



Silje Naustvik

Har det betydning hvem som styrer sykehusene?

En studie av forskjellene i rød og blå sykehuspolitikk.

Masteroppgave i Styring og ledelse

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo 2016

Forord

Valget av tema for denne oppgaven kommer fra en fasinasjon for politiske prosesser og hvordan politiske prioriteringer påvirker utviklingen av samfunnet. Jeg jobber selv som sykepleier og har i tillegg hatt ulike roller i både partipolitikk og fagbevegelsen. Det har derfor vært spennende å kunne se nærmere på om det faktisk er forskjell på om vi har en rød eller blå regjering, og hvordan dette eventuelt påvirker utviklingen av sykehusene.

Det viser seg å være forskjell, men forskjellen må sies å være ganske liten. Funnene mine kan på noen måter overraske, på andre måter er det kanskje ikke annet å forvente i det stabile og konsensuspregede norske politiske landskapet.

Proessen med å skrive oppgaven har vært spennende, utfordrende og til tider ganske så frustrerende. Jeg har hele tiden kunne lene meg på kloke og gode innspill fra min dyktige veileder Mary Ann Stamsø, men også fra gode venner og kollegaer med god kunnskap om styring av sykehus. Tusen takk alle sammen.

Masteroppgaven markerer også slutten på noen spennende og utfordrende år ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det har vært lærerikt – og til tider ganske slitsomt.

Tusen takk også til min fine mann og nydelige datter for all støtte og oppmuntring gjennom årene med masterstudier. Endelig i boks!

Sammendrag

Tema for denne masteroppgaven er sykehuspolitikk og styring av sykehus.

Masteroppgaven søker å finne svar på om det har betydning hvem som styrer sykehusene, og om det er forskjell på rød og blå sykehuspolitikk. Oppgaven tar også for seg de ansattes perspektiv på ulikheter i styring, spesielt knyttet opp til tidstyver og unødvendig administrasjon i egen arbeidshverdag.

Gjennom dokumentanalyse av oppdragsdokumenter og kvalitative intervjuer med fem helsearbeidere nærmest pasienten vil jeg gjennom oppgaven belyse de forskjellene som regjeringer med ulik ideologisk forankring representerer for styringen av sykehusene og for det arbeidet helsepersonell utfører.

Oppgaven finner at det er en viss forskjell på hvilket politisk parti som styrer sykehusene, og både oppdragsdokumenter og sykehusstyrene er betydelig endret etter regjeringsskiftet i 2013. Til tross for dette, utgjør ikke denne forskjellen noen vesentlig endring for styringen av sykehusene og for helsepersonell i praksis.

Hovedprioriteringene i oppdragsdokumentene er så godt som uforandret i årene 2011-2016, men oppbygningen av dokumentet er endret fra å være omfattende og detaljrikt, til et mer konsist målstyringsverktøy. Den største forskjellen viser seg i ventetidene, som har hatt en betydelig nedgang siden 2014.

For helsepersonell nærmest pasienten er hverdagen uforandret. Opplevelsen av tidspress og unødvendig administrasjon er økende fra år til år, uavhengig av regjeringskonstellasjon. Deres betraktninger om ulikheter i rød og blå sykehuspolitikk er først og fremst knyttet til private aktører og en antagelse om at det vil være mer bruk av private med en blåblå regjering.

Oppgaven identifiserer en utfordring knyttet til valgt styringsmodell (foretaksmodellen) og politisk styring av sykehusene. Dette representerer et styringspolitisk dilemma, hvor den politiske styringen vanskeliggjøres av en foretaksmodell hvor politikerne skal holde seg på en ”armlengdes avstand”.

Abstract

The theme of this master thesis is differences in right and left winged hospital governance and management. The aim of the study is to gain a better understanding about how politics influence hospital governance and management, and if there is a difference in left and right winged hospital policy. Particularly looking at how this influence the daily work of health care professionals.

Through analysis of the commissioners document and qualitative interviews with five health care professionals who work directly with patients, this study present analysis on the differences that governments with different ideological viewpoints represent in regards of hospital governance and management and for the health care professionals.

The study found differences in both the commissioners document and the hospital boards after the change of government in 2013. Despite this, the differences do not seem to affect the hospital management and the daily work of the health personnel in any significant way.

There are minimal changes to the main priorities in the commissioners document from 2011-2016. The document has changed form, and has gone from a comprehensive and detailed document, to a document with clear “management by objective” profile. The most significant difference is the decrease in latency for patients receiving health services, which has experienced a significant decline since 2014.

This study suggest that health care professionals do not notice any difference in their work situation. Stress and unnecessary bureaucracy is increasing every year, regardless of the government constellation. Their perspective of the differences in left and right winged hospital policy is linked to the use of private contractors, and a belief that a right winged government would open up for more private providers.

One of the findings in this study is that the chosen model, with the hospitals being organized in the form of trusts, challenges the political management of the hospitals, and potentially complicates it. Thus representing a dilemma, where the political management is being impeded because of the hospital structure; a structure inspired by a corporate model that require the politicians to keep at “arms length”.

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Abstract	IV
Innholdsfortegnelse	V
Vedlegg :.....	VI
1.0 Innledning - oppgavens tema og problemstilling	1
1.1 Valg av tema og problemstilling	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	1
2.0 Teori	3
2.1 Fra New Public Management til helseforetaksreform	3
2.2 Helseforetakenes styringsstruktur	6
2.3 Eierstyring	7
2.4 Bestillerstyring	8
2.5 Myndighetsstyring.....	8
2.6 Politisk styring	9
2.7 Styresammensetning.....	10
3.0 Metode	13
3.1 Dokumentanalyse	13
3.2 Semistrukturerte samtaleintervju.....	15
3.3 Utvalg og reliabilitet	16
3.4 Analyse og koding av intervjuene	17
3.5 Validitet.....	17
4.0 Analyse	19
4.1 Politisk styring	19
4.4 Demokratisk styring eller byråkratisk styring?.....	21
4.1.1 Helseutgifter.....	23
4.2 Unødvendig administrasjon og tidstyver	25
4.3 Oppdragsdokumentene: Fra detaljstyring til målstyring.....	31
4.5 Kjøp av private helsetjenester.....	34
4.6 Ventetider.....	38
5.0 Oppsummering og konklusjon	41
5.1 Svar på problemstilling og forskningsspørsmål.....	41
5.2 Tanker videre – videre undersøkelser	43
Litteraturliste	45

Vedlegg:

Vedlegg 1: Skjematisk oversikt, Oppdragsdokumentene 2011-2016.

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i intervju.

Vedlegg 3: Intervjuguide.

Tabelliste:

Tabell 1: Antall spørsmål og interpellasjoner om sykehuspolitikk, 2011-2016.

Tabell 2: Helseutgifter og totale investeringer til helseformål, 2011 – 2015.

Tabell 3: Helsepersonell om tidspress og ulike regjeringskonstellasjoner.

Tabell 4: Andel ukesarbeidstid for leger og hvem som sitter i regjering, 1994-2012.

Tabell 5: Oppgaver som tar tid fra pasienten, sykepleier.

Tabell 6: Antall sider og krav/mål i oppdragsdokumentet fra HOD til Helse Sør-Øst, 2011-2016.

Tabell 7: Kostander til private aktører i spesialisthelsetjenesten, 2008 – 2014.

Tabell 8: Ventetider i spesialisthelsetjenesten, 2011 – 2015.

1.0 Innledning - oppgavens tema og problemstilling

1.1 Valg av tema og problemstilling

For de som jobber ved norske sykehus går hverdagen sin vante gang, pasienter kommer og går. Arbeidsoppgavene skal løses uansett hvem som sitter i regjering eller hvilken politisk farge regjeringen har. Kravet til økt effektivitet, samt bedre og raskere pasientbehandling ser ut til å være det samme. Så er det egentlig forskjell på hvem som styrer sykehusene?

I valgkampen før Stortingsvalget i 2013 var helsevesenet et viktig tema. Etter åtte år med rødgrønn regjering mente mange tiden var inne for et skifte. Høyre flagget helse og sykehus som en viktig valgkampsak; De ville endre helsevesenet til å fokusere på pasienten. Bent Høye (da leder av Stortingets helse og omsorgskomite, nå Helseminister), skriver i artikkelen ”Et helsevesen med rygg til å bære” (Jarlsberg, 05.09.2013): ” Hvordan vi styrer de offentlige sykehusene er avgjørende for hva slags helsetjeneste vi ønsker ...”, videre skriver han ”Arven etter åtte år med rødgrønn regjering er mer byråkrati i sykehusene og lengre helsekø”. Høyres forslag til løsning er ifølge samme leserinnlegg at ” Pasientene må komme først og leger, sykepleiere og helsearbeidere må få bruke mest mulig av tiden sin på pasientene. Derfor vil Høyre redusere byråkratiet, løfte og koordinere IKT-satsingen nasjonalt og gi de lokale helseforetakene mer makt”.

Bent Høie mener at det er avgjørende hvem som styrer helsetjenestene. Men er det i virkeligheten forskjell på hvordan en rød og en blå regjering styrer sykehusene? Og merker helsepersonell forskjell på hvem som sitter i regjering?

Med dette som bakgrunn har jeg formulert en problemstilling og to forskningsspørsmål som oppgaven søker å finne svar på.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Rød eller blå sykehuspolitikk – har det betydning hvem som styrer sykehusene?

Forskningsspørsmål

- Representerer en ny regjering endringer i styringen av norske sykehus – i så fall hvilken?
- Kan tidstyver og unødvendig administrasjon sykehusene kobles til hvem som sitter i regjering, og i så fall, på hvilken måte påvirker dette helsepersonells arbeidshverdag?

Sykehuspolitikk er et omfattende tema, og det er mange mulige innfallsvinkler for å finne et svar på oppgavens problemstilling. Norsk sykehuspolitikk er formet gjennom tiår med ulike regjeringer og offentlige reformer. For å rydde i begreper og forsøke å sette oppgaven inn i en kontekst velger jeg å se på temaet i lys av endringer som har skjedd som følge av helseforetaksreformen og New Public Management (NPM) sitt inntog i offentlig sektor. I tillegg vil jeg forsøke å få et lite innblikk i de ansattes tanker rundt betydning av hvem som styrer sykehusene, dette knytter jeg opp mot byråkrati og tidstyver. For å begrense oppgaven er styring av sykehusene og de ansatte hovedfokus i oppgaven.

Oppgaven er delt inn i tre hoveddeler. Første delen bruker jeg til å redegjøre for innføringen av helseforetaksreformen, helseforetakenes styringsstruktur, samt New Public Management og sammensetningen av sykehusstyrene. I andre delen redegjør jeg for valgt metode, og oppgavens validitet og reliabilitet. Oppgavens tredje del er viet til mine funn og analyse av disse i lys av aktuell teori. Til slutt vil jeg ha en kort oppsummering og komme med noen tanker knyttet til videre undersøkelser.

2.0 Teori

Under teorikapittelet vil jeg presentere aktuell teori knyttet til styring av sykehus.

2.1 Fra New Public Management til helseforetaksreform

New Public Management (heretter kalt NPM) er en samlebetegnelse på et sett med styringsprinsipper og organisatoriske virkemidler. Det er Christopher Hood som krediteres for å ha introdusert betegnelsen New Public Management. Hood beskriver i sin artikkel ”A Public management for all Seasons” (1991) begrepet som et sett med administrative doktriner, som har befestet seg som en sterk internasjonal trend på 80-tallet. Det ble tatt til ordet for at offentlig sektor hadde blitt ineffektiv og tungrodd, målet med reformene har vært å øke effektiviteten og produktiviteten i offentlig sektor ved å innføre ulike former for markedsorienterte styringsmekanismer. En mer markedsbasert styring av offentlig sektor skulle sikre bedre ressursutnyttelse av fellesskapets ressurser.

NPM i offentlig sektor har vært debattert lenge som det har hatt en merkelapp, og har fått både skylden og æren for utviklingen i offentlig sektor. Christopher Hood og Ruth Dixon kom i 2015 med en bok hvor de systematisk analyserer hva som faktisk har skjedd de siste 30 årene med NPM i Storbritannia. De spør seg om NPM virkelig har skapt en offentlig forvaltning som er bedre og koster mindre, slik intensjonen er. Det enkle svaret er i følge dem: Nei, det har derimot ført til ”higher costs and more complains”. De peker allikevel på at bilde er nyansert, og at hverken de som hater, ei de som elsker NPM kan sies å ha rett. Uansett hva man mener om NPM, det er ingen tvil om at det har påvirket offentlig sektor i hele den vestlige og anglosaksiske verden i over 30 år. Norge er intet unntak, og helseforetaksreformen er en reform tydelig inspirert av NPM.

New Zealand var blant de første som iverksatt omfattende reformer i offentlig sektor i tråd med NPM. Landet var på begynnelsen av 80-tallet preget av dårlig økonomi og store underskudd på de offentlige budsjettene. Reformene som ble iverksatt på New Zealand var så omfattende at det vakte internasjonal oppmerksomhet (Stamsø, 2009). Myndighetene satte i verk en rekke reformer og gjennomførte privatisering, omfattende skattereformer og avregulering av finansmarkedet. Reformene ble sett på

som radikale, også fordi de ble iverksatt av New Zealands Arbeiderparti etter valget i 1984. En situasjon med lav produktivitet, store problemer innen penge- og finanspolitikken og det som av mange ble beskrevet som en for sterk statlig tilstedeværelse i den produktive delen av økonomien gjorde at noe måtte gjøres (Aberbach og Christensen 2001). Løsningen ble omfattende reformer som tok sikte på å privatisere, fristille og redusere statens rolle. Også helsesektoren ble reformert, sykehusene ble delt inn i sektorer hvor styrene hadde ansvar for innbyggerne "sine", helsedepartementet fortsatte som ansvarlig for primærhelsetjenesten og landsdekkende spesialistfunksjoner. Det ble også innført en type bestiller - utfører modell for sykehusene, som skulle bestille tjenester som ble finansiert fra regjeringen sentralt. Senere har det vært flere endringer i organiseringen av sykehusene på New Zealand, i 1993 ble sykehusene omgjort til aksjeselskaper og organisert som foretak, ikke ulikt foretaksmodellen som senere ble innført i Norge (DeFacto, For Velferdsstaten, 2009).

