

Ventetider ved norske sykehus

En analyse av politiske tiltak for å redusere ventetider

Hilde Gavelstad



Masteroppgave i statsvitenskap

Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2016

Ventetider ved norske sykehus

En analyse av politiske tiltak for å redusere ventetider

© Hilde Gavelstad

2016

Ventetider ved norske sykehus. En analyse av politiske tiltak for å redusere ventetider

Hilde Gavelstad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat

Sammendrag

Denne masteroppgaven analyser effekten av politiske tiltak for å redusere ventetider ved norske sykehus. Det er gjort en bred gjennomgang av organisasjonsteori i forbindelse med offentlige reformer, tilgjengelig grunnlagsdata knyttet til helsereformene er gjennomgått og det er utført semistrukturerte intervjuer med nøkkelpersoner på høyt nivå i forvaltningen.

Teorien omhandler det instrumentelle perspektivet som beskriver rasjonelle prosesser knyttet til årsaksforhold og konsekvenser, myteperspektivet som fokuserer på organisasjonenes tilpasning til omgivelsene, mens kulturperspektivet bringer inn de begrensninger og muligheter som ligger i organisasjonskulturen.

Ventetider og ventelister har gått ned og er per i dag på linje med målsatte nivåer. I 2006 var gjennomsnittlig ventetid 71 dager, mens tilsvarende tall i mars 2016 var 61 dager. Fristbruddene er redusert fra 10 % høsten 2012 til 1 % våren 2016. Dette er meget positivt og skyldes at alle reformene, sykehusreformen i 2002, samhandlingsreformen og fritt behandlingsvalg, har hatt et vedvarende fokus på at ventelistene skal reduseres. Reformene har vært byggestener som alle har bidratt til å nå målene. En hovedfaktor bak resultatet er at staten tok over styringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene og opprettet de regionale helseforetakene. Departement og helseforetak har i stor grad tatt til etterretning og fulgt opp forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sine evalueringer. Økonomiske insentiver og fokus på mål og resultatstyring er det som har vært mest effektivt for å få ned ventetidene.

Det ble høsten 2015 satt ned et utvalg som skal vurdere organisering av helseforetakene. Innstillingen skal leveres i desember 2016. Utfra dokumentasjon i denne oppgaven og den positive utviklingen i forhold til sentrale mål er det grunnlag for å stille spørsmål med om det er riktig å endre organiseringen nå. Det tar lang tid å omstille helsesektoren og både reformen fra 2002, fritt sykehusvalg og samhandlingsreformen har trekk av historisk ineffektivitet.

Konkurranseselementet, som er en del av New Public Management, vil motivere de offentlige sykehusene i større grad, og kan ha en positiv effekt på ventetider. Reformene er i stor grad rasjonaliserte myter, de bærer preg av at de er tidsriktige og moderne og mål-middel styring står sentralt. Intervjuene underbygger at iverksatte tiltak i de regionale foretakene har økt bruken av tilbudet om fritt sykehusvalg/behandlingsvalg og bidratt til å nå målene om lavere ventetid.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært veldig lærerikt og spennende, og jeg vil gjerne takke veileder Tom Christensen for gode råd. Jeg vil rette en stor takk til informantene som stilte opp til intervju.

Jeg vil også gjerne takke familie og venner som har støttet og motivert meg gjennom dette arbeidet.

Eventuelle mangler og feil i oppgaven er mitt ansvar alene.

Hilde Gavelstad

Antall ord: 34 980

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
	1.1 Problemstilling.....	2
2	Teoretisk rammeverk	3
	2.1 Det instrumentelle perspektivet	3
	2.1.1 Den rasjonelle organisasjonen	5
	2.1.2 Mål- og resultatstyring.....	6
	2.2 Myteperspektivet	9
	2.2.1 New Public Management.....	11
	2.2.2 Organisasjonens omgivelser	11
	2.2.3 Handlende organisasjoner.....	13
	2.2.4 Politiske organisasjoner	14
	2.2.5 Handling og politikk i praktisk samspill.....	16
	2.2.6 Omdømme	17
	2.3 Kulturperspektivet	17
	2.3.1 Beslutningsadferd	19
	2.3.2 Endring i organisasjonskultur	19
	2.3.3 Samspill mellom politisk ledelse og embedsverk.....	20
	2.4 Metode	20
	2.4.1 Casestudier.....	20
	2.4.2 Semistrukturelle intervjuer	21
	2.4.3 Eliteintervjuer	21
	2.4.4 Validitet og reliabilitet.....	22
3	Kontekst.....	23
	3.1 Sykehusreformen 2002	23
	3.2 Ventetider i Norge	24
	3.3 Fritt sykehusvalg for å utvikle pasientenes rettigheter	25
	3.4 Samhandlingsreformen	27
	3.5 Fritt behandlingsvalg som supplement til fritt sykehusvalg	29
	3.6 Uavhengige variabler som kan påvirke ventetidene	32
4	Datagrunnlag; dokumentstudier og intervjuer.....	34
	4.1 Helsesektoren i Norge.....	34
	4.2 Sykehusreformen av 2002	38
	4.3 Fritt sykehusvalg.....	40

4.4 Samhandlingsreformen	42
4.5 Fritt behandlingsvalg	46
4.6 Intervjuer	47
4.6.1 Sykehusreformen av 2002	47
4.6.1.1 Organisering	47
4.6.1.2 Ventetider	49
4.6.1.3 Kvalitet og produktivitet.....	52
4.6.1.4 Informasjon og omgivelser.....	54
4.6.2 Samhandlingsreformen	55
4.6.2.1 Organisering	55
4.6.2.2 Ventetider	59
4.6.2.3 Kvalitet og produktivitet.....	60
4.6.2.4 Informasjon og omgivelser.....	61
4.6.3 Fritt sykehusvalg/fritt behandlingsvalg	62
4.6.3.1 Organisering	62
4.6.3.2 Ventetider	63
4.6.3.3 Kvalitet og produktivitet.....	64
4.6.3.4 Informasjon og omdømme.....	64
4.7 Utvikling i ventelister og ventetider	65
5 Drøfting og analyse.....	68
5.1 Generelt	68
5.2 Det instrumentelle perspektivet	69
5.2.1 Organisering, mål og resultat.....	69
5.2.2 Sykehusreformen 2002	72
5.2.3 Samhandlingsreformen	74
5.2.4 Fritt sykehusvalg/fritt behandlingsvalg	75
5.3 Myteperspektivet	77
5.3.1 Generelt	77
5.3.2 Politiske og handlende organisasjoner.....	78
5.3.3 Sykehusreformen 2002	80
5.3.4 Samhandlingsreformen	80
5.3.5 Fritt sykehusvalg/behandlingsvalg	81
5.4 Kulturperspektivet	82
5.4.1 Sykehusreformen 2002	84
5.4.2 Samhandlingsreformen	84

5.4.3 Fritt sykehusvalg/behandlingsvalg	85
6 Konklusjoner og samlet vurdering.....	86
Litteraturliste.....	88
Vedlegg.....	92

1 Innledning

Lange ventelister og ventetider har vært en hovedårsak til de fleste politiske tiltak rettet mot helsesektoren. De er fortsatt for lange mener både politikere og media. Man er uenige om hvordan man skal få ventelistene og ventetidene ned på et akseptabelt nivå og hva som er et akseptabelt nivå. Fokuset etter sykehusreformen av 2002 har vært på å bedre og styrke pasientenes rettigheter i helsevesenet. Kjerneverdiene om en likeverdig helsetjeneste for alle er en rød tråd i alle de senere reformene.

I sykehustalen som Bent Høie holdt 7. januar 2015 ble lange ventelister nok en gang nevnt som noe som man fortsatt må jobbe med for å reduseres ned på et akseptabelt nivå. Det ble påpekt at kvaliteten på sykehusene skal utjevnes slik at det blir et bedre grunnlag for fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Det er også slik at de svakeste i samfunnet ikke får den hjelpen de trenger (Høie, 2015).

Det som er viktig er at effektiviteten i sykehusene ikke går på bekostning av pasientens beste. Effektivitet i sykehusene kan være at man reduserer antall liggedøgn, noe som vil kunne bedre kapasiteten hos sykehusene og de kan behandle flere pasienter. Det som her kan være problemskapende er hvis pasienter blir skrevet ut for tidlig, og eventuelt få komplikasjoner etter behandlingen som følge av dette.

Etter sykehusreformen i 2002 har fokuset vært på å videreutvikle pasientenes rettigheter og at pasientene skal få mer bestemmelsesrett over egen behandling. Dette innebærer at man skal ha rett til å velge hvor man skal behandles.

Helsesektoren er en politisk viktig og økonomisk tung sektor, dermed vil en reorganisering av den sentrale forvaltningen bli sett på som en politisk viktig sak (Christensen, 1994, s.26). Et dilemma i helseforvaltningen er at det som er politisk mulig og økonomisk ønskelig kan være en motsetning til faglige prioriteringer og premisser (Christensen, 1994, s.30). Hensynet til pasientens rettsikkerhet og likeverdig tilbud har bestandig stått sterkt.

Sykehussektoren er en etablert instans der man er avhengig av rutiner for å kunne fungere optimalt. De endringene som har skjedd i sykehussektoren er på et overordnet plan og endringer i rammebetingelsene (Sørås, 2007, s.22). De endringene som har skjedd innenfor sykehusene kan bli sett på som isolerte enkelttiltak, og som ikke planlegges med syn på sykehusene helhetlig. Utviklingen av sykehus har historisk sett vært på bakgrunn av teknologisk og medisinsk utvikling og ikke like mye på bakgrunn av markedsbehov (Sørås, 2007 s.23).

Sykehusreformen som ble innført i 2002 var en omorganisering av helsesektoren i Norge. Hovedpunktet i denne reformen var at staten tok over det overordnede ansvaret for helseforetakene som tidligere hadde vært fylkeskommunens ansvar. Reformen skulle legge grunnlaget for en mer helhetlig styring av helsevesenet ved å samle det under Helse- og Omsorgsdepartementet (Sintef, 2011). Ved å gjøre dette fikk man en bedre oversikt over helsevesenet, og man fikk muligheten til å utnytte ressursene bedre.

Som en del av helsereformen av 2002 ble det lagt frem mulighetene for fritt sykehusvalg. Dette for å videre kunne utnytte ressursene bedre. En av de sentrale målsetningene ved helsereformen i 2002 var å redusere ventetidene hos spesialisthelsetjenesten (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.9).

En av grunnene til at sykehusreformen av 2002 ble iverksatt var at ventelistene var for lange (Prop. 56 L (2014-2015), s.14). Etterkant av reformen gikk ventetidene ned, dette kan muligens forklares av med rydding i ventelistestatistikken.

Som en direkte effekt av helsereformen i 2002, ble det i 2003 iverksatt fritt sykehusvalg. Dette innebærer at man som pasient kunne velge fritt blant sykehusene i sin egen region, men også på tvers av helseregionene. Dette er en veldig god mulighet for å kunne bruke kapasiteten på en effektiv måte og dermed kunne redusere ventelistene.

Bakgrunnen for at Samhandlingsreformen ble utviklet var at det var utfordringer ved helsevesenet både knyttet til pasientperspektivet og til det samfunnsøkonomiske perspektivet (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s.13). Økt samhandling vil kunne videreutvikle og bedre de eksisterende tilbudene helsetjenestene og videre ha muligheten til å påvirke ventelistene. Selv om økt samhandling er viktig er det også viktig at man fortsetter kvalitetsarbeidet rettet inn mot de enkelte institusjonene.

1.1 Problemstilling

For å analysere effekten av de politiske tiltakene på ventetidene i de norske sykehusene, har masteroppgaven en todelt problemstilling:

- a) Har helsereformene fra 2002 frem til idag bidratt til reduserte ventetider?
- b) Hva forklarer utviklingen/endringen i ventetider?

2 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet definerer det teoretiske rammeverket for denne masteroppgaven. Teorien er gruppert i følgende hovedtemaer:

- Det instrumentelle perspektivet
- Myteperspektivet herunder New Public Management
- Kulturperspektivet

Det instrumentelle perspektivet beskriver rasjonelle prosesser knyttet til årsaksforhold og konsekvenser, myteperspektivet fokuserer på organisasjonenes tilpasning til omgivelsene, mens kulturperspektivet bringer inn de begrensninger og muligheter som ligger i organisasjonskulturen (Christensen mfl, 2009, s.23). Grunnen til at organisasjonsteori blir brukt i forskning er spørsmålet om hvordan organisasjoner kan bli mer effektive (Selznick, 1997, s.16). Rammeverket knyttet til disse perspektivene gir et godt teoretisk grunnlag for å vurdere ulike effekter av helsereformene som behandles i denne masteroppgaven.

2.1 Det instrumentelle perspektivet

Det instrumentelle synet på offentlige organisasjoner handler om at man ser på dem som redskaper eller instrumenter som brukes for å oppnå mål som er viktige for samfunnet. En formell normativ struktur kan brukes som et verktøy for å oppnå ønskede resultater (Egeberg, 1984, s.25). Knytter man dette til helsekøer og ventelister vil det si at organisasjonene handler formålsrasjonelt for å redusere disse. Man vurderer de virkemidlene og ressursene man har for å nå målene, og foretar valg mellom virkemidlene. Man kan også se det instrumentelle perspektivet i selve organisasjonsstrukturen, dersom denne er utformet på bakgrunn av mål-middel-vurderinger (Christensen mfl., 2009, s.33). Desto større en organisasjon er, desto klarere er den formelle organisasjonsstrukturen (Egeberg 1984, s.57).

Det er mulig å skille mellom to ulike varianter av det instrumentelle perspektivet. Den ene er en hierarkisk variant og den andre er en forhandlingsvariant. I den hierarkiske varianten ser man enhetlig på hele organisasjonen og det legges vekt på mål-middel-sammenhenger. I forhandlingsvarianten er organisasjonen sammensatt av ulike underenheter som kan ha mål, kunnskaper og interesser som er delvis motstridende. I denne varianten er det nødvendig med samarbeid og forhandlinger mellom flere aktører for å oppnå ulike mål og ivareta organisasjonens interesser. (Christensen mfl., 2009, s.34). Den formelle normative strukturen

kan deles opp i to. Den ene er en beslutningsstruktur som regulerer deltagelse og aktivisering og den andre er en aksessstruktur som regulerer problemløsning og definering (Egeberg, 1984, s.21).

Konsekvenslogikk er viktig for å forstå handlingene til organisasjonen dersom man ser på organisasjonen som et instrument. Hvorfor benyttes de aktuelle virkemidlene for å oppnå ulike mål? Utfordringene for en organisasjon kan defineres som avstanden mellom den virkelige tilstanden og den ønskede tilstanden (Christensen mfl., 2009, s.35).

Handlingene organisasjonen utfører for å lukke avstanden mellom virkelig og ønsket tilstand helt eller delvis er formålsrasjonelle handlinger. Denne typen handlinger består av fire elementer: definere målet og avstanden dit, hvilke alternativer er mulig, konsekvensene av disse og beslutningsreglene i prosessen.

I en byråkratisk organisasjonsform er det et hierarki som råder. Denne organisasjonsformen er også preget av arbeidsdeling og rutiner. Det finnes både vertikal og horisontal spesialisering (Christensen mfl., 2009, s.37). Horisontal spesialisering går ut på at det er ulike avdelinger som er like «viktige», men har ulike arbeidsoppgaver. Vertikal spesialisering går ut på at arbeidsoppgavene blir lagt til ulike nivåer i en organisasjon eller til organisasjoner på ulike nivåer.

Man skiller også mellom sentralisering og desentralisering i forbindelse med offentlige organisasjoner (Christensen mfl., 2009, s.41). Sentralisering går ut på at beslutningene blir tatt på et overordnet nivå og blir fulgt opp på et lavere nivå. Desentralisering går ut på at beslutningsmyndigheten blir overført til et lavere nivå. Forholdet mellom sentralisering og desentralisering, og at begge former kan eksistere samtidig, blir godt beskrevet med innføringen av sykehusreformen i 2001, der det ble valgt å sentralisere ved at staten tok over ansvaret og eierskapet til sykehusene, mens det samtidig ble opprettet regionale helseforetak som innebar desentralisering (Christensen mfl., 2009, s.41).

Valg av et spesialiseringsprinsipp vil potensielt ha en stor innvirkning inn på hvordan problemer blir løst og håndtert innenfor den offentlige organisasjonen (Christensen mfl., 2009, s.42). Samordning til spesialiseringen er et mulig påvirkningsmoment, og det kan samordnes i ulike grader i og på tvers av organisasjoner. Innenfor helsepolitikken er det for eksempel en samhandling mellom ulike departementer, og på tvers av nivåene i den helsepolitiske beslutningsrekken. Oppgavene det øverste nivået i en organisasjon pålegger nivåene under kan videre sees på som en offentlig plikt (Christensen mfl., 2009, s.43).

Andre aktører kan legge begrensninger på hvilke handlingsvalg som er mulige for organisasjonen (Christensen mfl., 2009 s.44). Dette kan man for eksempel se ved at helse- og omsorgsdepartementet departementet får bevilgninger til gjennomføre ulike tiltak. Bevilgningene kan imidlertid sette begrensninger på hvilke handlinger som faktisk er mulig. Helse- og omsorgsdepartementet fordeler ressursene og setter føringer på hvordan ressursene skal brukes i de regionale helseforetakene.

Kjennetegn ved handlings miljøet kan ha stor betydning for hvordan organisasjonsstrukturen bør utformes ut fra formålsrasjonalitet. Det er to dimensjoner ved handlingsmiljøet, det er om miljøet er stabilt eller skiftende og om det er homogent eller heterogent. Kombinasjonene av disse dimensjonene gir grunnlag for fire ulike typer organisasjonsstrukturer (Egeberg, 1984, s.55).

Kombinerer man homogent og stabilt handlingsmiljø oppnår man et miljø som gjør det lite ressurskrevende å samhandle med omgivelsene. Et eksempel på dette er samarbeid mellom et departement og et underliggende direktorat eller andre underliggende aktører, fordi omgivelsene i en slik organisering representerer forutsigbarhet. Kombinerer man homogene omgivelser med skiftende omgivelser, for eksempel ved at man desentraliserer til regionale underenheter oppnår man en potensielt større usikkerhet på bakgrunn av de skiftende omgivelsene, og det krever større ressursbruk (Christensen mfl., 2009, s.46). Det er dette som potensielt skjer med de regionale helseforetakene.

Ledelsen i en organisasjon kan gjennom utforming av strukturelle trekk i organisasjonen påvirke i hvilken grad organisasjonen kan nå sine mål (Christensen mfl.,2009, s.48). De kan utforme hvordan arbeidsfordeling, rutiner, og den hierarkiske oppbygningen blir gjennomført. Organisasjonen kan videre bestemme hvem som har mulighet til å være med på utformingen av handlingen gjennom valg av arbeidsgrupper, styringsgrupper og høringsinstanser.

2.1.1 Den rasjonelle organisasjonen

Den formelle organisasjonsstrukturen og rasjonelle prosesser skaper kapasitet og mulighet for organisasjonen til å realisere bestemte mål, selv om den legger begrensninger på handlingsvalget til det enkelte medlemmet av organisasjonen (Christensen mfl.,2009, s.43). Endringer i organisasjonen kommer gjennom planlagte og organiserte prosesser. Organisasjonsendring kan være et instrument for å påvirke andre prosesser (Egeberg, 1984, s.47).

Fullstendig formålsrasjonalitet innebærer at organisasjonen har mål som er klare og konsistente, har fullstendig oversikt over alle mulige alternativer samt full innsikt i de ulike konsekvenser. Begrenset rasjonalitet defineres som at målene er uklare og inkonsistente, og problemene er komplekse (Egeberg, 1984, s.28). Dette innebærer at man ikke er fullstendig klar over de ulike alternativene og konsekvensene av disse. Dersom dette er tilfellet velger organisasjonen et alternativ som gir god nok grad av tilfredsstillelse i måloppnåelsen (Christensen mfl., 2009, s.36).

Mulighetene for at en organisasjon skal kunne nå sine mål kommer an på deres forståelse for mål-middel-bruk. En situasjon der ledelsen gjennom hierarkisk styring har stor evne til rasjonell kalkulasjon, sammen med stor grad av både politisk og sosial kontroll ovenfor andre aktører, er idealet for formålsrasjonell tenkning (Christensen mfl., 2009, s.49). Summen av organisasjonsmedlemmenes adferd fremmer organisasjonens mål (Egeberg, 1984, s.27).

2.1.2 Mål- og resultatstyring

Man kan definere mål som noe man ønsker å oppnå eller realisere i fremtiden. Offentlige organisasjoner er som regel orientert kollektivt mot å nå definerte mål (Christensen mfl.,2009, s.99). Man setter mål for å gi sentrale rammer og retningslinjer for aktivitetene i en organisasjon. Målene er viktige for at man skal kunne ha en formell organisasjon, fordi organisasjonen må være til for noe eller noen. Mål vil i varierende grad være koblet til organiseringen av organisasjonen og i varierende grad kunne påvirke den faktiske beslutningsadferden (Christensen mfl., 2009, s.99).

Mål er ikke kun mål som vurderingskriterier, men mål kan også være standarder på de aktuelle vurderingskriteriene (Vedung, 2009, s.91). For å kunne vurdere effekten av mål- og resultatstyring er det to spørsmål som stilles. Det første er i hvilken grad målene har blitt oppfylt, og det andre er i hvilken grad innsatsen har bidratt til å nå målene.

Målene er viktige for at en organisasjon skal kunne måle resultatene av det arbeidet en organisasjon har arbeidet med. Uklare mål kan bidra til at lederskapet i en organisasjon får større fleksibilitet i beslutningsprosessen og handlingene, og det blir vanskeligere å plassere ansvar (Christensen mfl., 2009, s.99).

Denne måten å tenke på mål på er koblet til en instrumentell tenkemåte, målene er i denne sammenhengen formålsrasjonelle. Verdiene i en organisasjon representerer det kulturelle perspektivet, de er uformelle hensyn og normer som gir en moralsk ramme (Christensen mfl., 2009 s.100). Verdier kan reflektere formelle mål og strukturer. Åpne mål som er abstrakte er

generelle rettesnorer for organisasjonen. Slike mål vil være preget av symboler og er da koblet til myteperspektivet. Disse symbolene og abstrakte målene kan brukes for å få bred legitimitet i befolkningen og oppslutning rundt organisasjonen (Christensen mfl., 2009, s.100). Mål og resultatstyring er dermed knyttet til alle tre perspektivene.

Målene som blir satt i offentlige organisasjoner kan også være konkrete, spesifiserte, standardiserte og instrumentelle mål som man kan bruke til å designe organisasjonen. Innenfor rammene til de store og brede målene i en organisasjon er det som regel en rekke operasjonelle mål. Men siden ressursene ikke strekker til må organisasjonen velge seg ut noen mål som det blir fokusert på. Uformelle mål er også noe man kan ha i en organisasjon, dette er mål som ikke er konkret skrevet ned og implementert. Målene er for eksempel føringer fra ledelsen om hvordan man skal utøve mer skjønn i behandlingen (Christensen mfl., 2009, s.101).

Ut fra et instrumentelt perspektiv er det ikke hvordan organisasjonen kommer frem til målene som er interessant, men sammenhengen mellom mål, virkemidler og konsekvenser (Christensen mfl., 2009, s.101). Deler av NPM-reformene er basert på dette, der det ikke settes spørsmålsteget ved etablering og iverksetting av målene, og aktørene involveres heller ikke i særlig stor grad. Man kan også i den enkelte sektor se at organisasjonen i stor grad kun er opptatt av sine egne mål, institusjonsbestemte eller lokal rasjonalitet, og dette er ikke en garanti for kollektive eller helhetlige mål. (Christensen mfl., 2009, s.103).

Målenes utforming kan enten være basert på endringer i omgivelsene eller interne forhold. Når for eksempel ventelistene i et sykehus øker viser dette at det muligens er slik at organisasjonskulturen internt er i utakt med problemer utenfor organisasjonen. Målene blir satt på overordnet nivå, men måloppnåelsen er betinget av organisasjonsmedlemmenes vilje og evne til å følge de opp samt klare og strukturelle rammer (Christensen mfl., 2009, s.104).

En annen måte å komme frem til mål er gjennom forhandlinger i et heterogent miljø, og de kan bære preg av å være kompromisser. Man kan ha ulike, nesten motstridende, mål på ulike tidspunkter. Denne sekvensielle oppmerksomheten målene får kan være preget av situasjonen. Et eksempel på dette er at man i starten av 2000-årene i Krf/Høyre-regjeringen fokuserte mye på reformer som bar preg av NPM-orientering, men etter 2005 når Arbeiderpartiet kom til makten var det mer støtte omkring post-NPM og styring sammen med samhandling (Christensen mfl., 2009, s.105). Dette er nå på nytt snudd gjennom Høyre/Frp regjeringen som kom til makten i 2013.

Innenfor det kulturelle perspektivet er mål en kilde til identifisering og motivasjon. I dette perspektivet har ikke de formelle mål betydning for adferden til de ansatte i en organisasjon,

det er de uformelle mål som vokser frem som et resultat av en naturlig prosess som er viktig. Dersom uformelle mål utvikler seg tett mot de formelle målene og er oppgaverelaterte, kan de uformelle målene støtte opp under skjønnsutøvelse og gjennomføring av handlingene (Christensen mfl, 2009, s.106).

Mål i myteperspektivet er situasjonsbestemt og utvikles og bestemmes ut fra press fra omgivelsene. Målene er her symboler, visjoner og ideer. Dette er for eksempel symbolske mål for å markere beslutningskraften til en ny regjering (Christensen mfl., 2009, s.107).

Typiske mål i offentlige organisasjoner er som regel vage og komplekse (Christensen mfl., 2009 s.107). Målene må ofte ta hensyn til mange for å bygge bro over interessenetninger, samt at de gir lederne en stor grad av fleksibilitet. En annen grunn til at målene er vide er at det er vanskelig å forutse om de er fornuftige eller realistiske (Selznick, 1997, s.57).

Visjoner og overordnede politiske mål gir fleksibilitet, og kan gi politikere økt legitimitet ettersom de blir ansett som handlekraftige. Men organisasjonen kan også få et problem dersom visjonene ikke har sammenheng med de faktiske handlingene (Christensen mfl., 2009, s.109).

Mål og resultatstyring innebærer et større fokus på å operasjonalisere mål for offentlige organisasjoner. Alle statlige virksomheter må ha en organisasjonsplan som inneholder overordnede mål, spesifiserte mål, spesifisert ansvar for å nå målene, samt mekanismer for rapportering og straff/belønning (Christensen mfl., 2009, s.110).

Man forbinder gjerne mål- og resultatstyring med New Public Management. Men i en offentlig sektor som er preget av uklare mål blir det stilt spørsmål til om det i det hele tatt er mulig å utvikle klare offentlige mål. Det kan også utvikle seg slik at man måler det man kan måle, og bortprioriterer det som er vanskelig å måle gjerne av kvalitativ karakter. Et eksempel på dette er den utbredte målingen gjennom DRG-systemet i helsesektoren, der man belønnes eller straffes, som kan få større fokus enn den kvalitative pleien (Christensen mfl., 2009, s.111).

Ideallet er at politiske mål skal utvikles i den politiske ledelsen, samt reflektere befolkningens ønsker, og iverksettes i administrasjonen. Politikerne bruker imidlertid ofte aktivitetsmål og resultatindikatorer utviklet på et lavere nivå i organisasjonen som mål. (Christensen mfl., 2009, s.111).

Når målstyring ble implementert i norsk offentlige forvaltning, ble det uttalt at det skulle være et stort fokus på mål og midler og mindre regelstyring. I praksis har det blitt kombinasjon av mål og regelstyring. Det ligger et komplekst sett av offentlige normer og verdier til grunne for de offentlige målene. Verdier kan videre komme implisitt gjennom vedtak om mål, lover og

regler. Man kan for eksempel se i moderne reformer at det kommer frem ulike verdier som individuelle valg og kostnadseffektivitet (Christensen mfl., 2009, s.113).

2.2 Myteperspektivet

Myteperspektivet blir ofte referert til som den ny-institusjonelle skolen. Hovedlinjene i dette perspektivet er at organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, der de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet (Christensen mfl., 2009, s.75).

Dette medfører at organisasjonene blir mer like over tid, og myteperspektivet skiller seg derfor fra kulturperspektivet som sier at organisasjoner blir mer ulike over tid som en konsekvens av det kulturelle mangfoldet (Christensen mfl., 2009, s.75).

Myteperspektivet er opptatt av verdier i omgivelsene, disse er mer skiftende, og det er de sosialt skapte normene i den institusjonelle omgivelsen som kalles for myter. Myter kan være brede ved at de retter seg inn mot mange ulike typer organisasjoner, eller de kan være smale, presise oppskrifter som er rettet mot en avgrenset gruppe virksomheter (Christensen mfl., 2009, s.76). Myter kan beskrives som byggesteiner, komponenter eller formelementer som er institusjonaliserte.

Myter kan også tas inn i en organisasjon uten at det påvirker instrumentelle effekter, myter kan på denne måten fungere som et utstillingsvindu. Dette kan illustreres ved at politiske og offentlige ledere snakker mye om reformer med en retorikk som gjør at folk tror de setter reformen ut i livet, mens de i realiteten gjør lite for det (Christensen mfl., 2009, s.76). Det viser seg at det er tydelig forskjell mellom snakk og faktisk handling.

Organisasjoner må søke legitimitet og aksept fra omgivelsene For at en organisasjon skal få legitimitet av omgivelsene må de leve opp til fundamentale vestlige modernitetsnormer om kontinuerlige fremskritt, rasjonalitet og fornyelse. Dette kommer frem ved at offentlige organisasjoner blir «konfrontert» med generelle ideer og tydelige oppskrifter på hvordan moderne, tidsriktige og dermed legitime organisasjoner bør se ut (Christensen mfl., 2009, s.76).

