

Christian Hillestad

New Public Management i helsevesenet, en suksess?

En flernivåanalyse av hvordan legene vurderer sykehusreformens effekt

Masteroppgave i statsvitenskap

Trondheim, våren 2014

Christian Hillestad

New Public Management i helsevesenet, en suksess?

En flernivåanalyse av hvordan legenes vurderer sykehusreformens effekt

Masteroppgave i Statsvitenskap

Trondheim, våren 2014.

Forord:

Å skrive denne masteroppgaven har vært en lærerik prosess og en verdig avslutning på mine studier. Jeg vil gjerne benytte anledningen til takke min dyktige veileder Pål Erling Martinussen for all hjelp jeg har fått. Uten dine datasett, kunnskap, veiledning og gode råd ville ikke denne oppgaven vært mulig.

Jeg vil i tillegg takke familien min, først vil jeg takke Magnus for korrekturlesing og gode innspill. Jeg vil gjerne også takke mine foreldre for den fantastiske støtten jeg har fått i mine 5 år som student, det har betydd mye for meg.

Samtidig vil jeg også takke mine studievenner og instituttet for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU Trondheim for en spennende og lærerik tid.

Til slutt vil jeg takke Julie for at du er den du er, tak for at du har vært min viktigste støttespiller i hverdagen.

Christian Hillestad
Trondheim 2. Juni 2014

Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning	1
2.0 Teori	4
2.1 Nyliberalismen.....	4
2.2 New Public Management.....	7
2.3 Reformen i offentlig sektor.....	11
2.4 Sykehusreformen.....	14
3.0 Litteratursammendrag	20
3.1.0 Tidligere forskning.....	20
3.1.1 Produktivitet.....	21
3.1.2 Kvalitet.....	22
3.1.3 Likhet.....	25
3.1.4 Fløteskumming.....	26
3.2 Evaluere reformer.....	29
4.0 Data og Metode	31
4.1.0 Fremgangsmåte.....	31
4.2.0 Flernivåanalyse.....	33
4.2.1 Steg for seg.....	34
4.2.2 Datasett.....	36
4.3 Begrensninger og forutsetninger.....	37
5.0 Empirisk modell	42
5.1.0 Produktivitet.....	42
5.1.1 Kvalitet.....	43
5.1.2 Likhet.....	44
5.1.3 Fløteskumming.....	45
5.2.0 Variabler på sykehusnivå.....	46
5.2.1 Pasientsammensetning.....	47
5.2.2 Sykehusstørrelse.....	47
5.2.3 Sykehusøkonomi.....	48
5.2.4 Effektivitet.....	48
5.3.0 Målsettingsvariabler.....	49
5.3.1 Organisatoriske variabler.....	49
5.3.2 Ledelsesvariabler.....	51
5.3.3 Kontrollvariabler.....	52

5.3.4 Utelatte variabler.....	53
6.0 Resultater.....	55
6.1 Produktivitet.....	58
6.2 Kvalitet.....	63
6.3 Likhhet.....	69
6.4 Fløteskumming.....	74
7.0 Oppsummering og konklusjon.....	78
Litteraturliste.....	85
Appendiks.....	92

Grafoversikt:

Graf 1: Legenes vurdering av reformens effekt på produktiviteten.....	43
Graf 2: Legenes vurdering av reformens effekt på den medisinske kvaliteten.....	44
Graf 3: Legenes vurdering av reformens effekt på likhet i tilgang på helsetjenester	45
Graf 4: Legenes vurdering av reformens effekt på pasientprioriteringen	46

Tabelloversikt:

Tabell 1: Flernivåanalyse av legenes vurderinger av reformens effekt på produktiviteten	57
Tabell 2: Flernivåanalyse av legenes vurdering av reformens effekt på den medisinske kvaliteten	62
Tabell 3: Flernivåanalyse av legenes vurdering av reformens effekt på likhet i tilgang på helsetjenester.....	68
Tabell 4: Flernivåanalyse av legenes vurdering av reformens effekt på fløteskummingen ved sykehusene.....	74

Forkortelser:

NPM: New Public Management.

DRG: Diagnoserelatert grupper.

ISF: Innsatsstyrt finansiering.

VPC: Variansdelingskoeffisient.

OLS: Ordinary least squares.

ØNHavdeling: Øre, nese og hals avdeling.

1.0 Innledning

De siste tiårene har ulike New Public Management (NPM) inspirerte tiltak og reformer i stor grad preget den offentlige forvaltning og tjenesteproduksjon. Sjelden har en offentlig styringsform skapt så stor oppmerksomhet og splittede meninger som implementeringen av NPM-inspirerte reformer. Forkjemperne for NPM mener at denne formen for offentlig styring skaper en effektiv, produktiv og resultatrik forvaltning som fører til større likhet i den offentlige forvaltningen (Salminen og Viinamäki 2011:121). Kritikere på sin side mener NPM truer selve velferdsstaten ved at målet for den offentlige forvaltningen har blitt skiftet til lønnsomhet og ikke lenger baseres på folkets virkelige behov for velferdstjenestene (Fag- og profesjonsforbundet 2010). Debatten rundt NPM er en av de viktigste debattene i Norge. Denne styringsformen spiller en svært sentral rolle i den offentlige forvaltningen og er derfor svært avgjørende for både prosessene, resultatene og produksjonen i de offentlige institusjonene som igjen danner selve grunnlaget for velferdsstaten Norge. Det nyliberalismen og NPM har til felles er at de søker å endre den offentlige sektoren. I følge disse perspektivene er den tradisjonelle offentlige sektor for lite effektiv, overbyråkratisert og tungrodd. Gjennom å endre den offentlige sektors tradisjonelle organisasjonsstruktur, målsettinger og styringsprinsipper ved å ta i bruk virkemidler som tidligere kun var forbeholdt det private markedet skal den offentlige sektor moderniseres og forbedres.

Målet med denne oppgaven er å undersøke hvordan offentlig ansatte vurderer de mange NPM inspirerte reformene vi har sett i de senere årene. I denne oppgaven vil søkelyset bli satt på hvordan legene vurderer en av de største norske reformene man har sett i det offentlige i moderne tid; helsereformen. Legene er en av de viktigste profesjonene innenfor helsesektoren og derfor vil det være avgjørende for reformens suksess at legene er fornøyd med hvordan reformen har fungert.

Helsereformen innebar at staten tok over styringen av alle landets somatiske og psykiatriske sykehus i tillegg til resten av spesialsykepleien. Dette førte til at rundt 100 000 ansatte i helsevesenet og hele 60 % av fylkenes budsjett ble overført til staten. Det ble i tillegg opprettet 5 selvstendige regionale helseforetak som skulle ha ansvaret for den daglige driften ved sykehusene, mens politikernes rolle ble begrenset

til å definere de helsepolitiske målene (Martinussen, Hagen og Kaarbøe 2006). Helsereformen hadde flere store målsettinger, og de viktigste pasientrelaterte målsettingene var at reformen skulle sikre landets innbyggere en større likhet i tilgangen til helsetjenester og at man skulle øke den medisinske kvaliteten i behandlingene. Samtidig tok reformen også sikte på å øke produktiviteten for å gjøre sykehusene mer økonomisk bærekraftige og effektive (Aasland, Hagen og Martinussen 2008).

Målet med denne oppgaven vil være å undersøke i hvilken grad sykehuslegene selv mener disse målsettingene er blitt oppnådd. I tillegg er et hovedformål å undersøke hvilke elementer og faktorer ved sykehusene som har påvirket hvordan legene oppfatter reformens oppnåelse av målsettingene. NPM-reformer består ofte av store endringer på organisasjons- og ledelsessiden, ved at det blant annet er et sterkt fokus på en resultatorientert og endringsorientert ledelse. Her blir ledelsen gitt mål og resultatbilder å styre etter, samtidig som det blir gitt en større institusjonell frihet for å nå disse. Helsereformen har også ført til store organisatoriske endringer i sykehusdriften med at blant annet eierskapet av sykehusene ble overført til nyopprettede helseforetak. Dette gjør at det er interessant å se på hvordan alle endringene har påvirket legenes oppfatning av reformen og reformens målsettinger. Samtidig vil det også være mulig at de ulike målsettingene er i konflikt med hverandre, det er blant annet heftig debattert om det for eksempel eksisterer en trade-off mellom målsettingene om høyere kvalitet og likhet på den ene siden og målsettingen om høyere produktivitet på den andre siden (Dismuke og Sena 2001). Dette gjør det interessant å se på om legene mener målsettingene til helsereformen er i konflikt med hverandre eller om legene mener at produktiviteten ikke nødvendigvis må gå ut over den medisinske kvaliteten.

Til slutt vil det bli undersøkt hvordan legene oppfatter reformens effekt på pasientprioriteringen ved sykehusene. Dette er fordi tidligere forskning viser at reformen har ført til flere tilfeller av fløteskumming ved at sykehusene i større grad har prioritert lønnsomme DRG. Dette er problematisk fordi det bryter med den helsepolitiske målsettingen om å tilby de samme helsetjenestene til alle uavhengig av sosioøkonomisk profil og sykehusøkonomi (Martinussen og Hagen 2009:140). I denne analysen vil det bli sett på ulike faktorer ved helsereformen som kan ha gitt

intensiver til fløteskumming, og om fløteskumming kan være en uheldig konsekvens av en eller flere av reformens målsettinger. Det vil spesielt bli sett på om endringen i styremekanismene i den offentlige tjenesteproduksjonen mot et mer markedsorientert perspektiv har ført til mer fløteskumming.

Et særtrekk ved det norske helsevesenet er at det som en konsekvens av Norges unike topografi og demografi er et stort mangfold i forhold til sykehusene struktur. I Norge har man i tillegg til universitetssykehus og andre store sentrale sykehus også en lang rekke mindre lokalsykehus. Dette er med på å komplisere sykehusdriften og det er også muligheter for at helsereformen har hatt en forskjellig effekt i forhold til de ulike sykehusene. Dette gjør at det vil bli benyttet flernivåanalyse slik at man kan undersøke hvordan unike egenskaper ved hvert sykehus kan ha vært med på å påvirke hvordan legene vurderer reformens effekter.

Denne oppgavens struktur er bygget opp etter syv deler. Den første delen består av oppgavens selve innledning. Den andre delen er teoridelen som er todelt; Først blir det sett på det ideologiske rammeverket bak reformene, Nyliberalismen og New Public Management før det blir gitt en innføring i offentlige reformer i Norge og Helsereformen spesifikt. Oppgavens tredje del består av en gjennomgang av tidligere forskning som har blitt ansett som relevant for denne oppgaven. Del fire består av det metodiske, her blir valg av metode forklart og det vil bli gitt en innføring i flernivåanalyse før det videre blir gitt en presentasjon av datasett. Kapittelet avsluttes med en diskusjon rundt analysens begrensninger og forutsetninger. Oppgavens 5 del er oppgavens empiriske modell hvor analysenes variabler blir beskrevet og forklart. Oppgavens sjette del består av analysenes resultater og her blir de fire avhengige variablene presentert og diskutert. Oppgavens siste del er en oppsummering og konklusjon hvor oppgavens viktigste funn blir diskutert sammen med fremtidig potensielle forskningstema.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil det bli presentert relevant teori i forhold til offentlige reformer og helsereformen spesielt. Innledningsvis vil det teoretiske perspektivet nyliberalismen bli presentert, etterfulgt av en innføring i NPM-doktrinen, som hadde sitt utspring fra nettopp det nyliberalistiske perspektivet. Både nyliberalismen og NPM har spilt en sentral rolle i den utviklingen man har sett i den offentlige sektoren de senere årene, og har vært inspirasjonen bak de mange reformene som har preget det offentlige de siste 20 årene. Etter at disse teoretiske perspektivene er blitt presentert vil det bli gitt en diskusjon rundt de offentlige reformene vi har sett i Norge før kapittelet vil bli avsluttet av en innføring i helsereformen fra 2001.

2.1 Nyliberalismen

Nyliberalismen er et begrep som har blitt mye diskutert i nyhetsbildet, politikken og innenfor academia de senere årene. Dette begrepet har vært tett knyttet opp til debatter om den offentlige sektors rolle i samfunnet og diskusjoner rundt statens størrelse og utgifter. Målsettingen med denne delen av oppgaven er å klargjøre hva som ligger i begrepet nyliberalisme, og hvordan nyliberalismen har påvirket den offentlige sektoren i Norge. For å definere nyliberalisme kan man benytte David Harveys (2005) beskrivelse av begrepet i boken "A brief history of neoliberalism" som har blitt en godt brukt definisjon innenfor faglitteraturen. I følge Harvey (2005) er nyliberalismen i første rekke en teori om politiske og økonomiske praksiser som baserer seg på at menneskelig velferd best sikres gjennom å fremme individuell økonomisk frihet og entreprenørskap innenfor et institusjonelt rammeverk bygget på sterk eiendomsrett, frie markeder og frihandel. Innenfor nyliberalismen er statens rolle blitt redusert til å skape og verne om det overordnede rammeverket i samfunnet. Derfor vil statens oppgaver være redusert til å sikre stabilitet i pengemarkedet og ansvaret for en nøytral ordensmakt og domstoler for å sikre den private eiendomsretten, og garantere med makt om det blir nødvendig for å sikre at markedet fungerer på en tilfredsstillende. Sett bort i fra disse arbeidsoppgavene skal statlige inngrep i følge nyliberalismen begrenses slik at ikke staten overprøver det frie markedet (Harvey 2005:2).

Selv om den klassiske liberalismen har vært fraværende fra den politiske debatten i en lang tid er det upresist å karakterisere nyliberalismen som en renessanse av denne ideologien. På tross av at det finnes flere likhetstrekk mellom liberalisme og nyliberalismen så mener blant annet Lie og Thorsen at nyliberalismen må karakteriseres som en uavhengig ideologi (Thorsen og Lie 2007). I følge Harvey (2005) baserer nyliberalismen seg mer på en teori for politisk økonomisk praksis snarere enn en fullstendig politisk ideologi. Harvey peker på at det ikke er noen sammenheng mellom nyliberalismen og det som anses for å være liberalismens tradisjonelle hjertesaker som for eksempel forsvar av demokrati, menneskerettigheter og enkeltmenneskets frihet. For å understreke dette poenget viser Harvey til at noen av de mest antiliberale politikerne i verden som Deng Xiaoping og Augusto Pinochet var store pågangsdrevne for nyliberale reformer i sine land, uten at de kan sies å være forkjempere for demokrati eller menneskerettigheter (Harvey 2005).

Et annet forsøk på å definere nyliberalismen har blitt gjort av Lie og Thorsen (2007). Her beskriver de nyliberalisme som et relativt løst sett koblinger av politiske oppfatninger som først og fremst vektlegger at statens eneste legitime rolle er å sikre enkeltmenneskets frihet, og særlig økonomiske frihet, med sterk vekt på den private eiendomsrett. Dette resulterer i at i følge nyliberalismen så burde statens størrelse være minimal eller i det minste drastisk redusert i forhold til dagens styrke og størrelse. Nyliberalister karakteriserer derfor alle myndighetsinngriper i menneskenes privatliv utenfor denne ene nevnte legitime rollen som uakseptabel atferd av myndighetene (Lie og Thorsen 2007:45). Videre mener Lie og Thorsen at nyliberalisme i et bredere perspektiv har påvirket og hatt en sterk innvirkning på hvordan man har organisert de politisk-administrative prosessene innenfor offentlig sektor i de senere årene. Organiseringsformer og modeller fra privat sektor har vært en viktig inspirasjon for reformene vi har sett innenfor organiseringen av offentlig forvaltning i mange vestlige land de siste 20 årene (Lie og Thorsen 2007). Etter hvert som flere politikere, politiske kommentatorer og byråkrater har omfavnet nyliberalismen har man sett endringer mellom grensene for offentlig og privat sektor. I følge det nyliberalistiske perspektivet burde staten være minimal slik at den har størst mulig forutsetning til å sikre høyest mulig offentlig ressursutnyttning og samtidig ikke begrenser enkeltindividenes frihet. Som en konsekvens av nyliberalismens fokus på at den private sektoren burde være så stor som mulig, har man i de senere årene

sett at det private markedet har tatt over ansvaret for en rekke tjenester som tidligere har vært ansett som tradisjonelle offentlige oppgaver (Lie og Christensen 2007).

Når man skal trekke frem forklaringer på utbredelsen av nyliberalismen blir ofte globalisering, internasjonalisering og endringer i nasjonalstatens rolle trukket frem som de viktigste årsakene til nyliberalismens inntog i det politiske landskapet (Mediske, Claes og Lie 2007:15). Man har sett at etterkrigstidens velferdsstat og sterke fokus på offentlig regulering har blitt erstattet av en større liberalisering innenfor de fleste vestlige land. Man har også sett en utvikling i retning av en mer åpen handel og mer omfattende internasjonalt samarbeid som har skapt mer åpne grenser mellom landene. Dette har gjort at man har sett en større diskusjon innenfor faglitteraturen om i hvilken grad nyliberalismen har vært med på å redusere den nasjonalpolitiske styringens viktighet og nasjonalstatenes makt. Enkelte har hevdet at de nasjonale myndighetene har fått redusert makt gjennom dereguleringer, fristillingen og delprivatisering av tidligere offentlige tjenester. Nyliberalismen har også vært med på å endre den offentlige styringen ved at mye av dette har blitt overtatt av ekspertorganer som en rekke nye tilsyn og etater på bekostning av de klassiske styringsorganene, som de folkevalgte organene og departementene, som har fått en mer tilbaketrukket rolle. Et eksempel på dette er opprettelsen av helseforetakene hvor styringsmakten ble overført vekk fra politikere og over til administrasjon (Mydske, Claes og Lie 2007:17).

Begrepet nyliberalismen har de siste 20 årene vært et mye brukt "moteord" i den offentlige debatten. Ofte har dette begrepet blitt brukt i forbindelse med det som mange politikere, forskere og journalister har karakterisert som en negativ samfunnsutvikling. Nyliberalismen har blitt beskyldt for å ha en rekke negative konsekvenser som blant annet å true velferdsstaten og demokratiets verdigrunnlag. Inntrykket av at nyliberalismen har fått et svært negativt rykte blant mange forsterkes av Thorsen og Lie (2007) som har analysert hvordan nyliberalismen blir omtalt av politikere og forskere. Deres analyser viste at nesten uten unntak har nyliberalismen blitt omtalt negativt, og mange har beskyldt nyliberalismen for å være en tilbakevending til en særskilt del av den liberale tradisjonen, den økonomiske liberalismen. Dette gjør at mange mener at nyliberalismen vil bidra til å øke forskjellene mellom fattig og rik, og at man vil verdsette profitt og økonomisk

kontroll høyere enn brukerne i den offentlige tjenesteproduksjonen. Mange har fryktet at nyliberalismen vil føre til at brukerne vil komme i andre rekke, og at man først og fremst skal sikre de økonomiske aspektene i den offentlige tjenesteproduksjonen (Thorsen og Lie 2007).

Som nevnt handler mye av nyliberalismen om privatisering og konkurranseutsetting av offentlige tjenester. Imidlertid finnes det også et annet perspektiv innenfor nyliberalismen som handler om å endre måten offentlig sektor er organisert på og hvilke vurderinger som ligger til grunn for den offentlige virksomhet. Disse endringene blir ofte omtalt som New Public Management (Lie og Christensen 2007).

2.2 New Public Management

Helsereformen i 2001 føyer seg inn i rekken av de mange nyliberalistisk inspirerte reformene vi har sett innenfor den offentlige sektoren de siste tiårene. Målet med reformene har vært å øke effektiviseringen og produktiviteten i den offentlige tjenesteproduksjonen ved å innføre ulike former for markedsorienterte styringsmekanismer. Denne nye måten å organisere de offentlige tjenestene på går inn under NPM-paraplyen som er betegnelsen på den moderniseringsbølgen vi har sett i den offentlige sektoren de siste 20-30 årene.

NPM hadde opprinnelig sitt utspring i New Zealand hvor landet var preget av en svært dårlig økonomi og store underskudd på de offentlige budsjettene. Reformbølgen i New Zealand startet overraskende etter valget i 1984 av det nyvalgte regjeringspartiet som var New Zealands arbeiderparti. Denne reformbølgen ble sett på som svært radikal i forhold til tidligere reformer og utvikling i den offentlige sektoren i New Zealand. En av grunnene til at reformene ble sett på som radikale var fordi den ble igangsatt av New Zealands arbeiderparti som var frem til dette punktet ansett som i beste fall å være forsiktige reformister. Mye av årsaken til den radikale reformbølgen var at politikerne følte seg tvunget til å gjennomføre store endringer på grunn av den økonomiske situasjonen landet var i. I følge Allen Schick (1996) var den økonomiske situasjonen i landet ikke lenger bærekraftig. Økonomien var i fritt fall og myndighetenes tidligere forsøk på å bedre den økonomiske situasjonen med konvensjonelle midler som mer stimulans i pengemarkedet og statlig intervensjon hadde ikke fungert og noe drastisk måtte gjøres (Schick 1996:11). Med en nesten tom

valutareserve, lav produktivitet, store problemer innen penge- og finanspolitikken og av det som av mange har blitt karakterisert som en overdreven statlig tilstedeværelse i de produktive delene av økonomien økte krisestemningen i landet, og flere krevde at drastiske tiltak måtte gjennomføres (Aberbach og Christensen 2001). For å redde den økonomiske situasjonen satt myndighetene i gang en rekke reformer som tok sikte på å privatisere, fristille og endre selve fundamentet det offentlige var bygget på.

NPM spredte seg raskt til andre angloamerikanske land og etter hvert fikk NPM-ideologien fotfeste i de aller fleste industrielle land, og har vært med på å spille en sterk rolle i utviklingen i disse landenes offentlige sektor de siste 20-30årene.

Tilhengere av NPM har som mål å gjøre det offentlige mer effektivt gjennom reformer som vektlegger klare mål og virkemidler, utvikle indikatorer for måling av resultater og avhengig av resultatene som oppnås av de ulike offentlige institusjonene; økonomisk belønning eller straff (NOU 2004:4). Det finnes ikke en klar og enkel oppskrift på hvordan NPM-reformer ser ut, siden reformene har variert fra land til land. Imidlertid har fellesnevneren for alle de ulike reformene vært at de har tatt sikte på å forbedre det offentlige ved å bedre organiseringen, øke fokus på kundeservice, desentralisering, innføring av markedsmekanismer og ved å tilføre en større grad av autonomi i den daglige driften og til offentlige ledere. Denne trenden inkluderer også ulike former for konkurranseutsetting gjennom deregulering av tidligere monopoliserte virksomheter og ved i større grad å ta i bruk anbudskonkurranser. I Norge har imidlertid bruken av NPM ikke primært vært rettet mot privatisering, men vært rettet mot budsjett- og styringsreformer og økt fokus på brukerorientering (Fallan og Pettersen 2010:102). Etableringen av Statoil i 1970-årene og Telenor i 1990-årene er eksempler på kjente organisasjonsløsninger hvor hovedmålsettingen var å gi organisasjonene større grad av fristilling, men hvor staten også skulle være sikret muligheten for å styre virksomheten og gi politiske direktiver. Byrkjeflot og Grønlie finner grunn til å tro at daværende helseminister Tore Tønne og andre sentrale aktører innen reformprosessen var inspirert av disse særegne norske modellene i utviklingen av sykehusreformen. Dette kom særlig til syne gjennom opprettelsen av helseforetak som skulle ha ansvaret for den daglige driften. Dette førte til at statens rolle ble redusert til kun å ha ansvaret for den overordnede styringen (Byrkjeflot og Grønlie 2005).

En konsekvens av NPM-reformene er at tradisjonelt folkevalgte ledere er blitt erstattet av profesjonelle aktører i ivaretagelsen av det økende antallet offentlige oppgaver. Politikernes oppgave har på mange felt blitt redusert til kun å bestemme de overordnede politiske målene. Dette fører til at den folkevalgte styringen av offentlig sektor i større grad kan beskrives som å være av en indirekte og kontrollerende karakter. Dette innebærer at den daglige driften og de løpende beslutningene skjer i regi av det administrative apparatet som er fritatt fra velgernes kontroll. Dette gjør at man til en viss grad mister den demokratiske kontrollen over det offentlige, men samtidig vil man kunne få en bedre styring ved at man ikke er nødt til å ta hensyn til populistiske og skiftende krav fra opinionen. En annen konsekvens av denne utviklingen er at man i den senere tid har sett en endring i forvaltningsideologien. Dette har ført til at man har fått en maktforskyvning i forholdet mellom de politiske og administrative organene i favør av den administrative delen av forvaltningen. En viktig antakelse i NPM er at man skal gi ledere større frihet og handlerom for å bedre resultatene. Dette er fordi det blir antatt at lokale ledere vil ta bedre avgjørelser når de ikke lenger er bundet av et sentralt regelverk som ofte legger hindre for en effektiv drift (Hansen 2005).

I følge Pollitt og Bouckaert (2011:14) er NPM et to-nivås fenomen. På det øverste nivået blir NPM ansett som å være en generell teori eller doktrine om at offentlig sektor kan forbedres ved å importere forretning og korporative konsepter, teknikker og verdier. På det lavere nivået fungerer NPM som et sett verktøy og praksiser for det offentlige. Vanlige praksiser og verktøy knyttet til NPM er sterkere fokus på prestasjoner og kvalitet gjennom resultatmåling. Innenfor offentlig organisering er en vanlig NPM-praksis at man skal erstatte de tradisjonelle store og multifunksjonelle organisasjonsformene med små og spesialiserte organisasjonsstrukturer. Andre vanlige verktøy er introduseringen av konkurranseutsetting og prestasjonsbasert lønn og finansiering for å øke effektiviteten. Videre mener Pollitt og Bouckaert (2011) at man også kan snakke om en hard og en myk versjon av NPM. Den harde versjonen tar utgangspunkt i måling av resultater og basert på disse resultatene; straff eller belønning. Den myke versjonen av NPM fokuserer mer på brukerorientering, kvalitet og et skifte fra tradisjonell ledelse til en mer managerrettet ledelse (Pollitt og Bouckaert 2011:14).

I den stadig mer voksende forskningen knyttet til NPM er det vanlig å skille mellom to posisjoner; en forskningsorientert og en mer praktisk tilnærming med fokus på anvendt policy. Den forskningsbaserte posisjonen er knyttet til statsvitenskapelige og forvaltningsorienterte miljøer. Her blir NPM sett på som ideer som er ideologisk inspirerte og har blitt populære som en konsekvens av en internasjonal sirkulasjon av ideer om ledelse og organisering av offentlig sektor. Den mer praktiske tilnærmingen til NPM består av politisk motiverte tenketanker og internasjonale organisasjoner som er direkte involverte i anvendte policyanalyser som for eksempel IMF og Verdensbanken (Byrkjeflot og Neby 2001). Selv om disse perspektivene har ulike utgangspunkt baserer de seg på mange av de samme elementene for offentlig styring. Viktigst er det å introdusere styringsideer fra det private markedet for å øke effektiviteten, kostandskontrollen og kundeorienteringen i det offentlige (Ibid).

I følge NPM-litteraturen er det flere måter å oppnå dette på. En del av reformene har tatt utgangspunkt i å gi statlige enheter større autonomi og fristilling. Dette ble oppnådd ved at man integrerte statlige institusjoner inn i bedrifter og konserner. Et viktig element var her at man kan gi autonome institusjoner større grad av ansvar i forhold til de tradisjonelle institusjonene, samtidig som man kunne kutte ned de mellombyråkratiske ordningene, noe som ville være lønnsomt fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Med inspirasjon fra det private markedet ble det også innført elementer som kvalitetsindikatorer, stykkprisfinansiering og økte krav om kontrollering og evaluering. Innenfor helsesektoren kan man finne en rekke tiltak inspirerte av de nevnte elementene, som fritt sykehusvalg, kvalitetsvurderinger og finansieringer på grunnlag av DRG og kunnskapsbasert praksis (Byrkjeflot og Neby 2001). Selv om NPM har hatt en sentral rolle i utviklingen av den offentlige sektoren i de senere årene har NPM også vært heftig debattert. Enkelte har ment at denne utviklingen har ført til et brudd med den tradisjonelle styringen av offentlig sektor, som særlig har svekket hensynet til demokrati, fordelingsrettferdighet og rettsikkerheten som er grunnleggende verdier i velferdsstaten. Andre har hevdet at NPM reformen har bidratt til å fortrenge idealer som legalitet og legitimitet på bekostning av effektivitet, og at reformene har isolert politikerne i et politisk vakuum (Midgaard og Thorsen 2007:59).

