar betydelege drifts- og kapitalkostnadar, og det er sentralt å sikre:

- *"Koordinerte arealplanar som reflekterer det samla behovet i regionen"*
- *"Effektiv organisering og fokus på forvaltning, drift, utvikling og vedlikehald"*
- *"Areal effektivisering – bruk av internprising som verkemiddel"*

Tiltak 2.16: Modell for samla investeringar

"Helse Vest må lykkast med styring av investeringar som verkemiddel for å nå fastsette mål innanfor tilgjengelege rammer." Investeringsmidlar som blir brukte i Helse Vest skal vere knytt til realisering av mål innanfor kjerneverksemda.

5.1.3 Framtidsretta kompetanseorganisasjon

"Om Helse Vest skal lykkast med dei måla og tiltaka som er nemnde ovanfor, vil ein vere heilt avhengige av å klare å vidareutvikle seg som ein attraktiv kompetanseorganisasjon som evnar å tiltrekkje seg arbeidskraft. Vi veit eksempelvis at Helse Vest dei næraste 10 åra må erstatte om lag 10 000 medarbeidarar som sluttar på grunn av alder. I tillegg kjem naturleg utskifting hos medarbeidarane."

Følgjande delmål blir presentert for å oppnå dette hovudmålet:

- *"Våre medarbeidarar og leiarar tek ansvar og skaper gode resultat."*
- *"Vi er ein attraktiv, utviklande og lærande arbeidsplass."*
- *"Vi tek i bruk nye metodar og teknologi basert på den beste kunnskapen."*
- *"Vi satsar på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling."*
- *"Vi styrker omdømmet vårt gjennom kloke val."*

Tiltaka innanfor dette området er følgjande:

Medarbeidarar og kompetanseutvikling

Tiltaksområde 3.1: Medarbeidarutvikling og –oppfølging

”Kompetanseutvikling har ein sjølvstendig eigenverdi, men kompetanse påverkar òg kor tilfredse medarbeidarane er, som igjen verkar inn på kor tilfredse pasientane er.”

”Helsetenester er arbeidsintensiv verksemd, og kvaliteten på tenestene står og fell på dyktige medarbeidarar og godt arbeidsmiljø. Dei resultata sektoren skal oppnå må skapast mellom medarbeidarane, og mellom medarbeidarane og pasientar/pårørande. Kvaliteten blir bestemt av kunnskapen, ferdigheitene, haldningane og dei personlege eigenskapane medarbeidarane har. Foredling og vidareutvikling av denne kunnskapen dannar grunnlaget for korleis Helse Vest vil lykkast i åra som kjem.”

Tiltak 3.2: Regionalt leiarprogram

”Organisasjonen si evne til å møte dei utfordringane Helse2020 beskriv, vil stå og falle med kvaliteten i leiarskapet. Dette gjeld frå RHF-styret og ut til alle leiarnivå i dei enkelte HFa. For å styrke dette har Helse Vest RHF valt å utvikle eit felles leiarutviklingsprogram for føretaksgruppa.”

Tiltaksområde 3.3: Intern kompetanseutvikling i føretaksgruppa

Helse2020 presenterer her to tiltak for dette tiltaksområdet:

- **Kompetanseløp:** *”Gjennom eit samla regionalt kompetansetilbod der skiljelinjene mellom føretaka blir viska ut og samarbeid om kompetansen står i fokus, er det mogleg å behalde og tiltrekke seg dei beste medarbeidarane.”*
- **Seniorløp:** *”Gi dei mest erfarne medarbeidarane moglegheit til å nytte sin kompetanse i utdanningsløp for nyutdanna tilsette, vil vere ei kjelde til å auke talet på medarbeidarar med spesialisert kompetanse.”* Formålet med dette er å bidra til *”[...]raskare og betre fagleg utvikling av unge medarbeidarar, og samtidig bli oppfatta som stimulerande av ’seniorane’.”*

Tiltak 3.4: Etablering av program for vidare-/etterutdanning innan kvalitetsfeltet

”Helse Vest RHF ønskjer å leggje til rette for systematisk kvalitetsarbeid i klinisk arbeid. Dette vil byggje på eit eige forprosjekt gjennomført hausten 2006, ’Frå strategi til handling’. Som eit praktisk verkemiddel vil det samtidig vere nødvendig å etablere eit eige program for tverrfagleg kompetanseutvikling målretta for klinikarar i pasientnært arbeid. Dette vil bidra til å byggje kompetanse, skape motivasjon og sikre at all verksemd i føretaksgruppa etter kvart framstår konsistent innanfor dette området.”

Tiltak 3.5: Kompetanseutvikling og opplæring innan klinisk prioritering

”Vi tilrår at det blir sett i gang eit arbeid for opplæring av legar og andre som prioriterer på overordna klinisk nivå (jf. Tiltak 1.8.)”

Tiltak 3.6: Sikre oppdatert innhald i undervisningsplanar ved universitet, høgskular og vidaregåande skular

Arbeidet med Helse2020 har avdekka at dei framtidige utfordringane også må gjere seg utslag i endringar i utdanninga av helsepersonell. *”Målet er å sikre at ein kan tilby utdanning som møter behova i framtida, både når det gjeld innhald og kapasitet”.*

Tiltak 3.7: Introduksjonsprogram for nytilsette

”Det er svært viktig både for Helse Vest og for den enkelte nytilsette medarbeidaren at møtet med hans/hennar nye arbeidsplass blir strukturert og godt. Dette kan mellom anna sikrast ved å utvikle tenlege introduksjonsprogram for nytilsette.” Slike introduksjonsprogram må gi opplæring og introduksjon i arbeidsoppgåver og arbeidsfellesskapet dei skal inn i.

”Det er eit mål å initiere dette i 2008, med vidareutvikling og oppfølging dei påfølgande åra.”

Tiltak 3.8: Systematisk praksisstøtte for studentar

At studentar og lærlingar raskt blir ein naturleg del av arbeidsmiljøet, *”[...]vil verke positivt inn både på studenten/lærlingen si oppleving og nytte av praksisopphaldet, det vil verke inn på den praktiske gjennomføringa, og det vil auke sjansane for at vedkomande vil søkje seg tilbake til sjukehuset som ein framtidig medarbeidar.”*

Det skal setjast ned ei arbeidsgruppe i løpet av 2009 som skal utarbeide prinsipp for oppfølging av studentar i praksis.

Styringsmodellar

Tiltak 3.9: Styrings- og incentivmodellar som fokuserer på mål- og resultatoppnåing

”Graden av fridom ved val av verkemiddel for å nå måla skal vere betydelege på HF-nivå, noko som vil stimulere til meir handlings- og konsekvensorientert styring. For at dette skal lykkast, må ei slik tilnærming òg bidra til å fjerne negative/dysfunksjonelle incentiv, og styrke incentiv som understøttar dei uttrykte målsetjingane.”

Helse Vest vil kartleggje negative incentiveffektar med dagens styringsmodellar, og dernest gi konkrete tilrådingar til betring. Arbeidet vil vere ein integrert del av vidareutviklinga av dagens budsjettmodell. Tiltaket skal setjast i verk i 2008.

Tiltak 3.10: Utvikling av modellar for betre kostnadsinformasjon

”Vi [Helse Vest] veit i praksis for lite om dei faktiske kostnadane knytt til dei tenestene vi produserer.”

”Helse Vest RHF ønskjer å understøtte arbeidet for å skaffe god kostnadsinformasjon knytt til aktivetar/tenester”

Ein ser føre seg at slik informasjon vil vere verdifull i kost/nytte-vurderingar, samt i forbindelse med tilbodsinnhenting frå eigne verksemder og eksterne aktørar.

Tiltak 3.11: Eintydige og veldokumenterte konsernmanualar og fullmactsstrukturar

”Det er behov for å tydeleggjere og profesjonalisere styringsverkemidla gjennom klare og eintydige organisasjonskart, ansvars- og fullmactsstrukturar, rutinebeskrivingar o.a.”

”I vel drivne verksemder av Helse Vest sin storleik og kompleksitet blir dette normalt organisert gjennom konsernmanualar. Slike manualar beskriv alle relevante formal- og styringsmessige forhold, etiske retningslinjer, ansvar og myndigheit, rutinar o.a. som sameinar og forpliktar eit konsern. Desse er typisk levande dokument som blir løpande oppdaterte, og som er tilgjengelege i elektronisk format på eit intranett.”

FoU

Tiltak 3.12: Innovasjon og utvikling

”Helse Vest skal gjennom innovasjons- og utviklingsarbeid bidra til at ny kunnskap blir sett om til god og effektiv praksis i dagleg drift. I så måte er det både eit ønske og ei forventning om at all verksemd innanfor føretaksgruppa skal ha som mål å bidra til dette. Arbeidet må vere målretta og primært støtte dei måla og strategiane som blir fastlagde.”

Tiltak 3.13: Omdømmebygging

”Omdømmet til Helse Vest både blant pasientar, avgjerdstakarar, folk flest, hos medarbeidarane våre, i media og i ulike fagmiljø vil vere stadig viktigare. Føretaksgruppa er kritisk avhengig av allmenn tillitt og av å framstå tillitsvekkjande i dei ulike miljøa som influerer på verksemda.”

”Omdømmebygging må vere ein integrert del av arbeidsdagen på alle plan i organisasjonen, frå det å yte service til pasientar og brukarar, til å inngå som ein sentral del av leiarskapet.”

5.1.4 Gjennomføring, risikoar og kritiske faktorar

”Vi ser svært ofte at gode initiativ feilar når dei skal setjast ut i livet. Det kan skuldast mange forhold: mangelfull forankring og planlegging, svak ressursallokering, mangelfull oppfølging i konkurransen med dagleg drift, kompetansemangel rundt prosjektstyring o.a.”

5.1.5 Ei vellukka gjennomføring

”Sjølv den beste og mest presise strategien blir verdiløus viss organisasjonen ikkje evnar å sette han om til praktisk handling. Dette inkluderer både gjennomføring av tiltaket og hausting av planlagde gevinstar, enten det er i kvalitativ eller økonomisk forstand.”

Helse2020 definerer vellukka tiltaksrealisering i ei rekkje punkt:

- Tiltaket er tufta på eit rasjonelt og faktabasert grunnlag
- Sikre reell forankring og deltaking både i leiinga og blant dei involverte
- At målet med tiltaket er klart definert og forstått, og at milepælar, aktivitetar og ansvar er eksplisitte og presise
- At tiltaket har ein eigen prosjektleiar/gjennomføringsansvarlig
- At ein har prioritert tiltaket slik at det er sett av tilstrekkeleg menneskelege, tidsmessige og økonomiske ressursar
- Ikkje undervurderer kompleksiteten og arbeidet med praktisk gjennomføring
- Målar og følgjer opp framdrift og resultat, og at dette er knytt tydeleg til gjennomføringsansvar
- Ikkje sleppe fokus på tiltaket for tidleg, men sikre trygg overføring og gode rutinar i dagleg drift
- Brukarar, tillitsvalde og verneteneste skal vere sikra korrekt deltaking/involvering

”Vesentleg svikt i eitt eller fleire av desse forholda vil eksponere for betydeleg risiko”

5.1.6 Gevinsthasting og dokumentasjon

”Gevinsthasting er ein sentral del av tiltaksrealiseringa, og ofte den mest krevjande.”

”For å vite om eit mål faktisk blir nådd vil det òg vere nødvendig å sikre ein faktabasert dokumentasjon.”

5.1.7 Ansvar, myndigheit og resultatkrav

”Uansett form på tiltaka er denne handlingsplanen forankra og vedteken i styret for Helse Vest RHF. Slik sett forpliktar han heile organisasjonen. For å ivareta den formelle styringsstrukturen må dei årlege tiltaka forankrast i styringsdokument og årsbudsjett, vedtekne på føretaksmøta. Den konkrete oppfølginga vil så skje gjennom dei einskilde prosjektorganisasjonane og den løpande avrapporteringa desse gir.”

5.1.8 Ressursbruk

”Vellykka prosjektgjennomføring krev evne og vilje til å prioritere mellom ulike tiltak, og å leggje dei ut i tide for å tilpasse dei organisasjonen sine ressursar og evne til å absorbere aktivitetane. Det er òg viktig å prioritere tiltaka for å kunne sette av tilstrekkelege ressursar. Svært ofte opplever ein at både ressursbehov, kompleksitet og krav til eigeninnsats blir undervurderte.”

5.1.9 Rapportering av gjennomføring og resultat

”Det er viktig å rapportere på førehandsdefinerte kriterium. Fri rapportering har ofte ein tendens til å fokusere på positive forhold, medan ubehagelege og negative forhold diverre blir nedprioriterte.”

”All rapportering må skje så kortfatta, presist og nøyaktig som mogleg fordi det i enkelte prosjekt vil komme mykje informasjon til prosjektleiaren samtidig. Rapporteringa må difor vere enkel og oversiktleg og gi prosjektleiar moglegheit til raskt å ta tak i viktige forhold som kan påverke kvalitet, ressursbruk, tidsplan eller målsetjingar for prosjektet.”

5.1.10 Vegane vidare

”Det er svært viktig for Helse Vest at innhaldet i plandokumentet blir sett om til praktisk og verdiskapande handling i helseføretaka.”

”Det er vidare viktig at medarbeidarane opplever medverking i planane som vert utarbeidd og at det vert skapt ei god forståing for dei tiltaka som skal gjennomførast. Det må i utviklingsprogrammet lagast struktur for drøfting, medverking og prosessar.”

5.1.11 Oversikt over tiltak i Helse 2020

Gul farge viser når tiltaket skal gjennomføres. Raud farge viser tidspunkt for forprosjekt.

Tiltaknr	Prosjekt	2007	2008	2009	2010	2011
1.1/3.4	Realisering av kvalitetsstrategien for kjerneverksemda					
1.2.	Utvikling av prosedyrar for innføring av ny teknologi/metode					
1.5.	Felles pasientnære IKT-løysingar inkl. elektronisk journal					
1.6./2.5.	Heilskapeleg plan for telemedisin og IKT					
1.9/2.4	Samhandling med primærhelsetenesta					
1.11.	Utvikling av lokalsjukehusstrategi for Helse Vest					
2.1.	Pasientfokusert organisering av helseføretak/sjukehus					
2.6.	Samla plan for bilettdiagnostikk/radiologi					
2.12.	Standardisering av adm. rutinar, felles tenestesenter m. v.					
2.13.	Innkjøp, forsyning og varelogistikk					
2.14.	HR, MOT-prosjektet (inkl. gevinsthasting)					
3.9.	Styrings og incentivmodellar for mål- og resultatoppnåing					
3.11.	Utvikling av konsernmanualar og fullmaktstrukturar					

Tiltaknr.	Andre tiltak i linja	2007	2008	2009	2010	2011
1.3.	Etablering av system for tidlegvarsling av nye metodar					
1.4.	Differensiering av utstyrs- og teknologiorganisering					
1.7.	Faglege retningslinjer for dei største pasientgruppene					
1.8./3.5.	Opplæring av dei som prioriterer på overordna klinisk nivå					
1.10.	Overvaking av forbruksrater i regionen					
1.12.	Førebygging, habilitering og rehabilitering					
1.13.	Pasientoppplæring og pasienten sitt ansvar og rolle i behandlinga					
1.14.	Etablere rutine for monitorering av pasientferingar					
2.2.	Funksjons- og oppgåvefordelinga i regionen (ref. 1.6 og 1.11)					
2.3.	Spesielt om organisering av sjeldne og komplekse tenester (ref. 2.2)					
2.7.	Samla plan for laboratorieverksemda					
2.8.	Samla plan for kirurgi					
2.9.	Samla plan for spesialtenester til eldre					
2.10.	Samla plan for psykisk helse					
2.11.	Samla plan for rusområdet					
2.15.	Eigedomsverksemd og arealeffektivisering					
2.16.	Modell for samla investeringar					
3.1.	Medarbeidarutvikling og -oppfølging					
3.2.	Regionalt leiarprogram					
3.3.	Intern kompetanseutvikling i føretaksgruppa					
3.6.	Oppdaterte undervisningsplanar i universitet/høgskule m. v.					
3.7.	Introduksjonsprogram for nyttilsette					
3.8.	Studentoppfølging - systematisk praksisstøtte					
3.10.	Utvikling av modellar for betre kostnadsinformasjon					
3.12.	Innovasjon og utvikling					
3.13.	Omdømmebygging					

5.2 Oppdragsdokument for Helse Vest RHF

Det er gjennom oppdragsdokumentet at Helse- og omsorgsdepartementet stiller til disposisjon dei midlane Stortinget har løyvd til Helse Vest RHF for 2008. *“Helse Vest skal utføre pålagde oppgåver og sørge for ei realisering av styringskrava innanfor dei måla og rammene som er gitt, og dei ressursane som blir stilte til rådvelde i dokumentet.”*

5.2.1 Mål for verksemda til Helse Vest

I Oppdragsdokumentet kjem hovudmålet til Helse Vest klart fram. *“Helse Vest skal tilby kvalitativt gode helsetilbod. Målet er eit likeverdig helsetilbod av kvalitativt gode helsetenester, uavhengig av diagnose, kjønn etnisk bakgrunn, bustad, personleg økonomi, og tilpassa livssituasjonen til kvar enkelt.”*

“Dei regionale helseføretaka har eit heilskapeleg ansvar for at befolkninga får tilbod om relevante tenester, i samsvar med lovføresegner og andre direktiv frå styresmaktene.”

