

Maja Forseth Stokland

Er det noen sammenheng mellom innføringen av NPM-virkemidler og sykehuslegers opplevelse av produktivitet, kvalitet og tilgjengelighet?

En kvantitativ analyse basert på en survey fra 2016.

Masteroppgave i lektor i samfunnsfag - statsvitenskap

Veileder: Pål E. Martinussen

Juni 2020

Maja Forseth Stokland

Er det noen sammenheng mellom innføringen av NPM-virkemidler og sykehuslegers opplevelse av produktivitet, kvalitet og tilgjengelighet?

En kvantitativ analyse basert på en survey fra 2016.

Masteroppgave i lektor i samfunnsfag - statsvitenskap
Veileder: Pål E. Martinussen
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Sammendrag

På grunn av flere utfordringer i den norske spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet, ble det etter hvert innført en rekke ulike tiltak og endringer som skulle forbedre disse utfordringene. Flere av disse tiltakene kan karakteriseres som NPM-inspirerte virkemidler. I 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført for å bedre problematikken rundt lange ventelister og lite produktivitet i sykehusene. ISF skapte insentiver til å øke produksjonen gjennom at sykehusene fikk tilbakebetalt en gitt refusjon per pasient som ble behandlet. Noen år senere, i 2002, ble foretaksreformen gjennomført. Reformen innebar hovedsakelig innføringen av en foretaksmodell, hvor staten overtok eierskapet til sykehusene fra fylkeskommunene og delegerte ansvaret for sykehusene til uavhengige regionale helseforetak. Reformens mål var blant annet å forbedre produktiviteten, kvaliteten og likheten i tilgangen til helsetjenestene. Denne masteroppgaven tar sikte på å undersøke sammenhengen mellom NPM-elementene innsatsstyrt finansiering og foretaksmodellen og de tre målsettingene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang til helsetjenestene. Basert på et spørreskjema gjennomført blant leger i norske sykehus i 2016 utføres det en kvantitativ analyse, hvor ISF og foretaksmodellen utgjør de sentrale uavhengige variablene, mens de tre målsettingene om produktivitet, kvalitet og tilgang utgjør de avhengige variablene. Resultatene indikerer at det er en sammenheng mellom foretaksmodellen og de tre målsettingene, mens når det gjelder ISF viser denne bare antydning til sammenheng med målsettingen om likhet i tilgangen til helsetjenestene.

Forord

Det har vært et spesielt siste semester ved lektorutdanningen på NTNU. Arbeidet med masteroppgaven har i perioder vært relativt slitsomt og utfordrende, men samtidig spennende og lærerikt. Etter innføringen av koronarestriksjonene ble dagene på hjemmekontoret fort ensformige, noe som har vært en ekstra utfordring i masterskrivingen. Jeg er likevel fornøyd og stolt over å fullføre semesteret med et ferdigstilt prosjekt.

Både selve masteroppgaven og prosessen rundt det å skrive en oppgave vil være relevant for profesjonsutdanningen min og et yrke som samfunnsfaglærer. Erfaringene knyttet til det å gjennomføre et omfattende prosjekt over lang tid, i tillegg til kunnskap rundt kildekritikk og forskningsmetoder vil være viktige ferdigheter å lære videre til elever i skolen.

Det er flere jeg ønsker å takke for hjelpen underveis i denne prosessen. Først og fremst min veileder Pål Martinussen. Takk for tilgangen til datasettet og for at du har delt av din erfaring og kommet med gode råd underveis i prosessen. Videre vil jeg takke mine gode venner og lesesalkompanjonger Hilde, Maj-Lisa og Mari for mange fine lunsjer i første del av semesteret og etter hvert skypelunsjer i hjemmekontorets tid. Det har vært godt å dele både frustrasjon og fremskritt med noen som står i samme prosess.

Jeg vil også takke familien min for hjelp og støtte gjennom disse fem årene. Takk for at dere både har oppfordret meg til å gjøre mitt beste og samtidig understreket at mitt beste er godt nok. Til slutt vil jeg takke kjæresten min, Hans Christian, som alltid tar seg tid til å høre på meg og hjelpe meg, og som underveis i studieløpet alltid har sagt at jeg kan få til hva som helst. Tusen takk!

Maja Forseth Stokland
Trondheim, juni 2020

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 INNSATTSSTYRT FINANSIERING.....	3
1.2 FORETAKSMODELLEN	4
2.0 TEORETISK GRUNNLAG	6
2.1 HVA ER NEW PUBLIC MANAGEMENT?.....	6
2.1.1 Tro på ledelse.....	6
2.1.2 Indirekte kontroll.....	7
2.1.3 Brukerfokusering.....	7
2.2 NEW PUBLIC MANAGEMENT PÅ NORSK	8
2.2.1 Mål- og resultatstyring.....	8
2.2.2 Fristilling	9
2.2.3 Konkurransetsetting.....	9
2.3 NEW PUBLIC MANAGEMENT I NORSKE SYKEHUS.....	10
2.3.1 Autonomi og styring.....	11
2.3.2 Markedsorientering	11
2.3.3 Ledelse.....	12
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	14
3.1 TIDLIGERE EVALUERING AV FORETAKSREFORMEN	14
3.2 KONSEKVENSER AV NPM-VIRKEMIDLER I HELSETJENESTENE.....	16
3.2.1 Produktivitet vs. kvalitet.....	18
3.3 NPM-VIRKEMIDLENES INNTOG I LEGEPROFESJONEN	19
4.0 METODE	21
4.1 VARIABLER	22
4.1.1 Avhengige variabler.....	22
4.1.2 Sentrale uavhengige variabler.....	22
4.1.3 Kontrollvariabler.....	22
4.2 VALIDITET OG RELIABILITET	24
4.3 FORUTSETNINGER FOR LINEÆR REGRESJON	25
5.0 RESULTATER	28
5.1 MODELL 1 – PRODUKTIVITET	30
5.2 MODELL 2 – KVALITET.....	31
5.3 MODELL 3 – LIKHET OG TILGANG.....	31
6.0 DISKUSJON	33
6.1 MÅL OM FORBEDRET PRODUKTIVITET	35
6.2 MÅL OM FORBEDRET KVALITET	36
6.2.1 Vurdering av kvalitet – er legene den beste kilden?.....	37
6.3 MÅL OM FORBEDRET TILGANG	39
6.4 ER DET EN SAMMENHENG MELLOM NPM-VIRKEMIDLENE OG DE TRE MÅLSETTINGENE?... ..	39
6.5 STYRKER OG SVAKHETER VED OPPGAVEN	40
7.0 KONKLUSJON	42
7.1 VIDERE FORSKNING	43
8.0 LITTERATURLISTE	44
9.0 VEDLEGG	48