2.3 Reformen i offentlig sektor

I de siste 25 årene har både borgerlige og sosialdemokratiske regjeringer i Norge eksperimentert med organisering, produksjon og levering av offentlige tjenester. Dette har utfordret det som tradisjonelt har vært den etablerte kulturen og dens grunnleggende antagelser, verdier og normer for ledelse og organisering i den offentlige sektoren. De tradisjonelle verdiene som hadde sin forankring i den offentlige administrasjonen, som at man skulle tjene de offentlige interesser, ble her utfordret av nye verdier som var inspirert av markedsinspirerte organisasjons- og styringsprinsipper (Vanebo og Strømsnes 2001:40). Norge var frem til midten av 1990-tallet regnet som forsiktige sammenlignet med andre europeiske land når det kom til reformer i den offentlige sektoren. Imidlertid ble denne forsiktigheten erstattet med et sterkt fokus på å reformere den offentlige sektoren. Særlig var det reformer som baserte seg på private tilbydere, friere brukervalg og konkurranseutsetting av velferdsproduksjon som helse, utdanning og omsorg som var hovedfokuset i reformene (Sørensen 2004).

Reformeringsfokuset vi så i Norge var en del av den økende internasjonale trenden hvor det ble gjennomført en rekke betydelige reformer innenfor offentlig sektor i de aller fleste vestlige land. Disse reformene fokuserte på tjenesteproduksjon, og hadde som målsetting å gjøre den offentlige tjenesteproduksjonen mer effektiv og samtidig øke servicenivået ved å innføre ulike konkurranseelementer i driften. Tradisjonelt sett hadde den offentlige sektoren vært styrt etter klare regler for hvordan de ulike tjenesteoppgavene skulle utføres. Denne opprinnelige formen for organisering ble erstattet av et større fokus på styring etter bestemte mål og målsettinger. Hovedargumentene for reformene baserte seg på kritikken om at den offentlige sektoren hadde blitt for dyr i drift som en konsekvens av at den offentlige produksjonen hadde blitt for ineffektiv. Mange av kritikerne mente at dette var et resultat av at byråkratiet hadde utviklet seg til å bli både dyrt og tungrodd, det klarte derfor ikke lenger å møte de økende kravene for den offentlige forvaltningen. Dette førte til at reformenes målsettinger ofte var rettet mot både å redusere kostnadsnivået og samtidig heve kvaliteten på den offentlige tjenesteproduksjonen (Stamsø 2005).

Reformene i Norge begynte i det små på slutten av 1980-tallet, men det var ikke som nevnt før i andre halvdel av 90-tallet reformeringen av offentlig sektor starter på

alvor. Et av de viktigste elementene fra disse reformene var innføringen av ulike former for belønningssystemer. Dette ble brukt til å gi intensiver overfor de ansatte slik at de skulle gjøre det som var politisk ønskelig. Belønningssystem ble også benyttet til å gi intensiver overfor offentlige institusjoner i form av innsatsstyrt finansiering. Eksempler på dette var innføringen av Innsatsstyrt finansiering (ISF) og utviklingen av diagnoserelaterte grupper (DRG) innenfor sykehusdriften. Individuell lønn til ansatte ble også innført i både offentlig og privat sektor, der høyere innsats og gode resultater i større grad skulle være kilden til interne lønnsforskjeller, og ikke ansiennitet slik det tradisjonelt hadde vært på arbeidsplassene (Stamsø 2005). Reformene som fulgte i andre halvdel av 1990-tallet var også preget av betydelig privatisering av offentlige virksomheter sammen med introduksjon av nye ledelsespraksiser i den offentlige driften som har fått betegnelsen NPM. Marked-, bruker- og serviceorientering, resultatmåling, ny regnskapspraksis og innføring av nye incentivsystemer stod sentralt i det nye styringsparadigmet. Nye terminologier som produktivitet og formåls effektivitet ble også introdusert som viktige begreper i styringspraksisen til den offentlige ledelsen. Her ble lederne gitt større frihet i den daglige driften, samtidig som de også ble gitt klarere mål og resultater de skulle oppnå (Vanebo og Strømsnes 2001).

I tillegg til helsereformen var NAV-reformen en av de største reformene vi har sett i den offentlige sektoren i de senere årene. Også denne reformen var inspirert av NPM-doktrinen, og dette gjenspeiles blant annet i et økt brukerfokus, mer autonomi til lokale ledere og et ønske om å øke effektiviteten ved at brukerne ikke lenger måtte forholde seg til flere ulike etater (Christensen et al. 2007). Reorganiseringsprosessene vi har sett i offentlig sektor de siste tiårene har som nevnt hatt ulike former. En del av reformene har hatt som mål å utvikle eller redusere de direkte demokratiske styringsformene til fordel for økt administrativ styring. En annen viktig side ved reformene har vært en sentralisering av beslutningsmyndighet eller regionalisering av statlig tjenestedrift. Det som imidlertid har vært felles for alle de nevnte prosessene er i følge Hansen (2005:11) at det har vært lite prinsipiell debatt om hvordan de ulike styringsmessige og organisatoriske ordningene har bidratt til å ivareta de mange og til dels motstridende målsettinger som tiltakene er designet for å ivareta. Har reformene vært vellykkede eller har de mislykkes i å forbedre den offentlige tjenesteproduksjonens produktivitet og kvalitet?

En del av årsaken til at man har manglet denne debatten rundt reformenes gyldighet og effekt kan komme av at reformene i seg selv ikke har kommet som et resultat av forskningsbaserte dokumenterte effekter. I stedet har ofte reformer blitt gjennomført fordi politikere ofte har følt seg pliktig til å følge det som blir sett på som normen innenfor det gjeldende ideologiske hegemoniet. I følge Magnussen, Hagen og Kaarbøe (2006:3) er ofte offentlige reformer inspirert av internasjonale trender snarere enn å være basert på kunnskap og forskning om hva som har fungert tidligere.

Offentlig virksomhet kjennetegnes oftest av mange ulike målsettinger, og disse målsettingene kan ofte komme i konflikt med hverandre. Målkonfliktene er spesielt synlige i forbindelse med politiske budsjettforhandlinger og i fordelingen av knappe ressurser. Her er det ofte avveiningen mellom produktivitetshensyn og kvalitetsmål som er spesielt utfordrende og slike situasjoner åpner for politisk spill og strategiske tilpasninger. Et eksempel her er spørsmålet om man skal prioritere økonomisk kontroll og budsjettbalanse i sykehusene, eller vektlegge korte ventelister og økt aktivitet (Fallan og Pettersen 2010:102). Derfor vil det alltid være ulike og konkurrerende aktører som prøver å påvirke utviklingen i det offentlige i ulike retninger etter hva de anser som riktig utvikling.

Samtidig som det er en sterk faglig uenighet om hvordan disse reformene har virket, er det også sprikende syn på hvorfor disse nye styringsideene har fått et så stort gjennomslag i politikken. Det er særlig to teser som prøver å forklare utviklingen i offentlig sektor. Den første tesen har blitt nevnt i avsnittet over og baserer seg på elitistiske reformer, og har stor appell i statsvitenskapelige miljøer. Denne tesen tar utgangspunkt i at årsaken til at f.eks. NPM har fått så stort gjennomslag til tross for det noen mener er manglende dokumentasjon av reformenes effekter, er fordi reformen gjenspeiler virkelighetsforståelsen og målsettingen til den politiske og administrative eliten. Et nyliberalt paradigme har erobret det ideologiske hegemoni, og dette har resultert i at NPM-reformer har fått sterkt gjennomslag innenfor en rekke land og samfunnsområder. Den andre tesen tar utgangspunkt i interessegruppers dominans. Denne baserer seg på at det finnes sterke interessegrupper som har sterk makt ovenfor politikere. Deres makt kommer av at de representerer store velgermasser som er særlig opptatt av en sak eller å beskytte en bransje eller gruppe. I utgangspunktet ville en større konkurranseutsetting innenfor de tjenestene som i dag

er forbeholdt offentlig styring føre til en økt effektivitet og kvalitet i tjenestene. Med dette som utgangspunkt ville man ikke lenger være avhengig av å ha offentlig eide monopoler for å sikre folkevalgt styring og likhet i tilgangen på offentlige tjenester. Innenfor mange politisk-økonomiske kretser blir det derfor i motsetning heller ofte stilt spørsmål om hvorfor konkurranse brukes såpass lite i offentlig sektor. I følge denne tesen ligger svaret i interessegruppene politiske makt til å blokkere politiske vedtak og reformer. Dette er fordi politikere er avhengige av å bli gjenvalgt, og derfor vil det være et politisk selvmord å legge seg ut mot potensielt store velgergrupper som for eksempel offentlige ansatte. Dette gjør det vanskelig å gjennomføre etterlengtede reformer, fordi interessegrupper ser på dette som en svekkelse av deres gruppes posisjon og bruker sin politiske makt til å påvirke politikere i en ønskelig retning (Sørensen 2004).

2.4 Sykehusreformen

En av de største reformene som har blitt gjennomført i offentlig sektor sammen med NAV-reformen er helsereformen, som ble vedtatt i 2001. Denne reformen kan sees på som den tredje, og desidert største reformen i rekken av NPM-inspirerte reformer innenfor helsesektoren. Den første reformen var innføringen av delvis innsatsstyrt finansiering ved somatiske sykehus i 1997. Denne reformen innebar at deler av staten finansierte deler av fylkeskommunenes utgifter knyttet til pasientbehandling. Som en konsekvens av dette ble fylkeskommunenes inntekter fra staten mindre frie ved at de var øremerket til konkrete behandlinger. Den statlige refusjonssatsen ble satt til 30 % av DRG-pris, men økte senere i både 1998 og 1999 til henholdsvis 45 og 50 %. Målet med innføringen av innsatsstyrt finansiering var at det skulle oppmuntre og gi incentiver til fylkeskommunene og sykehusene til å øke antallet behandlede pasienter uten at skulle gå ut over sykehusenes effektivitet (Hagen, Iversen og Magnussen 2001).

Den andre reformen var loven om pasientrettigheter fra 2001, som er mest kjent for innføringen av fritt sykehusvalg. Det å innføre fritt sykehusvalg førte til at man i større grad kunne gi pasienter medbestemmelse og flere rettigheter på helseområdet. Samtidig kunne man også være med på å utjevne ventetid og optimalisere ressursutnyttelsen i helsesektoren. Ved å la pasienter fritt velge sykehus kunne man motvirke at geografiske og administrative inndelinger førte til at ledige ressurser ikke

ble utnyttet. Med fritt sykehusvalg står pasientene fritt til å velge sykehus der det finnes ledig kapasitet, og på den måten sikres en hensiktsmessig og god ressursutnyttelse ved norske sykehus (Ot.prp. 2002-2003:63). Som et resultat av at pasientene fikk muligheten til å benytte seg av sykehustjenester på tvers av sykehus ville man motvirke at en geografisk og administrativ inndeling ville føre til at ledige ressurser ikke ble utnyttet. Ved å eliminere geografiske grenser (fylke/helseregioner) kunne man også i større grad øke ressursutnyttelsen ved sykehusene, fordi man fikk en større valgfrihet for brukerne slik at de aktivt kunne velge sykehus med mindre helsekøer.

Et fellestrekk ved de tre reformene er at alle ble rettferdiggjort av økte kostnader og sykehusenes manglende evne til å håndtere det økende antallet pasienter. Selv om ikke alle reformene i seg selv var eksplisitte ledelsesreformer, førte alle til store endringer i sykehusenes interne organisatoriske struktur, som opprettelse av nye avdelinger, innføring av insentivkontrakter, nye og innovative tekniske løsninger, standardiseringer av prosesser og endringer i lederskap- og organisasjonskulturen (Martinussen og Magnussen 2011).

Sykehusreformen ble vedtatt av Stortinget den 15. juni 2001. Sykehusreformen ble politisk gjennomførbar som en konsekvens av politiske snuoperasjoner og handlekraftige ledere. Mye endret seg da Arbeiderpartiet snudde sitt standpunkt i forhold til statlige sykehus på tross av store interne uenigheter i partiet. Snuoperasjonen til Arbeidspartiet gjorde at sykehusreformen ble politisk gjennomførbar siden FrP og Høyre allerede lenge hadde hatt større fristilling av sykehussektoren høyt oppe på deres politiske agenda (Opedal og Stigen 2005). Prosessen foregikk i et høyt tempo, og det gikk kun et år mellom de første initiativene til reform ble satt i gang til reformen ble vedtatt.

Reformen innebar at alle offentlige sykehus, psykiatriske institusjoner, ambulansetjenesten m.m. ble overført til staten fra fylkeskommunene fra og med 1. januar 2002. Det ble etablert 5 regionale helseforetak som skulle eie de ulike sykehusene, der Helsedepartementet skulle gi helseforetakene overordnende retningslinjer, men skulle ikke selv være delaktig i den daglige driften (Store norske

leksikon 2006)¹. Inndelingen av sykehusdriften i regioner er imidlertid ikke nytt; vi så en regionalisering av sykehusene allerede i 1974, da landet ble delt inn i 5 regioner hvor hver region hadde et universitetssykehus. Imidlertid hadde ikke disse regionene noen form for formell autoritet, men var snarere et virkemiddel for å identifisere større geografiske områder hvor man kunne utnytte skalaeffekter (Magnussen, Hagen og Kaarbøe 2007). Reformens inndeling av landet i fem regionale helseforetak var ikke bygget på noen klare analyser om at dette var den mest hensiktsmessige størrelsen for de enkelte regionene, men var snarere et kompromiss ut i fra de territorielle og funksjonelle hensynene i måten landets helsevesen organiseres på (Opedal og Stigen 2005). En av hovedårsakene til at det ble bestemt at man skulle utnevne helseforetak som skulle ha ansvaret for driften av sykehusene istedenfor å velge en direktoratmodell var for å få politikere på en armlengdes avstand fra den daglige driften (Magnussen, Hagen og Kaarbøe 2007).

I følge regjeringen handlet denne reformen først og fremst om å gjøre organisatoriske endringer, og ikke om å gjøre endringer i de helsepolitiske målene. Helsereformen skulle i følge regjeringen føre til at man fikk en mer helhetlig styring av helsetjenestene, ved at man fikk lovfestet et tydelig statlig ansvar. Samtidig hadde man klare målsettinger om å hardne budsjettene til sykehusene, øke teknisk-, og kostnadseffektiviteten og redusere ventetiden (Magnussen, Hagen og Kaarbøe 2007). Man skulle også legge til rette for å utnytte ressursene i helsesektoren bedre slik at man bedre kunne sikre helsetjenester for hele befolkningen (Ot.prp. 2000-2001:66). I tillegg til dette var også helsereformen bundet av et verdigrunnlag. Disse verdiene hadde utgangspunkt i å sikre velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet. Dette skulle gjøres ved at alle skulle sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av personlig økonomi og geografisk utgangspunkt. Helsereformen skulle også føre til at helsesektoren i større grad skulle være underlagt politisk styring som et virkemiddel for å sikre at de nasjonale helsepolitiske målene i best mulig grad ble oppfylt. Dette innebærer at reformens målsettinger var todelt. Den første delen av målsettingene gikk på å øke sykehusenes produktivitet slik at man fikk redusert helsekøene, driftskostnadene og budsjettunderskuddene. Den andre delen av

¹ Helseforetakene har senere blitt redusert til 4 etter at Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen til et foretak kalt Helse Sørøst.

målsettingen hadde utgangspunkt i brukerne, og her var det et sterkt ønske om både å heve den medisinske kvaliteten i behandlingen og redusere de geografiske forskjellene i behandlingstilbudene ved sykehusene (Ot.prp. 2000-2001:66).

En av de bakenforliggende årsakene til den nye helsereformen var voksende misnøye fra deler av statsforvaltningen og blant sentrale politikere. Mange var misfornøyde over resultatene som ble oppnådd av de ulike fylkeskommunene med hensyn til den økonomiske styringen, behandlingstilbudet og kvalitet på helsetjenestene ved de ulike sykehusene. Det var særlig en misnøye knyttet til at på tross av sterk realvekst i utgifter og aktivitetsutvikling ved sykehusene var det fortsatt lange ventelister, et stort innslag av “korridorpasienter” og store forskjeller i pasientbehandlingen og pasienttilbudene mellom de ulike fylkeskommunene (Bollingmo og Jensen 2007:24).

Det var en rekke offentlige utredninger og stortingsmeldinger som tok for seg utfordringene til spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 9. (1974-75), St. meld. nr. 50 (1993-1994), NOU 1996:5, St.meld. nr. 24 (1996-1997), NOU 1999:15, St.meld. nr. 43. (1999-2000)). Hovedproblemene og utfordringene knyttet til sykehusdriften var i følge disse rapportene i stor grad knyttet til organisatoriske problemer forbundet med styringsstrukturen, uklare ansvarlinjer, sykehusstrukturen og medisinsk-demokratiske utviklingstrekk. Rapportene fant også store mangler når det kom til kostnadskontroll, ressurstilgang, effektivitet, produktivitet, tilgjengelighet og kvalitet i sykehusdriften. Det var også problematisk at det var store regionale forskjeller i kvalitet, medisinsk praksis og tilgjengelighet (Opedal og Stigen 2005).

Sykehusreformen baserte seg primært på to elementer, det første og viktigste var at de sentrale myndighetene skulle overta ansvaret for alle somatiske- og psykiatriske sykehus samt resten av spesialsykepleien. Som et resultat av dette ble rundt 100 000 ansatte og nesten 60 % av fylkenes budsjetter overført fra fylkene til staten. Det andre elementet var at spesialsykepleien ble organisert i fem regionale helseforetak (Magnussen, Hagen og Kaarbøe 2006). Reformen hadde særlig tre klare mål: den skulle hardne budsjettene ved å redusere eller fjerne supplerende midler gitt til sykehusene av Stortinget i løpet av et regnskapsår, øke teknisk- og kostnadseffektiviteten, og redusere ventelistene (Magnussen, Hagen og Kaarbøe 2006). Reformen tok også sikte på å endre styringsprinsippene ved å introdusere mer

autonomi og markedslignende prinsipper. I tillegg ble det også introdusert korporative prinsipper som kapitallitskostnader i budsjettene. En implisitt antagelse i reformen var at ledere trengte mer kompetanse og autonomi for å gjøre best mulige beslutninger, og at det var et behov for å øke profesjonaliteten blant de ansatte ved å gi dem en større grad av frihet fra politikerne. Derfor kan sykehusreformen sees på som like mye en styringsreform som en eierreform (Magnussen, Hagen og Kaarbøe 2006).

Reorganiseringen vi har sett i sykehussektorene i mange vestlige land i de siste tiårene har utfordret rollen, identiteten og autonomien til de sykehusansatte. Ofte har disse endringene blitt implementert under NPM-inspirerte reformer. Her har den generelle tankegangen vært å endre måten man organiserer de offentlige tjenestene på til å ligne mer på en organisering man ser i det private markedet. Selv om sykehusreformen var motivert av et ønske om å forbedre likheten, kvaliteten og effektiviteten i sykehusbehandlingen, har det vært en skepsis blant mange at det i realiteten har vært et større ønske blant politikerne om å øke fokuset på de økonomiske aspektene, noe som mange mener vil være et brudd på de medisinske grunnprinsippene som sykehusdriften baserer seg på (Martinussen og Magnussen 2011:193).

Sykehusreformens kjerne var omfattende endringer i organisering og styringsstruktur i spesialisthelsetjenesten både sentralt, regionalt og lokalt. Reformen var som nevnt tidligere ikke bare en organisasjonsreform; den tok også sikte på å endre organiseringen av ledelse. Målsettingen var å øke kompetansen blant ledere på alle plan, samtidig som lederne ble gitt en større autonomi i den daglige driften, og at de også fikk strengere oppfølging og krav ved at man innførte styringsprinsipper som var basert på resultat og målstyring. Her var tankegangen at hvis man ga kompetente ledere anledning til å utføre arbeidsoppgavene i mer autonome omgivelser ville man oppnå bedre resultater, fordi ledere ville ha bedre oversikt over lokale forhold. Dette gjør at ledere står friere til å velge løsninger som passer best ut i fra forholdene ved at de ikke lenger er bundet av et rigid og sentralisert regelverk (Stigen 2005).

At helsevesenet ble reformert ved blant annet å innføre en ny organisasjonsform kan delvis forklares ved å se på den historiske utviklingen innenfor den offentlige sektoren. Norge har hatt en sterk tradisjon for sentralt statlig engasjement i

utviklingen av organisasjonsformer innen offentlig virksomhet. Det statlige eierskapet har blitt utviklet kontinuerlig, og sykehusreformen er bare ett av mange tilfeller der det har blitt utviklet en ny form for statlig tilknytning. Opprettelsen av helseforetakene i den norske sykehusdriften gir myndighetene en særegen kombinasjon av både autonomi og kontroll som Byrkjeflot og Angel (2008) betegner som “forvaltning i foretaksklær”. Dette skyldes delvis kompleksiteten i det nye styringssystemet, og delvis de fullmaktene som er blitt gitt til direkte styring i helseforetaksloven. Helsesektoren har i de fleste land hatt en kontinuerlig vekst, samtidig som vi har sett en enorm utvikling på medisinsk teknologi og som en konsekvens av dette en økende etterspørsel etter helsetjenester. Dette har ført til at helsesektoren har fått økt kompleksitet og et større interesseomfang. Dermed har også helsesektorens politiske betydning økt. Temaer som omhandler helse har fått en større og viktigere del av den politiske agendaen ved at flere har engasjert seg i helsepolitiske spørsmål. Begrepet “helsestaten” har blitt lansert som en måte å forstå hvordan statens styringsambisjoner har utviklet seg til å bli mer omfattende, og samtidig som det har blitt introdusert nye styringsverktøy som gjør den samme ambisjonen mer realistisk. Dette resulterer i at statens rolle i styringen av helsesektoren i de fleste land i Europa styrkes, der både styringsinnsatsen og de ulike instansers deltakelse i utviklingen av styringsinstrumenter har ekspandert (Byrkjeflot og Neby 2005).

3.0 Litteratursammendrag

Dette kapitlet vil gi en gjennomgang av tidligere forskning gjort på sykehusreformen og sykehusreformens effekt på produktiviteten, kvaliteten og likhet ved sykehusene. I tillegg vil det også først bli gitt en kort innføring i begrepet fløteskumming etterfulgt av tidligere forskning gjort på fløteskumming ved norske sykehus. Deretter vil det kort bli diskutert hvilke utfordringer det er knyttet til implementering av store reformer i offentlig sektor, og hvilke utfordringer man er nødt til å være bevisst på når man skal analysere offentlige reformer.

3.1.0 Tidligere forskning

Ved gjennomføringen av den norske sykehusreformen i 2002, var det forventet at staten kun skulle være involvert direkte i sykehusdriften gjennom å sette de overordnede sykehuspolitiske føringer og definere de nasjonale helsepolitiske målsettingene. Den daglige driften av sykehusene skulle overlates fullt og helt til helseforetakene. Byrkjeflot og Grønlie finner imidlertid i sin studie av sykehusreformen i 2005 at staten ikke hadde trukket seg ut fra den daglige driften og det var lite som tydet på at dette ville skje i det nærmeste fremtid. Byrkjeflot og Grønlie fant flere eksempler på at både Stortinget, Helsedepartementet og helseministeren hadde engasjert seg sterkt i de daglige sykehuspolitiske spørsmål på alle nivåer og helseministeren hadde ved flere anledninger overprøvd beslutninger tatt på lokale nivåer (Byrkjeflot og Grønlie 2005:198).

Den regionaliserte statlige foretaksdannelsen i 2002 skulle løse et bredt spekter av problemer som var knyttet til sykehusdriften i Norge. Selv om reformen løste problemer, skapte den også nye problemer for helseledelsen. Etter reformens inntog i 2002 har en rekke spenninger og konflikter preget hverdagen i helse-Norge. Disse konfliktene har blant annet vært knyttet til nedleggelse og funksjonsendringer ved mange av lokalsykehusene, lønn, pensjoner, kreativ og lukrativ bruk av diagnostiseringer, budsjettoverskridelser, innskrenkninger og hyppige lederutskiftninger (Byrkjeflot og Grønlie 2005). Som nevnt tidligere i oppgaven var en av hovedgrunnene til at staten skulle holdes på en armlengdes avstand at ved å gi sykehuslederne større autonomi i driften ville man få bedre resultater, fordi sykehuslederne selv hadde en større forståelse, kunnskap og erfaring med hva som var

best etter lokale og spesielle forhold enn hva politikere vil ha. Det å delegere styringsmakten nedover systemet og innføre større autonomi er et viktig virkemiddel innenfor NPM for å øke produktiviteten og effektiviteten i den offentlige tjenesteproduksjonen. Derfor kan denne innblandingens Byrkjeflot og Grønlie fant i den daglige sykehusdriften i følge NPM-doktrinen være hemmende for produktivitets- og effektivitetsveksten, som var en hovedmålet med sykehusreformen.

3.1.1 Produktivitet

Når det kommer til studier som har blitt gjort på sykehusreformens effekt på økonomistyring finner Magnussen, Hagen og Kaarbøe (2006) i sin evaluering av sykehusreformen i 2006 at det var lite som tyder på at reformen hadde noen umiddelbar effekt på de viktigste økonomiske aspektene. Istedenfor å nå målsettingen om å få en sterkere budsjettkontroll fant Magnussen, Hagen og Kaarbøe at sykehusenes underskudd fortsatte å øke, og Stortinget fant seg nødt til stadig å tilføre sykehusene nye driftstilskudd, stikk i strid med hva som var målsettingen. En av grunnene til dette kan komme av helseforetakenes manglende vilje og evne til å tilpasse sykehusenes aktiviteter etter den fastsatte aktiviteten. Faktisk tok det hele fire år fra reformen ble innført til de regionale helseforetakene startet så smått å tilpasse aktiviteten til det nivået vedtatt av Stortinget (Ibid). Når det kom til å øke produktivitet og effektivitet fant Magnussen, Hagen og Kaarbøe (2006) at reformen hadde klart å øke effektiviteten ved sykehusene, men her understrekte forfatterne at det var usikkert om hvor mye av denne økningen som skulle tilskrives en reell økning av effektivitet og hvor stor del som var en konsekvens av økningen i DRG-satser. Dette kan tyde på at sykehusreformen har hatt en positiv effekt på sykehusenes effektivitet, selv om det i denne studien var uklart hvor stor denne økningen var. Helsesektoren kjennetegnes ved at det er knapphet på ressurser, og derfor må ressursene utnyttes på en optimal måte. Måling av produktivitet vil i denne sammenhengen være viktig av flere grunner. Å kunne måle produktivitet vil utgjøre et viktig grunnlag for styring, planlegging og utforming av helsepolitiske virkemidler (Dismuke og Sena 2001). Effektivitet og produktivitet er to begreper som ofte er linket sammen. Dette er fordi effektivitet langt på vei er et resultat av produktiviteten. Derfor er det svært vanskelig å ha en effektivitetsøkning uten at man har en tilsvarende produktivitetsøkning (Coelli et al. 2005). Ved å ta i bruk en slik logikk er det derfor mye som tyder på at sykehusene har hatt en økning i produktiviteten også

som en konsekvens av at effektiviteten har økt. Antakelsen om at man har sett en produktivitetsøkning i etterkant av sykehusreformen støttes også av andre og nyere studier gjort på sykehusreformen.

Kittelsen et al. undersøkte i 2008 i hvilken grad sykehusreformen nettopp påvirket sykehusenes produktivitet. Ved å benytte seg av sykehusdata fra de andre skandinaviske landene kunne disse landenes sykehus som kontrollgrupper. Dette gjorde at man kunne kontrollere for utviklingen innenfor medisinsk teknologi og andre elementer ved sykehusdriften de skandinaviske landene har til felles. I denne analysen kom det frem at produktiviteten ved sykehusene hadde økt med 4 % etter 2002 kontrollert for andre potensielt relevante faktorer, mens produktiviteten i sammenlignbare land som Sverige og Finland hadde falt. Dermed mener Kittelsen et al. at økningen i produktivitet kunne med god sikkerhet være et resultat av sykehusreformen. Imidlertid fortalte resultatene ingenting om hvilke aspekter, egenskaper og faktorer ved sykehusreformen har ført til at sykehusene har blitt mer produktive (Kittelsen et al. 2008). Med utgangspunkt i funnene presentert ovenfor vil det i denne oppgaven bli sett på om disse funnene samsvarer med legenes oppfatning når det kommer til sykehusreformens effekt på sykehusenes produktivitet.