Det vert også lagt vekt på ansvaret helseføretaka har for forskning og utdanning, samt opplæring av pasientar og pårørande av god kvalitet. Vidare presiserer ein at verksemda må tilpassast dei økonomiske rammevilkåra som Stortinget har fastsett. *“Styring og kontroll med ressursbruken er avgjerande for at ein kan gjere dei riktige faglege prioriteringane.”*

Der det kan verte naudsynt med omstillingar for å nå måla som er sette, seier Oppdragsdokumentet at dette *“[...]må skje i samarbeid med dei tilsette”*.

5.2.2 Tildeling av midlar

Tildelingane til helseføretaka er primært delt i to typar. Den eine er ei innsatsbasert løyving som baserar seg på aktiviteten i helseføretaket, medan dei resterande midlane kjem i hovudsak gjennom løyvingsvedtak i Stortinget. I tillegg til eit generelt tilskot, vert det også stilt til disposisjon midlar for særskilde tiltak som ein ynskjer å fokusere på. Desse midlane er øyremerkte til slike formål.

Det er ikkje slik at helseføretaka kan bestemme aktiviteten, og dermed dei innsatsbaserte løyvingane sjølv. Sjølv om det vert presisert i Oppdragsdokumentet at departementet på førehand ikkje veit kor stort dette beløpet vil bli, set dei krav til maksimal aktivitet: *“I 2008 utgjer à kontoutbetalingane over kap. 732, post 76 [innsatsbaserte løyvingar] til Helse Vest 2 235,1 mill. A kontobeløpet er basert på ein prognose for aktivitet frå første tertial 2007, og det er dette nivået som skal vidareførast og aukast med 1,5 % i 2008.”* Dette er fordi denne finansieringa i utgangspunktet skal dekkje om lag 40 % av gjennomsnittskostnaden for aktuelle pasientgrupper. *“Refusjonen er derfor ikkje meint å dekkje marginalkostnadane ved økt aktivitet.”*

Oppdragsdokumentet for 2008 set krav innanfor følgjande områder: pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Dokumentet presiserer også Sosial- og helsedirektoratet si rolle, samt set krav til oppfølging og rapportering. For at Helse- og omsorgsdepartementet skal ha kontroll på at helseføretaka gjer det dei er pålagde, krev Oppdragsdokumentet at helseføretaka rapporterar inn ei rekkje styringsvariablar tertialvis. Om lag halvparten av desse styringsvariablane har bestemte styringskrav som helseføretaka skal styre etter. Den andre halvparten er styringsvariablar som skal rapporterast først og fremst for at både helseføretaka og HOD *"[...]på en felles måte kan følgje utviklinga, og at styringsdialogen i føretaksmøta kan baserast på denne felles kunnskapen"*.

I tillegg til styringsvariablane, set HOD også krav til kva tiltak som skal følgjast opp av dei regionale helseføretaka. Eg vil no gå gjennom dei områda som er presenterte i Oppdragsdokumentet, for å gi lesaren eit overblikk over innhaldet i dette dokumentet. For kvart område vil eg også presentere dei styringsvariablane og tiltaka som HOD set krav om ovanfor Helse Vest RHF.

5.2.3 Pasientbehandling

Aktivitet

For dei områda som er omfatta av dei aktivitetsbaserte tilskotsordningane, skal det vere ein generell vekst i pasientbehandlinga med 1,5% i forhold til prognosar for 2007. *"Dersom aktiviteten i 2007 blir høgare enn det som er venta, vil veksten frå 2007 til 2008 bli tilsvarende lågare."*

Den aktivitetsbaserte finansieringa gjer at enkelte pasientgrupper er meir lønnsame å behandle enn andre. Oppdragsdokumentet presiserer at prioriteringar om kva pasientar som skal få tilbod om behandling, *"[...]skal vere uavhengig av dei aktivitetsbaserte tilskota"*.

Styringsvariablar

- Talet på produserte DRG-poeng¹⁾ (nivåkrav)
- Inntekter for somatisk poliklinisk aktivitet/talet på refusjonspoeng
- Polikliniske inntekter refunderte av NAV (nivåkrav)
- *"Den prosentvise veksten innanfor psykisk helsevern og rusbehandlinga skal i 2008 vere sterkare enn innanfor somatikk."*

¹⁾ Diagnoserelaterte grupper er eit klassifikasjonssystem som samlar pasientar i medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper. Det finst omlag 500 diagnoserelaterte grupper. DRG vert blant anna brukt til å rekne ut kostnad per sjukehusopphald. Eksempel: Gruppe 225: Operasjon på okle og fot. Det finst ei liste over alle gruppene som legane brukar når dei skriv DRG-kodar. Prisen ein får for eitt DRG-poeng var i 2006 fastsett til 31.614,- kroner (Så mykje kostar gjennomsnittspasienten). Refusjonen for innsatsstyrt finansiering utgjer 40 % av denne prisen. Det vil seie 12.646,- kroner per poeng (Helse Vest, 29.05.08).

Tiltak for oppfølging

- Øyremerkte tilskot til psykisk helsevern og rusbehandling skal komme i tillegg til, og ikkje i staden tilskot gjennom basisløyvinga.
- Øyremerka tilskot til prosjektet "Raskare tilbake" skal kome i tillegg til, og ikkje i staden for tilskot gjennom basisløyvinga

5.2.4 Kvalitet

Oppdragsdokumentet legg vekt på kvalitet. *"Helsetenester av god kvalitet er kjenneteikna av at dei er verknadsfulle, trygge og sikre, samordna, tilgjengelege og rettferdig fordelte, og at brukarane er involvert."* Kvalitet har også ein økonomisk dimensjon i følgje Oppdragsdokumentet: *"God kvalitet krev også nytte i forhold til kostnaden, og at sjukdom førebyggjast."* Dette er i tråd med Sosial- og helsedirektoratet si forståing av kvalitetsomgrepet.

Tenestene skal verke

"God kvalitet krev at behandling, førebygging, pleie, omsorg og rehabilitering er basert på påliteleg kunnskap om effekt av tiltak."

Tiltak for oppfølging

- Drive dei nasjonale medisinske kvalitetsregister som ein har fått ansvar for, og sørgje for at helseføretaka rapporterer data til nasjonale medisinske kvalitetsregister som er forankra i egne og andre regionale helseføretak.
- Bidra til å identifisere områder med behov for at HOD utarbeider nasjonale retningslinjer, og bidra i dette arbeidet.
- *"Der det finst klar dokumentasjon på samanhengen mellom volum og kvalitet, skal Helse Vest sikre at det blir lagt vekt på dette i organiseringa av tenestene."*
- Sette i gang prosessar for å betre tilbodet til slagamma i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling.
- Bidra til vidareutvikling av Helsebiblioteket, samt finne finansiering for restfinansiering av Helsebiblioteket for 2008.
- *"Helse Vest skal etablere system for at kunnskap frå bruksforskning og kunnskapsoppsummeringar blir overførte til og implementerte i helsetenesta."*

Tenestene skal vere trygge og sikre

”God kvalitet inneber at sannsynet for feil og uønskte hendingar er redusert til eit minimum.”

Styringsvariabel

- Talet på tvangsinnlagde i psykisk helsevern

Tiltak for oppfølging

- Sørge for at helseføretaka rapporterer uønskte hendingar til Nasjonal eining for pasienttryggleik, og samarbeider med senteret for å sikre læring og forbetring som følgje av hendingane.
- Implementere handlingsplan for kvalitetssikra bruk av tvang.
- Sørge for at det er etablert leiingsforankra, kliniske etikk-komitear og sikre nødvendige rammer og ressursar for desse.
- Inkludere tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige i ansvarsområdet til kliniske etiske komitear.
- Bruke data frå Norsk Pasientskadeerstatning aktivt for å fremme kvalitet og redusere skader.

Tenestene skal involvere brukarane og gi dei innverknad

”God kvalitet krev at erfaringane og synspunkta til brukarane og pasientane får innverknad på utøvinga av tenesta.”

Styringsvariabel

- Del av ventetider på Sykehusvalg.no som er oppdatert dei siste fire vekene.

Tiltak for oppfølging

- Etablere rutinar slik at tenesta kan nytte seg av erfaringane til brukarane.
- Sørge for brukarutval i alle helseføretak, også regionalt, og at desse er med på å forme tenestetilbodet.
- Leggje til rette hjelpemiddel for døve og sterkt hørselshemma pasientar når tenesta krev det, eller når desse pasientane har behov for det.
- Sørge for og finansiere tolketenester til pasientar som har behov for det.
- Samarbeide med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta om brukartilfredsheitsundersøkingar og kvalitetsmålingar.

Tenestene skal vere heilskaplege og samanhengande

”Det er eit mål at pasientar og brukarar møter ei heilskapleg helseteneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og med heilskaplege behandlingsskjelder som både sikrar god behandlingsskvalitet og rehabilitering og habilitering.”

Styringsvariablar

- 80 % av epikrisar skal sendast ut innan sju dagar. (Nivåkrav)
- Det skal normalt ikkje vere korridorpatientar. (Nivåkrav)
- Tal på pasientar som er tildelte individuell plan.
- Tal på re-innleggingar innan 30 dagar i akuttavdeling, psykisk helsevern.
- Frekvens av keisarsnitt i forhold til totalt fødselstal.

Tiltak for oppfølging

- Følgje opp og vidareutvikle samarbeidet mellom helseføretak og kommunar om pasientretta samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.
- Hjelp kommunane å sikre pasientar med psykiske lidningar og rusmiddelbruk, og med store og samansette behov, god oppfølging på riktig omsorgsnivå.
- Følgje opp samarbeidsavtalen med statleg regionalt barnevern.

Tenestene skal utnytte ressursane på ein god måte

”God kvalitet krev at ressursane, mellom anna bygg og utstyr, er utnytta på ein slik måte at pasienten og samfunnet får mest mogleg gevinst. God ressursutnytting betyr å tilby rett teneste til rett pasient på rett måte og til rett tid.”

Styringsvariablar

- Færre enn 5 % strykingar av planlagde operasjonar. (Nivåkrav)
- Talet på konsultasjonar per årsverk ved vaksenpsykiatriske poliklinikkar per yrkedag skal aukast. (Nivåkrav)
- Talet på tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar per yrkedag skal aukast. (Nivåkrav)

Tenestene skal vere tilgjengelige

”Helsetenester skal vere tilgjengelege, og tilboda skal nå ut til alle uavhengig av eigen økonomi, sosial status, bustad, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.”

Styringsvariablar

- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar fordelt på somatikk, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), vaksenpsykiatri(VOP) og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB).
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla rettspasientar innanfor somatikk skal ikkje auke, mens ventetida skal reduserast innanfor BUP, VOP og TSB. (Nivåkrav)
- Ventetid til vurdering innanfor BUP skal vere mindre enn ti dagar. (Nivåkrav)
- Gjennomsnittleg ventetid for ordinært avvikla pasientar på planlagt avrusing skal reduserast. (Nivåkrav)

Tiltak til oppfølging

- Sette av 0,5 mill. kroner til arbeid med å etablere fleire tilbod om lysbehandling av psoriasispatientar i samarbeid med primærhelsetenesta. I dette arbeidet skal innsparingar ved lågare kostnader til transport verte teke med når avgjerd fattast.

5.2.5 Prioritering

”Det er eit mål at spesialisthelsetenesta skal sikre pasientane eit likeverdig tilbod på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status.”

Styringsvariablar

- Talet på rettspasientar
- Talet på fristbrot

Tiltak for oppfølging

- Delta på utarbeiding av rettleiar for praktiseringa av prioriteringsforskrifta innanfor ulike fagområde.
- Sette i verk tiltak for å jamne ut skilnadar mellom helseføretaka når det gjeld kor mange som blir tildelte rett til nødvendig helsehjelp i dei ulike pasientgruppene.
- Gå gjennom avgjerdsprosessar for investeringar i kostbart utstyr og kostbare medikament i samarbeid med HOD, med sikte på å etablere felles rutinar i dei regionale helseføretaka.

5.2.6 Nøkkeldata

”Det er ei målsetjing at dei regionale helseføretaka har gode system for levering av data om helsetenestene.”

Styringsvariablar

- Talet på institusjonar som har avtale med det regionale helseføretaket, og som er godkjende for rapportering på NPR-melding.
- Talet på private avtalespesialistar som er godkjende for rapportering på NPR-melding.

Tiltak for oppfølging

- Sikre at rapporterte verksemdsdata er komplette og har god kvalitet

5.2.7 Område med særskilt vektlegging

Oppdragsdokumentet spesifiserar ei rekkje område som skal helseføretaket særleg skal leggje vekt på.

Lokalsjukehus

”Det er eit mål at befolkninga skal få tilbod om eit heilskapleg og desentralisert sjukehusstilbod, som blant anna sikrar nærleik til akuttfunksjonar og fødetilbod.”

Tiltak for oppfølging

- Halde fram arbeidet med funksjonsdeling mellom sjukehus. Kreftkirurgi som primærbehandling skal skje ved sjukehus med tilfredsstillande pasientvolum og kompetanse.
- Sikre gode og involverande lokale prosessar ved utviklings- og omstillingsprosessar.
- Sjå til at lokalsjukehusfunksjonen, også ved dei store sjukehusa, blir lagde opp og organiserte ut frå behova i dei store sjukdomsgruppene, og dei pasientgruppene som treng tett oppfølging.

Spesialisthelseteneste for eldre

”Det er ei målsetjing at spesialisthelsetenesta i samarbeid med dei kommunale tenestene, mellom andre fastlege og pleie- og omsorgstenesta, bidreg til heilskapelege behandlings- og rehabiliteringskjeder, innretta mot eldre pasientars behov.”

Tiltak for oppfølging

- Sjå til at den regionale handlingsplanen fell saman med den nasjonale strategien, slik at dei nasjonale måla blir nådde når den regionale handlingsplanen blir følgd opp.

Psykisk helsevern

”Det overordna målet med sektorens arbeid innanfor psykisk helsevern er å fremme uavhengigheit, sjølvstende og evna til å meistre eige liv”

Tiltak for oppfølging

- Distriktpsikiatriske senter skal vere fagleg og bemanningsmessig i stand til å ta seg av dei individuelle og samansette behandlingsbehova hos pasientar som får tilvising til psykisk helsevern. Sjukehusavdelingane skal sørge for spissfunksjonar.
- Overvake overbelegg og tidleg utskriving ved akuttavdelingane. Sette i verk tiltak dersom det er risiko for overbelegg utover i ekstraordinære situasjonar.
- Etablere system som sørger for forsvarlege helsetenester.
- Sørge for rutinar/system som inneber at tilvisingar til spesialisthelsetenester innanfor psykisk helsevern blir koordinerte, slik at pasientar slepp å kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp.
- Sørge for at barn som har foreldre med psykiske lidningar eller rusmiddelbruk blir identifisert og vurderte i forhold til hjelpebehov og tilpassa oppfølging.
- Leggje til rette for at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidningar eller rusmiddelbruk må vente meir enn ti vorkedagar på vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Behandlinga skal setjast i verk innan 65 vorkedagar når det er rett til nødvendig helsehjelp.
- Auke tilskotet til psykisk helsevernformål i regi av SiB med 1 mill samanlikna med 2007.
- Vidareutvikle tilbodet til personar med spiseforstyringar.