1.0 Innledning

Det klassiske legal-rasjonelle byråkratiet har stått sentralt i den norske statsforvaltningen over lang tid. På 1980- og 90-tallet etablerte det seg en reformbevegelse som har påvirket offentlig sektor i mange land, og Norge var ikke et unntak. Av Christensen m.fl. (2014) beskrives New Public Management (NPM) som en endimensjonal reformbølge med et sterkt fokus på kostnadseffektivitet og med mindre vekt på andre hensyn i forvaltningen, som politiske signaler, faglige hensyn, rettigheter, likebehandling, forutsigbarhet og berørte parters interesser (s. 202). Denne reformbølgen utfordrer dermed de etablerte forvaltningsdoktrinene. De tidligere sentrale verdiene i offentlig administrasjon, blant annet det å tjene offentlige interesser, er blitt konfrontert med markedsstyring og markedsliknende organisasjons- og styringsprinsipper (Vanebo m.fl., 2001, s. 13). Argumenter i favør av NPM går ofte på at den offentlige forvaltningen tidligere hadde vært for omfattende, vanskelig å styre, lite effektiv og veldig dyr, og at endringene som følge av NPM skulle bidra til å effektivisere offentlig sektor. Andre igjen mener NPM utfordrer prinsippene knyttet til rettsstat og demokrati (Fimreite & Grindheim, 2007, s. 227). Ifølge Øgård (2000) har de fleste evalueringsstudier av NPM i stor grad fokusert på produktivitets- og effektivitetsaspekter og det er derfor uklareheter rundt hvilke andre konsekvenser disse endringene har ført med seg (s. 49).

Et politisk område hvor disse endringene også har vært sentrale er i helsesektoren. Ifølge Martinussen m.fl. (2017b) har det norske sykehussystemet nærmest vært kontinuerlig gjenstand for reformer de siste 40 årene (s. 140). Utover 1990-tallet ble det i offentlige utredninger og gjennom media pekt på en rekke problemer med den norske spesialisthelsetjenesten (Stigen, 2005, s. 18). Lange ventelister, manglende likhet i tilbudet og mangel på økonomisk ansvar var bare noe av problematikken (Hagen & Kaarbøe, 2006, s. 320). I 1997 forsøkte man å løse problemer knyttet til lange ventelister og lite produktivitet ved å innføre et nytt finansieringssystem som skulle stimulere til høyere aktivitet i sykehusene. Innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) var en endring som gjorde at sykehusets inntekter nå skulle baseres delvis på faste rammeoverføringer og delvis på sykehusets aktiviteter (Magnussen, 2019). ISF kan dermed karakteriseres som et typisk NPM-inspirert virkemiddel ettersom det skaper insentiver til høyere produksjon og mer effektivitet. I 2002 ble den såkalte foretaksreformen gjennomført, som innebar at staten overtok ansvaret og eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene (Martinussen m.fl., 2017b, s. 144). Deretter ble det opprettet egne uavhengige helseforetak, som fikk delegert myndighet og hadde ansvar for den daglige

driften av sykehusene. Denne reformen omtales også ofte som en NPM-reform, nettopp fordi den inneholdt elementer som foretaksmodellen og større fokus på ledelse og konkurranse. Målsettingene var blant annet å skape større likhet i tilgangen til helsetjenestene, bedre medisinsk kvalitet på helsetjenestene og økt produktivitet ved sykehusene (Martinussen m.fl., 2017b, s. 142).

Basert på en spørreundersøkelse gjennomført blant leger i norske sykehus i 2006, viste det seg at legene var gjennomgående kritisk til effektene foretaksreformen har medført (Aasland m.fl., 2007, s. 2218). 58 prosent av respondentene mente man hadde nærmet seg målet om forbedret produktivitet, mens de samtidig mente det ikke var tegn til forbedring på målene knyttet til kvalitet og tilgang til helsetjenestene (Aasland m.fl., 2007, s. 2219). Dette kan tyde på at reformen, og den generelle innføringen av NPM-elementer, medfører et større fokus på effektivitetsaspekter og mindre fokus på målene knyttet til forbedret kvalitet og tilgang til helsetjenestene. Det norske helsevesenet har gjennomgått flere NPM-inspirerte endringer de siste tiårene og i denne oppgaven skal jeg undersøke to av disse, nemlig foretaksmodellen og innsatsstyrt finansiering. Studien av Aasland m.fl. (2007) baserte seg på et datagrunnlag fra 2006, mens det i denne oppgaven vil bli brukt data hentet inn i 2016. Dette har gitt både innsatsstyrt finansiering og foretaksmodellen mulighet til å virke over relativt mange år, noe som også har gitt legene mer tid til å bli vant til disse ordningene. Dette gjør det relevant og interessant å gjennomføre en ny studie med et nyere datagrunnlag.

Denne oppgaven tar altså sikte på å undersøke hvorvidt det er en sammenheng mellom innføringen av NPM-elementer og de tre målsettingene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang til helsetjenestene. Oppgavens problemstilling er dermed: *Har innføringen av NPM-virkemidler en sammenheng med målene om forbedret produktivitet, kvalitet og likhet i tilgangen til helsetjenestene?* Metodisk tar oppgaven utgangspunkt i en kvantitativ analyse basert på et spørreskjema gjennomført blant leger i norske sykehus i 2016. Videre gjennomføres tre lineære regresjoner, hvor hvert av målene om produktivitet, kvalitet og tilgang utgjør den avhengige variabelen i analysene. De sentrale uavhengige variablene er innsatsstyrt finansiering og foretaksmodellen, som representerer NPM-elementene. Dette vises i årsaksdiagrammet i figur 1. Analysene viser at det er en samvariasjon mellom foretaksmodellen og de tre målsettingene, mens innsatsstyrt finansiering bare viser tendenser til samvariasjon i sammenheng med målet om forbedret tilgang til helsetjenestene.