3.1.2 Kvalitet

Man så på slutten av 90-tallet et økende krav og etterspørsel etter helsetjenester, noe som førte til økende produksjonskostnader ved landets sykehus. Samtidig har og hadde sykehusene begrenset med ressurser, og måtte derfor gjøre tøffe prioriteringer på hva man skulle bruke de begrensede ressursene på. Dette førte til at både politikere, media og allmenheten fikk en større bevissthet på de ulike sykehusenes variasjoner innenfor tilbud, behandling og kvalitet. Som et resultat av den økte bevisstheten rundt sykehusdriften har man samtidig fått en større interesse av å måle og forbedre kvaliteten i helsetjenesten i mange land. Å forbedre kvaliteten ved sykehusene har derfor stått høyt på både medias og velgernes agenda, og har derfor også fått en sentral posisjon i den politiske diskusjonen. Dette har ført til at man har fått et skifte fra et ensidig fokus på kostnader og aktivitet til i stedet å fokusere på kvalitet, med vekt på effektiv bruk av ressurser i helsevesenet (Campbell, Roland og Buetow 2000).

Etter hvert som det er et større fokus på kvaliteten i behandlingene har flere forskere prøvd å utvikle gode indikatorer for å måle kvalitet ved sykehusene. Det har imidlertid vist seg å være vanskelig å utvikle gode nok kvalitetsindikatorer, og selv det å utvikle en god definisjon på hva god kvalitet er har vist seg å være vanskeligere enn antatt. I følge Cooperberg et al. (2009) er grunnen til at det er svært komplisert å måle kvaliteten ved sykehus at dette ikke er et endimensjonalt begrep, men er svært komplekst. Det er en lang rekke elementer som spiller inn på kvaliteten, og dette er med på å vanskeliggjøre mulighetene for å utvikle klare kvalitetsindikatorer. Cooperberg et al. (2009) har ikke selv utviklet et kvalitetsmål, men understreker at forutsetningen for å kunne utvikle en god kvalitetsindikator er at man inkluderer både struktur-, prosess- og utfallsmål hvor man lar balansen mellom de ulike målene avgjøres av den spesifikke kliniske situasjonen (Cooperberg et al. 2009).

David Blumenthal (1996) gir en god oppsummering av debatten som har pågått rundt både hvordan man definerer kvalitet og videre hvordan man måler kvalitet i sykehusdriften. Her skriver han at forskere og eksperter i flere år hatt store problemer med å klare å formulere en konsis, meningsfull og generell anvendbar definisjon av kvalitet i helsetjenester. Imidlertid trekker han frem et par definisjoner som har blitt brukt mye innenfor litteraturen. Den første definisjonen ble gitt av Donabedian i 1980, her definerte han god kvalitet som “omsorg som forventes å maksimere en pasients velferd etter at man har tatt hensyn til balansen mellom forventede gevinster og tap for alle prosessene i behandlingen” (Donabedian 1980). En annen definisjon som er mye brukt kommer fra American Medical Association. Her ble god kvalitet i behandlingen definert som “behandling som konsekvent bidrar til forbedring eller vedlikehold av kvalitet og/eller varigheten av livet.” Videre definerte American Medical Association i likhet med Blumenthal en rekke spesifikke faktorer som burde inkluderes i eventuelle kvalitetsindikatorer for å få så presise indikatorer som mulig. Eksempler på faktorer knyttet til behandlingen som i følge American Medical Association burde inkluderes i kvalitetsindikatorerne er ulike helsefremmende elementer, sykdomsforebygging, aktualitet, god kommunikasjon med pasienter, fokus på det vitenskapelige grunnlaget for medisin og en effektiv bruk av ressurser (American Medical Association 1986). Senere kom også Institute of Medicine med en definisjon som har vist seg å bli en av mest siterte formuleringene på god kvalitet i helsevesenet. Her ble god kvalitet definert som “i hvilken grad helsetjenester for

individer og populasjoner øker sannsynligheten for ønsket helseeffekt og er i samsvar med dagens medisinske kunnskap.” (Lohr 1990).

Som det kommer frem her har det å definere og måle kvalitet vist seg å være problematisk. Imidlertid har det vært flere studier som har tatt for seg å prøve å måle kvaliteten ved sykehus, selv om man ikke har en entydig definisjon eller mål på hvordan man måler kvalitet. En god analyse av kvalitet ved sykehusene er gjort av Sissel Hovik og Terje Lie (2005). Dette var en undersøkelse som så på om sykehusreformen hadde bedret kvaliteten på sykehustjenestene. For i best mulig grad å måle kvalitet valgte de ut tre ulike indikatorer som de mente var gode mål for å måle kvalitet på sykehustjenester. Den første indikatoren de benyttet seg av målte antall korridorpasienter ved sykehusene. Den andre indikatoren målte andelen av epikrisene som ble sendt til fastlege innen 7 dager etter utskrivning, og den siste indikatoren målte antall pasienter med lårhalsbrudd som ble operert innen 48 timer etter innleggelse. I følge Hovik og Lie var dette veletablerte indikatorer på kvaliteten i sykehusenes tjenester, som i stor grad også har blitt benyttet både av overordnede myndigheter og innenfor forskning (Hovik og Lie 2005:181). Denne analysen hadde imidlertid noen svakheter ved at indikatorene kun baserte seg på noen deler av tjenestenes kvalitet. Det var også noen metodiske svakheter ved at man kun hadde systematiske registreringer av disse forholdene fra starten av andre kvartal i 2003, mens siste registreringspunkt var fra andre tertial i 2004. Dette innebar at man kun hadde registrert utviklingen i kvalitetsindikatoren i overkant av et år, som er en svært kort tidsperiode i en slik sammenheng (Hovik og Lie 2005:181-2). Resultatene fra analysen viste at selv om tilgjengeligheten på sykehustjenestene hadde økt i årene etter sykehusreformen, så hadde ikke kvalitetsindikatorene endret seg vesentlig i denne perioden. Dermed konkluderte Hovik og Lie med at ut i fra deres analyser hadde ikke reformen ført til en forbedring av den medisinske kvaliteten ved sykehusene (Hovik og Lie 2005).

3.1.3 Likhet

Som det kom frem i Hovik og Lie sine analyser hadde sykehusreformen ført til en større likhet i forhold til innbyggernes tilgjengelighet på helsetjenester. Samtidig finnes det flere andre studier som har tatt for seg tilgjengelighet eller likhet på helsetjenester. De fleste er studier som primært undersøker fordelingen av helsetjenester. Slike analyser av fordeling av helsetjenester tar ofte utgangspunkt i behov, og definerer likhet som samme forbruk for like behov. I følge Hagen og Nerland finnes det to dimensjoner av likhet. Den første dimensjonen er horisontal likhet, som defineres som at personer med like behov skal ha likt tilbud av tjenester. Den andre dimensjonen er vertikal likhet, dette innebærer at personer med ulikt behov skal ha tilsvarende proporsjonalt ulikt tilbud (Hagen og Nerland 2008).

I tillegg til å tilby en god avklaring av begrepet likhet har også Nerland og Hagen studert likhet ved norske sykehus i lys av sykehusreformen, og særlig hvordan overgangen fra fylkesstyrt helsevesen til statlig eierskap har påvirket likheten. Her fant Nerland og Hagen (2008) at statlig overtakelse av kommunal og fylkeskommunal helseproduksjon kan føre til en større likhet når det kommer til forbruk av helsetjenestene. Dette fordi beslutningene knyttet til volumet av produksjonen på helsetjenester ikke blir bestemt på bakgrunn av de lokale preferansene i de ulike fylkeskommunene, men i utgangspunkt av en felles nasjonal beslutning. Nerland og Hagen analyserte videre om og i så fall hvordan variasjonen i forbruk av spesialisthelsetjenester har endret seg fra før og etter sykehusreformen. Fremgangsmåten i analysen var at det ble antatt at folks etterspørsel etter helsetjenester baseres på behovsrelaterte faktorer, og er betinget av forhold på tilbudssiden. Her var antakelsen at kun variasjoner i forbruket som ikke kan forklares av variasjoner knyttet til behov innebærer ulikhet i tilbud og behandling. Imidlertid viser svarene Nerland og Hagen finner i sin analyse av sykehusreformen at staten ikke har klart å oppnå målet om å kunne tilby større likhet i tilgangen på spesialisthelsetjenester. For å prøve å forklare hvorfor ikke sykehusreformen har ført til en større likhet i behandling og tilbud av helsetjenester peker forskerne på to potensielle årsaker. Den første er at det i utgangspunktet kun var små variasjoner i velgernes preferanser for helsetjenestene, og at det derfor heller ikke var store variasjoner mellom de ulike fylkeskommunenes helsetilbud i utgangspunktet. Den andre forklaringen peker på at staten allerede i god tid før sykehusreformen var

relativt delaktige i sykehusdriften ved at de la sterke føringer på fylkeskommunenes prioriteringer i helsesektoren og dette var i stor grad med på å begrense de ulike fylkenes mulighet til variere i tilbud og tilgjengelighet (Nerland og Hagen 2008).

3.1.4 Fløteskumming

Fløteskumming kan defineres som at man bevisst prioriterer pasienter som krever få ressurser, og som samtidig gir sykehusene relativt sett store økonomiske inntekter i forhold til utgiftene man har for å behandle dem. Fløteskumming forekommer når sykehusene klarer å skille mellom ulike individers kostnadsnivå innenfor samme type finansieringsgruppe. Fløteskumming er først og fremst et potensielt problem innenfor markedsorienterte systemer, fordi det er et større fokus på effektivitet og kostnadsbesparelser i sykehusdriften (Martinussen og Hagen 2009:140). Dette gjør at fløteskumming har blitt mer aktuelt i det norske helsevesenet som et resultat av de siste tiårs reformer som har endret finansieringssystemet til sykehusene fra en tradisjonell finansiering til et ISF system, der hver pasientgruppe blir gitt en finansieringssats (Ibid). I finansieringssystemer hvor sykehusene får betalt likt for hver pasient innad i en behandlingsgruppe vil det i følge litteraturen kunne forekomme fløteskumming fordi sykehusansatte vil ha mer informasjon rundt hver pasients kostnad enn hva en betalingssats vil kunne ha. Dette gjør at sykehusene vil ha oversikt over hvilke pasienter sykehuset vil tjene penger på og hvilke pasienter sykehusene vil gå i underskudd på (Martinussen og Hagen 2009:141).

Aasland, Hagen og Martinussen (2008) argumenterer for at et av de store problemene med dagens finansiering av sykehusdriften er at finansieringssystemet gir svake koblinger mellom aktivitet og finansiering. Hvis sykehusene øker tjenesteproduksjonen får de bare delvis finansiert denne aktivitetsøkningen. Sykehusene har kun fått finansiert rundt 40-60 prosent av utgiftene fra en aktivitetsvekst utover det regjeringen har satt som mål for året. dette kan føre til at sykehusene får store driftsunderskudd som vil legge et sterkt press på kvaliteten og en uønsket vridning i tjenesteproduksjonen mot behandling av enklere og mer lønnsomme lidelser (Aasland, Hagen og Martinussen 2008). En amerikansk studie som undersøkte fløteskumming ved de amerikanske sykehusene fant at det er mange ulike måter sykehusene fløteskummet på, men den vanligste måten var at man valgte å overprioritere pasientgrupper som hadde lave kostnader relativt sett i forhold til

refusjonen denne gruppen gir. En annen måte var at sykehusene bevisst unngikk pasienter som hadde høye kostnader relativt sett i forhold til finansieringssatsen (Ellis 1998:537). Martinussen og Hagen har funnet at fløteskumming kan forekomme hovedsakelig på to forskjellige måter ved norske sykehus; sykehusene kan velge å prioritere DRG som er relativt lønnsomme sammenlignet med andre DRG, eller de kan velge å prioritere mer lønnsomme pasienter internt i de ulike DRG på bekostning av de som krever mer ressurser (Martinussen og Hagen 2009:145). Dette kan være problematisk fordi ofte er det ikke slik at DRGs alvorlighetsgrad er godt nok reflektert i betalingssystemet. Dermed kan det føre til at selv om mer alvorlig syke pasienter har større nytte av behandlingen enn mindre alvorlig syke, så kan betalingssystemet i verste fall føre til at de mindre alvorlige syke blir prioritert fordi disse oftest også forbindes med lavere utgifter (Ellis 1998:538).

Det har ikke blitt gjort mange studier som har sett på hvordan sykehusreformen har påvirket fløteskummingen ved norske sykehus, men en av få studier på dette feltet er gjort av Martinussen og Hagen i 2009. Her undersøkte de om fløteskumming oppstod som en konsekvens av innføringen av ISF ved sykehusene 1997 og videre om fløteskummingen ved sykehusene eventuelt økte ytterligere etter eierreformen i 2002. I undersøkelsen sammenlignet man ulike pasienters ventetid i årene 1999-2005 for å se om det var noe forskjell i ventetid. I denne undersøkelsen fant de at innføringen av ISF førte til økt fløteskumming i flere tilfeller. Blant annet ble det prioritert pasienter som kun trengtes enkle inngrep på bekostning av de pasientene som var avhengige av mer avanserte inngrep internt i de ulike DRG-ene. Denne formen for fløteskumming forekom imidlertid sjeldent innenfor DRG hvor det var en høy alvorlighetsgrad, men var for det meste forbeholdt innen DRG-er som hadde en lav alvorlighetsgrad. De finner også overraskende at fløteskummingen faktisk hadde blitt redusert som en konsekvens av eierreformen i 2002 (Martinussen og Hagen 2009). En grunn til dette overraskende funnet kan i følge Martinussen og Hagen ha kommet av at sykehusene i denne perioden hadde både manglende evne og ønske om å holde budsjetter og ble derfor stadig tilført ytterligere finansiering og redningspakker fra politikerne. Som en konsekvens av at politikerne hele tiden tilfører sykehusene ekstra midler for å dekke underskuddene blir incentivene for sykehusene til å holde seg innenfor budsjett redusert. Når sykehusene er klar over at politikerne vil bevilge ekstra midler, og blir det derfor mindre press for sykehusene på å holde seg innenfor budsjettene, som igjen

reduserer behovet for å måtte prioritere lønnsomme diagnosegrupper (Martinussen og Hagen 2009:152).

I Forskningsrådets store evaluering av sykehusreformen fra 2007 ble det sett på en rekke faktorer knyttet til sykehusreformen. En av faktorene man blant annet undersøkte var hvordan sykehusreformen hadde påvirket prioriteringene som ble gjort ved sykehusene. Fremgangsmåten som ble brukt for å måle sykehusenes prioriteringspraksis var i likhet med Martinussen og Hagen sine analyser at man undersøkte pasientenes ventetid. Resultatene i analysene viste at sykehusreformen ikke hadde klart å utjevne den ulike ventetiden mellom de ulike helseforetakene. Faktisk viste resultatene at forskjellene i forhold til prioriteringene mellom helseregionene hadde økt etter at sykehusreformen hadde blitt innført. Videre delte man pasientene inn i ulike grupper etter alvorlighetsgrad og sammenlignet ventetiden mellom de ulike gruppene. Her var resonnetet at ved sykehus som hadde en god pasientprioritering så ville pasienter som hadde alvorlige diagnoser ha en kortere ventetid enn pasienter som hadde mindre alvorlige diagnoser. Imidlertid viste resultatene at det var en tendens til at lavere prioriterte grupper hadde fått den relativt største reduksjon i ventetid, noe som forskningsrådet tolket som et tegn på en forverring av prioriteringspraksisen ved sykehusene. For å forklare hvorfor prioriteringspraksisen faktisk hadde forverret seg ved sykehusene pekte man på at dette kunne komme av at det hadde vært et sterkt fokus blant politikere og helsetopper på å redusere ventetiden og helsekøene ved norske sykehus. I sine forsøk på å redusere ventelistene ved sykehusene kan det tenkes at sykehusene har prioritert pasientgrupper som i utgangspunktet burde ha lavest prioritering fordi disse gruppene lettest ville gi utslag i forhold til å redusere helsekøene og ventetiden. Dette kan ha sammenheng med helsesektorens finansieringssystem og med det som i litteraturen er blitt beskrevet som inntektsmotivert atferd i helseforetakene (Forskningsrådet 2007).

At prioriteringene i helsevesenet blir styrt av økonomiske intensiver er imidlertid ikke noe nytt. En undersøkelse som ble utført i 1999 på oppdrag av legeföreningen viste at 10 % av de spurte avdelingsoverlegene hadde helt eller delvis opplevd press eller fått direkte instruksjoner fra sykehusets ledelse til takstbruk som gir inntekter, men som det ikke var medisinsk grunnlag for. Videre fant man at 10 % av respondentene fra poliklinikkene mente at valget av hvorvidt behandlingen av pasientene skulle foregå

ved innleggelse, dagbehandling eller ved poliklinikk ble tatt på bakgrunn av pasientens inntektsmuligheter for sykehuset og ikke på bakgrunn av medisinske beslutninger. Samtidig mente også 25 % av de spurte avdelingsoverlegene at operasjoner og behandlinger i avdelingene blir nedprioritert på grunn av sykehusenes avhengighet av polikliniske inntekter (Halvorsen 1999:3480).

3.2 Evaluere reformer

Det kan være svært utfordrende å måle resultatene av offentlig politikk og særlig effekter av store reformer. Store reformer har ofte flere ulike målsettinger og medfører flere endringer i forhold til drift, ledelse og prioriteringer. Samtidig hender det ofte at store reformer ikke bare har en, men en lang rekke ulike målsettinger, og disse kan ofte være i konflikt med hverandre. Dette fører til at det alltid vil være et spørsmål om hvilke deler av reformen som var vellykket og hvilke deler som ikke var det. I tillegg har ulike aktører forskjellige oppfatninger om hva som faktisk er et godt resultat og hva som kan rettfærdiggjøres i forhold til bruk av virkemidler, og til og med hva som faktisk var målsettingen til reformen (Pollitt og Bouckaert 2011:20).

Derfor avhenger en reforms av at aktører på de ulike nivåene har en felles og entydig virkelighetsforståelse av hvilke målsettinger man hadde for reformen, og at de berørte aktørene trekker i samme retning for å oppnå disse målene (Opedal og Stigen 2005).

Med dette som utgangspunkt er det god grunn til å anta at sykehusreformen, akkurat som andre store reformer, ikke kan karakteriseres som en enkel prosess hvor veien fra målsettingene til resultater er forutsigbar og problemfri. Av de ulike årsakene tidligere nevnt har den politiske og administrative ledelsen ofte mindre spillerom enn det reformene forutsetter for at gjennomføringen skal bli karakterisert som problemfri. Det manglende samsvaret mellom de opprinnelige intensjonene og hva som i virkeligheten er realitet kan føre til problemer for de involverte aktørene. Reformen gjennomføres sjelden eller aldri i fullstendig henhold til de opprinnelige intensjonene, og det er alltid større eller mindre rom for oversetting, redigering og justering ut i fra historiske og situasjonsbestemte forhold. Dette kan føre til konflikter ved at enkelte aspekter ved reformen kan stå i kontrast til helsesektorens historie, tradisjoner og innarbeidede verdier og normer. Samtidig vil også politiske prosesser, pressgrupper, lobbyister og media påvirke reformens utvikling og ikke minst utfall. Når reformer møter problemer, er dette oftest som en konsekvens av intern eller ekstern

heterogenitet, enten som et resultat av kulturkollisjoner når reformideer møter tradisjonelle normer og verdier i sektoren, eller på grunn av interne stridigheter blant de berørte aktørene. Disse forholdene kan redusere den politiske reformkapasiteten og hindre mulighetene for rasjonell kalkulasjon. Dette kan føre til at reformprosesser blir vanskelig å beregne og kontrollere, noe som fører til økt usikkerhet og tvetydighet om innholdet i selve reformen (Opedal og Stigen 2005).

4.0 Data og metode

4.1.0 Fremgangsmåte

Hovedmålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan offentlige ansatte vurderer NPM-reformer. I denne oppgaven vil det bli sett på hvordan legene, som er en av de mest sentrale profesjonene i helsesektoren, vurderer effekten av sykehusreformen.

Sykehusreformen var en omfattende prosess hvor alle landets sykehus ble overført fra fylkene til staten. En slik transformering medfører store drifts-, ledelses- og organisasjonsendringer. I tillegg hadde politikerne satt en rekke ulike og muligens motstridende målsettinger, og samtidig flere ulike virkemidler for å nå målsettingene. For å få et godt innblikk i hvordan legene vurderer sykehusreformen har det blitt plukket ut det som har blitt ansett for å være de tre viktigste målsettingene og gode mål på reformens suksess. Den første målsettingen som vil bli undersøkt er hvordan legene vurderer reformens suksess med hensyn til ønsket om å øke produktiviteten i sykehusdriften. De to andre målsettingene er knyttet tett opp mot de helsepolitiske verdiene, og blir av undertegnede ansett som viktige mål for legaliteten til de offentlige sykehusene. Den første av disse målsettingene som vil bli analysert går på om legene mener den medisinske kvaliteten i behandlingen har blitt styrket eller svekket i kjølvannet av sykehusreformen. Den siste målsettingen som er inkludert i analysen er ønsket om å øke likheten på tilgang av helsetjenester. Dette er viktig fordi det at alle har lik tilgang på helsetjenester uavhengig av sosial, geografisk og økonomisk bakgrunn er et av de grunnleggende prinsippene som må være til stede i en velfungerende velferdsstat. Helt til slutt vil det også bli sett på om legene mener at sykehusreformen har ført til mer fløteskumming ved sykehusene. Som det kommer frem i teorien, øker sjansen for at fløteskumming forekommer ved sykehus der deler av finansieringen er innsattsstyrt, og dette øker sannsynligheten for at reformen kan ha hatt en uheldig effekt på pasientprioriteringen.

Som det kom frem av tidligere forskning kan det være vanskelig å finne gode målestokker eller indikatorer på de ulike målsettingene, og det kan være særlig problematisk å måle kvalitet. Dette er fordi hvis man skal måle kvalitet i behandlingen på en god måte er man nødt til å ta hensyn til svært mange faktorer, som alt fra oppfølging, operasjon og informasjonsflyten for å nevne noen få faktorer som spiller inn på kvaliteten (Andresen, Friestad og Robertsen 2001). Hovedformålet med

denne oppgaven var som nevnt å undersøke hvordan legene selv oppfatter reformens effekter, samtidig vil også legenes vurderinger kunne fungere som mål på reformens suksess selv om ikke det er en del av problemstillingen til denne oppgaven. Imidlertid antas det her at legene vil ha en god oversikt over dette siden legene er svært delaktige i den daglige driften ved sykehusene. Ved at legene ofte er de som utfører helsetjenestene ved sykehusene vil de ha et unikt innblikk i sykehusets produktivitet, den medisinske kvaliteten, likheten og pasientprioriteringene. Dette gjør at legene sitter på uvurderlig informasjon om sykehusdriften kan være vanskelig måle gjennom kvantitative indikatorer.

Som nevnt førte sykehusreformen til store drifts-, ledelses- og organisasjonsendringer i sykehusdriften. Denne kompleksiteten kan være med på å vanskeliggjøre evalueringen av sykehusreformen fordi det kan være vanskelig å skille mellom de ulike effektene fra de forskjellige tiltakene og virkemidlene i reformen. Dette gjør det derfor vanskelig å bedømme hvilke deler av reformen som har vært vellykket og ikke. Derfor vil det i denne oppgaven ikke bare bli sett på hvordan legene vurderer sykehusreformens effekt på produktiviteten, kvaliteten, likheten og prioriteringene ved sykehusene. Enda viktigere så vil det bli undersøkt hvordan legene vurderer de ulike virkemidlene og endringene sykehusreformen førte til har spilt inn på målsettingene. Dette gjøres ved å utføre flere regresjonsanalyser der det blir inkludert variabler som går på organiserings-, ledelses- og driftsfaktorer ved sykehusene for å se hvordan dette har påvirket oppnåelsen av de ulike målsettingene til reformen.

Videre i dette kapittelet vil det bli gitt en redegjørelse for valg av metode og en kort innføring i hvordan flernivåanalyse fungerer. Videre vil datasettet bli presentert, og det vil bli gitt en kort beskrivelse av hver av de valgte avhengige variablene, i tillegg til en forklaring på valg av uavhengige variabler og en beskrivelse av disse. Til slutt vil det bli gitt en kort diskusjon rundt oppgavens validitet, reliabilitet, begrensninger og utelatte variabler.

4.2.0 Flernivåanalyse

I følge Strabac (2007) er det vanlig å skille mellom statistiske og substansielle grunner for å utføre en flernivåanalyse. De statistiske grunnene for å utføre flernivåanalyse er at man ikke kan benytte vanlig OLS-regresjon hvis dataen er hierarkisk strukturert, fordi dette vil bryte med en av de viktigste forutsetningene innenfor regresjonsanalyse, som sier at dataen skal være statistisk uavhengige. Når man benytter data som er statistisk avhengige i en OLS-regresjon vil man potensielt få underestimerte standardfeil på koeffisientene, og dermed også upresise resultater i analysene. Når man benytter flernivåanalyse bygger man de statistiske modellene opp etter de hierarkisk strukturerte dataene, og variablene som befinner seg på de ulike nivåene inngår i modellene simultant, noe som fører til at koeffisientene blir estimert på en statistisk korrekt måte (Steenberg og Jones 2002:219). Målet med flernivåanalyse er ofte å finne variasjonen på den avhengige variabelen ved å se på faktorer fra flere nivåer, slik at man får muligheten til å kontrollere for effekter som ikke kan tillegges individnivå i analysene (Ibid). Samtidig som et resultat av at flernivåanalyser estimerer resultatene på statistisk korrekt måte selv når det er snakk om hierarkisk strukturerte data, er det derfor hensiktsmessig å benytte flernivåanalyser selv om man i utgangspunktet kun er interessert å undersøke variabler som befinner seg på nivå 1 (Strabac 2007).

I tillegg til statistiske grunner, er det i følge Strabac ofte også substansielle årsaker til at man velger flernivåanalyse fremfor vanlig OLS eller logistisk-regresjon. Når man benytter hierarkisk strukturerte data er det ofte fordi man er interessert i å se på de effekter til variabler som befinner seg på ulike nivåer (Strabac 2007). En klassisk studie hvor det ofte benyttes flernivåanalyse er utdanningsstudier. Der antar man at elevenes atferd, karakterer eller holdninger vil variere systematisk mellom både skoleklasser og skoler selv etter at det er kontrollert for individuelle trekk fordi egenskapene til både skoleklassene og skolene vil påvirke elevene (Aars og Christensen 2011). I mitt tilfelle er jeg interessert i å undersøke om det finnes egenskaper ved sykehusene som kan spille inn på hvordan legene har oppfattet reformen. Her kan det hende at for eksempel sykehusenes størrelse eller effektivitet kan ha påvirket legenes oppfatninger, og dette gjør at dataen er hierarkisk strukturerte. Det vil i analysene bli benyttet en flernivåanalyse med en “random intercept” teknikk. Ved å benytte denne teknikken vil man ha muligheten til å undersøke både hvordan

individuelle egenskaper har påvirket legenes oppfatning og om sykehusegenskapene kan ha vært med å påvirke individdataen, i motsetning til en vanlig OLS regresjon, der analysen ville bli redusert til kun å se på individuelle trekk. Når man bruker en random intercept teknikk antar man at effekten av de ulike individvariablene er den samme for alle grupper, i dette tilfelle lik for alle sykehus. Hvis man lar en eller flere av individvariablene variere fritt mellom gruppene vil man straks komplisere modellen, og derfor burde dette unngås så fremt man ikke har en god teoretisk grunn for å tillate dette (Ringdal ingen dato). Det ble også testet ut ved å la flere av de uavhengige variablene variere mellom sykehusene, men ingen av modellene viste en signifikant forbedring.