Rehabilitering og habilitering

”Det er eit mål at strategien [nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering] bidreg til at rehabilitering og habilitering får ein riktig plass i tråd med overordna helse- og velferdspolitiske mål.”

Tiltak for oppfølging

- Rehabiliterings- og habiliteringsområdet skal prioriterast og styrkast.
- Kapasiteten skal styrkjast når det gjeld årsverk og plassar i sjukehus og andre institusjonar som yter tenester innanfor spesialisert habilitering og rehabilitering, mellom anna poliklinikk og rehabiliterings- og habiliteringsteam.
- Vidareføre arbeidet med etablering/styrking av rehabiliteringstilbodet til personar med alvorleg hovudskade.
- Vidareutvikle og styrkje barnehabiliteringstenestene.
- Ivareta ambulante rehabiliteringstenester som ein del av lokalsjukehusfunksjonen.

- Sørge for at personar med utviklingshemming får relevant oppfølging innanfor spesialisthelsetenesta.
- Inngå avtalar med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar som sikrar føreseieleg drift. Det skal leggast vekt på behov og kvalitet, i tillegg til pris. Dette krev mellom anna langsiktige avtalar.
- Ha minst same ressursinnsats til private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i 2008. Aktivitet gjennom prosjektet "Raskare tilbake" kjem i tillegg til dette.
- Ordninga med at pasientar kan bruke plassar i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar i andre regionar, utan at slike opphald blir gjenstand for gjestepasientoppgjær mellom regionar, blir vidareført i 2008.
- Vidareføre arbeidet med behandlings- og rehabiliteringstilbodet til tinnitusramma.

Nasjonale strategiar på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innanfor smertebehandling o.l.

"I 2006 vart det utgitt nasjonale strategiar med særskilt søkjelys på tre diagnosegrupper; kreft, KOLS og diabetes. For å nå måla i strategiane må Helse Vest medverke til å implementere dei og følgje opp målsetjingane med konkrete tiltak."

Tiltak for oppfølging

- Hjelp Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide dei nasjonale handlingsprogramma for kreftsjukdommar. Arbeide for å sikre ein kvalitetsmessig standard innanfor kreftbehandlinga.
- Sikre at måla for spesialisthelsetenesta i Nasjonal strategi for diabetesområdet vert nådde.
- Sikre at måla for spesialisthelsetenesta i Nasjonal strategi for KOLS-området vert nådde.
- Styrkje tilbodet til pasientar med kroniske smerter, i samarbeid med primærhelsetenesta. Det skal setjast i verk tiltak som skal leggje til rette for tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet for å møte utfordringane på dette området, m.a. ved smerteklinikkane.
- Hørselsscreening av nyfødde skal innførast ved fødeinstitusjonane i landet i tråd med "Nasjonale faglege retningslinjer for undersøking av syn, hørsel og språk hos barn".
- Sikre adekvat behandlingstilbod for pasientar med myalgisk encefalopati (betre kjent som ME), i samarbeid med kompetansenettverket. Vurdere bruk av det nasjonale behandlingstilbodet som blir bygd opp i Helse Sør-Øst RHF.
- Sette av 0,5 mill. kroner til arbeidet med rettleiing av personar med eller som står i fare for å utvikle type-2 diabetes.

Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta

”Det er eit mål at Nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenestene er med på å heve kvaliteten på helsetenestene som blir utførte, inkludert å utføre dei så kostnadseffektivt som mogleg. Det er også eit mål at Nasjonale medisinske kompetansesenter i spesialisthelsetenesta sikrar kvalitet i heile breidda av helsetenesta, samtidig som spesialiserte oppgåver og nye trendar blir sikra gjennom forskning og kompetanseoppbygging.”

Tiltak for oppfølging

- Utarbeidar eit heilskapleg forslag til kva for nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetenesta det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse bør lokaliserast, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka.
- Vidareutvikle dei nasjonale kompetansesentera for personar med sjeldne eller lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar.

Lands- og fleirregionale og overnasjonale funksjonar

”Det er eit nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar og eventuelle overnasjonale tilbod om høgspesialisert pasientbehandling.”

Tiltak for oppfølging

- Utarbeide eit heilskapleg forslag til kva landsfunksjonar, fleirregionale og eventuelt overnasjonale funksjonar det er behov for i eit femårsperspektiv, og kvar desse bør lokaliserast, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka.
- Auke talet på Cochlea implantat-operasjonar på vaksne til 60 per år.
- Styrkje behandlingstilbodet til pasientar med leppe-kjeve-ganespalte og barn med velocardiofacialt syndrom i tråd med føringar. Etablere nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte i samarbeid med Helse Sør-Øst.

Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Regjeringa har lagt fram ein opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010. Ei målsetning i denne planen er å styrkje kvalitet og kapasitet på eksisterande tenester, samt å styrkje samhandling både innanfor spesialisthelsetenesta og mot kommunen.

Tiltak for oppfølging

- Auke kapasiteten innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), med særleg vekt på auka kapasitet innanfor akuttbehandling, avrusing og ambulante team, og dessutan lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR).

- Styrkje den helsefaglege kompetansen innanfor TSB.
- Vidareutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetenesta, kommunale tenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og anna tverrfagleg spesialisert behandling.
- Sikre at alle pasientar som blir viste til TSB, også blir vurdert for behov av andre tenester innanfor spesialisthelsetenesta.
- Sikre gode rutinar ved utskriving etter avslutta behandling eller ved behandlingsavbrot for å leggje forholda til rette for god oppfølging for kommunale tenesteytarar.
- Gjere årlege registreringar av kor mange gravide rusmiddelavhengige som er under lækjarmiddelassistert rehabilitering, og kva slags tilbod desse pasientane får.
- Leggje forholda til rette for at innsette som får høve til det, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringslova i institusjonar innanfor TSB.

Kvinnehelse

”Departementet har som føresetnad at menn og kvinner skal få likeverdig behandling for same type plager. Spesielle utfordringar knytte til kvinners og menns helse må møtast med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar.”

Tiltak for oppfølging

- Arbeide med ei heilskapeleg fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta.
- Utvikle lågrisikotilbod til kvinner med normale svangerskap og fødsjar.
- Bidra til å sikre gjennomføring av det nasjonale mammografiprogrammet.

5.2.7.1 Organdonasjon og transplantasjonar

”Det er eit nasjonalt mål å auke talet på donasjonar frå dagens 17 donasjonar per million innbyggjarar til 30 donasjonar.” Det vert derimot ikkje presisert kva tidshorisont dette målet skal nåast.

Tiltak for oppfølging

- Leggje til rette for at potensielle donorar blir identifiserte, og at helsepersonell tek opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene som er beskrivne i rundskriv.
- Arbeide for å auke talet på tilgjengeleg organ i samarbeid med Nasjonal koordinator for organdonasjon.
- Styrkje fagleg opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i forhold til kompetanse i kommunikasjon med dei pårørande.

- Talet på levande givarar av nyre (familiemedlemmar) skal haldast på 40 % av det totale talet på nyretransplantasjonar.
- Frigjere tid for donoransvarlege legar, slik at dei kan ta seg av oppgåvene med organdonasjon.

Beredskap og smittevern

”Det er eit mål at Helse Vest medverkar til å vidareutvikle kvalitet, heilskap og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren, andre regionale helseføretak, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, fylkesmenn og andre samarbeidspartnarar.”

Tiltak for oppfølging

- Sørge for oppdatering, vidareutvikling og eventuelt bruk av beredskapsplanar, mellom anna for atomhendingar, biologiske hendingar og kjemiske hendingar.
- Etablere samarbeid med kommunane og andre samarbeidspartar, for behandling av pasientar som er utsette for atom-, biologiske og kjemiske hendingar. Også samarbeid om resursdisponering og samhandling ved kriser.
- Starte prosess med sikte på å akkreditere alle mikrobiologiske laboratorium innanfor helseføretaksgruppa.
- Førebyggje antibiotikaresistens og sjukehusinfeksjonar. Sette i verk tiltak i tråd med ny handlingsplan som er venta våren 2008.
- Utarbeide konkrete mål for smittevernarbeidet.
- Sikre at det blir gjennomført risiko- og sårbarheitsanalysar ved kvart enkelt sjukehus knytt til kritisk infrastruktur. Sette i verk tiltak som sikrar nødvendige leveransar og system for distribusjon.
- Innarbeide beredskapsomsyn i logistikksystema og leveranseavtalane til spesialisthelsetenesta.
- Hjelp Sosial- og helsedirektoratet med ein gjennomgang av den nasjonale forsyningssikkerheita og vurdere behov for tiltak.
- Sjå til at antidothandsaminga i føretaket blir rapportert til Apotekforeningens databedrift for å få samla oversikt over behandling av antidot o.l.
- Hjelp Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrar for etablering og utsending av helseteam til innsats ved kriser i utlandet.

5.2.8 Forsking

"Forsking, forskarutdanning, formidling og implementering av forskingsresultat er viktig for å sikre at tenestetilbodet som blir gitt, er trygt, kostnadseffektivt og gir ein helsegevinst. Det er eit mål å styrkje pasientretta klinisk forskning av høg kvalitet og relevans i helseføretaka, i tråd med føringar som er gitt i Nasjonal Helseplan (2007-2010)."

Tiltak for oppfølging

- Sikre forskingssamarbeid med andre regionale helseføretak innanfor utvalde tematiske områder, gjennom etablering av formelle forskarnettverk og/eller andre tiltak. Arbeidet skal forankrast i strategigruppe for forskning mellom dei regionale helseføretaka og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning.
- Prioritere forskning og oppbygging av forskingskompetanse innanfor forskingssvake fagområde, mellom anna tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helse, rehabilitering/habilitering og kvinnehelse.
- Rapportere resultat og ressursbruk på forskning til NIFU og STEP i samsvar med etablerte system og tidspunkt. Bidra med kompetanse og ressursar i nasjonalt utviklingsarbeid av begge målesystema.
- Bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdriven innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, med særskilt vektlegging av IKT og medisinsk-teknisk utstyr i samarbeid med InnoMed, Norges forskingsråd og Innovasjon Norge. Medverke til å auke talet på forskings- og utviklingskontraktar mellom norske leverandørbedrifter og helseføretak innanfor helse gjennom å stille til disposisjon nødvendige ressursar i form av kompetanse.

5.2.9 Utdanning av helsepersonell

"Utdanning av helsepersonell som lovpålagd oppgåve skal vere med på å sikre eit kompetent helsepersonell og tilstekteleg mange personar i heile helsetenesta"

Tiltak for oppfølging

- Sørge for system, struktur og leiarforankring i alle ledd av helseføretaksgruppa, slik at helseføretaka er attraktive læringsarenaer.
- Sikre godt samarbeid med utdanningsinstitusjonar i helseregionen gjennom etablerte samarbeidsorgan, samarbeidsavtalar og god dialog.
- Etablere rett mengd av praksisplassar med god kvalitet for elevar/lærlingar/studentar i grunnutdanning og turnusplassar for turnuskandidatar.

- Medverke til at det blir etablert tilstrekkeleg mange læreplassar – med særleg vekt på ambulansesarbeidarutdanninga og den nye helsefagarbeidarutdanninga.
- Sikre at dei som har helseføretaka som læringsarena, opplever at praksis/turnus er strukturert, og at det blir gitt god rettleiing.
- Medvirke til at forsøk med tre månaders psykiatriteneste i turnustenesta for legar kan gjennomførast.
- Planleggje og bidra til vidareutdanning og etterutdanning av helsepersonell for å møte noverande og framtidige krav og utfordringar i tenesta.
- Sørge for tilstrekkeleg mange stillingar for tannlegar under spesialistutdanninga i oralkirurgi og oralmedisin.
- Bidra til utdanning av tilstrekkeleg mange legespesialistar innanfor dei ulike spesialitetane, samt god nasjonal, regional og lokal fordeling av legar og mellom spesialistar.
- Sørge for at stillingsstrukturen til legane er i tråd med opplysingane i Nasjonalt Råds database og systematisk og jamleg melde inn avviksendringar.

5.2.10 Pasientopplæring

”Helse Vest skal sørge for at pasientar og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring, får eit kvalitativt godt tilbod om dette. Det er eit hovudmål å fremme uavhengigheit, sjølvstende og evna til å meistre eige liv.”

Tiltak for oppfølging

- Sørge for god kvalitet på Lærings- og meistringssenter i alle helseføretaka
- Tilby opplæring og bidra til innsikt i pasientars eigen sjukdom for pasientar med kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar.
- Sørge for at spesialisthelsetenesta i sin region driv aktiv informasjon overfor foreldre om helsemessige konsekvensar ved kjønnslemlesting, og forbode mot slike inngrep, og prøve å hindre at jenter blir utsette for kjønnslemlesting.
- Gi råd til foreldre med funksjonshemma barn om tilbod i Noreg, og råd om bruk av utanlandske metodar.
- Vurdere handlingsplanen ”Oppskrift for eit sunnare kosthald” opp mot korleis dei oppgåvene det regionale helseføretaket er pålagde på området, blir utførte.

5.2.11 Sosial- og helsedirektoratet si rolle

”Departementet har i tildelingsbrev gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å handtere sentrale innsatsområde innanfor spesialisthelsetenesta. Dette kan vere innspel som blir brukte som underlag for departementet si politikktutforming eller tiltak som rettar seg mot dei regionale helseføretaka.”

5.2.12 Oppfølging og rapportering

Dette kapitlet gir instruksar for korleis rapporteringa til Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet skal utførast. Normalt skal styringsvariablane meldast inn tertialvis, saman med rekneskapstal. Departementet vurderer desse i lys av anna tilgjengeleg informasjon, og kan be om tilleggsinformasjon dersom noko er uklart.

Det blir også presisert at helseføretaka har ansvar for å rapportere avvik frå formulerte krav når desse blir kjende.

Det skal vidare gå fram av oversendinga av årlege meldingar at det regionale brukarutvalet har vore med i uforminga av meldinga og behandla denne.

5.2.13 Oversikt over styringsvariablar i Oppdragsdokumentet

Stryingsvariablar	Nivåsette krav
Talet på produserte DRG-poeng	Ja
Polikliniske inntekter refundert av NAV	Ja
Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern	
Andel av ventetider på sykehusvalg.no som er oppdatert siste 4 veke	
Minst 80 % av epikrisar skal sendast ut innan 7 dagar	Ja
Det skal normalt ikkje vere korridorpatientar	Ja
Pasientar tildelt individuell plan	
Andel reinnleggelsar innan 30 dagar i akuttavdeling, psykisk helsevern	
Frekvens av keisersnitt i forhold til total antall fødsler	
Det skal vere færre enn 5 % strykingar av planlagte operasjonar	Ja
Talet på konsultasjonar per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikkar per virkedag skal aukast	Ja
Talet på tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag skal aukast	Ja
Gjennomsnittleg ventetid ordnært avvikla fordelt på somatikk, barne og ungdomspsykiatri (BUP), voksenpsykiatri (VOP) og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbrukarar (TSB)	
Gjennomsnittleg ventetid ordnært avvikla på rettingheitspasientar innan somatikk skal ikkje auke	Ja
Gjennomsnittleg ventetid ordinært avvikla på rettingheitspasientar innan BUP skal reduserast	Ja
Gjennomsnittleg ventetid ordinært avvikla på rettingheitspasientar innan VOP skal reduserast	Ja
Gjennomsnittleg ventetid ordinært avvikla på rettingheitspasientar innan TSB skal reduserast	Ja
Ventetid til vurdering innan BUP skal vere mindre enn 10 dagar	
Gjennomsnittleg ventetid ordinært avvikla på planlagt avrusing	
Andel rettingheitspasientar	
Andel fristbrot	
Andel institusjonar som har avtale med det regionale helseføretaket, og som er godkjent for rapportering på NPR-melding	
Andel private avtalespesialistar som er godkjent for rapportering på NPR-melding	

6 Analyse

Problemstillinga for masterutgreiinga mi er *”Korleis kan balansert målstyring bidra til betre styring av Helse Vest RHF?”* Eg har hittil presentert relevant teori om balansert målstyring, samt hovudtrekka frå strategidokumentet Helse 2020 og Oppdragsdokumentet for Helse Vest RHF i 2008.