Figur 1. Antatt årsakssammenheng



Videre i oppgaven følger en kort utredning om de to NPM-elementene innsatsstyrt finansiering og foretaksmodellen. Kapittel to omfatter teori, hvor de generelle prinsippene rundt NPM presenteres, før det blir sett nærmere på utviklingen av NPM i Norge og hvilke NPM-virkemidler som finnes i den norske helsesektoren i dag. Deretter følger kapittel tre som omhandler tidligere forskning, hvor fokuset ligger på forskning knyttet til foretaksreformen fra 2002 og innsatsstyrt finansiering, i tillegg til internasjonal forskning rundt implementering av NPM-elementer i helsesektoren. Videre følger oppgavens metodekapittel, hvor metode, datasett, variabler og fremgangsmåte beskrives grundig. I kapittel fem vil resultatene av den kvantitative analysen presenteres, før de drøftes videre i tråd med teori og tidligere forskning i kapittel seks. Helt til sist følger en kort diskusjon rundt oppgavens styrker og svakheter, før oppgavens konklusjon presenteres i kapittel syv.

1.1 Innsatsstyrt finansiering

Gjennom en rekke offentlige utredninger og meldinger ble det frem mot år 2000 lansert flere ulike forslag til endringer i organiseringen og styringen av spesialisthelsetjenesten. Både gjennom media og innen forskning ble det stilt spørsmål ved om sektoren var organisert på en hensiktsmessig måte (Stigen, 2005, s. 18). Slik det ble fremstilt i offentlige utredninger, forskning og medier, var reformbehovet for den norske spesialisthelsetjenesten komplekst og omfattende. Stigen (2005) oppsummerer fremstillingen på følgende måte: *"Det var problemer og utfordringer knyttet til styringsstruktur og medisinsk-demografiske utviklingstrekk, ressursmangel, kostnadskontroll, effektivitet og sykehusstruktur, for dårlig tilgjengelighet og*

kvalitet og for store regionale forskjeller med hensyn til tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis" (Stigen, 2005, s. 18). To av endringene som ble innført som følge av denne problematikken var ISF og foretaksmodellen.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997 og er en finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten. Den innebærer et oppgjør mellom de regionale helseforetakene og staten, som innebærer at det blir gitt en refusjon basert på en fast takst per sykehusopphold med grunnlag i hvilken diagnoselatert gruppe (DRG) pasienten tilhører. ISF er dermed en form for stykkprisfinansiering, hvor grunnlaget for betaling er et avsluttet sykehusopphold (Magnussen, 2019). Tiltaket ble innført med forsiktighet i 1997, men har etter hvert utviklet seg til at sykehusene i dag finansieres 50 prosent basert på aktivitet og 50 prosent i rammeoverføringer (Magnussen, 2019). Det som er målet med en slik form for aktivitetsbasert finansiering er å skape en markedslignende situasjon hvor tilbyderne får et insentiv til å øke produksjonen (Kastberg & Siverbo, 2007, s. 25). Sykehusenes finansieringssystem ble dermed endret fra en tradisjonell rammeoverføring til finansiering basert på aktivitet, som en strategi for å få sykehusene til å konkurrere om pasienter og for å oppmuntre til høyere produksjon (Kjekshus, 2003, s. 451-452; Magnussen m.fl., 2009, s. 15). I tillegg fungerer ISF som et styringsverktøy for ledelsen, da det gir gode muligheter til å få innført resultatmål på sykehusets virksomhet (Kjekshus, 2003, s. 452). ISF kan dermed regnes som et typisk NPM-inspirert virkemiddel.

1.2 Foretaksmodellen

Basert på problematikken beskrevet overfor ble også foretaksreformen gjennomført i 2002. Det gikk bare litt over ett år fra Arbeiderpartiet vedtok at staten skulle overta fylkeskommunenes eieransvar for sykehusene, til reformen trådte i kraft (Stigen, 2005, s. 15). Løsningen gikk på tvers av konklusjonene i tidligere utredninger. Det ble lagt frem nye forslag og ideer til organisering av sykehusene og spesialisthelsetjenesten, basert på ideene fra New Public Management (Jensen, 2013, s. 44). Selve reformen besto hovedsakelig av to elementer: statens overtakelse av de fylkeskommunale sykehusene og en organisering mellom sykehus og stat basert på en foretaksmodell (Aasland m.fl., 2007, s. 2218; Martinussen m.fl., 2017b, s. 144). Foretaksmodellen innebærer dermed at det er Helse- og omsorgsdepartementet som eier de regionale helseforetakene og videre de lokale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et styre som blir utpekt av departementet, og de regionale helseforetakene utpeker igjen et styre for de ulike helseforetakene (Braut, 2019). Fra å ha vært et delt politisk prosjekt mellom de 19 fylkestingene og Stortinget, ble den folkevalgte styringen av sykehusene nå forbeholdt

Stortinget (Stigen, 2005, s. 15-16). Denne politiske sentraliseringen ble kombinert med en administrativ fristilling av sykehusene. Omorganiseringen basert på foretaksmodellen innebærer dermed at sykehusene ikke lenger er offentlige forvaltningsorganer (Stigen, 2005, s. 16). Sykehusene ble organisert i form av om lag 30 helseforetak (HF), underlagt først fem, men nå fire, regionale helseforetak (RHF) (Aasland m.fl., 2007, s. 2218). Det ble antatt at en etablering av større organisatoriske enheter kunne gjøre det lettere å hente ut stordriftsfordeler gjennom endringer i funksjons- og oppgavefordelingen mellom sykehusene, i tillegg til at organisasjonsformen innebærer større grad av delegasjon når det gjelder driftsbeslutninger (Aasland m.fl., 2007, s. 2218).

2.0 Teoretisk grunnlag

Ettersom oppgaven tar sikte på å kartlegge sammenhengen mellom NPM-elementer og de tre helsepolitiske målsettingene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang, vil oppgavens teoretiske grunnlag i stor grad dreie seg om New Public Management. Først gjennomgås de generelle prinsippene for NPM, hvor det også blir trukket paralleller til det norske helsevesenet, før vi ser nærmere på utviklingen av NPM i en norsk kontekst. Til sist presenteres det hvilke NPM-elementer vi ser i den norske spesialisthelsetjenesten i dag.