NPM har også blitt satt i sammenheng med en generell høyredreining og oppveksten av "nye-høyre". Dette kan dog ikke sies å være en fullgod analyse, all den tid også de sosialdemokratiske partiene omfavnet reformbølgen. Som for eksempel reformene som ble innført på New Zealand på midten av 80-tallet. I Norge var det regjeringen Stoltenberg som forslo innføringen av helseforetaksmodellen, en av de største NPM-reformene som er implementert i Norge. NPM kan derfor ikke hevdes å være et høyreprosjekt, men mer en generell reformutvikling. NPM er ikke en formel med presist innhold, til tross for at den er brukt som en forvaltningspolitisk doktrine for reformer i offentlig sektor (Grund, 2006, 79). Hva som tolkes inn i det har vært ulikt. Og i Norge spesielt, har vi brukt de elementene av NPM som har passet, og tilpasset det den norske virkeligheten. NPM ble sagt å være et "all purpose garment", et universalt rammeverk for offentlig styring. Et rammeverk som kunne brukes i mange ulike settinger som for eksempel av ulike organisasjoner, politikkområder, ulike nivåer innen det offentlige og ulike land. NPM ble også hevdet å være politisk nøytralt. I den forstand at ulike verdier kan inkorporeres og iverksettes ved bruk av NPM som rammeverk (Hood:1991:8).

NPM kjennetegnes av bruk av en rekke ulike virkemidler:

- strategisk mål og resultatstyring
- desentralisering og rammebudsjettering
- kundeorientering og brukerundersøkelser
- privatisering og konkurranseutsetting
- fristilling og bestiller-utførermodeller (strukturell fristilling: foretaksmodell)
- kvalitet og serviceerklæringer
- ledelse og myndiggjøring

(Hood: 1991)

Også i Norge har NPM en betydelig innflytelse på reformer i offentlig sektor gjennom 80, 90 og 2000 tallet. De store reformene ble iverksatt senere i Norge enn resten av den vestlige verden og i noe modifiserte former. Det ble sagt at Norge var en nølende reformator (Olsen, 1996: Grund, 2006). Men utover 90 og 2000 tallet ble NPM-inspirerte reformer iverksatt i stor stil også i Norge. For eksempel Posten, Televerket, Jernbaneverket og sykehusene.

Å skille sykehusene fra den offentlige forvaltningen gjennom å opprette egne foretak og en tydelig klargjøring av statens roller viser at sykehusreformen er et reform direkte inspirert av NPM (Stigen 2005, 20).

Stigen (2005) peker på tre avgjørende begrunnelser for sykehusreformen. Strukturelle trekk, organisatoriske effekter og effekter for pasientene. Kritikken handlet om uklare ansvarsforhold mellom stat og fylkeskommune og sviktende legitimitet for fylkeskommunen som sykehuseier. I tillegg gjorde endringer i det medisinske tilbudet og demografi det utfordrende å sørge for tilstrekkelig kostnadskontroll samtidig som man ikke klarte å møte den økende etterspørselen etter helsetjenester. Dette førte til utfordringer knyttet til kvalitet, tilgjengelighet og ulikheter sykehusene i mellom. Stadige budsjettoverskridelser, store ulikheter mellom sykehusene, lange køer og overbelegg var noen av utfordringene som helsepolitikkerne stod ovenfor i sykehussektoren ved inngangen til 2000 tallet. I Ot.prp.nr 66 (Om lov om Helseforetak m.m) er en helsetjeneste som er bedre sett fra pasientens ståsted reformens primære begrunnelse. For å få til disse grunnleggende endringene var sterkere styring og kontroll påkrevd, og NPM var medisinen som passet diagnosen.

Allerede før innføringen av sykehusreformen i 2001 var det gjort flere grep for å effektivisere sykehusene. I 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) introdusert, omleggingen gjorde at sykehusene nå fikk refundert deler av utgiftene basert på et system med diagnoserelaterte grupper (Ot.prp.66, 2000-2001).

Det var regjeringen Stoltenberg som la frem forslaget om at staten skulle overta eieransvaret for sykehusene fra fylkeskommunen 6.juni 2001. Forslaget fikk flertall i Stortinget med stemmene til representantene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet (ot.prp nr.66, Innst. O. Nr. 118, Besl.O. nr 123, 2000-2001). Det går knappe 13 måneder fra Arbeiderpartiet sitt landsmøte vedtar at staten skal overta eieransvaret for sykehusene til reformen iverksettes. En usedvanlig rask reformprosess, som allikevel hadde vært forventet en stund (Herfindal, 2008). Det var dermed 105 av Stortingets 165 representanter som stod bak vedtaket, hvorav 43 av disse fra det sosialdemokratiske Arbeiderpartiet.

2.2 Helseforetakenes styringsstruktur

Sykehusreformen la opp til to hovedgrep: statens overtakelse av eieransvaret for virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten og foretaksorganisering av virksomhetene (Ot.prp.nr.66). Spesialisthelsetjenesten ble organisert i regionale helseforetak, de regionale helseforetakene har ansvaret for alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i en region. De regionale helseforetakene er per i dag delt inn i 4 ulike helseregioner: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord. Helse Sør-Øst var tidligere to regioner, Sør og Øst, men ble slått sammen til en region i 2007. I tillegg til å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen, skal helseregionene levere tjenester innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende (jmf. paragraf 1 og 2a i Lov om Helseforetak).

Inndelingen i regionale helseforetak er viktig for styringen av helseforetakene. På den måten sørger man for et skille mellom statens rolle som eier av spesialisthelsetjenestene og statens rolle knyttet til de tjenestene spesialisthelsetjenesten skal yte. Det er de regionale helseforetakene som forvalter det statlige eierskapet, ikke staten på nasjonalt nivå (Grund, 2006, 210).

Helsedepartementet er øverste ansvarlige myndighet for den nasjonale helsepolitikken, og er i tillegg eier- og bestiller til de regionale helseforetakene.

Begrepet styring kan defineres på ulike måter, jeg forstår styring som definert av Åge Johnsen (2007, s. 78) : ”hvordan politikk og administrasjon virker sammen på organisering og virkninger av offentlige tjenester”.

Staten utøver styring gjennom tre typer styring (Stigen, 2005, 31):

- Eierstyring: Vedtekter, sammensetning av styret, økonomiske og organisatoriske styringskrav. Kravene legges frem for de regionale helseforetakene på foretaksmøtene.
- Bestillerstyring: Gjennom det årlige oppdragsdokumentet fra Helse og Omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene gis den formelle tildelingen av ressurser og krav til oppgaver som skal utføres kommende år.
- Myndighetsstyring: Treffer vedtak gjennom lov og forskrift, og når departementets myndighetsavdelinger og direktorat bruker virkemidler av økonomisk, faglig normerende eller strukturell karakter.

2.3 Eierstyring

Eierstyringen foregår i form av foretaksmøter. Foretaksmøtene er regulert i kapittel 5 av Lov om Helseforetak. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ, her settes mål og rammer for virksomheten. I helseforetaksloven (§16) reguleres det at det skal avholdes foretaksmøte i løpet av de to første av årets måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer. Fra 2011 til 2015 har det i Helse Sør-Øst blitt av holdt mellom fire og ti foretaksmøter i året. I 2013 ble det kun avholdt fire foretaksmøter, mens det i 2015 ble avholdt hele ti foretaksmøter. Det høye antallet foretaksmøter i Helse Sør-Øst for 2015 kan forklares med salg av eiendom, samt opprettelse av et nytt senter for protonterapi. Lov om Helseforetak § 30 regulerer at foretaksmøtet skal treffe vedtak i saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller som antas å prinsipiell karakter. Nedleggelse av sykehus, salg av eiendom eller omfattende endringer av tjenestetilbudet er slike saker. Ti foretaksmøter må sies å være et høyt antall, og viser en sterk styring av helseforetakene. Opedal (2005, s 97) skriver om forskjeller i statens bruks av

foretaksmøter i helseforetakene sammenlignet med andre helt eller delvis statseide selskaper. Han peker på at statsråden svært sjeldent bruker foretaksmøtet som styringsredskap i næringssektoren og at staten i stedet har valgt en tilbaketrukket styringsprofil. Helseforetakene er derimot under sterk styring, gjennom lover, forskrifter, oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Men også gjennom at helseministeren griper direkte inn i saker, eller at politikere på andre måter påvirker helseforetakenes beslutninger. Dette kommer jeg nærmere inn på under kapitlet om politisk styring.

2.4 Bestillerstyring

Oppdragsdokumentene fra Helse og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene gis normalt ut en gang per år, etter at statsbudsjettet er behandlet i stortinget. Oppdragsdokumentet er bestillingen fra departementet til de regionale helseforetakene hva gjelder oppgaver som skal gjøres påfølgende år, strategiske resultatkrav og budsjetttrammer. Kravene i oppdragsdokumentet er innenfor de regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar”, i tillegg til signaler om prioriteringer, samt dimensjoner av utdanning av helsepersonell.

2.5 Myndighetsstyring

Myndighetsstyring omfatter styring ved hjelp av lov og forskrift, samt virkemidler som er strukturelle, normerende eller økonomiske. For de regionale helseforetakene er finansieringen i hovedsak todelt, den består av 50 prosent rammefinansiering og 50 prosent aktivitetsbasert finansiert. Dette ble endret med regjeringsskiftet i 2013, tidligere var fordelingen 60 prosent rammefinansiering og 40 prosent aktivitetsbasert bevilgning. Dette innebærer mer mål og resultatstyring, da andelen rammefinansiering går ned og foretakene avhenger i enda større grad av den aktivitetsbaserte andelen av bevilgningen. Den aktivitetsbaserte bevilgningen avhenger av utført aktivitet. Det vanligste aktivitetsbaserte tilskuddet er innsatsstyrt finansiering (ISF), dette har vært en del av finansieringssystemet siden 1997. ISF bygger på diagnoserelaterte grupper (DRG) som er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper. I tillegg til ISF består det aktivitetsbaserte tilskuddet av polikliniske konsultasjoner, gjestepasientinntekter, selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgen tjenester. Samlet utbetaling av de

aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet og departementet vet derfor ikke på forhånd hvor stor utbetalingen blir. Ordningen med ISF-finansiering omfatter somatiske pasienter som behandles som dagpasienter eller innlegges på offentlige eller private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene. I tillegg omfatter det kjøp av dagkirurgi hos private aktører med avtale¹.

2.6 Politisk styring

Innføringen av helseforetaksmodellen representerte i manges øyne en avpolitisering av sykehusene. Ved å gå fra fylkestingsnivå til stortingsnivå, fikk politikere på fylkes- og kommunenivå mer en type tilskuerrolle enn tidligere. Det er politikerne på Stortinget som nå innehar den politiske makten over spesialisthelsetjenesten, en makt som med foretaksmodellen som utgangspunkt skulle tilsi politikere som engasjerer seg på et overordnet helsepolitisk nivå, mens foretaksledelsen og sykehusstyret tar seg av den daglige driften og detaljene. Det var ikke i premisset til reformen at den skulle avpolitiseres sykehuspolitikken, snarere tvert i mot. I begrunnelsen til Ot.prp. nr 66 trekkes det frem at helsesektoren også i fremtiden skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale helsepolitiske mål. I proposisjonen er det formulert slik: ”Dette lovforslaget gir grunnlag for en sterkere statlig styring gjennom at både eierskap, myndighetsrolle og finansieringsansvar plasseres på en hånd. Denne styringsposisjonen skal brukes til å sikre at helsetjenesten i fremtiden utvikler seg i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål” (Ot.prp.nr.66 s). Men modellen som er valgt for sykehusene forutsetter en utstrakt delegasjon av myndighet til helseforetakene og tilsvarende tilbakeholdenhet fra politikerne. Det er allikevel med en grad av tvetydighet (Opedal og Rommetvedt, 2005, 64). Balansegangen går i skjæringspunktet mellom overordnede politiske føringer og politikernes ønske om å detaljstyre denne viktige sektoren. Balansen mellom den overordnede politiske føringen og foretakenes autonomi ligger i rolle og ansvarsfordelingen mellom staten og sykehusene. Staten bestiller tjenestene, utøver myndighet og eier sykehusene, mens de regionale helseforetakene skal forvalte eierskapet og sørge for at bestillingen fra staten gjennomføres.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>

2.7 Styresammensetning

Et foretak ledes av et styret og en daglig leder. Helseforetakstyrene har en viktig rolle i styringen av helseforetakene. Styrets oppgaver reguleres i paragraf 28 i Helseforetaksloven og omfatter blant annet å fastsette budsjett og planer for virksomheten, samt at virksomheten drives i samsvar med nedfelte mål gjennom foretakets vedtekter, vedtatte planer, budsjetter og vedtak truffet av foretaksmøtet. Styrets sammensetning er endret ved to anledninger fra helseforetaksmodellen ble innført. Første gang i 2006 da den første Soria – Moria erklæringen (den første regjeringserklæringen til den rødgrønne regjeringen) fastslo at flertallet i styrene skulle ha politisk forankring fra kommunestyre, fylkesting og Sametinget. Styrene besto da av eieroppnevnte og ansattevalgte medlemmer. Oppnevningen av politikere til styrene skulle oppveie for det som ble beskrevet som et politisk underskudd etter innføringen av helseforetaksmodellen. På grunn av ordningen med politisk valgte inn i styrene fra 2006, ble styrene betydelig større og besto av inntil 16 medlemmer. I spørretimen den 30. januar 2008 begrunner daværende helseminister Sylvia Brustad (AP) oppnevningen av politikere i helseforetaksstyrene med at ”politikerne har mye kompetanse av ulike art som er viktig å tilføre disse styrene. Men disse styrene er ikke en arena for å drive politikk”, videre sier hun at: "Flere folkevalgte i foretakets styrer vil gi nærmere kontakt mellom befolkningen og de som fatter viktige beslutninger om spesialisthelsetjenesten".