Myter kan være moter, siden de generelle ideene om hva som er tidsriktig kan komme og gå. I løpet av de siste årene kan man si at det har vært på moten å ha fristilte organisasjonsoppgaver, konkurranseutsetting og et klart skille mellom ulike typer offentlige oppgaver (Christensen mfl., 2009, s.76).

En organisasjon ofte må forholde seg til mange ulike strukturer, prosesser og rutiner, som kan være inkonsistente og skifte over tid. Disse strukturene fra de institusjonelle omgivelsene kan man kalle for institusjonaliserte elementer og rasjonaliserte myter. En myte på hvordan man bør utforme deler av en organisasjon er dermed en legitimert oppskrift (Christensen mfl., 2009, s.76).

Det er to ting som kjennetegner rasjonaliserte myter. Det første kjennetegnet er at de er effektive redskap en organisasjon kan bruke for å få en god måloppnåelse. Myten blir rasjonalisert ved at den ved hjelp av argumentasjon skaper en overbevisning om at den er et effektivt virkemiddel. Det andre kjennetegnet på en rasjonalisert myte er at den er institusjonalisert, uavhengig av om den har den forventede virkningen eller ikke. De er institusjonalisert fordi det tas for gitt at de er de mest moderne og effektive måtene å organisere seg på. (Christensen mfl., 2009, s.77).

En annen årsak til at myteperspektivet har blitt mer sentralt i de senere årene, er at offentlige institusjoner er blitt mer påvirket av ideer utenfra. Dette gjelder særlig ideer fra den private sektoren, som man forsøker å få innpasset i de offentlige organisasjonene (Christensen mfl., 2009, s.78).

Populære ideer i offentlige organisasjoner kan være balansert målstyring, flat struktur og selvstendige resultatenheter (Christensen mfl., 2009, s.79). Mål- og resultatstyring er også en av de nyere ideene som har blitt tatt opp i en rekke norske organisasjoner.

Organisasjonens implementering eller adoptering av en rasjonalisert myte har som regel ikke en tidsmessig start og slutt (Christensen mfl., 2009, s.90). Det starter som regel med at man i ledelsen ser at en rasjonalisert myte eller oppskrift kan muligens løse noen lokale problemdefinisjoner man har i organisasjonen. En rasjonalisert myte kan være tvangsmessig (pålegg gjennom forskrifter), normative (verdibasert) eller en etterlikning (mimetisk adoptering) (Christensen mfl., 2009, s.91).

Selv om rasjonaliserte idéer blir adoptert, er det ikke automatisk slik at de blir iverksatt. Det er tre mulige hendelser som kan skje når man forsøker å iverksette organisasjonsideer: rask tilkobling (konsepter tas raskt i bruk), frastøting (konseptene passer ikke i komplekse organisasjoner) og frikobling (konseptene fristilles øvrig organisasjon) (Christensen mfl., 2009, s.91; Røvik, 2009, s.338). I tillegg til teoriene om rask tilkobling, frastøting og fristilling, er det to teorier som inkluderer tidsaspektet. Det er virusteorien og oversettelsesteorien som beskriver konseptenes utvikling over tid i en organisasjon.

Myter kan fremstå i lys av det instrumentelle-rasjonelle perspektivet som en form for redskap en organisasjon kan bruke for å oppnå mer effektivitet i organisasjonen. Ut fra et institusjonelt perspektiv kan rasjonaliserte myter fremstå som meningsbærende symboler. Ved at de er rasjonaliserte, fremstiller man dem som redskaper for å modernisere og effektivisere (Christensen mfl., 2009, s.96).

2.2.1 New Public Management

New Public Management (NPM) er nye moderne organisasjonsmodeller for offentlig sektor basert på prinsipper fra privat sektor. Kjernen i NPM er ideer om selvstendige resultatenheter, konkurranse, samt profesjonell styring og ledelse. (Røvik, 2009, s.34).

Det finnes også ideer som er motstridende og konkurrerende på hvordan man skal forme samme del av organisasjonen, et eksempel på dette er ideene om målstyring og total kvalitetsledelse (Christensen mfl., 2009, s.80). Målstyring går ut på at man får ressurser til disposisjon og disse skal anvendes for å nå målene, man får her ganske store frihetsgrader til hvordan man skal disponere ressursene. I total kvalitetsledelse innebærer at man skal ha en kvalitetssikker arbeidsprosess, der man tar stilling til hvem som skal gjøre hva, hvilken rekkefølge arbeidsoppgavene skal følge, hvordan man skal rapportere og unngå avvik. Selv om kvalitetsstyring og målstyring blir beskrevet som motsetninger så er det relativt mange organisasjoner i offentlig sektor som forsøker å iverksette og anvende dette samtidig (Christensen mfl., 2009, s.81). Grunnen til dette er at rasjonaliserte myter, i form av organisasjonsoppskrifter er ikke fysiske gjenstander, men immaterielle ideer, de har ikke fått en endelig utforming når de blir tatt inn i organisasjonen. Ideene er elastiske og man kan bruke dem til å utvikle sine egne varianter og tilpasse dem sin egen organisasjon (Christensen mfl., 2009, s.81). Ideene, mytene, sin elastisitet varierer, noen er løse, mens andre oppskrifter inneholder mer i detalj hva som skal gjøres.

2.2.2 Organisasjonens omgivelser

Organisasjoner må forholde seg til motstridende forventninger og krav fra omverdenen, noe som i stor grad påvirker hvordan de utformes. Et vanlig syn på organisasjoner er at de eksisterer for å skape en kollektiv koordinert handling, og man kan da evaluere deres evne til å utføre slike handlinger (Brunsson, 2006, s.2). Hvordan organisasjoner er strukturert kan bli forklart ut fra deres ambisjoner om å oppnå effektive prosesser (Brunsson, 2006, s.3). For å få støtte i

omgivelsene må produktene organisasjonen produserer reflektere verdier og normer i organisasjonens omgivelser, samtidig må produktene bli ansett som verdifulle. Mange organisasjoner, som for eksempel sykehus, kan ha vanskeligheter med å vise sine produkter til omgivelsene, og det er da andre metoder som kan benyttes for å oppnå støtte og legitimitet fra omgivelsene (Brunsson, 2006, s.4).

Strukturer, ideologier og prosesser kan reflektere normer i omgivelsene like mye som det produkter kan gjøre. Ved å strukturere organisasjonen langs linjer som er sett på som effektive, rettferdige, rasjonelle og moderne, kan organisasjonen oppnå forståelse fra omgivelsene. På forskjellige tidspunkter er det ulike organisasjonsformer som er på moten, og organisasjonene må ta hensyn til dette for å kunne tilfredsstillе omgivelsene. Et eksempel på dette er synspunkter knyttet til sentralisering eller desentralisering og ulike organisasjonsstrukturer både vertikalt og horisontalt (Brunsson, 2006, s.5).

I et sykehus kan det være vanskelig å vurdere hvor mange pasienter som faktisk har blitt kurert. Det som er viktig er at sykehusene følger opp normene og metodene som er fastsatt av myndighetene. I de senere årene er normer som representerer en større økonomisk rasjonalitet blitt mer vanlig. Dersom en organisasjon ikke klarer å innfri en norm, kan målsettingene si noe om en organisasjons intensjoner om å gjøre dette (Brunsson, 2006, s.5).

For at en organisasjon skal vinne støtte på bakgrunn av sine strukturer, ideologier og prosesser må de demonstrere til omgivelsene og vise at disse er nødvendige for å kunne produsere en organisert handling. Men i den virkelige verden blir ikke en organisasjon bedømt på kun produkter eller strukturer, ideologier og prosesser, det er som regel en kombinasjon av dette som må til for å tilfredsstillе omgivelsene. Det institusjonelle miljøet med strukturer, ideologier og prosesser, er ikke like viktig for alle organisasjoner, men det kan argumenteres for at det er spesielt viktig for sykehus og banker (Brunsson, 2006, s.6).

Normene som omtaler strukturer, ideologier og prosesser er ofte forklart og rettferdiggjort gjennom at de skal bidra til effektivitet (Brunsson, 2006, s.6). Men normene som blir påkrevd fra omgivelsene er ikke alltid like lett å kombinere med effektivitet i den virkelige verden. Dersom dette er situasjonen kan det oppstå to sett med prosesser og strukturer, en formell og en uformell organisasjonsstruktur. Den formelle organisasjonsstrukturen kan lett tilpasses til nye moter og lover. Det er også slik at det da oppstår to ulike organisasjonsprosesser. Den ene genererer handling, og den andre gjør ikke det, men blir beholdt for å vise resultater for omgivelsene (Brunsson, 2006, s.7).

Organisasjoner kan også stå for «dobbelprat», det at de har ulike ideologier som blir brukt utad og innad. Denne todeltheten er ofte en nødvendighet til den moderne organisasjonen som vil handle i forhold til krav til rasjonalitet og rettferdighet, og samtidig generere koordinert handling effektivt (Brunsson, 2006, s.7).

Denne tosidigheten er en måte å takle inkonsistente omgivelser. Ulike profesjonelle grupper, både innenfor og utenfor organisasjonen, kan ha forskjellige ideer for hvordan en organisasjon skal drives. Inkonsistente normer er vanskelig å takle og reflektere samtidig, samt vanskelig å kombinere med organisatorisk handling som i stor grad krever stabilitet (Brunsson, 2006, s.8).

En organisasjons struktur, ideologi og prosesser er tradisjonelt beskrevet som viktige instrumenter for koordinasjon og produksjon, men de kan også være et resultat og stå frem som organisasjonens produkt (Brunsson, 2006, s.10). Løsningen for organisasjoner som befinner seg i et inkonsistent miljø, er i prinsippet å bygge denne inkonsistensen inn i organisasjonen og la struktur, ideologi og prosesser reflektere ulikheten i omgivelsene, men dette vil kunne gjøre det vanskelig å produsere organisert handling (Brunsson, 2006, s.13).

For at en organisasjon skal kunne oppnå legitimitet i sine omgivelser, er de enten avhengige av handlingen til organisasjonen eller dens evne til å reflektere de inkonsistente normene. Idealtypene av en organisasjon er da enten en handlende organisasjon eller en politisk organisasjon (Brunsson, 2006, s.14).

2.2.3 Handlende organisasjoner

For å få legitimitet som en handlende organisasjon er det fundamentale grunnlaget at en organisasjon handler og oppnår konkrete produkter som varer og tjenester, som bidrar til at den oppnår støtte i omgivelsene (Brunsson, 2006, s.14). I en handlende organisasjon legges det vekt på enighet og at alle drar i samme retning. Man formulerer regler for å styre handlingene, fordi det da blir mer sannsynlig at det genereres en organisert handling (Brunsson, 2006, s.15). En organisasjonsideologi består av verdier og ideer som er rådende i organisasjonen og omgivelsene. En handlende organisasjon har som regel sterke organisasjonsideologier. Dette innebærer at dersom en organisasjon befinner seg i en ny situasjon vil dens medlemmer reagere koordinert og dra de samme konklusjonene om hvilke handlinger som er nødvendige (Brunsson, 2006, s.16).

Ledelsen i en organisasjon utarbeider mål og strategier, politikk og ideer, og gjennom dette legger til rette for å utvikle en felles organisasjonskultur som gir effektive prosesser der behovet for beslutninger blir redusert. Det er ideologien som i stor grad avgjør beslutningene.

Beslutningene skal tilfredsstillende omgivelsenes forventninger og motivere relevante aktører i samfunnet til å ta handlingene i bruk (Brunsson, 2006, s.17).

Handlingsrasjonalitet er forskjellig fra beslutningsrasjonalitet. Beslutningsrasjonalitet kan fremkalle usikkerhet og tvil. I en handlende organisasjon skal teoretisk sett ikke være mer enn ett alternativ til handling, slik at det ikke er noe tvil. En handlingsorganisasjon kan ta irrasjonale beslutninger i forbindelse med vanskelige eller kompliserte handlinger som er avhengig av koordinasjonen til mange personers aktiviteter (Brunsson, 2006, s.17).

Organisasjonsideologiene i en handlende organisasjon er instrumentale når man koordinerer handling. Derfor vil handling i stor grad samsvare med ideologi, handlingene vil også reflektere snakk og beslutninger i organisasjonen. En handlende organisasjon gjør videre som regel det den sier den skal gjøre, (Brunsson, 2006, s.17). Organisasjonen er dermed forutsigbar.

Spesialisering er viktig i en handlende organisasjon og dette kan øke effektiviteten. Spesialisering er også viktig fordi en organisasjons ideologi bør være presis og konsistent. Man er i en handlende organisasjon mer opptatt av løsningene enn problemene, fordi man kan bare handle når man har en løsning (Brunsson, 2006, s.18).

Det kan konkluderes med at den teoretiske handlende organisasjon ikke benytter normative modeller for rasjonalitet. Den legger i liten grad lange beslutningsprosesser og vurderinger til grunn for alternative utviklingsretninger og handlinger (Brunsson, 2006, s.19).

2.2.4 Politiske organisasjoner

Den ideelle motsatsen til en handlende organisasjon er en politisk organisasjon. En politisk organisasjon som Brunsson (2006, s.19) definerer den har ikke behov for å oppnå koordinert handling, siden dens eneste grunnlag for å oppnå legitimitet er å reflektere inkonsistente normer. Den søker ikke nisjer og tilfredsstillende ikke kun en interesse eller ett behov om gangen, slik som den handlende organisasjonen gjør. Den politiske organisasjonen reflekterer ulike ideer og krav, og tilfredsstillende ulike grupper i dens omgivelser (Brunsson, 2006, s.19).

De viktige strukturene og prosessene i en politisk organisasjon er rettet direkte til omgivelsene, dette for å demonstrere ovenfor dem at man vier oppmerksomhet til de inkonsistente kravene. Den politiske organisasjonen rekrutterer sine medlemmer, eller deres ledere, på basis av et prinsipp om konflikt Dette innebærer at man er koblet til organisasjonen på grunnlag av at man ikke er enige med de andre organisasjonsmedlemmene i forhold til hva man bør gjøre. Stortinget består for eksempel av representanter fra ulike partier. Konflikten mellom organisasjonens medlemmer er ikke bare viktig for organisasjonens legitimitet, men

også for legitimiteten til organisasjonens medlemmer, for eksempel ansattrepresentanter i et styre (Brunsson, 2006, s.20).

En god måte for en politisk organisasjon til å vise frem denne konflikten er å utvikle flere ulike organisasjonsideologier, som blir demonstrert for omgivelsene. Medlemmene av en politisk organisasjon ser seg selv ikke først og fremst som et medlem av den aktuelle organisasjonen, men som et medlem av den organisasjonen de representerer, for eksempel et parti eller en fagforening. For å komme frem til løsninger og beslutninger i en politisk organisasjon er det mange ulike ideer og meninger som blir utforsket og diskutert, fordi organisasjonen representerer flere ulike ideologier. Dette gjør at det blir fremmet kritikk og ulike synspunkter, slik at man minimerer risikoen for å komme frem til en gal konklusjon. En politisk organisasjon har tendenser til å følge normene for en rasjonell beslutningstaking. En politisk organisasjon kan ha beslutningsrasjonalitet, siden den ikke er avhengig av handling eller handlingsrasjonalitet (Brunsson, 2006, s.22).

Ved å etablere ulike mål, håndtere mange alternativer, beskrive positive og negative konsekvenser av alternativene og diskutere hvilket som er best, kan konflikter og ulike ideologier reflektere inkonsistens i omgivelsene. I en politisk organisasjon har man større fokus på problemer enn løsninger. I stedet for å spesialisere seg, tenderer en politisk organisasjon mot å generalisere seg selv, noe som også kan forsterke legitimiteten til en organisasjon (Brunsson, 2006, s.23).

Mistillit og skepsis er en del av en politisk organisasjon. En politisk organisasjon produserer ikke fysiske produkter, men ideologier. To av de produktene som en politisk organisasjon produserer er snakk, både muntlig og skriftlig, og beslutninger (Brunsson, 2006, s.26).

Snakk, bestemmelser og fysiske produkter kan alle bli brukt til å reflektere inkonsistente normer i omgivelsene, og blir brukt for å oppnå legitimitet. I en handlingsorganisasjon blir snakk og beslutninger brukt som instrumenter for å koordinere handling som utvikles videre til produkter, men dette trenger ikke være tilfellet i en politisk. I en politisk organisasjon kan det være inkonsistens ikke bare innenfor snakk, beslutninger og produkter, men det kan også være inkonsistens mellom de ulike delene. Dette innebærer at hykleri kan være en del av adferden i en politisk organisasjon. Organisasjonens representanter kan snakke for å tilfredsstille et krav, beslutte for å tilfredsstille et annet og tilby produkter for å tilfredsstille et tredje krav, noe som illustrerer inkonsistensen (Brunsson, 2006, s.27). Handlinger tar plass her og nå, mens beslutninger og snakk gjerne er assosiert med fremtiden, særlig hvis de er inkonsistente med eksisterende produksjon.

En liberal regjering kan innføre endringer som er mer sosialistiske enn det en sosialistisk regjering ville gjort, og omvendt, noe som viser at det kan være en inkonsistens mellom handling og ideologi. Det er ikke automatisk slik at man får denne inkonsistensen for å tilfredsstille omgivelsene, det kan like gjerne være et resultat av organisasjonsmedlemmers inkonsistente verdier, interesser og ideer. Dobbeltsnakk kan også være et naturlig resultat av interaksjoner mellom representanter for de ulike interessene og ideene som er reflektert av organisasjonen (Brunsson, 2006, s.29).

2.2.5 Handling og politikk i praktisk samspill

De fleste organisasjoner har en todelt base for deres legitimitet, både politisk og handling. Det er imidlertid vanskelig for en organisasjon og være bra på både politikk og handling, som regel blir den ene retningen prioritert foran den andre. For at en organisasjon skal kunne håndtere denne tosidigheten, kan de separere handling og politikk i organisasjonen. Det er fire ulike måter en organisasjon kan gjøre dette på (Brunsson, 2006, s.33).

Den første metoden er at man kan separere handling og politikk ved hjelp av tid. Dette innebærer at en organisasjon responderer til kravene for politikk og beslutningsprosesser i enkelte perioder og for handling og gjennomføring i andre perioder. Handling og politikk kan også bli separert i ulike spørsmål eller emner. Noen spørsmål blir brukt til gjennomføring av politikk, andre som et forsøk på å produsere handling (Brunsson, 2006, s.36).

Man kan også differensiere mellom politikk og handling avhengig av omgivelsene som organisasjonen samhandler med. Den siste måten man kan separere handling og politikk i en organisasjon på er organisatorisk, der en del av organisasjonen responderer til det politiske og prosessene, mens andre deler responderer til handlingen og gjennomføringen. Dette ser man ved at for eksempel Stortinget er politisk, mens en regjering er i større grad er handlede. Man kan også dele organisasjonen opp ved at en del er styrt av politikere og en del er styrt administrativt, noe vi ser i samspillet mellom departementer og underliggende direktorater og etater (Brunsson, 2006, s.37). Det kan oppstå utfordringer når organisasjonen prøver å koble den administrative delen sammen med den politiske delen, dersom de politiske uttalelsene ikke er konsistente med handlingene. Dette vil også påvirke legitimiteten til organisasjonen.

2.2.6 Omdømme

Offentlige organisasjoner har utviklet seg til å stå frem som stadig mer ekspressive organisasjoner, noe som innebærer at de i økende grad har blitt mer opptatt av å passe på sitt omdømme i omgivelsene, både ovenfor media, publikum og overordnede politiske myndigheter (Røvik, 2009, s.195). Innenfor bedømmingen av organisasjonen er det også en faktor som går på om organisasjonen etterlever regler og lover, lever opp til normene til en moderne og effektiv organisasjon, samt hvordan organisasjonen responderer på spørsmål som påkaller oppmerksomhet. Det er en verdibedømming over lang tid som legger grunnlaget for en organisasjons omdømme. En organisasjons omdømme kan sammenlignes med en organisasjons legitimitet (Røvik, 2009, s.196). Omdømmehåndtering er en bevisst presentasjon av en organisasjon for å styrke de relevante aktørenes tillit og oppfatning til organisasjonen.

2.3 Kulturperspektivet

Man kan definere kulturen i en organisasjon som de uformelle normene og verdiene som vokser frem i en organisasjon (Christensen mfl., 2009, s.52). Disse normene og verdiene har betydning for livet og virksomheten i organisasjonen. En formell organisasjon kan gi rammer for institusjonaliseringsprosesser (Christensen, 1994, s.29). Institusjonaliserte organisasjoner får man når en formell organisasjon utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle. Dette medfører at organisasjonen blir mindre tilpasningsdyktig og fleksibel ovenfor nye krav, men den utvikler et større sosialt fellesskap som kan løse oppgaver bedre. En organisasjon består av en formell struktur, som er selve rammen, og en uformell struktur som består av organisasjonsmedlemmene (Selznick, 1997, s.20).

Organisasjonskulturen er noe som sitter i veggene i organisasjonen. Dersom organisasjonen hovedsakelig har en serviceprofil og er i en konkurransesituasjon vil organisasjonen bruke symboler som signaliserer en imøtekommende og åpen kultur (Christensen mfl., 2009, s.52). I denne type kulturer er det også en åpenhet rundt kostnadseffektivitet. Det legges en moralsk ramme rundt organisasjonsmedlemmene om hva som er en passende adferd.

En organisasjonskultur, bestående av uformelle normer og verdier vokser frem over tid, gjennom evolusjonære og naturlige utviklingsprosesser. En organisasjon tilpasser seg til indre press og krav, og ytre press fra nære handlingsomgivelser (Christensen, 1994, s.28). Det indre presset oppstår ved at de ansatte i organisasjonen tar med seg normer og verdier inn og gjør disse relevante. Det ytre presset innebærer at det miljøet organisasjonen handler i og med

påvirker kulturen (Christensen mfl., 2009, s.59). En organisasjonskultur blir preget av kulturen den overordnede organisasjonen har, for eksempel et direktorat eller et regionalt helseforetak i forhold til et departement.

Man kan ofte se betydningen av organisasjonskultur i omorganiseringer og reformprosesser i offentlige organisasjoner, særlig dersom det eksisterer trusler mot det dominerende verdigrunnlaget (Christensen mfl., 2009, s.60). Et økonomisk perspektiv på organisasjonskultur er at de uformelle normene og verdiene kan designes og lages bevisst. Organisasjonskulturen blir «skapt» og påvirket av ledelsen, slik at man kan nå ønskelige resultater. Dette er et instrumentelt perspektiv på organisasjonskulturen, og vil gi politisk og administrativt lederskap nye styringsmuligheter (Christensen mfl., 2009, s.61).

Historisk ineffektivitet oppstår dersom omgivelsene endrer seg raskt, og når organisasjonen ikke er fleksibel nok til å være med på disse skiftene (Christensen mfl., 2009, s.62). Dette kan bli en hindring for organisasjonsutviklingen og handlingsreglene som er etablert.

De institusjonelle trekkene til en organisasjon til et vesentlig element i samfunnet og noe som er verdsatt. Det er positivt dersom de kulturelle normene og verdiene til en organisasjon er vurdert som ønskelige og er allment akseptert. Institusjonelle trekk kan ha klare interne effekter i en offentlig organisasjon (Christensen mfl., 2009, s.70).

Forskjellen mellom aggregering og integrering er viktig for å bedømme politiske institusjoner. Politiske institusjoner har som regel en blanding av begge (March og Olsen, 1989, s.118). Aggregerende definerer «folket» som en samling av individer som er kvalifisert til å bli behandlet som innbyggere. I en aggregerende/samlende prosess vil viljen til folket komme frem gjennom politiske kampanjer og forhandlinger mellom rasjonelle innbyggere som følger sin egeninteresse (March og Olsen, 1989, s.118). I den integrerende prosessen vil viljen til folket komme frem gjennom diskusjoner mellom innbyggere og ledere som søker å finne den generelle velferden innenfor en kontekst der man deler de sosiale verdiene.

Dersom en organisasjon har tydelige institusjonelle trekk, mener forkjemperne at organisasjonen kan ha lettere for å nå mål. Motstanderne mener at dersom en organisasjon har for sterke institusjonelle trekk, så skaper det en organisasjon som er for rigid, tenker mest på seg selv og lite opptatt av å tilpasse seg omgivelsene og som det er vanskelig å styre demokratisk (Christensen mfl., 2009, s.71).

2.3.1 Beslutningsadferd

Handlingslogikken som er knyttet til organisasjonskultur er at man handler utfra det som er en passende adferd (Christensen mfl., 2009, s.54). Man handler ikke nødvendigvis ut fra et rasjonelt ståsted, men man handler på bakgrunn av det som blir oppfattet som rimelig eller akseptabel adferd basert på kulturelle forhold.

Beslutninger utfra kulturelle normer og verdier er som regel basert på fortiden, mens prosesser knyttet til de instrumentelle handlingsreglene primært er rettet mot fremtiden. Ut fra ulike måter å handle på vil det utvikles systematiske, kulturelle holdninger i organisasjonen. Logikken om hva som er en passende handling innebærer en klar fordel ved at komplekse handlingssituasjoner møter en form for standardisert handlemåte. (Christensen mfl., 2009, s.55).

En passende/hensiktsmessig handling kan sies å være at organisasjoner og individer ivaretar identiteten gjennom å følge regler og prosedyrer som de anser er passende i forhold til den situasjonen de blir møtt med (Christensen og Røvik, 1999, s.159). De spørsmålene som blir relatert til dette er: hvilken situasjon befinner aktøren seg i, hva er hoved-identiteten til organisasjonen, hvilke regler er det som binder identitet og situasjon? Reglene er en kombinasjon av uformelle og formelle (Christensen og Røvik, 1999, s.161).

Institusjonell identitet baseres på utvikling av felles individuelle eller en gruppes identiteter, og gjennom dette skape lignende verdier og normer (Christensen og Røvik, 1999, s.161). Identitetene til en organisasjon består av et sett med regler. Reglene kan også endres og fungere som et verktøy for kontroll.

2.3.2 Endring i organisasjonskultur

En syklisk utvikling i organisasjonskulturen går ut på at man har endringer og i neste fase en ny endring med trekk fra den første organiseringen. Et eksempel på dette er at man går fra en organisering med tydelig kontroll og samordning til en løsning med som er inspirert av New Public Management med effektivitet og fristilling, og så tilbake til samordning og kontroll igjen.

En alternativ variant er at de ulike kulturelle trekkene ikke erstatter hverandre, men at man bygger på den originale med nye elementer, slik at New Public Management (NPM) elementene kommer i tillegg til de tradisjonelle forvaltningskulturene til en mer kompleks struktur. (Christensen mfl., 2009, s.64).

2.3.3 Samspill mellom politisk ledelse og embetsverket

Organisasjonskulturen i det politisk-administrative systemet består av uformelle normer og verdier som balanser mellom lojalitet og nøytralitet (Christensen mfl., 2009, s.64). Som ansatt i offentlig forvaltning skal man både være lojal ovenfor den sittende politiske ledelsen, men på samme tid nøytral når det kommer til partipolitiske vurderinger. En blanding og balanse mellom ulike typer hensyn ligger som en grunnpilar i det politisk-administrerende systemet i Norge, noe som gjenspeiler seg i de institusjonelle normene og verdiene (Christensen, 1994, s.29).

2.4 Metode

For å undersøke hvordan reformene har påvirket ventetidene og ventelistene, er det i denne oppgaven benyttet dokumentstudier og intervjuer med nøkkelpersoner. Denne kombinasjonen er benyttet for å vurdere effektene av reformen og for å få informasjon om hva som er blitt gjort etter reformene har kommet.

Grunnen til at det er valgt å gjennomføre eliteintervjuer, eller intervjuer med nøkkelpersoner, er for å få informasjon direkte fra personer som har dyptgående kunnskap om ventelistene og ventetidene. Utvalget til intervjuene var basert på nøkkelpersoner i departement, direktorat, regionale helseforetak og helseforetak.

Intervjuene er basert på frivillighet og alle instansene kunne ikke stille opp. De som takket ja og ble intervjuet er nøkkelpersoner i Helse- og omsorgsdepartementet og i et regionalt helseforetak. Det ble gjennomført tre intervjuer på mellom 50 minutter og 1,5 time. De ble tatt opp på båndopptager, og behandlet anonymt når de ble transkribert. Under intervjuene ble det ikke stilt noen personidentifiserende spørsmål. Prosjektet ble likevel meldt til personvernombudet for forskning i NSD.

Dokumentene i datagrunnlaget er basert på bøker som har omtalt reformene, selve reformene, evalueringer av reformene og forskningsartikler. Ettersom oppgaven er et kvalitativt studie er det hentet inn tall angående ventelister og ventetider fra Norsk Pasientregister publisert gjennom Helsedirektoratet, som supplement til dokumenter og intervjuer. Dette for å se om det er samsvar mellom dokumentene.

2.4.1 Casestudier

Oppgaven er et casestudie basert på fire reformer fra helsesektoren, der virkemidlene i reformene vurderes for å se om de reduserer ventetidene og ventelistene. Oppgaven er avgrenset

og omhandler helsereformen i 2002, da staten overtok styringen helseforetakene, fritt sykehusvalg, samhandlingsreformen og fritt behandlingsvalg. Grunnen til at dette er et casestudie er at det er et kvalitativt studium og det er et lite utvalg (Gerring, 2007, s.17). Et casestudie kan enten gi en enkeltobservasjon eller flere «within-case» observasjoner (Gerring, 2007, s.19).