Eg vil i dette kapitlet kople saman teori og empiri, og på denne måten finne svar på problemstillinga eg har valt. For å gjere dette, vil eg drøfte ulike aspekt ved bruk av balansert målstyring i Helse Vest. Eg vil til innleiing samanlikne misjon, verdiar, visjon og strategi for Helse Vest med den teorien eg har presentert i teorikapitlet. Bruk av balansert målstyring set visse krav til desse, og det kan vere naudsynt å gjere tilpassingar for at ein skal kunne nytte balansert målstyring i Helse Vest RHF. Eg vil også drøfte strategidokumentet Helse 2020 i samanheng med Oppdragsdokumentet frå Helse- og Omsorgsdepartementet for 2008, for å kontrollere at desse er samstemde. Avvik mellom strategien og oppdragsdokumentet kan potensielt skape problem for balansert målstyring, og for så vidt for strategirealisering generelt, sidan oppdragsdokumentet per i dag kan seiast å vere meir bindande for Helse Vest RHF enn deira eige strategidokument.

Vidare vil eg, basert på den informasjonen eg har innhenta gjennom strategidokument, oppdragsdokument, deltaking på styremøte og kontakt med nøkkelinformantar, drøfte korleis balansert målstyring kan gi betre styring i Helse Vest. I teorien har eg skildra rammeverket som målesystem, som verktøy for strategisk leiing og som kommunikasjonsverktøy. Drøftinga vil ta utgangspunkt i desse kategoriane.

Til sist vil eg gje praktiske døme på korleis eit strategikart kan sjå ut, samt kva målingar som kan vere aktuelle å bruke i den balanserte målstyringa. Desse døma er i stor grad basert på strategidokument og oppdragsdokument, og vil difor ikkje vere så gjennomarbeidde som teorien anbefalar. Eg håpar likevel at døma kan gi lesaren ei betre forståing for dei omgrepa som eg har snakka om i denne utgreiinga.

6.1 Misjon, Verdiar, Visjon og Strategi

Basert på Helse 2020, vil eg nedanfor drøfte Helse Vest si tilnærming til misjon, verdiar, visjon og strategi, og sette dette i samanheng med den teorien som er presentert i teorikapitlet.

6.1.1 Misjon

Helse 2020 presenterer ikkje ein misjon for helseføretaket. Norske organisasjonar har ikkje tradisjon for å nytte misjon, og dette har kanskje å gjere med tilknytninga omgrepet har fått til den kristne misjonsbefalinga i Matt 28:19: *”Gå difor ut og gjer alle folkeslag til mine læresveinar [...]”*. Det kan tenkjast at enkelte organisasjonar ikkje ynskjer ei slik tilknytning, og difor unngår å bruke omgrepet misjon.

I teorikapittelet likestilte eg misjon med eit oppdrag (eng. mission). I så måte kan ein seie at dei fleste organisasjonar har ein misjon, sjølv om den ikkje er uttrykt i ord. Medan Helse Vest RHF ikkje definerer verken misjon eller oppdrag i Helse 2020, vart oppdraget definert på følgjande måte i føretaksplanen som var gjeldande til og med 2007: *"Helse Vest skal sørge for effektive og framtidsretta helsetenester av høg kvalitet. Tenestene skal bidra til god helse, livskvalitet og fremme eigenmeistring."* (Helse Vest, 2003). Denne utsegna passar godt inn i definisjonen av ein misjon, men er altså ikkje vidareført i Helse 2020. Eg trur likevel at oppdraget til Helse Vest RHF framleis kan beskrivast på denne måten.

Samstundes presenterer Oppdragsdokumentet hovudmålet for Helse Vest RHF slik: *"Helse Vest skal tilby kvalitativt gode helsetilbod. Målet er eit likeverdig helsetilbod av kvalitativt gode helsetenester, uavhengig av diagnose, kjønn etnisk bakgrunn, bustad, personleg økonomi, og tilpassa livssituasjonen til kvar enkelt.[...] Dei regionale helseføretaka har eit heilskapeleg ansvar for at befolkninga får tilbod om relevante tenester, i samsvar med lovføresegner og andre direktiv frå styresmaktene."* Også dette kan seiast å passe inn i definisjonen av ein misjon. Ein kan likevel sjå at Helse- og omsorgsdepartementet berre vil ha eit kvalitativt godt helsetilbod, mot *"[...] effektive og framtidsretta helsetenester av høg kvalitet"* som Helse Vest RHF tidlegare skulle tilby. I staden vert det i Oppdragsdokumentet lagt større vekt på at tenestene skal vere likeverdige.

6.1.2 Verdier

Verdier er viktige for alle organisasjonar, noko som også vert framheva i Helse 2020. Helse Vest har valt følgjande verdier i Helse 2020: *respekt, kvalitet og tryggleik*. Dei er dermed litt meir spissa i forhold til dei verdiane ein hadde tidlegare, jf. den gamle føretaksplanen. Verdiane skal presisere på kva måte dei tilsette skal handle når dei arbeider mot misjonen, og verdiane til Helse Vest har moglegheit til å gi indikasjonar på nettopp dette. Ein må likevel vere merksam på dei tilsette kan oppfatte omgrepa ulikt. Til dømes har omgrepet kvalitet mange definisjonar, noko eg har vore inne på både i teorikapittelet og i empirikapittelet. Sidan det er så mange ulike og skiftande definisjonar av kva kvalitet er, står ein i fare for at dei tilsette har ulik oppfatning av kva verdiane vil seie, og dei kan då bli verdilause. Balansert målstyring er i stand til å gjere verdiane klarare, fordi ein ved å bruke rammeverket blir tvungen til å gjere presiseringar for å mogleggjere målingar.

6.1.3 Visjon

Visjonen til Helse Vest er følgjande: *"Fremme helse og livskvalitet"*

Denne er enkel og konkret, slik teorien meiner at den skal vere. Den manglar likevel noko essensielt, sidan den ikkje gir lesaren eit konkret bilete (eng. vision) for kvar organisasjonen skal vere om 5-15 år. Visjonen er også svært vid, slik at det er vanskeleg å vurdere kvar grensene går - både geografisk,

fagleg og ressursmessig. Helse Bergen har i deira strategiplan for 2008 – 2012 spissa visjonen sin litt. Her er visjonen *“Fremme helse og livskvalitet i Vest”* (Helse Bergen, 2008). Ein har her avgrensa visjonen geografisk, men framleis er den eit stykke frå å måle seg med Kennedy sin visjon om å sette ein mann på månen, og bringe han trygt tilbake innan slutten av dette tiåret. Det blir uråd å vurdere når visjonen til Helse Vest er oppnådd, sidan den ikkje har avgrensingar. På den andre sida kan ein kva dag som helst seie at visjonen er oppnådd, fordi ein kvar dag fremmer helse og livskvalitet. Visjonen står dermed i fare for å vere eit tomt skal som verken skapar engasjement eller motivasjon blant dei tilsette. Samstundes skapar den problem for prioriteringar, sidan kven som helst i organisasjonen kan argumentere for at deira tenester eller handlingar fremmar helse og livskvalitet. Såleis vil om lag alle prioriteringar og endringar i Helse Vest dei neste åra vere i strid med visjonen – samstundes som det er i tråd med den same visjonen ved at endringar og prioriteringar gjerne fører til andre eller betre tilbod som fremmer helse og livskvalitet.

6.1.4 Strategi

I teorikapittelet såg vi at det er viktig at alle i organisasjonen har same forståing av omgrepa som vert brukt. Helse 2020 nyttar omgrepa visjon, verdiar, strategi, mål og tiltak, noko som gjer det viktig for lesaren å skaffe seg rett forståing om kva desse betyr. Eg har allereie kommentert visjon og verdiar, og vi har no kome til strategien. Det som kan vere vanskeleg å forstå med Helse 2020, er skilnaden mellom strategi og mål. I teorikapittelet las vi at strategien representerer dei prioriteringane som ein organisasjon gjer for å takle omgjevnaden og å verkeleggjere misjonen/oppdraget. Eit mål er derimot dei faktorane som ein må vere bra på for å implementere strategien. I Helse 2020 er strategiane bytta ut med mål, og mål med delmål i forhold til teorien som eg har presentert. Strategien er, slik eg forstår det, sjølv dokumentet. Helse 2020 presenterer tre delmål: *“Trygge og nære sjukehustenester”*, *“heilskapeleg behandling og effektiv ressursbruk”* og *“ein framtidretta kompetanseorganisasjon”*. Etter den teorien som eg har presentert i denne utgreinga, liknar desse måla meir på strategiar enn mål. Når det gjeld dei mange delmåla, så har nokon av desse typiske trekk av å vere mål – slik som *“Vi samlar det sjeldne og komplekse på færre stadar”* og *“Vi systematiserer behandlingsskjeda og utviklar betre prosessar”*.

Niven (2003) meiner at strategidokument ikkje er det same som strategi, fordi desse dokumenta ofte er for utydelege på kva prioriteringar som skal gjerast i organisasjonen. Dei blir ofte ei smørbrøddliste over gode intensjonar som blir vanskeleg å handtere i praksis. Helse 2020 inneheld mange viktige satsingsområde, og det vil vere for drastisk å seie at dette ikkje er ein strategi. Men ein ser også teikn som støttar kritikken av slike strategidokument. Mellom anna så går dette dokumentet over fire år, samtidig som store delar av strategien ikkje vert sett i verk før om minst to år. I tillegg har 23 av dei totalt 43 tiltaka som vert presentert i Helse 2020 fokus på å utvikle planar og system, ikkje på å nå

konkrete mål. Om ein har strategiar som vert reviderte årleg, så er ein meir i stand til å fokusere heile organisasjonen på å realisere desse, ved å utelate tiltak som ikkje har noko i strategien å gjere det gjeldande året. Ved å til dømes offentleggjere at plan for kirurgi ikkje blir gjort noko med før 2010-2011, så er ein rimeleg sikker på at desse avdelingane vil sitte på gjerdet og vente i to-tre år. Det må også nemnast at om ein tek med alle dei planane og strategiane som Helse 2020 refererer til, så får ein eit svært omfangsrikt strategidokument som Helse Vest RHF skal styre etter. Samstundes er det eit problem at strategien til Helse Vest RHF går over fire år, medan oppdragsdokumentet kjem årleg. Hadde det vore omvendt, hadde det vore råd å laga ein strategi som er i tråd med dagens omfangsrike Oppdragsdokument. Slik det no er, så vert strategien fastsett før ein veit kva oppgåver Helse- og omsorgsdepartementet pålegg ein å løyse.

Kausale samanhengar

I teorien drøfta eg viktigheita av kausale samanhengar i arbeidet med strategi og balansert målstyring. Eg tok også inn kritikken som har kome mot kausale samanhengar, og at ein difor må sjå til at slike samanhengar stemmer når ein nyttar dei til styring. Eg nemnde at strategien ofte er basert på kausale samanhengar, og at balansert målstyring difor kan vere hensiktsmessig å bruke for å halde orden på og kontrollere slike samanhengar. I Helse 2020 er det mange kausale samanhengar, til dømes *”Kompetanseutvikling har ein sjølvstøtt eigenverdi, men kompetanse påverkar òg kor tilfredse medarbeidarane er, som igjen verkar inn på kor tilfredse pasientane er.”* Ved å gjere empiriske undersøkingar kan ein derimot finne at medarbeidartilfredsheit og pasienttilfredsheit ikkje vert påverka av kompetanseutvikling, og dermed at den kausale samanhengen er ugyldig. Balansert målstyring gjer det mogleg å overvake både innsats, produktivitet og resultat ved til dømes kompetanseheving, og er i stand til både å styre og kontrollere kausale samanhengar. At det vert nytta kausale samanhengar i Helse 2020, er vidare ein indikasjon på at balansert målstyring kan brukast i Helse Vest.

6.2 Helse 2020 versus Oppdragsdokumentet

Det er Oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet som til sjuande og sist avgjer kva Helse Vest RHF skal gjere, uavhengig av strategi og strategidokument. Oppdragsdokumentet presiserer ei heil rekkje tiltak og styringsvariablar som Helse Vest skal følgje opp, og sjølv om mange av desse også er nemnde i Helse 2020, er det også ei god del som ikkje er innanfor strategien til Helse Vest. Mellom anna krev Oppdragsdokumentet at det normalt ikkje skal vere korridorpatientar, medan Helse 2020 ikkje tek høgde for dette kravet. Heller ikkje organdonasjon og vidareutvikling av kvalitet, heilskap og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid er nemnde i Helse 2020, men er med i Oppdragsdokumentet.

At oppdragsdokumentet er overordna strategidokumentet, og at dette blir revidert kvart år, er også ein indikasjon på at strategien til Helse Vest ikkje bør gå over fire år, men verte reviderte årleg. Så lenge det ikkje er samsvar mellom desse to dokumenta, vil dette kunne skape problem for Helse Vest. Til dømes vil budsjettarbeidet vere komplisert, fordi ein må byggje budsjettet på begge dokumenta. I tillegg vil verdien av strategien vere liten når ein er forplikta til å følgje oppdragsdokumentet og desse to ikkje samsvarer.

I Helse 2020 kunne ein telje 43 ulike tiltak og tiltaksområde som vert presenterte. I Oppdragsdokumentet for 2008 finn ein heile 104 tiltak som skal følgjast opp i 2008. I tillegg vart det på styremøtet i Helse Vest i februar i år opplyst om at også tiltak frå tidlegare oppdragsdokument framleis var gjeldande. Lista over tiltak som det er forventat at Helse Vest RHF skal fylgje opp i 2008, vil dermed vere svært lang, og ein kan så tvil om budsjettet for 2008 står i stil med dei tiltaka som ein krev oppfølgt. Likevel ser ein svært få prioriteringar og spesifiseringar i Oppdragsdokumentet, noko som overraskar meg. Slik eg les dokumentet så verkar alle tiltak like viktige, samstundes som eg ikkje finn noko klar kopling mellom tiltak og budsjett. Dersom dei tildelte midlane ikkje rekk til, kan det sjå ut som dei regionale helseføretaka sjølve kan gjere prioriteringane, noko som i så fall gjer oppdragsdokumenta mindre verdifulle, sidan ein berre treng å følgje opp det som passar. Det skal seiast at det moglegvis kan kome presiseringar i føretaksmøta, som er like bindande som oppdragsdokumenta. Men med tanke på budsjettarbeidet burde prioriteringane kome med i dette dokumentet, og ikkje inne i budsjettåret. Oppdragsdokumentet er også svært vagt på enkelte tiltak. Ein kan finne formuleringar som *"rett mengd praksisplassar[...]"* og *"tilstrekkeleg mange legespesialistar[...]"* osv. utan at det går fram kva som er rett meng og tilstrekkeleg mange. For at midlane som vert tildelt skal vere knytt til tiltaka, så må HOD ha operert med tal for kor mange praksisplassar og legespesialistar ein ynskjer i Helse Vest. Kvifor ikkje nivåbestemme dette i oppdragsdokumentet, slik at tildelinga av midlar står i stil til krava som vert sette? Seier ein 200 praksisplassar og 50 legespesialistar, så har ein noko å rette seg etter, og det ville vere mykje lettare for Helse Vest RHF å bruke Oppdragsdokumentet til styring. Samstundes kan det setjast spørsmål ved om det er naudsynt med eit oppdragsdokument som er så detaljert som noverande Oppdragsdokument. Det kan tyde på at Helse- og Omsorgsdepartementet ikkje har tiltru til styre og administrasjon i dei regionale helseføretaka, og difor må drive detaljstyring av desse. I så fall vert eit eige strategidokument for helseføretaka overflødig. Eg meiner at det i oppdragsdokumentet berre kunne stå følgjande: *"Helse Vest skal sørge for effektive og framtidsetta helsetenester av høg kvalitet. Tenestene skal bidra til god helse, livskvalitet og fremme eigenmeistring. Til dette får Helse Vest RHF tildelt 15 mrd"*. Noko meir skulle ikkje vere naudsynt, gitt at ein har eit profesjonelt styre og administrasjon som tek seg av den vidare prioriteringa gjennom strategiarbeidet. Helse- og

omsorgsdepartementet vil vere representert i styret, og kan på den måten påverke strategiutforminga i politisk retning dersom dette er ønskeleg. Slik det er i dag, driv både styret og Helse- og omsorgsdepartementet med strategisk planlegging for Helse Vest RHF, medan tilsette og brukarar står forvirra i midten. Det var nok ikkje slik Tore Tønne såg føre seg at det skulle bli då han fekk gjennom sjukehusreforma: *”Ventetider skal måles i dagar og uker, ikke i måneder og år og sykehus skal være ledelsesdrevet - ikke rundskriv og spørretimestyrt”*.