I 2012 gjorde Agenda Kaupang på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet en evaluering av styrene i helseforetakene. Når det gjaldt styrenes sammensetning pekte evalueringen på fire ulike aspekter:

- Styrets størrelse: Styrene i helseforetakene, både de Regionale Helseforetakene (RHF) og Helseforetakene (HF), er store. Dette kan dog forsvares da helseforetakene har komplekse styringsutfordringer og forvalter svært store verdier på vegne av samfunnet. Det er da viktig med et styre som er sammensatt av flere interesser og aktører. Størrelsen på styre kan ikke vurderes uavhengig av de krav til kompetanse som styret skal inneha. Styrets størrelse er ikke en hindring i seg selv, men det anbefales at man på noe sikt vurderer å gå mot noe mindre styrer.

- Styrets kompetansesammensetning vurderes som god. Ordningen med at et flertall av styre skal velges etter forslag fra og blant folkevalgte, fungerer bedre enn mange fryktet. Evalueringen peker på at det bør vurderes å forenkle rekrutteringsprosessen når man skal skaffe nødvendig kompetanse.
- De ansattevalgte har en viktig plass i styrene. De anerkjennes fullt ut av både styret og administrasjonen.
- Gjennomgående styrerepresentasjon brukes fra RHFene til HFene. Det er ulike måter dette håndteres på. I Helse Sør - Øst satt to av deres konserndirektører som styreleder i HF-ene. Dette er evalueringen svært kritisk til, og anbefaler en evaluering av ordningen.

Kravet om at flertallet av styremedlemmene skal oppnevnes blant politikere ble opphevet av nåværende Helseminister Bent Høie (H). Endringen trådte i kraft i forbindelse med oppnevning av nye styrer i 2014. Begrunnelsen fra helseministeren var todelt. På en side mente han at styrene ble for store med folkevalgte representanter. På den andre siden mente han at kravet begrenset handlingsrommet til eier i forhold til å utnevne styremedlemmer med nødvendig kompetanse. Helseministeren mente allikevel at politisk kompetanse var viktig inn i styrene, men at dette skulle være uavhengig av tilhørighet til et bestemt parti. Styrets sammensetning skal baseres på behovet for styrer med bred kompetanse og erfaring som gjør de skikket til å lede sykehus.²

Dagens styre i Helse Sør-Øst er sammensatt av ti styremedlemmer, hvorav tre er valgt av og blant de ansatte. Av de resterende syv medlemmene har flere bakgrunn fra ledelse av store (både offentlige og private) institusjoner og selskaper. Flere har juridisk bakgrunn, og flere har vært aktive i partipolitikken, dog ikke på nasjonalt plan.

Styremedlemmene i sykehusstyrene må belage seg på mer omfattende politisk styring enn det andre statlige selskap med sektorpolitiske mål kan forvente. I regjeringens

² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-prinsipper-for-oppnevning-av-styrer-/id745861/>

veileder til styremedlemmene står det at styremedlemmene ”må orientere seg i det politiske landskapet for å kunne vurdere om vedtak, tidsplaner og finansiering er realistiske samfunnsprosjekter”(regjeringen.no/styreveileder, 16.02.16).

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valgt metode. Det er problemstilling og forskningsspørsmål som ligger til grunn for valg av metode. Den valgte metoden er avgjørende for om oppgaven evner å finne svar på problemstillingen. Jeg har derfor tatt utgangspunkt i noen nøkkelbegreper i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål i arbeidet med metodevalg. Jeg er ute etter å belyse ulikheter i styring av sykehusene. Spesifikt knyttet opp til ulikheter i rød og blå politikk. Jeg er også interessert i å finne ut om de som arbeider i sykehusene merker noen forskjell. Valgte metode er både dokumentanalyse av oppdragsdokumentene og kvalitative intervjuer med helsepersonell.

3.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse er en metode for å systematisk gjennomgå og samle informasjon fra dokumenter. Jeg har valgt å utføre en dokumentanalyse av de årlige oppdragsdokumentene fra Helse og omsorgsdepartementet (heretter kalt HOD) til de regionale helseforetakene (heretter kalt RHF). Oppdragsdokumentene inneholder krav til hvilke oppgaver helseforetakene skal utføre i det påfølgende året, og er et sentralt styringsvirkemiddel av sykehusene.

Det vil være naturlig å se på oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene fra HOD og analysere forskjeller i dokumentene før og etter regjeringsskiftet i 2013. Oppdragsdokumentene inneholder krav til de regionale helseforetakene over hva slags oppgaver som skal gjennomføres det påfølgende året og innenfor hva slags budsjettammer. Oppdragsdokumentet er et viktig styringsverktøy for sykehusene, som tydeliggjør de rammer, mål, premisser og krav til resultater som stilles fra eier.

Oppdragsdokumentene til de fire regionale helseforetakene er stort sett like, jeg har derfor valgt å se på oppdragsdokumentene fra HOD til Helse Sør - Øst i årene 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 og 2016. Det vil si tre år med rødgrønn regjering og tre år med blåblå regjering.

Dokumentanalyse kan gjøres både som kvalitativ og kvantitativ metode (Johannessen, Christoffersen, Tuft, 2011, 186). For å få best mulig svar gjennom å analysere oppdragsdokumentene vil jeg se på dokumentene både gjennom å tolke det som står i

dokumentene (kvalitativ metode) og gjennom å telle bruken av ord, begreper og krav i dokumentene (kvantitativ metode). Å analysere tekst kan være utfordrende da det ikke finnes noen standardiserte teknikker for dette. Det finnes flere ulike tilnærminger, de fleste basert på å datareduksjon for å få frem essensen i teksten. Dette kan man gjøre for eksempel gjennom å skrive oppsummeringer, eller lage et type kodeverk som kategoriserer innholdet i teksten (Ringdal 2014, 249).

Oppdragsdokumentene fra HOD til RHFene er ganske like i sin oppbygning fra år til år. Unntaket er 2016, hvor oppdragsdokumentet har blitt vesentlig endret. Det er likevel ikke endret så mye at det ikke kan sammenlignes med de foregående årene. Jeg er interessert i å finne ut om det er noen forskjell i styringssignalene avhengig av hvilken regjering som er premissleverandør for oppdragsdokumentet. Jeg vil derfor lage en så systematisk sammenligning av dokumentene som mulig gjennom en kategoribasert inndeling av styringskravene i dokumentene. Matrisen vil inneholde:

- Telle antall krav/mål i dokumentene, har det blitt flere eller færre?
- Sidetall, har dokumentet blitt mer eller mindre omfattende?
- Rapporteringskrav, type og antall?
- Overordnede føringer, likheter og forskjeller?
- Særskilte satsningsområder.

Med denne typen analyse ønsker jeg å identifisere om det er ulikheter i oppdragsdokumentene, og om disse ulikhetene kan spores tilbake til regjeringene og deres ideologiske forankring. Samt hva disse ulikhetene, eller eventuelle likhetene har av betydning. Årlig melding, som er den årlige rapporteringen på oppdragsdokumentet fra RHF til HOD, vil også være viktig som bakgrunns materialet i forståelsen av oppdragsdokumentene.

De to regjeringsplattformene, Soria Moria 2 (2009) og Sundvolden-plattformen (2013), er aktuelle informasjonskilder for å få god oversikt over både ideologisk forankring og politiske ambisjoner på vegne av helsevesenet. Dette sammen med partiprogrammer, årlig melding fra de regionale helseforetakene, og teori om styring og reformer. Dette vil være bakgrunns materialet, og jeg vil ikke benytte systematisk dokumentanalyse. I tillegg til nevnte dokumenter ser jeg nærmere på spørsmål i Stortingets spørretime om sykehuspolitikk, sammenligner helseutgifter og referer til

undersøkelser gjennomført av Den Norske Legeforening og Fagtidsskriftet Sykepleien knyttet til tidstyver og andel pasient-nært arbeid.

3.2 Semistrukturerte samtaleintervju.

I tillegg til å innhente informasjon om styring av sykehusene gjennom dokumentanalyse, vil jeg benytte seminstrukturert samtaleintervju med noen få informanter. Formålet er å hente informasjon, ikke måle en teoretisk variabel. Informasjonen som hentes fra disse intervjuene kan ikke generaliseres. Samtaleintervjuene vil tilføre informasjon som kan gi verdifull innsikt i hverdagen for helsepersonell ved helseforetakene. Informasjonen jeg henter ut fra disse intervjuene vil også kunne tilføre nye aspekter til den teoretiske kunnskapen jeg bygger oppgaven på.

Et semistrukturert samtaleintervju har en base med de samme spørsmålene til alle informantene. Ved å ha en lik base i spørsmålene, gjør det at man i en viss grad kan sammenligne svarene fra informantene. Ved bruk av ferdig formulerte spørsmål eller temaer vil jeg kunne oppnå høyere begrepsvaliditet og sikre at intervjuet holder seg innenfor tema. Spørsmålene skal likevel være åpne, slik at informanten kan svare ut ifra eget tankesett og erfaringer. Formulering av gode spørsmål er viktig, dette vil også være med å sikre begrepsvaliditeten. Begrepsvaliditet handler om relasjonen mellom det fenomenet som skal undersøkes, i dette tilfellet byråkrati i helsevesenet, og de konkrete dataene (Johannessen m.fl 2011, 74). Å avgjøre om noe er valid er vanskelig, spesielt med kvalitative data, og validitet kan derfor ikke oppfattes som noe absolutt. I hvor stor grad spørsmålene tar for seg de sentrale elementene i begrepene, vil være avgjørende for om de kan sies å være en god indikator. Ved at intervjuet er semistrukturert vil jeg også ha mulighet til å følge opp tråder eller tanker underveis i intervjuet. Det er dermed ikke så stringent at jeg ikke kan gå utenom spørsmålene, men det er en ramme som gir mulighet for sammenligning i etterkant.

Alle informantene har fått informasjon om masteroppgaven og intervjuet på forhånd gjennom skjemaet "forespørsel om deltagelse i intervju" (vedlegg 2). I tillegg har jeg gått gjennom skjemaet sammen med informanten før oppstart av intervju. Alle informantene har skrevet under på skjema, og har gitt sitt skiftelige samtykke til at jeg kan bruke informasjonen i oppgaven. Alle intervjuer er tatt opp ved hjelp av

lydopptaker og er transkribert ord for ord i etterkant. Siden jeg bruker informanter har jeg meldt oppgaven til Personvernombudet for forskning, og fått godkjenning for valgt metode med hensyn til personvern. Alle opptak og transkripsjoner av intervjuene vil slettes når masteroppgaven er godkjent, og jeg vil ikke bruke informantens tittel og arbeidssted i teksten for å unngå muligheten for gjenkjennelse.

3.3 Utvalg og reliabilitet

På grunn av oppgavens begrensede størrelse har jeg kun seks informanter. Dette er et forholdsvis lavt antall, og det er derfor ikke mulig å generalisere ut i fra den informasjonen jeg får gjennom intervjuene. Det første av disse seks intervjuene har jeg valgt å ikke ta med i det samlede datamaterialet, og heller anse som et prøveintervju. Dette da jeg i etterkant av dette intervjuet gjorde en del endringer i spørsmål og spørsmålsformuleringer som følge av erfaringer.

Rekruttering av informanter er gjort med bakgrunn i et sett forhåndsbestemte kriterier. Siden jeg kun snakket med et lavt antall informanter ønsket jeg bredde i de jeg snakket med. Med bredde mener jeg at informantene skulle jobbe i ulike deler av spesialisthelsetjenesten, at det var ulike kjønn, ulik alder og ulik yrkesbakgrunn. I tillegg var det viktig at informantene hadde jobbet mer enn 4 år i spesialisthelsetjenesten, og dermed hadde jobbet under både rødgrønn- og blåblå regjering. Informantene ble ikke rekruttert av meg direkte. Den første kontakten ble gjort gjennom bekjente i helsevesenet som spurte aktuelle informanter om de var villige til å snakke med meg. Videre gjorde jeg et utvalg, da jeg fikk tak i flere informanter som sa seg villig. Utvalget var basert på de nevnte kriteriene, samt praktiske hensyn. Intervjuene var berammet til mellom 30-45 minutter. Alle informantene var ansatt i Helse Sør-Øst, og alle jobbet på et nivå i organisasjonen som har direkte pasientkontakt. To av informantene jobbet i psykisk helsevern, tre av informantene jobbet i somatikken. De arbeidet ved to ulike sykehus i Helse Sør- Øst. Informantene representerte tre ulike yrkesgrupper: sosionom, lege og sykepleier.

3.4 Analyse og koding av intervjuene

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert ord for ord i etterkant. Jeg har kodet intervjuene, for deretter å dele kodene inn i hovedtemaer som er relevante for oppgavens problemstilling. Videre har jeg tatt utgangspunkt i de spørsmålene som er stilt likt til alle informantene og kategorisert svarene. På den måten har jeg funnet likheter og ulikheter i de ulike intervjuene, og forsøkt å koble de teoretiske perspektivene i oppgaven opp mot funnene i tekstanalysen av intervjuene. Når jeg kodet oppgaven delte jeg spørsmålene inn ved hjelp av farger som jeg brukte som utgangspunkt for å rydde i intervjuene. Det er åtte ulike fargekoder knyttet til ulike spørsmål, disse er så satt inn i en matrise hvor enkeltelementer fra samtaleintervjuene er satt inn ved siden av hverandre. Slik har jeg enklere kunne sammenligne informasjonen. Fordi jeg har så få informanter har jeg en god oversikt over informasjonen som kom ut av intervjuene, likevel har jeg fått enda bedre oversikt gjennom en mer systematisk tilnærming til materialet. Funnene er så forenklet og sammenstilt i en tabell. Tabellen vises under kapittel 4.2, side 34.

3.5 Validitet

Datamaterialets validitet og reliabilitet er viktig for om oppgaven bygger på datamaterialet som er funnet og analysert på en grundig og nøyaktig måte.

For at oppgaven skal kunne sies å være valid avhenger det av at datamaterialet har høy relevans for problemstillingen (Ringdal, 2014, s. 98). Datamaterialet jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er direkte knyttet til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. For å få svar på spørsmålet om det er forskjell på hvem som styrer sykehusene har jeg gjort en dokumentanalyse av oppdragsdokumentene i perioden 2011-2016, samt kvalitative intervjuer med 5 ansatte som jobber på "laveste" nivå i helseforetakene, det vil si nærmest pasienten.