Et casestudie støtter seg ofte på innholdet og de kontekstuelle bevisene for å kunne gjenoppbygge årsakssammenhengen (Gerring, 2007, s.172). Men prosess-sporing kan være vanskelig ettersom det vanligvis ikke er kun X som påvirker Y, men det er flere kausale faktorer som kan påvirke i tillegg.

2.4.2 Semistrukturerte intervjuer

Intervjuene fulgte en semistrukturert metode med forberedte spørsmål. Det var ikke alle spørsmålene som ble stilt, og det var i stor grad lagt opp til at intervjuobjektene kunne dele det de synes var viktig informasjon i forhold til reformene, ventelistene og ventetidene. Spørsmålene ble ikke stilt i lik rekkefølge i hvert intervju, og en del av spørsmålene varierte også i forhold til samtalen. For at man skal kunne gi respondentene mest mulig fleksibilitet i hvordan de svarer er det best å ha åpne spørsmål (Aberbach og Rockman, 2002, s.673). Intervjuguiden hadde en kombinasjon med noen åpne spørsmål og noen som var mer konkrete. Åpne spørsmål er det som er mest risikabelt, men det er potensielt det som er mest verdifullt i eliteintervjuer (Berry, 2002, s.679).

Denne metoden gjorde at intervjuene ga meget god informasjon fra nøkkelpersonene. Fordelene med metoden er at de utfyllende svarene som respondentene gir veier opp for at man ikke følger lik rekkefølge av spørsmålene. Ved noen anledninger svarte respondenten veldig utfyllende, slik at flere av spørsmålene ble dekket uten at de ble spurt direkte.

2.4.3 Eliteintervjuer

I et casestudie med eliteintervjuer blir respondentene valgt på bakgrunn av sine kunnskaper om emnet, enten for å kunne fylle inn biter av et puslespill (Aberbach og Rockman, 2002, s.673). Eller for å bekrefte annen informasjon man allerede har (Tansey, 2007, s.766). Eliteintervjuene ga en mulighet til å få kunnskap om hva som er gjort i forhold til forhold som ble påpekt av Riksrevisjonen i deres evalueringer, samt synspunkter direkte fra nøkkelpersonell som arbeider med reformer, ventelister og ventetider.

Intervjuene er kodet etter hva de har svart på spørsmålene, og koblet til temaer knyttet til de ulike reformene. Intervjuene ble gjort på respondentenes kontorer, med unntak av ett som ble gjort på et møterom i avdelingen.

2.4.4 Validitet og reliabilitet

Åpne spørsmål gir respondenten en større mulighet til å organisere svarene innenfor deres egne rammeverk og dette øker validiteten av svarene. Men det kan by på problemer når det kommer til å kode intervjuene og analysere dem (Aberbach og Rockman, 2002, s.674).

Dersom man måler over en lengre periode vil et kvalitativt studie ha en sterk indre validitet (Bryman, 2004, s.273). En studie er valid dersom resultatene fanger opp ideene som konseptet inneholder, om du måler det du skal måle (Adcock og Collier, 2001, s.530). Det omhandler sammenhengen mellom observasjoner og det systematiske konseptet. Man har sterk indre validitet der det er en god sammenheng mellom observasjonene og de teoretiske ideene som utvikles (Bryman, 2004, s.273).

Ytre validitet refererer til i hvilken grad studien kan overføres til andre sosiale settinger (Bryman, 2004, s.273). Dette kan være et problem for kvalitative studier, siden man bruker casestudier og et lite utvalg.

Det er ulike elementer som inngår i reliabilitet. Det er stabilitet, indre reliabilitet og konsistens mellom de som observerer (Bryman, 2004, s.71). Ytre reliabilitet viser i hvilken grad studien kan bli gjentatt (Bryman, 2004, s.273). Dette er vanskelig i et kvalitativt studie, siden det ikke går an å fryse omgivelsene.

3 Kontekst

3.1 Sykehusreformen 2002

En av de sentrale målsetningene ved helsereformen i 2002 var å redusere ventetidene hos spesialisthelsetjenesten (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.9).

Helsereformen ga en myndiggjøring av de som er nærmest pasienten, altså sykehusene fikk et større ansvar. Det ble lagt til rette for at sykehusledelsen i større grad skulle få frihet til å utøve lederskap og ta ansvar (Forskningsrådet, 2007, s.13) Den ga også en mer presis og bedre styring ved at man samlet hoved- avgjørelsene hos staten (Aasrud 2008). Helsereformen medførte også at man over tid fikk en økning i pasientbehandlingen hos sykehusene, men det ble også i 2008 påpekt at helse-Norge hadde en utfordring når det kom til sosial ulikhet i forhold til prioritering og likeverdighet.

Helsereformen skulle gi en klarere rolle- og ansvarsfordeling, og dette skulle videre føre til en bedre utnyttelse av ressursene og gi et bedre helsetilbud til befolkningen (Forskningsrådet, 2007, s.13). Sykehusreformen var lagt på bakgrunn av en rekke utredninger om omorganisering av spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet som Stortinget også hadde besluttet vedtak på bakgrunn av.

Ved at staten fikk eierskapet til sykehusene var en av målsetningene å kunne frigjøre og utnytte ressursene og kompetansen til det bedre for både befolkningen samt helsetjenesten (Forskningsrådet, 2007, s.13). Det ble en tydeligere og mer effektiv form for styring ved at man kuttet ut mellomledet med fylkeskommunene. De regionale helseforetakene er de som forvalter og bringer videre styringsmålene og retningslinjene fra Stortinget og ut til sykehusene. Det er de regionale helseforetakene som har det overordnede ansvaret på vegne av staten for forvaltningen av eieransvaret for helseforetakene. Dette innebærer at de har det overordnede ansvaret for at målene til Stortinget blir nådd.

Helseforetakene har følgende hovedoppgaver etter helsereformen av 2002; for det første skal de skal sørge for en likeverdig behandling av pasientene. Dette uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn (Forskningsrådet, 2007, s.15). De skal også sørge for nødvendig utdanning av helsepersonell, forskning og pasientopplæring.

Målet med reformen var å gjøre helsetjenestene bedre fra pasientenes ståsted (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.6). Reformen var en nødvendighet for å modernisere den offentlige sektoren, men også for å kunne sikre de nasjonale velferdspolitiske målene ved å legge helsesektoren

under politisk styring. Helsevesenet skal være velfungerende og med respekt og forståelse for enkeltindivider, og at pasienten gis informasjon om rett til medvirkning i behandlingsavgjørelsene (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.7). Det blir lagt vekt på i reformen at helsetilbudet som er best mulig for befolkningen er avhengig av en god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv utnytting av kunnskap og kapital. Kombinasjonen av nasjonalpolitisk utforming, statlig eierskap, et klarere og mer helhetlig statlig sektor og myndiggjøring av sykehusene gjennom foretaksorganisering vil forbedre innslaget av sterkere brukerstyring (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.8). Det er en systemvurdering som ligger til grunne for reformen og ikke en kritikk av fylkeskommunene. Reformen ble gjennomført fordi det under det tidligere systemet var det en svakhet med lange ventetider, korridorpasienter, mangelfull samordning, store ulikheter og dårlig ressursutnyttelse (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.8).

Målene med reformen var å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetider til undersøkelse og behandling, prioritere pasienter i tråd med de retningslinjene som nasjonalt trekkes opp, sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene, ha god tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted, ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver, samt å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.9).

Sykehusene hadde store forskjeller i ressursbruk og det ble lagt vekt på at man skulle bli mer effektiv og i større grad lære av andre sykehus som var mer effektive i ressursbruken (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.10).

Reformen i 2002 var en reform som viste samme utvikling i tankegangen rundt helsesektoren som i de landene Norge sammenligner seg med, det var en debatt rundt eierskap, styrings- og finansieringsformer (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) s.20). I Europa var det en utvikling mot å desentralisere eierskapet. I Norge valgte Stortinget å sentralisere eierskapet, men å desentralisere myndighet og ansvar for virksomhetene. Det er to hovedelementer i reformen (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s.20). Det første er at staten overtar eierskapet. Det andre hovedelementet er at virksomhetene organiseres i foretak. Staten som eier gir en bedre mulighet for å styre ressursbruken slik at man kan nå de helsepolitiske målsetningene.

3.2 Ventetidene i Norge

Ventetider til både utredning og behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten (Prop. 56 L (2014-2015), s.14). Lang ventetid kan gi en indikator på

om det er kapasitetsproblemer i sykehusene. Det er derfor sentralt at man i den daglige driften av sykehusene har god informasjon om ventetidene (Prop. 56 L (2014-2015) s.14).

Siden 2005 har ventetiden for pasienter som står i kø til somatisk behandling økt (Prop. 56 L (2014-2015) s.15). Det er knyttet stor usikkerhet til kvaliteten på registreringen av ventetidene. Årsaken til dette er at tallet på antall ventende er et øyeblikkstill som forteller størrelsen på etterspørselen etter en utredning eller behandling per sluttdato i en rapporteringsperiode (Prop. 56 L (2014-2015) s.15).

Alle pasienter som har rett til prioritert helsehjelp, skal bli tildelt en dato for når en utredning eller behandling skal starte. Det fremgår som et fristbrudd dersom helsehjelpen ikke har startet innen denne datoen. Det har blitt stadig færre registrerte fristbrudd siden 2010 i alle sektorer av helsevesenet (Prop. 56 L (2014-2015) s.15). En av årsakene til denne positive utviklingen kan være at i de regionale helseforetakene har hatt konkrete mål rettet mot dette.

Det er behov for ulik tid og planlegging mellom de ulike fagretningene som kan medføre at det er ulike ventetider på ulike behandlinger (Prop. 56 L (2014-2015) s.16). Det er ikke kun antall nyhenviste som vil kunne påvirke ventelistene, men også rydding i ventelister, sykehusenes registreringspraksis og bruken av fritt sykehusvalg vil kunne ha en innvirkning. Antall nyhenvisninger og aktivitetsveksten kan forklares av befolkningsveksten i Norge (Prop. 56 L (2014-2015), s.18). Aktivitetsutviklingen i sykehusene spiller også inn på hvor lange ventelistene er.

Det blir som et følge av implementeringen av nye behandlingsmetoder, ny teknologi og nyutviklede legemidler forventet en økt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten (Prop. 56 L (2014-2015) s.18).

3.3 Fritt sykehusvalg for å utvikle pasientenes rettigheter

Bestemmelsen med fritt sykehusvalg gir pasienter rett til å velge fritt blant sykehusene på landsbasis (Prop. 56 L (2014-2015) s.30). Det er lagt til grunne at denne rettigheten skal kunne bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede helse- og omsorgssektoren. For at man skal kunne benytte seg av denne muligheten må det valgte behandlingsstedet enten eies av et regionalt helseforetak eller ha en avtale med et regionalt helseforetak (Prop. 56 L (2014-2015) s.30).

Det er opp til fastlegen å gi god informasjon om de tilbudene som finnes, hva valget innebærer for pasienten og den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg (Prop. 56 L (2014-2015) s.30). Selv om man har rett på behandling hos et sykehus uavhengig av bostedsregion, kan det aktuelle sykehuset nedprioritere eller avvise pasienter fra andre regioner dersom de må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion.

Man har som pasient rett på informasjon og det er helsepersonellet som er i kontakt med den aktuelle pasienten som er pliktet til å gi denne (Prop. 56 L (2014-2015) s.31). Spesialisthelsetjenesten er også forpliktet til å tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonellet som utfører den aktuelle tjenesten har mulighet til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at pasienten får et helhetlig og koordinert helsetilbud (Prop. 56 L (2014-2015) s.32).

I pasientrettighetsloven som ble vedtatt i 1999 og innført i 2001, som skal sikre at befolkningen får et likeverdig helsetilbud og at pasientene selv skal få være med å bestemme over sin behandling, er retten til fritt sykehusvalg en av de viktigste rettighetene (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.21).

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for ordningen. Under departementet ligger det fire regionale helseforetak som igjen har ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning. De regionale helseforetakene har også eieransvar ovenfor de underliggende helseforetakene i regionen.

Brukere av fritt sykehusvalg har samlet sett en kortere ventetid enn de som velger å bli behandlet ved sitt lokale sykehus (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.8). For de pasienter som ikke oppnådde kortere ventetid var det kvaliteten som avgjorde bruken av fritt sykehusvalg og ikke ventetiden. Ved de sykehusene pasientene benyttet økte ikke ventetiden (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.8). Siden ventetidene ikke økte innebærer dette at ordningen med fritt sykehusvalg bidrar til en utjevning mellom sykehusene og kortere ventetid. Selv om man kan benytte seg av ordningen på tvers av helseregionene er det kun et fåtall som gjør dette. Grunnen til det lave antallet er at en del pasienter blir avvist behandling dersom de velger en behandlingsmulighet i en annen helseregion (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.9).

Bruken av fritt sykehusvalg varierer i stor grad mellom de ulike behandlingstypene og det var i en undersøkelse av Riksrevisjonen ((2011-2012), s.9) kun 15% av spurte pasienter som faktisk benyttet seg av ordningen med fritt sykehusvalg, mens fastlegene sa at det kun var 9% av deres pasienter som benyttet seg av ordningen. Dersom en pasient har en høy inntekt, høyere utdannelse eller er tilknyttet arbeidslivet viser undersøkelsen at bruken av ordningen med fritt sykehusvalg øker (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.9). Dette viser at ordningen med fritt

sykehusvalg ikke blir brukt i like stor grad av de «svakerestilte» i samfunnet og dette gir en utfordring når det kommer til potensialet til ordningen.

For de pasientene som velger bort ordningen med fritt sykehusvalg og velger behandling hos sitt lokale sykehus er det fordi de synes ventetiden er akseptabel, det er nær familie og venner og de er fornøyd med tidligere behandlinger (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.9). For de som benyttet seg av ordningen var det kvalitet som var den viktigste grunnen og på andre plass var det lengden på ventetiden som avgjorde valget.

For at pasienter skal benytte seg av retten til fritt sykehusvalg er det viktig at fastlegene stiller med informasjon og behovstilpasset veiledning (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.10). Det er et punkt som kan økes for å gi pasientene det beste helsetilbudet. Fastlegene tar sjelden selv initiativet for å informere pasientene om ordningen og dermed er det opp til pasienten å holde seg oppdatert på sine rettigheter som pasient. Helseinstitusjoner har plikt til å informere pasienter om deres rettigheter og dermed da fritt sykehusvalg (Riksrevisjonen, (2011-2012), s.10).

3.4 Samhandlingsreformen

Hovedfokuset i samhandlingsreformen er at man skal ha et større fokus på samhandling mellom de statlige spesialisthelsetjenestene og de kommunale helsetilbudene. Ved å gjøre dette vil man ideelt sett oppnå en bedre ressursbruk og øke effektiviseringen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.22). Dette innebærer at pasientene vil få en bedre oppfølging gjennom hele sitt sykdomsforløp, både når det kommer til selve behandlingen, men også tiden etterpå.

Systemene i helsevesenet rettet seg inn på delsektorene av pasientenes behandling og regjeringen ville gjennom samhandlingsreformen utvikle systemer som rettet seg inn på behandlingen av pasientene som en helhet og det samlede behovet (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.21). Det vil si å legge til rette for et mer helhetlig pasientforløp.

I samhandlingsreformen er det også et fokus på at man skal gripe inn i en tidligere del av sykdomsforløpet og dermed kunne begrense utviklingen i pasientenes sykdomsforløp (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.23). Ved å gjøre dette kan man forhindre at pasienter som kunne blitt behandlet i kommunehelsetjenesten går videre inn i spesialisthelsetjenesten som vil føre til en høyere kostnad. Det ble lagt vekt på at kommunene hadde i for liten grad tilbud som kan ivareta pasientene etter behandling og pasientene som var klassifisert som utskrivningsklare ble da liggende for lenge på sykehusene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.23). Et annet problem var at

tilbudet i enkelte kommuner ikke var tilstrekkelig og pasienter ble da behandlet i spesialisthelsetjenesten istedenfor hos kommunen.

Tiltakene i samhandlingsreformen er dels av strukturell karakter for å forbedre den organisatoriske delen av helsevesenet (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.25). Dette er blant annet gjort ved å utvikle rammebetingelser som motiverer virksomhetene til å samarbeide med hverandre. For å rette søkelyset på den rasjonelle fordelingen av arbeidsoppgavene ble det iverksatt tiltak for å styrke analyse-, plan- og beslutningssystemene gjennom å videreutvikle og styrke Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.25).

Pasientbehovet og det helhetlige fokuset på pasientforløpet vil kunne styrke pasientenes rolle i helsevesenet. Det er mange behandlinger som ligger i grenseland mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De aktuelle oppgavene ble ofte løst ulikt og ikke alltid bra nok (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.26). For å bedre ta hånd om dette har man tydeliggjort kommunenes oppgaver og rolle i pasientforløpet.

I samhandlingsreformen ble det lagt opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommunene og helseforetakene som gikk ut på oppgavefordeling og samarbeid (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.26). Det ble også satt inn økonomiske insentiver som for eksempel kommunal medfinansiering og fullfinansiering, dette var noe Regjeringen så på som muligheter for å løse de oppgavene som ble lagt til grunne i de helsepolitiske målene. Her får kommunene et økonomisk medansvar ovenfor pasientene og er ment som et insentiv for å tilrettelegge og organisere tjenester på lavest effektivitetsnivå (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.26).

Et fokus i samhandlingsreformen er at kommunene skal forebygge, ha lavterskeltilbud og gripe inn på et tidligere stadium for å kunne redusere behovet for spesialisthelsetjenestene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.27). Pasientens egenmestring er en sentral målsetting i helse- og omsorgssektoren, det er derfor viktig at samspillet mellom helsetjenestene og de ulike kommunale tilbudene er tilstrekkelig (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.27). Det er kommunene som er de sentrale koordinatorene i dette arbeidet.

Det ble innført lovregulerte avtaler som forhindrer at man både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten bygger opp den samme behandlingen og at man oppnår større kontroll i forhold til eventuelle behandlinger som ligger i grenseland mellom de ulike tilbudene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.27). En del av disse avtalene går ut på at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunene med den nødvendige kunnskapsoverføring og kompetanse slik at oppgavene blir utført på en forsvarlig måte.

Fra 2012 fikk kommunene det økonomiske ansvaret for pasienter som var utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenestene. Dette innebærer at kommunene har en betalingsplikt ovenfor de aktuelle pasientene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.32). Kommunene har dermed valget om å enten betale for pasientenes plasser på sykehusene eller de kan ta dem imot med tilbud i kommunehelsetjenesten.

I samhandlingsreformen blir det poengtert at det er viktig at kommunene dekker det helsetilbudet som det ikke er nødvendig at spesialisthelsetjenestene dekker (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.33). Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene skal medføre at begge parter blir likeverdige beslutningstakere.

For at samhandlingen skal fungere optimalt må dette få en like tydelig organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.33).

I 2007 ble det opprettet et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som har fokus på det helhetlige aspektet (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s.34). De skal blant annet drøfte oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og samhandlingen mellom de aktuelle partene.

3.5 Fritt behandlingsvalg et supplement til fritt sykehusvalg

Fritt behandlingsvalg er slått sammen med fritt sykehusvalg og være en videreutvikling av fritt sykehusvalg. Fokuset i denne nye reformen er at det skal bli «pasientenes helsetjeneste», der de får større makt og innflytelse (Høie 2015).

Det er fortsatt utfordringer knyttet til unødvendig lang ventetid og kvalitetsforskjeller mellom sykehusene. Det er for store forskjeller i ventetider mellom sykehusene og det er ulik kvalitet og effektivitet både innad i sykehusene, men også mellom institusjonene (Høie 2015). Den lange ventetiden fører til at flere er sykemeldt lenger enn nødvendig og dette er samfunnsmessig uheldig. Befolkningen har høye forventninger til helsetilbudet og de blir ikke tilfredsstilt med de lange ventetidene. Det er fortsatt en manglende kapasitetsutnyttelse i de norske sykehusene (Høie 2015). Det er et mål å bedre dette gjennom kortere liggetid, bedre utnyttning av operasjonsstuene og koordinering av operasjonsstuene. Høie (2015) påpeker at sykehusene fortsatt har et stort potensiale når det kommer til å lære av hverandre.

Fritt behandlingsvalg skal føre til at ventetiden går ned og at kapasiteten i norske sykehus blir bedre utnyttet. Høie (2015) påpeker at fritt behandlingsvalg ikke skal bidra til å flytte køen

fra det offentlige til det private, men man skal sørge for at det offentlige får større konkurranse, og at de skal ha større muligheter for å kjøpe kapasitet hos private aktører. Pasientrettighetene skal bli forsterket og forenklet, slik at pasientene får en større forståelse for det de har rett på som pasient.

Samarbeidet mellom sykehusene må styrkes og det må også bli et mer systematisk samarbeid. Standardisering i helsetjenesten vil gi styrke i fremtiden (Høie 2015). Det er fortsatt en utfordring i forhold til kommunikasjonen og samhandlingen i helsetjenesten, dette medfører en dårligere pasientsikkerhet enn det som er optimalt. Det skal være større fokus på å involvere pasientene i beslutninger og avgjørelser.

Mangel på muligheter for økt samhandling vil forbedres i fremtiden, dette skal gjøres gjennom en økt satsing på IKT-løsninger (Høie 2015).

Det vil være fokus på at det må skje en endring i forhold til holdninger og kultur på sykehusene, man skal sette pasienten i sentrum (Høie 2015). Man skal legge til rette for en økt læring, ikke bare mellom sykehusene men også sette fokus på legene. I helse-Norge i dag er det for stor variasjon mellom sykehusene når det kommer til kvalitet. Dette vil påvirke fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, det blir med den nye reformen gjort tiltak for å bedre dette.

Private aktører spiller en viktig rolle i det samlede spesialisthelsetilbudet og gir et bidrag til økt mangfold og kvalitet (Prop. 56 L (2014-2015) s.7). Det primære målet for bruk av det privates ledige kapasitet skal fortsatt være gjennom anbud. Dette skal bidra til at målene i reformen for fritt behandlingsvalg skal kunne nås. Man skal gjennom å mobilisere kapasitet i privat sektor redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp (Prop. 56 L (2014-2015) s.8). Denne mobiliseringen av de private aktørene vil øke valgfriheten hos pasientene og de offentlige sykehusene vil bli stimulert for å bli mer effektive. For at dette skal være mulig blir det lagt stor vekt på at samarbeidet mellom det offentlige og det private skal være godt, samtidig som de avtalene som blir inngått mellom partene skal gi fleksibilitet og at man skal ha et fokus på god avtaleoppfølging (Prop. 56 L (2014-2015) s.8).

Den største gevinsten ved fritt behandlingsvalg er at ventetiden reduseres. Ved innføringen av helseforetaksreformen i 2002 ble det lagt stor vekt på aktivitetsstyring. Helseforetakene skulle redusere ventetidene men budsjettene som ble lagt til grunn for dette forble uendret (Prop. 56 L (2014-2015) s.8). Dette medførte en stor aktivitetsvekst, men samtidig store underskudd. Dersom aktivitetsstyring hadde blitt videreført ville fritt behandlingsvalg medført at man flyttet ventelistene fra det offentlige over til det private ved bruk av private

behandlingsleverandører (Prop. 56 L (2014-2015) s.8). Departementet vurderer det dit hen at aktivitetsstyringen de siste årene har bidratt til foretak med effektivitetsmuligheter ikke har hatt muligheten til å øke behandlingen og dermed kunne redusert ventetider. Det blir sett på som en reell mulighet at flere sykehus kan ha muligheter for å øke aktiviteten uten å gå i underskudd.

De regionale helseforetakene har et lovpålagt ansvar for å bidra til et likeverdig helsetilbud og at ressursene blir utnyttet best mulig (Prop. 56 L (2014-2015) s.9). Men det er stor variasjon mellom sykehusene når det kommer til effektivitet og ventetider. Ved at man går vekk fra å styre aktiviteten i sykehusene vil man legge til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten dersom det er kapasitet og økonomi til dette (Prop. 56 L (2014-2015) s.9). Selv om dette er en mulighet er det fortsatt et krav til sykehusene om å opprettholde en balanse i økonomien og sørge for en langsiktig økonomisk bærekraft. Det blir lagt vekt på at man skal styre etter måloppnåelse og ha fokus på kravene til kvalitet og resultater som blir fastsatt i styringsdokumentene.

I utgangspunktet vil fritt behandlingsvalg være et tilbud til de pasientene som mener at ventetiden er urimelig eller unødvendig i det offentlige helsevesenet (Prop. 56 L (2014-2015) s.28). En pasient som blir henvist til spesialisthelsetjenesten skal etter ti dager få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp og da videre utredning eller behandling. Dersom man har en mistanke om en alvorlig eller livstruende sykdom har man rett på raskere behandling (Prop. 56 L (2014-2015) s.28).

Målsetningen med fritt behandlingsvalg er å skape en mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste, redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive (Prop. 56 L (2014-2015) s.35). Leverandøren av tjenestene vil ikke leveres etter konkurranse, slik det er når de regionale helseforetakene inngår avtaler med private institusjoner som vinner et anbud. Fritt behandlingsvalg skal ikke erstatte, men komme i tillegg til det offentlige tjenestetilbudet og retten til fritt sykehusvalg (Prop. 56 L (2014-2015) s.35).

Det blir vurdert slik at ordningen med fritt behandlingsvalg vil ha to overordnede effekter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s.34). For det første vil ordningen vil føre til en større valgfrihet for pasientene, samtidig så vil pasientrettighetene bli utvidet og mulighetene for å ta i bruk ledig kapasitet vil være tydeligere. For det andre blir det et større insentiv for de offentlige tjenesteyterne å sammenligne seg med de nye virksomhetene, og dermed forbedre virksomheten slik at de beholder fornøyde pasienter. Det skal også bli lagt til rette for en økt

bruk av anbud, og anbud skal fortsatt være det viktigste virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra det private (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s.34).

Det er flere av høringsinstansene som er negative eller skeptiske til å innføre rett til fritt behandlingsvalg, men departementet vil opprettholde dette forslaget i proposisjonen (Prop. 56 L (2014-2015), s.36). Dette på bakgrunn av at det vil mobilisere de kreftene som er mulige, men også på bakgrunn av at det er pasientenes rett til å velge som står i sentrum. Høringsinstansene er enige i intensjonen med reformen, som innebærer å redusere ventetiden, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive, samt økt bruk av private gjennom anbud og å fjerne aktivitetstaket for offentlige sykehus (Prop. 56 L (2014-2015) s.35).

3.6 Uavhengige variabler som kan påvirke ventetidene

Det er ulike faktorer som kan påvirke ventetidene i etterkant av helsereformen av 2002. Vi har fått et mer oversiktlig helsevesen etter at staten tok over eierskapet. Måloppnåelsene om reduksjon av ventetidene er en større mulighet siden det blir koordinert fra det statlige plan.

Fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg har en utmerket mulighet for å kunne redusere ventetider, dette på bakgrunn av at man kan som pasient velge behandling der det er lavest ventetid. Og ventetiden mellom de ulike behandlingstidspunktene kan bli utjevnet.

Effektivitet i sykehusene er en faktor som kan påvirke ventetidene. Innenfor effektivitet er det også en faktor om antall liggedøgn på sykehusene. Dette inkluderer også en økt bruk av dagkirurgi der det er mulig. Best mulig utnyttelse av ressursene kan også ha en påvirkningsmulighet i forhold til reduksjon av ventetidene. Den medisinsk-teknologiske utviklingen som ved dagkirurgi er en faktor som også kan redusere ventetidene.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale helsetjenestene, og herunder rehabilitering i kommunene istedenfor hos spesialisthelsetjenesten, er en annen faktor som vil kunne påvirke ventetidene. Dette fordi man kan ferdigbehandle pasientene i kommunene og spesialisthelsetjenesten kan redusere liggedøgnene. Mangel på samhandling og pasienter som blir for tidlig utskrevet kan derimot påvirke ventetidene negativt dersom det fører til at pasientene blir gjeninnlagt eller tar opp sengekapasitet som kunne redusert ventetiden. Man kan også få en ansvarsfraskrivelse og en forskjell i behandlingsskilt hos spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene.

For at pasienter kan oppnå en reduksjon i ventetidene er det en viktig faktor at de får tilstrekkelig med informasjon om rettigheter og valgmulighetene de har. Det må dermed være et system som sørger for at pasientene får den informasjonen de har krav på uten at de selv må sette seg inn i sine rettigheter. Dersom det er opp til pasientene selv er det enkelte pasientgrupper som gjerne er ressurssterke som i større grad har muligheten til å undersøke dette og redusere ventetiden dersom det er ønskelig. Eldre pasienter vil ha et større behov for veiledning og hjelp til beslutninger enn yngre pasienter.

Kvaliteten hos de ulike behandlingsinstitusjonene er også en faktor. Det er stor sannsynlighet for at man vil som pasient velge det behandlingstilbudet som har den beste kvaliteten på behandlingen. Man kan dermed få en lengre venteliste hos de institusjonene som har høyere score på kvaliteten enn andre behandlingstilbud. Tiltak for å utjevne kvaliteten hos de ulike sykehusene vil dermed kunne føre til at ventetidene blir utjevnet.

En annen faktor som kan påvirke ventetidene er at etter helsereformen av 2002 er det pasientene som står i sentrum. Dette er et skifte som er i tiden og vil kunne medføre en reduksjon i ventetidene siden det er i pasientenes beste interesse at ventetidene er på et lavest mulig nivå.