I motsetning til i en vanlig OLS regresjon, hvor man kun får vite den avhengige variabelens samlede variasjon, vil den samlede variasjonen på den avhengige variabelen i flernivåanalyse være todelt. Den første delen er variasjonen som befinner seg på individnivået, mens den andre delen er variasjonen som finnes mellom gruppene. Dette gjør at man har muligheten til å se hvor mye av variansen som skyldes individuelle faktorer og hvor mye av variansen som skyldes forskjeller i egenskaper på sykehusnivå som effektivitet eller størrelse.

4.2.1 Steg for steg

Når man gjør en flernivåanalyse er det en vanlig fremgangsmåte å benytte seg av en nedenifra og opp tilnærming for å bygge opp modellene i analysen. Det er derfor vanlig å utvikle modellene stegvis, og det første steget er å utvikle den aller enkleste modellen som blir kalt for nullmodellen. Dette er en såkalt intercept only modell, hvor man ikke har med noen uavhengige variabler, men har kun inkludert den avhengige variabelens konstantledd og residualene som finnes på individ- og gruppenivå. I denne modellen vil man se hvor mye av den totale variansen på den avhengige variabelen som ligger på individnivå og gruppenivå. Når man kjenner til variabelens varians kan man også finne variabelens variansdelingskoeffisient (VPC). VPC vil vise oss hvor mye av den totale variansen i den avhengige variabelen som befinner seg på nivå 2 (Hox 2006:56). Måten man finner variabelens VPC på er at man tar variansen som ligger på nivå 2 og dividerer den på variabelens totale varians, som illustrert på neste side. Hvis man så ganger det svaret man får med 100 vil man kunne se hvor stor prosent av variabelens totale varians som skyldes forskjeller på nivå 2.

$$\rho = \frac{\sigma_u^2}{\sigma_u^2 + \sigma_e^2}$$

Variansdelingskoeffisienten vil derfor vise oss om man skal gjøre en flernivåanalyse eller om det er tilstrekkelig kun å gjøre en vanlig OLS-regresjon i analysene. Det kan imidlertid være vanskelig å avgjøre om VPC-nivået man finner er nok til at det er hensiktsmessig å velge en flernivåanalyse i stedet for en OLS-regresjon, fordi det ikke finnes noen enighet blant forskere om hvor grensen burde ligge. Hvis man er i tvil om man skal benytte flernivåanalyse eller ikke, anbefaler Ringdal at man kjører en likelihood-ratio test for å sammenligne flernivåanalysen opp mot en vanlig OLS-regresjon og se om flernivåanalysen er en signifikant forbedring av en OLS-regresjon. Hvis man benytter seg av statistikkprogrammet STATA vil denne testen gjøres automatisk når man kjører nullmodellen, og denne testen viste at flernivåanalyse var en signifikant forbedring i alle mine analyser (Ringdal ingen dato).

Etter at man har kjørt nullmodellen og funnet, at det finnes gode statistiske grunner til å benytte seg av flernivåanalyse vil det neste steget være å utvikle modellen ved å inkludere variabler på individnivå. En vanlig tilnærming er å introdusere én variabel av gangen i analysen for å kunne se effekten av hver enkelt individvariabel på den avhengige variabelen. Ved å inkludere én og én variabel vil man kunne teste signifikansen til hver enkelt variabel hver for seg og senere også kontrollere for de andre forklaringsvariablene (Hox 2010). Det siste steget i flernivåanalyse er å utvikle modell 3. I denne modellen bygger man ut analysen ved å introdusere variabler som tilhører nivå 2, eller gruppenivået som i analysene vil være variabler som beskriver sykehusegenskaper. Her vil man kunne se om det for eksempel er en sammenheng mellom sykehusenes størrelse eller driftsregnskapet og hvordan legene vurderer reformens effekt på målsettingene.

4.2.2 Datasett:

Individvariablene som benyttes i denne artikkelen er hentet fra et spørreskjema sendt ut av SINTEF, hvor formålet var å undersøke legenes syn på effektene av sykehusreformen. Dette datasettet, sammen med variablene som måler sykehusegenskapene, har undertegnede fått tilgang til fra min veileder Pål Martinussen. Det må understrekes at verken Martinussen eller SINTEF er ansvarlige for analysen av dataene eller de slutninger som blir trukket.

Datasettet er fra en spørreundersøkelse fra 2006 som var basert på et representativt utvalg av 2500 sykehusleger som ble tilfeldig trukket fra Legeregisteret. Spørreskjemaet tar opp en rekke temaer, som lønn- og arbeidsforhold, organisasjonsmessige forhold og hvilke effekter sykehusreformen har hatt på viktige deler av sykehusdriften. Av de 2500 som fikk tilsendt spørreskjemaet fikk man svar fra 1298 personer; dette ga en svarprosent på 53. De legene som ikke var ansatt ved et sykehus før reformen ble gjennomført er blitt fjernet fra datasettet. Spørsmålene hadde ferdig utformete svaralternativer der legene blant annet ble spurt om å sammenligne den daværende situasjonen med hvordan det var før reformen ble implementert. Spørsmålene ga legene mulighet til å svare både om man hadde fjernet seg eller nærmet seg reformens målsettinger. I tillegg var spørsmålene utformet slik at de ikke fremstod som å være ledende for i best mulig grad kunne sikre nøytralitet og balanse.

Spørreskjemaet anses å være representativt når det kommer til legenes kjønn, alder og sykehustilhørighet. Et av spørsmålene i spørreskjemaet spurte om legenes sykehustilhørighet, og dette gjør at man har muligheten til å koble dette datasettet opp mot hvilke som helst variabler på sykehusnivå. Dette gjør at man har anledning til å se på hvordan sykehusegenskaper kan ha påvirket reformen ved at man utfører flernivåanalyser. Under databehandlingen har det blitt benyttet statistikkprogrammet SPSS for den grove databehandlingen, mens finpussingen og selve analysene har blitt gjort i STATA fordi STATA har færre begrensninger når det kommer til flernivåanalyse enn det SPSS har.

Det vil i denne oppgaven bli kjørt til sammen åtte analyser som er basert på fire ulike avhengige variabler. Grunnen til at det benyttes fire ulike avhengige variabler er at

man vil få muligheten til å se på hvordan legene vurderer effektene av sykehusreformen når det kommer til flere av reformens viktige målsettinger. Dette gjør at man vil ha et bedre grunnlag for å kunne si noe om hvordan legene bedømmer sykehusreformen, siden man får et større og bredere perspektiv på hvordan legene mener reformen har fungert.

4.3 Begrensninger og forutsetninger

Et av de største problemene knyttet til å analysere effekter av offentlige reformer er at man aldri vet om de effektene man observerer kommer som en konsekvens av selve reformen eller om det er andre bakenforliggende faktorer og variabler som spiller inn (Mohr 1995). En vanlig metode innenfor effektanalyse for å prøve og svare på en reforms suksessrate er å prøve å avdekke den kontrafaktiske utviklingen. Kontrafaktisk utvikling viser hvilken verdi man ville hatt på problemdimensjonen (Y) hvis ikke implementeringen av reformen (T) hadde funnet sted (Mohr 1995:4). Dette er det imidlertid ikke mulig å kunne måle 100 % ved at man spør seg hva ville skjedd hvis ikke et bestemt tiltak hadde blitt gjennomført, og som kjent er det ikke mulig å endre på fortiden, og derfor er det heller ikke mulig å avdekke en kontrafaktisk utvikling fullstendig. En metode for delvis å avdekke en kontrafaktisk utvikling på er å inkludere en kontrollgruppe i studiet, men det er dessverre ikke mulig i dette studiet, siden alle norske sykehusene var en del av den samme reformen. Det som imidlertid kan være med på å styrke analysenes troverdighet i studier hvor man ikke har mulighet til å benytte seg av kontrollgrupper er ved å ha en sterk teoretisk og empirisk forankring, gode kausalforhold og ikke minst kontrollere for så mange faktorer som mulig (Mohr 1995).

En viktig forutsetning for gode analyser er at man har høy validitet og reliabilitet i analysene. Med reliabilitet menes det om gjentatte målinger med samme måleinstrument ville gitt samme resultat, og handler derfor om analysens pålitelighet (Ringdal 2007). I forbindelse med denne oppgaven er reliabiliteten først og fremst knyttet opp mot datasettets kvalitet. Datasettet som benyttes her er samlet inn og blitt behandlet av SINTEF, som er Skandinavias største uavhengige forskningskonsern og er et av de ledende forskningsinstituttene i Europa med over 2000 ansatte. SINTEF har mange års erfaring med forskning og innsamling av data, og derfor anses datasettet til å være av meget høy kvalitet (SINTEF 2014).

Validitet betyr gyldighet, og handler mye om man måler det man faktisk vil måle. Validiteten går først og fremst på de variablene man bruker og om variablene er gode mål på det man vil analysere. En vanlig trussel mot validiteten kan for eksempel være at respondentene ikke har skjønt spørsmålet eller misforstår begrepene/formuleringen benyttet i spørsmålet (Ringdal 2007). Sannsynligheten for dette vil ikke være høy, siden spørreskjemaet var konstruert slikt at spørsmål som inneholdt begreper som kunne føre til misforståelser hadde inkludert en definisjon på begrepet, slik at det kom klart frem hva det ble spurt etter. Et annet eksempel på validitetstrussel kan være at respondentene ikke svarer ærlig men vrir svarene etter hva de anser til å være et sosialt akseptert. For eksempel kunne det hende at legene langt på vei ville være forsiktige med å kritisere reformen eller sykehusledelsen i frykt for jobben sin, men dette problemet er langt på vei eliminert ved at spørreskjemaet både var anonymt og sendt ut direkte til legene uten at det gikk gjennom sykehusene.

Den siste trusselen mot validiteten kunne ha vært at spørreskjemaet appellerte mer til de som er negative til reformen enn de som ikke er det, slik at man hadde fått en bevisst skjevhet i utvalget (Ringdal 2007). Dette er imidlertid lite trolig siden spørreskjemaet var bevisst utformet slik at spørsmålene som var relaterte til effektene av sykehusreformen var formulert på en måte som ga respondentene muligheten til å svare både at man hadde fjernet seg og nærmet seg reformens målsettinger, og om reformen hadde ført til lavere eller høyere fokus på relevante sider ved sykehusdriften. Spørsmålene relatert til selve effektene av sykehusreformene var også lagt midt i spørreskjemaet mellom mer objektive spørsmål som gikk på legenes bakgrunn som alder, kjønn osv. og arbeidstidsordninger. Dette var et tiltak for å hindre nettopp at spørreskjemaet i større grad skulle tiltrekke seg leger som var misfornøyde med sykehusreformen. At de som deltok i spørreundersøkelsen ikke bare var de som var misfornøyde med reformen, men at man hadde et representativt utvalg når det gjaldt oppfatninger av reformen, bekreftes langt på vei av at svarene som respondentene ga i spørreskjemaet i sterk grad også samsvarer godt med legeforeningens eget referansepanel fra 2004 (Aasland, Hagen og Martinussen 2008).

En annen ting man må være oppmerksom på er den interne validiteten, som handler om den kausale fortolkningen som foreligger i analysene. Er det slik at A frembringer

B eller har vi å gjøre med en spuriøs sammenheng? (Skog 2009) I forhold til analyser knyttet opp mot sykehusreformen kunne spesielt nivåfeilproblemer være relevant ved at man begår såkalte økologiske feilslutninger. Man begår en slik feilslutning hvis man identifiserer en faktor på individnivå som egentlig burde forstås på gruppenivå (Næss 2004). Imidlertid blir en slik feil langt på vei eliminert hvis man benytter flernivåanalyser, fordi denne analyseteknikken muliggjør det å inkludere flere nivåer i én og samme analyse (Ibid).

En annen faktor som kan være med på å svekke datasettets gyldighet og troverdighet er at datasettet er basert på en retrospektiv spørreundersøkelse, og derfor kan det hende at respondentene ikke klarte korrekt å huske hvordan situasjonen var ved sykehusene før reformen ble gjennomført. Imidlertid er det ikke uvanlig å benytte seg av retrospektive studier innenfor forskning, og man finner retrospektive studier innenfor en rekke fagdisipliner som, for eksempel demografistudier, psykologi, utdanningsstudier, sosiologi og statsvitenskap, for å nevne noen. Formålet med retrospektive studier er å tilegne seg informasjon om en hendelse som allerede har skjedd, slik som sykehusreformen i dette tilfellet (Ringdal 2007). Ved at studien tar utgangspunkt i en hendelse som allerede har skjedd kan dette føre til skjevheter i respondentenes hukommelse, som vil kunne være med å svekke reliabiliteten i analysene. Det kan for eksempel være viktige elementer respondenten har glemt, eller som respondenten i ettertid anser som å ha vært mer/mindre viktig enn det som egentlig var tilfellet (Auriat 1991). Imidlertid mener Ringdal at man fint kan benytte seg av retrospektive studier når man er ute etter å undersøke viktige hendelser og sentrale, faktiske forhold, slik som sykehusreformen var (Ringdal 2007:14). Som det ble nevnt tidligere førte sykehusreformen til den største omstillingen man har sett i helsesektoren i moderne tid. Dermed vil det være naturlig å gå ut i fra at legene har et korrekt bilde av hvordan situasjonen var før reformen, og derfor klarer å vurdere hvordan reformen påvirket den daglige driften ved sykehusene.

Selv om svarprosenten kan oppfattes som faretruende lav ved at den kun var på 53 %, noe som vil si at frafallet av respondenter var på hele 47 %, så er ikke det problematisk for analysene. Dette kommer av at det i følge Ringdal er vanlig med et høyt frafall fra de som sier seg villige til å delta på undersøkelser fordi selvutfylleskjemaer er ofte svært tidskrevende og derfor er det ikke uvanlig å oppleve

et frafall på 50 % eller mer på spørreskjemaer (Ringdal 2007:104). I tillegg, hvis man også sammenligner datasettet benyttet i denne oppgaven med andre datasett hvor det også har blitt benyttet postale spørreskjemaer til leger, finner vi at 53 % er en relativt høy svarandel².

En viktig forutsetning i regresjonsanalyse er at det skal være fravær av multikollinearitet, hvis ikke kan dette være en potensiell trussel mot analysens gyldighet. Multikollinearitet innebærer at det finnes korrelasjon mellom x-variablene. Hvis man har en sterk korrelasjon mellom to eller flere variabler, vil det kunne bli problematisk å skille variablenes effekter fra hverandre, og dette vil gjøre det svært vanskelig å tolke resultatene korrekt. For å undersøke om multikollinearitet er en potensiell trussel for analysene har det blitt kjørt bivariate korrelasjonstester mellom alle variablene i analysene. Det ble kjørt bivariate korrelasjonstester på alle variablene, men ingen av variablene er i nærheten av å ha en Pearsons R korrelasjon på 0,8, som i følge Clausen og Eikemo er satt som en grense for en faretruende høy korrelasjon i forhold til multikollinearitet (Clausen og Eikemo 2007:126). I tillegg, som en ekstra buffer mot multikollinearitet har det blitt kjørt to analyser per avhengige variabel, hvor de uavhengige variablene som hadde høyest korrelasjon har blitt lagt i hver sine analyser. For sikkerhetens skyld ble toleransenivået undersøkt etter hver analyse ved hjelp av VIF-tester. Det kan være problematisk å sette grenser for hva som er en høy og lav verdi for toleransen, men 0 gir en perfekt multikollinearitet, og som vi ser i appendiks så ser man at ingen av variablene er i nærheten av dette nivået (Eikemo og Clausen 2007).

Det finnes også en annen grunn til at det er valgt å dele opp analysene i flere modeller. Dette er fordi i datasettet som er benyttet finnes det kun 28 sykehus; det vil si at man kun har 28 analyseenheter på nivå 2, og det er anbefalt å ha minst ti observasjoner per uavhengig variabel på nivå 2 i en flernivåanalyse (Bryk og Raudenbush 1992). Dette gjør at for å ha muligheten til å kontrollere for mer enn bare 2 variabler på nivå 2, må man kjøre flere analyser med ulike nivå 2 variabler.

² For sammenlign se: Husum, Lossius Husum, Rolf W. Gråwe og Johan Håkon Bjørngaard (2005).

“Avtalespesialister I det psykiatriske helsevernet i Midt-Norge: kartlegging av helsetilbudet, samhandling og tilgjengelighet.” SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Helse.

Selv om VPC-testene for mine avhengige variabler viser at variansen på nivå 2, som er sykehusene, er relativt lav, så er ikke det problematisk i forhold til en flernivåanalyse. I følge Aars og Christensen (2011) er det naturlig at i tilfeller der den avhengige variabelen er på individnivå, at en stor del av variansen på denne variabelen også ligger på individnivå. I tillegg viste STATA sin LR-test at en flernivåanalyse var en signifikant bedring i forhold til det å kun benytte en vanlig OLS-regresjon (Aars og Christensen 2011). Man kan si at det er samfunnsmessig positivt at variansen på sykehusnivået (nivå 2) er så lav som resultatene viser, fordi hvis den hadde vært høy ville det ha betydd at det ville ha vært store forskjeller mellom de ulike sykehusene. Derfor er det en god ting at variasjonen er lav, dette betyr nemlig at de ikke er nevneverdige forskjeller mellom de ulike sykehusene når det kommer til hvilken effekt legene mener reformen har hatt. I land der man har en større grad av privatisering i helsesektoren ville det kunne forventes at variasjonen på sykehusnivået ville være høyere som et resultat av at sykehusene ville hatt større ulikheter når det gjelder tilgangen til ressurser, teknologi, kunnskap og ansatte. Imidlertid er det et politisk mål i Norge at sykehusene skal ha de samme ressursene, og at det ikke skal være noen forskjeller mellom de ulike sykehusene. Derfor var det også forventet at variansen mellom sykehusene skulle være lav.

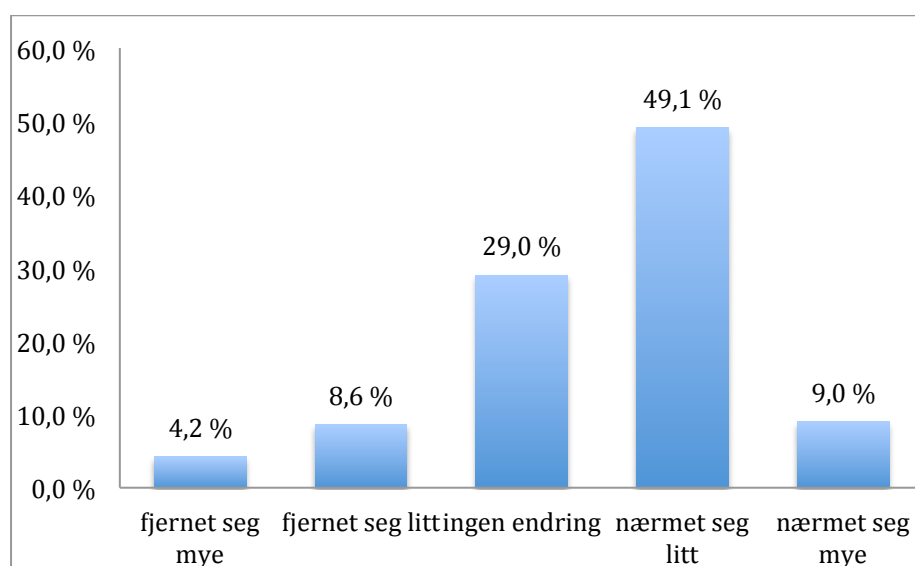
5.0 Empirisk modell

Her vil det bli gitt en beskrivelse av de ulike variablene som er inkludert i analysene, og en liten forklaring på hvorfor de er blitt valgt. I tillegg til å beskrive spørsmålsformuleringene til variablene vil eventuelle omkodinger bli beskrevet. For ytterligere beskrivelser av variablene er det inkludert fullstendig deskriptiv statistikk samt en grafisk fremstilling av de avhengige variabelenes normalfordeling i appendiks.

5.1.0 Produktivitet

Den første avhengige variabelen er en variabel som måler i hvilken grad legene mener reformen har oppnådd målet om økt produktivitet. En av delene i spørreskjemaet tok for seg reformens målsettinger og i hvilken grad legene mente disse var nådd. Spørsmålsformuleringen lød som følger: «Det er knyttet en rekke mål til reformen. I hvilken grad mener du målene er realisert» En av målsettingene spørreskjemaet spurte om var produktivitet. Her kunne respondentene svare fra 1-5 (1=fjernet seg mye, 2=fjernet seg litt, 3=ingen endring, 4=nærmet seg litt 5=nærmet seg mye). Denne variabelen har i ettertid blitt omkodet slik at svaralternativet «fjernet seg mye» har nå fått verdien -2, mens svaralternativet «ingen endring» har fått verdien 0, og svaralternativet 5 har fått verdien 2. Grunnen til denne omkodingen er at det vil gi mer mening at en negativ effekt viser minus mens en positiv effekt viser pluss. Denne variabelen hadde totalt 193 missing og 1105 gyldige observasjoner, dette gjorde at antall missing tilsvarte 14.9 % prosent. Fordelingen av legenes svar kan man se i graf 1. Her ser vi at over halvparten av respondentene mente at reformen har hatt en positiv effekt på produktiviteten til sykehusene, mens bare en liten andel av legene var negative til reformens effekt på produktiviteten.

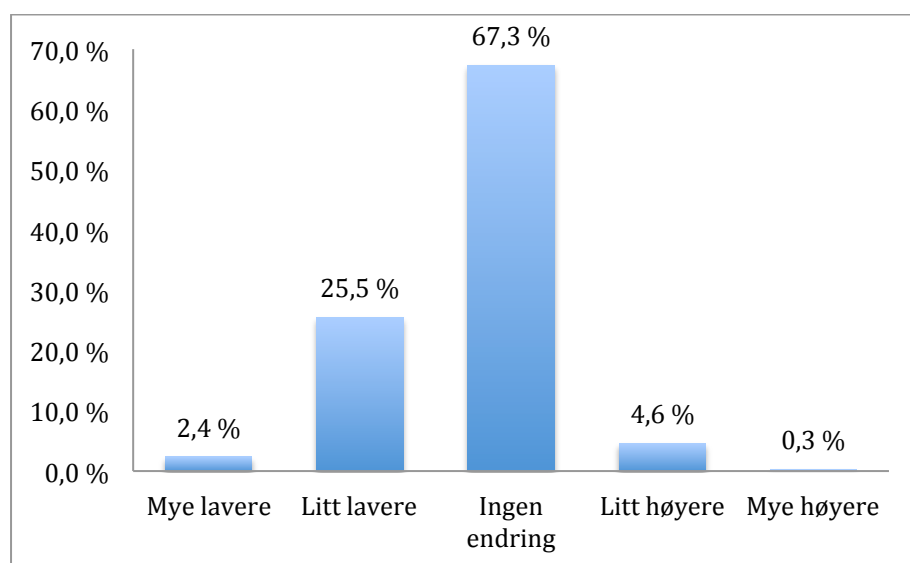
Graf 1: Legenes vurdering av reformens effekt på produktiviteten.



5.1.1 Kvalitet

Den neste avhengige variabelen er en variabel som måler hvordan legene vurderer reformens effekt på den medisinske kvaliteten ved sykehusene. Spørsmålsformuleringen var: "Har reformen ført til lavere eller høyere medisinsk kvalitet i pasientbehandlingen enn før, eller er det ingen endring?". Svaralternativene gikk fra 1-5, der verdien 1= mye lavere enn tidligere, 2=litt lavere enn tidligere, 3=ingen endring, 4=høyere enn tidligere, 5= mye høyere enn tidligere. Denne variabelen ble også omkodet til -2 til 2, der verdien -2 er «mye lavere enn tidligere», verdien 0 er «ingen endring» mens verdien 2 er «mye høyere». Denne variabelen hadde totalt 186 missing og 1112 gyldige observasjoner, noe som ga en missing på 14.3 %. Hvis vi ser på fordelingen av variabelen på graf 2 kommer det klart frem at legene hadde et negativt syn på hvordan reformen hadde påvirket kvaliteten i behandlingene ved sykehusene. Litt over halvparten mente at det ikke var noen endring på kvaliteten i behandlingen fra før og etter reformen ble implementert, og hele 27.9 % mente at reformen enten hadde ført til litt lavere eller mye lavere kvalitet i behandlingen. Dette gjør at hele 95.1 % av alle legene mente at reformen hadde ført til dårligere eller ingen endring i kvaliteten i behandlingen, mens bare 4.9 % av legene mente reformen hadde ført til bedring i kvaliteten på behandlingen ved sykehusene.

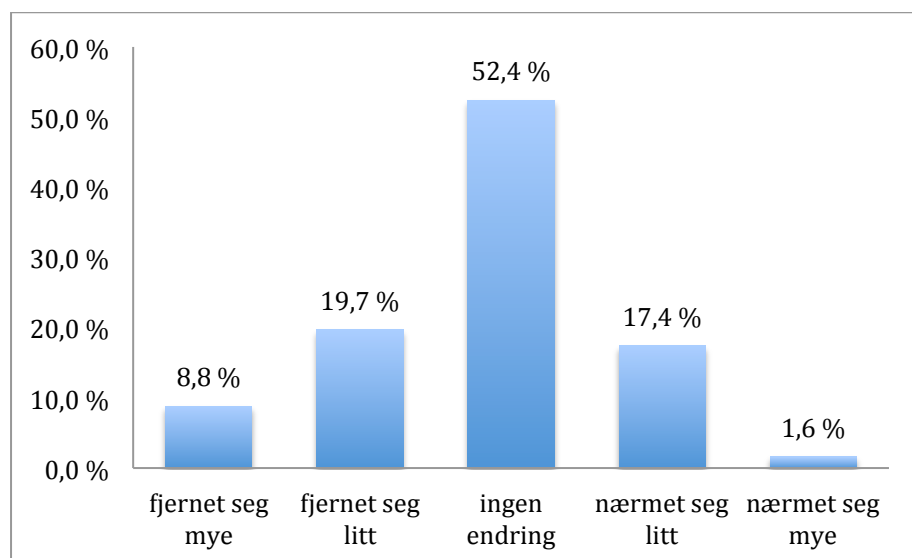
Graf 2: Legenes vurdering av reformens effekt på den medisinske kvaliteten.



5.1.2 Likhet

Den siste avhengige variabelen som tar utgangspunkt i reformens målsettinger er målet om å få større likhet i tilgangen på helsetjenester ved sykehusene. Variabelen er hentet fra samme seksjon i spørreskjemaet som de foregående variablene, og spørsmålet var: “i hvilken grad mener du at målet om høyere likhet er realisert?”. Denne variabelen var i likhet med produktivitetsvariabelen originalt kodet fra 1-5, men har blitt omkodet i likhet med produktivitet til -2 til 2, hvor verdien -2 er “fjernet seg mye fra målet”, verdien 0 er “ingen endring”, mens verdien 2 er «nærmet seg mye». Denne variabelen hadde totalt 194 missing og 1104 gyldige observasjoner; dette gjorde at antall missing cases utgjorde også her 14.9 %. I graf 3 ser man fordelingen til variabelen: over halvparten av legene mener at reformen ikke har ført til noen endring når det gjaldt likhet i behandlingstilbudet ved sykehusene. Det er også en større andel som er negative til reformens effekt på likheten i behandlingstilbudet enn det er leger som er positive.

Graf 3: Legenes vurdering av reformens effekt på likhet i tilgang på helsetjenester.