Når det gjeld dagens situasjon, så kan bruk av balansert målstyring vere problematisk sidan strategien berre tek for seg delar av verksemda, og oppdragsdokumentet og andre strategiar/planar styrer resten. På den andre sida, har eg i teorikapittelet hevda at balansert målstyring kan brukast til å vurdere strategi og tiltak opp mot visjon og misjon, og slik kan ein kontrollere koplinga mellom strategien, oppdragsdokument og andre planar. Ein vil likevel få problem i tilfelle der oppdragsdokumentet ikkje samsvarar med visjon eller misjon, sidan dette overstyrer strategien. Dette problemet gjeld likevel anten ein brukar balansert målstyring eller ikkje, og sånn sett er det bra å få avdekt slike avvik. Samstundes så krev både Helse 2020 og Oppdragsdokumentet for 2008 vidare spesifiseringar, og ved å bruke balansert målstyring kan ein gjere dette arbeidet enklare.

6.3 Balansert målstyring som målesystem

Ein kombinasjon av finansielle og ikkje-finansielle målingar gir ei betre oversikt over verksemda enn eit fokus berre på finansielle målingar. Mange organisasjonar brukar begge desse måletypene, men det som skil balansert målstyring frå dei andre rammeverka, er at målingane er knytt saman med kvarandre over ulike perspektiv gjennom kausale samanhengar. Helse Vest blir gjennom Oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet pålagde ei rekkje såkalla styringsvariablar. Dei er delt i to grupper; nokre med bestemte styringskrav medan andre berre skal rapporterast slik at departementet kan følgje utviklinga. Den siste gruppa vil ikkje gå under definisjonen for resultatmål i balansert målstyring, og eg vil ikkje ta med desse i analysen. Styringsvariablane med nivåkrav tilsvarar målingar med resultatkrav i balansert målstyring. Det vil vere naturleg å ta utgangspunkt i desse når ein skal sjå på balansert målstyring som målesystem. Dersom balansert målstyring skal gi betre styring i Helse Vest, må rammeverket minst kunne gi betre styring enn dei noverande styringsvariablane.

Vi har sett at ein kan skilje målingar i tre ulike kategoriar; innsatsmålingar, produktivitetmålingar og resultatmålingar, og vidare at ein miks av desse kan gi ei god oversikt over organisasjonen og strategirealiseringa. I dag brukar Helse Vest RHF berre dei styringsvariablane som følgjer Oppdragsdokumentet til styring utanom det finansielle perspektivet. Eg vil no ta føre meg desse og

analysere dei i lys av teorien eg har presentert tidlegare, for å sjå om balansert målstyring kan gi betre bidrag enn dagens styringsvariablar.

Talet på produserte DRG-poeng

Det er eit krav frå departementet at produserte DRG-poeng ikkje skal vere meir enn 1,5 % høgre enn prognosen for aktiviteten i 2007. Dette er ei aktivitetsmåling, og gjer det mogleg å overvake at ein ikkje når over kravet, og på den måten utløyser ekstrakostnader. Sidan DRG-poenga i stor grad vert genererte ved behandling av pasientar som har rett til behandling finn eg dette kravet noko merkeleg, då ein dermed på sett og vis oppfordrar til å ikkje overhalde lovgivinga. Noko som bekreftar dette, er at styringsvariabelen som kartlegg talet på fristbrot ikkje har nivåkrav. Dersom ein frå departementet si side tok pasientrettslovgivinga på alvor, burde styringsvariabelen vore prosentdel fristbrot og krav om 0 %. Informasjonen om fristbrot skal derimot berre sendast inn til departementet til orientering. Til departementet sitt forsvar går eg ut frå at det vil komme pålegg til Helse Vest om endringar dersom fristbrota vert for mange. Men kvifor gå denne omvegen, når ein frå starten av kan gi styringssignal som sørgjer for at lova vert halde? Dette ville ha vore i tråd med tankegangen for balansert målstyring.

Minst 80 % av epikrisane skal sendast ut innan 7 dagar

Også dette er ei aktivitetsmåling. Grunnen til kravet er at ein ser store fordelar ved at den tilvisande legen raskast mogleg får kunnskap om vidare behandling av pasienten. Likevel har Helse Vest store problem med å nå kravet. På styremøtet for Helse Vest i februar, kom det fram at berre 55 % av epikrisane i somatikken vert sendt ut innan sju dagar, medan tala er 62 % for psykisk helsevern og 79 % for rusbehandling. Styreleiaren i Helse Vest uttrykte stor uro for at ein ikkje klarer å nå kravet, og styret var samde om at dette var uakseptabelt utan at det kom på bordet noko forslag til løysing. Eg meiner at dette kan skuldast at denne styringsvariabelen har tre svakheiter. For det første, så er det uråd å få kunnskap om kvifor det er slik berre basert på denne målinga. Dette er kanskje også grunnen til at styret er sterkt uroa for tilstanden, utan å komme med konkrete tiltak til kva som skal gjerast. Rammeverket til balansert målstyring kan i slike tilfelle ha stor verdi, fordi det vert naturleg å gjere innsatsmålingar på område som ein antek påverkar epikrisetida, og dermed gjere det lettare å finne flaskehalsane og å gjere utbetringar.

Den andre svakheita til denne målinga er at den berre set krav til 80 % av epikrisane, og let dei siste 20 % segle sin eigen sjø. Dette sjølv om det kan vere like viktig at dei siste 20 % blir sendt ut innan ei veke. Når målinga for somatikken viser at berre 55 % av epikrisane vert sende etter sju dagar, gir det ingen informasjon om dei resterande 45 %. Kanskje blir desse sende ut etter åtte dagar, noko som slettes ikkje er ille. Dersom det går 30 dagar eller meir før desse blir utsende, er det svært uheldig.

Målinga burde difor heller ha fokusert på gjennomsnittleg epikrisetid. På den måten får ein betre informasjon, samt at det omfattar alle epikrisane – ikkje berre 80 %. Slik målinga fungerer i dag, er det ikkje dagane som blir fokusert på, men prosenten som klarer kravet.

Det skal normalt ikkje vere korridorpasientar

Denne målinga vil eg også definere som ei aktivitetsmåling. Det blir stilt krav om at det normalt ikkje skal vere korridorpasientar, og ein refererer til nasjonale mål som seier at ein helst ikkje skal ha korridorpasientar innan psykisk helsevern og somatikk. For Helse Vest er talet på korridorpasientar innan psykisk helsevern på 0,6 %, medan den for somatikken er 3,3 %. I styresak 004/08 B i Helse Vest RHF, ser ein at prosentdelen av korridorpasientar i somatikken har vore om lag den same sidan 2005, medan det har gått ein god del ned i psykisk helsevern.

Eg oppfattar korridorpasientkravet noko flytande. Når ein seier "*normalt ikkje*" og "*helst*", så ligg det i korta at det er rom for avvik frå dette kravet. Dette kan også vere grunnen til at det ikkje har skjedd store endringar i somatikken dei siste åra. Med dei økonomiske rammene som helseføretaka har per i dag, er det heller ikkje sannsynleg at ein kan gjere dei store investeringane for å nå dette målet. Som styringsindikator vert difor denne noko uklar, sidan ein set krav om noko, men forventar noko anna. Ein burde heller ha sett eit realistisk nivå på talet på korridorpasientar, til dømes 1 % eller 2 %, og styrt etter dette.

Det skal vere færre enn 5 % strykingar av planlagde operasjonar

Hele Vest låg per tredje tertial 2007 på 8,4 % for denne styringsvariabelen. Også her har vi å gjere med ei aktivitetsmåling. Problemet med denne målinga vart kasta lys over av ein tilsettere representant på styremøtet i Helse Vest RHF i Bergen i februar. Han meinte årsaka til slike strykingar er ofte at pasienten ikkje er i stand til å gjennomføre operasjonen, eller at det kjem inn pasientar som treng augeblikkelig operasjon og dermed vert prioritert framfor planlagde operasjonar. I lys av dette kan ein undre seg over kva ein skal oppnå med ein slik styringsvariabel. For å klare det nasjonale kravet, kan ein sjå seg nøydde til å operere pasientar som er for svake for å tåle operasjonen eller å prioritere ned dei som treng behandling omgåande. Det er heilt sikkert noko anna departementet har tenkt å styre når dei set dette kravet, men i så fall er det best å gjere målingar som sikrar styring på dette området. Til dømes trur eg at prosentdel av arbeidstida kirurgar brukar i operasjonssalen vil fange opp det ein eigentleg er ute etter.

Talet på konsultasjonar per årsverk ved psykiatriske poliklinikkar per vyrkedag skal aukast

Dette er også ei aktivitetsmålingar. I Oppdragsdokumentet er det skilt mellom vaksenpsykiatrisk og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar. Kravet til begge to er likevel at talet på konsultasjonar

skal auke. Det eg undrar meg over når det gjeld desse to styringsvariablane, er at ein krev ein udefinert auke. På denne måten er ein auke på 0,1 % nok til å oppfylle kravet. Mest truleg ynskjer ein likevel ein større auke enn dette, men for å kunne styre etter denne variabelen må ein ha eit konkret krav. Igjen kan ein på føretaksmøta få meir informasjon, og igjen vil å slik informasjon inne i budsjettåret vere for seint.

Om ein ynskjer ein større auke innanfor dette feltet, så bør ein også ha resultatmålingar som overvakar effekten av denne auken, noko som er i tråd med balansert målstyring. Ein auke vil med stort sannsyn føre til at kvar pasient får mindre tid per konsultasjon, noko som kan gi uheldige konsekvensar. Ein bør difor gjere målingar som sikrar at kvaliteten framleis er like bra trass i fleire konsultasjonar.

Eit anna problem med denne målinga, er at den ikkje skil mellom effektive og mindre effektive årsverk. Kanskje har ein poliklinikk svært effektive rutinar allereie, men får no gjennom dette kravet beskjed om å gjere endå fleire innskjerpingar. Ein lite effektiv poliklinikk vil ha ein fordel, ved at denne kan gjere marginale forbetringar for å vere innanfor kravet. Slike krav oppfordrar dermed til å vere lite effektiv. Dette kan ein også knyte til Nyland og Østergren (2007) som fann at dei fleste leiarane rekna med nye innstrammingar dersom dei overheldt inneverande års budsjett. Også her vert ein straffa for å overhalde krava. Ein betre styringsvariabel på dette området er difor krav om tal på konsultasjonar per årsverk, då dette ville gi ei meir rettferdig fordeling av kravet, der effektive avdelingar vert premiært. Likevel bør ein framleis ha målingar som sikrar kvaliteten på konsultasjonane.

Gjennomsnittleg ventetid ordinært avvikla på rettigheitspasientar

Oppdragsdokumentet set også krav til gjennomsnittleg ventetid for rettigheitspasientar. Kravet er delt i fire kategoriar. Den første er somatikk, og kravet er at ventetida ikkje skal auke. Når det gjeld dei tre andre kategoriane; barne- og ungdomspsykiatri, vaksenpsykiatri og tverrfagleg behandling av rusmiddelmissbrukarar, skal desse verte reduserte. Dette vert difor også aktivitetsmålingar. Medan det er krav om at ventetid for somatikk ikkje skal auke, så har ein på lik linje med styringsvariabelen over eit uklart krav for dei tre andre. Kravet er redusert ventetid, og det vil då vere nok med ein marginal reduksjon for å vere innanfor kravet. Også her vil dermed lite effektive avdelinga ha ein fordel i forhold til avdelingar som allereie har gjort grep for å redusere ventetida. Å sette krav til gjennomsnittleg ventetid vil vere ein betre styringsvariabel, også denne i tråd med balansert målstyring. I BT den 13.06.08 kunne ein, trass dette kravet, lese at gjennomsnittleg ventetid har auka med 31 % i forhold til same tid i fjor (Spence, 2008).

Ventetid til vurdering innan BUP skal vere mindre enn 10 dagar

Den siste styringsvariabelen er også ei aktivitetmåling, og kravet her er meir konkret enn dei to siste. Sidan det er eit politisk fokus på barne- og ungdomspsykiatri i desse dagar, er det naturleg å få ned ventetida på dette feltet. Det som overraskar meg, er at ein har styringsvariablar berre for den første vurderinga, men at ein ikkje nyttar styringsvariablar for ventetid til behandling. I Oppdragsdokumentet kjem det fram at dei som har rett til nødvendig helsehjelp i denne gruppa, skal komme under behandling innan 65 vyrkedagar. Det kan vere ein glipp at dette ikkje har kome som ein eigen styringsvariabel. Den har i så fall forplanta seg til styringsdokumenta for dei lokale helseføretaka, sidan heller ikkje desse har denne som styringsvariabel. Når det er sagt, så tolkar eg ikkje 65 vyrkedagar som noko ambisiøst mål for denne typen behandling. At kravet ikkje har ein eigen styringsvariabel, gjer det ikkje noko betre sidan ein då ikkje vil ha ein automatisk kontroll på at kravet vert halde.

6.3.1 Delkonklusjon

Eg har no gått gjennom og drøfta dei såkalla styringsvariablane i Oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF for 2008. Det er berre dei styringsvariablane med nivåkrav eg har sett på, sidan det er desse som potensielt kan brukast til styring. Styringsvariablane som er i Oppdragsdokumentet er alle aktivitetmålingar, og dermed får ein ikkje den miksen som kan vere fornuftig for å få best mogleg oversikt. Eg meiner å kunne hevde at dei indikatorane som Helse- og omsorgsdepartementet pålegg Helse Vest å styre etter gir minimalt med styringsimpulsar. Hovudgrunnen er at målingane i mange tilfeller ikkje gir god informasjon, samt at mange av krava som vert sette er uklare. Eg har vidare vist til at rammeverket til balansert målstyring kan gi betre målingar og dermed betre styring.

Eit viktig problem er sjølv sagt at det er Helse- og Omsorgsdepartementet som har bestemt desse styringsvariablane, og at ein difor ikkje kan oversjå dei sjølv om ein lagar eit betre styringssystem. Helse Vest RHF må halde fram å rapportere desse styringsvariablane tertialvis slik det er krav om. Men å bruke dei til styring, trur eg ikkje vil gi nokon stor gevinst.

Eg meiner balansert målstyring kan fungere godt som målesystem for Helse Vest RHF. Gjennom ein kombinasjon av innsatsmålingar, aktivitetmålingar og resultatmålingar fordelt på dei ulike perspektiva, er ein i stand til hente betre informasjon og gi betre styringssignal enn utan dette rammeverket. Når Departementet ser at dette gir god styring, er det også håp om at ein slepp å rapportere på dagen styringsvariablar.

6.4 Balansert målstyring og strategisk leiing

I tillegg til å fungere som eit reint målesystem, kan balansert målstyring også brukast til strategisk leiing. Strategiar er ofte vanskeleg å implementere fordi ein møter på ei rekkje hindringar på vegen.

Samstundes har ein funne at balansert målstyring kan hjelpe organisasjonar over desse hindera. For at rammeverket skal bidra til betre strategisk leiing i Helse Vest så bør ein kunne vise til at det eksisterer hindringar for strategirealiseringa, og at balansert målstyring kan redusere desse. Eg vil difor sjå på dei hindringane som er presenterte i teorikapittelet, i lys av den informasjonen eg har om Helse Vest RHF.

#1 - Visjon og strategi er for uklare til at dei kan operasjonaliserast

Visjonen til Helse Vest RHF er *"Fremme helse og livskvalitet"*. Eg har tidlegare vore inne på at denne vil vere for uklar for at den kan realiserast, fordi det er uklart kva som blir meint med omgrepa som er brukte i visjonen.