4 Datagrunnlag; dokumentstudier og intervjuer

4.1 Helsesektoren i Norge

På verdiskalaen i det norske samfunnet skårer helse høyt. Uansett hvem du spør så er god helse en viktig faktor, det er bedre for alle å være frisk enn å være syk. Det er derfor helsepolitikken er en viktig politisk del, og kan forklare hvorfor helse og helsetilbud er en viktig del av valgkampen. Uansett om man ser på eldreomsorg, rus og psykiatri, sykehusstilbud eller lengden på helsekøene. Et av hovedpunktene i debatten om helsepolitikk er om ytelser og hjelp skal være rettigheter, som blir finansiert av det offentlige, eller om det skal oppfattes som gaver og bli tildelt etter behov og eventuelt fortjeneste. Folk flest opplever det som at det tilbudet som eksisterer ikke dekker rettighetene befolkningene har til helsetilbudet (Heløe, 2010, s.20).

Problemet i Norge er ikke direkte kvaliteten på helsetjenestene, men organiseringen av tjenestene. Befolkningen har også et økende forventningskrav som øker mer enn tjenestetilbudet. Dette skaper en voksende misnøye og forventningskrise i velferdsstaten. Støtteorganisasjoner og de som roper høyest påvirker ofte prioriteringene. Et eksempel er et økt fokus på brystkreft og misnøyen med ventetiden på behandling. Den økende etterspørselen etter helsetjenester medfører at det i større grad må gjennomføres prioriteringer i helsevesenet, og etiske dilemmaer blir mer synlige (Heløe, 2010, s.24).

Et evig stridsspørsmål i norsk politikk er oppgavefordelingen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner. Denne rolledelingen er noe som går igjen i både i sykehusreformen i 2002 og i samhandlingsreformen. Før reformen i 2002 utgjorde spesialisthelsetjenesten omtrent 60 prosent av oppgaveporteføljen, målt i budsjettall, til fylkeskommunen (Heløe, 2010, s.142).

Før reformen var det et økonomisk oppgjør for pasienter som ble behandlet i en annen fylkeskommune enn der de var hjemmehørende, «gjestepasientoppjøret». Det var dette økonomiske oppjøret som fikk hovedskylden for at det var en manglede flyt i pasientstrømmen, og at utnyttelsen av behandlingsskapiteten var for dårlig. Det var også mer lønnsomt for fylkeskommunene å behandle pasientene i sitt eget fylke enn å betale for at pasientene ble behandlet i et annet fylke. Det hadde tidligere vært en rekke forsøk for å forbedre

effektiviteten ved tiltak som kunne bedre utvekslingen av pasienter og tjenester mellom fylkene og dermed redusere køene (Heløe, 2010, s.143).

Mange av funnene i evalueringen som Forskningsrådet la frem i 2007 har fortsatt gyldighet, men mye er under endring (Heløe, 2010, s.147). Lengden på ventelistene veksler og det er ingen antydning til en entydig trend som indikerer bedring. Det er ulike forklaringer på dette, men en av dem er at nye behandlingsmuligheter skaper nye køer (Heløe, 2010, s.148). Det som også påvirker ventelistene er endringen i befolkningen, som for eksempel at befolkningene endres og behovene for ulike behandlinger endres. Nye data fra 2016 gir grunnlag for å vurdere om disse konklusjonene fortsatt er gyldige.

Det har også skjedd endringer innad i styrene til de regionale helseforetakene. Etter stortingsvalget i 2005 og kommunevalget i 2007 har det blitt oppnevnt flere lokal- og regionalpolitikere inn i styrene. Dette var begrunnet med at man ønsket en større innflytelse på de regionale helseforetakene, og for å redusere misnøyen med at fylkeskommunene ble fratatt ansvaret over spesialisthelsetjenesten. Det er også kritikk koblet til at noen mener at de regionale helseforetakene er et unødvendig og byråkratiserende mellomledd (Heløe, 2010, s.149).

Sykehusreformen er et resultat av New Public Management-bølgen, denne skulle sørge for en forbedring i produktiviteten hos de norske helseinstitusjonene. Det var fokus på ledelse og intern styring. Gjennom reformen fikk helseforetakene og spesialisthelsetjenesten strengere krav for å tilfredsstille kravene til kvalitetssikring, kontroll, samfunnsansvar og omdømmehåndtering (Heløe, 2010, s.149).

Fokuset i reformen hadde tidligere primært vært knyttet til bedrifter. Det som er et av hovedspørsmålene etter at man har strammet inn styringen av spesialisthelsetjenester gjennom det overordnede ansvaret staten har og ansvaret de regionale helseforetakene har, er om den økte styringen faktisk har innvirkninger på produktiviteten, helsekøene, reduksjon av kostnader, samt flere tilfredsstilte pasienter og medarbeidere. Dette er noe reformen så langt ikke gjør i tilstrekkelig grad (Heløe, 2010, s. 150).

Fra et økonomisk ståsted kan man si at helsekøer oppstår når det er et etterspørselsoverskudd, det er flere som etterspør den aktuelle tjenesten enn tilgjengelig kapasitet. Spesialisthelsetjenesten må derfor øke produksjonen av de aktuelle tilbudene for å møte etterspørselen. Men siden etterspørselen etter helsetjenester kan variere, er det ikke like lett å sette et konkret tall for hvor mye den eventuelle produksjonen må økes. Det er dessuten ikke lett på kort sikt å øke produksjonen av helsetjenester. For å minske ventetiden for eksempel

ved røntgenundersøkelser må en rekke faktorer tas hensyn til, som innkjøp av moderne maskiner, flere undersøkelsesrom og flere radiografer. Men samtidig kan det være rom for forbedringer på faktorer som ikke er knyttet til utstyr, lokaler og bemanning. Effektiviteten både knyttet til innkalling og gjennomføring av undersøkelsene kan forbedres. De regionale helseforetakene kan være en buffer mellom stortingspolitikkerne som er glade i spørsmål og styring, og de lokale helseforetakene eller sykehusene som er under et konstant press fra media og opinionen. Dette kan bedre effektiviteten til sykehusene ettersom de slipper å bli spurt direkte om hva som skjer i produksjonen og med behandlingen. Etterspørselen etter ulike tjenester vokser raskere enn det sykehusene klarer å tilby, noe som er forklaringen på hvorfor de seneste reformene og endringene stadig har vært under kritikk (Heløe, 2010, s. 152).

Et gjennomgående tema i reformene innenfor helsevesenet de siste årene er kvalitet. Dersom man har lik kvalitet på behandlingene hos sykehusene, vil det være lettere å benytte seg av fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, samt det vil være lettere for de som styrer å se områder som har forbedringspotensial. Det som er «problemfyllt» er at kvalitetsbetegnelsen ikke er entydig. Det er ulike definisjoner på hvordan man skal sikre best mulig kvalitet om man ser på kirurgiske behandlinger, indremedisinske behandlinger og behovet for akuttberedskap (Heløe, 2010, s. 154).

For de kirurgiske behandlingene vil den beste kvaliteten oppnås dersom det skjer en sentralisering og spesialisering som gjerne hører sammen. De indremedisinske behandlingene krever som regel en samhandling med kommunehelsetjenesten og bør helst skje i omgivelser nær hjemmet, ettersom det som regel er en del sammensatte behandlinger. Spesialiseringskravene gjør det vanskelig å bygge ut et fullverdig tilbud for akutte tjenester ved alle sykehus. Når tilbudet blir sentralisert og spesialisert er det en risiko for at det blir lengre ventelister på enkelte behandlinger. Dette vil ikke være i tråd med målsettingene i reformene som alle har hatt reduksjon av ventelistene og ventetiden som et hovedmål. Så da kommer spørsmålet om hvordan man best mulig balanserer kvalitet og tilbud sentralt og lokalt for å redusere helsekøene og gi alle i hele landet et tilfredsstillende tilbud.

Behandlingsbehov eller bare behov kan knyttes til etterspørselen etter helsetilbud. Man kan skille mellom to typer behov, det første er et objektivt behov som blir satt av helseprofesjoner om hva som er nødvendig, eller hva som er mulig å gjøre, etter en undersøkelse. Den andre typen behov er subjektivt der det er pasienten selv som «bedømmer» hva som er behovet for en selv. Her kan det hende at det er uenighet om det aktuelle behovet. Det er dermed ikke slik at

de objektive behovene nødvendigvis speiler etterspørselen etter helsetjenester. Behovsbegrepet er ikke absolutt, det er relativt, tids- og situasjonsbestemt (Heløe, 2010, s.93).

Behandlingsmetodene spiller inn på etterspørselen. Det er kommet nye behandlingsmetoder for sykdommer man før så på som uhelbredelige, noe som utløser en latent behandlingsetterspørsel. De nye behandlingsmetodene kan også erstatte tidligere ressurskrevende behandlinger. De senere årene er antallet sengeplasser omtrent halvert, flere pasienter får poliklinisk behandling, og liggetiden går ned som et resultat av effektivisering og nye rutiner (Heløe, 2010, s.105).

Både sykehusreformen fra 2001 og samhandlingsreformen er prosessdrevne (Jensen, 2013, s.31). Bjarne Jensen mener at begge disse reformene er dårlig utredet, at de ikke har et helhetlig plangrunnlag og at en vesentlig del av beslutningsgrunnlaget for dem er uriktig og mangelfullt. Man bør utfra Jensens (2013, s.31) vurdering basere spesialisthelsetjenesten på mer velutviklede styrings- og utviklingsprinsipper for fellesbetalte offentlige velferdsgoder.

Markedsøkonomi og privat forretningsvirksomhet er hoveddelen av den økonomiske virksomheten i Norge. Verdiskapning i offentlig virksomhet er like mye verdiskapning som markedsstyrt virksomhet, forskjellen er at verdien måles og registreres på ulike måter (Jensen, 2013, s.32). Det er innbyggerne i fellesskap som i hovedsak finansierer de offentlige virksomhetene. Det er derfor ekstra viktig at innbyggerne er fornøyde ettersom det er de som tilslutt betaler for det.

New Public Management kan sees på som en ny måte å tenke om styring og utvikling av offentlig virksomhet (Jensen, 2013, s.32). Hovedprinsippet i denne retningen er at det er konkurranse og at metoder fra forretningsvirksomhet er mer effektive for offentlig virksomhet. New Public Management prinsippene blir tatt i bruk i reformene fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Det spilles på konkurranseevnen til de ulike behandlingsstedene, og det legges opp til at pasienten kan velge den aktøren som vurderes som best. Man kan også se på virkemidlene i New Public Management som en måte å styre offentlig virksomhet mer effektivt (Jensen, 2013, s.33).

Noen eksempler på dette er kostnadskontroll, profesjonell ledelse, desentralisering og delegering, målstyring, benchmarking og aktivitets- og effektivitetsmåling. Enkelte av disse elementene har også før New Public Management blitt brukt i offentlig virksomhet (Jensen, 2013, s.33).

New Public Management prinsippene har blitt benyttet i de senere reformene. Dette er en helt tydelig trend i reformene i norsk helsevesen etter 2001. Man kan se ved å sentralisere

styringen i helsereformen fra 2001, så har de samtidig desentralisert ved å opprette de regionale helseforetakene. New Public Management er også noe som kom til Norge etter å ha blitt innført i en del andre land først.

Det er også blitt hevdet at den tradisjonelle velferdsteorien ikke hadde tatt hensyn til problemene knyttet til de ansattes monopol på informasjon og deres incentiver til å jobbe for egne mål og ikke fellesskapets mål i utforming og gjennomføring av offentlig politikk (Jensen, 2013, s.33). For å motvirke dette kan virkemidlene være for eksempel utdanning, kompetanse og krav til etikk og moral er grunnleggende. Det blir også trukket frem at man kan få en styringssvikt i offentlig virksomhet ved at politikere og ansatte har incentiver til å utvikle offentlig virksomhet for å fremme sine egne interesser og ikke interessene for fellesskapet (Jensen, 2013, s.34). Her kan man for eksempel se at reformene i helsepolitikken speiler på en viss måte politikken til partiene som utformer de. Som at Høyre har fremmet forslaget om fritt behandlingsvalg, der man åpner for flere private muligheter. Men man må avveie om dette også er for det beste for fellesskapet.

De nye tiltakene som New Public Management har ført med seg er blant annet privatisering av offentlig virksomhet, konkurranseutsetting av hele virksomhetsområder, kundevalgmodeller, oppsplitting av offentlig virksomhet i foretak styrt etter bedriftsøkonomiske prinsipper, ukritisk og for detaljert bruk av resultatindikatorer i styring av offentlig virksomhet og innføring av forretningsregnskap i offentlig virksomhet. Men det er ikke bevist direkte sammenheng mellom disse metodene og økt effektivisering. (Jensen, 2013, s.36).

De grunnleggende målene for helsereformene er at man skal få en rettferdig fordeling helsetjenestene og effektiv bruk av helsetjenestene (Hagen og Tjerbo, 2013, s.66). Det er ofte slik at det er større fokus på en rettferdig fordeling i helsevesenet enn effektivitet, da helsetjenester sees på som en rettighet. Denne holdningen skaper et økt «publikumsfokus» på helsepolitikken. Det er ulike syn på hvordan kostnadene skal fordeles og hvor mye som skal brukes på helsevesenet, samtidig så er det et behov for kostnadskontroll fordi dette er en stor sektor som bruker mye penger (Hagen og Tjerbo, 2013, s.67).

4.2 Sykehusreformen av 2002

Helsereformen som ble vedtatt i 2001 og gjennomført i 2002 var bygget på en hybrid av sentraliserings- og desentraliseringsideer (Heløe, 2010, s.143). Staten tok totalansvaret og

reformen medførte en sentralisering av både produksjonen av spesialisthelsetjenestene og for eierskapet til sykehusene. Forvaltnings- og driftsansvaret ble imidlertid overført til regionale helseforetakene, som innebar en desentralisering.

Etter sykehusreformen er det blitt registrert at Stortinget og Helsedepartementet griper stadig mer inn i styringen av de regionale helseforetakene. Dette er noe som samsvarer med at man sentraliserte styringen, men også fordi at det på ulike arenaer er et krav om at de folkevalgte skal kunne svare, ikke bare på overordnede spørsmål, men også spørsmål som går på mer detaljer. Omstillingen har ført til en større effektivitet i administrasjonsleddet. Ledelsen har blitt mer profesjonell og resultatorientert etter at reformen ble gjennomført (Heløe, 2010, s. 145).

Helseforetaksreformen fra 2001 ble lansert som en løsning for å gi befolkningen en større sikkerhet for befolkningens felles helsetjenester (Jensen, 2013, s.44). Det skulle bli større samordning blant de regions- og landsdekkende helsetjenestene. Dette skulle sørge for større effektivitet og gi en bedre styring av økonomien. Helseforetaksreformen gikk på tvers av tidligere utredninger, og den ble i stor grad basert på ideene til New Public Management (Jensen, 2013, s.44).

Det som i hovedsak lå bak reformen var ikke at staten tok ansvaret for helsetjenestene, men metodene staten brukte for å styre og organisere sykehus. Den politiske styringen av sykehusene var sterk også før sykehusreformen, når fylkeskommunene hadde ansvaret (Jensen, 2013, s.45). Det reformen førte med seg var at man avviklet folkevalgt styring og erstattet styringen av sykehusene med prinsipper fra næringslivet. Dette kan derfor bli oppfattet som en mistillit til den folkevalgte styringen av helsetjenesten.

Når helsereformen ble innført medførte dette til at et felles budsjett og økonomiplan forsvant. Systemet med at fylkene hadde egne helseplaner ble borte, og det ble ikke innført et tilsvarende system for de regionale helseforetakene. Under fylkeskommunenes styring var det et utbredt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som etter innføringen av helseforetaksreformen ble borte (Jensen, 2013, s.46). De folkevalgte hadde tidligere god oversikt over hva som var behovet i fylkene, og fokuset var i større grad likhet i behandlingen.

Dersom man kombinerer lønnsomhetsregnskap som er en del av foretakenes rolle sammen med organiseringen av foretakene etter en modell for aksjeselskap og stykkprisfinansiering, medfører dette ulike konsekvenser. Den overordnede politiske styringen blir svekket og økonomisk lønnsomhet blir prioritert. Det blir en økt stimulering til konkurranse mellom helseinstitusjonene fremfor at man fremmer samarbeid. I forhold til at helse er en fellesbetalt offentlig virksomhet blir det en mangelfull økonomistyring. Konsekvensene av

helseforetaksreformen blir stående som motsetninger til de overordnede målene i reformen; at pasienten skal stå i sentrum, sterkere politisk styring, velferdssamfunnets verdigrunnlag og trygghet i samfunnet (Jensen, 2013, s.47).

De målene og ønskene som legges frem i Stortinget for den nasjonale helseplanen er ikke avveie i forhold til om de er realiserbare innenfor de gjeldene inntektsrammene (Jensen, 2013, s.47). Dette er problematisk ettersom at man ikke vet om de målene man setter frem faktisk er realiserbare.

Økonomien til de regionale helseforetakene er basert på rammene som de overordnede myndighetene setter ned, dette kan legge et stort press på foretakene for å effektivisere og/eller legge ned virksomheter og tjenester for å oppnå balanse mellom utgifter og inntekter. Helseministeren har muligheten til å påvirke hva som skal prioriteres høyere, men det er opp til de regionale helseforetakene å beslutte hva som eventuelt må prioriteres ned (Jensen, 2013, s.48).

Det ble høsten 2015 satt ned et utvalg for å utrede en ny organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Kvinnsland-utvalget skal gi en vurdering av erfaringene og en beskrivelse av den nåværende sykehusreformen (Regjeringen, 2015). Utvalget skal også utrede alternative modeller til den nåværende, og vurdere hvordan statens eierskap skal organiseres.

De ulike forslagene som skal vurderes utfra mandatet er tre konkrete og de skal vurdere om det er andre løsninger som også vil være aktuelle. Den første modellen er at de regionale helseforetakene fjernes, og ha færre helseforetak som er direkte underlagt departementet (Regjeringen, 2015). Helseforetakene er større sykehus som har underenheter. Den andre alternative modellen er å opprette et eget direktorat som erstatning til de regionale helseforetakene. Et tredje alternativ er å opprette et nasjonalt helseforetak som erstatning for de regionale helseforetakene.

4.3 Fritt sykehusvalg

Pasientrettighetsloven ble vedtatt i 1999 og innført i 2001. Loven skal sikre at befolkningen får lik tilgang på helsetjenester og at pasienter selv får muligheten til å være med å bestemme på helseområdet. En av de viktigste rettighetene i denne loven er pasientenes rett til fritt sykehusvalg. Ordningen skal bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten. Formålet med fritt sykehusvalg er behandlet i Ot.prp. 63 (2002-2003).

Riksrevisjonen utførte i 2011 en undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg. Hovedfunnene i denne undersøkelsen viser at 70 % av de pasientene som benyttet seg av ordningen (15% av pasientene) fikk kortere ventetid. De resterende 30 % la ifølge undersøkelsen vekt på vurderinger av behandlingens kvalitet framfor reduksjon av ventetid. Dette underbygger at ordningen fungerer og at der er potensial for ytterligere reduksjon av ventetidene dersom flere benytter ordningen. Forskjellene i ventetidene mellom sykehusene blir utjevnet (Riksrevisjonen, (2011-2012), s 8).

Lang utdanning og høy inntekt gir økt bruk av ordningen. Ved bruk av lokalsykehuset er nærhet til familie, akseptabel ventetid og kvalitet utslagsgivende. Pasientene som benyttet ordningen setter kvalitet foran ventetid, og dårlig erfaring med lokalsykehuset var en viktig faktor for mange (29 %) (Riksrevisjonen, (2011-2012), s 9,10).

Informasjon er avgjørende for bruk av ordningen og fastlegene spiller en viktig rolle. De som bruker ordningen har i stor grad fått informasjon fra fastlegen (71 %), mens de som bruker lokalsykehuset har i liten grad fått informasjon (34 %). Bare opp mot halvparten av fastlegene gir informasjon og veiledning uoppfordret, og her er det et stort potensial til forbedring og dermed reduksjon av ventetidene (Riksrevisjonen, (2011-2012), s 10).

Informasjonen angående ventetider på frittsykehusvalg.no med tilhørende telefontjeneste er upresis, og i praksis er ventetiden kortere enn oppgitt. Nettstedet/telefontjeneste er lite besøkt og kun 9 % av pasientene i undersøkelsen benyttet denne informasjonskilden. (Riksrevisjonen, (2011-2012), s 11).

Upresis informasjon gjør at trolig mange vurderer ventetiden ved lokalsykehuset som akseptabel. Videre er det svak kvalitetsinformasjon tilgjengelig, og det er viktig at det i framtiden etableres bedre indikatorer som grunnlag for behandlingsvalg for pasienten. Helseforetakene gir i liten grad informasjon som grunnlag for å vurdere alternative behandlingssteder med kortere behandlingstid (Riksrevisjonen, (2011-2012), s 12).

Riksrevisjonen mener fritt sykehusvalg bidrar til å redusere ventetidene, og at det må forventes at fastlegene gir nødvendig informasjon. Videre må tilgjengelig informasjon få en høyere kvalitet herunder indikatorer som gjør det lettere å velge det beste tilbudet både med hensyn til kvalitet og tid (Riksrevisjonen, (2011-2012), s13).

Riksrevisjonens kommentarer har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet som utdyper fastlegens og sykehusets ansvar og forbedring av informasjon på nettstedet for fritt sykehusvalg, herunder etablering av nye kvalitetsindikatorer (Riksrevisjonen, (2011-2012), s14).

Riksrevisjonen konkluderer med at økt bruk av fritt sykehusvalg vil redusere ventetidene. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å iverksette tiltak slik at både fastleger og de enkelte sykehus informerer pasientene slik at de kan gjøre relevante valg av behandlingssted. (Riksrevisjonen, (2011-2012), s 15,16).

4.4 Samhandlingsreformen

Det er ikke lett å finne presise formuleringer om samhandlingsreformens mål og virkemidlene for å realisere disse. Men hovedhensikten med reformen er bedre samarbeid og samhandling, satsing på kommunehelsetjenesten, økt innsats til forebygging av helseproblemer, diagnostisere og behandle sykdommer tidligere, og innføre kommunal medfinansiering eller delbetaling for innbyggernes bruk av statens spesialisthelsetjenester (Jensen, 2013, s.49).

Økt samhandling og samarbeid vil kunne redusere ventelistene og det vil også forebyggende tiltak kunne gjøre. Helseforetaksreformen fra 2001 fjernet mange av systemene som skulle bedre samhandling og samarbeid. Samhandlingsreformen er dermed et tiltak som bringer dette fokuset tilbake. Aktuelle virkemidler som kommunal betaling for spesialisthelsetjenester kan gi kommunene incentiver både til forebyggende tiltak og lokale tilbud (Jensen, 2013, s.50).

Målet med riksrevisjonens rapport om samhandlingsreformen har vært å undersøke om den bidrar til å nå de overordnede politiske målene om å bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.7). For å nå dette målet skulle en større del av helsetjenestene tilbys av kommunehelsetjenesten, slik at man demper veksten i bruk av sykehustjenester. For å få bedre kvalitet skal man øke samarbeidet mellom helsenivåene og styrke de ansattes kompetanse (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.7).

Helse- og omsorgstjenesteloven som ble vedtatt i 2011 er en del av samhandlingsreformen. Formålene med denne loven er blant annet at man skal bedre kvaliteten og sikre et likeverdig tilbud, bidra til at ressursene utnyttes best mulig og sikre samhandling (Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 1-1).

Det er en stor økning i pasienter som registreres som utskrivningsklare (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.8). Det er færre pasienter som ligger på sykehus og venter på videre behandling i kommunene, og liggetiden for disse pasientene har også gått ned. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har bidratt til at en større del av pasientforløpet er overført til kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.8).

Samhandlingsreformen har også bidratt til at det er en reduksjon i liggetiden på sykehus. 95 % av kommunene opplever at pasientene generelt er sykere når de blir overført til kommunehelsetjenesten etter samhandlingsreformen ble innført (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.8). Samtidig mener 80 % av fastlegene at pasientene blir skrevet ut for tidlig fra sykehusene, og at en belastning for mange pasienter er reinnleggelser. Mange av kommunene opplever at pasienter blir skrevet ut for tidlig, slik at det er vanskelig å tilby et godt tjenestetilbud i kommunene (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.8).

Ifølge helseforetak og kommuner er årsaken til at flere pasienter blir reinnlagt på sykehus innen 30 dager etter utskrivningen for tidlig utskrivning, samt mangler ved det kommunale helsetilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har ifølge Riksrevisjonen begrenset kunnskap om utviklingen av kvaliteten i kommunehelsetjenesten etter reformen, og mener at gode kvalitetsindikatorer er viktig for at man skal oppnå god kvalitet (Riksrevisjonen, ((2015-2016) s.8).

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått et ansvar for å dempe økningen i antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Et av virkemidlene for at flere pasienter behandles på det lavest effektive omsorgsnivået som er kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD/KAD-senger). Tilskuddene for denne etableringen fordeles 50/50 mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.9).

For at dette skal være en avlastning for sykehusene, må pasientene som legges inn ved tilbudet ellers bli lagt inn til behandling ved sykehusene. Man har ikke informasjon om i Helse- og omsorgsdepartementet i hvilken grad innleggelsene i ØHD erstatter sykehusinnleggelser, eller i hvilken grad tilbudet brukes i kommunenes pleie- og omsorgstilbud (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.9). I undersøkelsen til Riksrevisjonen kommer det fram at kommunene ikke bruker ØHD-tilbudet slik at det erstatter sykehusinnleggelser. Det er også mange av helseforetakene som mener at en del av pasientene som legges inn på sykehus burde heller vært lagt inn på ØHD (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.9).

Dette innebærer at det er et stort potensial for at man kan yte øyeblikkelig medisinsk hjelp til pasienter i nærheten av hjemmet. Det er flere grunner til at ØHD ikke benyttes i like stor grad som potensialet er, blant annet er fastlegene usikre på tilbudets kvalitet og om det er tilpasset innbyggernes behov. De har også manglende kunnskaper om hvilke ulike behandlinger som blir utført ved ØHD, og det er tidkrevende innleggelsesprosedyrer. Det kan ikke forventes at ØHD vil ha en sterk påvirkning på omfanget av innleggelser ved sykehusene samlet sett, men de bør kunne avlaste sykehusene i større grad enn i dag (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.9).

Flertallet av kommunene opplever at samarbeidsavtalene legger til rette for god arbeidsdeling og godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og at det legges til rette for et helhetlig pasientforløp. Etter at samhandlingsreformen ble innført har man hatt et større behov for å utveksle informasjon, på begge sider oppleves det at mange får utilstrekkelig informasjon fra den andre parten. Dette medfører at man må bruke ressurser på å etterspørre informasjon. Individuell plan er et lovfestet virkemiddel, men bidrar kun i en begrenset grad til et helhetlig pasientforløp (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.10).

En større del av pasientforløpene skal utføres av kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformens mål. Kommunene bruker mer penger på kommunehelsetjenesten nå enn i 2010, men kapasiteten har i liten grad blitt styrket. Veksten i årsverk har ikke økt betydelig etter innføringen av samhandlingsreformen. Mottakere av hjemmetjenester og korttidsinstitusjonsopphold har økt noe, og det har blitt vanskeligere å få plass ved sykehjemmene. Veksten i kapasiteten i tilbudet er derfor ikke i tråd med de forventningene som ble stilt til kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.11).

Kompetansen i kommunehelsetjenesten er viktig for gjennomføringen av målene i samhandlingsreformen, det er imidlertid flere kommuner som mangler kompetanse på flere områder. Antall leger i kommunene har ikke økt i tråd med forventningene, antall sykepleiere har økt, men det er nær halvparten av kommunene som opplever de ikke har nok sykepleiere og omtrent en av fem kommuner som opplever de ikke har god nok legedekning. Det er kun i begrenset grad at man i kommunene har styrket kompetansen i form av etter- og videreutdanning. (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.12).

Riksrevisjonen gjentar sine anbefalinger om å iverksette bruk av kvalitetsindikatorer. Videre bør informasjonen mellom sykehusene, kommunene og fastlegene forbedres, det bør iverksettes tiltak for å heve kompetansen i kommunene og bedre arbeidet i forhold til psykisk helsevern og rusmisbruk (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.12).

Sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen er foreløpig ikke på plass. ØDH fungerer bra i enkelte kommuner, men må forbedres for å ivareta intensjonene i reformen (Riksrevisjonen, (2015-2016) s.14). Samhandlingsreformen legger vekt på at beslutninger skal bli fattet og tiltak skal iverksettes på lavest mulig nivå, men samtidig så høyt at man oppnår optimal helseeffektivitet og likt tilbud for alle grupper av befolkningen. Man skal også styre mot en økonomisk effektivisering, som innebærer at finansieringsansvaret skal fordeles mellom helseforetak og kommuner, og ha en form for gulrot og pisk når det kommer til avveininger og prioriteringer (Veggeland, 2013, s.82).

Samhandlingsreformen har hentet ideer fra den britiske «Health Action Zones» -reformen som fungerte fra sluttet av 1990-tallet og videre inn på 2000-tallet. Sonepolitikken som kommer frem i denne reformen er også delvis fremtredende i reformen fra 2001, der man inndelte landet inn i soner (de ulike helseforetakene). Målsetningene for «Health Action Zones» -reformen var å forbedre helsetilbudet og redusere den sosiale ulikheten (Veggeland, 2013, s.84). Man skulle restrukturere helsetjenester for å kunne oppnå et bedre helsetilbud. Et annet fokus i den britiske reformen var å få utnyttet mer av pengene som ble investert i helsevesenet. Et annet mål var å utvikle og organisere partnerskap og medfinansiering. Man skulle også i større grad involvere de lokale myndighetene slik at det videre kan bli utviklet en mer bærekraftig utvikling av helsetjenestene. Dette er styringslinjer og målsetninger som også er representert i samhandlingsreformen (Veggeland, 2013, s.84).