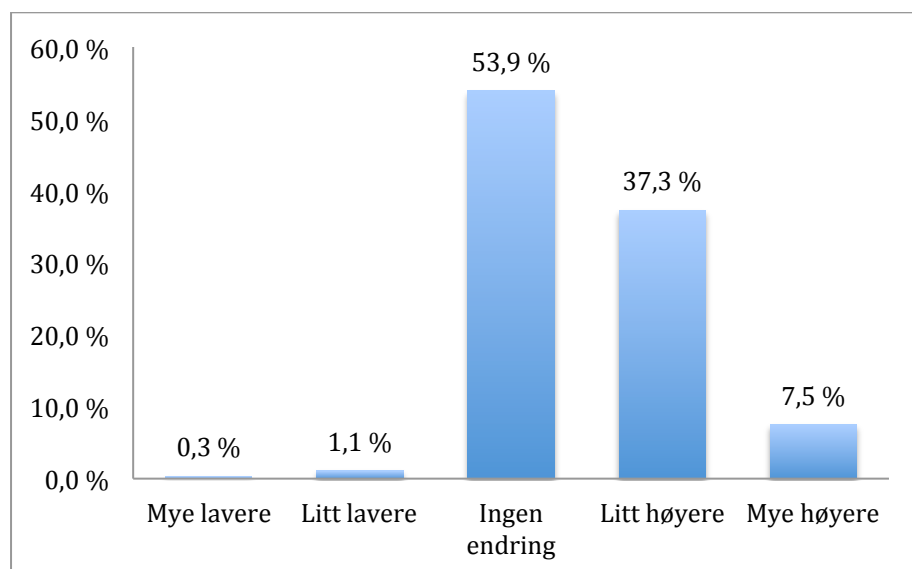


5.1.3 Fløteskumming

I tillegg vil det også bli sett på om sykehusreformen har ført til at man får mer fløteskumming ved sykehusene. Det har blitt rettet mye kritikk mot sykehusreformen av personer som mener at NPM resulterer i at økonomi og budsjett blir prioritert fremfor den medisinske kvalitet og likhet i sykehusdriften. Som nevnt i teorien kan fløteskumming oppstå der deler av finansieringen er avhengig av aktivitet. Legene ble i spørreskjemaet bedt om å sammenligne situasjonen før og etter reformen, og spørsmålet var formulert slikt: «Har reformen faktisk ført til at «lønnsomme diagnosegrupper» blir prioritert lavere eller høyere enn før, eller er det ingen endring? Svaralternativene gikk her i likhet med som på kvalitetsvariabelen fra 1-5, der verdien 1= mye lavere enn tidligere, 2=litt lavere enn tidligere, 3=ingen endring, 4=høyere enn tidligere, 5= mye høyere enn tidligere. Denne variabelen ble også omkodet til -2 til 2 der verdien -2 er «mye lavere enn tidligere», verdien 0 er «ingen endring» mens verdien 2 er «mye høyere». Denne variabelen hadde totalt 188 missing og 1110 gyldige observasjoner; dette gjorde at variabelen hadde en missing på 14.5 %. Grafen som er presentert under viser en grafisk fremstilling av variabelens fordeling. Som man ser, mente legene ikke overraskende at reformen hadde en negativ påvirkning på sykehusenes pasientprioriteringer. Kun 1,4 % av legene mente at lønnsomme diagnosegrupper ble mindre prioritert etter at reformen ble implementert. Cirka halvparten av legene (53,9 %) mente på sin side at reformen ikke hadde ført til noen

endringer i hvordan lønnsomme diagnosegrupper blir prioritert. Samtidig ser vi også at en stor andel av legene (44,8 %) mener at reformen har hatt en negativ innvirkning på pasientprioriteringen, ved at lønnsomme diagnosegrupper i større grad blir prioritert etter at reformen har blitt innført.

Graf 4: Legenes vurdering av reformens effekt på pasientprioriteringen.



5.2.0 Variabler på sykehusnivå

I hvilken grad en reform lykkes eller ikke avhenger som nevnt tidligere av svært mange faktorer. Store reformer er ofte komplekse og sammensatte, ved at reformene ofte fører til flere konkrete endringer i både den operasjonelle, strukturelle og organisatoriske driften. Samtidig er det også store sjanser for at reformens ulike virkemidler vil ha ulik effekt ved forskjellige sykehus. Dette er fordi hvert eneste sykehus er unikt, og i det norske helsevesenet finner vi et stort mangfold i sykehus fra små lokalsykehus til store universitetssykehus. Dette gjør at reformer og endringer i sykehusdriften kan ha forskjellige effekter ved de ulike sykehusene som en konsekvens av de store forskjellene sykehusene i mellom. En reform kan for eksempel vise seg å ha god effekt på den daglige driften ved landets store sykehus, mens ved de mindre sykehus viser det seg at reformen ikke har ført til noen endringer. Dette gjør det derfor både interessant og viktig å undersøke om det finnes egenskaper ved sykehusene som spiller inn på hvordan legene oppfatter sykehusreformens effekt fordi dette kan ha spilt en sentral rolle. Det er blitt plukket ut fire egenskaper ved

sykehusene som det er blitt antatt at kan ha en innvirkning på hvordan legene vurderer reformens effekt. Dette er basert på en rekke tidligere studier som har vist at dette er faktorer som har betydning for sykehusenes prestasjoner på ulike indikatorer (Bjørn, Hagen, Iversen og Magnussen 2003; Kjekshus 2004; Kjekshus og Hagen 2005; Martinussen og Midttun 2004; Midttun og Martinussen 2005)

5.2.1 Pasientsammensetning

Den første sykehusegenskapen som blir undersøkt i forhold til hvordan dette påvirker legenes vurderinger av reformen er sykehusenes pasientsammensetning. En ting som kan både påvirke sykehusdriften og derfor også reformens effekt er sykehusets pasientsammensetning. Enkelte sykehus har en mye mer komplisert pasientsammensetning enn andre sykehus, og dette er med på å gjøre den daglige driften mer komplisert ved at det krever mer organisering og fleksibilitet. Dermed kan sykehus med kompliserte pasientsammensetninger ha helt andre forutsetninger for en vellykket og god drift enn sykehus med en mindre komplisert pasientsammensetning. Derfor kan de virkemidler og endringer sykehusreformen medførte ha hatt ulik suksessrate som en konsekvens av variasjonen mellom hvor komplisert sykehusenes pasientsammensetning har vært. For å undersøke om dette er tilfellet vil det bli inkludert en variabel kalt “Pasientsammensetning”, som er en variabel som skal gjenspeile pasientsammensetningen til hvert enkelt sykehus. Variabelen er konstruert som en case-mix indeks, som måler hvor ressurskrevende den gjennomsnittlige pasienten er. Indeksen er raten mellom antall DRG-poeng og det totale antallet opphold; det vil derfor vil høye tall indikere en komplisert pasientsammensetning.

5.2.2 Sykehusstørrelse

En annen faktor som kan ha spilt inn på hvor godt reformen har fungert er sykehusenes størrelse. Dette er fordi store sykehus ofte har tilgang til både mer tekniske og økonomiske ressurser i forhold til mindre sykehus. Samtidig er store sykehus også mer komplekse og vil derfor ha et større behov for koordinering og samarbeid enn mindre sykehus. Dette gjør at store sykehus kan ha fått et større utbytte av sykehusreformen fordi store sykehus vil ha mer å hente på reformens sterke fokus på å bedre organiseringen ved sykehusene. For å måle om størrelsen til sykehusene har hatt en påvirkning på hvordan reformen har fungert vil det bli inkludert en variabel som måler størrelse, med utgangspunkt i antall effektive senger ved

sykehuset. Dette måles som gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger ved sykehuset i løpet av et år, her beregnet som totale antall 24-timers senger fordelt på antall dager i et år. Dermed vil høye tall bety at det er et høyt antall senger ved sykehusene, og dermed også at det er et stort sykehus, mens mindre tall vil tilsvarende bety det motsatte.

5.2.3 Sykehusøkonomi

I tillegg kan sykehusenes økonomiske situasjon spille en viktig rolle i forhold til hvordan legene vurderer at reformen har fungert. Et av målene med reformen har som nevnt vært å hardne budsjettene og unngå underskudd ved sykehusene. Dette gjør at den økonomiske situasjonen vil kunne spille en viktig rolle for hvordan legene ser på reformen. Sykehus med dårlig økonomi vil stå overfor et mye større press både eksternt og internt for å komme innenfor budsjetttrammene, og dette kan føre til at sykehusene må ta noen tøffe valg knyttet til driften. Samtidig vil en god økonomisk situasjon hos sykehus forventes å ha en positiv innvirkning på hvordan reformen og reformens målsettinger oppfattes siden man vil ha en stor grad av økonomisk frihet, som vil ha positiv innvirkning på sykehusaktiviteten (Martinussen og Magnussen 2011). For å måle sykehusenes økonomiske situasjon er det inkludert en variabel kalt “driftsresultat i 2005”, som viser sykehusenes årlige driftsbudsjett målt i prosent av sykehusenes totale driftskostnader.

5.2.4 Effektivitet

Denne siste sykehusegenskapen det blir undersøkt om har påvirket hvordan legene vurderer reformens effekt er sykehusenes effektivitet. I likhet med den økonomiske situasjonen vil det være naturlig å anta at ved sykehus som har en høy effektivitet vil legene ha et mer positivt inntrykk av reformen og reformens oppnåelse av målsettingene. Sykehus som har en høy effektivitet i tjenesteproduksjonen vil kunne få mer ut av ressursene, noe som vil gjøre at de vil behandle flere pasienter og derfor ha muligheten til å tilby flere pasienter behandling. Sykehus med lav effektivitet kan derimot tenkes å i større grad måtte prioritere lønnsomme DRG for ikke å gå i underskudd, og dette kan gjøre at legene vil være mer skeptiske til reformen. Derfor er det inkludert en variabel kalt “effektivitet”, som måler hvert enkelt sykehus effektivitet. Effektivitet er her målt som sykehusenes tekniske effektivitet og blir målt

ved å se hvor effektive sykehusene er til å utnytte sine totale ressurser og bygger på Pareto-Koopmans definisjon av effektivitet.³

5.3.0 Målsettingsvariabler:

I tillegg til å bli brukt som avhengige variabler vil variablene som måler produktivitet, kvalitet, likhet og fløteskumming fungere som uavhengige variabler i de analysene der de selv ikke er valgt som avhengig variabel. Årsaken til dette er at som det ble nevnt i kapittel (3.1.4) så har ofte store reformer slik som sykehusreformen flere ulike og motstridende målsettinger som kan vise seg være i konflikt med hverandre (Pollitt og Bouckaert 2011). Derfor vil det være naturlig å undersøke om legene mener at noen av reformens målsettinger er konflikt med hverandre. En potensiell målkonflikt nevnt i litteraturen er konflikten mellom produktivitet og kvalitet (Magnussen 2005). Hvis det viser seg at dette er tilfellet vil da sykehusledelsen stå ovenfor noen tøffe valg. Skal man velge å prioritere økonomiske hensyn og fokusere på å øke produktiviteten slik at man bedrer budsjettene og reduserer helsekøene eller skal man prioritere pasientene og den medisinske kvalitet i behandlingene? Målsettingsvariablene som vil bli benyttet som uavhengige variabler er de samme variablene som tidligere har blitt beskrevet under avhengige variabler. Disse er som kjent blitt omkodet fra 1-5 til -2 til 2, der verdien 0 betyr at reformen har ført til situasjonen har blitt hverken bedre eller dårligere.

5.3.1 Organisatoriske variabler

En stor del av reformen gikk ut på å gjøre organisatoriske endringer i selve sykehusstrukturen. En av de største og mest betydningsfulle endringene som reformen medførte var at eierskapet av sykehusene ble overført til staten fra fylkene. Deretter ble det opprettet 5 regionale helseforetak som skulle ha ansvaret for driften av sykehusene. I tillegg inneholdt også sykehusreformen en rekke andre tiltak som hadde som mål å redusere kompleksiteten rundt eierskapet og gjøre ansvarslinjene for sykehusdriften klarere. En av tankene med å overføre sykehusene til staten var at

³ For mer informasjon om effektivmålet: se Martinussen, Pål Erling og Terje P. Hagen (2009).

“Reimbursement systems, organizational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway” *Health economics, policy and Law* s. 187.

dette skulle gjøre ansvarslinjene klarere fordi sykehusledelsen ikke lenger måtte følge instruksjoner fra både fylkeskommunen og staten, men nå i stedet kun skulle forholde seg til en overordnet myndighet. Derfor var det å klargjøre ansvarslinjene i sykehusdriften et av viktigste virkemidlene som skulle bidra til at man nådde reformens målsettinger. For å undersøke om det er tilfellet at det å klargjøre ansvarslinjene har bidratt til å øke produktiviteten, kvaliteten og likheten ved sykehusene vil det bli inkludert en variabel kalt «klarere ansvarslinjer» i analysen. Denne variabelen måler om legene synes reformen har gjort ansvarslinjene klarere eller ikke. Spørsmålsformuleringen i spørreskjemaet var som følger: “Det er knyttet en rekke mål til reformen. I hvilken grad mener du målet om klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene er blitt realisert?”. Opprinnelig hadde denne variabelen slik som de andre variablene beskrevet verdiene 1-5, der verdien 1 var ”fjernet seg mye fra målet”, verdien 3 var ”ingen endring”, og verdien 5 var «nærmet seg mye». Denne variabelen har også blitt omkodet til -2 til 2 der 0 betyr ingen endring.

Samtidig som en av målsettingene til reformen var at man skulle gjøre ansvarslinjene klarere, var det også et stort ønske om å forbedre den generelle organiseringen ved sykehusene. Sykehusreformen var svært preget av NPM-teorien, som i stor grad vektlegger viktigheten av å endre måten det offentlige er strukturert på ved å innføre flere markedsinspirerte styringsprinsipper. Dette vil i følge NPM-teorien føre til bedre og mer effektiv organisering av offentlige tjenester. Som en følge av at man har fått en bedre organisering vil man også få bedre resultater i tjenesteproduksjonen både i forhold til kvaliteten og produktiviteten (Fallan og Pettersen 2010). Derfor vil det bli undersøkt om legene mener at bedre organisering har hatt en positiv effekt på produktiviteten, kvaliteten og likheten i behandlingen ved sykehusene. For å måle dette vil det bli inkludert en variabel kalt “Bedre organisering” i analysene. Spørsmålsformuleringen i spørreskjemaet var også her: «Det er knyttet en rekke mål til reformen. I hvilken grad mener du målet om bedre organisering av sykehusene er blitt realisert?”. Denne variabelen hadde også opprinnelig verdiene 1-5, men har i likhet med tidligere beskrevne variabler blitt omkodet til -2 til 2, der verdien -2 betyr at man har fjernet seg mye fra målet, verdien 0 betyr ingen endring, mens verdien 2 betyr at man har nærmet seg målet mye.

En av de NPM-inspirerte endringene sykehusreformen førte med seg var at man i driften skulle styre etter mer bedriftsøkonomiske aspekter. Mange fryktet at dette ville føre til at man i større grad ville vektlegge de økonomiske aspekter i den daglige driften høyere enn de medisinske prinsippene, som likhet og kvalitet (Martinussen og Magnussen 2011). Derfor vil det i analysene bli undersøkt hvilken effekt innføring av bedriftsøkonomiske styringsmekanismer og et større fokus på å gjøre økonomiske prioriteringer har hatt på reformens målsettinger knyttet til produktivitet, likhet og kvalitet. Her antas det at bedriftsøkonomiske prioriteringer vil ha en positiv effekt på produktiviteten ved sykehusene, men at det også vil ha en negativ effekt på kvaliteten og likheten i behandlingen. For å måle dette vil det bli brukt en variabel kalt ”Bedriftsøkonomiske prioriteringer”. I spørreskjemaet ble bedriftsøkonomisk prioriteringsmåte ble definert som følger: ”En bedriftsøkonomisk prioriteringsmåte innebærer at pasienter prioriteres med utgangspunkt i den inntjening de gir avdelingen” Spørsmålsformuleringen i spørreskjemaet for denne variabelen var som følger: «Prioriteringer i sykehus kan skje på ulike måter, Hvilken vekt tillegges en bedriftsøkonomisk prioriteringsmåte?». Variabelen er kodet fra 1 til 5, der verdien 1 betyr svært lavt, mens verdien 5 betyr svært høyt.

5.3.2 Ledelsesvariabler

Vi har også sett i teoridelen at både innenfor NPM og i sykehusreformen i stor grad vektlegges viktigheten av gode ledere fordi ledelsen spiller en viktig rolle for å få en velfungerende offentlig sektor. Her antas det at ved å gi kompetente ledere større autonomi i den daglige driften, slik at ledere i større grad har muligheten til å styre etter lokale forhold og hva de selv mener er best for sin organisasjon, vil man oppnå bedre resultater enn hva som er mulig å oppnå innenfor et tradisjonelt sentralstyrt system (Byrkjeflot og Neby 2001; Hansen 2005). Ved at lederne etter sykehusreformen står friere til å ta ulike beslutninger og i større grad selv velge hvilke områder det skal fokuseres på vil lederne potensielt spille en viktig rolle i sykehusdriften. Derfor vil det være naturlig å gå ut i fra at de ulike valgene og prioriteringene som sykehuslederne tar i stor grad vil være med på å påvirke resultatene ved sykehusene.

Dette gjør at det i denne oppgaven vil bli sett på hvordan avdelingsledelsene prioriterer ulike arbeidsrelaterte oppgaver på sykehusene for å se om de valgene og

prioriteringene som blir tatt av avdelingslederne kan være med på å påvirke hvordan legene ser på sykehusreformen og dens oppnåelse av sine målsettinger. Variablene som blir benyttet for å måle dette er hentet fra en del av spørreskjemaet hvor legene ble bedt om å svare på hvordan de mente den øverste ledelsen ved avdelingen vektla en rekke arbeidsoppgaver og prioriteringer knyttet til sykehusdriften. Det har blitt plukket ut til sammen fire variabler fra listen over ulike arbeidsoppgaver. Den første variabelen er "Utvikle nye rutiner/arbeidsoppgaver" Her var spørsmålsformuleringen: "Hvordan mener du den øverste ledelsen vektlegger å utvikle og ta i bruk nye rutiner og arbeidsoppgaver?". Den andre variabelen som er valgt er "Fokus på økonomi", hvor spørsmålsformuleringen var: "Hvordan mener du den øverste ledelsen vektlegger økonomistyring, regnskap og budsjett?". Den tredje variabelen er "Faglige muligheter" her var spørsmålsformuleringen: "Hvordan mener du den øverste ledelsen vektlegger å ta initiativ til faglige muligheter?" Den siste variabelen som tar utgangspunkt i arbeidsoppgaver er "Endre organisasjon". Her ble respondentene spurt om: "Hvordan mener du den øverste ledelsen vektlegger å løse problemer gjennom å endre organisasjonen?". Svaralternativene for alle fire spørsmålene gikk fra 1-5, hvor verdien 1 betydde svært lavt, mens verdien 5 betydde i stor grad.

5.3.3 Kontrollvariabler:

Til slutt er det inkludert tre kontrollvariabler for å se om legenes personlige bakgrunn kan påvirke deres syn på effektene av sykehusreformen. Det første som det vil bli kontrollert for er legenes kjønn, for å se om det finnes systematiske forskjeller mellom hvordan mannlige og kvinnelige leger oppfatter effektene av sykehusreformen. Variabelen kjønn er en omkodet dikotom variabel, der menn har fått verdien 1 og kvinner verdien 0, slik at man kan sammenligne de mannlige legenes oppfatning i forhold til de kvinnelige.

Den neste det vil bli kontrollert for er legenes alder for å undersøke om legenes alder kan ha en påvirkning på hvordan de ser på reformen. Aldersvariabelen er kodet i tiår, og har verdiene 1 til 6. (1=20-29år, 2=30-39år, 3=40-49år, 4=50-59år, 5=60-69år og 6=70+år.).

Til slutt vil det bli kontrollert for avdelingen legene jobber på for å se om det finnes systematiske forskjeller mellom de ulike avdelingene på hvordan reformen oppfattes. Mest sannsynlig kan reformen ha hatt ulik effekt ved de forskjellige avdelingene, og reformen kan også ha ført til større endringer i enkelte avdelinger enn hva den har gjort ved andre. Derfor kan det hende at legene vil ha ulike oppfatninger om resultatet av reformen avhengig av hvilken avdeling de jobber på. For å kontrollere for de ulike avdelingene vil det bli inkludert et dummysett over de ulike avdelingene i analysene, slik at man kan kontrollere for effekten av hver enkel avdeling. Dummysettet er laget av spørsmålet fra spørreskjemaet, der legene skulle krysse av for hvilken avdeling de jobbet ved. Fremgangsmåten var at det for de 10 alternativene ble laget en dummyvariabel der de som jobbet ved den aktuelle avdelingen ble gitt verdien 1, mens resten av legene fikk verdien 0. På denne måten kan man sammenligne legene for den aktuelle avdelingen med resten av legene som jobber ved andre avdelinger. Unntaket var røntgen, laboratorium og anesthesiavdelingen som ble slått sammen til en variabel som fikk navnet serviceavdeling. I analysene vil medisinafdelingen fungere som referansekategori, dette vil si at svarene fra legene i de ulike avdelingene vil bli sammenlignet opp mot svarene til legene som ved medisinsk avdeling.

5.3.4 Utelatte variabler:

I tillegg til de variablene som har blitt beskrevet ble det også kontrollert for både annengradsledd og flere ulike samspillsvariabler. Imidlertid viste det seg at den kvadrerte aldersvariabelen ikke hadde noen signifikant effekt, noe som betydde at man ikke hadde et kurvlineært forhold mellom alder og noen av de avhengige variablene. Det ble også prøvd ut en rekke samspillsvariabler mellom individvariabler og sykehusvariabler, men ingen av disse viste heller ingen signifikant effekt på noen av de avhengige variablene. I tillegg burde det være minst 50 enheter på nivå to og minst 20 observasjoner per enhet hvis man skal benytte seg av samspillsledd i en flernivåanalyse, og her er det kun 28 nivå 2 enheter (Hox 2010). Dermed ble både annengradsleddet og samspillsleddene utelatt fra analysen, siden disse variablene kun ville komplisere modellene uten å forberede noen av modellenes forklaringskraft.

6.0 Resultater

I denne delen av oppgaven vil de ulike analysene bli presentert og diskutert. Det vil til sammen bli presentert 4 tabeller. Én tabell for hver av analysene om hvordan legene vurderer reformens effekt på målsettingene om å øke produktiviteten, kvaliteten og likheten i sykehusbehandlingen. Den siste tabellen vil være en analyse av hvordan legene har oppfattet reformens påvirkning på fløteskummingen ved sykehusene. Som det ble forklart i metodekapittel (4.3) har det blitt gjennomført to mindre analyser på hver avhengige variabel istedenfor en stor, siden det lave antallet med nivå 2 enheter legger enkelte begrensninger på det metodiske. Hver av de to analysene er bygget opp med to modeller, hvor den første modellen kun inneholder variabler på individnivå, før den blir utvidet i den neste modellen ved at det også blir inkludert variabler på sykehusnivå.

Målet med analysene er å undersøke hvilke trekk ved reformen og sykehusene som har påvirket legenes oppfatninger av reformens effekt på de utvalgte målsettingene og til slutt hvordan dette har påvirket hvordan legene vurderer reformens effekt på pasientprioriteringen. For å undersøke dette har det blitt inkludert en rekke variabler som ser på ulike faktorer som kan ha påvirket legenes synspunkt. Det er blant annet blitt inkludert bakgrunnsvariabler for å se om det finnes forskjeller mellom hvordan legene vurderer reformens effekter i forhold til alder, kjønn eller hvilken avdeling de jobber ved. Avdelingsvariablene i analysen vil være en del av et dummysett hvor medisinafdelingen vil fungere som referansekategorien. Dette innebærer at alle avdelingene i analysen sammenlignes med legene som jobber i medisinafdelingene.

Det blir også undersøkt om klarere ansvarlinjer, bedre organisering og mer bedriftsøkonomiske prioriteringer ved sykehusene har påvirket hvordan legene vurderer reformen. Som det ble diskutert tidligere så har ofte store offentlige reformer flere målsettinger som kan være i konflikt med hverandre. Derfor vil det bli undersøkt om legene mener dette også er tilfellet i sykehusreformen. Måten det ble gjort på var at målsettingsvariablene ble inkludert som uavhengige variabler i de analysene de selv ikke blir benyttet som avhengig variabel. Videre i hver analyse vil det bli sett på om ulike arbeidsoppgaver og prioriteringer som blir gjort av avdelingsledelsen spiller inn på hvordan legene vurderer reformens effekt på målsettingene. Dette er fordi

reformen er sterkt preget av NPM, og derfor var en av endringene i kjølvannet av reformen at ledelsen ble gitt mer autonomi til å gjøre ulike vurderinger og prioriteringer basert på lokale og spesielle behov. Dette gjør at man kan anta at avdelingsledere vil ha en større innflytelse på tjenesteproduksjonen, og dermed også i større grad være med å påvirke hvordan legene oppfatter reformen.

Til slutt i analysene vil det også bli inkludert nivå 2-variabler som vil måle sykehusegenskaper. Dette gjør at man kan undersøke om det finnes trekk ved sykehusene som påvirker hvordan legene vurderer sykehusreformen og oppnåelsen av målsettingene. Her kan det tenkes at for eksempel leger ved større sykehus har en mer positiv erfaring med sykehusreformen enn det leger ved mindre sykehus har. I tillegg til sykehusstørrelse vil det også bli undersøkt om sykehusenes pasientsammensetning, effektivitet og driftsresultat har påvirket hvordan legene vurderer reformen.

Tabell 1: Flernivåanalyse av legenes vurderinger av reformens effekt på produktiviteten.

Avhengig variabel: Produktivitet	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Konstant	0.301** (0.134)	0.151 (0.254)	-0.199 (0.189)	0.257 (0.403)
Nivå 1 variabler				
Alder	-0.0289 (0.0249)	-0.0272 (0.0249)	0.00145 (0.0266)	0.000546 (0.0266)
Kjønn	0.0133 (0.0583)	0.0178 (0.0582)	0.0503 (0.0613)	0.0534 (0.0612)
Øyeavdeling	0.356** (0.174)	0.363** (0.173)	0.124 (0.183)	0.128 (0.183)
ØNHavdeling	0.245 (0.163)	0.250 (0.162)	0.116 (0.164)	0.128 (0.164)
Kirurgiskavdeling	0.224*** (0.0795)	0.222*** (0.0796)	0.173** (0.0820)	0.183** (0.0823)
Ortopediskavdeling	-0.107 (0.109)	-0.105 (0.109)	-0.129 (0.115)	-0.121 (0.115)
Nevrologiskavdeling	-0.203* (0.118)	-0.191 (0.118)	-0.172 (0.124)	-0.166 (0.125)
Gyn/fødeavdeling	0.0814 (0.101)	0.0803 (0.101)	0.0917 (0.105)	0.0978 (0.105)
Serviceavdeling	0.0183 (0.0675)	0.0250 (0.0675)	-0.00861 (0.0711)	-0.00596 (0.0711)
Fløteskumming	-	-	0.198*** (0.0430)	0.200*** (0.0430)
Kvalitet	-	-	0.185*** (0.0500)	0.185*** (0.0500)
Likhet	-	-	0.286*** (0.0327)	0.281*** (0.0327)
Klarere skillelinjer	0.129*** (0.0286)	0.129*** (0.0285)	-	-
Bedre organisering	0.300*** (0.0281)	0.300*** (0.0281)	-	-
Bedriftsøkonomisk prioritering	0.0905*** (0.0211)	0.0901*** (0.0211)	-	-
Ledelse: Utvikle nye rutiner/arbeidsmåter	-	-	0.0910*** (0.0300)	0.0903*** (0.0300)
Ledelse: Fokus på økonomi	-	-	0.0898*** (0.0321)	0.0903*** (0.0321)
Ledelse: faglige muligheter	0.0606** (0.0288)	0.0626** (0.0287)	-	-
Ledelse: endre organisasjon	0.0701** (0.0293)	0.0649** (0.0294)	-	-
Nivå 2 variabler				
Størrelse	-	-0.000215* (0.000120)	-	-
Pasientsammensetning	-	0.341 (0.253)	-	-
Effektivitet	-	-	-	-0.00453 (0.00425)
Resultat 2005 i prosent	-	-	-	0.0129 (0.00998)
<hr/>				
Varianse (individnivå)	0.011 (0.006)	0.008 (0.005)	0.012 (0.008)	0.009 (0.008)
Varianse (sykehusnivå)	0.635 (0.029)	0.644 (0.028)	0.710 (0.030)	0.710 (0.030)
VPC	3.10 %	3.10 %	2.8 %	2.8 %
<hr/>				
Log Likelihood	-1218	-1215	-1267	-1266

Standardfeil i parentes
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6.1 Produktivitet

Tabell 1 viser analysen av hvordan legene oppfatter at reformen har påvirket produktiviteten ved sykehusene. Som man kan se i graf 1 har legene et generelt positivt inntrykk av hvordan reformen har påvirket produktiviteten ved sykehusene. Til sammen mener 58,1 % av legene at reformen har ført til en økning i produktiviteten ved sykehusene. 29 % av legene mener reformen ikke har ført til noen endringer i produktiviteten, mens kun 12,8 % av legene mener reformen har ført til lavere produktivitet.