Oppdragsdokumentene til de forskjellige regionale helseforetakene er stort sett like. Jeg har derfor vurdert det slik at det er nok å analysere oppdragsdokumentene gitt til Helse Sør- Øst. Helse Sør-Øst er valgt av praktiske hensyn, jeg bor innfor dette sykehusområde, men viktigst for valget av Helse Sør-Øst er størrelsen. Helse Sør-Øst er landets aller største regionale helseforetak, med "sørge for" ansvar for 2.8 millioner

mennesker i regionen, ansvar for 11 helseforetak, forpliktende samarbeid med fem ideelle private sykehus, 77 000 ansatte og et budsjett på om lag 77 milliarder kroner. Det kan derfor med sikkerhet sies at dette RHFet representerer store deler av spesialisthelsetjenesten.

Et dokumentstudiet av oppdragsdokumentene vil gi informasjon om de statlige styringsvirkemidlene, da oppdragsdokumentet klargjør både rammer og krav til foretakene. Jeg ser på oppdragsdokumentene de siste 6 årene, dette for å sammenligne den nåværende og den tidligere regjeringen. Dette kan være en svakhet, da dette kun representerer 6 av 15 år med helseforetaksmodell. Det er dermed en fare for at jeg går glipp av viktig informasjon som ligger i tidligere oppdragsdokumenter.

Validiteten i oppgaven ville også kunne vært høyere om jeg mer systematisk hadde gått inn i referater fra foretaksmøter og årsrapporter gitt ut fra Helse Sør-Øst. Dette er informasjon jeg har brukt, men som jeg ikke systematisk har analysert. Av hensyn til oppgavens størrelse har jeg måtte gjøre en avgrensning knyttet til hvor mye tid jeg har kunne bruke på systematiske dokumentanalyser.

Jeg valgte å intervju seks informanter som jobber pasient-nært. Istedenfor å intervju informanter som jobber pasient-nært kunne jeg for eksempel ha valgt å intervjuet styremedlemmer eller ledere. Disse informantene ville hatt informasjon om styring av sykehusene som ga annen informasjon enn de som jobber pasient-nært. Dette ble vurdert, men jeg vurderte det slik at det var en mer interessant stemme i denne oppgaven å intervju de ansatte som jobber pasientnært. Et innblikk i hvordan de som jobber nærmest pasienten tenker rundt styring av sykehusene knyttet opp til sin egen arbeidshverdag er et tema som er lite undersøkt.

4.0 Analyse

De politiske skillelinjene i norsk politikk er generelt ganske små. Vi har et demokrati som i stor grad bygger på en ide om at konsensus er en bra ting. Ved for eksempel gjennomføring av store reformer søker man derfor bredest mulig enighet i Stortinget. Partiene vil selvfølgelig mene at det er store forskjeller i partienes sykehuspolitikk og at det er avgjørende hvem som styrer helseforetakene for kvaliteten på tjenestene. Men hvor store er disse forskjellene egentlig? Videre i oppgaven vil jeg analysere den politiske styringen av sykehusene, og se på likheter og forskjeller mellom en rød og en blå regjering. Jeg vil også systematisk fremstille funnene fra analyse av oppdragsdokumentene og intervjuene med helsepersonell.

4.1 Politisk styring

”God politisk styring betyr også respekt for at faglige beslutninger kan og skal tas i forsvarlige rammer. God politikk betyr noen ganger også å kunne holde fingrene fra fatet; altså ikke politisere det som ikke bør politiseres!” Sitatet er hentet fra daværende helseminister Jonas Gahr Støre sin sykehustale i 2013 (Arbeiderpartiet.no, 30.01.2013).

I et innlegg skrevet i juni 2013 i forbindelse med et frokostseminar om styring av sykehus i regi av Cevita, skriver daværende helsepolitisk talsperson for Høyre, Bent Høie :

Det har skjedd store endringer i sykehusstruktur og innhold i helsetjenesten.

Det er en utvikling som vil fortsette. Helse er imidlertid politikk. Befolkningen reagerer derfor med rette på at viktige endringer blir gjort, uten at de kan stille folkevalgte til ansvar. (hoyre.no, utdatert).

Disse to sitatene fra sykehus-Norges mektigste menn de siste 4 årene beskriver et stort styringspolitisk dilemma for politikerne når det gjelder helsesektoren. På den ene siden vil de la fagfolkene gjøre jobben sin og holde fingrene av fatet, på den andre siden er helsepolitikk avgjørende for folks hverdag. Dermed fortsetter stortingspolitikere å engasjere seg i sykehussektoren, både i smått og stort.

Politiske styringssignaler skal i all hovedsak formuleres gjennom statsbudsjett og lovvedtak. Men også gjennom Stortingets spørretimer og debatter knyttet til disse, samt anmodninger eller henstillinger til regjeringen blir politiske styringssignaler utformet (Stigen, 2005, 28).

Tabell 1: Antall spørsmål og interpellasjoner om sykehuspolitikk i perioden 2011-2016

Årstall	Spørsmål ang sykehuspolitikk	Interpellasjoner ang sykehuspolitikk
2011-2012		2
2012-2013	12	4
2013-2014	10	3
2014-2015	21	5
2015-2016	3	

*Tall hentet fra Stortingets nettside 05.01.2016

Tabell 1 viser en oversikt over antall spørsmål og interpellasjoner i perioden 2011-2016 som handlet om sykehuspolitikk. Det stilles en lang rekke spørsmål, både muntlige og skriftlige, knyttet til små og store tema i Stortingets spørretime. Spørsmålene som omhandler sykehuspolitikk strekker seg fra hva statsråden skal gjøre for å redusere ventetiden for pasienter med hørselshemminger i Drammen, granskning av hovedstadsprosessen og hva som er forsvarlig bemanning ved et akuttmottak. I løpet av årene 2012 – 2015 (2016) stilles det 46 spørsmål til statsråden angående sykehuspolitikk. I tillegg fremmes det i samme periode (2011-2015) 14 interpellasjoner på samme tema, samt en lang rekke skriftlige spørsmål til statsråden. Til tross for at sykehusene i dag er organisert som egne rettssubjekter, hvor politikerne sin rolle er overordnet ser man stadig eksempler på at stortingsrepresentanter krever at statsråden skal gripe inn knyttet til for eksempel enkelthendelser eller strukturomlegginger som nedleggelse av avdelinger eller sykehus. Saken om plassering av nytt sykehus i Molde eller Kristiansund er et svært

godt eksempel på en slik styringsutfordring for politikerne.³

I nevnte tilfelle stilles det spørsmålsteget ved om statsråden har instruert styreleder i hvilket sykehus som er å foretrekke. Dette etter at ministeren ved en rekke anledninger før de kom i regjering aktivt har arbeidet for at sykehuset skal lokaliseres til Molde, ikke Kristiansund. Det er jamfør Lov om helseforetak §30, foretaksmøtet i det regionale helseforetaket som skal fatte beslutningen i slike spørsmål.

Politikerne tar seg sågar den frihet å kontakte toppledere i lokale helseforetak. I en undersøkelse gjennomført av Tom Colbjørnsen (2015) for arbeidsgiverforeningen Spekter, svarer hele 41 prosent av helseforetakenes daglige ledere at stortingspolitikere har personlig kontaktet dem for å påvirke deres beslutninger.

Opedal og Rommentvedt (2005) peker på at det sykehuspolitiske engasjementet er stort, også etter innføringen av helseforetaksmodellen. Styringsprinsippene i NPM skulle tilsi at politikerne styrer mer på de overordnede og prinsipielle nivå, funnene i denne oppgaven kan tyde på at det ikke er tilfelle.

4.4 Demokratisk styring eller byråkratisk styring?

Det er gjennom oppdragsdokumentet politikerne kan styre sykehusene. Etter en gjennomgang av de årlige meldingene fra Helse Sør-Øst i årene 2011- 2015 er det tydelig at mange av målene enda ikke er oppnådd. De målene som ikke er oppnådd beskriver og det rapporteres på hvorfor de ikke er oppnådd og hva de tenker å gjøre for at det skal kunne oppnås i fremtiden.

Årlig melding er de regionale helseforetakenes hovedrapportering til Helse og omsorgsdepartementet. Dette følger av § 34 i Lov om helseforetak som krever at regionale helseforetak skal utarbeide en årlig melding om foretaket og foretakets virksomhet. I meldingen skal det redegjøres for gjennomføringen av krav stilt fra departementet.

³ <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/sykehus-norge/her-gaar-hoeie-i-fakkeltog-for-molde-sykehus/a/23394392/>

I Helse Sør-Øst sine årlige meldinger blir alle mål beskrevet, hvordan arbeidet er iverksatt, om man har oppnådd målet, eventuelt hva som skal til for at det oppnås. Som helseforetaket selv påpeker er mange av målene langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å oppnås. Når måloppnåelsen er dårlig over flere år, kan det være et tegn på at det er satt feil mål. Kanskje ikke målene kan oppnås, eller det kan tyde på manglende prioriteringer. Oppdragsdokumentene har tidligere hatt ekstremt mange krav og mål, det å skulle følge opp alle kan synes vanskelig. Ved at politikerne kvier seg for å prioritere, vil de overlate mye av avgjørelsene til de regionale helseforetakene selv. Dette er en av dilemmaene ved styring av sykehusene, og en av hovedutfordringene ved målstyring. Mål- og resultatstyring er et sentralt politikkinstrument (Parsons 1996 i Johnsen 2007), men har den utfordringen at det fort blir for mange og for uklare mål. Sykehusreformen og prinsippene den bygger på trekker i retning av en overordnet og tilbaketrukket politisk styring. Men politikernes ønske om å fortsatt ha sterk styring med sykehusene gjør at de har falt for fristelsen til å detaljstyre sykehusene gjennom veldig detaljerte oppdragsdokumenter. Gjennom manglende prioriteringer sier dermed politikerne fra seg muligheten til å styre, og overlater til de regionale helseforetakene og sykehusadministrasjonen å gjøre prioriteringene.

Foretaksmodellen bygger på at statens/politikernes rolle ble redusert til å ha ansvaret for den overordnede styringen (Byrkeflot og Grønlien 2005), og at de folkevalgte lederne har blitt erstattet med profesjonelle aktører. For sykehusene er dette bare delvis riktig, allikevel er kritikken mot foretaksmodellen og styringen av sykehusene at makten er forskjøvet fra folkevalgte politikere til administrasjon og HR – avdelingen.⁴ Politikerne har gitt fra seg makten og de viktige beslutningene blir tatt av styret og byråkrater.

Hvis dette medfører riktighet, vil det ikke være av betydning hvem som styrer sykehusene, fordi det er uansett ikke de folkevalgte som bestemmer utviklingen. Men et ansiktsløst byråkrati som ikke lar seg påvirke av skiftende regjeringer. Eller som professor Rune Slagstad skriver i sin kronikk ”Helsefeltets strategier” (2012):

⁴ HR er en forkortelse for Human Resources, og er en erstatning for det som tidligere ofte ble kalt ”personalavdelingen”.

”Helsetjenesten er i økende grad blitt underlagt byråkratisk styring.

Byråkratene har ikke handlet mot politikernes vilje, for politikerne har ikke hatt noen betydningsfull egenvilje. De er snarere blitt en slags saksbehandlere for politikkkutformende byråkrater. I dagens Helse-Norge drives den mest betydningsfulle helsepolitikken med basis i anonym byråkratmakt som skyr den offentlige debatt.”

Uansett om man deler Slagstads virkelighetsbeskrivelse eller ikke, så peker han på en vanskelig balansegang. En balanse som skal både sikre demokratisk kontroll over sykehusene, og som på samme tid gir rom for sykehusene selv og fagfolk til å gjøre egne prioriteringer og vurderinger. Det har betydning hvem som styrer sykehusene, men det kan se ut som at utviklingen som har skjedd i kjølevannet av helseforetaksreformen, uansett ville ha funnet sted, i større eller mindre grad som følge av en generell reformtrend som har endret offentlig sektor i hele den vestlige verden siden 1980- tallet.

4.1.1 Helseutgifter

Helseutgifter omfatter alle løpende utgifter til helseformål, både offentlige og private. Investeringer er ikke inkludert i dette begrepet.

Tabell 2: Helseutgifter og totale investeringer til helseformål for perioden 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Helseutgifter	245 441	260 182	274 246	291 925	311 094
Helseutgifter per innbygger, kroner	49 553	51 844	53 984	56 823	59 942
Helseutgifter i faste 2010 priser	231 657	237 936	240 021	245 684	250 822

Helseutgifter i faste 2010 priser, prosentvis fra året før	0.4	2.7	0.9	2.4	2.1
Helseutgifter i faste 2010 priser, per innbygger	46 770	47 411	47 247	47 822	48 329
Helseutgifter i faste 2010 priser, per innbygger, i prosentvis vekst fra året før	-0.9	1.4	-0.3	1.2	1.1
Helseutgifter i prosent av BNP Fastlands – Norge		11.3	11.3	11.6	11.9
Totale investeringer til helseformål	12 584	14 458	18 487	20 572	18 433

*Kilde: SSB, Helseregnskap 2015. <http://ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-03-14?fane=tabell&sort=nummer&tabell=259251>

Tabellen over viser helseutgifter og investeringer til helseformål for perioden 2011-2015. Utviklingen i denne perioden viser at andelen penger brukt til helseutgifter og investeringer i helseformål er relativt stabil. Begrepet helseutgifter her inkluderer ikke investeringer. Totale investeringer til helseformål er derfor tatt med som en egen variabel. I 2015 ble det brukt ca. 311 milliarder kroner på løpende helseutgifter. Dette er om lag 59 942 kroner per innbygger og 11.9 prosent av brutto nasjonal produkt (BNP) for fastlands-Norge. Jeg velger å ta med helseutgifter i prosent av BNP for fastlands-Norge, da dette fjerner ulikheter som følger av svingninger i olje- og gasspriser. Helseutgiftene er økende, men om befolkningsveksten hensyntas vil man se at helseutgifter er forholdsvis like fra år til år, korrigert for prisvekst. Helseutgiftene har dog økt noe fra 2014-2015, fra 11.6 prosent av BNP for fastlands-Norge i 2014 til 11.9 prosent av BNP for fastlands-Norge i 2015. Om tallene sees i faste 2010 priser per innbygger viser det at det i perioden 2011-2013 kun var små endringer, mens det i 2014 og 2015 er en vekst på over 1 prosent fra året før.