Den britiske reformen fikk en relativt kort levetid i det britiske systemet. Noe av grunnen til den korte levetiden var at reformen som en følge av fragmentert beslutningsmyndighet var preget av uklare mål, samt dårlig organisering og gjennomføring i sonene. Noe annet som også var problemfullt var lokal kompetanse, «ovenfra og ned» -politikk med liten lokal innflytelse, og dårlig kostnadseffektivitet. Dette medførte at den britiske reformen ikke var bærekraftig og dermed ble avvirket (Veggeland, 2013, s.85).

Samhandlingsreformen har de overordnede samme målsetningene som den britiske HAZ-reformen. Samtidig er organiseringen i samhandlingsreformen formelt sett den samme som i den britiske (Veggeland, 2013, s.85).

I samhandlingsreformen er det fem ulike nivåer som skal samhandle for å skape en bedre helsetjeneste, samt oppnå større grad av sosial likhet og økonomisk rasjonalitet (Veggeland, 2013, s.86). Det øverste nivået, nivå fem, er Helsedepartementet og det tilhørende helsedirektoratet og helsetilsyn. På nivå fire er de regionale helseforetakene, spesialisthelsetjenesten. Nivå tre er spesialistsykehusene, altså de lokale helseforetakene (sykehusene). Kommunene er på nivå to, og det laveste nivået består av primærhelseinstitusjonene, fastlegene og organisasjoner.

Før samhandlingsreformen var det en tankesmie som fremmet de samme problemstillingene og løsningene som reformen tar opp, tankesmien Visjon Helse 2015. Det tankesmien kom frem til var at det offentlige fortsatt skulle ha det overordnede ansvaret for helsevesenet, og pasientenes rettigheter skulle fortsatt stå i sentrum. Videre foreslo de at det offentlige forsyningsansvar for helsetjenestene og de offentlige behandlingstilbudene skulle avvikles, og i stedet ivaretas i et marked for kjøp og salg av helsetjenester. (Jensen, 2013, s.51).

Det er en del påstander i vurderingene knyttet til samhandlingsreformen som kan anses som problematiske ettersom de er feil eller udokumenterte; det er feil at vi bruker mer ressurser på helsetjenestene enn sammenlignbare land, det er udokumentert at Norge på systemnivå har et overforbruk av sykehustjenestene, og for det tredje er det udokumentert at en del av tjenestene som ivaretas av sykehusene kan ivaretas med lavere kostnader og bedre kvalitet i kommunens helse-, pleie-, og omsorgstjeneste (Jensen, 2013, s.52).

I samhandlingsreformen blir det trukket frem at det er for mange liggedøgn på sykehusene. Målet i pasientdøgn blir omfanget av utskrivningsklare pasienter relativt beskjedent, og det kan stilles spørsmålstegn ved om dette påvirker behandlingsskapiteten for nye pasienter ved sykehusene. Dette er motstridene i forhold til antagelsen om at færre liggedøgn vil kunne føre til en økt behandlingsskapitet og dermed mulig kan redusere ventetiden. Det kan også stilles spørsmålstegn med om det er mer effektivt å benytte sykehjem som alternativ til liggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter (Jensen, 2013, s.54).

4.5 Fritt behandlingsvalg

Proposisjon til Stortinget (Prop. 56 L (2014-2015)) behandler «Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)». Bakgrunnen for proposisjonen var Regjeringserklæringen, der det understrekes at Regjeringen vil innføre fritt behandlingsvalg, og høringsnotat om fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten med tilhørende høringsuttalelser (Prop. 56 L (2014-2015), s 5).

Målene med fritt behandlingsvalg er å redusere ventetidene og øke valgfriheten for pasientene. Private aktører vil i større grad slippe til samtidig som de offentlige sykehusene får større handlingsrom. Konkurransen vil øke og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive og bedre, noe som igjen sikrer et godt offentlig helsevesen for alle. Et todelt helsevesen der de med høy inntekt kan kjøpe seg prioritet kan unngås (Prop. 56 L (2014-2015), s 5).

Fritt behandlingsvalg inneholder tre hovedsøyler: Pasientenes rett til å velge behandling der også private kan levere tjenester til en fastsatt pris, større frihet for de offentlige sykehusene gjennom at behandlingstak fjernes samt mer kjøp fra private sykehus gjennom anbud. Det er ikke bare pris som skal legges til grunn, men en totalvurdering der også evne til samhandling og kvalitet er viktige kriterier. Prioriterte områder i første fase i gjennomføringen av fritt

behandlingsvalg er psykiatrisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og enkelte områder innen somatikk (Prop. 56 L (2014-2015), s 6).

Fritt behandlingsvalg erstatter ikke, men kommer i tillegg til fritt sykehusvalg. Departementet fikk omtrent 100 uttalelser i høringen knyttet til forslaget der flertallet var enige i hovedintensjonene i reformen, det vil si redusert ventetid, økt valgfrihet og høyere effektivitet. Flertallet var imidlertid negative til selve forslaget der også forventede høye administrasjonskostnader var et viktig argument. Departementet valgte imidlertid å opprettholde forslaget, men gjorde betydelige endringer blant annet knyttet til pasient og brukerrettigheter. Videre gjøres det forenklinger ved at fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg slås sammen til en rettighet (Prop. 56 L (2014-2015), s 37).

Det utarbeides en ny bestemmelse som fanger opp rettighetene til både fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Ordningen vil bli kalt fritt behandlingsvalg som dekker både sted og behandling (Prop. 56 L (2014-2015), s 53).

4.6 Intervjuer

Det gjennomført tre semistrukturerte intervjuer med nøkkelpersoner på høyt nivå i Helse- og sosialdepartementet og underliggende regionalt helseforetak. Disse er benevnt X, Y og Z. Datagrunnlaget er strukturert i forhold til Sykehusreformen av 2002, Samhandlingsreformen og Fritt sykehusvalg/Fritt behandlingsvalg innen hovedtemaene organisering, ventetider, kvalitet/produktivitet og informasjon/omgivelser.

4.6.1 Sykehusreformen av 2002

4.6.1.1 Organisering

Sykehusreformen kom etter en lang utredning, det var ikke noe utredning på akkurat den modellen, men det hadde vært en lang diskusjon om ulike modeller for styring av sykehusene. Det hadde akkurat kommet en utredning om det gikk an å ha en type foretaksorganisering i fylkeskommunal regi, det var blant annet NOU-er på dette. Det som var en viktig forutsetning for reformen var store underskudd og lange ventelister på slutten av 90- tallet i fylkeskommunene, og vanskelig å se hvordan man kunne håndtere det. På bakgrunn av dette tok regjeringen Stoltenberg en beslutning om at dette endres til statlig eierskap. Det ble satt ned en prosjektgruppe som jobbet med dette i ett år og fikk implementert reformen, sikkert en av

Norges raskeste reformer. For å ikke skape mye usikkerhet måtte det gjøres veldig kjapt. En viktig forutsetning var at det var behov for å få en likeverdig behandling og et mer likt tilbud.

Under arbeidet med sykehusreformen var det noen departementer som var veldig viktige, og det er nødvendig med et tett og godt samarbeid mellom de ulike departementene. Det var mye kontakt utad, og høringsnotater og lov-proposisjoner var ute på høring. De regionale helseforetakene ble først opprettet helt på slutten av året.

I helsesektoren er det en direkte styringslinje gjennom oppdragsdokumenter til foretakene. Hovedfokuset har vært fristbrudd og ventetider. Vi ser nå en reduksjon i fristbrudd og ventetider. Det viser viktighetene av nitidig oppfølging av enkelte områder. I dag har man også bedre styringsvirkemidler, blant annet fordi man har virksomhetsdata fra poliklinikken. Ledelsen i sykehusene har større muligheter til å følge opp arbeidsplaner, aktivitet og logistikk (Int X, 2016).

Sykehusreformen var en stor, radikal og grunnleggende reform ved at staten tok hele grepet og frikoblet spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunal styring. Den har hatt effekter. Det er mye mer sterkere styring på sykehus, sykehusutbygging, og det er gjennomført store rasjonaliseringer på innkjøp. Ledelsen av sykehusene er profesjonalisert og satt i et helt annet system. De første årene var man veldig opptatt av å få økonomien under kontroll. Sykehusreformen har vært en dyptpløyende reform. Det er kommet spørsmål omkring om man fortsatt skal ha de regionale helseforetakene, men det er ingen som setter spørsmålsteget ved at sykehusene fortsatt skal være statlige. Men lokaliseringsspørsmålene og akuttberedskap har til denne dag vært et absolutt vanskelig og relativt uløst problem. Den nasjonale sykehusplanen prøver å lage en systematikk i det. Den systematikken er ikke veldig ny, mye av tenkningen har ligget der før, men nå er det på en måte kommet i bearbeidet form ved en stortingsmelding (Int Y, 2016).

Det er rettet kritikk mot at innføringen av de regionale helseforetakene har et for bedriftspreget syn på sykehusene, og ikke tar like mye hensyn til behovene til de enkelte innbyggerne i regionen som tidligere. RHF mener det er motsatt siden det har blitt et mye tydeligere ansvar for hele befolkningen i den regionen. Ved innføringen av de regionale helseforetakene er det lettere kunnet se dette i en større sammenheng, med likeverdige helsetjenester for befolkningen i hele regionen (Int Z, 2016)

I RHF har det hele tiden først og fremst blitt jobbet utfra pasientperspektivet. Men også i det arbeidet er det grunnleggende viktig, og det har vært noe av grunnlaget for hele reformen, å få orden på økonomien fordi det vil muliggjøre opprustning av sykehusene med bedre utstyr

og behandlingsmetoder. Det har vært mye og heftig debattert at New Public Management preger sykehusene og har overstyrt pasientbehandlingen. Man sitter med to forskjellige virkelighetsbilder i den debatten, og det er vanskelig å følge de som står med den sterkeste kritikken av foretaksreformen på det grunnlaget. New Public Management er ikke et begrep som det oppfattes har blitt lansert, eller har vært brukt aktivt innenfor de regionale helseforetakene. Men det er en del i den alminnelige organisasjonsutviklingen av offentlig sektor som har preg av New Public Management. Det er i helseforetakene trekk fra New Public Management som økt grad av styring og økt grad av rapportering. Rapporteringen er nødvendig for å holde oversikt over hvordan utviklingen går, siden man har vært helt avhengige av å sette sammen tallene i forhold til venteliste og ventetidsarbeidet for å i det hele tatt kunne følge med på, og forstå hva som egentlig skjer og se effekten av tiltak på områdene (Int Z, 2016).

4.6.1.2 Ventetider

En av hovedmålsettingene var å få ned ventetidene og reformen ga raskt effekter. Det ble ryddet i ventelistene og systemene ble forbedret. Til dels var ventelistene også brukt for å øke bevilgningen, man brukte de aktivt noen steder i argumentasjonen for å få mer penger og større ressurser. Etter den innledende ryddingen steg ventelistene litt frem til rundt 2007/2008, og så har det vært et stabilt nivå siden den gangen. De siste to årene har det vært et veldig fokus på de bakenforliggende årsakene til ventetider. Foretaksreformen gir en helt annen styringsmulighet, man hadde ikke den samme styringen før 2002. (Int X, 2016).

Det er helt naturlig at folk forventer at når du henvender deg til et sykehus, så får du hjelp og avklaring ganske raskt. Det er ikke lengden på køene, eller ventelistene, i seg selv som er problematisk dersom ventetiden er kort. Dersom ventetiden er kort for alle er antallet i kø mindre viktig. For den enkelte er ventetiden det viktigste. Enkelte har argumenterer for at ventetider og ventelister en måte å prioritere helsetjenester på. Dersom det ikke er ventetider for planlagt behandling kan det være et tegn på overkapasitet. Det ikke nødvendigvis et kapasitetsproblem. Det kan også være et logistikkproblem. Det er egentlig ingen grunn til at folk skal stå i kø lenge (Int X, 2016).

Øyeblikkelig hjelp, som kreft, er ikke det en del av ventelistestatistikken. De fleste som blir behandlet ved sykehusene kommer inn gjennom øyeblikkelig hjelp. Det å komme gjennom systemet uten å ha frykt, redsel og frustrasjon er viktig. Når det gjelder ventetidene så er det viktig at man får avklart om man trenger operasjon eller annen hjelp ved sykehuset eller ikke.

I de siste årene har det vært en målsetning om gjennomsnittlig ventetid for avviklede på under 65 dager. Utviklingen har vært positiv. Og så har man en del andre styringsmål der utgangspunktet er de nasjonale kvalitetsindikatorene (Int X, 2016).

Den første og en av de største effektene av reformene kom allerede rett etter reformen i 2002. Statsråd Tore Tønne lovte i forkant av reformen at han skulle få kontroll på ventetidene og ventelistene i løpet av et år. Nå har det gått snart femten år, og fortsatt er det en utfordring. Men i de første årene etter 2002 fikk man en betydelig effekt, og det hadde nok i stor grad sammenheng med at det alltid har vært behov for rydding.

Helsetjenesten samlet sett er en stor organisasjon og selv på ett sykehus har det tidligere vært mangelfull oversikt over ventetidene og ventelistene, og man har organisert dette ulikt fra avdeling til avdeling, og sykehus til sykehus. Så her så man en betydelig effekt av at man tok grep på det de første årene. Så flatet ventetidene og ventelistene ut i mange år, før man igjen begynte å ta tak i det mellom 2007 og 2009, og det ble igjen satt høyere fokus dette siden man så at den gode effekten som man fikk innledningsvis fortapte seg litt, eller flatet ut.

Man har de siste årene hatt mye fokus på ventelister og ventetider og kanskje særlig de siste to tre årene. Hvor man har jobbet mye mer systematisk med det, for å få mer kontroll. Når endringene i pasientrettighetene kom, og man fikk fristene for når behandling og utredning seinest måtte være iverksatt av hensyn til forsvarlighet for pasientene mellom 2007 og 2009, ble det mer og mer oppfølging siden fristbrudd er et lovbrudd. Fristbrudd gir også økonomiske konsekvenser fordi det foretaket, sykehuset eller institusjonen som hadde ansvar for pasienten og dersom de ikke iverksatte helsehjelpen så ble det en kostnad for den aktuelle institusjonen. Det medførte at man gjorde større tiltak for å få oversikt, slik at man kunne forhindre den situasjonen med fristbrudd (Int Z, 2016).

I de regionale helseforetakene (RHF) har det i de siste tre årene gjort veldig bred innsats for å få ventetidene ned, og man så effekter av det arbeidet i løpet av 2015, særlig i siste halvdel og man ser nå at det utvikler seg i riktig retning måned for måned. Grunnen til at man har sett de positive effektene er en bred innsats, opplæring, og stor innsats rundt poliklinikker. Analyser gjort for tre år siden viste det seg at det er i poliklinikkene rundt 90 prosent av utfordringene med ventetider, ventelistene og fristbruddene ligger, det vil si det oppstod utfordringer knyttet til hvordan pasientene ble tatt inn til utredning, undersøkelse og behandling på poliklinikkene. Et av hovedområdene til RHF har vært å få mer orden på poliklinikkene: bedre drift, mer effektiv ressursutnyttelse har gitt resultater. Det ble satt inn en ekstra innsats mot poliklinikkene som hadde de lengste ventetidene, og der fikk de ekstra hjelp til å forstå hvordan de måtte jobbe

for å forbedre situasjonen med ventelister. Dette gjaldt både noen enkelte poliklinikker, men det gjelder også noen fagområder på tvers av sykehusene, hvor det var utfordringer på alle poliklinikker innenfor det fagområdet.

Det er sykehusene som har gjort jobben med å redusere ventetider og ventelister. RHF har gitt støtte ved å gi dem mer informasjon om hvor ventetidene oppstår, og finne hvilke tiltak som vil være nødvendige og effektive for å få ned ventetidene. For noen poliklinikker har det blitt satt inn et eget innsatsteam som har gått ut og hjulpet den eller de poliklinikkene med dette arbeidet (Int Z, 2016).

Køer er jo et negativt ladet ord. Et utgangspunkt er jo at hvis vi ikke hadde hatt køer og ventelister, så ville vi hatt en organisasjon som hadde for høy kapasitet. Så noe ventelister og køer er ønskelig. I Helse Sør-Øst kommer det hver måned mellom 60 og 70 tusen henvisninger om helsehjelp til sykehusene, det vil si at det i ett år kommer rundt 700 tusen. Dette sier noe om størrelsen på utfordringen. I tillegg er det pasienter som allerede er inne i systemet som skal ha oppfølging og behandling videre. Ventetider og ventelister omhandler de ny-henviste pasientene, som kommer inn med en ny problemstilling og en ny henvisning.

Helse Sør-Øst har hatt et mål om å få ned køene. For rundt to år siden var ventelistene samlet på nesten 150 000. Nå er den samme køen på rundt 110 000, så arbeidet som har blitt gjort har redusert køen. Økt effektivitet og bedre ressursutnyttelse har gjort at det er færre som venter i dag, selv om det stadig blir flere innbyggere med økt forventningspress til helsehjelp. De som ventet for noen år siden ventet også gjennomsnittlig mye lenger enn i dag. Tallene har hatt en pen utvikling. Særlig fra 2014-2015 det vært så positivt at vi nå ser at ventelister og ventetider faktisk faller måned for måned (Int Z, 2016).

Ute i klinikkene har helsepersonell stilt spørsmål ved om vi har for stor oppmerksomhet på de pasientene som henvises inn til oss i forhold til de som allerede er inne og skal ha videre oppfølging og behandling. Men ved at vi har både har hatt oppmerksomhet på de ny-henviste pasientene og de som allerede er i systemet, så mener RHF at de har hatt god balanse og ikke kun er et ensidig fokus på de som kommer på ventelistestatistikkene.

På hvert eneste fagområde er det laget prioriteringsveiledere i Norge og de forholder seg til internasjonal konsensus innen det aktuelle fagområdet. Men dette handler ikke om hvor raskt pasientene skal behandles, fristen som settes handler mer om hvor lenge de kan vente. Det er utviklet en uforsvarlighetsgrense, der de ikke skal risikere å måtte vente lenger enn denne fristen. Fristbruddet inntreffer når fristen blir overskredet.

RHF prøver å få ventetidene ned så langt som mulig. Hvor langt ned de kommer det vil tiden vise, men for å få utnyttet kapasiteten best mulig og for å unngå at vi ligger med en overkapasitet så vil det alltid være ventelister og noe ventetider.

De aller fleste som legges inn på sykehus, og mange av de som kommer til poliklinikkene, kommer som øyeblikkelig hjelp og uten ventetider. Ventetider og ventelister omhandler pasientene som er henvist for en planlagt hjelp.

Prioriteringsveilederne sier også at fagfolkene som vurderer henvisningene må ta stilling til om dette er en høyt prioritert pasient eller en med lavere prioritet som kan vente, det vil en differensiering av ventetidene. De ventetidene RHF opererer med er gjennomsnittlige ventetider, altså hvor lenge har alle pasientene som står i kø i gjennomsnitt ventet (Int Z, 2016).

De årlige målene til de regionale helseforetakene settes i oppdragsdokumentet som regionene får fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er veldig overordnede mål og som på dette området har vært veldig stabile over en del år nå. De siste fire, fem årene har målene gått ut på at ventetidene skal reduseres og fristbrudd skal unngås. Dette er hovedmålene fra departementet, og de målene har de vært lojale til i de siste årene, og konkret i oppdragsdokumentet har det stått at ventetiden for avviklede pasienter skal under 65 dager, i tillegg ingen fristbrudd. Dette er de to målene RHF har forholdt seg til i 2015. I oppdragsdokumentet for 2016 har det kommet inn litt mer konkret arbeid i forhold til å redusere variasjon, både i ventetider og i kapasitetsutnyttelse (Int Z, 2016).

En del av økningen i ventetider og ventelister vil kunne være en effekt av et økende behandlingstilbud der det ikke er bygd opp tilstrekkelig kapasitet til behandlingen. Det kan ses tydelig at ventetidene faktisk øker på noen fagområder. Med det økende forventningspresset ble det regnet med en større økning i ny-henvisninger til sykehusene og spesialisthelsetjenesten enn det vi har sett de siste årene. En forklaring kan være at de pasientene som har høyest forventninger, i egen utålmodighet, har søkt helsehjelpen privat. Det er rimelig å anta dette når økningen i ny-henvisninger har vært såpass moderat som den har vært de siste tre fire årene (Int Z, 2016).

4.6.1.3 Kvalitet og produktivitet

Målsetningene om å redusere ventetidene de første årene førte til at sykehusene økte aktiviteten. Det var mange som ikke var klar over at når du øker aktiviteten utover det som var planlagt aktivitet, så får du bare betalt innsatsstyrt finansierings andelen. Sykehusene pådro seg store underskudd i denne perioden, ikke bare på grunn av dette, men det var sannsynligvis en

medvirkende årsak. Man jobbet veldig mye med de store underskuddene fra 2002 frem til 2008. Når du har denne type svære økonomiske utfordringer så er det nesten umulig å snakke om andre ting. Nå er det en helt annen situasjon, det man snakker om nå er kvalitet, ventetider, effektivitet og kapasitetsutnyttelse (Int X, 2016).

Man ser på arbeidsplaner og aktivitet, og når det er god logistikk. Det er større oppmerksomhet de siste to tre årene på logistikk, som er enormt viktig å få dette til. Reformene er viktig, og den statlige styringen gir oss en helt annen mulighet til å velge ut hva vi går inn, men så trenger man styringsinformasjonen for å få det til. Hvis man ikke har automatisert data og styringsinformasjonen, så vet man egentlig ikke hvor disse ventetidene oppstår.

Bemanningsplanlegging, informasjon og god systematikk har vært viktig. De fire regionale helseforetakene og sykehusene jobber på en helt annen måte, med en helt annen systematikk enn de gjorde før. Fra de regionale helseforetakene jobber de med å få bemanningsplanlegging ut i bredden ut til alle poliklinikker. Men man skal være klar over at når man pusher veldig på tidsfristen fra henvisning til første behandling, at det er pasienter som kommer inn i resten av sykehuset også, så man ikke ender opp med en intern kø (Int X, 2016).

Det er viktig at kvalitetsindikatorne sier noe om ikke bare ventetider, men også noe om logistikk og kvalitet. Det er etablert kvalitetsindikatorer for å forbedre likheten mellom sykehusene. Vi må i større grad identifiserer variasjon, årsakene til variasjon og iverksetter tiltak for å redusere uberettiget variasjon. Variasjon er et naturlig og ønsket fenomen. Variasjon er for utprøving av ulike tilnæringsmåter er en forutsetning for å vinne ny kunnskap. Men stor variasjon i utførelsen av helse- og omsorgstjenester kan være en indikasjon på kvalitetssvikt. Stor variasjon kan være en følge av tjenesteutøvelse under ulike rammevilkår eller mangelfullt kunnskapsgrunnlag, men det kan også være et uttrykk for manglende etterlevelse av det kunnskapsgrunnlaget som finnes. Variasjon kan både være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling. Det er viktig med åpenhet om resultater når det gjelder kvalitet- og pasientsikkerhet. For noen år siden var det en diskusjon om tallene var riktige. Det er mindre av dette nå, og det legges vekt på at resultatene brukes til lokalt forbedringsarbeid. Feil tall kan dårlig rapporteringen, og den må da forbedres. Det er har vært en veldig interessant utvikling. Åpenhet om resultatene, aktiv bruk og vurdering av variasjonen mellom sykehusene, det er muligens en av de viktigste faktorene bak kvalitetsforbedringen. Det er en positiv sammenheng mellom kvalitet og kostnadseffektivitet. De som har orden på kvalitet har også ofte gode økonomiske resultater (Int X, 2016).

Ventetider og fristbrudd rapporteres til Helsedirektoratet ved NPR som legger ut månedlige tall på disse områdene. I tillegg rapporterer virksomhetene på en rekke kvalitetsindikatorer offentliggjøres tertialvis (Int X, 2016).

Det kan forbedre effektiviteten dersom flere behandlinger kan gjøres på dagkirurgisk gjennom bedre behandlingsmetoder. Opptreningen kan starte mye tidligere enn det som var vanlig ved gamle operasjonsmetoder. Rehabiliteringen kommer i gang så fort som mulig.

Det følges veldig godt med på sammenhengen mellom effektivitet i sykehusene og reinnleggelser. For noen pasientgrupper har andelen reinnleggelser økt. Det er ikke en urovekkende økning, men utviklingen må følges nøye. Reinnleggelser vil alltid være en belastning både for pasienten og sykehuset. Det å forebygge en reinnleggelse er viktig for sykehuset, og de gjør det de kan for å forhindre det. Men noen reinnleggelser må man forvente. For mange av disse pasientgruppene hvor det er høy andel reinnleggelser, er det en del av sykdomsutviklingen eller helt naturlig for kronisk dårlige pasienter at de kommer inn igjen til nytt opphold. Et tiltak i den sammenheng er å gi god veiledning til de som skal følge opp pasienten etter en utskrivning. Enten det er pleie og omsorgspersonell i kommunene, fastlegene, eller begge gruppene. Internasjonalt er det nå slik at i økende grad så følger spesialisthelsetjenesten, altså sykehuspersonell, opp en del av disse pasientene i hjemmet etter utskrivning. Ambulante tjenester vil komme inn i større grad, og her er det avgjort et områdene der sykehusene må ha oppmerksomhet i framtiden (Int Z, 2016).

4.6.1.4 Informasjon og omgivelser

RHF har kontakt med media og det er et økt fokus på hvordan oppgavene blir håndtert. HRF følger utviklingen i ventetider og ventelister gjennom tall fra Norsk pasientregister (NPR). De offisielle NPR-tallene kommer en gang i måneden analyseres opp mot de indikatorene som er blitt fokusert på, som deretter presenteres både ovenfor eget styre, ovenfor media og ovenfor politikere, og i kommunikasjonen med sykehus. I 2015 hadde RHF et særlig fokus på åtte indikatorer, måleparametere, som blir presentert som viktige for å analysere utviklingen. De gangene hvor innsatsteamet har vært ute på noen enkelte poliklinikker, så har de for å understøtte arbeidet på den aktuelle poliklinikken og vise effekten av tiltakene som er satt i gang, fulgt utviklingen ukentlig (Int Z, 2016).

Den norske helsetjenesten kommer i internasjonale sammenligninger godt på kvalitet og overlevelse. Men Norge kommer mindre godt ut på opplevelse. Når statsråden snakker om

pasientens helsetjeneste, så er det logistikken rundt pasienten, hvordan gjør du dette til en god opplevelse i tillegg til at du gjør det mer effektivt, det vil si selve organiseringen av tilbudet.

Det er og skal være høye forventninger til helsetjenesten i Norge. Pasientene og pårørende forventer at man får de nyeste medisinene og man forventer at man får tilbud raskt. Men det må avveies mot både ressurser og prioritering mellom pasientgrupper (Int X, 2016).

Når det kom opp i media og fra alle kanter et økt press i forhold til brystkreft, og krav om reduksjon i ventetidene, var det nødvendig med en rask omstilling. Kapasiteten ble økt og noe annet, som for eksempel kroppsfremmende kirurgi for fedmepasienter, måtte reduseres. Det ble et stort fokus både politisk og i mediene på behov brystrekonstruksjoner. Noen ganger blir det et veldig fokus hvor en faktisk tvinges til å ta noen beslutninger og innføre eller øke et tiltaksområde umiddelbart og så kraftig at det strider mot alminnelig medisinsk prioritering. Noen pasientgrupper vinner i kampen i forhold til andre pasientgrupper.

Det ferskeste eksempelet nå er når det er behov for avgjørelser i forhold til ekstraordinært dyre kostnadskrevende legemidler, spesielt legemidler i forhold til kreftbehandling som kanskje gir marginale utslag i forlenget levealder eller livskvalitet. Der det er sterke pressgrupper som vinner frem, og dersom det er mange pasienter innenfor pasientgruppen så kan det raskt bety ganske mange hundre millioner kroner som må omprioriteres. Noe prioriteres lavere hvis det ikke kommer friske midler inn med hver av de beslutningene, og det gjør det jo ikke.

Det som har fungert i forhold til reformene er et vedvarende fokus på ventetider og en høy prioritering av et område som det må gjøres noe med. Ikke noe enkelt tiltak, men mange tiltak som i sum nå gir gode effekter (Int Z, 2016).

4.6.2 Samhandlingsreformen

4.6.2.1 Organisering

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 med et sett virkemidler. Samhandlingsreformen er sagt å være en retningsreform, det vil si at den har ikke noen formell slutt. Men man snakker nå, altså etter de fire første årene, mindre og mindre om samhandlingsreformen. Statsråden sier at samhandlingsreformen anga retningen, mens han nå har lagt frem stortingsmelding på hele helsepolitikkfeltet som beskriver innholdet.

I samhandlingsreformen var det en bred tverrpolitisk enighet om utfordringsbildet og en av de tingene som tydelig er sagt i samhandlingsreformen er, som det kanskje ikke er sagt så tydelig før, det er at ved siden av at man har utfordringer knyttet til ulike deler av tjenesten, så

har man en overordnet utfordring som er knyttet til bærekraft. Det betyr i klartekst at de utfordringer vi står ovenfor, da er ikke svaret mer penger, svaret er å arbeide på en annen måte. Primærhelsetjenesten er grunnmuren, og en god primærhelsetjeneste er forutsetningen for å få til et bærekraftig system.