Vi ser i analysen at når det kommer til de ulike avdelingene som legene jobber i, er det kun øye avdeling og kirurgisk-avdeling som viser en signifikant effekt. Variabelen for kirurgisk avdeling viser at det finnes en positiv korrelasjon mellom denne avdelingen og hvordan legene oppfatter reformens effekt på produktiviteten. Dette betyr at legene som jobber ved kirurgisk avdeling er mer positive til hvordan reformen har påvirket produktiviteten enn leger som jobber ved referanseavdelingen, som er medisinsk avdeling. Når det gjelder øyeavdelingen ser man i modell 1 og 2 at den har en signifikant positiv effekt. Dette betyr at legene som jobber ved denne avdelingen er mer positive til reformens effekt på produktiviteten enn legene ved medisinsk avdeling. Imidlertid ser man at i modell 3 og 4, hvor det blir kontrollert for andre uavhengige variabler som blant annet organisering og ansvarslinjer, er ikke lenger variabelen for øyeavdelingen signifikant. Dette kan tyde på at den effekten vi i utgangspunktet fant i modell 1 og 2 faktisk skyldes en eller flere av de faktorene som vi kontrollerer for i modell 3 og 4. Videre viser tabellen at det ikke finnes noen sammenheng mellom de øvrige avdelingene i analysene og hvordan legene vurderer reformens effekt på produktiviteten ved sykehusene. Dette innebærer at hvilken avdeling legene jobber for primært ikke har noen effekt på hvordan legene oppfatter reformens effekt på produktivitet. Dermed ser vi at legene bedømmer reformens effekt på produktiviteten relativt likt uavhengig av hvilken avdeling man jobber ved med noen forbehold.

Vi ser videre i modell 1 og 2 at klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene har en sterk og positiv effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt på produktiviteten. Dette kan bety at hvis legene mener reformen har ført til at ansvarslinjene mellom sykehusene og sykehuseierne er blitt klarere, er legene også

mer positive til reformens effekt på produktiviteten. Tabellen viser også at det er en sterk positiv korrelasjon mellom bedre organisering og hvordan legene vurderer reformens effekt på produktiviteten. Dermed tyder resultatene på at leger som er fornøyd med hvordan reformen har påvirket organiseringen også vil være mer positive til reformens effekt på produktiviteten, enn leger som ikke er like fornøyd med organiseringen vil være.

En av endringene reformen førte med seg var at man i større grad skulle bruke styringsprinsipper som var inspirert av det frie markedet, fordi dette var antatt å ha en positiv effekt på sykehusdriften. Ut i fra analysene kan man se at denne antagelsen ser ut til å stemme når det kommer til sykehusenes produktivitet. I modell 1 og 2 er det inkludert en variabel som måler i hvilken grad legene mener at bedriftsøkonomisk prioriteringsmåte vektlegges ved avdelingene. Som man ser viser denne variabelen at det er en positiv signifikant sammenheng mellom det å vektlegge bedriftsøkonomiske prioriteringer og hvordan legene vurderer reformens effekt på produktiviteten. Dermed kan resultatene fra analysen tyde på at reformens overgang til å styre etter mer bedriftsøkonomiske prinsipper har vært med å øke produktiviteten ved sykehusene, eller i hvert fall en økning i produktiviteten sett fra legenes synspunkt. Dette er fordi at resultatene viser at leger som jobber ved avdelinger der bedriftsøkonomiske prinsipper blir vektlagt i prioriteringen er mer positive til reformens effekt på produktiviteten.

De siste individvariablene som er inkludert i analysene er variabler som måler arbeidsoppgaver og prioriteringer hos avdelingsledelsen. Som man kan lese ut i fra analysene ser man at alle arbeidsoppgavene/prioriteringene har en positiv og signifikant korrelasjon med hvordan legene oppfatter reformens effekt på produktiviteten. Dette kan tolkes som om ledelsen kan ha en stor påvirkning på om legene er positive eller negative til hvordan reformen har påvirket sykehusenes produktivitet. Tabellen viser oss for eksempel at ikke overraskende så mener legene at produktiviteten er høyere der avdelingsledelsen også har et høyt fokus på økonomistyring, regnskap og budsjett.

Et av virkemidlene til reformen for å oppnå målsettingene var at man skulle gi mer autonomi til ledere for å styre avdelingene etter lokale og spesielle forhold. Ut i fra

analysene kan man tolke det som at det har gitt gode resultater. For som tabellen viser så er det en sterk positiv korrelasjon mellom leger som jobber ved avdelinger der man har en ledelse som vektlegger det å utvikle nye arbeidsmåter, det å ta faglige muligheter eller det å løse problemer gjennom å endre organisasjonen og hvordan legene vurderer reformens effekt på produktiviteten.

I modell 2 og 4 er det i tillegg til de allerede diskuterte individvariablene blitt inkludert variabler på nivå 2 som måler sykehusegenskaper. I modell 2 er det blitt inkludert variabler som tar for seg sykehusenes størrelse og pasientsammensetning. Sykehusenes pasientsammensetning viser seg ikke å ha noen innvirkning på hvordan legene vurderer reformens effekt på produktivitet. Imidlertid viser analysen at sykehusenes størrelse spiller inn på hvordan legene oppfatter reformens effekt på produktiviteten. Her er det en liten negativ korrelasjon, som betyr at legene som jobber ved store sykehus har et mer negativt inntrykk av hvordan reformen påvirket produktiviteten enn det legene ved mindre sykehus har. Grunnen til at ikke flere av sykehusvariablene ble signifikante kan være en konsekvens av det lave antallet nivå 2-enheter (28) som er sykehus i analysene. I følge Strabac skal effektene være tveldig sterke for at man skal få en signifikant effekt når det er et så lavt antall enheter på nivå 2 (Strabac 2007:186).

Produktiviteten, eller mangel på produktivitet, var en av de største kritikkene som var rettet mot helsesektoren i årene før sykehusreformen ble innført. Dette gjorde at et av hovedmålene til politikerne var å øke produktiviteten ved sykehusene slik at de ble mer økonomisk bærekraftige. Som en konsekvens av at politikere og den politiske diskusjonen hadde blitt farget av nyliberalisme og NPM-paradigmet ble produktivitet som et begrep viktigere i debatten rundt den offentlige tjenesteproduksjonens rolle. Ut i fra graf 1 kan man se at legene i stor grad mente at reformen var vellykket i forhold til det å øke produktiviteten. Sykehusreformen som ble innført i 2001 var sterkt preget av både nyliberalismen og NPM, som gjorde at reformen førte til flere store organisatoriske, administrative og driftsendringer i sykehusdriften. I følge regjeringen handlet reformen om blant annet å gjøre organisatoriske endringer i helsevesenet (Ot.prp. 2000-2001). Som man kan se i tabellen har det å bedre organiseringen hatt en positiv effekt på hvordan legene oppfatter reformens effekt i forhold til produktivitet. En annen av reformens målsettinger var at man skulle gjøre ansvarslinjene klarere, og

dette ble gjort ved at sykehusene ble overført til staten slik at de ikke lenger trengte å forholde seg til både staten og fylke. Som analysen viser, er det en sterk korrelasjon mellom det å klargjøre ansvarslinjene og hvordan legene oppfatter produktiviteten. I følge Martinussen og Magnussen (2011) førte reformen til store organisatoriske endringer i ledelsesstrukturen, selv om det ikke var en eksplisitt ledelsesreform. Målet med reformen var også å gi de lokale lederne mer makt til å påvirke sykehusdriften. Ut i fra resultatene i analysen kan det se ut til at lederne og de valgene de gjør spiller en rolle i forhold til hvordan legene oppfatter reformen. Av de arbeidsoppgavene som er valgt ut som indikatorer på en autonom ledelse ser man at samtlige har en positiv effekt på hvordan legene oppfatter reformens effekt på produktiviteten.

Når det kommer til hvordan sykehusenes egenskaper, og hvordan disse har påvirket reformens effekt på produktivitet, så man i analysen at legene ved større sykehus var mer negative til hvordan reformen har påvirket produktiviteten enn leger ved mindre sykehus. Store sykehus har ofte tilgang til mer tekniske og økonomiske ressurser, samtidig som større sykehus også er mer komplekse og har derfor i utgangspunktet hatt et stort behov for en god administrasjon og ledelse. En stor del av sykehusreformen vektla det å legge til rette for en bedre organisering og effektivisere administrasjonen. Siden store sykehus imidlertid allerede før reformen i større grad var avhengig av en god organisering på grunn av deres kompleksitet og størrelse enn det mindre sykehus hadde, kan det hende at de mindre sykehusene har hatt mer å tjene på reformens organiseringstiltak, siden de har hatt mer å gå på i forhold til organisering enn det de store sykehusene har hatt.

Tabell 2: Flernivåanalyse av legenes vurdering av reformens effekt på den medisinske kvaliteten.

Avhengig variabel: Kvalitet	Modell 1	Modell 2	Model 3	Model 4
Konstant	-0.469*** (0.0860)	-0.410** (0.161)	-0.333*** (0.118)	-0.170 (0.252)
Nivå 1 variabler				
Alder	0.0324** (0.0160)	0.0322** (0.0160)	0.0371** (0.0166)	0.0374** (0.0166)
Kjønn	-0.0604 (0.0375)	-0.0605 (0.0376)	-0.0380 (0.0383)	-0.0387 (0.0383)
Øyeavdeling	0.0985 (0.112)	0.101 (0.112)	0.0716 (0.114)	0.0716 (0.114)
ØNHavdeling	0.0664 (0.105)	0.0655 (0.105)	0.00660 (0.103)	0.00453 (0.103)
Kirurgiskavdeling	0.0166 (0.0513)	0.0144 (0.0514)	-0.0669 (0.0514)	-0.0672 (0.0515)
Ortopediskavdeling	-0.0188 (0.0702)	-0.0197 (0.0702)	-0.00836 (0.0722)	-0.00596 (0.0722)
Nevrologiskavdeling	-0.213*** (0.0751)	-0.211*** (0.0752)	-0.178** (0.0776)	-0.172** (0.0778)
Gyn/fødeavdeling	0.0388 (0.0651)	0.0360 (0.0653)	0.0399 (0.0657)	0.0412 (0.0657)
Serviceavdeling	0.0928** (0.0436)	0.0926** (0.0437)	0.0154 (0.0445)	0.0153 (0.0445)
Fløteskumming	-	-	-0.178*** (0.0266)	-0.178*** (0.0266)
Likhet	-	-	0.0979*** (0.0210)	0.0989*** (0.0210)
Produktivitet	-	-	0.0721*** (0.0196)	0.0723*** (0.0196)
Klarere ansvarslinjer	0.0498*** (0.0184)	0.0500*** (0.0184)	-	-
Bedre organisering	0.138*** (0.0181)	0.139*** (0.0181)	-	-
Bedriftsøkonomisk prioritering	-0.101*** (0.0136)	-0.101*** (0.0136)	-	-
Ledelse: utvikle nye rutiner/arbeidsmåter	-	-	0.0943*** (0.0186)	0.0943*** (0.0186)
Ledelse: fokus på økonomi	-	-	-0.0541*** (0.0201)	-0.0524*** (0.0201)
Ledelse: faglige muligheter	0.0590*** (0.0185)	0.0592*** (0.0185)	-	-
Ledelse: endre organisasjon	0.000121 (0.0188)	-0.000797 (0.0189)	-	-
Nivå 2 variabler				
Størrelse	-	-5.09e-05 (7.31e-05)	-	-
Pasientsammensetning	-	-0.0328 (0.161)	-	-
Effektivitet	-	-	-	-0.00251 (0.00266)
Resultat 2005 i prosent	-	-	-	-0.00784 (0.00624)
Varianse (individnivå)	0.003 (0.003)	0.003 (0.003)	0.004 (0.004)	0.003 (0.003)
Varianse (sykehusnivå)	0.267 (0.012)	0.267 (0.012)	0.279 (0.012)	0.279 (0.012)
VPC	2,60 %	2.60 %	3,20 %	3,20 %
Log Likelihood	-769.2	-769.0	-793,4	-792.2

Standardfeil i parentes

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6.2 Kvalitet

Den neste analysen ser på hvordan legene mener at sykehusreformen har påvirket den medisinske behandlingen ved sykehusene. Som det kom frem under tidligere forskning, har det vist seg å være svært komplisert å definere presist hva medisinsk kvalitet innebærer, og ikke minst hvordan man måler den medisinske kvaliteten i helsevesenet. Som det ble diskutert, er det utrolig mange elementer og faktorer som er med på å avgjøre kvaliteten, og dette er med på å problematisere målingen. I denne analysen vil det bli benyttet legenes syn på kvaliteten og hvordan reformen har påvirket den medisinske kvaliteten i behandlingen. Sykehusleger er svært nærme pasientene gjennom hele prosessen og er derfor i en unik posisjon til å bedømme den medisinske kvaliteten ved at de har oversikt over en rekke faktorer knyttet til den medisinske kvaliteten, som vanskelig lar seg måle kvantitativt. Det gjør at denne analysen i tillegg til å kartlegge hvordan legene bedømmer sykehusreformen også kan gi en god pekepinn på kvaliteten ved de norske sykehusene.

Legene ble i spørreskjemaet spurt om de mente at sykehusreformen hadde ført til en høyere eller lavere medisinsk kvalitet i behandlingen. Som det kommer frem i graf 2, mener over halvparten av legene at reformen ikke førte til noen endring i den medisinske kvaliteten, og nesten 25 % av legene mente at reformen hadde ført til en lavere medisinsk kvalitet, mens kun 4.9 % av legene mente at reformen faktisk hadde ført til en høyere kvalitet. For å undersøke hvilke faktorer som ligger bak legenes vurdering av reformens effekt på kvaliteten vil det bli benyttet de samme variablene som i forrige analyse. Dette er variabler som tar utgangspunkt i utvalgte virkemidler som lå i reformen for å prøve å få en bedre forståelse av hva som ligger bak legenes vurdering av reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Analysens oppbygning følger samme struktur som forrige analyse, med totalt fire modeller fordelt på to ulike analyser, hvor hver av de to analysene har en modell med kun individvariabler for så å bli utvidet med sykehusvariabler i neste modell.

De første variablene i analysen er kontrollvariablene, og her viser modellen at legenes alder spiller inn på hvordan de oppfatter hvordan reformen har påvirket den medisinske kvaliteten. Ut i fra alle de fire modellene har man en signifikant positiv effekt, som vil si at eldre leger har et mer positivt inntrykk av reformens effekt på kvaliteten enn det de yngre legene har. Dette kan komme av at eldre leger har en

lengre fartstid ved norske sykehus, og har dermed opplevd hvordan den medisinske kvaliteten har økt i takt med den teknologiske utviklingen man har sett i helsesektoren de siste tiårene. Dette gjør at de i større grad er mer fornøyde med den medisinske kvaliteten enn yngre leger, som ikke har opplevd den samme utviklingen mens de har jobbet ved sykehusene.

Når det kommer til de ulike sykehusavdelingene viser resultatene at leger som jobber ved nevrologiske avdelinger har et mer negativt inntrykk av hvordan reformen har påvirket den medisinske kvaliteten enn leger som jobber ved de medisinske avdelingene. I tillegg ser man i modell 1 og 2 at de legene som jobber i en serviceavdeling, som er en samlekategori for de som jobber på laboratorium, anesthesiavdeling og røntgenavdeling, har et mer positivt inntrykk av hvordan reformen påvirket kvaliteten enn de som jobber ved medisinsk avdeling. Imidlertid er ikke denne effekten lenger signifikant i modell 3 og 4, hvor det blir kontrollert for andre faktorer. Dette kan bety at den effekten vi så i modell 1 og 2 i realiteten skyldes en eller flere av de variablene som det blir kontrollert for i modell 3 og 4. Utenom disse to avdelingene viser tabellen at det ikke er noen sammenheng mellom de andre avdelingene og hvordan legene oppfatter reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Dette indikerer at den effekten reformen har hatt på den medisinske kvaliteten har vært relativt lik for de forskjellige avdelingene legene jobber ved, med unntak av nevrologisk avdeling, der legene i følge resultatene er mer negative til reformens effekt på den medisinske kvaliteten.

Når det kommer til reformens organisatoriske endringer som ble gjort ved sykehusene for å gjøre ansvarslinjene klarere og for å bedre organiseringen kan det ut i fra resultatene se ut til å ha en positiv effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Som det kommer frem i modell 1 og 2 fører klarere ansvarslinjer til at legene er mer positive til reformens påvirkning på den medisinske kvaliteten. Tabellen viser oss at jo mer legene mener reformen har gjort ansvarslinjene klarere, desto mer fornøyd er de også med reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Den samme positive effekten har også variabelen som måler organiseringen. Her ser man at legene er mer positive til reformens effekt på den medisinske kvaliteten hvis de også er positive til reformens effekt på organiseringen. Vi så i forrige analyse at klarere ansvarslinjer og bedre organisering hadde en positiv

effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt produktiviteten ved sykehusene. Som det kommer frem i resultatene her viser det at disse variablene også korrelerer positivt med hvordan legene vurderer reformens effekt på den medisinske kvaliteten.

Tabellen viser videre at bedriftsøkonomiske prioriteringer ikke overraskende har en negativ effekt på hvordan legene oppfatter kvaliteten i behandlingene. Dette innebærer at leger som mener at pasientene blir prioritert i forhold til hvilken inntjening de gir også vil være mer negative til reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Dette kan tolkes som om at legene er delvis skeptiske til reformens fokus på økonomi og bedriftsøkonomiske styringsprinsipper, og mener dette går ut over pasientene ved at det reduserer den medisinske kvaliteten i behandlingen.

Når det kommer til hvordan legenes vurderinger av de andre målsettingene spiller inn på hvordan de har vurdert reformens effekt på den medisinske kvaliteten ser man at det er en positiv korrelasjon mellom disse. Dette innebærer at hvis legene er fornøyde med reformens effekt på produktiviteten og likheten, er de også mer fornøyde med reformens effekt på den medisinske kvaliteten. I utgangspunktet er det overraskende at det er en positiv korrelasjon mellom hvordan legene vurderer reformens effekt på produktiviteten og kvaliteten. Dette er fordi det er en mer eller mindre etablert sannhet at det ikke går an å øke produktiviteten uten at det går ut over kvaliteten (Yin et al. 2013). Imidlertid må det påpekes at analysene ikke viser den reelle produktiviteten eller kvaliteten, men viser oss legenes oppfatning av disse målene.

Samtidig er også de fleste studier som ser på produktivitet-kvalitetsforholdet innenfor helsevesenet amerikanske studier, hvor helsevesenet er veldig annerledes organisert og drevet enn i Norge. En av få europeiske studier gjort på dette feltet er en studie fra Portugal, hvor det ble undersøkt hvordan innføringen av ISF påvirket produktiviteten og kvaliteten ved sykehusene. Det som også var spesielt med denne studien var at det her, i motsetninger til tidligere studier, ble tatt hensyn til endringene i kvaliteten når de studerte produktiviteten. Dette var fordi det i følge forskerne er et velkjent problem at for å øke kvaliteten er man også avhengig av å øke ressursbruken per enhet. Derfor vil enhver studie av produktivitet vise en forverring i situasjoner i tilfeller der man har hatt en forbedring i kvaliteten, siden dette vil føre til en økning i ressursbruk. Imidlertid mener de at det ikke er en automatikk i at en økning i kvaliteten har en

negativ effekt på produktiviteten bare siden det fører til en ressursøkning, fordi produktiviteten i seg selv kan ha blitt bedre. Derfor burde man, når man måler endringer i produktivitet, også ta hensyn til eventuelle endringer i kvaliteten (Dismuke og Sena 2001). Derfor benyttet de i deres studie kvalitetsjusterte mål på produktiviteten som innebar at produktiviteten ble kontrollert for endring i kvalitet. Dette gjorde at resultatene i deres studie viste at man hadde fått en økning i både kvaliteten og produktiviteten ved sykehusene etter innføringen av ISF. Dette gjør at det ikke automatisk er en trade-off mellom produktivitet og kvalitet selv om det er uunngåelig at en økning i kvalitet fører til en økning i ressursbruk (Ibid).

Jon Magnussen påpeker også at man ikke kan bedømme produktiviteten ved sykehusene på en tilfredsstillende måte uten at man også tar hensyn til kvaliteten. I følge Magnussen forutsetter nemlig sammenligninger av produktivitet at det ikke er uobserverbare forskjeller i kvalitet, og dersom kvaliteten er vanskelig å observere kan kvalitetsforskjeller feiltolkes som forskjeller i produktiviteten (Magnussen 2005). Når det gjelder hvordan legene vurderer produktiviteten, er det urealistisk å forvente at legene vil ha en eksakt oversikt over ressursbruk per enhet i behandlingene. Derfor er det mer naturlig å anta at legene ubevisst bruker litt av den samme tilnærmingen som i den nevnte studien og ikke vurderer produktiviteten kun ut i fra eksakt ressursbruk, men i et mer helhetlig lys.

I tillegg ser man at det er en positiv sammenheng mellom hvordan legene oppfatter at reformen har påvirket likheten i tilgang på helsetjenester og hvordan de oppfatter reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Dette tyder på at leger som er mer positive til hvordan reformen har påvirket likheten i tilgangen på helsetjenester, også er mer positive til reformens effekt på den medisinske kvaliteten.

Videre viser analysene at hvordan avdelingsledelsen vektlegger ulike arbeidsoppgaver spiller inn på legenes vurderinger av reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Som man ser, har det at avdelingsledelsen utvikler nye arbeidsmåter en positiv korrelasjon med legenes vurdering av den medisinske kvaliteten. Både det at avdelingslederne tar initiativ til nye faglige muligheter og det at de tar faglige muligheter har også en positiv effekt på hvordan legene oppfatter reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Dette betyr at hvis leger mener at avdelingsledelsen i stor

grad vektlegger dette, så er de også mer fornøyde med den medisinske kvaliteten, sammenlignet med leger som mener at avdelingsledelsen vektlegger det i mindre grad. På den andre siden viser analysen at hvis avdelingsledelsen vektlegger arbeidsoppgaver som økonomistyring, regnskap og budsjett vil dette ha en negativ effekt på hvordan legene vurderer reformens påvirkning på den medisinske kvaliteten. Dermed indikerer resultatene at leger som jobber ved avdelinger der ledelsen har et høyt økonomifokus også vil ha et mer negativt inntrykk av reformens rolle ovenfor den medisinske kvaliteten i behandlingene.

I modell 3 og 4 har modellene blitt utvidet ved at det også er inkludert nivå 2-variabler som måler sykehusegenskaper, men som modellene viser har verken sykehusenes størrelse, pasientsammensetning, effektivitet eller driftsresultat en signifikant effekt. Dermed kan man ut i fra analysenes resultater anta at de utvalgte sykehustrekkene ikke påvirker hvordan legene vurderer reformens effekt i forhold til den medisinske kvaliteten.

Før implementeringen av reformen fryktet mange at reformens sterke fokus på de økonomiske aspektene ville gå utover den medisinske kvaliteten (Martinussen og Magnussen 2011). Ut i fra analysene kan man tolke at legene bekrefter denne frykten ved at de økonomiske variablene har en negativ innvirkning på hvordan legene vurderer reformens effekt på kvaliteten. Analysen viser både at det å vektlegge bedriftsøkonomiske prioriteringer og det at ledelsen fokuserer på økonomiske arbeidsoppgaver har en negativ effekt på hvordan legene oppfatter reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Dermed kan det ut i fra legenes synspunkt se ut som at reformens økte fokus på økonomi har gått utover den medisinske kvaliteten. Samtidig viste analysene at de organisatoriske endringene i reformen hadde en positiv effekt på hvordan legene vurderte reformen, ved at både klarere ansvarlinjer og bedre organisering har spilt en positiv rolle i forhold til hvordan legene vurderer reformens effekt ovenfor den medisinske kvaliteten.

Tabell 3: Flernivåanalyse av legenes vurdering av reformens effekt på likhet i tilgang på helsetjenester.

Avhengig variabel: Likhet	Modell 1	Modell 2	Model 3	Model 4
Konstant	-0.286** (0.127)	-0.155 (0.237)	-0.154 (0.177)	0.327 (0.416)
Nivå 1 variabler				
Alder	-0.0108 (0.0234)	-0.00990 (0.0234)	-0.00178 (0.0247)	-0.00311 (0.0247)
Kjønn	-0.0796 (0.0547)	-0.0794 (0.0547)	-0.0688 (0.0569)	-0.0658 (0.0568)
Øyeavdeling	0.0187 (0.163)	0.0268 (0.163)	-0.0337 (0.170)	-0.0249 (0.170)
ØNHavdeling	0.209 (0.153)	0.201 (0.152)	0.216 (0.153)	0.225 (0.152)
Kirurgiskavdeling	0.0280 (0.0747)	0.0204 (0.0748)	-0.0569 (0.0763)	-0.0442 (0.0764)
Ortopediskavdeling	-0.158 (0.102)	-0.159 (0.102)	-0.120 (0.107)	-0.114 (0.107)
Nevrologiskavdeling	-0.202* (0.110)	-0.194* (0.110)	-0.116 (0.115)	-0.112 (0.115)
Gyn/fødeavdeling	-0.0597 (0.0956)	-0.0654 (0.0957)	-0.0708 (0.0975)	-0.0626 (0.0974)
Serviceavdeling	0.0488 (0.0634)	0.0497 (0.0635)	0.0103 (0.0659)	0.0122 (0.0658)
Fløteskumming	-	-	-0.118*** (0.0402)	-0.117*** (0.0401)
Kvalitet	-	-	0.215*** (0.0463)	0.217*** (0.0462)
Produktivitet	-	-	0.246*** (0.0282)	0.242*** (0.0282)
Klarere skillelinjer	0.210*** (0.0269)	0.211*** (0.0269)	-	-
Bedre organisering	0.189*** (0.0265)	0.190*** (0.0265)	-	-
Bedriftsøkonomisk prioritering	-0.0385* (0.0199)	-0.0377* (0.0198)	-	-
Ledelse: utvikle nye rutiner/arbeidsmåter	-	-	0.0677** (0.0279)	0.0657** (0.0279)
Ledelse: fokus på økonomi	-	-	-0.0392 (0.0300)	-0.0398 (0.0300)
Ledelse: faglige muligheter	0.0309 (0.0270)	0.0305 (0.0270)	-	-
Ledelse: endre organisasjon	0.0703** (0.0274)	0.0668** (0.0274)	-	-
Nivå 2 variabler				
Størrelse	-	-0.000237** (0.000111)	-	-
Pasientsammensetning	-	0.0149 (0.237)	-	-
Effektivitet	-	-	-	-0.00417 (0.00448)
Driftsresultat 2005 i prosent	-	-	-	0.0198* (0.0103)
Varianse (individnivå)	0.011 (0.007)	0.006 (0.005)	0.016 (0.009)	0.013 (0.007)
Varianse (sykehusnivå)	0.568 (0.025)	0.568 (0.025)	0.612 (0.275)	0.612 (0.275)
VPC	2.4 %	2.4 %	3.5 %	3.5 %
Log Likelihood	-1151	-1146	-1193	-1189

Standardfeil i parentes

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6.3 Likhhet:

Den siste målsettingen som er blitt plukket ut for å undersøke er målsettingen om å øke likheten i tilgangen på helsetjenester. Før sykehusreformen var det rettet mye kritikk mot helsevesenet fordi det var en stor forskjell i behandlingstilbudet mellom de ulike fylkeskommunene. Et av virkemidlene i reformen for å øke likheten i tilgangen på helsetjenester var at eierskapet av sykehusene ble overført til staten, siden det ble antatt at man ville bli sikret en høyere likhet i tilbudet ved at man nå gikk fra 19 til én tilbyder (Bollingmo og Jensen 2007:24). I graf 3 ser man en grafisk fremstilling av fordelingen på variabelen som måler hvordan legene vurderer reformens suksess i forhold til det å øke likheten i tilgangen på helsetjenester. Her ser man at et stort flertall av legene, nærmere bestemt 52,4 %, mener at reformen ikke har ført til noen endringer når det gjelder likheten i tilgangen på helsetjenester. Den viser også at til sammen 28,5 % av legene mener at reformen har enten fjernet seg litt eller mye fra målet om å bedre likheten i tilgangen på helsetjenester, mens 17,4 % av legene mente at reformen hadde nærmet seg denne målsettingen litt, og kun 1,6 % av legene mente at reformen hadde nærmet seg denne målsettingen mye.