2.1 Hva er New Public Management?

New Public Management (NPM) er betegnelsen på en reformbølge som har påvirket offentlig sektor i mange land de siste 30 årene. Det representerer ikke en helhetlig teori, men kan heller betegnes som en sammenfatning av flere ulike reformelementer som i hovedsak dreier seg om å øke effektiviteten i offentlig tjenesteyting. NPM vektlegger at offentlig sektor og forvaltningsapparatet må ha mer fokus på effektivitet, resultat, konkurranse, marked og brukere, og legge mindre vekt på regler, prosess og interne hensyn (Christensen & Læg Reid, 2001, s. 67). Et grunnleggende element er at det offentlige skal forsøke å bli mer kostnadseffektive og produktive ved hjelp av organisasjons- og ledelsesmodeller fra privat sektor. I motsetning til tradisjonell offentlig forvaltning, hvor avgrensning av byråkratenes skjønnsutøvelse ble vektlagt for å sikre størst mulig forutsigbarhet og politisk lojalitet, legger NPM vekt på ordninger som øker byråkratenes autonomi og valgmuligheter slik at de kan være mest mulig effektive (Christensen & Læg Reid, 2001, s. 67). I fremstillingen deles NPM-konseptet opp i tre hovedbolker: tro på ledelse, indirekte kontroll og brukerfokusering (Øgård, 2000, s. 32).

2.1.1 Tro på ledelse

Den første bolken har betegnelsen tro på ledelse. Gjennom ulike tiltak skal det på den ene siden være rom for å gi lederen plass, samtidig som det på den andre siden blir stilt krav om resultater og måloppnåelse (Øgård, 2000, s. 32). Dette er trekk vi kjenner igjen fra privat næringsliv, hvor ledelse har utviklet seg til å bli en egen profesjon og lederen kan lede en hvilken som helst bedrift (Øgård, 2000, s. 39). I NPM-tradisjonen kommer troen på ledelse til uttrykk gjennom en utstrakt grad av desentralisering og delegering av makt og myndighet fra politiske til administrative styringsnivåer, og videre fra det administrative toppnivå til virksomhetslederne (Øgård, 2000, s. 39). I helsesektoren har vi sett dette gjennom foretaksreformen fra 2002, hvor ansvaret for sykehusene ble tatt fra de politiske lederne i fylkene, og delegert ut til uavhengige

styrer som velges av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette vil hovedsakelig bety at helseministeren delegerer ansvar til styrene for de ulike regionale helseforetakene, og videre at styret i de regionale helseforetakene delegerer makt og ansvar ned til det enkelte helseforetak. På denne måten blir ansvar delegert i større grad enn før reformen, i tillegg til at det i dag er vanligere med bruk av ansettelse knyttet til resultatkrav (Christensen m.fl., 2014, s. 206). Videre ser man også eksempler på at ledelse har utviklet seg til å bli en egen profesjon, gjennom at det har blitt flere og flere ledere uten medisinsk bakgrunn både i de regionale og lokale helseforetakene. Tidligere var lederne ofte leger eller personer med medisinsk bakgrunn, mens det i dag er flere ledere med administrasjons- og lederutdanning.

2.1.2 Indirekte kontroll

Den andre bolken peker på en overgang fra direkte autoritet til indirekte kontroll i styringen av forvaltningen (Øgård, 2000, s. 32). Disse elementene legger særlig vekt på behovet for marked, kontrakter og konkurranseeksponering for å unngå sløseri og for å skape motvekt mot egeninteresser blant offentlig ansatte. Fimreite og Grindheim (2007) eksemplifiserer dette gjennom desentralisering og fristilling av virksomheter, konkurranse, resultatorientering, målstyring og kontraktrelasjoner (s. 229). Også Øgård (2000) beskriver at dette punktet innebærer en overgang fra styring av offentlig sektor gjennom regler og rutiner, til større fokus på økonomiske resultater ved å benytte ulike mål- og resultatstyringssystemer (s. 42). Opprettingen av egne helseforetak gjennom reformen i 2002 gir et godt eksempel på fristilling. Her er det helseministeren som oppnevner egne styrer som skal ta seg av den daglige driften i helseforetakene, slik at dette i størst mulig grad foregår uten innblanding fra politisk hold. Innføringen av ISF kan også være et eksempel på indirekte kontroll, da det eksponerer sykehusene for konkurranse, som igjen vil føre til mindre sløsing med ressurser.

2.1.3 Brukerfokusering

Den tredje bolken har betegnelsen bruker-/borgerfokusering. Denne delen av NPM tar for seg hvordan man kan innrette organisasjonen for å legge til rette for økt innflytelse og medvirkning fra befolkningens side (Øgård, 2000, s. 33). Bakgrunnen er en tanke om at offentlig forvaltning bruker lite ressurser på å fremskaffe informasjon om befolkningens behov, preferanser og interesser. I mangel på et marked som kan signalisere hva som er den "egentlige" etterspørselen etter offentlige tjenester, ser man etter mekanismer som kan forbedre informasjonsflyten mellom innbyggerne og beslutningstakere (Øgård, 2000, s. 33). Poenget med brukerfokusering

er dermed å opprette ordninger som skal bedre informasjonsflyten fra innbyggerne og til beslutningstakerne (Øgård, 2000, s. 42). Dette kan eksemplifiseres gjennom rettighetsbaserte tjenester, folkeavstemminger, stykkprisfinansieringer, brukerundersøkelser og økt valgfrihet (Fimreite & Grindheim, 2007, s. 229; Olaussen & Wollebæk, 2002, s. 2).

2.2 New Public Management på norsk

I Norge kommer NPM særlig til uttrykk gjennom en beslutningsstil som i større grad preges av samarbeid enn av konfrontasjon. Heller enn å skyve ut de tradisjonelle hensynene knyttet til nøytralitet, lojalitet og faglig uavhengighet, kommer målet om kostnadseffektivitet som et supplement (Christensen m.fl., 2014, s. 204). I den norske sentralforvaltningen er det spesielt to komponenter ved NPM som har vært sentrale. Disse er mål- og resultatstyring og organisatorisk fristilling (Christensen m.fl., 2014, s. 204). En tredje komponent i NPM som har fått økt omfang i Norge i senere år er konkurranseutsetting (Christensen m.fl., 2014, s. 210).