Det var veldig sterke formuleringer om at kommunene skulle få en ny rolle i referatet fra Stortinget i forbindelse med behandling av stortingsmeldingen. I dette referatet er det snakket om hvor mye mer kommunene skal få, hvor viktige de skal bli. Det er et veldig stort sprik mellom den politiske retorikken og det som faktisk ble gjort i de håndfaste virkemidlene. Men det ble iverksatt noen virkemidler, og flere viktige virkemidler kom i den nye kommunal og helseomsorgstjenesteloven. Det ene var at man fikk en plikt til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Plikten ble også lagt inn i spesialisthelsetjenesteloven på alle de sentrale samhandlingstematikkene, som innleggelse, utskrivning, ulike fagområder, akuttmedisin, rehabilitering, dvs. der det var lovpålagt til å lage samhandlingsavtaler (Int Y, 2016).

Samhandlingsreformen er en nokså klassisk variant som de fleste land har fokus på, og i tråd med OECD og utviklingsarbeidet fra myndighetenes side. Norge har den litt uvante konstruksjonen med at kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og staten for spesialisthelsetjenesten, som gir spesielle utfordringer knyttet til finansiering av samhandlingstiltak. Det er en ulik finansiering og ulik styring, som ikke i seg selv legger til rette for god samhandling om pasientene. Samhandlingsreformen hadde størst oppmerksomhet om det kommunale tilbudet og primærhelsetjenesten. Sykehusplanene som er lagt frem nå omhandler desentraliserte spesialisthelsetjenester og samarbeid med kommunene. Både sykehusplanene og primærhelsemeldingen som er lagt frem nå er en videreføring av tenkningen på samhandlingsreformen. Regjering Solberg besluttet å fjerne kommunal medfinansiering, men tankegodset fra samhandlingsreformen ligger fast. (Int X, 2016).

Samhandlingsavtalene krevde et betydelig byråkratisk arbeid for å komme på plass. Samhandlingsavtalene ble vedtatt på et ledernivå, men de skal påvirke adferden helt nede på et klinisk nivå. Det er klart at det er et stykke fra å vedta noe i toppen av en organisasjon, og til at de på grasrota lever etter det. Det er fortsatt noe som gjenstår der, men samhandlingsavtalene fremstår som en av de klart suksessrike historiene i samhandlingsreformen (Int Y, 2016).

Det ble også innført et annet virkemiddel med kommunal medfinansiering, som medførte at dersom innbyggerne i en kommune blir lagt inn på sykehus, og de hadde medisinske diagnoser, så måtte kommunen betale 20 prosent av kostnaden opp til et begrenset et beløp,

med noen kostbare lidelser holdt utenom. For å få det på plass, ble det overført omtrent 5 milliarder kroner fra sykehusene til kommunene. Det var et helt nytt økonomisk virkemiddel.

Det var tverrpolitisk enighet om utfordringsbildet bak samhandlingsreformen, men man klarte ikke oppnå tverrpolitisk enighet om virkemidlene. Man hadde dette i opptrappingsplanen. De som da var i opposisjon når samhandlingsreformen ble initiert, de var imot kommunal medfinansiering, og når det ble et regjeringsskifte så ble kommunal medfinansiering avvirket. Kommunal medfinansiering var ikke i drift mer enn et år. Rådmennene i norske kommuner har stort sett ikke hatt noen tradisjoner om å bry seg alt for mye om store deler av tjenesten. De har nok sett på utgiftene til pleie og omsorg, men fastlegene har de stort sett latt seile sin egen sjø. Også fordi fastlegene stort sett har vært private. Hvis man tenker at kommunal medfinansiering er et riktig prinsipp, og man tror at det virker, så må man regne med at det går noen år før du kan se de harde effektene. Siden kommunal medfinansiering nå er avvirket har man ikke noe generelt økonomisk insentiv til kommuneledelsen for å drive effektivt (Int Y, 2016)

Det ble 1. januar i år innført en plikt om at kommunene skulle ha øyeblikkelig hjelp senger. Tiltaket har vært i en oppbyggingsfase, og der ser vi at kommunene har valgt nokså ulike løsninger. Noen steder fungerer tiltaket helt etter hensikten og der avlaster det sykehusene. Men andre steder brukes disse sengene i svært liten grad, de står tomme og dette er til irritasjon for spesialisthelsetjenesten for de har gitt penger for å finansiere dette. Det er flere årsaker til problemene. Det kan være kronglete innleggingsprosedyrer og man har ikke vært flink nok til å få med fastlegene. Men jo mindre kommunen bruker disse sengene og sender pasientene til spesialisthelsetjenesten, jo mer penger sparer kommunen. Igjen er det ikke noe økonomisk insentiv for å stimulere kommunen til å bruke tiltaket (Int Y, 2016).

Det kom en folkehelselov som tydeliggjorde noen kommunale plikter. Det er litt usikkert hvor stor realvirkning loven har hatt. Samhandlingsreformens mål er så ambisiøse at for å nå dem, så forutsetter det både kultur og arbeidsendringer i et organisasjonsmessig terreng som er så komplisert, at for å nå målene til så vil det kreve vedvarende innsats over flere år (Int Y, 2016).

Riksrevisjonen har kommet med sin rapport om samhandlingsreformen som kanskje ikke fanger ikke opp nyansene godt nok. Men de har noen interessante observasjoner. Forutsetningen om den sterke styrkingen av kommunene finner man ikke igjen i budsjettene. Det er en ganske viktig makro observasjon (Int Y, 2016).

ACT-team er et tverrfaglig team som består av fagfolk fra begge nivåer som tar seg av pasienter med alvorlige psykiske lidelser ofte kombinert med rusproblemer. Den største

gevinsten i dette arbeidet ligger i spesialisthelsetjenesten siden de slipper å ta de inn som innlagte pasienter. Men den største utgiften ligger på kommunesiden. Siden det er to systemer og to regnskaper blir det ofte uenighet. Dette er et ganske godt eksempel på utfordringer som kan ligge i et todelt system (Int Y, 2016).

Nøkkelspillere i samhandlingsreformen er fastlegene og omtrent 95% av dem er privat næringsdrivende som kommuneledelsen har ganske liten styring på. Statsråden har mye mindre mulighet til å påvirke det som skjer i kommunene, enn det som foregår i spesialisthelsetjenesten. Ovenfor kommunene kan en bruke lovvirkemidler, budsjettfinansieringsvirkemidler og pedagogiske virkemidler. En av de utfordringene vi har sett i vårt system er at spesialisthelsetjenesten bygger ned på noe de mener ikke de har ansvaret for, uten at kommunene omkring bygger opp (Int Y, 2016).

Det ble lovet mange nye stillinger som ingen har sett noe til siden. Brudd på avtalepliktene som kom for utskrivningsklare pasienter medførte at regningen kom med en gang. Dette satte klart et større trykk på samarbeidet mellom stat og kommune.

Det finnes eksempler på at rådmannen i kommunene ikke hadde hilst på den lokale sykehusdirektøren før samhandlingsreformen ble innført og samhandlingsavtalene kom. De hadde tidligere hatt ansvar for hver sin del av helsetjenesten. Det er ganske talende.

Samhandlingsreformen har hatt gode resultater, det er man helt sikker på. Og gitt hvor tunge steiner som skal flyttes, og gitt at det ikke har gått mer enn fire år drøyt, så er det kanskje ikke realistisk å vente noe mer enda (Int Y, 2016).

Kommunene har, i forhold til de utskrivningsklare pasientene, fått penger. Det ble det gjort en beregning om hvor mange døgn dette handlet om, og det ble satt en døgnpris og pengene ble overført til kommunene. Det er ikke noen generelle økonomiske insentiver til at kommunene skal øke dette tilbudet i dag. Men det som sies nå er at i 2016 så bruker regjeringen 1,2 milliarder kroner på ulike kompetansehevende tiltak. Kompetanse og ledelse er veldig viktige stikkord for denne regjeringen (Int Y, 2016).

Det kun et lite mindretall av kommunene som ikke har opprettet KAD-senger. Det er nok ikke det som er utfordringen. Utfordringene med KAD-senger er det at det er for lav beleggsprosent og at disse tilbudene er ulikt utformet. At fastlegene vegrer seg for å henvise til KAD, har ikke noe med kvaliteten å gjøre. Men det kan være at fastlegene har feil forventninger eller opplysninger. Helsetilsynet melder ikke om noen registrert økning i klager eller uforsvarlighet på dette. Det er ingen holdepunkter for at dette er uforsvarlig og har dårlig kvalitet. Men det er klart at det kan være en del plunder og heft for fastlegene og bruke tilbudet.

Det må oppmuntres og dyttes på at disse sengene skal tas i bruk. Der de har vært en stund øker bruken. Innleggingsprosedyrene må vurderes og det må være en dialog med fastlegene og for å komme frem til lokale forståelser. Problemet er at dette sparer ikke kommunen for penger, tvert imot det øker utgiftene. Det er ikke sikkert at det er noe galt med KAD-konseptet, selv om det ble kastet inn veldig sent i prosessen da samhandlingsreformen ble skrudd sammen. Det er ikke en veldig godt utredet løsning. Der det fungerer, så fungerer det til hensikten. Det må få litt mer tid til å gå seg til (Int Y, 2016).

Det har vært en god del skepsis ute i sykehusene om i hvilken grad «øyeblikkelig hjelp døgntilbud» vil kunne bety en reell avlastning for sykehusene. Det er stor variasjon i effekten og resultatene, fordi dette er en ny ordning med siste frist for etablering 1.januar 2016. Tiltaket startet fra 2012, så mange kommuner som har bygd opp tilbudet for en tid siden. De som har lengst erfaring, og de som har de største enhetene for KAD-senger, de greier nå å bruke kapasiteten best. Det er noen kommuner og interkommunale ordninger hvor beleggprosenten på KAD-sengene er så lav at det er bekymringsfullt. Her gjenstår det mye å gjøre mange steder. I Oslo er det god bruk av KAD-sengene (Int Z, 2016).

De kommunene som har lengst erfaring har funnet en god måte å bruke tilbudet som et tilbud for kroniske pasientgrupper der signaler på en forverring kan fanges opp så raskt at KAD-sengene kan være en hjelp for pasienten for å unngå en sykehusinnleggelse. Det er ikke meningen at pasienter med nye problemstillinger, som er en diagnostisk utfordring, skal inn til KAD-tilbudet, de skal fortsatt til sykehusene. Dette er en hjelp og en ordning som er et supplement til arbeidet med at kroniske pasienter skal mestre egen sykdom bedre. Der hvor man har nådd en grense hvor egenmestringen ikke er tilstrekkelig, så kan KAD-sengene hjelpe og forhindre en ny sykehusinnleggelse. Samhandlingen har som en forutsetning at utskrivningene skal forberedes ved innleggelsen, og sykehuset skal melde oppfølgingsbehov til kommunene med en gang slik at kommunen kan forberede utskrivningen.

4.6.2.2 Ventetider

Ventelister og ventetider er jo først og fremst noe som måles i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke noe stort tema i kommunene. En av de faktorene som brukes for å analysere kvalitetsutviklingen er at man mer systematisk kartlegger variasjon. Hvis man går til ett sykehus og spør hvorfor de har dobbelt så lang ventetid som de har på et annet tilsvarende sykehus, setter det i gang noen prosesser. Det har hittil vært mest fokus internt. Det er nok som en ikke bevist hypotese at man kunne oppnå en god del på ventetider og

tilstrømning til spesialisthelsetjenesten hvis man lærte kommunehelsetjenesten til å arbeide riktigere og til å henvise de riktige pasientene. Men det er en tilnærming som brukes i liten grad (Int Y, 2016).

Det har vært jobbet mye med samhandling fra 2004/2005, også da samhandlingsreformen kom i 2012. Likevel i forhold til enkelte pasienter, kan det stadig skje glipper selv om samhandlingen, rutine og organiseringen er blitt betydelig bedre og styrket i løpet av disse årene. Det er kontakt mellom kommunene, og i særlig grad pleie og omsorgstjenesten i kommunene og sykehusene på en helt annen måte nå enn det var før. Overgangen mellom nivåene forberedes bedre noe som øker effektiviteten og reduserer ventetidene. Når vi har to forvaltningsnivåer blir det alltid noen vanskeligheter i den overgangen, men det ville det vært selv om det hadde vært ett forvaltningsnivå. Det kan være vanskelig å tilby en seng ute i kommunen for de som trenger det når de er ferdig behandlet og skrevet ut fra sykehuset. Det er ikke alltid er tilstrekkelig kapasitet og fleksibilitet i en liten kommune til å kunne klare å følge opp, men det skjer også avvik i de store kommunene. Det er meget utfordrende å få til samhandlingen godt (Int Z, 2016).

4.6.2.3 Kvalitet og produktivitet

En annen ting som også opplagt har virket i samhandlingsreformen er betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter, som har medført en dramatisk reduksjon av at det ligger utskrivningsklare pasienter på sykehusene. Virkemiddelet har hatt noen bivirkninger, kommunene har kanskje måttet ta imot pasienter de ikke har hatt fult forutsetninger for å håndtere optimalt. Det har også påført kommunene et kapasitetsproblem. Terskelen for å få sykehjemsplass i kommunene har blitt høyere, fordi korttidsplasser blir brukt for de som kommer fra sykehusene i en transittperiode før de kan skrives ut hjem. Det hevdes at det har blitt mer reinnleggelser, noe det er litt delte meninger om. Men det er klart, noen bivirkninger har det vært. Men hovedeffekten, det å få ut de som ligger på sykehus og ikke behøver å være der, det har man lykkes godt med. Så det har vært et effektivt virkemiddel. Det har til nå kun vært for pasienter med somatiske lidelser, men nå blir det også etter hvert for de med psykiske lidelser og rusproblemer. Så det er et eksempel på hvor kraftig et finansielt virkemiddel kan være (Int Y, 2016).

Forholdet mellom effektivitet i sykehusene og reinnleggelser finner man helt sikkert eksempler på, men i hvilken grad det er et gjennomgående karaktertrekk finnes det ikke kunnskap om. Hvis man leser samhandlingsstatistikken til Helsedirektoratet står det at det er

en viss økning i reinnleggelser av disse pasientene, men de som har gjort dette som følgeforskningsprosjekt, finner ikke en økning. Det er mulig, men det er neppe et stort problem. Men at kommunene har måttet venne seg til å ta imot mye sykere pasienter det er helt sikkert riktig (Int Y, 2016).

Effektiviteten i sykehusene slik at man eventuelt kan få flere pasienter inn er fulgt ganske nøye med tall og statistikker. Tidligere ble ikke utskrivningsklare pasienter registrert på samme måte i ulike sykehus over hele landet, men der hvor det ble registrert godt også i forkant av samhandlingsreformen, har det ikke vært noen stor endring i tallene. Her er det avlivet noen av mytene.

Gjennomsnittlig liggetider i norske sykehus har gått ned i flere tiår. I Oslo området var gjennomsnittlig liggetid rundt 1970 på 14 døgn på sykehusene, og nå er den rundt fire døgn. Dette har i stor grad sammenheng med forbedringer i behandlingsmetoder og i medisinsk og pleiefaglig utvikling. Denne nedgangen i liggetid har ikke sammenheng med at man presser kommunene i større grad enn før. Det er bygd opp en betydelig økt kapasitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene ute i kommunene, både på sykehjem og i åpen omsorg som gjør at Norge kan ha lavere liggetider enn andre europeiske land i sykehus. Men fortsatt er det slik at kommunene enkelte ganger opplever at de ikke har kompetanse til å ta imot noen av de pasientene som kommer. Noen av utfordringene i samhandlingen ligger i at sykehusene og kommunene må samarbeide bedre for at pasienten skal få forsvarlig behandling når han eller hun skrives ut. Enten ved at sykehuset gir kommunene bedre veiledning, slik at de greier å ivareta pasientbehandlingen, på sykehjemmet eller på annen måte, på en god måte etter utskrivning (Int Z, 2016).

4.6.2.4 Informasjon og omgivelser

Arbeidet med samhandlingsreformen var svært utadrettet. Helse og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen reiste selv mye ut og snakket om samhandlingsreformen, hadde folkemøter og fikk innspill. Departementet fikk også mye synspunkter og innspill til reformen, og hentet også inn ressurspersoner som fastleger, folk fra RHF-systemet og forskere som jobbet sammen i prosjektet (Int X, 2016).

Det nye med samhandlingsreformen var et stort offentlig fokus på en problemstilling som var overmoden, og som man hadde prøvd å heise mange ganger før. Og som fikk et kjempemessig fokus. Arbeiderpartiet klarte å vinne valget fra posisjon, med Statsråd Bjarne Håkon Hansen som omreisende misjonær med samhandlingsreformen. Helse blir fort en

vanskelig sak når du sitter i posisjon. Det er store forventninger og det er lett å finne eksempler på at ting ikke er som det bør være. Det var en stemningsbølge og en situasjonsbeskrivelse som de aller fleste kjente seg igjen i (Int Y, 2016).

Som en del av innføringen av samhandlingsreformen ble det laget et nasjonal nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Et nettverk som bestod av omtrent 20 mennesker, det var representanter fra de regionale helseforetakene eller helseforetakene i de ulike delene av landet, fra KS, fire fylkesmannsembeter var representert, og noen andre sentrale instanser. De møttes nesten månedlig i en fireårsperiode inntil de ble avvirket nå ved årsskiftet 2015/16. De utgjorde til sammen et apparat som har hatt ganske bred kontaktflate mot virkeligheten. De har vært en veldig god lyttepost, og vært flinke til å dele erfaringer og informasjon, og det var representanter fra hele landet. De oppsummeringsrapportene som dette nasjonale nettverket lagde, det er kanskje det som treffer best. Og på en passe nyansert måte. Det er ikke forskning, men allikevel er det kanskje det som gir det mest dekkende bilde av hvordan dette har gått og hvilke utfordringer som gjenstår. De lagde en sluttrapport som pekte på hva som må gjøres for å komme videre (Int Y, 2016).

Media har en tendens til å finne frem det som er problematisk. Etter reformen kom historiene om at folk var skrevet ut for tidlig fra sykehus, og folk ikke sykehjemsplass like lett som før. Det er klart at de kritiske røstene fantes, men det var ikke en stor mediastorm. Ikke mer enn det som må påregne når det settes i gang en såpass stor reform. Hvis det ikke kommer noen reaksjoner, da har en sannsynligvis ikke rørt på noe viktig (Int Y, 2016).

4.6.3 Fritt sykehusvalg/fritt behandlingsvalg

4.6.3.1 Organisering

Fritt behandlingsvalg står i regjeringsplattformen og noe Høie sa i opposisjon at han ville ha. Det er ikke en spesielt omfattende ordning, men det er en ordning som gir fleksibilitet, og incentiver til den offentlige tjenesten som kan gi effekter på ventetidene. Hvis de offentlige sykehusene leverer, så vil de færreste gå privat. De fleste vil bruke sitt eget sykehus. Veksten i private forsikringsordninger er et kommersielt marked ved siden av det offentlige. Fritt behandlingsvalg innebærer om du som pasient må vente veldig lenge, så kan du velge private tilbud for offentlige midler. Man får en systematikk rundt dette.

Forskjellen på fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg er at det i fritt sykehusvalg er de regionale helseforetakene som har inngått avtaler med private. De har et ansvar for å se hvordan

de skal dekke sørge-for-ansvaret, om de skal bruke private eller skal bruke egne sykehus. Noen ganger lønner det seg og er fornuftig å bruke private og da går de ut med et anbud og inngår kontrakt med en eller flere. Gjennom dette kan de private komme inn i fritt sykehusvalg. Fritt behandlingsvalg er en utvidelse til de som var ekskludert tidligere som enkeltaktører, men også hvis de kun fikk kontrakt på et lite volum, så kan de nå tilby det innenfor fritt behandlingsvalg (Int X, 2016)

I utformingen av fritt behandlingsvalg ble RHF-ene brukt mye. De ble bedt om å komme med innspill og praktisk tilrettelegging. Det var også mye kontakt med direktoratet, som har vært veldig viktig i fritt behandlingsvalg (Int X, 2016).

4.6.3.2 Ventetider

Foreløpig har man ikke sett noen særlig effekt av fritt behandlingsvalg, siden dette ikke enda er fullt virkeliggjort. Den effekten som har kommet ut av hele diskusjonen rundt fritt behandlingsvalg, og som nåværende regjering kanskje også har moderert noe, er viktigheten av at reformen vil påvirke de offentlige sykehusene og helseforetakene til å levere bedre. Sykehusene vil anta at dersom de ikke klarer å tilby tilstrekkelig med tjenester til befolkningen de har ansvar for, så vil pasientene søke til de andre, eventuelt private leverandører, som leverer til fritt behandlingsvalg. Dette vil i neste omgang kunne overføre ressurser til de private leverandørene. Myndighetene satte tidligere et tak for hvor mye helsetjenester hver region kunne levere. Det taket er nå borte, noe som har påvirket kapasitetsutnyttelse og reduserte ventetider positivt (Int Z, 2016).

Kontoret for fritt sykehusvalg i RHF, spesielt i Helse sør-Øst, har blitt brukt aktivt i det arbeidet som har blitt gjort de siste to tre årene med ventetider og fristbrudd. Kontoret for fritt sykehusvalg har vært et viktig tiltakene spesielt der hvor det har vært ekstra lange ventetider. Mange sykehusene hevdet at det ikke var mulig å dirigere eller hjelpe pasientene, til et annet behandlingssted. De hevdet at pasientene ville bli stående, men fritt sykehusvalg har hatt en betydelig effekt på dette og hjulpet pasientene til kortere ventetider et annet sted. Pasientene har vært mer villige, enn det helsepersonellet på enkelte sykehus på forhånd trodde, til å få hjelp et annet sted, dersom den kunne gis raskere der. Tiltaket har blitt brukt aktivt og innsatsteamet har også hjulpet med bistand til sykehusene. Velg behandlingsted har vært en viktig ressurs inn i arbeidet med reduksjon av ventetidene. Helse Sør-Øst har alltid hatt flere ansatte og større ressurser til å hjelpe i systemet så denne regionen har hatt et mer aktivt kontor for fritt sykehusvalg enn de øvrige (Int Z, 2016).

4.6.3.3 Kvalitet og produktivitet

Hvis man skal kunne gi en behandlingstime samtidig som man sender ut det første brevet er det nødvendig med planlegging. Det stilles nå krav i foretaksmøtet om at sykehusene skal ha planleggingshorisont på minimum er seks måneder, noe som betyr at legene må være tilstede og de må bestemme hvordan de skal jobbe de neste seks månedene. Tidligere så har man i mange sykehus hatt mye kortere planleggingsfaser (Int X, 2016)

En forventet effekt av fritt behandlingsvalg på ventetidene og ventelistene er at det kommer inn mer privat kapasitet. Det er ikke sikkert at det blir nye private leverandører, men det kan også skje at flere etablerer seg. I løpet av 2016 vil tendensen komme tydeligere fram. Det er vedtatt å starte med fritt behandlingsvalg innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. I løpet av 2016 kommer også et tilbud på somatikkområdet. Det har vært noe skepsis blant noen av de største private leverandørene som er i markedet om de vil satse på den nye ordningen (Int Z, 2016).

Ordningen forutsetter at når helseforetakene har gjort en vurdering av om pasienten trenger helsehjelp i spesialisthelsetjenesten så skal pasienten selv ta avgjørelsen, enten ta imot tilbud fra det offentlige sykehuset man tilhører, eller ta med henvisningen til en privat leverandør. Dette har man ikke erfaring fra enda. Fritt behandlingsvalg forutsetter at pasientene blir godt nok informert om at de har en likeverdigg adgang i begge systemene.

4.6.3.4 Informasjon og omdømme

Nettsiden fritt sykehusvalg er en del av fritt behandlingsvalg. Og der sykehusene oppdaterer sine ventetider, og det er et mål på hvor ofte de skal oppdatere. Den er nok ikke helt oppdatert på for eksempel hvor mange prosedyrer de gjennomfører i løpet av et år, men det er en bedring også på dette området. Når det gjelder selve informasjonen så har man fått iverksettelse av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven fra første november. Da stilles det helt andre krav til informasjonen som blir gitt, og informasjonsbrevene som blir sendt ut til pasientene inneholder ny informasjon. Siden det er så kort tid siden har man ikke fått noe særlig tilbakemelding på hvordan det fungerer. Spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest skal starte. Spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO i stedet for pasienten dersom de ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Og det har skjedd en stor reduksjon i fristbrudd. Man har en helt annen oversikt over hvor fristbruddene skjer og det

kan se ut til at man er i ferd med å avvikle fristbrudd. Arbeidet med å redusere fristbrudd kan ha hatt effekt på ventetidene det også (Int X, 2016).

Det har blitt gjort tiltak for at fastlegene skal informere om fritt sykehusvalg. Det er ikke en direkte linje til fastlegene, siden de har en avtale med kommunene. I cirka ti år har det eksistert en ordning som heter praksiskonsulentordningen. I Helse Sør-Øst, og i landet for øvrig, er det 80/90 fastleger som én dag i uken i snitt, har en deltidsstilling på sykehuset, hvor de er et bindeledd mellom sykehuset og fastlegene i sykehusets område. De hjelper med informasjonen ut til fastlegene, både med å gjøre tilbudet bedre kjent, men også for å hjelpe poliklinikkene eller sykehusavdelingene med tiltak som fastlegene kan ha nytte av. Men det er jo også selvfølgelig slik at når det nå er 4000-4500 fastleger i Norge så vil det være store forskjeller, og det er ikke all informasjon som når like godt frem til den enkelte fastlege.

Tallene for ny-henvisninger inn til sykehusene har vært ganske stabile de siste årene, slik at utfra forventningspresset til behandling og det faktum at befolkningen har økt, så øker ikke antall ny-henvisninger inn i systemet i takt med det. Dette indikerer at fastlegene håndterer pasientene godt. Det er dermed ikke grunnlag for å si at en del av ventetids- og ventelisteproblematikk skyldes at det henvises stadig fler, og at det henvises i mye større grad enn tidligere. Det er imidlertid en viss mulighet for at etableringen av private helseordninger kan ha tatt unna litt for den forventede veksten i ny-henvisninger, slik at det kan ha avlastet sykehusene noe (Int Z, 2016).

4.7 Utvikling i ventelister og ventetider

Ventetider er ofte brukt som en indikator på hvor godt helsetjenesten fungerer og har som helsepolitisk styringsmål høy aktualitet (Kalseth, 2010, s. 9). Hvor lange ventelistene og ventetidene er hos de ulike helseforetakene påvirker befolkningens oppfattelse av hvor god helsetjenesten er. Sykehusreformen i 2002 medførte at det ble et bestiller-utførermodell i spesialisthelsetjenesten, der de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å skaffe helsetjenester til innbyggerne og det blir satt visse krav til prioriteringer og oppfølgninger av nasjonale føringer, men det kan være vanskelig å skille disse rollene (Kalseth, 2010, s. 34). I 1990 var første gangen man innførte en ventetidsgaranti, som den gangen var på seks måneder. Bruken av private kommersielle aktører har vært et viktig virkemiddel for å korte ned ventetidene til pasientgruppene som hadde de lengste ventetidene (Kalseth, 2010, s. 35).

I en internasjonal studie redegjort for i SINTEF sin rapport (Kalseth, 2010, s. 49), blir det påpekt at langsiktig aktivitetsbasert finansiering kombinert med konkrete insentiver for å holde ventelistene nede kan ha effekt på lang sikt. Det er lite dokumentasjon av effekt på ventetider ved bruk av privat sektor. Det samme gjelder effekten på ventetider ved å reorganisere aktiviteten og utvikle standard pasientforløp. Det er videre en liten andel av pasientene som benytter seg av muligheten til å velge sykehus/behandler, og det er lite dokumentasjon på effektene dette har på ventetidene. Konkurransen og andre markedsmekanismer kan hindre samarbeid og koordinering, og fokus på ventetid kan gå foran kvalitet. Det er manglende bevis på at publisering av ventelistedata har effekt i seg selv på ventetidene, men den kan bidra til å utvikle tiltak. Innsatsen som legges ned i å redusere ventetidene må vurderes opp mot andre oppgaver innenfor helsetjenesten, og ut fra vurderinger av hvor problematisk ventetidene faktisk er (Kalseth, 2010, s. 51).

Forebyggende helsearbeid vil kunne bedre folkehelsen (Heløe, 2010, s.24), og enkelte ventelister kan bli redusert ved at man har en bedre folkehelse. Men dessverre er det ikke alle ventelister som kan bli redusert av en bedre folkehelse. Dette er det for liten forskning på. Det er friske og spreke folk, som man anser har en god helse som kan bli rammet av kreft, det er eldre som faller på isen og trenger hofteoperasjoner, noe som forebyggende arbeid kan ta hånd om. Men dersom man har pasienter på ventelisten der årsaken til at de står på denne direkte står i sammenheng med overvekt, eller at sykdommen har blitt forverret av dette, kan en bedret folkehelse der man setter i større grad fokus på sunt kosthold, kunne virke inn på ventelistene. Fire år etter at sykehusreformen ble innført i 2001, rapporterte en forskergruppe (Heløe, 2010, s. 144) at effektiviteten i helsevesenet økte markant. Samtidig ble det rapportert en reduksjon i ventelister og ventetider. Ventelistene ble mellom 2002 og 2004 ble kuttet med 20 prosent og ventetidene i den samme perioden ble kuttet med 30 prosent (Heløe, 2010 s.144). Det ble samtidig vist at det var ventetiden for de enkleste behandlingene som ble redusert mest, og det ble registrert en lavere nedgang i ventetiden for gruppene med kompliserte eller kroniske lidelser.

Utviklingen i sykehusstrukturen etter helseforetaksreformen i 2001 er en nedgang i antall sykehus. Det vil automatisk bli en reduksjon i antall sengeplasser, og dersom man ikke bygger ut de eksisterende sykehusene vil det kunne føre til at ventelistene øker (Jensen, 2013, s.57).