Når det gjelder investeringer (dette inkluderer forskning, utvikling og nye bygg) er økningen fra 2011 til 2014 på hele 7.5 milliarder kroner. I overkant av 20 milliarder brukes på investeringer i 2014, hvorav 3.5 milliarder av disse er knyttet til forskning. Det historisk høye investeringsbeløpet i 2014 har delvis sammenheng med bygging av nytt sykehus i Østfold. Ferdigstillelsen av det nye sykehuset forklarer også hvorfor

beløpet til investeringer går ned med to milliarder i 2015 og er tilbake omtrent samme nivå som i 2013.⁵ Den rødgrønne og den blåblå regjeringen bruker omtrent like mye penger på helseutgifter og investeringer. Om det er rød eller blå regjering, ser dermed ikke ut til å ha effekt på den totale økonomiske rammen til helseformål og investeringer. Dette samsvarer ikke med retorikken til de politiske partiene som ser ut til å kappes om å bevilge mest penger til helseformål. Tallene viser med tydelighet at det i realiteten er liten forskjell. At beløpet øker fra år til år, er ikke det samme som at bevilgningene til helse øker, all den tid beløpet ikke sees i forhold til vanlig prisvekst og demografisk utvikling.

4.2 Unødvendig administrasjon og tidstyver

Både den rødgrønne og den blåblå regjeringen er opptatt av å fornye offentlig sektor. I Soria-Moria erklæringen (2009) er det et eget kapittel knyttet til fornying og utvikling av offentlig sektor, der kan man lese: ”Våre mål i fornyingen av offentlig sektor er å oppnå mer velferd og mindre administrasjon, mer lokal frihet og mindre detaljstyring”. I Sundvolden-erklæringen (2013) er også fornyelse av offentlig sektor viet mye plass, der kan man blant annet lese følgende: ”Regjeringen vil bygge sin politikk på målet om en mest mulig effektiv bruk av fellesskapets ressurser. Samfunnet må bli mindre byråkratisk”. Forskjellen i ordbruk og innhold kan ikke sies å være veldig stor, og den politiske enigheten om at det er for mye byråkrati i offentlig forvaltning har blitt en sannhet som de fleste politiske partier i Norge bekjenner seg til.

Det er et betydelig offentlig ordskifte rundt økende byråkrati og tidstyver i hele offentlig sektor, også helsevesenet. Økende byråkrati er også en av flere kritikker som rettes mot offentlig sektor og som linkes direkte til innføring av NPM-inspirerte reformer. Direktoratet for Forvaltning og IKT definerer tidstyvbegrepet på denne måten: ”Tidstyver i forvaltningen er aktiviteter som man bruker for mye tid på i forhold til hva som er hensiktsmessig for å nå målene for virksomheten. Det kan være unødig rapportering, dobbeltarbeid, uhensiktsmessige rutiner osv” (Difi.no. 2016).

⁵ <http://ssb.no/helsesat>

Da helseminister Bent Høye holdt sin sykehustale for 2016, la han frem sykehusenes oppdrag for året. I intervju med Dagens Medisin etter talen sier helseministeren: ”Jeg tror de vil oppleve at oppdraget er tydelig, at de vet hvor prioriteringene er, og at de forhåpentligvis vil oppleve mindre tidstyver på andre områder”. Med ”de” antar jeg at helseministeren referer til sykehusstyrene og de ansatte på sykehusene.

Inntrykket av at det er mye byråkrati og såkalte tidstyver i offentlig sektor deles av de ansatte i helsevesenet.

Tabell 3: Helsepersonell om tidspress og ulike regjeringskonstellasjoner.

	Tidspress?	Endret tidspress?	Andel av arb.dagen til ikke - pasientnære arbeidsoppgaver	Hvor mye av dette er unødvendige oppgaver?	Har andel ikke – pasientnære arbeidsoppgaver endret seg?	Kan dette knyttes til hvem som sitter i regjering?
1	Ja	Ja, mer	20-30 prosent	Ganske mye	Ja, litt mer	Ja, kanskje
2	Ja, noe	Nei	Ca. 30 prosent	Noe	Ja, mer	Nei
3	Ja, noe	Ja, mer	Ganske mye (Ikke tallfestet)	Noe	Ja, mer	Vet ikke
4	Nei, lite	Nei	Ca.40 prosent	Noe	Ja, mer	Vet ikke
5	Ja	Ja, mer	Ganske mye (ikke tallfestet)	Ganske mye	Ja, mer	Ja, kanskje

*Kilde: kvalitative intervjuer med 5 informanter ansatt i Helse Sør-Øst.

Tabellen over viser en forenklet fremstilling av funnene fra de semistrukturerte samtaleintervjuene jeg gjennomførte med 5 ulike helsepersonell som jobber pasientnært. Fremstillingen i denne tabellen er tolkninger av samtalene. Noen informanter er tydelige, som for eksempel når de oppgir prosent av arbeidsdagen som går til oppgaver som ikke er pasientnære. Mens annen informasjon er mer nyansert, og jeg bruker da begrepet som for eksempel ”ganske mye” for å få frem en variabel som er subjektiv for informanten, og da også for meg som tolker innholdet. Jeg velger allikevel å lage en slik forenklet oversikt da den får frem en retning i informasjonen, på oversiktlig måte. Informantene jobber alle pasientnært (det vil si på sengepost, i poliklinikk eller i mottak), det er to sykepleiere, en overlege, en lege i spesialisering og en sosionom som har vært informanter. Det vil ikke komme frem av teksten hvilken informant som ga ulik informasjon, dette for å oppfylle kravet til personvern.

Fire av fem informanter svarer at de føler tidspress på jobben. Av de fire som svarer at de føler tidspress på jobb, svarer tre av fire at dette har endret seg de siste seks årene. Alle tre mener det har blitt mer tidspress.

En informant opplever at det ikke er tidspress på jobb, og at dette heller ikke har endret seg de siste seks årene. Denne informanten er også den som oppgir å bruke størst del av arbeidsdagen på ikke-pasientnære arbeidsoppgaver. Informanten opplever heller ikke at mye av de ikke-pasientnære oppgavene er unødvendige, men noen av oppgavene oppgir informanten at kunne vært gjort på en mer effektiv måte. Men at dette mye handler om samarbeid med andre instanser og at det tar mye tid.

Informant nummer 2 oppgir at det er tidspress på jobb, men at det ikke oppleves som at dette har endret seg på noen måte de siste seks årene.

Alle informantene oppgir av det bruker ganske mye av dagen til oppgaver som ikke er pasientnære. Tre av informantene oppgir at de bruker mellom 20-40 prosent av arbeidsdagen på dette, mens to informanter ikke tallfester dette. De er dog tydelige på at mye av dagen går med til oppgaver som ikke er pasientnære. Alle informantene oppgir at noen av disse ikke-pasientnære oppgavene er unødvendige oppgaver eller såkalte tidstyver.

Alle informantene oppgir at det har blitt flere ikke-pasientnære arbeidsoppgaver de siste årene, og økt krav til og fokus på dokumentasjon trekkes frem av samtlige informanter. Dette stemmer godt med tall hentet fra Legeforenings Forskningsinstitutt og fra tidsskriftet Sykepleien, som begge viser at andre oppgaver tar tid vekk fra pasienten.

Tabell 4: Andel ukearbeidstid med pasientrettet arbeid for leger og regjeringskonstellasjon, 1994-2012.

Årstall	Andel ukearbeidstid med pasientrettet arbeid, i prosent.	Regjering
1994	59.0	Ap
1995	60.4	Ap
1996	58.4	Ap

1997	57.3	Ap
2000	55.7	Krf, V, Sp
2002	55.6	Krf, H, V
2004	59.4	Krf, H, V
2006	56.3	Ap, Sp, SV
2008	47.9	Ap, Sp, SV
2010	46.9	Ap, Sp, SV
2012	42.7	<i>Ap, Sp, SV</i>

*Kilde: ”Med kvalitet som ledestjerne” (2011) og baserer seg på innhentet materialet gjennom Legeforening forskningsinstitutt. Tallene for 2010-2014 er enda ikke publisert, vil komme i løpet av våren 2016. I 2012 gikk Legeforeningen ut med tall fra undersøkelsen som viser at tallet hadde sunket ytterligere fra 2010 til 2012. Tallet fra 2012 er derfor hentet fra en VG - artikkel, men er ikke verifisert, da dataen enda ikke er publisert. (VG, 12.08.2013)

I tabellen over vises andel ukearbeidstid med pasientrettet arbeid for leger. Som det kommer frem av tabellen er det en dramatisk nedgang fra nesten 60 prosent ukearbeidstid med pasientrettet arbeid i 1994, til under 43 prosent i 2012. Nedgangen i andel ukearbeidstid som er pasientrettet ser ut til å være uavhengig av regjering. I 2004, da var det fjerde året med sentrum-venstre regjering, er det et hopp opp til nesten samme nivå som i 1994. Ellers er utviklingen tydelig i retning av mindre ukearbeidstid med pasientrettet arbeid.

Disse to undersøkelsene viser at såkalte tidstyver tar tid som leger og sykepleiere skulle brukt på pasientene.

Den blåblå regjeringen har iverksatt et omfattende arbeid knyttet til tidstyver for statlige virksomheter og departementer. Med blant annet en egen tidstyv-database. Hensikten med databasen er at statlige virksomheter og departementer kan registrere tidstyver, for på den måten få en oversikt som kan brukes som utgangspunkt for å så forenkle og forbedre kjerneoppgaver. Målet er å fjerne tidstyver. Dette er en av regjeringens fem innsatsområder knyttet til å ”skape en enklere hverdag for folk flest” (regjeringen.no 2014). Helseforetakene er ikke en del av denne satsningen så langt, da det kun er statlige virksomheter som på nåværende tidspunkt er inkludert i dette arbeidet.

Funne i de nevnte undersøkelsene stemmer godt overens med hva informantene mine kunne fortelle. En av informantene sa det på denne måten:

For sånn som det har blitt så skal vi utføre flere og flere hjelpefunksjoner, vi skal sitte å skrive alt selv ikke sant. Og jeg er ikke noe god på data, og det er jo lange journaler jeg skriver. Og jeg skal tømme søpla mi selv, jeg skal makulere...makulere alle papirene mine selv, jeg skal vaske kontoret mitt, alle flater selv. Så det er veldig mange tilleggsfunksjoner man skal gjøre”
(informant nr. 5).

Flere av informantene uttrykte frustrasjon over å bli pålagt oppgaver som tok tid fra pasienten: ”Så det er mye sånne tøysete ting som jeg bruker tida mi på i stedet for å være hos pasienten. Synes jeg da” (informant nr.3).

Tabell 5: Oppgaver som tar tid vekk fra pasienten, sykepleiere.

Oppgaver som tar mest tid fra pasienten
1. Dokumentasjon/journalføring
2. Møter/telefonsamtaler
3. Koordinering mellom tjenestenivå
4. Rapport
5. Renhold
6. Reise/parkering
7. Pasienttransport
8. Sengeskiift
9. Innkjøp

*Fra Sykepleien, nr. 12, 2014, s 22-31. Til sammen 3509 sykepleiere har svart, disse er en del av Sykepleiens leserpanel. Ca. 30 prosent av disse jobber i sykehus.

Tabellen over viser funnene fra en undersøkelse om tidstyver gjennomført at tidsskriftet Sykepleien. Der svarer respondentene at dokumentasjon/journalføring og møter/telefonsamtaler er den oppgaven som tar mest tid fra pasienten. Dette stemmer godt overens med hva mine informantene kunne fortelle. Alle informantene fortalte at de brukte store deler av dagen til arbeidsoppgaver som ikke er pasientnære, og at flere av disse oppgavene er unødvendige. I likhet med funnene fra undersøkelsen i Sykepleien, ble det som oppleves som unødvendige møter, journalføring koordinering og venting i telefonen nevnt av informantene.

Dokumentasjon er en oppgave som alle mine informanter trekker frem når de blir bedt om å komme med eksempler på unødvendige arbeidsoppgave. Dette kan synes noe merkelig, da kravet til dokumentasjon er hjemlet i lov og er en oppgave som alle helsepersonell er pålagt gjennom kapitel 8 i Lov om Helsepersonell. Dokumentasjon må også kunne sies å være en oppgave som er viktig for ivaretagelse av pasientsikkerheten. Men flere av informantene pekte på at kravet til dokumentasjon virker å ha økt med årene, dette er ikke noe som de relaterer til regjeringsskiftet, men som har kommet over en noe lenger tidsperiode. Slik beskriver en informant hvordan utviklingen hva gjelder dokumentasjon har vært gjennom hennes karriere:

Så personalet hadde mye mer tid til direkte kontakt med en pasient da. Å snakke med pasient, og gå for eksempel tur med pasienten, eller ha pasienter med på andre aktiviteter. Men nå er opplevelsen at alle bare sitter å skriver....(Informant nr.3).

Informantene er alle enige om at dokumentasjon er en viktig oppgave, men at det de opplever som et økt krav til dokumentasjon er unødvendig. Og at dette fører til uhensiktsmessig dokumentering, som tar tid vekk fra pasienten. De trekker frem dobbeltføring (flere helseprofesjoner skriver det samme) og at legene ikke lenger kan diktere journal for at det så skrives ned av en sekretær, men at de nå er pålagt å skrive sin egen journal. Nye og uhensiktsmessige IKT-systemer trekkes også frem.