Også denne analysen er bygget opp på samme måte som de to foregående analysene, ved at det er først gjort to analyser med forskjellige relevante variabler på individnivå, før begge modellene er utvidet til også å inkludere variabler på sykehusnivå. I tillegg til samme relevante forklaringsvariabler som i de andre analysene har også modellene de samme kontrollvariablene som i de foregående analysene.

Som man ser i tabellen er ingen av bakgrunnsvariablene signifikante. Dette betyr at det ikke er noen sammenheng mellom legenes alder eller kjønn og hvordan de oppfatter at reformen har påvirket likheten i tilgangen på helsetjenester ved sykehusene. Man finner heller ingen signifikant forskjell mellom de ulike avdelingene som legene jobber i og hvordan de oppfatter reformens effekt på likheten i tilgang på helsetjenester. Det eneste unntaket er at man finner en negativ effekt på det å jobbe ved nevrologisk avdeling og likheten i tilgangen på helsetjenester, men denne effekten er bare signifikant på et 0.1-nivå, samtidig som at denne signifikante effekten også faller bort i modell 3 og 4 hvor det blir kontrollert for andre faktorer enn i modell 1 og 2. Dermed kan man anta at det ikke finnes noen forskjeller mellom de ulike

avdelingene legene jobber ved og hvordan de oppfatter reformens effekt på likheten i tilgangen på helsetjenester.

Denne analysen viser også en positiv sammenheng mellom både klarere ansvarslinjer og bedre organisering og hvordan legene oppfatter reformens oppnåelse av målsettingene. Analysen viser at det er en sterk signifikant sammenheng mellom disse faktorene og hvordan legene vurderer reformens effekt på likheten ved sykehusene. Dette tyder på at ved sykehus hvor legene mener reformen har bedret organiseringen og gjort ansvarslinjene klarere mener legene også at reformen i større grad har lyktes i å øke likheten i tilgangen på helsetjenester. Dermed kan det virke som det å bedre organiseringen og det å gjøre ansvarslinjene mellom sykehusene og sykehuseierne klarere er to virkemidler som i følge legene spiller en viktig rolle i forhold til å øke likheten i tilgangen på helsetjenestene ved landets sykehus. Tanken bak overføringen av eierskapet til staten var at sykehusene ikke lenger skulle forholde seg til både fylkene og staten når det kom til retningslinjer og krav til driften. I tillegg skulle dette også gjøre at man ville øke likheten i tilgangen på helsetjenester ved at tilbudet ved sykehusene ikke lenger skulle gjenspeile lokale forhold, men i stedet reflektere en lik nasjonal standard. Som analysene indikerer kan man tolke dette som et vellykket grep ved at klarere ansvarslinjer korrelerer positivt med hvordan legene oppfatter reformens effekt på å øke likheten i tilgangen på helsetjenester.

Videre viser resultatene at det å vektlegge en bedriftsøkonomisk prioriteringsmetode ved avdelingene har en negativ effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt i forhold til å øke likheten i tilgangen på helsetjenester. Analysen viser at de legene som oppfatter at bedriftsøkonomiske prioriteringer i stor grad blir vektlagt ved avdelingen de jobber, er mer negative til hvordan reformen har påvirket likheten. Imidlertid er det verdt å merke seg at denne effekten kun er signifikant på et 0.1-nivå, og ikke et 0.05-nivå som betyr at det er mellom 5 til 10 % sjanse for at denne effekten kun skyldes tilfeldigheter i utvalget.

Ut i fra analysene kan det se ut som om at det ikke er noen konflikt mellom målsettingen om å øke likheten i tilgangen på helsetjenester og målsettingen om å øke produktiviteten ved sykehusene. Som vi kan lese av både modell 3 og 4 finnes det en positiv korrelasjon mellom disse målsettingene. Det viser oss at jo høyere

produktivitet legene mener reformen har ført til, jo høyere likhet i tilgangen på helsetjenester mener også legene at reformen har ført til. At legene mener at høyere produktivitet har ført til en større likhet i tilgangen på helsetjenester er imidlertid også naturlig. Hvis et sykehus øker sin produktivitet betyr det at de har muligheten til å behandle flere pasienter. Det at sykehusene får mulighetene til å behandle flere pasienter betyr at sykehusene også får muligheten til å tilby flere pasienter behandling. Ved at sykehusene kan tilby flere pasienter enn tidligere behandling vil tilgjengeligheten på helsetjenester automatisk bli større, og dette innebærer at man får en høyere likhet i tilbudet.

I tillegg ser man en positiv korrelasjon mellom hvordan legene oppfatter at reformen har påvirket den medisinske kvalitet og hvordan reformen har påvirket likheten i tilgangen på helsetjenester. Dette betyr at leger som er fornøyd med reformens effekt på den medisinske kvaliteten også er mer fornøyd med hvordan reformen har påvirket likheten på tilgangen til helsetjenester. Ved at det er en positiv korrelasjon mellom hvordan legene oppfatter disse to målsettingene kan det tolkes som at eventuelle tiltak som er satt inn for å bedre den medisinske kvaliteten også kan ha en positiv effekt på likheten, siden resultatene viser at det er en positiv sammenheng mellom legenes vurderinger av kvalitet og likhet.

Analysen viser videre at det i likhet med bedriftsøkonomisk prioriteringsmåte ikke overraskende er en negativ sammenheng mellom det å prioritere lønnsomme diagnosegrupper og hvordan legene vurderer reformens effekt på likheten. Dette betyr at leger som mener at lønnsomme diagnosegrupper blir prioritert høyere etter at reformen ble innført, vil være mer negative til hvordan reformen har påvirket likheten i tilgangen på helsetjenester.

Til slutt er det også i denne analysen blitt inkludert flere variabler som måler hvordan avdelingsledelsene vektlegger ulike arbeidsoppgaver og prioriteringer. Dette er for å undersøke om avdelingsledelsen kan spille en rolle i forhold til hvordan legene vurderer reformens suksess når det kommer til målsettingen om å øke likheten i tilgangen på helsetjenester. Ut i fra resultatene ser man at hvis ledelsen vektlegger det å utvikle og ta i bruk nye arbeidsmåter er også legene mer positive når det kommer til reformens effekt på likheten.

Som det ble nevnt i teorien var mange skeptiske til at det økende fokuset i reformen på økonomiske aspekter ville ha en negativ effekt på likheten ved sykehusene (Martinussen og Magnussen 2011:193). Analysen viste også at bedriftsøkonomiske prioriteringer ved avdelingene har en negativ effekt på hvordan legene bedømmer likheten. Imidlertid viser analysen at det at avdelingsledelsen har et økonomifokus ikke har en signifikant effekt på legenes vurderinger. Dette kan tyde på at det ikke er det økonomiske fokuset i seg selv som fører til en lavere likhet, men at likheten først blir redusert som en konsekvens av at man benytter en bedriftsøkonomisk prioriteringsmåte i pasientprioriteringen. Den siste av ledelsesvariablene måler i hvor stor grad ledelsen vektlegger det å løse problemer gjennom å endre organisasjonen. Her ser man at dette har en positiv effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt på likheten i tilgangen på helsetjenester.

I modell 2 og 4 blir analysen utvidet ved at det blir introdusert variabler som måler sykehusegenskaper for å se om trekk ved de ulike sykehusene kan ha spilt inn på hvordan legene vurderer reformens effekt på likheten. Som modell 2, viser har sykehusenes størrelse en negativ effekt på hvordan legene oppfatter likheten. Dette tyder på at legene ved større sykehus er mer negative til hvordan reformen har påvirket likheten enn det leger ved mindre sykehus er. Dette er et overraskende funn, fordi det er nærliggende å tro at siden større sykehus har flere ressurser vil de også ha muligheten til å tilby flere pasienter behandling, og dermed burde legene ved store sykehus være mer fornøyde med reformens effekt på likheten. En annen sykehusfaktor som viser seg å påvirke legenes syn er sykehusenes driftsresultat. Variabelen driftsresultat i modell 4 måler driftsresultatet til sykehusene i 2005, og viser at den har en positiv effekt på hvordan legene oppfatter likheten. Dette betyr at gode driftsresultat har en positiv effekt på hvordan legene mener reformen har påvirket likheten i tilgangen på helsetjenester. Grunnen til dette kan være at sykehus som har et godt driftsresultat har mer økonomiske ressurser til rådighet og derfor en større mulighet til å gi flere pasienter et tilbud uavhengig av pasientens bosted og tilstand.

Tabell 4: Flernivåanalyse av legenes vurdering av reformens effekt på fløteskummingen ved sykehusene.

Avhengig variabel: Fløteskumming	Modell 1	Modell 2	Model 3	Model 4
Konstant	0.838*** (0.100)	0.729*** (0.191)	0.466*** (0.136)	0.404 (0.315)
Nivå 1 variabler				
Alder	-0.0828*** (0.0185)	-0.0820*** (0.0184)	-0.0891*** (0.0191)	-0.0890*** (0.0191)
Kjønn	0.0441 (0.0432)	0.0471 (0.0431)	0.0179 (0.0444)	0.0177 (0.0444)
Øyeavdeling	0.320** (0.128)	0.326** (0.128)	0.316** (0.132)	0.315** (0.132)
ØNHavdeling	0.199* (0.120)	0.203* (0.120)	0.268** (0.119)	0.267** (0.119)
Kirurgiskavdeling	-0.0925 (0.0589)	-0.0928 (0.0590)	-0.0567 (0.0595)	-0.0581 (0.0597)
Ortopediskavdeling	0.222*** (0.0806)	0.224*** (0.0805)	0.278*** (0.0831)	0.277*** (0.0832)
Nevrologiskavdeling	0.0967 (0.0862)	0.104 (0.0862)	0.0736 (0.0901)	0.0727 (0.0903)
Gyn/fødeavdeling	-0.0497 (0.0748)	-0.0501 (0.0749)	-0.0913 (0.0760)	-0.0922 (0.0761)
Serviceavdeling	0.0116 (0.0501)	0.0160 (0.0501)	0.0723 (0.0514)	0.0721 (0.0514)
Kvalitet	-	-	-0.239*** (0.0357)	-0.239*** (0.0357)
Likhet	-	-	-0.0719*** (0.0244)	-0.0714*** (0.0245)
Produktivitet	-	-	0.104*** (0.0226)	0.104*** (0.0226)
Klarere ansvarlinjer	0.0160 (0.0213)	0.0160 (0.0212)	-	-
Bedre organisering	-0.0485** (0.0209)	-0.0483** (0.0209)	-	-
Bedriftsøkonomisk prioritering	0.171*** (0.0156)	0.171*** (0.0156)	-	-
Ledelse: utvikle nye rutiner/arbeidsmåter	-	-	-0.0149 (0.0218)	-0.0147 (0.0218)
Ledelse: fokus på økonomi	-	-	0.0513** (0.0233)	0.0511** (0.0234)
Ledelse: faglige muligheter	-0.0141 (0.0214)	-0.0127 (0.0213)	-	-
Ledelse: endre organisasjon	-0.0143 (0.0216)	-0.0177 (0.0216)	-	-
Nivå 2 variabler				
Størrelse	-	-0.000141 (9.34e-05)	-	-
Pasientsammensetning	-	0.236 (0.190)	-	-
Effektivitet	-	-	-	0.000639 (0.00337)
Resultat 2005 i prosent	-	-	-	-0.00135 (0.00780)
Varianse (individnivå)	0.006 (0.004)	0.005 (0.003)	0.007 (0.004)	0.007 (0.005)
Varianse (sykehusnivå)	0.351 (0.015)	351 (0.015)	0.374 (0.017)	0.374 (0.017)
VPC	2.5 %	2.5 %	3.0 %	3.0 %
Log likelihood	-908.4	-906.6	-941.4	-941.4

Standardfeil i parentes

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6.4 Fløteskumming

For å få et godt innblikk i hvordan legene vurderer sykehusreformen ble det undersøkt i hvilken grad de mener at de tre målsettingene som har blitt antatt å være reformens viktigste har blitt oppfylt. Den første målsettingen var å øke produktiviteten ved sykehusene slik at helsesektoren ble mer økonomisk bærekraftig. De to neste målsettingene om å øke den medisinske kvaliteten og øke likheten i tilgangen på helsetjenester blir sett på som sentrale mål både i forhold til helsepolitikken og for velferdsstatens verdigrunnlag. Både før og etter at sykehusreformen ble implementert advarte flere om at reformens økte fokus på budsjett og økonomi ville få konsekvenser for pasientene, og særlig for pasientprioriteringene. Fløteskumming kan som tidligere diskutert være en bivirkning av overgangen til mer markedsorienterte systemer, fordi denne overgangen vil føre til et større fokus på effektivitet og kostnadsbesparelser (Martinussen og Hagen 2009:140). Derfor kan også fløteskummingen ved sykehusene ha vokst etter at sykehusreformen ble innført. Dette gjør at for å få et godt innblikk i hvordan legene vurderer sykehusreformen burde man i tillegg undersøke i hvilken grad legene mener reformen har ført til mer eller mindre fløteskumming ved sykehusene.

Tidligere forskning på reformens effekt på sykehusreformen var som tidligere diskutert ikke entydig. Forskningsrådets evaluering (2007) fant at fløteskummingen hadde økt etter at reformen var innført. Martinussen og Hagen på sin side fant at fløteskummingen hadde økt etter innføringen av ISF i 1999, men at fløteskummingen hadde blitt redusert etter at sykehusreformen ble innført. Reduksjonen i fløteskummingen ble forklart med den lave kostnadskontrollen som fulgte i årene etter implementeringen av reformen. For å undersøke fløteskummingen ved sykehusene brukte begge disse studiene ulike varianter av måling av pasienters ventetid. Det som gjør denne analysen annerledes i forhold til tidligere forskning er at det i stedet for kvantitative mål som ventetid vil det bli brukt legenes oppfatning om hvordan reformen har påvirket prioriteringen av lønnsomme diagnosegrupper.

Graf 4 viser oss en oversikt over hvordan legene mener reformen har påvirket fløteskummingen. Her ser man at 53,9 % av de spurte legene mener at reformen ikke har ført til noen endringer i prioriteringspraksisen, mens 44,8 % mener at reformen har ført til at lønnsomme diagnosegrupper prioriteres høyere etter at reformen ble

innført. Dette gjør at kun en svært liten del av legene mener at reformen faktisk har redusert fløteskummingen ved sykehusene.

Også denne analysen følger den samme oppskriften som de tidligere presenterte analysene, ved at det blir kontrollert for bakgrunnsvariabler, organisatoriske variabler, målsettingsvariablene, ledelsesvariabler og til slutt sykehusvariabler.

Som man ser i tabell 4 viser analysen at alder har en negativ effekt. Dette innebærer at eldre leger mener at reformen har ført til mindre fløteskumming enn sine yngre kollegaer. Analysene viser også at flere avdelinger har en signifikant positiv effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt på fløteskumming. Både leger som jobber ved øye-avdelinger, ØNH-avdelinger og ortopediske avdelinger mener alle at sykehusreformen har ført til mer fløteskumming enn legene som jobber på medisinske avdelinger. Disse resultatene kan tolkes som at det er forskjeller i hvordan legene vurderer reformens effekt på fløteskummingen avhengig av hvilke avdelinger de jobber med. Dette kan komme av at enkelte avdelinger behandler flere pasienter og pasientgrupper, og derfor har en større mulighet til å prioritere de som er lønnsomme enn det andre avdelinger kan. I tillegg kan også noen avdelinger ha en bedre oversikt over de ulike pasientenes kostnader, og derfor i større grad kunne skille mellom pasienter som er lønnsomme og pasienter som ikke er det.

Når det kommer til variablene som går på organiseringen, ser man at god organisering har en negativ effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt på fløteskummingen. Dermed kan man ut i fra analysene anta at leger som mener reformen har hatt en god effekt på organiseringen mener at reformen har ført til mindre fløteskumming enn leger som mener reformen ikke har hatt en like god effekt på organiseringen. Samtidig viser analysen at bedriftsøkonomiske prioriteringer har en positiv effekt på hvordan legene vurderer reformens effekt på fløteskummingen. Dette er ikke særlig overraskende, siden det kom klart frem i teorien at fløteskummingen var en direkte konsekvens av den økende tilpasningen etter nettopp bedriftsøkonomiske prinsipper. Derfor vil også med stor sannsynlighet leger som mener at bedriftsøkonomiske prioriteringer i stor grad blir vektlagt, også mene at reformen har ført til mer fløteskumming enn leger som jobber ved avdelinger der

bedriftsøkonomiske prioriteringer ikke blir vektlagt i samme grad. Til slutt ser man at klarere ansvarslinjer mellom sykehusene og sykehuseier ikke har noen signifikant effekt på hvordan legene oppfatter fløteskummingen. Ut i fra analysen kan det virke som at fløteskumming forekommer i mindre grad ved sykehus som har en god organisering. Dette er naturlig, siden sykehus med en god organisering vil ha en god oversikt og kontroll over driften, og dermed også gode forutsetninger til å følge opp og sikre en riktig pasientprioritering. Dette gjør at man med utgangspunkt i resultatene fra analysene kan anta at det å bedre organiseringen ved sykehusene ikke bare kan være et virkemiddel for å bedre produktiviteten, kvaliteten og likheten ved sykehusene, men at det i tillegg også kan være med på å motvirke en uheldig pasientbehandling.

Når det kommer til hvordan legene vurderer reformens effekt på målsettingene og hvordan legene ser på reformens effekt på fløteskummingen, ser man at både målsettingen om medisinsk kvalitet og økt likhet i tilgang på helsetjenester har en negativ korrelasjon. Dette innebærer at jo mer vellykket legene mener reformen har vært på å øke kvaliteten og likheten, jo mindre fløteskumming mener de reformen har ført til. Når det kommer til legenes vurdering av hvordan reformen har påvirket produktiviteten ved sykehusene, ser man at dette har en positiv effekt på hvordan legene ser på hvordan reformen har påvirket fløteskummingen. Imidlertid kan det her være at kausalretningen egentlig er motsatt, som vil si at det egentlig er fløteskummingen som påvirker produktiviteten, og ikke omvendt. Som vi så i tabell 1 så viste analysen at fløteskummingen hadde en positiv korrelasjon på produktiviteten. Det kan hende at det er dette som er den virkelige kausalretningen til korrelasjonen man finner mellom fløteskumming og produktivitet. Årsaken til man kan tenke seg at kausalretningen går denne veien er at det man kan anta at det er mer trolig at sykehusene har fått en høyere produktivitet som en konsekvens av det har blitt mer fløteskumming, enn at en høyere produktivitet har ført til mer fløteskumming. Grunnen til det er at hvis sykehusene i større grad velger pasienter som er billige og lettvinde å behandle, så vil det føre til at en bruker mindre tid og ressurser på pasientene, og dette vil spille positivt inn på produktiviteten. På den andre siden kan det virke mindre trolig at bare det å øke produktiviteten i seg selv vil føre til at man i større grad prioriterer lønnsomme pasientgrupper, samtidig kan man heller ikke avvise dette.

Når det kommer til hvilke arbeidsoppgaver og prioriteringer som blir vektlagt av avdelingsledelsen så er det bare variabelen som måler fokus på økonomistyring, regnskap og budsjett som har en effekt på hvordan legene bedømmer fløteskummingen. Her viser analysene ikke overraskende at jo mer avdelingsledelsen vektlegger dette desto mer fløteskumming mener legene at reformen har ført til. Når det kommer til de tre andre variablene som måler arbeidsoppgavene som å utvikle og ta i bruk nye arbeidsoppgaver, initiativ til nye faglige muligheter og løse problemer gjennom å endre organisasjonen, viser det seg at ingen av disse arbeidsoppgavene har en påvirkning på hvordan legene vurderer hvilken effekt reformen har hatt på fløteskummingen.

Som det ble beskrevet under tidligere forskning er fløteskumming først og fremst et potensielt problem innenfor markedsorienterte systemer, fordi det er et større fokus på effektivitet og kostnadsbesparelser i sykehusdriften (Martinussen og Hagen 2009:140). Mye av kritikken og skepsisen rettet mot reformen baserte seg også på dette, og mange fryktet at reformens økte fokus på de økonomiske aspektene ville kunne få uheldige konsekvenser for sykehusdriften og pasientprioriteringene. Ut i fra resultatene fra analysene kan det se ut som at legene er enige i denne kritikken, ved at bedriftsøkonomiske prioriteringer og det at ledelsen har et sterkt fokus på økonomi har en positiv effekt i forhold til hvordan legene vurderer reformens effekt på fløteskummingen, dvs. at legene mener det har ført til mer fløteskumming.

Til slutt viser analysen at ingen av de sykehusvariablene som er inkludert som måler sykehusenes størrelse, pasientsammensetning, effektivitet og driftsresultat har vært med på å påvirke hvordan legene vurderer reformens innvirkning på fløteskumming ved sykehusene.

7.0 Oppsummering og konklusjon

Målet med denne oppgaven var å undersøke hvordan offentlige ansatte ser på de mange NPM-inspirerte reformene vi har sett i den offentlige sektoren de senere årene. Denne problemstillingen ble konkretisert ved å undersøke hvordan sykehuslegene vurderer sykehusreformen. Legene er en av de viktigste profesjonene innenfor helsesektoren, og derfor vil det være avgjørende for reformens gyldighet at legene er fornøyde med reformens effekter. For i best mulig grad å avdekke legenes syn på sykehusreformen ble det undersøkt hvordan legene vurderte det som er blitt antatt å være sykehusreformens 3 viktigste målsettinger; som var å øke produktiviteten, kvaliteten og likheten ved sykehusene. I tillegg ble det også sett på hvordan legene vurderer reformens effekt på pasientprioriteringen ved sykehusene.

Både Magnussen, Hagen og Kaarbøe (2008) og Kittelsen et al. (2008) fant i sin forskning at produktiviteten til sykehusene hadde økt etter innføringen av sykehusreformen. Som vi så i graf 1 samsvarer legenes vurderinger langt på vei med denne studien, siden over halvparten av de spurte legene mente at reformen hadde hatt en positiv effekt på sykehusenes produktivitet. Når det gjelder å måle den medisinske kvaliteten ble det diskutert i tidligere forskning at dette var en svært komplisert prosess på grunn av begrepets kompleksitet. Det ble også antatt at legene ville være i en god posisjon til å bedømme den medisinske kvaliteten, siden legene ofte er tett på prosessene i behandlingene. Et forsøk på å måle reformens effekt på den medisinske kvaliteten ble gjort av Hovik og Lie (2005). Resultatene fra deres analyser antydte at reformen ikke hadde hatt noen effekt på den medisinske kvaliteten. Også legene er lunkne til reformens effekt på den medisinske kvaliteten. Som man så i graf 2 mente halvparten av legene at reformen ikke hadde ført til noen endring, mens rundt en fjerdedel av legene mente reformen hadde ført til en lavere kvalitet.

Vi ser at legenes vurderinger av reformens effekt på likheten i tilgangen på helsetjenester samsvarer i stor grad med tidligere forskning. I følge Nerland og Hagen (2008) førte ikke reformen til nevneverdige endringer i likheten og, på graf 3 ser man at et stort flertall av legene er enige i denne konklusjonen. Ut i fra tidligere forskning på hvordan reformen påvirket pasientprioriteringen i forhold til fløteskumming var det vanskelig å konkludere med noe sikkert. Forskningsrådets evaluering viste en

økning i fløteskummingen mens Martinussen og Hagen på den andre siden fant en reduksjon i fløteskummingen etter innføringen av reformen. Imidlertid fant Martinussen og Hagen at fløteskummingen ved sykehusene i stor grad hadde økt etter innføringen av ISF. Denne studien av hvordan legene vurderer sykehusreformens effekt på fløteskummingen gir støtte til resultatene i forskningsrådets evaluering.

Som det ble diskutert i teorien var det en rekke stortingsmeldinger og offentlige utredninger som tok for seg utfordringene i sykehusdriften i tiden før sykehusreformen. I følge utredningene var en stor del av utfordringene knyttet til organisatoriske problemer og uklare ansvarslinjer ved sykehusene, noe som førte til lav produktivitet, kvalitet og tilgjengelighet⁴. Misnøyen med sykehusdriften resulterte i at det i 2001 ble gjennomført den største reformen i helsevesenet i moderne tid. Reformen var sterkt inspirert av nyliberalistisk og NPM-teori, og dette førte til store endringer i eierskapet, organisasjonen, ledelsesstrukturen og styringsprinsippene ved de norske sykehusene. Reformens hovedingredienser var å gjøre ansvarslinjene klarere ved å overføre eierskapet til staten, bedre organiseringen, øke fokuset på de økonomiske aspektene og gi de lokale lederne mer autonomi i styringen. For å undersøke hvordan disse endringene har spilt inn på legenes vurdering av reformen ble det i analysene inkludert flere variabler som målte organiseringen, de økonomiske aspektene og ledelsesprioriteringer ved sykehusene.

Ut i fra analysene kan man se at klarere ansvarslinjer har hatt en god effekt på hvordan legene har oppfattet reformen og reformens effekt på målsettingene. Leger som er fornøyde med hvordan reformen har klargjort ansvarslinjene er også mer positive når det gjelder reformens effekt på produktiviteten, kvaliteten og likheten ved sykehusene. Videre viste analysene at bedre organisering spilte positivt inn på hvordan legene vurderte reformens effekt på produktiviteten, kvaliteten og likheten ved sykehusene.

Det kommer frem i analysene at legene mener at en økt bedriftsøkonomisk prioritering og økt fokus på økonomi hos ledelsen har hatt en negativ effekt på både

⁴ Se St.meld. nr. 9. (1974-75), St. meld. nr. 50. (1993-1994), NOU 1996:5, St.meld. nr. 24 (1996-1997), NOU 1999:15, St.meld. nr. 43. (1999-2000).

den medisinske kvaliteten og på likheten i tilgangen på tjenester. Samtidig som at det også har hatt en negativ effekt på pasientprioriteringen ved at det fører til en økt fløteskumming ved sykehusene. Samtidig viste analysene at disse faktorene hadde en positiv effekt i forhold til hvordan legene vurderte reformens effekt på produktiviteten.

Resultatene viste også at avdelingsledelsen var med på å påvirke hvordan legene oppfattet reformens effekt på målsettingene. Analysene viste at når ledelsen vektla å utvikle nye rutiner og arbeidsmåter hadde dette en positiv effekt på hvordan legene vurderte reformens effekt på målsettingene. I tillegg hadde det at ledelsen vektla å ta faglige muligheter en positiv effekt på hvordan legene oppfattet reformens effekt på både produktiviteten og kvaliteten i sykehusbehandlingen. I tillegg hadde det at ledelsen vektla å løse problemer gjennom å endre organisasjonen en positiv innvirkning på hvordan legene vurderte reformens effekt på produktiviteten og likheten ved sykehusene.

Når det kommer til hvordan sykehusegenskapene har påvirket legenes vurdering av reformens effekt på målsettingene viser analysene i stor grad at disse ikke har spilt en nevneverdig rolle. Imidlertid var det noen unntak, blant annet viste analysen at sykehusstørrelsen har spilt negativt inn på hvordan legene bedømmer reformens effekt på produktiviteten og den medisinske kvaliteten. Dette innebærer at jo større sykehusene er, jo mer negative er legene til reformens effekt på produktiviteten og kvaliteten. Analysen viser i tillegg at driftsregnskapet har en liten positiv effekt på tilgangen i likheten på helsetjenester. Grunnen til at ikke flere av sykehusvariablene ble signifikante kan være en konsekvens av det lave antallet nivå 2-enheter (28) som er sykehus i analysene. I følge Strabac skal effektene være temmelig sterke for at man skal få en signifikant effekt når det er et så lavt antall enheter på nivå 2 (Strabac 2007:186).