Tabell: Oversikt over antall nyhenviste pasienter, avviste henvisninger, antall ventende og andel fristbrudd for avviklede fra 2006 - 2016

	Antall nyhenviste	Avviste henvisninger	Antall ventende	Gjennomsnittlig ventetid avviklet	Andel fristbrudd for avviklede, %
2006	1 019 920	X	X	71	X
2007	1 004 560	X	X	72	X
2008	1 036 667	X	X	73	X
Jan. 2012	111 606	763	265 487	77	8,3
Aug. 2012	92 531	595	268 168	80	10,6
Jan. 2013	111 844	765	252 012	76	6,3
Aug. 2013	90 640	461	259 454	79	8,6
Jan. 2014	115 665	680	250 195	77	6,5
Aug. 2014	90 399	449	250 517	79	7,4
Jan. 2015	107 635	211	243 661	73	5,7
Aug. 2015	93 999	184	227 164	74	5,5
Des. 2015	99 963	205	213 215	62	1,1
Jan. 2016	102 426	189	199 190	66	1,3
Feb. 2016	112 677	245	191 849	63	1,0
Mar. 2016	102 024	190	188 581	61	1,1

- Tallene fra 2006-2008 er årlige målinger og ikke fordelt på måneder (Helsedirektoratet, 2009). Det er ikke alle tallene som blir presentert i årsrapporten fra Norsk pasientregister, disse er markert med X.
- Tallene fra 2012 til d.d. gjelder somatisk fagområde og er hentet fra Helsedirektoratets månedlige ventelistedata¹.

¹ Kilde: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/6fd742be-498b-48cb-ae35-806236b02d9c?e=false&vo=viewonly>

5 Drøfting og analyse

5.1 Generelt

Det økte fokuset på organisering av helsesektoren, mål og resultatstyring var et resultat av de store underskuddene som sykehusene hadde på slutten av 1990-årene. For å redusere kostnaden måtte man sette klare mål og bruke organisasjonen på en måte som gjorde at man kunne må målene. Pasientene og handlingen ovenfor pasientene har hele tiden vært i fokus selv om det i mange situasjoner kan ha sett ut som om pasientenes interesser har blitt overskygget av fokus på økonomi. For at pasienten skal få en så god helsetjeneste som mulig, må imidlertid effektiv drift og økonomi i sykehusene være på plass.

Ventelistene og ventetidene har klart gått ned og gradvis blitt utviklet i riktig retning. Ettersom antallet ny-henvisninger ikke har gått ned, men har vært stabile, er det naturlig å anta at de totale virkemidlene som er brukt i alle reformene har bidratt til en nedgang i ventelistene. Sammenhengen mellom reformer og tilhørende mål, virkemidler og resultater blir drøftet i dette kapitlet. Målene i reformene er ikke nye, men bygger på hverandre og går delvis igjen. Dette kan også ha sammenheng med at målet om å redusere ventetidene er komplekst at det er vanskelig å fokusere på alle områder samtidig.

Alle reformene har hatt et vedvarende fokus på at ventelistene skal reduseres. Man kan argumentere for at dette har blitt en del av organisasjonskulturen i de institusjonene som er i organisasjonsrekken i helsevesenet. Det man handler etter på alle nivåer er virkemidler for å få ned ventetidene og ventelistene. Enten om man handler ved å organisere virksomheten, hvilke mål man har, hvilke virkemidler man har og hvor effektiv man er i organisasjonen.

Departementet har i 2016 nådd en viktig milepæl av i reduksjon ventelistene og ventetidene. Målet om maksimum 65 dagers ventetid er nådd. Fundamentet for dette resultatet er en målsetning som har strukket seg over lengre tid og som har blitt oppfulgt nitidig. Reformene har vært byggestener som alle har bidratt til å nå målene. En hovedfaktor bak resultatet er at staten tok over styringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene og opprettet de regionale helseforetakene, som har bidratt til mer presise mål samt en bedre oppfølging og styring.

Norge har veldig god kvalitet på helsetjenestene, men det er en lavere grad av tilfredshet. Opplevelsen av helsetjenester er vanskelig å få bedre ettersom en stor del av problemet ligger i forventningene man har til det norske helsevesenet. Det bør tilstrebes en større sammenheng

mellom snakk og handling slik at pasienter ikke opplever å få en annen behandling enn det som ble lovet. Økte forventninger vil kunne spille inn på antallet som blir henvist, men dette har ikke skjedd. Antallet som er ny-henviste øker ikke i like stor grad som forventningene gjør.

Departement og helseforetak har i stor grad tatt til etterretning det som Riksrevisjonen har påpekt i sine evalueringer. Informasjonen rundt fritt sykehusvalg er for eksempel forbedret, og det er blitt enklere for pasienten, ettersom det ikke lenger er pasienten selv som må følge opp og undersøke hva man har rett til.

Fritt behandlingsvalg og fjerning av begrensning for hvor mange pasienter sykehusene kan behandle er viktig for å utnytte kapasiteten til de enkelte sykehusene. Dette har bidratt til reduksjon av ventetidene.

Målene for 2016 om å ha ventetid på under 65 dager, og ikke ha fristbrudd ble nådd i februar 2016. Det må arbeides systematisk videre for at dette skal opprettholdes videre i 2016 og eventuelt ytterligere reduseres.

De ulike reformene med tilhørende virkemidler vil nå bli drøftet i forhold til det instrumentelle perspektivet, myte- og kulturperspektivet.

5.2 Det instrumentelle perspektivet

5.2.1 Organisering, mål og resultat

Det instrumentelle perspektivet med sammenhengen mellom mål, virkemidler og konsekvenser er viktig i reformene. Målene om lavere ventetider har vært stabile gjennom hele perioden som er undersøkt, og det er ikke store endringer i ordlyden. De ulike tiltakene som fritt sykehusvalg/behandlingsvalg, samhandling, fristbrudd (både for henvisning og ferdigbehandlede pasienter) har samlet bidratt til en lavere ventetid og færre på venteliste.

Den økte graden av rapportering om ventetider og ventelister påvirker hvordan ventelistene og ventetidene reduseres. Den straffen som oppstår ved fristbrudd er helt klart en viktig faktor for de reduserte ventetidene. Det gir også en mer nøyaktig måleenhet og noe sykehusene vil jobbe for å nå.

Gjennom reformene går beslutningstakerne gjennom og vurderer de ulike alternativene for å nå definerte mål. Vurderingen ligger da i hvilken grad de har lyktes med dette. Siden denne oppgaven ikke omhandler hvilke alternativer som beslutningstakerne har stått imellom er det

ikke mulig i denne sammenheng å vurdere i hvilken grad de har valgt det beste alternativet. Det som vurderes er om de virkemidlene som har blitt implementert har hatt effekt.

Helsesektoren i Norge er helt klart preget av en hierarkisk variant av det instrumentelle perspektivet på bakgrunn av at det er statsråd og departement som fastsetter hva som skal bli gjort. Dette støtter intervjuene seg også opp om, ettersom det blir sagt at man rådfører seg med regionale helseforetak og sykehus om virkemiddelet faktisk er mulig, men departementet spør ikke om tiltaket skal innføres eller ikke. Det er derfor ikke forhandlinger om de ulike alternativene. Det er et stort fokus på mål-middel i helsesektoren, noe vi ser vi gjennom reformene som har blitt innført, som er midler for å nå de politiske målene departementet har satt ned.

Reformene har delvis formålsrasjonalitet og konsekvenslogikk, det vil si departement og foretak handler etter å lukke avstanden mellom eksisterende og ønsket ventetid. Utfordringene til departementet og statsråden ligger i å definere denne avstanden og grunnlaget for hva som er en forsvarlig ventetid. Gjennomsnittlig maksimal ventetid er i dag fastlagt til 65 dager, men vil variere i forhold til ulike diagnoser.

Tidligere var det styringsmål som primært gikk på å redusere ventetidene, noe som ga de ulike aktørene større handlingsrom enn i dag da det også er innført målstyring knyttet til logistikk og kvalitet. Målene i reformene er formålsrasjonelle og setter føringer for aktiviteten i organisasjonene, for å kunne oppnå definerte mål. De regionale helseforetakene er i stor grad designet slik at det skal bli lettere for departementet å nå vedtatte mål.

Målet om at helsetilbudet skal være «pasientens helsetjeneste» er i stor grad knyttet til symbolbruken. Det er et mål som i seg selv er vanskelig å nå, fordi det er vanskelig å definere hva pasientens helsetjeneste er. Men det gir et inntrykk av at de tiltakene som blir gjort skal forbedre pasientens behandlingsopplevelse.

Målene om «pasientens helsetjeneste» kan også sies å være det overordnede målet og de underliggende målene som brukes for å oppnå dette er reduksjon i ventetider, ventelister, samhandling, bedre kvalitet og reduksjon av fristbrudd.

Målet om å redusere ventetidene er komplekst, og det er valgt å fokusere på delmål innenfor i hver reform. Et delmål som det jobbes med er blant annet å redusere fristbrudd som er et viktig tiltak på veien mot delmålet. Sykehusene og de regionale helseforetakene følger aktivt opp fristbrudd.

Reformene bærer ikke preg av fullstendig formålsrasjonalitet. Det er ikke utformet mål som er klare og konsistente på mer detaljert nivå i reformene, og det foreligger ikke fullstendig

oversikt over de ulike alternativene og konsekvensene de kan ha. Helse er en stor sektor, med mange potensielt uforutsette hendelser. Og reformene har implikasjoner på flere ulike nivåer.

Man har i innføringene av reformene som nevnt begrenset rasjonalitet. Målene er overordnede, og det er stor grad av kompleksitet i problemene. Problemet med ventetider og ventelister er at det er ikke klare og åpenbare løsninger på problemet, det er ikke mulig å ha fullstendig oversikt over alle de ulike virkemidlene og konsekvensene.

Regelverket i forbindelse med fristbrudd har fungert veldig bra for å redusere ventetidene og ventelistene, noe som kommer tydelig frem i intervjuene. Det er to typer fristbrudd. Det første er knyttet til ventetiden fra henvisning til behandling hos spesialisthelsetjenesten, og det andre er rettet mot kommunene i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Oppfølging av fristbrudd styrer dermed både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten effektivt. Det er særlig fristbruddet knyttet til at nyhenviste som skal få stilt diagnose ikke skal vente mer enn 65 dager etter henvisning på at man får time hos spesialisthelsetjenesten som har hatt betydning. Men også fristbruddene rettet mot kommunene knyttet til å ta imot utskrivningsklare pasienter har virket positivt. Dersom kommunen venter med å ordne tilbud for pasienten må de betale, noe som vil redusere liggetiden på sykehusene og påvirke ventetidene og ventelistene. Det var også tidligere en rådgivning som gikk på hvor lenge det var forsvarlig for en pasient å vente. Men det var først etter fristbruddene ble innført at man så en tydelig nedgang. Man fikk også med dette en målefaktor til, ved at man kunne måle antall fristbrudd og ikke kun hvor mange som var på venteliste og hvor lang ventetiden var.

Det er mye som tyder på at økonomiske virkemidler har størst effektivitet. Det kan være lettere å få organisasjoner til å handle etter hensikten dersom man har en form for straff eller belønning. Økonomiske insentiver og fokuset på mål og resultatstyring kan være det som har vært mest effektivt for å få ned ventetidene.

Det kan sies at forholdet mellom effektivitet og kvalitet kan være motstridende gjennom at dersom det er for stort fokus på effektivitet vil dette kunne redusere kvaliteten. Det er imidlertid mulig å både å ha en effektiv produksjon av helsetjenester og levere god kvalitet, noe som også kommer frem i intervjuene i kapittel 4. Når det gjelder kvaliteten på helsetjenester så er Norge blant de beste i Europa. Det viser at kvaliteten kan «eksistere» sammen med en effektivitet produksjon. Kvalitet og opplevelse henger sammen. Det er imidlertid individuelt hvordan pasientene opplever og hvilke forventninger de har til et sykehusopphold. Dette behandles i myteperspektivet.

5.2.2 Sykehusreformen 2002

Når sykehusreformen i 2002 ble innført, førte dette til en vertikal spesialisering, der man fordelte arbeidsoppgavene på de underliggende organisasjoner. Helse- og omsorgsdepartementet har det totale ansvaret overordnede ansvaret. Det er blant annet Helsedirektoratet som iverksetter vedtatt politikk og har ansvaret for å gjennomgå tallene for ventetider og ventelister, og det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for underliggende sykehus. Sykehusreformen innebar en kombinert sentralisering ved at staten overtok eieransvaret for sykehusene fra fylkeskommunen og desentralisering gjennom regionale helseforetak med egne styrever. Organiseringen med sterkere sentral styring kombinert med en armlengdes avstand til sykehusdriften kan være en av grunnene til at man har lyktes med målene om reduserte ventetider

Desentralisering av ansvaret over sykehusene til de regionale helseforetakene, gjør at sykehusene kan følges tettere opp. Dette har gitt utslag på ventelistene, ettersom helseforetakene har kunnet gå inn i de enkelte sykehusene og poliklinikker og gi individuell oppfølging av effektivitet og kvalitet. Siden det er færre regionale helseforetak enn det er fylkeskommuner har man lettere kunne følge opp målsetningen om en mer likeverdig helsetjeneste og se det i en større sammenheng.

Handlingsvalget til det enkelte sykehus er styrt av sykehusreformen i 2002. Etter departementet fikk overordnet ansvar for sykehusene, har det blitt satt enkelte krav til de ansatte i sykehuset som de ikke hadde før. Blant annet at de har fått en større planleggingshorisont enn det de var vant til. Dette vil kunne ha en påvirkning på valgene som legene tar og man «tvinger» dem til å jobbe på en annen måte. Dette kan være problematisk i en periode ettersom det kan ta litt tid før legene vender seg til den nye måten å jobbe på, det er derfor mulig at det kan oppstå en periode med ineffektivitet før personellet har vendt seg til kravene i nye rutiner. Innføringen av et større fokus på mål-middel styring vil kunne påvirke organisasjonskulturen, som videre påvirker hvordan organisasjonen handler.

Etter at helsereformen ble iverksatt var det de første årene et hovedfokus på effektivisering og økonomi, som medførte en utflating av reduksjon av ventetidene og deretter en økning før de på nytt ble redusert. Det var ikke før i 2008/2009 at det ble satt fullt fokus på ventetider og ventelister, noe som har medført en nedgang.

De regionale helseforetakene har et mer ressurskrevende handlingsmiljø. Omgivelsene er skiftende og det er nødvendig å kunne omprioritere for i større grad kunne tilfredsstillende omgivelsene. Et eksempel var når omgivelsene satte et press på å få ned ventetidene til

brystrekonstruksjon. Handlingsmiljøet til de regionale helseforetakene er også preget av at sykehusene er ulike, og handlingene må i større grad kunne tilpasses de ulike underenhetene, noe som er ressurskrevende. I Helse Sør-Øst har man potensielt større kapasitet til å takle disse omgivelsene ettersom de er større enn de andre regionale helseforetakene.

Utformingen av helseorganisasjonen med overordnet sentral styring og regionale helseforetak har enkelte kritikere. Kritikken om at organiseringen er for bedriftspreget med for stort fokus på økonomi er ikke det inntrykket som kommer frem gjennom dybdeintervjuene. Kvalitet, pasientenes velferd og et likeverdig tilbud synes å ha blitt balansert mot økonomiske mål på en god måte. Styringsmålene for blant annet 2016 er mer konkrete og lettere å følge opp enn tidligere. Konkrete mål gjør det lettere for organisasjonen å følge opp målene, og de setter i større grad et rammeverk for handlingen og aktiviteten i organisasjonen. De regionale helseforetakene er et godt eksempel på organisasjoner som retter sine aktiviteter etter de målene de har blitt «tildelt». Tidligere rettet målene seg kun mot ventetider, men nå har de blitt utvidet til å inkludere andre parametere i tillegg, noe som i større grad gir et helhetlig fokus.

Det ble høsten 2015 satt ned et utvalg som skal vurdere organisering av helseforetakene. Innstillingen skal leveres i desember 2016. Stortingsflertallet har kommet med synspunkter som peker i retning av at de regionale helseforetakene bør avvikles. Det hevdes at organiseringen er tungvint og byråkratisk med mange beslutningsledd, og ikke til beste for pasientene. Det foreligger ikke noen enighet om hvordan organiseringen skal gjennomføres, og utvalget er bedt om å utrede alternative tilknytningsformer. Det vurderes en reduksjon av antall regionale foretak med direkte styring fra departementet, kun et sentralt foretak eventuelt et nytt direktorat. Utfra foreliggende dokumentasjon i denne oppgaven og den positive utviklingen i forhold til sentrale mål er det grunnlag for å stille spørsmål med om det er riktig å endre organiseringen nå. Det tar lang tid å omstille helsesektoren og reformen fra 2002 har klare trekk av historisk ineffektivitet. Det synes derfor riktig å fortsette prosessen med å forbedre dagens organisering skrittvis. De regionale helseforetakene er en viktig ressurs i oppfølgingen av sykehusene. Dersom disse blir samlet til én enhet, vil det kunne begrense hvor mye oppfølging de enkelte sykehusene får. Det har tatt tid for å tilpasse organiseringen, og det er først nå vi ser effektene av omorganiseringen. En sterkere sentralisering vil gå på bekostning av dagens desentraliserte styring gjennom de regionale helseforetakene. I forhold til effektiv produksjon og drift er dette en fordel, og det kan også være ønskelig med en «armlengdes» avstand mellom politisk ledelse og drift.

Virkemidlene som ble innført i reformen fra 2002 med statlig styring og regionale foretak har medført at man i større grad kan ha en totaloversikt over sykehusene, samt fokus på økonomi, effektivitet, kvalitet og ventetider. Det er lettere å følge opp, og gjennom de regionale helseforetakene kan man mer effektivt ta grep om de problemene som oppstår ute i sykehusene i forhold til den gamle organiseringen gjennom fylkeskommunene.

Kritikerne av sykehusreformen fra 2002 mener at man ikke gjennomgikk alternativene og konsekvensene grundig nok. Det som kommer frem i intervjuene er at tankene rundt reformen var grundige, men den ble jobbet med over relativt kort tid. Selv om reformen var raskt gjennomført og utarbeidet, var tankene rundt reformen tilstede en stund før man begynte med arbeidet.

I motsetning til sykehusreformen var samhandlingsreformen noe som det ble jobbet veldig grundig med i forhold til om den skulle iverksettes. Det var imidlertid som det kommer frem i intervjuene, stor uenighet angående virkemidlene som skulle bli brukt.

5.2.3 Samhandlingsreformen

Med samhandlingsreformen er det kommet inn et forhandlingselement mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De må forhandle og samhandle seg imellom for å kunne nå de målene som er satt. Dette kan by på utfordringer siden de to nivåene har delvis motstridende mål. Man kan si de har et felles mål om å sikre pasientenes helse, og tilby et likeverdig helsetilbud, men de har ulike mål i forhold til effektivitet, og de kan ha varierende interesser og kunnskaper. Nivåene må samhandle for å ivareta sine egne interesser og få gjennomslag.

Samhandlingsreformen og nye medisinske behandlingsmetoder vil kunne redusere liggetiden på sykehus slik at flere kan behandles. Den lovpålagte samhandlingen mellom nivåene kan føre til en større effektivitet på sykehusene. KAD-sengene som ble innført med samhandlingsreformen, kan avlaste sykehusene slik at kronisk syke pasienter ikke trenger sykehusbehandling. Dette vil indirekte påvirke ventetidene og ventelistene gjennom at flere sengeplasser blir tilgjengelig for nye pasienter.

Det institusjonelle med samhandlingsreformen er at det organiseres et tettere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom formelle samhandlingsavtaler og krav. Samhandlingsreformen er primært en kommunal reform, men den preger samtidig spesialisthelsetjenesten. Det var en viss grad av ustrukturert samhandling under fylkeskommunene før 2002, deretter ble det innført fullstendig fristilling, før det gjennom

samhandlingsreformen ble gått tilbake samhandling igjen. Samhandlingsreformen vil kunne ha stor effekt på ventetider inn til behandling ettersom man kan forebygge innleggelser gjennom KAD-sengene, og redusere liggetiden på sykehusene. Utfordringen ligger i å utnytte kapasiteten slik at sengene ikke står tomme unødvendig.

5.2.4 Fritt sykehusvalg/behandlingsvalg

De generelle målene som går igjen i fritt behandlingsvalg er at man skal få en likeverdig helsetjeneste. Etter at fritt sykehusvalg, den første reformen etter staten tok over styringen av sykehusene, ble iverksatt har ventetidene gått sakte men sikkert ned. Kapasitetsutnyttelse er et viktig virkemiddel for å nå målene om å redusere ventelistene og ventetidene. Fritt sykehus- og behandlingsvalg har medført effektivisering som påvirker ventetidene. Det er i intervjuene påpekt at pasientene i stor grad har benyttet seg av dette tilbudet. Det er sannsynlig å dra slutninger om at økning av bruken har skjedd etter Riksrevisjonens evaluering med tilhørende tiltak for å øke kunnskapen om tilbudet.

Desentraliseringen gjennom regionale helseforetak har vært effektiv og har gjort det lettere å benytte seg av fritt sykehusvalg/fritt behandlingsvalg. Egne kontorer innenfor hvert regionale helseforetak forvalter tilbudet. Pasientene kan velge det behandlingsstedet som har kortest ventetid, men også god kvalitet.

Konkurransen og kvalitet vil prege valgene som pasientene gjør. Riksrevisjonen påpeker at de som benyttet seg av fritt sykehusvalg prioriterte kvalitet foran ventetider. Man vil stå lenger i kø på et sted for å sikre den beste behandlingen. Kvaliteten og målet om å få lik kvalitet er derfor viktig for i større grad å få utnyttet kapasiteten og få ned ventetidene. Konkurransesementet som kan sies å være en del av New Public Management, vil kunne motivere de offentlige sykehusene i større grad. For å opprettholde sin nåværende produksjon og tilskudd må de kunne konkurrere på lik linje som de private. Dersom de private tilbudene opplever en tilstrømning av pasienter, vil myndighetene velge å tildele de private mer støtte enn de offentlige.

Dette vil videre kunne ha en positiv effekt på ventetider og ventelister ettersom de offentlige sykehusene vil kunne opptrappe sin behandling og videreutvikle kvalitet og effektivitet.

De verdiene som kommer frem innenfor mål- og resultatstyring er i reformene at pasienten skal få den beste pleien. De skal få avklart sine plager fort, slik at de slipper bekymringer. Det kan dermed sies at pasientene og hensynet til dem, ligger som grunnlag for alle reformene.

Målene er knyttet opp til styringen. Verdiene kommer også gjennom fritt sykehusvalg og økt grad av valgfrihet til pasientene, samt økt konkurranse med utvidelsen til fritt behandlingsvalg.

En bedre og mer lik kvalitet på de ulike sykehusene vil kunne gjøre det lettere for pasienter å velge det sykehuset som har lavest ventetid. En annen effektivitetsfaktor er at brevene som blir sendt ut til pasientene er bedre formulert. Det blir opplyst om retten til fritt valg av behandlingssted, på hvilken nettside ventetidsinformasjonen finnes, samt hvor pasienten kan ringe for å finne det ut. Dette vil kunne påvirke ventetidene ytterligere i positiv retning. Dersom ventetiden blir for lang kan pasienten velge et alternativt behandlingssted.

Målene med fritt sykehus- og fritt behandlingsvalg var å få ned ventetidene og få en bedre utnyttelse av kapasiteten i de ulike sykehusene. Informasjonen rundt fritt sykehusvalg, nå kontoret velg behandlingssted, var svak i starten og dette medførte omorganisering av kontoret. Det ble lettere å holde oversikt over pasientenes ulike muligheter. Fra et instrumentelt perspektiv var det ikke gode nok virkemidler som ble satt i gang fra starten av for at tilbudet skulle fungere. Det var mye som pasienten selv måtte finne ut av, og dermed få direkte insentiver for å bruke tilbudet. Intervjuene underbygger at iverksatte tiltak i de regionale foretakene har økt bruken av tilbudet og bidratt til å nå målene om lavere ventetid.

Man omorganiserte også ved at det ble mulig å legge ut behandlinger på anbud fra private aktører som dermed kunne bidra til å ta av for noe av ventende pasienter. I det nye tilbudet fritt behandlingsvalg er også aktivitetstaket for pasientbehandling fjernet. Dette innebærer at de enkelte helseforetak ikke lenger har en grense på hvor mange man kan behandle, noe som medfører at sykehusene kan utnytte kapasiteten de har i større grad, og stimulere til et høyere aktivitetsnivå og effektivitetsnivå. Sett fra et instrumentelt ståsted øker dette konkurranseevnen til de offentlige sykehusene.

Fritt behandlingsvalg har videreført fritt sykehusvalg supplert med nye elementer. Den nye innpakningen har en betydelig symbolsk betydning for den nye regjeringen. Det er et økt fokus på tiltak for å stimulere til aktivitet gjennom mer konkurranse, slik at dersom de offentlige institusjonene ikke klarer å levere kan pasientene gå til private aktører med det samme tilbudet.

5.3 Myteperspektivet

5.3.1 Generelt

Organisasjonsideene som er blitt implementert i Norge er byggeklosser. De bygger på hverandre og de tilpasses til den organisasjonsstrukturen som allerede er tilstede. Organisasjonsideene gir elementer som gjør det lettere for helsesektoren å nå målene om reduserte ventetider og bedre effektivitet, og bygger på det samme prinsippet om at pasienten skal få en bedre helsetjeneste og at ventelistene ventetidene skal reduseres.

At helsesektoren blir påvirket av omgivelsene er helt klart. Dette ses gjennom reformene som er moderne og tidsriktige, men også gjennom at det i prosessen tas hensyn til oppfatninger i omgivelsene. Reformene bærer betydelig preg av at de er tidsriktige og moderne. De er blant annet opptatt av konkurranse, effektivitet, god logistikk, valgfrihet for pasientene og at pasientene skal få en helhetlig behandling. Ved at reformene er tidsriktige og moderne vil dette kunne stimulere til bedre legitimitet og støtte. Det er viktig at en politisk tung sektor følger med i tiden, slik at de ikke blir sett på som gammeldage og utdaterte. Dersom den offentlige helsetjenesten ikke følger med i tiden, vil de kunne bli valgt bort til fordel for det private. Gjennom at reformene inneholder delvis nye tanker om hvordan man skal styre og organisere sykehussektoren, viser både regjering og departement at de er moderne i nye måter å ta tak i problemer og for å løse de.

Reformene er i stor grad rasjonaliserte myter, ettersom de blir brukt for å nå mål og er moderne og tidsriktige. Det blir argumentert i reformene for at virkemidlene som blir innført vil i stor grad bidra til en effektiv måloppnåelse i forhold til å redusere ventetidene og øke effektiviteten. Ettersom ventetidene har blitt redusert, kan det sies at de rasjonaliserte mytene har bidratt til forventet virkning.

Helsesektoren har et omdømmeproblem. Det er viktig for helsesektoren at de bevarer omdømmet sitt. Dette gjelder særlig de offentlige helseforetakene ettersom man vil få mer konkurranse fra de private gjennom fritt behandlingsvalg. For at man skal få pasientene til å velge det offentlige, må man skape et positivt omdømme. Gjennom reformene kan foretakene bedre omdømmet og de kan vise at de forsøker å gjøre noe med problemene.

Det er viktig for legitimiteten til helsesektoren at den blir brukt. Mange har et negativt syn på sykehusene, mye på grunn av forventningene i befolkningen. Omdømme er viktig for en organisasjon som spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at befolkningen har tillit til sykehusene.

Det kan spores en viss grad av omdømmehåndtering i regjeringen, og i helsepolitiske instanser ettersom man snakker mye om reformene i forkant av at de blir lansert.

De regionale helseforetakene er spesielt opptatt av støtte i omgivelsene. Dette kommer blant annet til syne i intervjuene der det kommer frem at mediapresset medførte omprioritering til fordel for brystrekonstruksjon etter kreft, noe som førte til nedprioritering av andre pasientgrupper. Omprioriteringer vil kunne ha negative effekter på et senere tidspunkt.

Som det blir påpekt i intervjuene er det en stor overvekt av det negative med helsesektoren som kommer frem i media. Det er sjelden helsesektoren opplever positive omtaler. Dette påvirker folks oppfatninger om helsevesenet og befolkningen blir mer negativt innstilt. Dette påvirker nok til en viss grad om pasienter velger å benytte seg av fritt sykehusvalg. Negative omtaler om de private sykehusene er mer sjelden, noe som kan trekke pasienter mot et privat tilbud på bekostning av det offentlige.

Reformene blir besluttet på overordnet nivå og implementert i organisasjonene «top-down». Dette kan være problematisk dersom de er motstridende i forhold til de eksisterende normene og verdiene i organisasjonen. Effektivitet og kvalitet kan bli påvirket, ettersom sykehusene er opptatt av den medisinske behandlingen og at denne skal være best mulig.

5.3.2 Politiske og handlende organisasjoner

En politisk organisasjon produserer ikke produkter og tjenester, men den produserer ideologier som kommer til uttrykk i de ulike reformene. En politisk organisasjon utarbeider og beslutter reformene, og en handlende organisasjon implementerer reformene og produserer handling. I reformene var det en innledende fase der det var fokus på de politiske og de inkonsistente normene samt omgivelsene før de går over til handling. Det er samspill mellom det politiske og den faktiske handlingen, noe som blir kombinert på ulike tidspunkter for å oppnå de ulike målene.