Når det gjelder om spørsmålet knyttet til hvem som sitter i regjering har betydning for tidspress og byråkrati, har ingen av informantene tenkt over dette spørsmålet knyttet

til egen arbeidshverdag. To av informantene hadde noen ideologiske betraktninger knyttet til dette, det var også de informantene som svarte ja (med et forbehold) på om hvem som styrer er av betydning for egen arbeidshverdag. De ideologiske betraktningene var knyttet til en preferanse mot rødgrønn regjering og dermed en antagelse om at blåblå regjering ville føre til mer tidspress i arbeidshverdagen. Begge disse informantene hadde også refleksjoner knyttet til hva den blåblå regjeringen kanskje kunne gjøre med det unødvendige byråkratiet. To informanter svarte at de ikke vet om det har betydning hvem som styrer, og en informant svarte at det ikke var av betydning hvem som sitter i regjering. Oversikten over nedgangen i ukesarbeidstid med pasientrettet arbeid blant legene viser at dette har skjedd uavhengig av regjering. Dette kan forklare hvorfor flere av informantene ikke koblet eget arbeidshverdag og tidspress/unødvendig byråkrati med hvem som sitter i regjering. Nettopp fordi utviklingen med mindre pasientrettet arbeidstid har skjedd uavhengig av regjeringskonstellasjon og antageligvis ikke kan forklares ved hvem som politisk styrer sykehusene.

4.3 Oppdragsdokumentene: Fra detaljstyring til målstyring

Oppdragsdokumentene har gjennomgått store endringer i den perioden jeg har analysert (2011-2016). Fra å være store og svært omfattende dokumenter med mange mål, til å bli kortere dokumenter med færre mål. Arbeidet med å forenkle oppdragsdokumentene ble først gang beskrevet i tilleggskomiteens rapport til oppdragsdokumentet for 2013 etter Stortingets behandling av Prop 149 S (2012-2013). ”Samtidig vil departementet minne om at vi nå starter arbeidet med å gjennomgå styringsdokumentene for 2014 med sikte på forenkling og færre krav, jf. foretaksprotokollen fra mai i år. Detaljstyring skal reduseres”. Tilleggskomiteens rapport er underskrevet daværende helseminister Jonas Gahr Støre. Videre er arbeidet med å forenkling av oppdragsdokumentet videreført, med bakgrunn i den blåblå regjeringens ønske om å ”fornye og forenkle”.

Tabell 6: Antall sider og krav/mål i oppdragsdokumentene fra HOD til Helse Sør-Øst, 2011 – 2016.

Årstall	Antall sider	Antall krav/mål
2011	24 + vedlegg	Overordnede mål: Mål for 2011:
2012	21 + vedlegg	Overordnede mål: 68 Mål for 2012: 72
2013	21+ vedlegg	Overordnede mål: 81 Mål for 2013: 59
2014	12 + vedlegg	Langsiktige mål: 19 Mål for 2014: 30
2015	11 + vedlegg	Langsiktige mål: 20 Mål for 2015: 32
2016	7 + vedlegg	Mål for 2016: 12 Andre oppgaver: 25

Som man kan se av tabell 6 er det en betydelig endring i antall mål fra 2011 – 2016. Oppdragsdokumentet har også endret form og blitt betydelig mindre enn tidligere. I 2012 og 2013 var oppdragsdokumentet på hele 21 sider + vedlegg, og det var hele 140 krav/mål. I tillegg sto setningen ”Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokumenter vil fortsatt være gjeldende”, denne setningen er tatt ut av oppdragsdokumentet fra 2014.

Oppdragsdokumentene for 2011, 2012 og 2013 inneholder en lang rekke mål, både kortsiktige og langsiktige. De langsiktige målene er av mer overordnet karakter som for eksempel:

- ”Tjenesten som tilbys er av god kvalitet, trygge og sikre”
- ”Tjenesten preges av god lærings- og forbedringsstruktur”
- ”Færre uønskede hendelser”

De kortsiktige målene er derimot detaljerte, i oppdragsdokumentet for 2013 er det en lang rekke mål. 81 overordnede, 59 mål for 2013 og 30 styringsparameter.

Målene for 2013 er både konkrete og detaljerte, som for eksempel:

- 80 prosent av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpsfrister: 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.

- Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 prosent i samarbeid med de kommunale tjenestene.
- Redusert antall fødselsrifter.

Fra 2014, med ny blåblå regjering endrer oppdragsdokumentene form og har betydelig færre spesifikke krav og mål enn tidligere. Jeg mener å se at oppdragsdokumentene går fra stor grad av detaljstyring til større grad av målstyring. For stor grad av detaljstyring er en av kritikkene mot målstyringen og den NPM-inspirerte styringen av offentlig sektor. Mye av kritikken mot målstyringen er egentlig ikke rettet mot målstyring, men det mange oppfatter som målstyring. I artikkelen ”Alt for mye detaljstyring” (Johnsen, 2012) peker artikkelforfatteren på nettopp dette, at målene ofte er utformet etter ”alle nevnt, ingen glemte” prinsippet, i stedet for at noen få utvalgte mål og resultatindikatorer retter oppmerksomheten mot de viktigste forholdene som skal endres. Inntoget av NPM-basert styringsideologi i det offentlige har (i manges øyne) økt byråkratiet gjennom innføring av markedsmekanismer og byråkratiske kontroll og rapporteringssystemer.

Oppdragsdokumentet for 2016 har en totalt endret struktur. Oppdragsdokumentet har tre overordnede mål, under hvert av de tre overordnede målene er det 12 mål for 2016 og 25 såkalt ”andre oppgaver”. Dette er et betydelig lavere antall enn tidligere. Det er heller ikke ”styringsparameter” i oppdragsdokumentet, det som kalles ”Mål 2016” er dog et utvalg av det som tidligere ble omtalt som styringsparameter.

I artikkelen ”For mye detaljstyring og for lite målstyring” har Johnsen (2015) brukt data samlet inn av masterstudenter til å sammenligne utviklingen i overordnet styring og detaljstyring fra 2010-2014 i ulike tildelingsbrev. Funnene viser at detaljstyringen målt som tiltak og oppdrag var omfattende, men at dette avtok i perioden. Også for aktivitets- og resultatindikatorer har omfanget avtatt. Dette samsvarer med mine funn, og det ser ut til at trenden fortsetter i årene 2014-2016. Johnsen peker på tre mulige årsaksforklaringer til at omfanget av detaljstyring i tildelingsbrevene avtar: læringseffekt, 22.juli-effekten og regjeringsskifte-effekten. Læringseffekten kan kort beskrives som at forvaltningen har lært seg å bruke mål- og resultatstyring bedre og mer effektivt over tid. 22.juli-effekten settes i sammenheng med Gjørsvik-kommisjonen sin rapport i etterkant av terrorangrepet 22.juli. Gjørsvik-kommisjonen avdekket feil

bruk av målstyring, for mange mål og for mye detaljstyring. Det kan derfor være at forvaltningen har tatt inn over seg Gjörv-kommisjonens funn og at det derfor kan synes å være mindre detaljstyring etter 2011. Den siste årsaksforklaringen Johnsen peker på er regjeringsskifte-effekten. Regjeringsskifte-effekten viser til at det ved nye regjeringen følger ny forvaltningspolitikk, som ved regjeringsskiftet i 2013. Regjeringsskifte-effekten samsvarer med mine analyser, knyttet til effekten av hvem som styrer sykehus. Det er likevel vanskelig å dra noen sikre konklusjoner om hva som ligger bak endringer i forvaltningspolitikken. En kombinasjon av flere ting vil være naturlig å tenke seg.

Slik jeg ser det er oppdragsdokumentet et betydelig mer oversiktlig dokument enn tidligere, i tillegg er det mye enklere å se hva som er de klare politiske prioriteringene. Her har man rette oppmerksomheten mot de oppgavene helseministeren og regjeringen vil prioritere, de viktigste forholdene. Om oppdragsdokumentet oppfattes som mer oversiktlig og med tydelige prioriteringer av de som sitter i sykehusstyrene og de som faktisk skal gjennomføre oppdraget er derimot vanskelig å vite.

I tillegg vil jeg trekke frem at hovedprioriteringene i oppdragsdokumentene er i stor grad de samme: ventetider, kvalitet og pasientsikkerhet, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, psykisk helsevern og kreftbehandling. Dette var hovedprioriteringene i 2012 og med unntak av kreftbehandling er dette hovedprioriteringene også i 2016. Hovedprioriteringene i sykehuspolitikken har dermed ikke endret seg med ny regjering, kun graden av detaljstyring.

4.5 Kjøp av private helsetjenester

Kjøp av private helsetjenester er nevnt i både oppdragsdokumentene og regjeringsplattformene til de to regjeringene. I Soria-Moria 2 erklæringen kan vi lese følgende:

"For å sikre et godt helsetilbud til alle må vi ha en sterk offentlig helsetjeneste der sykehusene i det vesentlige er eid og drevet av offentlige, med private virksomheter og avtalespesialister som nyttige samarbeidspartnere.

Regjeringen vil at sykehus eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres

gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige"(2009).

Sundvolden-erklæringen (2013) har en slik formulering: "Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene". Videre begrunnes bruken av private helsetjenester:

"Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og helsekø, vil regjeringen inkludere alle gode krefter i arbeidet med å behandle pasienter".

De to regjeringserklæringene er tydelig ideologisk forankret, men er ikke veldig ulike i forhold til bruk av private helsetjenester. Begge de to regjeringene ønsker at det skal brukes private aktører, ulikheten handler om i hvor stor grad private aktører skal brukes til å løse offentlige helseoppgaver.

I oppdragsdokumentene fra Helse og Omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er kjøp av tjenester fra private nevnt i alle de versjonene jeg har analysert, i ulik grad. Oppdragsdokumentene 2011, 2012 og 2013 omtaler kjøp av private helsetjenester, og at dette skal brukes spesielt innenfor røntgen og laboratorievirksomheter for å redusere ventetiden på en effektiv måte. I oppdragsdokumentene for 2014, 2015 og 2016 er bruk av private aktører og innføringen av fritt behandlingsvalg nevnt, også med begrunnelsen at mer bruk av private aktører skal bidra til å redusere ventetiden og sikre bedre utnyttelse av ressursene. Alle oppdragsdokumentene er tydelige på at hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses av de offentlige sykehusene, men det skal brukes private tilbydere der dette vil bety kortere ventetid. Dette er også i tråd med regjeringserklæringen.

Økt bruk av private aktører er også den endringen som informantene nevner flest ganger når de blir bedt om å reflektere rundt om det har betydning hvem som styrer sykehusene/sitter i regjering. Ingen av informantene mener å ha merket endringen på

sin arbeidshverdag enda, men flere har en bekymring knyttet hva det vil si for de offentlige helsetjenestene, hvis private aktører får en større andel av de totale helsekronene. Men flere av informantene er også positive til private aktører, og trekker frem at økt bruk av private aktører kanskje kan skjerpe de offentlige helsetjenestene:

”Jeg tror sånne ting, hvis man hadde satset, hvis man hadde hatt en annen struktur på sykehuset og drift. Så tror jeg det kunne blitt bedre for både pasienten og oss. Det tror jeg. Og sett gjennom alle systemer som er her. At vi har gjort ting i 100 år på en måte, betyr ikke at skal fortsette i 100 år til, ikke sant. Og det har ikke vært noen sånn endringskultur, det er liksom ikke i veggene her...”

Fritt behandlingsvalg ble innført i 2015, og førte med seg endringer i både pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Med fritt behandlingsvalg utvides ordningen med ”fritt sykehusvalg” til også å gjelde en del private behandlingssteder som nå kan behandle pasienter på pasientens regning. Ordningen er ment å skulle få ned ventetidene, øke valgfriheten for pasienten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive og bedre (Prop 56 L 2014-2015). At alle informantene trekker frem private helsetjenester som den største forskjellen på hvem som styrer sykehusene handler nok om hva de tenker er det klassiske skillet mellom rød og blå side i politikken. Med økt fokus på bruk av private aktører og innføring av fritt behandlingsvalg skulle man forventet en økning i bruk av private aktører. Det ser ikke ut til å være tilfellet.

Tabell 7: Kostander til private aktører i spesialisthelsetjenesten, 2008 – 2014.

	Kjøp av private	Totale utgifter	Prosent av totale kostnader
2008	9497	91949	10,33
2009	9866	98223	10,04
2010	9785	102 430	9,55
2011	11073	108624	10,19

2012	11458	114373	10,00
2013	12259	119565	10,48
2014	13115	127880	10,26

*Kilde: Tall hentet fra SSB sin statistikkbank for spesialisthelsetjenesten. Tabell nr 09447

*Pensjonsreformen har gitt kraftig reduksjon i pensjonsutgiftene i 2010 og 2014 – tallene i denne tabellen er korrigert for dette og kan dermed sammenlignes med andre driftsår.

Som det går frem av tabell 7 utgjør kostandene til private aktører 13,1 milliarder kroner i 2014. Kostnadene til private aktører inkluderer refusjoner fra HELFO og privatfinansiert virksomhet ved private sykehus. Av dette gikk 5.3 milliarder til anbudsutsatte institusjoner (som for eksempel LHL-sykehusene og private rehabiliterings- og rusbehandlingsinstitusjoner) og 1.2 milliarder til private laboratorie- og røntgen institutter. De resterende kostnadene gikk til private avtaleinstitusjoner (Eksempelvis Lovisenberg Diakonale Sykehus) og avtalespesialister.

Pengebruken knyttet til kjøp av private helsetjenester i spesialisthelsetjenesten har vært relativt stabil over år når man sammenligner prosent av driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten. Tabell 7 viser kostandene knyttet til kjøp av private helsetjenester i perioden 2008-2014. Som det kommer frem av tabellen har kostandene til private helsetjenester i perioden ligger stabilt på rundt 10 prosent av de totale kostnadene for hele spesialisthelsetjenesten, både offentlig og privat. I Helsedirektoratets rapport fra 2016 om omfang og utvikling av private aktører i spesialisthelsetjenesten for perioden 2010-2014, finner de at kostnadsveksten var sterkere for de private aktørene sammenlignet med helseforetakene. I perioden økte kostandene med 8 prosent for de private (minus avtaleinstitusjonene), mot 5 prosent for helseforetakene. De private avtaleinstitusjonene hadde en kostnadsvekst på sju prosent, avtalespesialistene sju prosent, laboratorie- og røntgeninstituttene ni prosent, og anbudsinstitusjonene ni prosent. En kostnadsøkning på 8 prosent i perioden tilsvarer om lag 750 millioner kroner. Denne kostnadsøkningen var først og fremst finansiert gjennom en vekst i refusjoner fra HELFO som gikk til avtalespesialister og de private laboratorie- og røntgeninstituttene. Kjøp og tilskudd fra helseforetakene økte i liten grad i perioden. Med andre ord finansierte de en mindre andel av kostnadene til de private aktørene i 2014 enn i 2010. Helsedirektoratet peker også på at RHFenes tilskudd og kjøp hos private aktører var uendret i perioden de så på

(2010-2014), men med noe endret fordeling knyttet til hva slags tjenester som ble kjøpt fra det private.