Eit døme på at også strategien er uklar, finn ein ved å sjå på definisjonen av kvalitet i helsetenestene. For å forklare kvaliteten ein skal strekkje seg etter, så seier ein at helsetenestene skal vere verknadsfulle, trygge, involvere brukarar og gi dei innverknad, vere samordna og prega av kontinuitet, utnytte ressursar på ein god måte og til slutt vere tilgjengelege og rettferdig fordelte. Alle dei omgrepa som ein brukar for å definere kvalitet i helsetenester, er like diffuse som kvalitetsomgrepet i seg sjølv. Frå å stille spørsmålet "Kva er kvalitet?", har ein no følgjande spørsmål: Kva vil det seie å vere verknadsfull? Og trygge? Korleis skal ein involvere brukarar og gi dei innverknad? Kva krav er det til samordning og kontinuitet? Kva ressursar skal utnyttast, og kva er god utnytting? Kva legg ein i tilgjengelegheit og rettferdig fordeling?

Sjølvsagt kan alle som jobbar i sjukehussektoren gi gode svar på desse spørsmåla. Sjansane er likevel svært få for at alle tilsette gir dei same svara. På denne måten risikerer Helse Vest å få 25 000 tilsette som forbetrar kvaliteten etter si eiga forståing; tilsette på lokalsjukehusa vil hevde tilgjengelegheit er det viktigaste og arbeider mot nedlegging av desse, tilsette på dei større sjukehusa meiner tryggleik er det viktigaste og jobbar for å sentralisere mest mogleg av tenestene.

#2 - Strategien er ikkje knytt til incentivsystem

I offentleg sektor i Noreg er det nok ikkje noko stor tradisjon for incentivordningar. Likevel vert det presisert i Helse 2020 at ein vil vidareutvikle styringsløysingar som fokuserer på oppnådde resultat, og at *"ei slik tilnærming [må] òg bidra til å fjerne negative/dysfunksjonelle incentiv, og styrke incentiv som understøttar dei uttrykte målsetningane."* Ein les vidare at *"Arbeidet vil vere ein integrert del av vidareutviklinga av dagens budsjettmodell."* Dette kan tolkast dit at eventuelle incentivordningane framleis vil vere knytt til finansielle mål, noko som vil vere uheldig. Dersom vidareutviklinga av budsjettmodellen inneber å ta inn ikkje-finansielle mål i planlegginga, vil det derimot vere positivt.

Sidan Helse Vest ynskjer incentivordningar som har fokus på måloppnåing og ikkje berre kortsiktige mål, vil balansert målstyring kunne vere eit verktøy som lettar arbeidet med dette.

#3 – Strategien er ikkje knytt til ressursallokering

Kaplan og Norton (1996b) fann at strategiprosessen og budsjetteringsprosessen ofte var to separate prosessar, og at den manglande relasjonen gjorde det vanskeleg å realisere strategien. Når det gjeld Helse Vest så er det ingen tvil om at arbeidet med Helse 2020 var ein eigen prosess, på sida av budsjetteringsprosessen, sidan det var sett ned ei eiga prosjektgruppe til formålet. Samtidig kan eg ikkje utelukke at ein i budsjetteringsprosessen brukar strategien som utgangspunkt, då eg ikkje har sett nærare på budsjetteringsprosessen i Helseføretaket. Det som likevel er eit faktum, er at det er Helse Vest RHF som har laga og vedteke strategien, medan det er Helse- og omsorgsdepartementet og Stortinget som tildeler budsjettmidla gjennom oppdragsdokumentet. Dette dokumentet gir også føringar for korleis store delar av midla skal brukast, og tiltak som skal fylgjast opp. Faren er difor stor for at strategirealiseringa blir styrt av budsjettet, og ikkje at budsjettet blir styrt av strategirealiseringa. Dette vil vere eit stort problem for realiseringa av strategien, uavhengig av om ein vel å bruke balansert målstyring eller ikkje. Det som i alle fall er sikkert, er at rammeverket har potensial for å gi ei nærare kopling mellom strategi og budsjett. Om det let seg gjere å utnytte dette potentialet er likevel avhengig av at det vert lagt til rette for at strategien styrer ressursallokeringa. Dette kan skje ved at HOD avstår frå å gi detaljerte styringskrav til Helse Vest RHF, og i staden fokusere på å påverke strategiprosessen i helseføretaket gjennom styrerepresentasjon og gjennom lovgiving.

#4 – Manglande tilbakemelding om strategiimplementering

I styringsdokumenta som Helse Vest RHF sender til dei lokale helseføretaka kvart år, er det eit eige kapittel om rapportering. Så langt eg kan sjå er majoriteten av den rapporteringa som skal skje basert på finansielle målingar. Det er nokre få ikkje-finansielle målingar som vert rapportert inn til Helse Vest RHF, men desse er dei same som ein har fått pålegg om å rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet, og såleis ikkje direkte knytt til strategiimplementeringa. Det kan likevel ikkje utelukkast at enkelte av desse indikatorane kan gi ein peikepinn på korleis strategiimplementeringa går.

Balansert målstyring vert utvikla med bakgrunn i strategien, og såleis vil som regel alle målingane som kjem fram når ein bruker dette verktøyet kunne gi tilbakemeldingar om strategiimplementeringa. Dersom Helse Vest ynskjer å overvake om strategien vert implementert, vil rammeverket difor vere svært nyttig.

Ikkje berre éin strategi

Ei hindring som Kaplan og Norton ikkje drøfta, men som eg trur vil gjere strategirealisering vanskeleg, er at Helse 2020 ikkje er einaste strategien for Helse Vest RHF. I Strategidokumentet vert det referert til ei rekkje andre strategiar, planar og tiltak som skal følgjast opp, i tillegg til eit detaljert oppdragsdokument. Med eit slikt omfang, trur eg det vil vere vanskeleg å sjå til at alle desse er i tråd med overordna misjon, verdiar, visjon og strategi. Å ha eit system som gjer det mogleg å vurdere alle tiltak, planar og underordna strategiar til desse, kan difor ha ein verdi for Helse Vest. Balansert målstyring gir Helse Vest RHF denne moglegheita.

6.4.1 Delkonklusjon

Basert på det materialet eg har vurdert, meiner eg å kunne hevde både at Helse Vest RHF er råka av dei hindringane som Kaplan og Norton (1996b) fann gjennom si forskning, og vidare at bruk av balansert målstyring vil kunne hjelpe dei med å komme forbi desse hindringane. Sidan dei regionale helseføretaka får instruksar frå Helse- og Omsorgsdepartementet om kva dei skal gjere, vil det i utgangspunktet vere vanskeleg å få til ei god implementering av strategien, men dette er eit problem uavhengig av om ein vel å bruke balansert målstyring eller ikkje. Eg ser ingen grunn til at ein ved å nytte rammeverket vil få større problem med å implementere strategien. Derimot kan ein kunne få ein betre kontroll på at alle tiltak, planar og strategiar er i tråd med misjon, verdiar, visjon og overordna strategiar ved å bruke balansert målstyring som hjelp for strategisk leiing.

6.5 Balansert målstyring som kommunikasjonsverktøy

For at strategien skal kunne bli realisert, er det viktig at alle i organisasjonen kjenner til og forstår den. Det er dokumentert at balansert målstyring kan auke dei tilsette si forståing av strategien, noko også Helse Vest kan ha utbytte av. Dette fordrar likevel at det er behov for eit rammeverk som kommuniserer betre enn dagens løysingar. Eg vil difor sjå på dagens kommunikasjonspraksis, og kople dette til balansert målstyring.

Noverande kommunikasjonsverktøy

Eg antek først at eit godt mål på den noverande strategipubliseringa er om denne informasjonen er tilgjengeleg på Internett. Når det gjeld heimesida til det regionale helseføretaket, så har Helse 2020 fått ein sentral plass på heimsida, og det er vanskeleg å ikkje leggje merke til dette når ein går inn på sidene. Denne trenden vert ikkje følgt opp av dei lokale helseføretaka (kontrollert 10.06.08). På heimesidene til desse, er det berre Helse Bergen som gir uttrykk for at det har kome ny strategi. Sjølv om det krev at ein veit kva ein leitar etter for å finne den, har dei publisert sin egen strategi for 2008-2012. To av dei andre helseføretaka har verken Helse 2020 eller strategi generelt inne som eit moment på heimesidene sine. Det siste helseføretaket presenterer framleis den gamle strategien, og sida vart sist redigert i 2003. Verdiane er like vel dei same som no, noko som tyder på at dette

helseføretaket heller ikkje har operert etter den førre strategien for Helse Vest RHF, sidan verdiane i tidsrommet 2004 – 2008 har vore ulike dei i Helse 2020. Når det gjeld elektronisk informasjon om strategien i Helse Vest, vil eg hevde at denne ikkje held mål når det gjeld å kommunisere strategien til dei tilsette.

Manglande elektronisk publisering set krav til at strategien vert distribuert på andre måtar, internt i sjukehusa. Å gjere ei statistisk undersøking om dette vil vere for omfattande for denne utgreiinga. Eg har difor gjort meg nytte av nokon nøkkelinformantar i Helse Vest, på ulike organisasjonsnivå og avdelingar, blant anna ein hovudtillitsvalt i eit av dei lokale helseføretaka. Ingen av dei eg har spurt har hørt om eller kjenner til Helse 2020, trass i at den vart vedteken av styret i Helse Vest i oktober 2007. Basert på dette er eg også i tvil om strategien har blitt tilstrekkeleg kommunisert til dei tilsette i det heile.

Omfang

Eit anna problem er omfanget av dei dokumenta som blir publisert. Dokumentet som presenterer Helse 2020 er på om lag 40 sider og sjølv eg, som har over middels interesse av å forstå strategien til Helse Vest og har bruk mykje tid på å sette meg inn i den, ville ha store problem med å vite korleis eg skulle handle for å realisere strategien. Om alle dei 25 000 tilsette i det heile kjem til å lese desse sidene har eg også mine tvil om. Samstundes så er det ikkje berre dette dokumentet som må lesast for å få full oversikt over strategien til Helse Vest. I Styringsdokumentet til dei lokale helseføretaka, finn ein ei liste over 40 prosjekt som involverer helseføretaka og skal følgjast opp i 2008. Mange av desse går på utvikling og oppfølging av planar og strategiar for spesielle fagfelt. For å få fullstendig oversikt over alle strategiar i Helse Vest, må ein tilsett dermed truleg lese seg gjennom eit hundretals sider, noko eg tvilar på at nokon vil gjere. På toppen av desse kjem også Oppdragsdokumentet, med sine 104 tiltak som krev oppfølging. Ein kan påstå at alle desse planane og strategiane er naudsynte, og difor må vere der. Eg vil hevde at ein plan eller ein strategi er verdiløus dersom den ikkje vert realisert. Og for å bli realisert må den vere såpass synleg at dei tilsette er i stand til å forstå den. Balansert målstyring baserer seg på styring gjennom målingar av kritiske faktorar som må vere til stades for å lukkast. På denne måten vert kvar einskild tilsett på ein enkel måte bevisst på kva ho eller han må bli betre på for at strategien/planen skal bli realisert.

Rapportering

I tillegg til kommunikasjon med dei tilsette, er det også viktig å ha god kommunikasjon den andre vegen, i form av rapporteringsrutinar som sikrar at informasjon om strategirealiseringa vert presentert for styret på ein forståeleg måte. Om dette seier Helse 2020 følgjande: *“Det er viktig å rapportere på førehandsdefinerte kriterium. Fri rapportering har ofte ein tendens ti å fokusere på positive forhold, medan ubehagelege og negative forhold diverre blir nedprioriterte.”* Vidare les ein:

”All rapportering må skje så kortfatta, presis og nøyaktig som mogleg fordi det i enkelte prosjekt vil komme mykje informasjon til prosjektleiaren samtidig. Rapporteringa må difor vere enkel og oversiktleg og gi prosjektleiar moglegheit til raskt å ta tak i viktige forhold som kan påverke kvalitet, ressursbruk, tidsplan eller målsetjingar for prosjektet.”

Helse 2020 legg altså vekt på subjektiv rapportering som er kortfatta, presis og nøyaktig. Balansert målstyring er godt eigna til dette, fordi ein berre treng å halde auge med eit fåtal målingar for å få den oversikta ein treng. Når ein oppdagar områder med dårleg resultat, kan ein innhente meir informasjon om dette og forsøke å løyse problemet.

6.5.1 Delkonklusjon

Også på dette området kan det sjå ut til at balansert målstyring kan gi viktige bidrag til Helse Vest. Så langt eg kan sjå, gjer manglande kommunikasjon av strategien til dei tilsette at ein risikerer å ikkje klare å realisere strategien. Balansert målstyring tvinger gjennom ei konkretisering av kva ein forventar frå kvar avdeling, team eller individ. På denne måten vil det vere ei klar linje frå den einskilde tilsette og opp til den overordna strategien i Helse Vest. I dag eksisterer det så mange planar, strategiar, prosjekt og tiltak i Helse Vest at det er svært vanskeleg for nokon å halde oversikta utan at desse er sette i system. Resultatet vil vere ein organisasjon som arbeider i mange ulike retningar.

Når det gjeld rapportering, så kan ein lese i Helse 2020 at ein ynskjer rapporteringsformer som liknar på den som balansert målstyring legg til rette for.

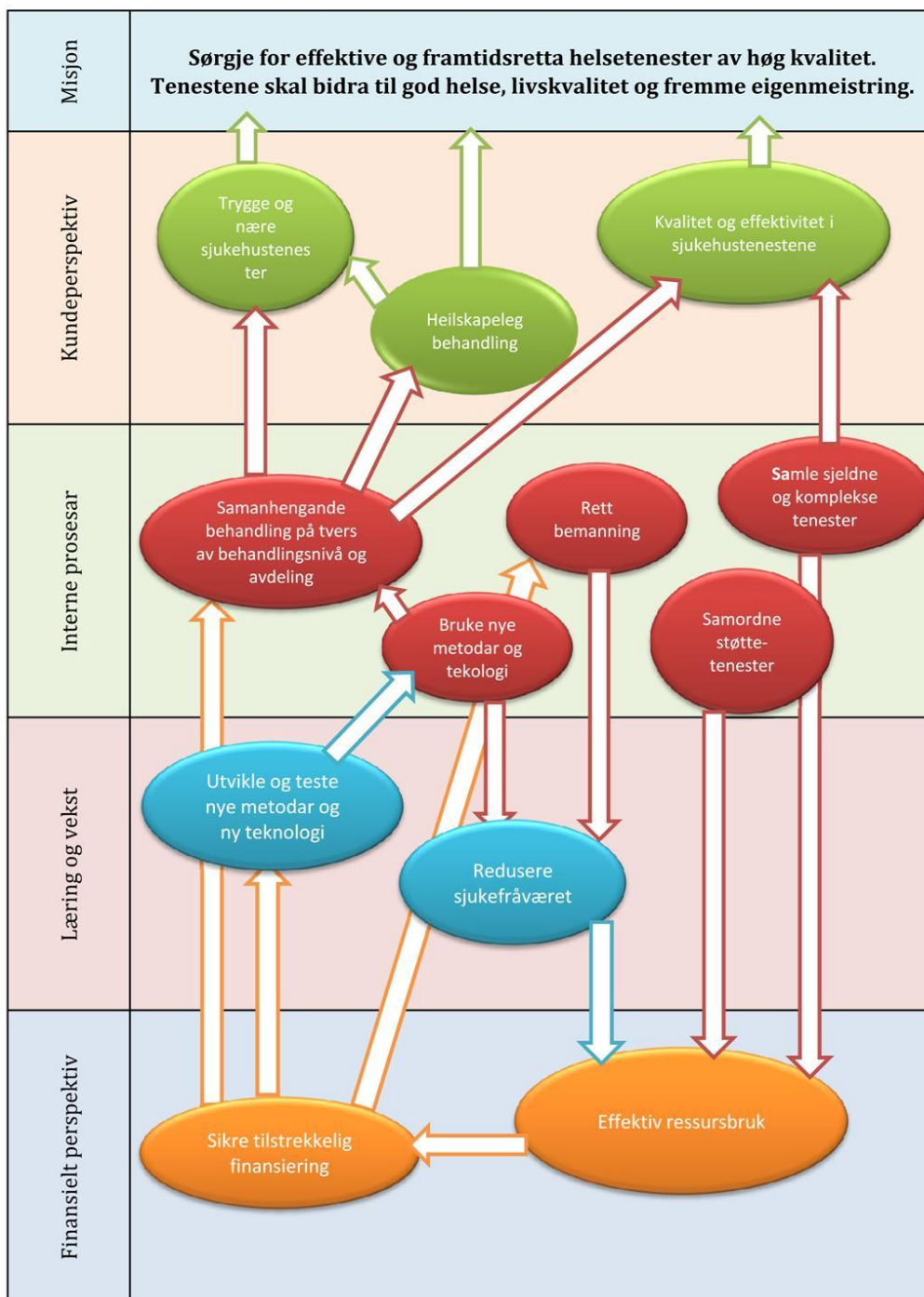
6.6 Innføring av balansert målstyring

Som ein kan lese i teorikapittelet, er det ei rekkje omsyn som må takast før ein vel å innføre balansert målstyring i organisasjonen. Mellom anna er det svært viktig med støtte i toppleiinga, og samtidig vil det vere fornuftig å ha eit team med ressurspersonar frå ulike delar av organisasjonen for å få ei best mogleg oversikt over det som må gjerast. Å hente inn informasjon som kan brukast til å utvikle den balanserte målstyringa er og ei nyttig, men ofte krevjande oppgåve. Opplæring av utviklingsteamet og brukarane vart òg framheva som ein viktig faktor. Det er difor ikkje råd for meg å utvikle ei fullstendig balansert målstyring for Helse Vest RHF innanfor rammene av denne utgreiinga. Eg vil likevel freiste å gje døme på eit strategisk kart og enkelte mål og målingar ein kan nytte i denne organisasjonen, slik at lesaren lettare kan sjå korleis balansert målstyring fungerer i praksis.