Analysene viste med noen få unntak at det ikke var noen forskjeller i hvordan legene vurderte reformens effekt i forhold til hvilken avdeling de jobbet ved. Analysene hadde også en lav VPC, noe som betyr at det var en liten variasjon mellom de ulike sykehusene i forhold til hvordan legene vurderer reformens effekter. Dette viser oss at legene vurderte reformen forholdsvis likt uavhengig av hvilken avdeling og hvilket

sykehus de jobber ved. Vi kan dermed anta at reformen ikke har ført til at leger ved enkelte sykehus eller avdelinger har vært mer misfornøyde eller fornøyde enn leger andre steder, siden resultatene viser at det stort sett ikke er noen forskjeller i hvordan legene bedømmer reformens effekter med hensyn på hvor de jobber.

Med utgangspunkt i resultatene kan man dele reformens ulike virkemidler i to deler i forhold til hvordan de har spilt inn på legenes vurderinger av reformens effekter. På den ene siden tyder resultatene fra analysene på at legene virker primært negative til de økonomiske endringene reformen medførte, mens de organisatoriske endringene har hatt en mer positiv effekt på hvordan legene vurderer reformen.

Analysene tyder på at legenes oppfatning av sykehusreformen og reformens effekter reflekterer deler av kritikken som har vært rettet både mot NPM og de reformene vi har sett i den offentlige sektoren i de senere årene. Dette gjelder primært den kritikken som har vært spesielt rettet mot det mange mener har blitt et for sterkt fokus på de økonomiske aspektene. Det mange har kalt et overdrevent økonomisk fokus går i følge kritikerne ut over legitimiteten til velferdsstaten ved at det har kommet på bekostning av fokuset på kvalitet og likhet i den offentlige tjenesteproduksjonen (Thorsen og Lie 2007). Resultatene tyder på at legene mener at dette også har vært tilfellet med sykehusreformen, ved at de økonomiske aspektene som var inkludert i analysene spilte alle negativt inn på hvordan legene oppfattet reformens effekter på nettopp likheten og den medisinske kvaliteten.

Imidlertid viste analysene også at de økonomiske faktorene i analysen spilte positivt inn på hvordan legene vurderte reformen når det kom til produktivitet. Dermed har de økonomiske aspektene ut i fra slik det fremstår i analysene hatt både en positiv og negativ effekt på legenes vurderinger, siden de på den ene siden har hatt en positiv effekt på produktiviteten mens på den andre siden har hatt en negativ effekt i forhold til den medisinske kvaliteten og likheten.

Med bakgrunn i resultatene fra analysene kan det se ut som om det er en målkonflikt i forhold til hvordan legene mener det økonomiske fokuset i reformen har påvirket sykehusdriften. På den ene siden mener legene at det bidrar til en økt produktivitet, men samtidig mener legene også at det har en negativ effekt på både kvaliteten,

likheten og pasientprioriteringene. Dette bidrar til å gjøre det mer komplisert å bedømme hvordan legene vurderer sykehusreformen. Siden ulike aktører vil ha ulike oppfatninger om hva som faktisk er et godt resultat og hva som kan rettferdiggjøres i forhold til bruk av virkemidler. Kan for eksempel de negative sammenhengene som analysene viste at de økonomiske faktorene hadde rettferdiggjøres av den positive sammenhengens analysene viste at de hadde på produktiviteten? I tillegg vil det også være uenigheter i forhold til hva som faktisk var reformens viktigste målsetting. Som det ble diskutert i teorien var reformens målsettinger todelt ved at det på den ene siden var et ønske om å øke produktiviteten og på den andre siden også et ønske om å øke den medisinske kvaliteten og tilgangen på helsetjenester (Ot.prp. 2000-2001:66). Derfor vil det å avgjøre om legene vurderer det økonomiske fokuset i reformen som vellykket avhenge av hvor høyt man vektlegger viktigheten av økt produktivitet i forhold til viktigheten av kvalitet og likhet i den medisinske behandlingen.

Samtidig tyder analysene på at legenes vurderinger ikke samsvarer med mye av kritikken som var rettet mot de organisatoriske endringene i reformen. Det var som nevnt fryktet at overgangen fra den tradisjonelle folkevalgte styringen til en mer administrativ styring via foretakene ville få uheldige konsekvenser i sykehusdriften, fordi man mistet demokratisk kontroll og den tradisjonelle offentlige forankringen. Imidlertid tyder analysene på at legenes vurderinger ikke samsvarer med denne kritikken, siden både det å bedre organiseringen og klargjøre ansvarlinjene i følge analysene har en positiv korrelasjon med hvordan legene vurderer reformens effekter. Dette kan komme av at et stort problem i sykehusdriften i tiden før reformen ble innført var at sykehusene måtte forholde seg til både fylkeskommunene og staten. Fylkeskommunen var sykehusets eiere og hadde det formelle ansvaret for sykehusdriften. Imidlertid kom store deler av sykehusenes finansiering fra staten, og mye av finansieringen var øremerket til spesielle deler av driften. I tillegg til at sykehusene måtte forholde seg til fylkeskommunenes styring var sykehusene også bundet av statens helsepolitiske målsettinger og retningslinjer. Dette gjorde at ansvarlinjene mellom sykehusene og sykehuseier ble uklare, ved at sykehusene måtte tjene to herrer, og dette var med på å komplisere sykehusdriften. Overføringen av eierskapet av sykehusene til staten var et virkemiddel i reformen som skulle være med på å klargjøre ansvarlinjene, bedre organiseringen og gjøre det enklere for sykehusene og følge den overordnede styringen. Dette skulle føre til at man ville få en

bedre sykehusdrift fordi man ville eliminere misforståelser, usikkerhet og uklare styringslinjer, som igjen ville resultere i en mer effektiv drift. Analysene viste oss at de legene som mente at reformen hadde vært med på å klargjøre ansvarslinjene var mer positive til reformens effekter ovenfor både produktiviteten, kvaliteten og likheten ved sykehusene. Selv om man ikke kan avgjøre hvor vidt legene er fornøyde med at sykehusene har blitt overført til staten, kan man konkludere med at legene er fornøyde med det som var målsettingen med overføringen av eierskapet, nemlig det å gjøre ansvarslinjene klarere og bedre organiseringen.

Et annet trekk ved med reformene som har preget den offentlige sektoren i de senere årene er at man har sett store endringer i organiseringen av ledelsen. Offentlige ledere og mellomledere har fått en større autonomi, og er ikke lenger like bundet av sentralstyring. Tankegangen her var at man vil få bedre resultater fordi lederne vil ha bedre oversikt over lokale forhold, og vil derfor velge bedre løsninger. For å undersøke hvordan endringene i ledelsesstrukturen har påvirket legenes oppfatninger ble det som nevnt inkludert variabler som gjenspeiler en autonom ledelse. Analysene antyder også at avdelingsledelsens valg og prioriteringer var med på å påvirke hvordan legene oppfattet reformens effekter. Dette understreker viktigheten av å ha en kompetent og dyktig ledelse ved sykehusene, fordi sykehusledelsen har fått en større innvirkning på sykehusdriften som en konsekvens av sykehusreformens fristilling av ledelsen.

Dataene som er benyttet i analysene stammer fra et spørreskjema fra 2006. Derfor kan det hende at hvis man gjorde de samme analysene i dag med et nytt spørreskjema ville funnene vært annerledes. Det ville vært interessant å se hvordan legene vurderer reformens effekter i dag. Mye kan ha skjedd siden 2006, og ofte hender det at det tar mange år før reformenes effekter kommer til syne. Man så også i stor grad at legenes vurderinger når det kom til reformens effekter på produktivitet, kvalitet, likhet og fløteskumming langt på vei samsvarer med resultatene fra tidligere forskning på dette feltet. Derfor ville det vært forskningsmessig interessant å undersøke i hvilken grad legenes vurderinger av reformens effekt på produktiviteten, likheten, kvaliteten og fløtesummingen samhandler med reformens reelle effekter på disse målsettingene. Et annet spennende forskningstema ville vært å undersøke i hvor stor grad legenes vurderinger av reformen samsvarer med andre profesjoners vurdering av reformen,

som for eksempel sykepleierne eller administrasjonsansatte. Ville administrasjonsansatte ha et mer positivt inntrykk av reformens økonomiske aspekter, siden de i større grad jobber med budsjetter, resultater og lignende, enn legene som først og fremst jobber med pasientene?

Litteraturliste:

Aars, Jacob og Dag Arne Christensen (2011). "Hvis bare flere kunne stille! Politisk motivasjon blant kvinner og menn." *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 35 (3), 234-253.

Aasland, Gjerløw Olav, Terje P. Hagen og Pål E. Martinussen (2007). "Sykehuslegenes syn på sykehusreformen." *Tidsskrift for den norske legeforening*, 35, 2218-21.

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

American Medical Association, Council of Medical Service (1986). "Quality of care." *The Journal of the American Medical Association*, 256, 1032-1034.

Andresen, Kenneth, Liv Bente Hannevik Friestad og Karl Robertsen (2001). "Styring av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon." *FOU-rapport nr 12/2001*. Kristiansand: Agderforskning.

Auriat, Nadia (1991). "Who forgets? An analysis of memory effects in a retrospective survey on migration history." *European journal of population*, 7 (4), 311-342.

Biørn, Erik, Terje P. Hagen, Tor Iversen og Jon Magnussen (2003). "The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–2000." *Health Care Management Science*, 6 (4), 271-283.

Blumenthal, David (1996). "Quality of care- What is it?" *The New England Journal of Medicine*, 335, 891-94.

Bryk, Anthony, S og Stephen W. Raudenbush (1992). *Hierarchical linear models. Applications and data analysis methods*. Thousand Oaks, 2 utg. CA: Sage Publications.

Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby (2005). “Norge i Norden: fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren?” i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen. 9-13*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Byrkjeflot, Haldor og Svein Ivar Angel (2008). “Forvaltning i foretaksklær. Omdømmehåndtering i norske sykehus etter sykehusreformen.” *Nordiske Organisasjonsstudier*, 10 (3), 71-92.

Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie (2005). “Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring” i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen. 198-217*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Campbell, Stephen, Martin Roland og Stephen Buetow (2000). “Defining quality of care.” *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625.

Christensen, Tom, Morten Egerberg, Helge O. Larsen, Per Lægreid og Paul G. Roness (2010). *Forvaltning og Politikk*. Universitetsforlaget: Oslo.

Clausen, Tommy H og Terje Andreas Eikemo (2007). *Kvantitativ metode med SPSS – En praktisk innføring i kvantitative analysetekniker*. Trondheim: Tapir

Coelli, J. Timothy, Prasada Rao, Christopher O’Donnell og George Battese (2005). *An introduction to efficiency and productivity analysis*. Springer: New York.

Cooperberg, R, Matthew, John D. Birkmeyer og Mark S. Litwin (2009). “Defining high quality health care.” *Urologic Uncology: seminars and orginal investigations*, 27, 411-416.

Dismuke, Clara Elisabeth og Vania Sena (2001). “Is there a trade-off between quality and productivity? The case of diagnostic technologies in Portugal.” *Annals of Operations Research*, 107 (1-4), 101-116.

Donabedian, Avedis (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1 the definition of quality and approaches to its assessment*. Chicago: Health Administration Press

Fallan, Lars og Inger Johanne Pettersen (2010). "Mål og mening? – om styringsdilemmaer i offentlig sektor." *Praktisk økonomi og finans*. 1, 99-109.

Hagen, Terje, Tor Iversen og Jon Magnussen (2001). "Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?" *HERO Skriftserie 2001:5*. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.

Halvorsen, Per (1999). "Presses til å prioritere inntekt fremfor medisin." *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 199 (23), 3480-3481

Hansen, Tore (2005). "Hvofor søkelys på sykehusreformen." i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. 9-13. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hovik, Sissel og Terje Lie (2005). "Sykehusreformen- til organisasjonens eller pasientens beste?" i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. 177-195. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hox. Joop (2010). *Multilevel Analysis – Techniques and Applications*. 2 utg. New York: Routledge

Kittelsen, A.C Sverre, Jon Magnussen, Kjartan Sarheim Anthun, Unto Häkkinen, Miika Linna, Emma Medin, Kim Rose Olsen og Clas Rehnberg (2008). "Hospital productivity and the Norwegian ownership reform - A Nordic comparative study." *HERO Working paper 2008:10*. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.

Kjekshus, Lars Erik (2004). *Organizing for efficiency- a study of Norwegian somatic hospitals*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Det statsvitenskapelige fakultet, universitetet i Oslo.

Kjekshus, Lars Erik og Terje P. Hagen (2005). "Ring fencing of elective surgery: does it affect hospital efficiency?". *Health Services Management Research*, 18(3), 186-197.

Lie, Amund og Tom Christensen (2007). "Nyliberalisme og forvaltningspolitikk –Frå modernisering til fornying? i Per Kristen Mydske, Dag Harald Claes og Amund Lie (red.). *Nyliberalisme- Ideer og politisk virkelighet*. Universitetsforlaget: Oslo.

Lohr, N, Kathleen (1990). *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington DC: National Academies Press.

Magnussen, Jon (2005) "Kan vi stole på målene for sykehusenes produktivitet?" *Tidsskrift for den norske legeforening*. 125 (23), 3300.

Magnussen, Jon, Terje P. Hagen og Oddvar M. Kaarbøe (2007). "Centralized or decentralized? A case study of Norwegian Hospital reform." *Social science and medicine*. 64 (10), 2129-37.

Martinussen, Pål Erling og Jon Magnussen (2011). "Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine." *Social science and medicine*, 73, 193-200.

Martinussen, Pål Erling og Linda Midttun (2004). "Day surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1999–2001." *Health Policy*, 68(2), 183-196.

Martinussen, Pål Erling og Terje P. Hagen (2009). "Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway." *Health economics, policy and Law*, 4, 139-158.

Midttun, Linda og Pål Erling Martinussen (2005). "Hospital waiting time in Norway: What is the role of organizational change?", *Scandinavian journal of public health* 33 (6), 439-446.

Mohr, B, Lawrence (1995). *Impact analysis for program evaluation*. London: Sage Publications.

Mydsje, Per Kristen, Dag Harald Claes og Amund Lie (2007). *Nyliberalisme- ideer og politisk virkelighet*. Universitetsforlaget: Oslo.

Nerland, Sølve Mikal og Terje Hagen (2008). "Forbruk av spesialisthelsetjenester- ble det større likhet etter sykehusreformen?" *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 1, 37-72.

Norsk Forskningsråd (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges forskningsråd.

NOU 1996: 5. *Hvem skal eie sykehusene?* Helse- og Omsorgsdepartementet.

NOU 1999: 15 *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

NOU 2004: 4. *Effekter og effektivitet*. Kommunal- og regionaldepartementet.

Næss, Øyvind (1994). "Individ- og gruppenivå i befolknings-undersøkelser og helsetjenesteforskning." *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124 (21), 2783-4.

Olsen, P, Johan og Per Lægreid (1993). *Organisering av offentlig sektor*: Oslo: Tano.

Ot.prp. nr. 63. (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.* Helsedepartementet.

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

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (2005). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Pollitt, Christopher og Geert Buckaert (2011). Public management reform. A comparative analysis: New Public Management, governance and the neo-weberian state. New York: Oxford University press.

Ringdal, Kristen (Ingen dato). *Learning Multilevel Analysis*. Hentet 12.11.2013 fra <http://essedunet.nsd.uib.no/cms/topics/multilevel/>

Ringdal, Kristen (2007). *Enhet og mangfold, Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schick, Allan (1996). *The spirit of reform: managing the New Zealand state sector in a time of change*. Wellington: State services commission.

SINTEF (2014). *Om SINTEF*. Hentet 14.04.2014 fra: <http://www.sintef.no/Om-oss/>

Skog, Ole Jørgen (2009). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stamsø, Mari Ann (2005). *Velferdsstaten i endring; Norske helse- og sosial politikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stigen, Inger Marie (2006). "Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse" i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. 27-45. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

St. meld. nr. 9 (1973-1974). *Sykehusbygging m.v i et regionalisert helsevesen*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 50 (1993-1994). *Samarbeid og styring- mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 24 (1996-1997). *Tilgjengelig og faglighet- om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 43 (1999-2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

Store Norske leksikon (2006). "sykehusreformen" Hentet 4. Desember 2013 fra: <http://snl.no/sykehusreformen>

Strabac, Zan (2007) "Flernivåanalyse" i Terje Andreas Eikemo og Thomas Høyvarde Clausen (red.). *Kvantitativ analyse med SPSS*" 172-201. Trondheim: Tapir Akademiske forlag.

Sørensen, J. Rune (2004). "Markedsreformer i offentlig sektor: Elitistisk motebølge, velferdskoalisjonens interesser eller partienes konkurranse om velgere?" *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 45 (3), 509-546.

Thorsen, Dag Einar og Amund Lie (2007). "Kva er nyliberalisme?" i Per Kristen Mydske, Dag Harald Claes og Amund Lie (red.). *Nyliberalisme- Ideer og politisk virkelighet*. Universitetsforlaget: Oslo.

Vanebo, Jan Ole og Dag Strømsnes (2001). "Modernisering av offentlig sektor i Norge." i Tor Busch, Eirik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (red.). *Modernisering av offentlig sektor*, 35-52. Oslo, Universitetsforlaget

Yin, Jun, Hilde Lurås, Terje, P. Hagen og Fredrik A. Dahl (2013). "The effect of activity-based financing on hospital length of stay for elderly patients that suffering from heart diseases in Norway." *BMC Health Service Research*, 13 (1), 172.

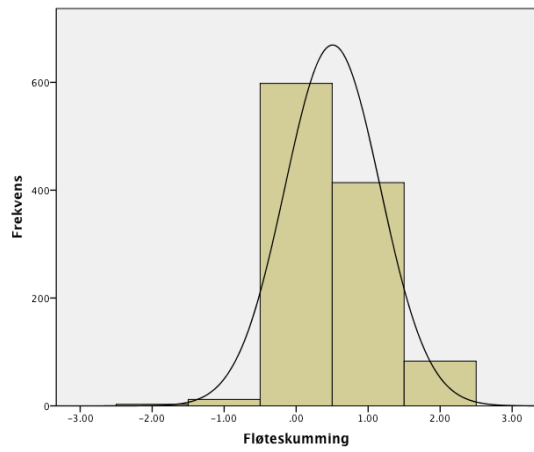
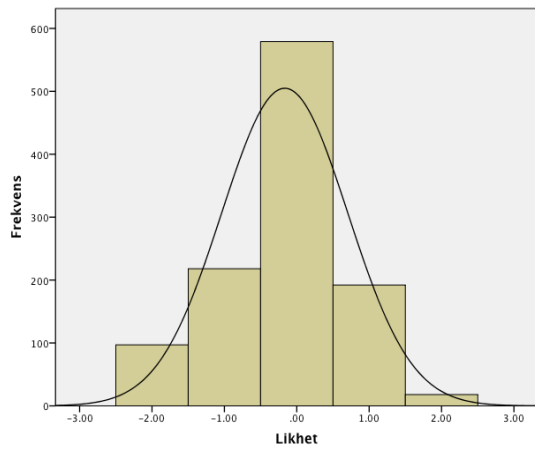
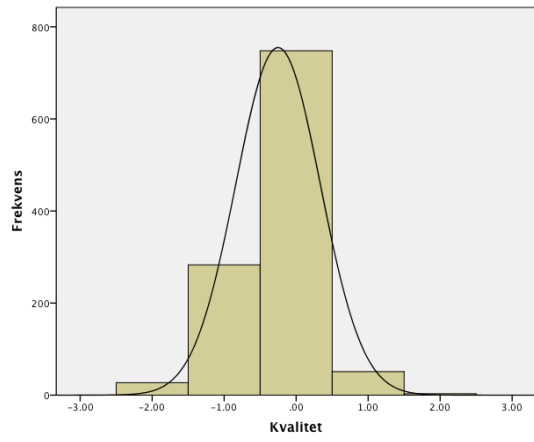
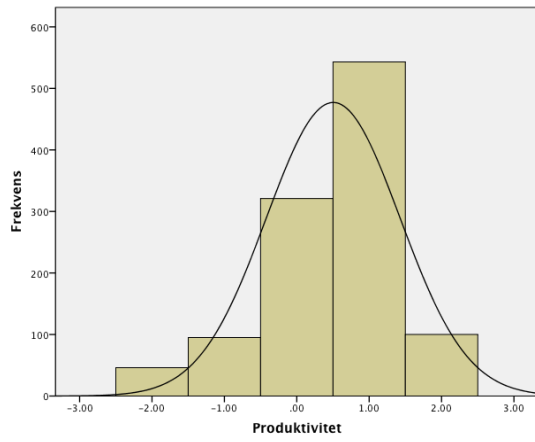
Appendiks:

Tabell 1: Deskriptiv statistikk.

Variabel:	Min	Maks	Gjennomsnitt	Std. avvik	N
Alder	1.00	6.00	3.08	1.12	1261
Fløteskumming	-2.00	2.00	0.50	0.66	1100
Kvalitet	-2.00	2.00	-0.25	0.59	1112
Klarere ansvarslinjer	-2.00	2.00	0.40	1.03	1093
Likhet	-2.00	2.00	-0.17	0.87	1103
Bedre organisering	-2.00	2.00	-0.35	1.07	1103
Produktivitet	-2.00	2.00	0.50	0.92	1105
Bedriftsøkonomisk prioritering	-2.00	2.00	-0.23	1.23	1262
Ledelse: utvikle nye rutiner/arbeidsmåter	1.00	5.00	3.14	0.91	1258
Ledelse: fokus på økonomi	1.00	5.00	4.01	0.85	1260
Ledelse: faglige muligheter	1.00	5.00	2.96	0.97	1261
Ledelse: endre organisasjon	1.00	5.00	2.84	0.936	1255
Sykehuseffektivitet	68.00	100.00	85.24	8.27	1289
Sykehusstørrelse	130.00	1017.00	626.58	270.48	1297
Pasientsammensetning	0.64	2.14	0.80	0.12	1297
Driftsresultat	-17.71	1.09	-5.46	3.36	1298

Dummyvariabler	Antall 1	Antall 0	Prosent 1	Prosent 0	N
Kjønn (Mann)	835	463	64.3	35.7	1298
Øyeavdeling	27	1271	2.1	97.9	1298
ØNHavdeling	35	1263	2.7	97.3	1298
Kirugiskavdeling	171	1127	13.2	86.8	1298
Ortopediskavdeling	71	1227	5.5	94.5	1298
Nevrologiskavdeling	67	1231	5.2	94.8	1298
Gyn/fødeavdeling	92	1206	7.1	92.9	1298
Serviceavdeling	289	1009	22.3	77.7	1298
Medisinskavdeling	681	617	52.5	47.5	1298

Graf 1-4: Oversikt over de avhengige variabelenes normalfordeling.



Tabell 2: VIF-tester av produktivitetsanalysene.

Produktivitet modell 2		Produktivitet modell 4	
Variabel:	1/VIF	Variabel:	1/VIF
Bedre organisering	0.714994	Serviceavdeling	0.814033
Klarere ansvarslinjer	0.733322	Kirurgiskavdeling	0.838865
Serviceavdeling	0.804623	Kvalitet	0.847929
Ledelse: faglige muligheter	0.829988	Gyn/fødeavdeling	0.883885
Kirurgiskavdeling	0.834343	Fløteskumming	0.886587
Ledelse: Endre organisasjon	0.835674	Alder	0.892483
Gyn/fødeavdeling	0.889702	Ortopediskavdeling	0.898096
Kjønn	0.898509	Kjønn	0.900398
Ortopediskavdeling	0.911662	Nevrologiskavdeling	0.905604
Alder	0.914073	Likhet	0.911315
Nevrologiskavdeling	0.918957	Ledelse: Utvikle nye rutiner	0.934875
ØNHavdeling	0.938393	ØNHavdeling	0.943282
Bedriftsøkonomisk prioritering	0.950308	Øyeavdeling	0.956991
Øyeavdeling	0.961504	Effektivitet	0.960711
Størrelse	0.971405	Ledelse: Fokus på økonomi	0.963365
Pasientsammensetning	0.972086	Resultat 2005	0.966089

Tabell 3: VIF-tester av kvalitetsanalysene.

Kvalitet Modell 2		Kvalitet Modell 4	
Variabel:	1/VIF	Variabel:	1/VIF
Bedre organisering	0.713324	Serviceavdeling	0.814322
Klarere ansvarslinjer	0.731503	Kirurgiskavdeling	0.845305
Serviceavdeling	0.802473	Kvalitet	0.870149
Ledelse: faglige muligheter	0.826882	Fløteskumming	0.874070
Kirurgiskavdeling	0.835564	Gyn/fødeavdeling	0.888802
Ledelse: Endre organisasjon	0.836595	Alder	0.900318
Gyn/fødeavdeling	0.888751	Ortopediskavdeling	0.900947
Kjønn	0.899016	Kjønn	0.904082
Ortopediskavdeling	0.911494	Nevrologiskavdeling	0.905314
Alder	0.913279	Likhet	0.914506
Nevrologiskavdeling	0.917082	Ledelse: Utvikle nye rutiner	0.945334
ØNHavdeling	0.938160	ØNHavdeling	0.952060
Bedriftsøkonomisk prioritering	0.946610	Øyeavdeling	0.959585
Øyeavdeling	0.961348	Effektivitet	0.957403
Størrelse	0.970620	Ledelse: Fokus på økonomi	0.957356
Pasientsammensetning	0.971563	Resultat 2005	0.967693

Tabell 4: VIF-tester av likhetsanalysene.

Likhet Modell 2		Likhet Modell 4	
Variabel:	1/VIF	Variabel:	1/VIF
Bedre organisering	0.712336	Serviceavdeling	0.814049
Klarere ansvarslinjer	0.730800	Kirurgiskavdeling	0.835055
Serviceavdeling	0.804037	Kvalitet	0.856153
Ledelse: faglige muligheter	0.830555	Fløteskumming	0.874397
Kirurgiskavdeling	0.833630	Gyn/fødeavdeling	0.883496
Ledelse: Endre organisasjon	0.837353	Alder	0.892557
Gyn/fødeavdeling	0.890866	Ortopediskavdeling	0.898305
Kjønn	0.898905	Kjønn	0.900890
Ortopediskavdeling	0.911281	Nevrologiskavdeling	0.905085
Alder	0.915011	Likhet	0.916698
Nevrologiskavdeling	0.917396	Ledelse: Utvikle nye rutiner	0.930256
ØNHavdeling	0.938178	ØNHavdeling	0.944017
Bedriftsøkonomisk prioritering	0.950362	Øyeavdeling	0.956659
Øyeavdeling	0.961585	Effektivitet	0.957003
Størrelse	0.969889	Ledelse: Fokus på økonomi	0.957356
Pasientsammensetning	0.972566	Resultat 2005	0.971544

Tabell 5: VIF-tester av fløteskummingsanalysene.

Fløteskumming Modell 2		Fløteskumming Modell 4	
Variabel:	1/VIF	Variabel:	1/VIF
Bedre organisering	0.708132	Serviceavdeling	0.815665
Klarere ansvarslinjer	0.728698	Kirurgiskavdeling	0.835450
Serviceavdeling	0.803811	Kvalitet	0.856209
Ledelse: faglige muligheter	0.829169	Fløteskumming	0.873275
Kirurgiskavdeling	0.833602	Gyn/fødeavdeling	0.873932
Ledelse: Endre organisasjon	0.838619	Alder	0.884475
Gyn/fødeavdeling	0.888896	Ortopediskavdeling	0.899754
Kjønn	0.898681	Kjønn	0.904521
Ortopediskavdeling	0.911590	Nevrologiskavdeling	0.907974
Alder	0.911986	Likhet	0.912159
Nevrologiskavdeling	0.916779	Ledelse: Utvikle nye rutiner	0.926211
ØNHavdeling	0.938214	ØNHavdeling	0.947768
Bedriftsøkonomisk prioritering	0.947595	Øyeavdeling	0.956804
Øyeavdeling	0.961421	Effektivitet	0.960137
Størrelse	0.970023	Ledelse: Fokus på økonomi	0.961666
Pasientsammensetning	0.971906	Resultat 2005	0.964773