Tallene som nå foreligger viser kun tall frem til 2014. Med disse tallene som bakgrunns materialet er det ingen ting som tyder på at den blåblå regjeringens styringssignaler knyttet til økt bruk av private aktører enda har gjort seg utslag i de totale tallene. Riktignok er det en sterkere kostnadsvekst i det private, men dette har ikke gjort seg utslag i at den prosentvise andelen av de totale helseutgiftene har økt. Fordelingen mellom offentlig og privat er stabil, og ligger på samme nivå nå som under den rødgrønne. Tallene for 2015 og 2016 enda ikke er kommet, det er sannsynlig at de vil vise en økning i bruk av private. I hvert fall om de politiske styringssignalene og lovendringene til den blåblå regjeringen implementeres og iverksettes etter intensjonen.

4.6 Ventetider

Begrunnelsen for bruk av private aktører og innføring av fritt behandlingsvalg er reduserte ventelister. Reduserte ventetider er et felles politisk mål for de to regjeringene. Målet om at gjennomsnittlig ventetid skal under 65 dager i spesialisthelsetjenesten har vært en av flere formulerte mål i oppdragsdokumentet, både under den rødgrønne regjeringen og under den blåblå regjeringen. Å redusere ventetidene var også en av grunnene for innføringen av helseforetaksreformen i sin tid. I mars 2014 innledet Helse Sør-Øst en særskilt satsning for å unngå fristbrudd og å redusere ventetiden. Innsatsen ble videreført i 2015 (Årsrapport Helse Sør Øst 2014). I oppdragsdokumentet for 2016 er å ”reducere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen” trukket frem som en av tre overordnede mål.

Tabell 8: Ventetider i spesialisthelsetjenester 2011 – 2015.

	Somatikk	Psykisk helsevern	Totalt - m. rett	Totalt – u. rett	Totalt – alle
2011	75.8	50.5	62.4	84.1	74.6
2012	75.5	51.6	59.2	91.2	73.8

2013	75.9	50.0	60.2	92.6	74.1
2014	74.7	49.1	59.2	90.6	72.9
2015	70.3	49.4	54.8	90.0	68.6

*Kilde: tallene er hentet fra Helsedirektoratets database: <http://nesstar2.shdir.no/npr/> (8.mars.2016)

*målverdien er gjennomsnittlig ventetid målt i dager til helsehjelp. Ventetiden beregnes som differansen mellom ansiennitetsdato og dato når ventetiden avsluttes. Tallene er for Helse sør-øst.

Som det fremgår av tabellen over har ventetiden gått noe nedover år for år, dog noe saktere i psykisk helsevern for voksne og enn i somatikken (tallene er for Helse Sør-Øst). Tabellen skiller mellom gjennomsnittlig ventetid for pasienter med og uten rett. Med rett omhandler de pasientene som har rett til helsehjelp jamfør § 2.1b i Pasient- og brukerrettighetsloven. Det er stort sett tallet som viser totalen som blir brukt i fremstillingen av ventetider, dette tallet er dermed en sammenstillingen av gjennomsnittlig ventetid for både de med og uten rett. Ventetiden for totalen har gått ned fra 74.6 dager i 2011 til 68.6 dager i 2015. Somatikk har lenger ventetid enn psykiatri, men har hatt en betydelig nedgang i ventetid i 2015. Det er nå nesten fem hele dager mindre ventetid i somatikken enn det var i 2014. Det er interessant å se at ventetiden i psykisk helsevern er relativt stabil til tross for at det er politisk prioritert, mens ventetiden i somatikken har gått noe ned. Psykisk helsevern skal prioriteres høyere enn somatikken, i henhold til regjeringens gjeninnføring av ”den gyldne regel”. ”Den gyldne regel” er en prioritering som sier at psykisk helse og rus hver for seg skal ha større vekst enn somatikken i alle helseregioner. Ventetidene i psykisk helsevern er betydelig lavere enn i somatikken, og har oppnådd målet om under 65 dager i gjennomsnittlig ventetid for lenge siden.

I Helsedirektoratets rapport om spesialisthelsetjenesten for 2014 undersøker de om denne prioriteringen følges opp av helseforetakene. De finner at den prosentvise kostnadsveksten til somatiske sykehus er høyere (4.2 prosent) enn til psykisk helsevern (0.7 prosent). Men aktiviteten prosentvis var sterkere i psykisk helsevern enn i somatikken. Dermed øker aktiviteten mer i psykisk helsevern enn i de somatiske sykehusene, dog ikke på grunn av større økonomisk vekst enn somatikken. ”Den gyldne regel” følges dermed ikke opp etter intensjonen av sykehusene.

Hvis man ser på ventetiden for de med rett, har ventetiden gått ned fra 62.4 dager i 2011 til 54.8 dager i 2015. Det er en betydelig nedgang, og størst er nedgangen fra 2014 til 2015. Ventetidene har holdt seg relativt stabile, det vil si at de har holdt seg rundt 73-74 dager i årene 2011-2014. Tallene fra 2015 tyder på at ventetidene nå er betydelig på vei ned, og blant pasienter med rett til helsehjelp er nå gjennomsnittlig ventetid målt i antall dager med rett i underkant av 55 dager. Det er pasientene uten rett som drar opp gjennomsnittet, da gjennomsnittlig ventetid for disse pasientene har ligget stabilt rundt 90 dager de siste fem årene.

Nedgangen i ventetiden kan ha flere mulige forklaringer. En tydeligere prioritering gjennom oppdragsdokumentene eller innføring av fritt behandlingsvalg kan begge være sannsynlige forklaringer for hvorfor ventetiden har gått så betydelig ned fra 2014 til 2015. Når tallene for bruk av private aktører for årene 2015-2016 foreligger kan det være at det sees en sammenheng mellom reduserte ventelister og økt bruk av private. Helseministeren selv forklarer nedgangen i ventelister med innføringen av fritt behandlingsvalg, mer fleksibilitet for sykehusene og tydeligere styringssignaler (hoyre.no, 15.03.2016).

5.0 Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg søkt å finne svar på om det har betydning hvem som styrer sykehusene, hva slags endringer en ny regjering representerer og om de ansatte nærmest pasienten merker forskjell på hvem som styrer.

Jeg gikk inn i arbeidet med en antagelse om at jeg vill finne tydelige forskjeller mellom en rødgrønn og en blåblå regjering sin sykehuspolitikk. Funnene mine peker i retning av at det har betydning hvem som styrer, men at skillelinjene er ganske små. Noen endringer representerer en ny regjering, de er først og fremst knyttet til styringssignaler og nedgang i ventetider. De ansatte ser ikke ut til å merke forskjell på hvem som sitter i regjering, unødvendig byråkrati og tidspress er økende helt uavhengig av regjeringskonstellasjon. Byrden knyttet til økt tidspress og byråkrati var noe alle mine informanter beskrev, men ingen knyttet dette direkte til hvem som sitter i regjering.

5.1 Svar på problemstilling og forskningsspørsmål.

Funn 1: Det har betydning hvem som styrer sykehusene.

Oppgaven finner at det er en viss forskjell på rød og blå regjering, og både oppdragsdokumenter og sykehusstyrene er betydelig endret etter regjeringsskiftet i 2013. Til tross for dette, utgjør ikke denne forskjellen noen vesentlig endring for styringen av sykehusene og for helsepersonell i praksis.

Helseforetaksmodellen gjør at det er et styringspolitisk dilemma knyttet til styring av sykehus, som ikke lett lar seg løse innenfor dagens modell. Avveiningen mellom politisk styring og frihet til at sykehusene skal styre seg selv gjennom foretakene er en balansegang. Helseforetaksmodellen har også visket ut skille mellom den politiske og den administrative styringen, og den politiske styringen blir dermed vanskeligere å få øye på. Løsningen til et flertall av partiene på Stortinget i dag, er å legge ned foretakene. Det har ikke blitt gjort, til tross for flertall. Dette er slik jeg ser det beskrivende, da hva som skal være den alternative styreformen ikke ser ut til å være tydelig for noen.

Funn 2: En ny regjering representerer endringer i styring av norske sykehus.

Den blåblå regjeringen har gjort noen endringer i sykehuspolitikken. Men norsk politikk er i stor grad konsensuspreget, til tross for at både den rødgrønne og den blåblå regjeringen har hatt/har fløypartier i regjering. Hovedprioriteringene i oppdragsdokumentene er så godt som like under den rødgrønne og den blåblå regjering. Ventetider, kvalitet og pasientsikkerhet, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, psykisk helsevern og kreftbehandling er alle prioriterte områder i oppdragsdokumentene fra 2012-2016 (med unntak av kreftbehandling som ikke var prioritet i 2016).

De store ulikhetene som et regjeringsskifte kunne representert er enda ikke iverksatt, eller er under utredning. Dette gjelder for eksempel nedleggelse av helseforetakene (er under utredning) eller økt bruk av private aktører (ingen økning). Det har heller ikke kommet flere penger til sykehusene. Det har derimot blitt laget en rekke utredninger og stortingsmeldinger, som i et lenger perspektiv vil endre sykehuspolitikken om det iverksettes. Bruk av private aktører ser ikke ut til å ha økt de siste årene, og det blir spennende å se om lovendring og styringssignaler knyttet til kjøp av private helsetjenester fører til at dette endrer seg i tråd med de politiske styringssignalene. Ventetiden har gått betydelig ned etter 2014, og det for første gang på lenge, til tross for at reduserte ventetider har vært et prioritert område i alle oppdragsdokumentene jeg har analysert.

To viktige styringsverktøy, oppdragsdokumentene og sykehusstyrene, har blitt endret. Oppdragsdokumentene er i dag et dokument som er mer egnet til politisk styring, da det er gjort noen tydelige prioriteringer. Dette har vært vanskelig å se i tidligere oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumentet inneholder betydelig færre krav, og har endret seg fra å være upresist og omfattende, til å bli et tydeligere målstyringsverktøy.

Funn 3: I et kortsiktig perspektiv merker ikke helsepersonell nærmest pasienten forskjell på hvem som styrer sykehusene.

Ingen av informantene kunne i intervjuene koble konkrete endringer på sin arbeidshverdag til en ny regjering. Flere hadde generelle betraktninger knyttet til

ideologiske forskjeller på en rødgrønn og en blåblå regjering, men dette var kun tanker om forskjellen på regjeringene, og ikke noe som de knyttet direkte til egen arbeidshverdag.

Følelsen av tidspress og mer unødvendig administrasjon er i høyeste grad tilstedeværende hos de ansatte i helsesektoren. Alle informantene beskriver dette i større eller mindre grad, og alle beskriver at det har blitt mer tidspress de siste årene. Dette sammenfaller med funnene som er gjort i undersøkelser gjennomført av Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleieforbund. Ingen av informantene mente at økt tidspress eller mer unødvendig administrasjon kunne knyttes direkte til hvem som styrer sykehusene. Jeg mener en generell økning i tidspress og byråkrati mer sannsynlig kan sees i sammenheng med den generelle utviklingen i offentlig sektor knyttet til NPM-inspirerte reformer som for eksempel helseforetaksreformen.

I et kortsiktig perspektiv merker ikke de ansatte hvem som styrer, kanskje fordi endringer tar tid. Eller kanskje fordi forskjellene i realiteten er liten. Om oppgaven hadde hatt et lenger tidsperspektiv, og jeg kunne ha snakket med informantene igjen om for eksempel 10 år, ville de muligens hatt noen andre refleksjoner.

5.2 Tanker videre – videre undersøkelser

Det så vidt jeg har kunne finne ut, gjort lite undersøkelser knyttet til ansatte i spesialisthelsetjenesten og deres forhold til sykehuspolitikk og styring. Informantene hadde mange spennende perspektiver på egen arbeidshverdag, unødvendig administrasjon og tidstyver. For å sikre validitet kunne det vært gjennomført intervjuer med langt flere informanter. Kanskje er det tilfeldig at mine informanter ikke koblet hvem som styrer til egen arbeidshverdag. Eller kanskje er slik at det ikke har så stor betydning?

Dette prosjektet hadde vært spennende om var blitt gjennomført i større skala, over lengre tid og med flere informanter. Som en av informantene sa: "endringen sees kanskje ikke over noen få år, men over 50". På den måten ville endringene kunne sees gjennom lang tid, med ulike regjeringer og i lys av ulike reformtrender i offentlig

sektor. Det er en svakhet med denne oppgaven at tidsspennet er så kort, da endringer tar tid. I tillegg er det mange andre variabler enn de jeg har tatt med i denne masteroppgaven som kan brukes til å belyse temaet videre. Et grundigere blikk på ulikheter i regjeringer med ulik farge hadde vært spennende, kanskje ville ulikhetene kommet tydeligere frem med en annen metodikk. I denne oppgaven har jeg lest dokumenter og snakket med noen få ansatte. Men hovedpersonen i fortellingen om helsetjenestene er pasienten. Hva det betyr for pasientene hvem som styrer, er kanskje det spørsmålet som aller mest bør følges opp videre.

Litteraturliste

Aberbach, D, Joel og Tom Christensen (2001). "Radial reform in New Zealand: Crisis, windows of opportunity, and rational actors." *Public Administration* 2001, 79 (2), 402-422.

Agenda Kaupang: *Evaluering av styrene i helseforetakene. En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene*. Rapport til Helse og omsorgsdepartementet 22. juni 2012.

Agenda og Muusmann research og consulting: *En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer*. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet november 2005.

Colbjørnsen, Tom. *Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak*. Arbeidsgiverforeningen Spekter, 2015

Grund, Jan: *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget 2006.