6.6.1 Strategisk kart

Å lage eit strategisk kart er ei av dei første oppgåvene eit utviklingsteam bør gjere. Eit slikt kart vil samle samanhengane i strategien, og gi eit klart bilete av korleis ulike moment i strategien skal bidra til å realisere misjonen. For teamet vert det då lettare å sjå kva målingar som kan vere aktuelle i den balanserte målstyringa. For dei tilsette vil det strategiske kartet vere eit kommunikasjonsverktøy, og gi den første introduksjonen til organisasjonen sin strategi. På neste side har eg laga eit enkelt døme på korleis eit strategisk kart kan sjå ut. Det må presiserast at eg i utviklinga av dette kartet ikkje har utført det forarbeidet som eg har anbefalt i teorien at ein skal gjere, av omsyn til omfanget på utgreiinga. Difor er det mogleg at dei samanhengane som kartet illustrerer ikkje er reelle for Helse Vest RHF. Heller ikkje layouten på kartet er optimal for å gi eit best mogleg visuelt uttrykk for strategien til helseføretaket. Eg meiner likevel at dømet er i stand til å gi ei innføring i tankegangen bak strategiske kart.

Kartet er delt opp i dei fire perspektiva som Kaplan og Norton(1992) presenterte i sin første modell, men det finansielle perspektivet er tona ned til fordel for kundeperspektivet. I tillegg har ein misjonen øvst, noko som vert anbefalt for offentlege og ideelle organisasjonar. Sidan eg ikkje har funne ein misjon i det nye strategidokumentet til Helse Vest, har eg nytta misjonen/oppdraget som følgde det førre strategidokumentet. Sjølv om denne ikkje vert brukt no, meiner eg at den framleis kan brukast til mitt formål. Om ein vel å innføre balansert målstyring i Helse Vest, bør ein derimot vurdere om denne skal erstattast med ein ny.



Pilane i kartet illustrerer kausale samanhengar mellom ulike mål i strategien. Eg har plassert måla innanfor dei sektorane som eg meiner dei høyrer til i på det overordna nivået. Når ein bryt ned målstyringa på lågare nivå kan det, som det kjem fram i teorikapittelet, vere naturleg at enkelte mål

kjem under andre perspektiv. Ein bør likevel nytte dei same perspektiva på både den overordna målstyringa og dei på lågare nivå.

6.6.2 Målingar i kundeperspektivet

Kundeperspektivet for offentlege organisasjonar omfattar både brukarane og dei som betaler for tenestene. Ein kan velje å splitte dette perspektivet i fleire perspektiv, for å gjere det lettare å skilje mellom desse. I dette dømet har eg ikkje ei slik deling, men er ikkje framand for at dette kan vere fornuftig for Helse Vest RFH.

Når det gjeld målingar i kundeperspektivet, så trekte eg i teorikapittelet fram nokre kategoriar som målingane tilhøyrer. Kapittel 4.9.5. gir føringar for kva ein bør tenkje på når ein utviklar målingar i dei ulike perspektiva. Eg vil nytte denne kunnskapen i arbeidet med å finne aktuelle målingar for kundeperspektivet. Det som er viktig med målingane er at dei fokuserer på realisering av strategien, og ikkje at ein gjer målingar for målinga si skyld. Eg vil no gi eksempel på korleis ein kan gjere målingar i kundeperspektivet. Eg vil bruke informasjon frå Helse 2020 for å lage desse målingane, sjølv om dei dermed kan avvike noko frå strategikartet.

Trygge og nære sjukehusenester er eit av hovudmåla som vert framheva i Helse 2020. Som utdjujing av dette målet, framhevar ein at det er viktig at befolkninga på Vestlandet har tillit til helsetenestene. Vidare går ein ut frå at nærleik, tilgjenge, trua på at ein blir møtt av omsorg og respekt, samt tenester av høg kvalitet påverkar denne tilliten. Dette er døme på kausale samanhengar, som må målast og testast.

Nærleik

Den første faktoren som påverkar tillit, er nærleiken. Dette blir difor vår første måling i kundeperspektivet. Vi møter straks problem med omgrepet nærleik, sidan dette kan ha 25 000 ulike tydingar i Helse Vest. Ein kan spesielt trekke fram to tydingar, geografisk nærleik og medmenneskeleg nærleik. Allereie her ser ein verdien av å utvikle målingar, fordi ein blir tvungen til å konkretisere kva som er meint. Korleis ein gjer målingar er også avhengig av kva tyding ein vil bruke. Geografisk nærleik kan til dømes målast gjennom avstand til næraste sjukehus med akuttmottak eller andre relevante avdelingar. Ein kan sette eit resultatkrav til at befolkninga skal nå eit sjukehus innan ei viss tid, og så byggje ut nye sjukehus der dette er naudsynt for å nå resultatkravet. Eller ein kan fokusere på å utvikle luftambulansenesta betre. Kanskje vil tilførsel av eit ambulanshelikopter til i Sogn og Fjordane gi pasientane betre nærleik, eit betre tilbod og vere meir økonomisk enn å ha sjukehus t.d. i Florø, Lærdal og Nordfjordeid.

Om ein meiner medmenneskeleg nærleik, så vil ein kunne måle dette gjennom pasienttilfredsheitsundersøkingar og målingar av kor lang tid ein sjukepear/hjelpepleiar brukar per pasient per vakt, eller ein kombinasjon av desse. I pasienttilfredsheitsundersøkinga kan ein spørje om kva ein synest om nærleiken til dei tilsette, og sette krav til kor stor denne skal vere. Ei slik måling vil vere ei resultatmåling. Når det gjeld tid per pasient, så vil dette vere ei innsatsmåling. Det kan vidare tenkast at til meir tid som blir brukt per pasient, til større blir nærleiken oppfatta av pasienten. På denne måten er det råd å finne ein balanse der nærleik tilfredsstiller resultatkravet. Det kan også tenkast at ein finn at følelsen av nærleik ikkje vert påverka av tidsbruk frå pleiepersonalet. Den kausale samanhengen kan då vere ugyldig, og må endrast.

Tilliten til helsetenestene kan også målast gjennom pasienttilfredsundersøkingar. Om ein har gjort tiltak for å betre geografisk eller medmenneskeleg nærheit medan tilliten framleis går ned, er dette ein indikasjon på at den kausale samanhengen om at nærleik påverkar tillit er ugyldig.

Tilgjenge

Tilgjenge er den neste faktoren som vert sagt å påverke tilliten til helsetenestene. Igjen må ein konkretisere kva ein meiner med omgrepet. Eg vel å tolke det dit at ein får rett behandling når ein treng det, og difor vil ventetider vere ei aktuell måling. Lovgevinga set krav til ventetider, og det minste resultatkravet for denne målinga bør derfor vere kravet i lova. Om det er slik at tilliten til helsetenestene aukar med reduserte ventetider, vil det også vere fornuftig å redusere dei ytterligere. Om det viser seg at reduserte ventetider ikkje gir auka tillit til helsetenestene, kan den kausale samanhengen vere ugyldig.

Trua på at ein blir møtt med omsorg og respekt

I Helse 2020 er det trua som blir framheva. Eg vel likevel å fokusere på realitetane, nemleg om pasientane *blir* møtt med omsorg og respekt. Denne faktoren kan ha enkelte koplingar til medmenneskeleg nærleik som vart drøfta over. Innsatsmålingar av tid brukt per pasient kan difor vere relevante også her, samstundes som ei pasienttilfredsheitsundersøking som kartlegg følelsen av omsorg og respekt under opphaldet.

Tenester av høg kvalitet

Å måle kvalitet er vanskeleg fordi det er eit veldig subjektivt omgrep. Eg har tidligare vist til ulike definisjonar av kvalitet også innbyrdes i Helse Vest. Kvantitativ måling av kvalitet kan difor seiest å vere den typen måling som gir det mest objektive resultatet. Kva målingar ein skal gjere for å undersøke kvaliteten, krev likevel litt kreativitet. I dag bruker Helse Vest fire typar indikatorar med resultatkrav for å måle kvalitet. Dette er median ventetid for første vurdering (BUP), prosentdel av diagnostisk vurdert (BUP), prosentdel av epikrisar sendt etter sju dagar for høvesvis psykiatri og

somatikk, samt korridorpatientar for høvesvis psykiatri og somatikk. Det interessante er at ingen av desse indikatorane etter mi meining er i stand til å gjere målingar eller styre faktorar som definerar Helse Vest sitt kvalitetsomgrep jf. kap 5.1.1. På den andre sida fell enkelte av faktorane i kvalitetsdefinisjonen saman med faktorar som blir presenterte også utanfor kvalitetsomgrepet, slik som tilgjenge og god ressursutnytting. Det som likevel kan vere interessant å måle, er om tenestene er verknadsfulle og trygge. At dei er verknadsfulle må tolkast dit at pasientane blir betre av behandlinga. At dei er trygge kan ein forstå slik at det i alle fall ikkje er farleg å bli behandla. Slike målingar kan likevel vere vanskelege å tolke om dei ikkje er relative, noko eg diskuterte i kapittel 4.9.7. Ein kan lett gjere målingar som viser prosentdelen av pasientane som vart betre av behandlinga, talet på liggedøger etter behandling, talet på dødsfall under behandling osv., samt å sette resultatkrav til desse. Målingane av verknadsgrad og tryggleik seier likevel lite om kvaliteten om ein ikkje samanliknar resultata med tilsvarande målingar på andre sjukehus/helseføretak eller nasjonale krav. Ein gitt operasjon kan ha ei dødelegheit på 20 %, og dette kan høyrast ille ut. Samstundes kan det normale vere 50 %. Det er dermed ein god kvalitet på den gitte operasjonen samanlikna med normalen. Her må ein likevel vere påpasseleg med faren for manipulasjon av målingane. Krav om lav dødelegheit i operasjonar, kan føre til at legar vegrar seg for å operere pasientar som dei er i tvil vil klare operasjonen, sjølv om verknaden av ein vellukka operasjon er svært positiv.

Dei målingane som eg har teke fram her, samsvarar også langt på veg med dei kategoriane målingar i kundeperspektivet ofte har. Det som er ulikt, er at eg har teke med kvalitet i kundeperspektivet, medan dette ofte høyrer til i perspektivet for interne prosessar. Eg har likevel drøfta kvalitet under kundeperspektivet fordi Helse Vest har trekt fram dette som viktig for trygge og nære sjukehusstenester. Samtidig er det ingen tvil om at både brukarar og eigarar set krav om kvalitet i tenestene.

6.6.3 Målingar i interne prosessar

I det interne prosessperspektivet må ein gjere målingar av prosessar som er essensielle for å oppnå ynskja resultat i dei andre perspektiva, då spesielt i kundeperspektivet. Eg vil byggje vidare på målingane i kundeperspektivet og gir nedanfor døme på målingar i interne prosessar relatert til nærleik, tilgjenge og kvalitet.

Nærleik

Eg skilde mellom geografisk og medmenneskeleg nærleik i kundeperspektivet. No må ein vurdere kva prosessar ein må vere bra på for å betre desse to faktorane. Når det gjeld geografisk nærleik, så kan til dømes ambulansetenesta gjere bidrag for å nå kravet. Skal pasientane komme til sjukehus innan ei

viss tid, så vil transporten i dei fleste tilfelle skje med ambulanse. Plassering, responstid og kompetanse vert då viktige faktorar som bør målast. Klarer ambulansane å nå pasientane og få desse til sjukehus innan den fastsette tida? Er tida frå alarmeren går til personellet sit i bilane tilfresstillande? Har personellet nok kompetanse til å starte viktig behandling før ein kjem på sjukehuset, og kan ein i så fall akseptere lenger transporttid?

For den medmenneskelege nærleiken, så er det viktig at interne prosessar er mest mogleg effektive slik at helsepersonellet frå meir tid med pasientane. I Dagens Næringsliv (DN) måndag 26.05.08 kunne ein lese at 25 % av arbeidstida til sjukepleiarar i Noreg går med til å leite etter pasientar, utstyr, papir eller legar (Dagens næringsliv, 2008b). Ei naturleg måling kan difor vere nettopp "leite-tid" for dei tilsette. Når ein set i verk tiltak som skal redusere denne tida, vil ein fort sjå frå målingane om tiltaket har lukkast.

Tilgjenge

I kundeperspektivet kom vi fram til at ventetider er ei viktig måling for tilgjenge. Det gjeld difor å finne dei prosessane som kan redusere ventetida, og gjere målingar av desse. Her vil tida legar brukar på pasientbehandling vere viktig. Desse bruker stadig meir tid på rapporterings- og kontrollfunksjonar på kostnad av pasientbehandlinga. Samstundes kunne ein lese i DN den 26.05.06 at legane sine støttefunksjonar i form av sekretærar og liknande stadig vert kutta ned, og etterlet legane til å gjere kontorarbeid i staden for å ha pasientkontakt (Dagens næringsliv, 2008b). Å gjere målingar av pasienttid vert difor viktig, samstundes som ein set i verk tiltak for å sikre at legane har fokus på det dei skal drive med – nemleg pasientbehandling. Tiltaka kan vere av teknologisk art eller at ein sørgjer for eit tilstrekkeleg støtteapparat rundt legane. For sjukehuset er det billigare å lønne ein sekretær for å gjere rapporterings- og kontrollarbeid enn ein lege. Det vil nok difor også lønne seg å kartlegge tidsbruken og gjere tilpassingar.

Kvalitet

For å måle kvalitet, valde eg å sjå på verknadsgrad og tryggleik. I det interne perspektivet bør ein gjere målingar av prosessar som kan sikre styrking av verknadsgrad og tryggleik. Her kan ein trekke fram samanhengande behandlingsskjeder og å samle komplekse og sjeldne tenester som moglege målingsområde.

6.6.4 Målingar i lærings- og vekstperspektivet

Å bruke prosessar som reduserer ventetid og aukar verknadsgrad og tryggleik i helsetenesta krev at ein satsar på utvikling og testing av metodar og teknologi. Mellom anna vil kompetanse til kirurgar og anna fagpersonell vere viktig å utvikle for stadig å kunne tilby eit godt helsetilbod. Målingar som

kartlegg kompetanse vil difor vere aktuelle. Her er det viktig å gjere både innsatsmålingar og resultatmålingar. Det er ikkje nok å delta på kurs dersom læringsutbyttet er fråverande.

6.6.5 Målingar i det finansielle perspektivet

Effektiv ressursbruk sørgjer for at samfunnet får mest mogleg att for dei midlane ein bruker på helse. Ein må difor gjere målingar som sikrar at prisen per behandling ikkje er for høg. Som med målingar innan kvalitet, vil det her vere fornuftig å sjå på relative tal. At eit liggedøger kostar 10 000 for eit sjukehus kan høyrest mykje ut isolert sett. Om kostnadane i ei tilsvarande avdeling er 20 000, kan ein seie at det er lite. Likevel kan det her vere forhold som gjer at kvaliteten i den dyraste avdelinga er mykje betre. Difor bør ein ikkje ha eit einssidig fokus på økonomi, men balansere mellom ulike perspektiv, nett slik den balanseerte målstyringa legg opp til.