2.2.1 Mål- og resultatstyring

Christensen m.fl. (2014) definerer mål- og resultatstyring (MRS) som en resultatorientert styringsfilosofi, et allment, overordnet prinsipp eller en idé om styring som må tilpasses den enkelte virksomheten (s. 204). Et viktig prinsipp er å vri forvaltningskulturen bort fra regler og prosedyreteknisk og mot en sterkere resultatorientering, ved hjelp av mål- og resultatstyring (Christensen & Lægred, 2001, s. 74). De ansatte skal bevisstgjøres i retning av sterkere mål- og resultatfokusering, og dette skal blant annet skje gjennom en dialog om resultatkrav, økt autonomi og mindre detaljstyring (Christensen & Lægred, 2001, s. 75). Som styringsteknikk har MRS tre hovedkjenntegn. For det første er det formulering av klare, stabile og konkrete mål (Christensen & Lægred, 2001, s. 75). For det andre er det resultatrapportering hvor informasjon om oppnådde resultater skal rapporteres tilbake til overordnet organ, og for det tredje resultatoppfølging, hvor suksess skal premieres og fiasko straffes (Christensen & Lægred, 2001, s. 75). Utviklingen av denne styringsteknikken har det siste tiåret vært preget av at MRS har blitt et stort og komplisert kontrollorientert system, altså trekk NPM-tradisjonen i utgangspunktet hadde som poeng å unngå (Christensen m.fl., 2014, s. 204). Flere har opplevd en relativt sterk detaljfiksering når det gjelder beskrivelsen av mål, resultatindikatorer og tiltak, samtidig som formaliseringen og skriftligheten innen og mellom de administrative enhetene har økt i stor grad (Christensen, m.fl., 2014, s. 204). Det har likevel skjedd en del tilpasninger i konseptet etter hvert. MRS har i større grad blitt integrert i budsjettarbeidet, vektleggingen har

endret seg fra fokus på målformuleringer til sterkere vektlegging av resultat aspektene, og man har løsnet på kravet om at det skal være en standardisert teknikk og åpnet for mer fleksible tilpasninger ut fra særtrekk ved den enkelte organisasjon (Christensen & Lægneid, 2001, s. 76). Over tid har det eksistert en større og større erkjennelse av at troen på NPM og MRS som en universalløsning har vært overdrevet og at bruken av mål- og resultatstyring må tilpasses variasjoner i den enkelte offentlige organisasjons kultur, oppgaver og struktur (Christensen m.fl., 2014, s. 205).

2.2.2 Fristilling

I likhet med MRS handler fristilling også om frihet og styring. Problemet med fristilling er hvor langt man kan gå på den ene siden for å gi de ulike virksomhetene større autonomi, uten at de på den andre siden blir så fristilt at den overordnede politiske ledelsen mister muligheten for politisk kontroll og styring (Christensen m.fl., 2014, s. 208). Hovedspørsmålet blir dermed hvordan man skal balansere styring på én side, mot frihet på den andre (Christensen & Lægneid, 2001, s. 81). De NPM-inspirerte strukturelle omstillingene i vestlige land, har langt på vei erstattet den tradisjonelle, integrerte forvaltningsmodellen med en langt mer desintegreert og fragmentert modell. Ideen går hovedsakelig ut på at det ikke skal være overlapping mellom funksjoner, men at bedrifter bør ha spesialiserte organisasjonsenheter for hver funksjon eller oppgave. Ifølge Christensen m.fl. (2014) kan dette skje gjennom horisontal oppdeling i sentraladministrasjonen, der man skiller klarere mellom ulike roller som eier, regulator, bestiller og kontrollør, eller gjennom den vertikale differensieringen, hvor man skiller klarere mellom disse rollene og de mer utførende, tjenesteytende og produserende oppgavene (s. 208). Vertikal differensiering kan igjen deles i indre og ytre fristilling. Indre fristilling er når man delegerer og differensierer innenfor den samme organisasjonsformen, eksempelvis ved å flytte departementsavdelinger til direktorater, mens ytre fristilling innebærer at forvaltningsorganer endrer tilknytningsform til ulike selskaps- og foretaksformer (Christensen m.fl., 2014, s. 208). Dette kan vi blant annet se på omdanningen av forvaltningsbedriften Televerket til Telenor AS i 1994, og omleggingen av Statens bygge- og eiendomsdirektorat som ble til Statsbygg i 1993 (Blaalid, 1999, s. 16).

2.2.3 Konkurransetsetting

En tredje komponent i NPM som har fått økt omgang i Norge de senere år er konkurransetsetting (Christensen & Lægneid, 2001, s. 87). Grunnideene bak forskjellige

former for konkurranseutsetting er at det offentlige i mindre grad skal vektlegge overordnet styring og kontroll gjennom den parlamentariske styringskjeden og mer vekt på styring nedenfra gjennom markedet eller ved direkte tilbakeføring av brukervurderinger til offentlige tjenesteproduserende virksomheter (Christensen & Læg Reid, 2001, s. 87; Christensen m.fl., 2014, s. 210). Brukerne skal gis økte valgmuligheter med hensyn til offentlige tjenester og større mulighet til å holde den enkelte offentlige etat direkte ansvarlig for kvaliteten og omfanget av den servicen som ytes. Økt konkurranse mellom tjenesteytere skal brukes som et middel til å skape økt kostnadseffektivitet og kvalitet på tjenestene (Christensen & Læg Reid, 2001, s. 88). Konkurransen kan komme til uttrykk på flere måter, eksempelvis ved ulike former for anbudskonkurranse gjennom "bestiller-utførermodeller", hvor private bedrifter konkurrerer seg imellom og med offentlige virksomheter om kontrakter for å utføre offentlige tjenester (Christensen & Læg Reid, 2001, s. 88). En av hovedårsakene for slike reformtiltak er dermed at de skal føre til økt kostnadseffektivitet. Likevel kan denne type reformer også inneha demokratiske implikasjoner. På den ene siden kan det styrke demokratiske verdier ved at folk får økt valgfrihet når det gjelder offentlig service (Christensen m.fl., 2014, s. 210). På den andre siden har det også en demokratisk pris ved at det kan føre til økt forskjellsbehandling, diskriminering og sosial segregering mellom ulike grupper av befolkninger. Ulike former for konkurranse gir likevel konsumentene ulike påvirkningsmuligheter for kvaliteten på og omfanget av offentlige varer og tjenester (Christensen m.fl., 2014, s. 210).