Haraldsen, Gustav. 1999. *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.

Helsedirektoratet (2016) *Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014*. Rapport IS - 2450/2016.

Helse og omsorgsdepartementet (2014) *Styrearbeid i regionale helseforetak. God rolleforståelse og god rolleutøvelse*. Veileder.

Herfindal, Sturla (2008). *Veien frem til sykehusreformen, en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. ATM – skriftserie nr. 2 - 2008

Hippe, Jon, M og Sissel C. Trygstad. 2012. *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. FAFO – rapport 2012:57.

Hood, Christopher. (1991). *A public management for all seasons*. Public Administration Vol 69 (1) 3-19.

Hood, Christopher and Ruth Dixon (2015) *A government that worked better and cost less? Evaluating three decades of reform and change in UK central government*. Oxford: Oxford University Press.

Hood, Christopher and Ruth Dixon (2015) *What we have to show for 30 years of New Public Management: higher costs, more complaints*. Governance – volume 28, issue 3, side 265-267.

Jarlsberg, 05.09.2013 Et sykehus med rygg til å bære. (likelydende artikkel er i mange lokalaviser rundt samme tid)

Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen, Per Arne Tufte. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk – administrative fag*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Johnsen, Åge. *Alt for mye detaljstyring*. Dagens Næringsliv, 19.september 2012.

Johnsen, Åge (2015). Tildelingsbrevene: For mye detaljstyring og for lite målstyring? *Stat og Styring*, 25(2): 36-40.

Olsen, J.P. (1996) Norway: slow learner - or Another triumph of the tortoise?. I Olsen, J.P og B.G Peters (red): *Lessons from experience*. Oslo: Scandinavian University Press

Opedal, S og Rommetvedt. H. (2005) Foretaksfrihet eller stortingsstyring? I S. Opedal og I. M. Stigen (red.) *Helse - Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. (s. 64-84) Bergen: Fagbokforlaget

Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie (red.) (2005). *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, 2005-2009. *Soria Moria I*.

Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, 2009-2013. *Soria Mora II*.

Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet, 2013-2017. *Sundvollen-erklæringen*.

Prop 56 L (2014-2015) *Endringer i pasient og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*.

Ringdal, Kristen. 2014. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Slagstad, Rune. Helsefeltets strategier. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2012; 132:1479 – 85

Stamsø, Mary Ann (red.). (2009). *Velferdsstaten i endring . Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre, 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Stigen, Inger Marie (2005). Eierskap. Organisering og ledelse - mellom stabilitet og fornyelse. I S. Opedal og I. M. Stigen (red.) *Helse - Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. (s.27 - 46). Bergen: Fagbokforlaget.

Oppdragsdokumentet fra Helse og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

[Ot.prp.nr 66](#) Om lov om helseforetak m.m.

Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015

Årsrapport Helse Sør-Øst, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015

Nettsider:

Hoyre.no (utdatert) *Sykehus kan styres*. Hentet 17.februar 2016 fra

<http://www.hoyre.no/Aktuelt/Arkiv/Sykehus-kan-styres>

Hoyre.no (15.03.2016). *Fortsatt nedgang i ventetider og helsekø*. Hentet

25.april.2016 fra <http://www.hoyre.no/nb-no/aktuelt/nyheter/2016/fortsatt-nedgang-i-ventetid-og-helsek%C3%B8-til-sykehus>

Vg.no (12.08.2013) *Sykehuslegene fanget i papirmølla*. Hentet 9.mars 2016 fra

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/sykehuslegene-fanget-i-papirmoella/a/10119284/>

Arbeiderpartiet.no (30.01.2013) *Politiske mål og forventninger til*

spesialisthelsetjenesten. Hentet 8.februar 2016 fra <http://arbeiderpartiet.no/Om-AP/Historien/Taler/Jonas-Gahr-Stoere-Taler/Politiske-maal-og-forventninger-til-spesialisthelsetjenesten> 30.01.2013

Difi.no - (11.03. 2016) *Om Tidstyver*. Hentet 05.april 2016 fra

<https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/tidstyver/hva-er-en-tidstyv>

Regjeringen.no (25.11.2014.) *En enklere hverdag for folk flest*. Hentet 4.april fra

<https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/solberg/Regjeringens-satsingsomrader/Regjeringens-satsingsomrader/enklere-hverdag/id2397849/>

Årstall	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Sidetall	24 sider + vedlegg utdanning, legestillinger, styringsparameter, rapportering og tilleggsdokument.	21 sider + vedlegg utdanning, styringsparameter, rapportering og tilleggsdokument	21 sider + vedlegg utdanning, styringsparameter, rapportering og tilleggsdokument	12 sider + vedlegg utdanning og tilleggsdokument	11 sider + vedlegg utdanning og tilleggsdokument	7 sider + vedlegg tildeling av midler og utdanning.
Særskilte satsnings- områder (fra 2014 kalles de ikke lenger særskilte satsningsområder)	-Ventetider, pasientforløp og fristbrudd -Kvalitet og pasientsikkerhet -Tverrfaglig spesialisert behandling -Psykisk helsevern -Kreftbehandling -Innovasjon	-Ventetider -Kvalitetsforbedring -Pasientsikkerhet -Tilgjengelighet, brukervennlighet, brukermedvirkning. -Samhandlingsreformen -Kreftbehandling -Behandling av hjerneslag -Tverrfaglig spesialisert behandling	-Tilgjengelighet og brukerorientering -Kvalitetsforbedring -Pasientsikkerhet -System for innføring av nye metoder og ny teknologi -Samhandlingsreformen -Kreftbehandling -Behandling av hjerneslag -Psykisk helsevern -Tverrfaglig spesialisert behandling -Habilitering og rehabilitering -Behandling av ME -Fødselsomsorg -Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling -Kjeveleddsdysfunksjon -Livsstilsrelaterte tilstander -Helseberedskap -Utdanning av helsepersonell -Forskning og innovasjon	-Tilgjengelighet og brukerorientering -Kvalitet og pasientsikkerhet -Personell, utdanning og kompetanse -Forskning og innovasjon	-Pasientens helsetjeneste -Kvalitet og pasientsikkerhet -Personell, utdanning og kompetanse -Forskning og innovasjon	-Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. -Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling -Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
Antall mål	Overordnede mål: generelt beskrevet -Styringsparameter:26 -Oppgaver: 44	- Overordnede mål: 68 - Mål for 2012: 72 -Styringsparameter: 30	- Overordnede mål: 81 - Mål for 2013: 59 - Styringsparameter: 30	- Langsiktige mål: 19 - Mål for 2014: 30	- Langsiktige mål: 20 - Mål for 2015: 32	- Mål for 2016: 12 + andre oppgaver: 25

Rapportering	<ul style="list-style-type: none"> -Rapportering på aktivitet: antall DRG-poeng og vekst i ISF-finansiert aktivitet. -Rapportering på styringsparameter -Særskilt rapportering på pas m.behov for ablasjon og nasjonal pasientsikkerhetskampanje 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportering på aktivitet: omfang av antall DRG - Rapportering på styringsparameter - Rapportering på særskilte styringsparameter + 10 særskilte områder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportering på aktivitet: omfang av DRG - Rapportering på styringsparameter - Rapportering på særskilte parameter + 14 særskilte områder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportering på mål 2014 og 16 styringsparameter 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportering på mål 2015 og 16 styringsparameter 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportering på mål 2016, Andre oppgaver 2016 og Rapportering, samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. (Tabell m. 19 mål som skal rapporteres, tidligere kalt styringsparameter.)
Overordnede føringer	<ul style="list-style-type: none"> -Likeverdige tjenester -god og forsvarlig pasientbehandling -Oppfølging av Helsetilsynets rapporter -ledig kapasitet for diagnostikk og behandling utnyttes -Desentralisert sykehusstruktur -Ingen lokalsykehus skal legges ned -Ideelle sykehus er viktige samarbeidspartnere -begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelser 	<ul style="list-style-type: none"> - Likeverdige tjenester - God og forsvarlig pasientbehandling - Desentralisert sykehusstruktur - Samarbeid sykehus-kommune - Begrense bruk av deltid og midlertidighet - Bruk av privat rtg- og lab.virksomhet - Gå i økonomisk balanse 	<ul style="list-style-type: none"> - Likeverdige tjenester - God og forsvarlig pasientbehandling - Gå i økonomisk balanse - Lære kollektivt av feil og systemsvikt - Desentralisert sykehusstruktur - Beredskapsplaner - Redusere ventetiden ved bruk av private - Bruk av privat rtg- og lab.virksomhet 	<ul style="list-style-type: none"> - Likeverdige tjenester - God og forsvarlig pasientbehandling - Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet - Hovedoppgavene løses ved offentlige sykehus - Mer bruk av private for å redusere ventetid - Gode pasientforløp og nærhet til pasienten - Psykisk helsevern og TRS skal være samordnet og tilpasset pasienten 	<ul style="list-style-type: none"> - Likeverdige tjenester - God og forsvarlig pasientbehandling - Ivareta pasientens behov, verdier og preferanser - Pasientens mulighet for valg av behandlingsted styrkes - Hovedoppgavene løses ved offentlige sykehus - Mer bruk av private for å redusere ventetid - Styrke kreftbehandling - Forsøksordning hvor DPS overføres kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

*Det som i 2011 kalles "oppgaver" er det samme som "mål for.." I årene som følger. I 2011 er også de overordnede målene generelt beskrevet i teksten, og er derfor ikke så enkle å telle.

*Fra 2016 er strukturen på oppdragsdokumentet vesentlig endret. Endret oppbygging, det er ingen langsiktige mål og ingenting som heter styringsparameter. Det som tidligere ble kalt styringsparameter kalles i dette dokumentet mål 2016.

Forespørsel om deltakelse i intervju

”Rød eller blå sykehuspolitikk – har det betydning hvem som styrer sykehusene? ”

Bakgrunn og formål

Intervjuet er en del av en masteroppgave i Styring og ledelse ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Formålet med oppgaven er å belyse politisk styring av sykehusene, og de eventuelle likheter og forskjeller en rød eller blå regjering representerer.

For å få et innblikk i hvordan helsepersonell oppfatter egen arbeidshverdag og endringer i denne, vil jeg intervju helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten. Informasjonen som kommer frem i intervjuene vil kunne gi verdifull informasjon om hvordan politisk styring av sykehusene påvirker arbeidshverdagen til de ansatte. Hovedfokuset i intervjuet vil være tidspress og unødvendig byråkrati.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer deltagelse på et intervju. Intervjuet består av noen korte spørsmål. Spørsmålene vil omhandle din arbeidshverdag, og i hvilken grad du merker forskjell på hvilken politisk ledelse som styrer sykehusene. Intervjuet vil bli tatt opp, det er beregnet ca 30-45 minutter til hvert intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navn på deltagerne vil ikke arkiveres. Deltagere vil ikke kunne gjenkjennes i selve masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.05.2016.

Etter prosjektet er avsluttet vil datamaterialet slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien.

Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet og informasjonen vil ikke brukes i oppgaven.

Har spørsmål til studien, ta kontakt med Silje Naustvik, tlf 99744327.

Veileder er førsteamanuensis Mary Ann Stamsø ved Høyskolen i Oslo og Akershus, tlf 67238056

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Du samtykker til deltagelse i intervjuet ved å signere her:

Deltagerens navn og dato

Vedlegg 3:

Intervjuguide - semistrukturert samtaleintervjuintervju

Problemstilling:

Rød eller blå sykehuspolitikk - har det betydning hvem som styrer sykehusene?

Hva er et (seminstrukturert) samtaleintervju?

Formålet er å innhente informasjon, ikke å måle en teoretisk variabel. Vil tilføye noen perspektiver og eksempler til oppgaven. Respondenten er en informant med kunnskap om det jeg ønsker innsikt i. En god del åpne spørsmål, men lurt at sentrale spørsmål stilles noenlunde likt. Ferdig formulerte åpne spørsmål kan være en ide.

- Innledning - gjenta formålet med intervjuet, forsikre informanten om at informasjonen som kommer frem vil bli brukt konfidensielt.
- Registrere bakgrunnsinformasjon - yrkestittel, alder, kjønn, hvor lenge du har vært ansatt ved sykehuset.
- Viktig med oppfølgingsspørsmål. Kan du si noe mer om dette? Hvem, hva, hvor, hvordan
- Legg merke til kroppsspråk. Noter gjerne underveis eller etter intervjuet

Hva ønsker jeg å oppnå med intervjuet?

Utfyllende informasjon og nye perspektiver på temaer jeg til nå har kun belyst teoretisk. Se om det samstemmer med det teorien sier. Eventuelt andre perspektiver.

Tidsramme: 30-45 minutter

Innledning

Formålet med samtalen: masteroppgave i styring og ledelse ved HIOA. Oppgaven skal belyse den politiske styringen av sykehusene. Intervjuene jeg gjennomfører med helsepersonell er tilleggsinformasjon, for å få et innblikk i hvordan dere oppfatter ulikheter i politisk styring på egen arbeidshverdag.

Alt informasjon du deler med meg vil være anonym.

Er det greit at jeg tar opp samtalen? **Start lydopptak.**

Bakgrunnsinformasjon

Alder:

Kjønn:

Stillingstittel:

Hvor lenge har du jobbet ved sykehuset? :

Hoveddel - nøkkelspørsmål

- Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag? Eller så nærme som mulig
- Hva tenker du om tidspress i arbeidshverdagen?
- Oppfølging: har tidspresset økt de siste fire årene?
- Mener du det kan settes i sammenheng med hvem som sitter i regjering?
- Hvor stor del av arbeidsdagen din går med til ikke pasientnære oppgaver?
- Hvor stor del av dette mener du er unødvendig?
- Kan du gi meg noen eksempler på slike oppgaver
- Mener du dette har endret seg de siste 4 åren
- Mener du mer/mindre oppgaver knyttet til unødvendig administrasjon kan knyttes til hvem som sitter i regjering, eller ville dette ha skjedd uansett?

Avslutning/oppsummering

Kort oppsummering, de viktigste punktene. Er det riktig forstått? Avklare eventuelle misforståelser.

Er det noe annet du vil tilføye?