6.6.6 Delkonklusjon

Å lage målingar basert på tankegangen bak balansert målstyring er fullt mogleg for Helse Vest. Målingar som fokuserer på å kontrollere realisasjon av strategien trur eg vil gi ei betre styring enn dagens løysing, der budsjettet har hovudfokus og der ein brukar nasjonale målingar for å styre lokale strategiar. For å lage korrekte målingar, er ein avhengig av ein grundigare prosess enn den eg har brukt for å lage desse døma. Ved å hente informasjon frå ulike kjelder, og setje saman eit team som har hovudansvar for å leggje til rette for balansert målstyring, vil ein kunne kome fram til målingar som gir eit realistisk bilete av organisasjonen, og som bidreg til å realisere strategien.

7 Konklusjon

7.1 Oppsummering

Eg har i denne oppgåva sett nærare på bruk av balansert målstyring i Helse Vest RHF. Problemstillinga mi var fylgjande: *"Korleis kan balansert målstyring bidra til betre styring av Helse Vest RHF"*. For å svare på problemstillinga, presenterte eg først relevant teori om helsesektoren generelt og Helse Vest RHF spesielt, samt gav ei teoretisk innføring i balansert målstyring. Vidare presenterte eg to av dei viktigaste styringsdokumenta for Helse Vest RHF, nemleg Helse 2020 og Oppdragsdokumentet for 2008.

I analysen tok eg føre meg Helse 2020 og Oppdragsdokumentet samt anna nyttig informasjon, for å vurdere om Helse Vest RHF kan ha noko nytte av å bruke balansert målstyring. Eg såg først dei teoretiske krava til misjon, verdiar, visjon og strategi, og fann at det var enkelte avvik mellom den teorien som var presentert og innhaldet i strategidokumentet Helse 2020. Desse var likevel ikkje så store at innføring av balansert målstyring er umogleg. Vidare fann eg at det er enkelte ulikskapar mellom strategien til Helse Vest RHF og Oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er eit problem uavhengig av om ein bruker balansert målstyring eller ikkje, fordi dette i seg sjølv kan gjere det vanskeleg å implementere strategien. Eg argumenterte likevel for at balansert målstyring kan gjere det lettare å kartleggje ulikskapane, slik at ein kan finne løysingar på problemet.

Vidare drøfta eg bruk av balansert målstyring i Helse Vest innanfor tre hovudområde; målesystem, strategisk leiing og kommunikasjonsverktøy. Innanfor alle områda fann eg potensial for at Helse Vest kan hente fordelar ved å bruke balansert målstyring.

Til sist i oppgåva gav eg døme på eit strategisk kart over Helse Vest RHF, samt døme på målingar i dei ulike perspektiva. Desse døma er i stand til å vise tankegangen bak balansert målstyring, men eg har ikkje gjort så grundig forarbeid at desse kan seiast å vere korrekte. Dette ville ha vore for arbeidskrevjande innanfor rammene til denne utgreiinga.

7.2 For praksis

Denne utgreiinga synleggjer områder der Helse Vest RHF kan tene på å innføre balansert målstyring. Ei slik innføring fordrar likevel at både styret og administrasjonen ser verdien av dette rammeverket, og verkeleg ynskjer å nytte seg av det. I tillegg krev det at helseføretaket får anledning frå Helse- og omsorgsdepartementet til å prøve nye styringsformer for å skape betre styring av helsetenestene. Mellom anna må helseføretaket få anledning til å gjere sine egne prioriteringar. HOD er representert i styret, og kan påverke gjennom denne kanalen, samstundes som dei kan regulere lovgivinga for

helseføretaka. Ei innføring vil vidare krevje både tid og ressursar, og ein må vere villig til å satse dette for å hauste framtidig gevinst.

Ein skal vere varsam med å overføre erfaringar og konklusjonar i denne casestudien til andre case. Eg har berre sett på Helse Vest RHF, og har ingen kunnskap om dei andre regionale helseføretaka, og kan difor ikkje ta standpunkt til om balansert målstyring vil gi verdi også for andre helseføretak. Eg har likevel gitt lesaren eit utgangspunkt for korleis ein kan vurdere dette for andre case.

7.3 For vidare forskning

I arbeidet med denne utgreiinga, har det ikkje lukkast å finne artikkelar som er einsidig negative til balansert målstyring i offentleg sektor. Dette kan skuldast at det er forska for lite på dette emnet, og det vil vere interessant til dømes vurdere å balansert målstyring opp mot budsjett i offentleg sektor. Budsjettet har eit sterkt rotfeste i denne type organisasjonar, og det er ikkje umogleg at budsjett gir store fordelar på andre områder, til dømes som eit politisk instrument for å fordele ressursar. Desse eigenskapane kan vege opp for dei manglane seinare studiar har funne med bruk av budsjett som styringsverktøy. Balansert målstyring er ikkje meint som ei erstatning for budsjett, men som eit supplement. Det vil difor vere av interesse å undersøke samspelet mellom budsjett og balansert målstyring i offentleg sektor i Noreg. Dersom eit helseføretak eller ein annan offentleg organisasjon vel å innføre balansert målstyring, bør ein difor studere denne prosessen for å hauste erfaringar.

7.4 Kritikkk

Eg må til slutt endå ein gong presisere at eg stor grad har basert denne utgreiinga på tilgjengeleg skrifteleg materiale frå Helse Vest RHF. Der eg har kritisert uklare forhold i dette materialet, kunne eg kanskje ha fått gode svar dersom eg i tillegg til dette materialet også gjennomførte intervju på ulike nivå i organisasjonen. Omfanget av utgreiinga tillèt derimot ikkje dette. Samtidig har eg ynskt å sjå på desse styringsdokumenta frå dei tilsette si side, fordi det vert presisert at det er desse som skal realisere strategien. Å få ekstra informasjon direkte frå dei som har laga dokumenta, ville framheva dei underliggande meiningane i staden for den oppfatninga ein får av å lese dokumenta på lik linje med dei tilsette.

Eg har heller ikkje hatt stort fokus på dei økonomiske krava som helsesektoren står overfor, der ein får følelse av at budsjettbalanse er hovudprioritet. Dette er også eit bevisst val, fordi eg heller har fokusert på lovmessige krav som går meir på ikkje-finansielle faktorar. Eg har i tillegg hatt eit meir langsiktig syn på sektoren. I dag vert lovgivinga broten til fordel for budsjettbalanse, i staden for å jobbe for å utføre lovpålagde oppgåver på ein effektiv og god måte.

Å innføre Balansert målstyring vil krevje at ein frå politisk hald får aksept for å realisere strategien, framfor å følgje oppdragsdokumenta. Dette kan føre til at ein går utover dei tildelte rammene, spesielt i ein startfase. Situasjonen i dag er at ein krev budsjettbalanse før ein får sette i verk større tiltak som kan gjere strategirealiseringa enklare. Paradokset i dette, er at mange av dei større tiltaka vil gjere sjukehusa meir effektive og dermed mindre ressurskrevjande. Med andre ord krev ein at frukta skal haustast før frøa vert sådde.

8 Referansar

Artiklar

Aidemark L.G. (2001): "The meaning of balanced scorecards in the health care organization" *Financial Accountability & Management*, 17(1), s. 23 – 40.

Befring, A. (2004): "Styring av helsevesenet ved lovgivning", *Tidsskrift Norske Lægeforening* nr. 19- 124 s. 2509.

Charan R. & Colvin G. (1999): "Why CEOs Fail", *Fortune*, 139 (12), s. 68-78

Fonvielle W. & Carr L.P. (2001): "Gaining Strategic Alignment: Making Scorecards Work", *Management Accounting Quarterly*, Fall, s. 4-14.

Grund J. (2007): "Styring og ledelsesutfordringer i Norske sykehus", *Civitas nyhetsbrev* [Internett], 1.juni. Tilgjengelig fra: <<http://www.civita.no/tema/velferdsreformer/styring-og-ledelsesutfordringer-i-norske-sykehus>> [Nedlasta 20.01.08]

Hope, J. & Fraser, R. (2003): "Who needs budgets?", *Harvard Business Review*, Februar, s. 108 – 114.

Kaplan R. & Norton D. (1992): "The Balanced Scorecard: Measures that drive performance" *Harvard Business Review*, Januar-Februar, s. 71-79.

Kaplan R. & Norton D. (1996a): "Using the Balanced Scorecard as a strategic management system", *Harvard business review*, Januar/februar, vol 74 (1), s. 75 – 85.

Kaplan R. & Norton D. (2000): "Having trouble with your strategy? Then map it", *Harvard Business Review*, sept-okt, vol. 78, s. 167 – 176.

Kaplan R. & Norton D. (2001): "Transforming the Balance Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I.", *Accounting Horizons*. Vol 15 (1) mars, s. 87 – 104.

Kaplan R. (2001): "*Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations*", *Nonprofit management & leadership*, 11(3), s. 365 – 370.

Malmi T. (2001): "Balanced Scorecards in Finnish Companies: A Research Note" *Management Accounting Research*, Vol. 12 (2), s. 207 - 220

Mintzberg H. (1994): "The fall and the Rise of Strategic Planning", *Harvard Business Review*, jan-feb, s. 107-114

Nørreklit H. (2000): "The balance on the balanced scorecard – a critical analysis of some of its assumptions", *Management Accounting Research*, vol. 11, mars, s. 65 – 88.

Olson O. (1990): "*Quality of the programme concept in municipal budgeting*", *Scandinavian Journal of management*, 13 – 29."

Taub S. (11.09.2002): "Dazed and Confused"[Internett],US, CFO.com, Tilgjengelig frå: <<http://cfo.com/article.cfm/3006378?f=search>> [Nedlasta 20.02.08]

Wallander, J. (1999): "Budgeting – an unnecessary evil?", *Scandinavian Journal of Management*, vol 15, s. 405 – 421.

Bøker, utgreiingar og førelesingsnotat

Bogsnes B. (2007): Gjesteforelesing, BUS 420 Strategisk økonomistyring

Drucker P.F. (1990): "Managing the Non-profit Organization". Oxford, Butterworth-Heinemann

Grund J. (2006) "Sykehusledelse og helsepolitikk – Dilemmaenes tyranni", Oslo, Universitetsforlaget

Høgheim, S. (2007): Forelesingsnotat. BUS 435 Regnskap og Budsjettering I offentlige organisasjoner.

Kaplan R. and Norton D. (1996b): "The balanced Scorecard", Boston Massachusetts, Harvard business school press

Nerland S.M. (2007): "Effekter av sykehusreformen : fire essay om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene", Ph. D thesis, Institutt for helseledelse og helseøkonomi UiO

Niven P.R. (2003): "Balanced Scorecard – Step-by-step for Government and Nonprofit Agencies", 1. utg. New jersey, John Wiley & Sons Inc.

Niven P.R. (2006): "Balanced Scorecard – Step-by-step. Maximizing performance and maintaining results" 2.utg. New Jersey, John Wiley & Sons Inc.

Niven P.R. (2008): "Balanced Scorecard – Step-by-step for Government and Nonprofit Agencies" 2. utg. New jersey, John Wiley & Sons Inc.

Nyland K. og Østergren K. (2007): "Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar", Bergen, Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

Robbins S.P. and Judge T.A. (2007): "Organizational behavior", New Jersey, Pearson Education, Inc.

Sando, M. K og Andersen, T.K. (2007): "Budsjett som styringsverktøy", Akademisk avhandling, NHH

Saunders M., Lewis P., Thornhill A. (2007): "Research Methods for Business Students" 4. Utg, Essex, Pearson Education Limited

Yin R.K. (1984): "Case Study Research: Design and Method" vol. 5, London, Sage

Stortingsmeldingar, odelstingsproposisjonar og offentlege utgreiingar

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008) " Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak" NOU 2008: 2. Oslo, Departementets servicesenter Informasjonsforvaltningen.

Sosial- og helsedepartementet. (1996) "Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering" St.meld. nr. 44 (1995-1996). Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet. (2001) "Om lov om helseforetak m.m." Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Lover

Helseforetakslova (2001): Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Helsepersonellova (1999): Lov om helsepersonell m. v. av 2. Juli 1999 nr 64. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Helseregisterlova (2001): Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger av 18. mai 2001 nr. 24. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten(1984): Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Pasientrettighetslova (1999): Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Psykisk helsevernlov (1999): Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 02. juli 1999 nr. 62. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Smittevernlova (1994): Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5. august 1994 nr. 55. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Spesialisthelsetjenestelova (1999): Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02. juli nr. 61. Tilgjengelig frå: <www.lovdatab.no>

Internett sider:

Helse Bergen (2008): "Strategiplan for Helse Bergen HF 2008 – 2012", Tilgjengelig frå: <http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/dokumenter/dokumenter.htm> [Nedlasta 15.06.08]

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). "Redegjørelse om sykehusøkonomien i Stortinget 26.02.08" [Internett] Tilgjengelig frå: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Om-departementet/helse--og-omsorgsminister-sylvia-brustad/taler_artikler/2008/redegjorelse-om-sykehusokonomien-i-stort.html?id=501724> [Nedlasta 10.06.08]

Statistisk sentralbyrå (01.01.08) "Folkemengde ved årsskiftet, beregnet" [Internett]. Tilgjengelig frå: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=folkber> [Nedlasta 10.06.08]

Pasientombudet (07.03.08) "Pasientombudene i Norge" [Internett]. Tilgjengelig frå: <http://www.shdir.no/pasientombudet/pasientombudene_i_norge_140344> [Nedlasta 10.06.08]

Helse Vest (22.05.08) "Helseregionen i vest" [Internett]. Tilgjengelig frå: <<http://www.helse-vest.no/sw1140.asp>> [Nedlasta 22.05.08]

Helse Vest (29.05.08) "Ordforklaringer" [Internett]. Tilgjengelig frå: <<http://www.helse-bergen.no/media/ordforklaringer/ordforklaringer.htm>> [Nedlasta 03.06.08]

Dagsaviser

Dagens næringsliv (2008a) "- Jobber i Norge for å få 'rolige dager'", DN 21.05.08, Tilgjengelig frå: <<http://www.dn.no/forsiden/politikkSamfunn/article1406645.ece>>

Dagens næringsliv (2008b) "- Ufattelig mye sløsing", DN 26.05.08. Tilgjengelig frå: <<http://www.dn.no/forsiden/politikkSamfunn/article1410015.ece>>

Eilertsen, T. (2008) "Bitter kamp om helsekroner", Bergens Tidende 26.05.08. Tilgjengelig frå: <<http://www.bt.no/meninger/kommentar/eilertsen/article570066.ece>> [Nedlasta 26.05.08]

Johnsen, H. (2008) "Kjell Opseth trekkjer seg", Firda 03.02.08. Tilgjengeleg frå: <<http://www.firda.no/nyhende/helse/article3324748.ece>> [Nedlasta 03.02.08]

Spence, T. (2008) "Pasienter i vest må vente lengst", Bergens Tidende 13.06.08. Tilgjengelig frå: <<http://www.bt.no/lokalt/bergen/article582015.ece>> [Nedlasta 13.06.08]

Andre kjelder

Helse- og omsorgsdepartementet (2008): "Oppdragsdokument 2008 Helse Vest RHF" Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet

Helse Vest RHF (2003): "Overordna foretaksplan for Helse Vest 2004 - 2008" [Internett] Stavanger, Helse Vest RHF. [Nedlasta 12.01.08] (ikkje lenger tilgjengeleg på Internett).

Helse Vest RHF (2006): "Frå strategi til handling – forprosjekt: rammer for kvalitetsarbeid i Helse Vest" Stavanger, Helse Vest RHF

Helse Vest RHF (2008): "Styresak 007/08B dato: 06.02.08"

Helse Vest RHF (2008): "Styringsdokument for helseføretaka i Helse Vest RHF 2008" Stavanger, Helse Vest RHF

Standard Norge (2006): Systemer for kvalitetsstyring: grunntrekk og terminologi (ISO 9000:2005) Oslo, Standard Norge.