2.3 New Public Management i norske sykehus

Siden 1990-tallet har omorganiseringene i statsforvaltningen blitt flere og mer omfattende (Opedal & Rommetvedt, 2005, s. 102). Inntil 1992 var viktige virksomheter som post, jernbane, energiforsyning og offentlig kringkasting fortsatt orientert som forvaltningsorganer eller forvaltningsbedrifter. I ettertid har fristilling og mål- og resultatstyring blitt en fellesnevner for omstillingen av flere offentlige virksomheter, farget av den internasjonale New Public Management-bølgen (Opedal & Rommetvedt, 2005, s. 102-103). Mange organisatoriske tiltak i helsetjenesten, deriblant foretaksreformen, føyer seg inn i dette bildet, nettopp fordi de innebærer flere elementer inspirert av NPM (Martinussen m.fl., 2017b, s. 142; Opedal & Rommetvedt, 2005, s. 103). For å skissere utviklingen i norske sykehus siden 1990-tallet tar Byrkjeflot og Neby (2005) utgangspunkt i tre NPM-inspirerte dimensjoner: autonomi og styring, markedsorientering og ledelse.

2.3.1 Autonomi og styring

Det tydeligste eksemplet på autonomidimensjonen blir gitt ny mening i Norge, er den nye organisasjonsformen til helseforetakene. Byrkjeflot & Neby (2005) beskriver at reformen fra 2002 representerte en overføring fra autonomi fra fylket til sykehusforetakene, og at dette var en del av arbeidet med å øke statens styringskapasitet i helsesektoren (s. 49-50). Hensikten med å øke statens styringskapasitet var et forsøk på å avgrense profesjonene og lokalpolitikernes autoritet og innflytelse, og på denne måten gjøre sykehusene mer styrbare. Dette skjedde gjennom å overføre ansvar fra profesjonsledere til linjeledere, som videre kunne bygge sin autoritet på organisasjonskunnskap heller enn fagkunnskap (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 51). Nye terminologier som produktivitet og formålseffektivitet ble viktige begreper i den offentlige ledelsens styringspraksis. Ledere fikk større frihet i den daglige driften, samtidig som de hadde klarere mål og resultater som skulle oppnås (Vanebo, 2001, s. 176).

Ifølge Byrkjeflot og Neby (2005) ble fylkenes eierskap av spesialisthelsetjenesten preget av et slags lokalpolitisk spill rundt sykehusene, og fylkene klarte dermed ikke å utvikle en politikk som gjorde det mulig å se helsetjenestene i et nasjonalt eller regionalt perspektiv (s. 51). Gjennom opprettingen av de regionale helseforetakene skulle slike problemer løses, med et såkalt "sørge-for-ansvar", og profesjonelle styrever oppnevnt av staten (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 51). Utelatelsen av fylkespolitikere og lokalpolitikere fra den politiske styringskjeden innebærer imidlertid ikke at diskusjonen omkring den daglige driften av sykehusvesenet ble mindre politisert. Tvert imot ser vi en rekke eksempler etter reformen på at også regjeringsmedlemmer engasjerer seg i enkeltsaker (Opedal & Rommetvedt, 2005, s. 126).

2.3.2 Markedsorientering

Som Christensen og Lægveid (2001) legger vekt på, har konkurranseutsetting etter hvert blitt til en naturlig del av den norske NPM-tradisjonen (s. 87). Byrkjeflot og Neby (2005) skriver videre at ideen er at markedet skal gi retningslinjer og insentiver for handling, eksempelvis gjennom å motivere aktørene til å opptre på en måte som gjør at sykehusene får mer ut av sine ressurser (s. 54). Dette kan handle om å oppfylle kvalitetsmål og dermed tiltrekke seg pasienter og mer ressurser fra staten, eller at aktørene opptre på en måte som gjør at man vinner frem i konkurranse om kontrakter i samsvar med bestiller-/ utførermodeller (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 54). Et eksempel på at markedet skal gi insentiver til å opptre på en effektiv måte er nettopp innsatsstyrt finansiering. ISF gir sykehusene og legene mulighet til å endre sin atferd for å få behandlet så mange pasienter som mulig og gjennom dette få gjengitt flere DRG-refusjoner

sammenlignet med om de ikke endrer atferd. I tillegg kan ISF stimulere til konkurranse mellom sykehusene, ettersom sykehusene vil ønske å tiltrekke seg pasienter til sitt sykehus for å få utnyttet sin produksjonskapasitet og behandlet flest mulig pasienter. ISF representerer dermed et eksempel på markedsorientering av helsetjenestene, da det både gir sykehusene insentiver til å opptre mer effektivt samtidig som det også kan stimulere til konkurranse mellom sykehusene.

Videre har det også blitt stadig mer vanlig å regne pasienten som en slags kunde, og dermed som en person som innehar gitte rettigheter. To reformer som har tatt sikte på å sikre pasientenes tilgang til helsetjenester er ventelistegarantiene fra 1990, mens valgdimensjonen ble sikret gjennom fritt sykehusvalg i 2001 (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 54). Etter dette ble det stadig viktigere å gi kundene, altså pasientene, informasjon som gjør det mulig for dem å opptre som rasjonelle aktører i en situasjon med valgfrihet. Disse endringene har også bidratt til å stimulere til konkurranse i helsesektoren, ettersom pasienter har tilgang på informasjon tilknyttet ulike sykehus og basert på dette kan ta et eget valg om hvilket sykehus de vil behandles på. Diskusjonen omkring hvordan slike systemer for finansiering, konkurranse og kvalitetskontroll skal utformes, er blitt et stadig viktigere politikkområde (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 54). Vi kan altså peke på en serie av tiltak fra siste halvdel av 1990-tallet og fram til i dag – gjennom nettopp introduksjonen av valgfrihet, kvalitetsmålinger og innsatsstyrt finansiering – som til sammen peker på et relativt tydelig fokus på markedstenkning (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 55).