Helsesektoren bærer preg av å være en politisk organisasjon der ulike deler av organisasjonen må tilfredsstilles. Dette er forhold som ofte behandles i utvalg og høringsnotater i forkant av reformene. Merknader blir vurdert, men reformene blir i stor grad gjennomført uansett dersom det politiske grunnlaget og gjennomføringsmulighetene er på plass, noe som kommer fram i intervjuene. Et unntak er samhandlingsreformen. Der var det en bred base for legitimiteten til reformen, og alternativer og konsekvenser ble vurdert og forankret lokalt, regionalt og sentralt. Det var nedsatt et utvalg fra de ulike instansene for å komme fram til en god løsning, noe som bærer preg av en beslutningsrasjonalitet.

Forskjeller mellom snakk og handling er vanlig i politikken. Dette gjelder spesielt dersom man ser på de politiske talene og lovnadene i forkant av valg. Det er ikke like lett å sette slike løfter ut i livet. Et departement er en handlende organisasjon på den måten at de faktisk skal få utrettet noe, men det kan være sprik mellom det som blir sagt og det som faktisk blir gjort.

Helsedepartementet vil søke legitimering fra ulike deler av samfunnet. Man har mange ulike synspunkter man skal ta til følge og prøve å jobbe utfra. Media er en aktør som har vært særlig fremme i saker med helsekøer, det samme med interessegrupper og støtteorganisasjoner.

Helsesektoren er i stor grad strukturert etter ambisjoner om å oppnå effektive prosesser. Produktene som blir produsert i helsetjenesten blir sett på som verdifulle. De reflekterer normer og verdier i omgivelsene, ved at de er fokusert på effektive tiltak for å redusere ventetidene. Dette gjøres i særlig stor grad gjennom de ulike prosessene og strukturene som blir gjennomført i reformene. For å kunne tilfredsstillende omgivelsene best mulig er det fordel med en kombinert sentralisering og desentralisering. De regionale helseforetakene tar seg av de underliggende sykehusene og sørger for at de får de ressursene som er nødvendige for å oppnå tilfredsstillende i omgivelsene.

For at sykehusene skal oppnå en større legitimitet må de ha et større fokus på den økonomiske rasjonaliteten, og følge de «moderne» reformene som blir iverksatt. Dette har sykehusene gjort, gjennom å få større fokus på ressursoppnåelse og økonomistyring. Det kan imidlertid diskuteres i hvilken grad dette påvirker den eksisterende kulturen i organisasjonen. En norm og verdi som ligger i grunnlaget for helsetjenestene er å sette pasienten i fokus, noe som er viktig for organisasjonens legitimitet. «Dobbeltprat» vil være en del av helsesektoren, ettersom det på politisk nivå ofte loves gull og grønne skoger. Det er nødvendig at de potensielle konsekvensene virkemidlene kan ha for pasientene og omgivelsene vurderes. Et godt eksempel på dette er fra et intervju der det blir påpekt at Statsråd Bjarne Håkon Hansen kom med lovnader om flere arbeidsplasser, noe som ikke ble fulgt opp. Tosidigheten ved dobbelprat er at det er en måte å takle inkonsistente omgivelser på. På den ene siden ytre effektivitet for å håndtere omgivelsene og indre effektivitet i organisasjonen for å produsere organisert handling.

Et eksempel på at det kan være samsvar mellom snakk og handling er lovnadene som Bent Høie kom med når han var i opposisjon før han ble Statsråd. Det blir påpekt i et intervju at lovnadene han kom med angående fritt behandlingsvalg faktisk ble innført. Et annet eksempel på dette er det nylig nedsatte utvalget som skal behandle sykehusreformen. Samsvaret mellom snakk og handling vil potensielt kunne øke legitimiteten til helsesektoren som organisasjon.

I helsesektoren er det stort fokus på produksjon av tjenester som vil bidra til legitimitet i omgivelsene. Regler som er innført gjennom reformene bidrar til at sykehusene drar i samme retning for å redusere ventetidene. Reglene for å koordinere handling har hatt en stor effekt på ventetidene. Det har bidratt til at søkelyset settes mot definerte målsettinger, og organisasjonene, både de regionale helseforetakene og sykehusene, retter sin handling inn mot måloppnåelsen.

5.3.3 Sykehusreformen 2002

I foretaksreformen var det et stort fokus på verdiene som New Public Management (NPM) kom med, som økt styring, fokus på økonomi og kostnadseffektivitet. Dette påvirket ventetidene positivt med et mer balansert fokus på behandlingskvalitet og kvantitet. Omorganiseringen med statlig styring ga mulighet til å følge opp i større grad enn da fylkeskommunene hadde eierskapet. Den økte styringen av helsesektoren kan ses på som et resultat av et økt fokus på mål-middel styring, som var den moderne tankegangen som kom inn med NPM.

Det er mye omdiskutert i hvilken grad NPM har positiv eller negativ effekt for helsesektoren. Gjennom reformene mener helt klart beslutningstagerne at dette var en god løsning. Det er kritiske røster som ikke er enige i dette. Noen vil argumentere med at helseforetakene og virksomhetene innenfor norsk helsevesen ble for bedriftspregede etter reformen med for lite fokus på pasientene.

NPM har hatt en positiv påvirkning på ventetider i helsesektoren. Det har blitt et økt fokus på målene gjennom styring, konkurranseutsetting og individuelle valg. Sykehusreformen har elementer av både målstyring og total kvalitetsledelse, som er rasjonaliserte myter. Dette kan i teorien gi motsetningsforhold, men fakta og intervjuer i foreliggende oppgave underbygger at det har vært et godt samspill mellom målstyring og kvalitetsledelse i reformen.

5.3.4 Samhandlingsreformen

Det blir påpekt i intervjuene at særlig samhandlingsreformen var noe som var i samtiden og som ble besluttet gjennomført på bakgrunn av det. Det var også bred enighet om selve samhandlingsreformen, men det var uenighet om virkemidlene.

Enkelte kritikere tar opp den britiske reformen (Health Action Zones) som en sammenligning av samhandlingsreformen. Siden denne ikke fungerte i Storbritannia så hevdes

det at tilsvarende reform ikke vil fungere i Norge. Dette er ikke riktig i en vurdering basert på myteperspektivet. Ideene som blir tatt inn i organisasjonen er ikke ferdige og vil trenge tilpasning til organisasjonen som den implementeres i. Dette innebærer at resultatet her i Norge kan bli forskjellig fra Storbritannia.

Legitimitet og støtte opp om reformene ble særlig understøttet i arbeidet med samhandlingsreformen. Det var det en bred forankring fra omgivelsene og det ble søkt legitimitet fra befolkningen generelt.

Sammenliknet med foretaksreformen er samhandlingsreformen et skritt tilbake med en ide om økt samhandling og styring. Dette er kjennetegn på organisasjonsideer hentet fra post-NPM. Det er økt samhandling, kombinert med at samhandlingen er lovpålagt og styrt ovenfra. Den økte graden av samhandling vil kunne påvirke ventetidene, ettersom det legges til rette for etterbehandling og rehabilitering i kommunene i større grad enn før. Det blir et større omløp på pasienter som blir tatt inn til behandling.

5.3.5 Fritt sykehusvalg/behandlingsvalg

Økt konkurranse og individuelle valgmuligheter er helt klart en tidsriktig reform. Det var imidlertid et problem at informasjonen ikke var god nok i de tidlige årene med fritt sykehusvalg. Effekt av økt valgfrihet og individuelle valg krever at pasientene er informert om tilbudet. Informasjonen har nå blitt vesentlig forbedret de senere årene, noe som har gitt positive effekter. Fritt behandlingsvalg vil øke konkurransen, og dermed kunne motivere til videre utvikling av den offentlige helsetjenesten.

De rasjonaliserte mytene som har blitt innført i reformene bærer preg av at de er tvangsmessig adoptert. De underliggende instansene må innføre dette som en del av reformen. Dette gjelder i særlig stor grad fritt sykehusvalg, fritt behandlingsvalg (som er nedfelt i loven), men også den lovpålagte samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

En av organisasjonsideene som kom inn under disse reformene er at det legges større vekt på de individuelle valgene av behandlingssted. Dette vil ha og har en stor effekt på ventetidene, siden man kan i større grad fordele kapasiteten og få utnyttet den kapasiteten man har.

En annen inspirasjon kommer inn under begge disse reformene. Prosessen startet i fritt sykehusvalg, og ble videreført nå i det nye fritt behandlingsvalg. Det er at man i større grad konkurranseutsetter virksomhetene. Det er større krav til at det offentlige leverer tjenestene,

ellers så kan de miste pasienter til private aktører, og i ytterste konsekvens miste tildelte midler. Dette påvirker ventetiden gjennom et større fokus på å gi best mulig behandling.

5.4 Kulturperspektivet

De kulturelle endringene gjennom at organisasjonene har blitt mer opptatt av å nå mål og få gode resultater på målene ut av reformene, kan påvirke hvordan omgivelsene ser på helsekøene. Målene om bedre pasientbehandling kan også være et kulturelt mål. Dette siden departementet ikke formelt har definert i forskriftene hvordan pasientene skal behandles. Det er i stor grad opp til det profesjonelle helsepersonellet å bedømme på faglig basis hvor rasktetter henvisning det er nødvendig med første undersøkelse.

De uformelle målene i helsesektoren er at den beste behandlingen skal gis til pasientene. Det er i prinsipp dette som styrer hvordan legene og spesialistene handler. Det er opp til leger og spesialister å sette opp de som blir henvist i rekkefølge etter hvor nødvendig det er med behandling. De uformelle målene om at pasientene skal få best mulig behandling er i tråd med de formelle målene om en bedre kvalitet på helsetjenesten. Det kan også sies at de uformelle målene i organisasjonskulturen er knyttet til de medisinske prinsippene som praktiseres i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

De institusjonelle normene og verdiene gjør at sykehusene kan være mindre fleksible i forhold til nye krav. Sykehussektoren er en organisasjon som har relativt etablerte normer og verdier, noe som kan by på problemer ved innføring av nye reformer. Sykehusene var ikke vant til store målrettede handlinger før staten overtok ansvaret.

Handlingene i organisasjonene i helsesektoren er i stor grad bygd opp rundt en felles organisasjonskultur som vil bidra til effektive prosesser. Dette er særlig tydelig gjennom den økte planleggingshorisonten som leger på sykehusene har. Når en ny reform blir fremmet er det departementet som er drivkraften, og organisasjonskulturen til departementet preger de ulike reformene. Samtidig kan man ved reformene ofte se spor fra politisk ledelse. Dette skinner særlig gjennom i fritt behandlingsvalg der Høyre med Statsråd Bent Høie åpner for en større grad av private sykehus.

Kulturen og endringsviljen i sykehusene har endret seg. I intervju kommer det frem at sykehusene tidligere var negativt innstilt til rapporterte avvik, og hadde vanskelig for å erkjenne at de kanskje hadde gjort feil. I de senere årene har sykehusene tatt tall og avvik de blir konfrontert med til ettertanke, og forsøker å lukke avvikene. En grunn til kulturendringen kan

være den økte «konkurransen» mellom sykehusene og innføring av bruk av private helseforetak.

Helsepolitikken legger vekt på pasienten i sentrum, det er en åpen og serviceinnstilt kultur, som skal ta vare på pasientene. Helsepolitikken har hele tiden bygget på likhet for alle, men man har også et instrumentelt perspektiv ettersom man benytter seg i stor grad av mål-middel-tankegang. Helsedepartementet har kombinert disse to perspektivene, og det er dermed en kombinasjon av instrumentelle og kulturelle handlinger som ligger i reformene.

Strukturen i det offentlige helsevesenet ble endret av reformen i 2002, det ble dermed en delvis endring i hvordan sykehusene handler. Kulturen i de underliggende organisasjonene ble endret ved at de måtte forholde seg til de nyopprettede regionale helseforetakene.

Det er et økende press fra omgivelsene til sykehusene om at de skal være mer effektive og redusere ventetidene. Dette kommer til uttrykk gjennom reformene, men også i kravene som stilles fra de regionale helseforetakene. Omgivelsene vil derfor ha en stor grad av påvirkningsmuligheter på ventetidene. Samtidig blir en organisasjon preget av overordnet styring. Dette ser man gjennom at sykehusene i større grad enn før er opptatt av resultater, effektivitet, logistikk osv. Men dette kan også være fordi den overordnede ledelsen har bidratt til å «skape» denne organisasjonskulturen for å lettere kunne oppnå mål.

Et viktig poeng i helsesektoren er at man må balansere presset utenfra og presset fra de medisinske profesjonene inne i organisasjonen. Handlingen innenfor den kulturelle sfæren er preget av hva som blir sett på som passende handlinger. Passende og standardiserte handlinger i sykehusene kommer blant annet frem gjennom prioriteringer av pasienter på ventelistene. Dette gjenspeiler seg på de kulturelle normene og verdiene i sykehusene. Reformene bærer også preg av at de er integrerende ved at de baserer beslutningene på historie og forpliktelser. Regjeringen er ansvarlig og forpliktet til å utøve det beste for befolkningen.

Reformene er basert på det den politiske ledelsen anser som det beste valget for å nå målene. Man samler de individuelle interessene og omgjør dette til kollektive alternativer. Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene er en prosedyre for å tildele ressurser på en måte som er tilfredsstillende, uten at verdiene og interessene blir eliminert.

Man har i helsevesenet i Norge en kompleks struktur med mange ulike elementer. Elementene inkluderer blant annet pasienten i sentrum, effektivitet, konkurranse, medisinske forankringer, samhandling, målstyring, regelstyring og fokus på kvalitet. Dette bidrar til at man vil kunne få en endring i organisasjonskulturen etter hver reform for å kunne handle på bakgrunn av de nye elementene. Sykehussektoren en av de sektorene som det er vanskelig å

endre. Dette kan medføre at vi har hatt en historisk ineffektivitet slik at tidligere tiltak for å redusere ventetidene først har gitt resultater de seneste årene. Det er utfra dette sannsynlig å forvente at vi i fremtiden ser større effekter av samhandlingsreformen.

5.4.1 Sykehusreformen 2002

Organisasjonskulturen i sykehusene har blitt påvirket gjennom mer detaljert styring, statlige eierskap og de regionale helseforetakene. Helsesektoren blir sett på som vanskelig å omorganisere, ettersom de har en sterk organisasjonskultur. Sykehusreformen påvirket i særlig stor grad organisasjonskulturen i sykehusene. De fikk andre krav spesielt knyttet til rapportering, pasientbehandling, effektivitet og økonomi.

Tidligere var det en overrapportering av ventende pasienter som kunne gi grunnlag for å få større bevilgninger, noe som kan betraktes som en uheldig side av organisasjonskulturen. Denne situasjonen er beskrevet i intervjuene. Kulturen har nå blitt endret ved implementering av sykehusreformen med tilhørende rutiner. Sykehusene fikk en kulturendring i forhold oppfølging, krav og forventninger fra de regionale helseforetakene. Ved å innføre helseforetaksreformen med fokus på sterkere og tydeligere styring, ble handlingene endret i alle deler av organisasjonen.

5.4.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en reform som i stor grad setter de kulturelle normene og verdiene på prøve. Når det skal samhandles mellom to nivåer som er så ulike på hvordan de utfører handlinger, kan dette by på problemer. Dette vil kunne gå seg til etter en stund, når nivåene får vendt seg til de nye kravene for handling. Dette innebærer en historisk ineffektivitet.

Det er den aggregerte og samlende beslutningsadferden som benyttes i helsereformene. Reformene bærer preg av at de er rasjonelle, og det er gjennom politiske prosesser at befolkningen kan få «viljen» sin. Dette kommer i særlig grad frem i samhandlingsreformen der det var samarbeid og forhandlinger mellom en rekke ulike aktører for å komme frem til en enighet.

Den største kulturelle utfordringen i samhandlingsreformen er at man har to ulike nivåer som har to ulike organisasjonskulturer som preger normene og verdiene det handles etter. De ulike kulturene kan være med å påvirke at det ikke er en optimal samhandling samt ulike syn på ansvarsforholdene. Kommunehelsetjenesten må kanskje utvikle en annen

organisasjonskultur og utarbeide gode arbeidsvaner til å kunne ta imot mer krevende pasienter. Samhandlingsreformen krever betydelig omstilling for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten noe som kan medføre historisk ineffektivitet og forsinkede resultateffekter. En fastleges handlinger på bakgrunn av hva hun anser som passende kan være noe av forklaringen til hvorfor fastlegene ikke i større grad velger å henvise til kommunale akutte døgnplasser, og heller henviser til sykehus. For at fastlegenes handlinger sett fra det kulturelle perspektivet skal kunne endres trenger man lenger tid, for at en ny organisasjonskultur skal komme frem.

Man har i kommunehelsetjenesten måtte stå for den største delen av de kulturelle endringene ettersom man må ta imot pasienter som er sykere enn det de var før. Dette vil påvirke handlingen i kommunehelsetjenesten og vil videre kreve en større omstilling i forhold til kapasitet og kunnskaper.

Den kommunale medfinansieringen som ble fjernet fra samhandlingsreformen kunne ha bidratt til en kulturendring slik at kommunene ville vurdere andre alternativer i stedet for å sende pasienter direkte til sykehus. Det framkommer av intervjuene at et slik økonomisk incentiv kunne hatt en positiv effekt.

5.4.3 Fritt sykehusvalg/behandlingsvalg

Gjennom den økte bruken av kontoret velg behandlingssted er den den kulturelle handlingslogikken endret. Man bruker dette kontoret i større grad, noe som muliggjør en reduksjon i ventetider.

Fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg åpner for større andel av private aktører inn på markedet. Dette påvirker hvordan sykehusene handler, noe som kommer frem i intervjuer og annet datagrunnlag. Det vil bli en større konkurranse om behandlingen av pasienter. Dersom de offentlige sykehusene ikke leverer varene, og flere pasienter velger det private tilbudet, kan dette innebære at sykehusene får mindre tilskudd. De offentlige sykehusene blir tvunget til å handle på en annen måte enn tidligere, noe som også gir en kulturendring. Effekten vil bli en reduksjon i ventetidene. Pasientene vil velge behandlingssted på bakgrunn av ventetider og kvalitet, og dermed gi incentiver til forbedring av det offentlige tilbudet.

6 Konklusjoner og samlet vurdering

Denne masteroppgaven analyser effekten av politiske tiltak for å redusere ventetider ved sykehus. Det er gjort en bred gjennomgang av organisasjonsteori i forbindelse med offentlige reformer, tilgjengelig grunnlagsdata knyttet til helsereformene er gjennomgått og det er utført semistrukturelle intervjuer med nøkkelpersoner på høyt nivå i forvaltningen. Det er god sammenheng mellom data, intervjuer og teoretisk rammeverk som gir konklusjonene god indre validitet.

Ventetider og ventelister har gått ned og er per i dag på linje med målsatte nivåer. I 2006 var gjennomsnittlig ventetid 71 dager, mens tilsvarende tall i mars 2016 var 61 dager. Fristbruddene er redusert fra 10 % høsten 2012 til 1 % våren 2016. Dette er meget positivt og skyldes at alle reformene, sykehusreformen i 2002, samhandlingsreformen og fritt behandlingsvalg, har hatt et vedvarende fokus på at ventelistene skal reduseres. Reformene har vært byggestener som alle har bidratt til å nå målene. En hovedfaktor bak resultatet er at staten tok over styringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene og opprettet de regionale helseforetakene. Departement og helseforetak har i stor grad tatt til etterretning og fulgt opp forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sine evalueringer.

Sykehusreformen i 2002 innebar en kombinert sentralisering ved at staten overtok eieransvaret for sykehusene fra fylkeskommunen og desentralisering gjennom regionale helseforetak med egne styrer. Organiseringen med sterkere sentral styring kombinert med en armlengdes avstand til sykehusdriften kan være en av grunnene til at man har lyktes med målene om reduserte ventetider.

Regelverket i forbindelse med fristbrudd har fungert meget bra for å redusere ventetidene og ventelistene, noe som kommer tydelig frem i intervjuene. Oppfølging av fristbrudd styrer dermed både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten effektivt. Økonomiske insentiver og fokus på mål og resultatstyring er det som har vært mest effektivt for å få ned ventetidene.

Det ble høsten 2015 satt ned et utvalg som skal vurdere organisering av helseforetakene. Innstillingen skal leveres i desember 2016. Utfra foreliggende dokumentasjon i denne oppgaven og den positive utviklingen i forhold til sentrale mål er det grunnlag for å stille spørsmål med om det er riktig å endre organiseringen nå. Det tar lang tid å omstille helsesektoren og reformen fra 2002 har klare trekk av historisk ineffektivitet, og det er først nå vi ser effektene av omorganiseringen. Det synes derfor riktig å fortsette prosessen med å forbedre dagens

organisering skrittvis. De regionale helseforetakene er en viktig ressurs i oppfølgingen av sykehusene. Dersom disse blir samlet til for eksempel én enhet, vil det kunne begrense hvor mye oppfølging de enkelte sykehusene får.

Samhandlingsreformen vil kunne ha stor effekt på ventetider inn til behandling ettersom man kan forebygge innleggelse og redusere liggetiden på sykehusene. Utfordringen ligger i å utnytte kapasiteten slik at sengene ikke står tomme.

Konkurranseselementet, som er en del av New Public Management, vil motivere de offentlige sykehusene i større grad, og kan ha en positiv effekt på ventetider. Reformene er i stor grad rasjonaliserte myter, de bærer preg av at de er tidsriktige og moderne og mål-middel styring står sentralt. Reformene er blant annet opptatt av konkurranse, effektivitet, god logistikk, valgfrihet for pasientene og at pasientene skal få en helhetlig behandling. Ved at reformene er tidsriktige vil dette kunne stimulere til bedre legitimitet og støtte.

Informasjonen rundt fritt sykehusvalg, nå kontoret velg behandlingssted, var svak i starten, og dette medførte omorganisering av kontoret. Fra et instrumentelt perspektiv var det ikke iverksatt gode nok virkemidler fra starten av for at tilbudet skulle fungere. Pasienten måtte selv hente ut informasjon, og hadde få direkte insentiver for å bruke tilbudet. Intervjuene underbygger at iverksatte tiltak i de regionale foretakene har økt bruken av tilbudet og bidratt til å nå målene om lavere ventetid.

Intervjuene underbygger videre at kulturen i sykehusene ble endret ved implementering av sykehusreformen gjennom oppfølging, krav og forventninger fra de regionale helseforetakene. Ved å innføre helseforetaksreformen med fokus på sterkere og tydeligere styring, ble handlingene endret i alle deler av organisasjonen.

Samhandlingsreformen er en reform som i stor grad setter de kulturelle normene og verdiene på prøve. Når det skal samhandles mellom to nivåer som er så ulike, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, kan det oppstå problemer. Dette vil kunne gå seg til etter en stund og innebærer derfor forsinkede resultateffekter og en historisk ineffektivitet.

Fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg åpner for større andel av private aktører inn på markedet, noe som påvirker hvordan sykehusene handler, noe som kommer frem i intervjuer og annet datagrunnlag. Det vil bli en større konkurranse om behandlingen av pasienter. Effekten vil bli en reduksjon i ventetidene. Pasientene vil velge behandlingssted på bakgrunn av ventetider og kvalitet, og dermed gi incentiver til forbedring av det offentlige tilbudet.

Litteraturliste

- Aasrud, Rigmor (2008): *Helsereformen – veien videre*. Konferansenotater tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/taler-pol/aasrud-fagforbundet.pdf> [lest: 15.01.16]
- Aberbach, Joel D. og Bert A. Rockman (2002): «Conducting and Coding Elite Interviews», i *PS: Political Science and Politics* 35(4): 673-676
- Adcock, Robert og David Collier (2001): «Measurement Validity: A Shared Standard for Qualitative and Quantitative Research», i *American Political Science Review* 95(3): 529-546
- Berry, Jeffrey M. (2002): «Validity and Reliability Issues in Elite Interviewing», i *PS: Political Science and Politics* 35(4): 679-682
- Brunsson, Nils (2006): *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Copenhagen Business School Press
- Bryman, Allan (2004): *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press
- Christensen, Tom (1994): *Politisk styring og faglig uavhengighet: reorganisering i den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano
- Christensen, Tom og Kjell A. Røvik (1999): «The Ambiguity of Appropriateness», i Morten Egeberg og Per Lægveid (red.): *Organizing Political Institutions. Essays for Johan P. Olsen*. Oslo: Scandinavian University Press
- Christensen, T., P. Lægveid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2009): *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget

Egeberg, Morten (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug.

Forskningsrådet (2007): *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*.

Gerring, John (2007): *Case Study Research. Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press

Hagen, Terje P. og Trond Tjerbo (2013): «Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag», i Noralv Veggeland (red.): *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag

Helsedirektoratet (2009): *Ventetider og pasientrettigheter 2008. Norsk pasientregister*. Rapport. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/534/Ventetider-og-pasientrettigheter-2008-IS-8-2009.pdf> [lest: 17.02.16]

Helse- og omsorgsdepartementet (2014): *Høringsnotat. Fritt behandlingsvalg*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/notatfbv.pdf> [lest: 13.02.15]

Heløe, Leif Arne (2010): *Velferd på avveier? Utviklingslinjer og dilemmaer i helse- og sosialpolitikken*. Oslo: Abstrakt forlag

Høie, Bent (2015): *Sykehustalen 2015*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/> [lest: 20.01.15]

Jensen, Bjarne (2013): «Helsereformene i et NPM-perspektiv», i Noralv Veggeland (red.): *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag

Kalseth, Birgitte (2010): *Ventelistestatistikk i Norge, Sverige, Danmark, Finland, Skottland og England – Datagrunnlag og anvendelse*. Trondheim: Sintef

Lovdata (2011): *Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [lest: 03.04.15]

March, James G. og Johan Olsen (1989): «The Search for Appropriate Institutions», i James G. March og Johan P. Olsen: *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. The Free Press.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*

Prop. 56 L (2014-2015): *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*

Regjeringen (2015): *Mandat. Utvalg som skal utrede ny organisering av eierskap til spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/7ce19078cd3b4bc6b7e12080bd6dddf1/mandat_kvinnsland-utvalget.pdf [lest: 13.03.16]

Riksrevisjonen (2011-2012): *Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg. Dokument 3:3*

Riksrevisjonen (2015-2016): *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5*

Røvik, Kjell A. (2009): *Trender og Translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Selznick, Philip (1997): *Lederskap*. Oslo: Tano Aschehoug

Sintef (2011): *Leger kritiske til helsereformen*. Tilgjengelig fra:

<http://forskning.no/helsepolitikk-helsetjeneste-helseadministrasjon/2011/08/leger-kritiske-til-helsereformen> [lest: 22.02.15]

St.meld. nr 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Sørås, Irene (2007): *Organisasjonsutvikling i sykehus: forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Tansey, Oisín (2007): «Process Tracing and Elite Interviewing: A Case for Non-probability Sampling», i *PS: Political Science and Politics* 40(4): 765-772

Vedung, Evert (2009): *Utvärdering i Politik och Förvaltning*. Lund: Studentlitteratur

Veggeland, Noralv (2013): «Samhandlingsreformen – en bærekraftig reform?», i Noralv Veggeland (red.): *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag

Vedlegg

Vedlegg 1. Forespørsel om intervju til masteroppgave

XXX

Mitt navn er Hilde Gavelstad. Jeg skriver masteroppgave i statsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Arbeidstittelen på oppgaven min er:

«Analyse av effekten av politiske tiltak for å redusere ventetider ved sykehus»

Veilederen min er professor Tom Christensen ved Institutt for statsvitenskap. Jeg har definert følgende todelt problemstilling som grunnlag for oppgaven min:

- a) Har helsereformene etter 2002 bidratt til reduserte helsekøer?
- b) Hva forklarer utviklingen/endringen i helsekøene?

Basert på Stortingsmeldinger om reformene, og litteratur knyttet til dette ønsker jeg å gjennomføre et intervju med nøkkelpersoner i XXX. Intervjuet vil følge en såkalt semistrukturert metode der jeg har forberedt en del spørsmål, men det legges samtidig opp til utdyping og suppleringer fra personen som blir intervjuet. Min intervjuguide har følgende hovedspørsmål:

- Hva har dere gjort for å forbedre informasjonen rundt fritt sykehusvalg?
- Det er hevdet at både sykehus og kommune fraskriver seg ansvar for pasientene som en konsekvens av samhandlingsreformen. Hva mener dere om dette, og hva har eventuelt blitt gjort for å klargjøre rollene i behandlingskjeden?
- Hvordan vurderes forholdet mellom effektivitet i sykehusene og eventuelle reinnleggelser?
- Det har kommet kritikk om at helseforetakene er for bedriftspreget og ikke tar like godt høyde for hva innbyggerne i regionen virkelig trenger av tilbud. Hvordan vurderer dere denne påstanden?

- Hva mener dere skal til for å forbedre likheten blant sykehusene slik at det i større grad vil være mulig å benytte seg av fritt sykehusvalg og det nye fritt behandlingsvalg?

Jeg regner med at intervjuet vil ta omtrent 1,5 time. Jeg vil oppsummere intervjuet skriftlig og oversende dette for eventuelle kommentarer.

Jeg håper på en positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Hilde Gavelstad

Tlf: 45242026

Vedlegg 2. Oppfølgingsmail

Hei,

Vedlagt oversendes et referat av intervjuet. Referatet vil bli benyttet som grunnlag for masteroppgaven i statsvitenskap, der jeg analyserer effektene av helsereformene.

Intervjuet vil bli anonymisert og kortet ned i oppgaven. Oppgaven vil bli ferdigstilt tirsdag 26. april, og jeg må ha eventuelle kommentarer før det.

For ordensskyld vil jeg opplyse om at deltagelsen er frivillig og det er mulighet å trekke seg. Dataene er anonymisert og vil bli slettet september 2016.

Tusen takk for veldig god informasjon.

Med vennlig hilsen

Hilde Gavelstad