2.3.3 Ledelse

I tråd med NPM-trenden har ledelse i stadig større grad blitt et selvstendig fokusområde, mens det tidligere var oppfattet som en forlengelse av fag eller en bieffekt av lang erfaring. Begreper som "enhetlig ledelse", "entydig ledelse" og "ansvarsledelse" blir brukt for å underbygge det personlige ansvaret lederen har for organisasjonens resultater (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 56). Inntil 1995 hadde prinsippet om todelt lederansvar mellom oversykepleier og overlege dominert på norske sykehus, mens fra 2001 ble alle sykehus pålagt å gjennomføre et system for enhetlig ledelse. Behovet for standardiserte ledelsessystemer på alle nivåer var også et av de viktigste temaene i diskusjonen omkring foretaksreformen i 2002 (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 56). Enhetlige og standardiserte ledelsessystemer var i første rekke motivert ut fra ønsket om styrbarhet, slik at ansvarliggjøring av ledere skulle føre til større grad av kontroll ovenfra. Den tilhørende ideen om at ledelse må regnes som en profesjon i seg selv, ble også presentert og

videreføret gjennom det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet i tidsrommet 2002-2004 (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 56).

I sammenheng med NPM handler ledelse delvis om å sikre at fastsatte mål blir nådd og delvis om kostnadseffektivitet (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 57). Det er mange sterke profesjonsgrupper, ekspertiseområder og pasientforeninger som vil ha sitt ord med i laget, noe som fører til at det er mye politisk oppmerksomhet rundt ulike reformbevegelser i helsevesenet. Det handler blant annet om utviklingen av et sterkere pasientfokus, ivaretagelse av pasientenes rettigheter, sikre samhandling på tvers av profesjongrensene og bidra til kvalitet og legitimitet for tjenestetilbudet (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 57). Med dette i bakgrunn er det vanskelig å redusere ledelse til driftskontroll eller strategiske visjoner, ettersom utøvelsen av lederskapet forutsetter en kombinasjon av flere ulike roller (Byrkjeflot & Neby, 2005, s. 57). I mange tilfeller er det heller en type endringskompetanse som ønskes, noe som betyr at man nærmest ønsker seg en politisk leder som har forutsetningene til å knytte sammen ulike interesser til et enhetlig produkt.

3.0 Tidligere forskning

Videre i oppgaven følger en gjennomgang av tidligere forskning som er relevant for oppgavens tematikk. Først presenteres forskningsrådets (2007) evaluering av foretaksreformen fra 2002 og Aaslands m.fl. (2007) undersøkelser rundt legenes mening om reformen og de tre målsettingene. Videre følger en gjennomgang av konsekvenser og erfaringer knyttet til ISF, og generelt innføringen av NPM-virkemidler i helsevesenet. Deretter følger forskning rundt produktivitet og kvalitet, som flere mener er en sentral motsetning i de tre målsettingene. Til slutt presenteres forskning knyttet til hvordan leger i sykehus har mottatt og implementert NPM-elementene i sin arbeidshverdag.

3.1 Tidligere evaluering av foretaksreformen

I 2007 publiserte Norges forskningsråd en resultatevaluering av foretaksreformen fra 2002. Som tidligere nevnt innebar reformen hovedsakelig at staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og implementerte en foretaksmodell med fem regionale helseforetak (Aasland m.fl., 2007, s. 2218; Martinussen m.fl., 2017b, s. 144). Forskningsrådet (2007) har evaluert de tre hovedmålsettingene og har kommet frem til at foretaksmodellen har hatt en statistisk signifikant positiv effekt på produktiviteten (Forskningsrådet, 2007, s. 143). Når det gjelder målet om forbedret likhet i tilgangen til helsetjenestene, viser det seg at foretaksmodellen har gitt pasientene bedre tilgang til spesialisthelsetjenestene, selv om denne økningen ikke er lik for hele landet (Forskningsrådet, 2007, s. 142). Dette betyr at enkelte steder har opplevd en større forbedring i tilgangen til helsetjenestene enn andre. For det siste målet, knyttet til kvaliteten på helsetjenestene, viser rapporten til at det er mangelfullt datagrunnlag på dette området i Norge og at evalueringen dermed ikke har mulighet til å besvare denne delen av mandatet. Det foreligger ikke god nok kunnskap om foretaksmodellens mulige effekter på behandlingstilbudets medisinske kvalitet og pasientenes opplevelse av det (Forskningsrådet, 2007, s. 144). Denne rapporten viser altså til at foretaksmodellen har bidratt til økt produktivitet i spesialisthelsetjenesten og forbedret tilgangen til tjenestene i noen områder. Hvorvidt kvalitetsmålet er forbedret er ikke besvart i rapporten. Dette kan komme av at mange studier av NPM-virkemidler gjennomføres relativt kort tid etter at endringene er iverksatt, noe som gjør at man vet lite om kvalitetsutviklingen over tid (Øgård, 2000, s. 51). Det vil ikke være et problem for denne oppgaven, ettersom tiltakene som skal undersøkes ble iverksatt i 1997 og 2002 og datagrunnlaget er fra 2016, noe som har gitt endringene tid til å virke over mange år.

Forskningsrådets rapport (2007) viser altså at reformen har hatt en effekt på både effektivitetsmålet og målet om tilgjengelighet. Et annet viktig spørsmål er hvordan leger i sykehusene har opplevd reformens innvirkning på de tre hovedmålene. En undersøkelse gjennomført i 2006, viste at legene stort sett er meget kritiske til foretaksreformens effekter (Aasland m.fl., 2007, s. 2218). Spørsmålene var formulert slik at respondenten skulle sammenligne situasjonen i 2006 med situasjonen før foretaksmodellen ble innført, og vurdere om man hadde nærmet seg eller fjernet seg fra de tre hovedmålene. Her viser det seg at 38% av de forespurte legene mener at man hadde fjernet seg fra målet om forbedret kvalitet, mens bare 8% mener man hadde nærmet seg dette målet (Aasland m.fl., 2007, s. 2219). Målet om større likhet i tilgangen til helsetjenestene hadde også en verdi som var signifikant lavere enn null, som vi vil si at legene mente at man hadde fjernet seg fra dette målet også (Aasland m.fl., 2007, s. 2219). Det eneste av de tre hovedmålene som legene mente man hadde nærmet seg, var målsettingen om økt produktivitet ved sykehusene, hvor 58% av respondentene mente man var nærmere dette målet (Aasland m.fl., 2007, s. 2219). Alt i alt var det 49% av sykehuslegene som mente at reformen hadde hovedsakelig negative effekter for sykehusene, mens 18% mente at effektene var positive (Aasland m.fl., 2007, s. 2218). Sammenlignet med forskningsrådets (2007) evaluering ser man at sykehuslegene delvis har andre oppfatninger enn de resultatene forskningsrådet viser til. Selv om forskningsrådet (2007) viser til at det ikke foreligger godt nok vurderingsgrunnlag for å si noe om endringer i kvaliteten på tjenestene, mener flesteparten av legene at kvaliteten er betydelig redusert (Aasland m.fl., 2007, s. 2219). Det samme gjelder spørsmålet om likheten i tilgangen til tjenestene, hvor forskningsrådets rapport (2007) viser til at tilgangen er forbedret i noen områder, mens sykehuslegene også her mente at dagens situasjon var forverret sammenlignet med før innføringen av foretaksmodellen (Aasland m.fl., 2007, s. 2219).

I en nyere studie fra 2017 viser det seg at legene fremdeles mener at dagens modell for både organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten er problematisk (Martinussen m.fl., 2017a, s. 100). Flertallet er også skeptisk til økt politisk styring av sektoren, og ønsker ikke at politikere skal involveres i beslutninger knyttet til driften av helsetjenestene. Flertallet av legene ønsker seg heller tilbake til en sektor som er mer profesjonsstyrt enn det den er i dag og er stort sett positiv til å vende tilbake til en fylkeskommunal forvaltningsmodell (Martinussen m.fl., 2017a, s. 101-102). Resultatene indikerer at sykehuslegene ønsker mer lokal ledelse, kortere beslutningsveier og mindre insentivbasert styring (Martinussen m.fl., 2017a, s. 102).

3.2 Konsekvenser av NPM-virkemidler i helsetjenestene

I Norge har det blitt rapportert om både positive og negative konsekvenser etter innføringen av NPM-virkemidler. Som tidligere nevnt ble det NPM-baserte virkemidlet ISF innført i 1997 for å skape insentiver til produktivitet i sykehusene, som et tiltak mot lange ventelister til behandling og helsetjenester. De første resultatene av evalueringen av tiltaket viste at både utstyr og personell ble utnyttet stadig mer effektivt i norske sykehus (Sosial- og helsedepartementet, 1999-2000, s. 2). Dette førte videre til reduserte ventelister (Helsedepartementet, 2003-2004, s. 8), og man kan dermed si at ISF har oppnådd sitt tiltenkte mål, noe som representerer en vellykket implementering av et NPM-virkemiddel i helsetjenesten. Likevel kritiserer Street m.fl. (2007) aktivitetsbasert finansiering i helsevesenet fordi de mener det oppfordrer sykehusene til å redusere kostnadene for tjenester som leveres til enkeltpasienter (s. 33). Tanken er at sykehusene kommer til å redusere kostnadene gjennom å opptre på en mer effektiv måte, mens det som oftest skjer er at man går på kompromiss med kvaliteten (Street m.fl., 2007, s. 33). Videre trekker de frem at kvaliteten kan bli påvirket på to forskjellige måter. For det første har det i USA vært bekymringer knyttet til at sykehusene vil foreta såkalte "adverse selections". På norsk kaller vi dette fenomenet for *fløteskumming*, og Martinussen og Hagen (2009) definerer det som selektiv behandling av pasienter som krever få ressurser, samtidig som de gir høye økonomiske refusjoner (s. 139). Dette betyr at pasienter som krever få ressurser for en gitt økonomisk refusjon prioriteres fremfor pasienter som krever mer ressurser for det samme refusjonsbeløpet. Deres analyser viser at fløteskumming har skjedd på dagkirurgiske avdelinger ved norske sykehus etter innføringen av ISF i 1997 (Martinussen & Hagen, 2009, s. 153).

Videre trekker Street m.fl. (2007) også frem at en annen måte effektiviteten kan påvirke kvaliteten på, er at sykehusene kan skrive ut pasienter tidligere enn det som er medisinsk hensiktsmessig (s. 33). Blant annet Kosecoff m.fl. (1990) har vist at pasienter ble utskrevet "raskere og sykere" etter innføringen av aktivitetsbasert finansiering i USA. Street m.fl. (2007) legger likevel vekt på at mange land har forsøkt å få ned antall sykehusdøgn per pasient, uavhengig av om helsetjenesten i landet har et finansieringssystem basert på aktivitet eller ikke (s. 33). I sammenheng med dette kan man se til studien av Kittelsen m.fl. (2017), hvor de har gjennomført en kvalitets- og produktivitetssammenligning blant de nordiske landene. Her finner de at målt i dødelighet, har Norge høy kvalitet på helsetjenestene sammenlignet med de andre nordiske landene (s. 78). Likevel viser det seg også at Norge ligger noe høyere enn snittet når det kommer til akutte re-innleggelser (Kittelsen m.fl., 2017, s. 78). Kittelsen m.fl. (2017)

foreslår at en årsak til dette er et finansieringssystem, altså ISF, som premierer antall innleggelser, uavhengig av om de er primære eller sekundære (s. 82). Dette kan være et bevis for at pasienter blir skrevet ut raskere og sykere som følge av aktivitetsbasert finansiering, som Street m.fl. (2007) foreslår.

I den internasjonale forskningen er også NPM-implementeringer dokumentert med varierende utfall. Ett aspekt ved NPM-reformer som er mye diskutert er konkurranse. Konkurranse kan blant annet oppstå som en konsekvens av ISF-systemet, hvor sykehusene konkurrerer om pasienter for å få gjengitt flest mulig DRG-refusjoner. I det engelske NHS-systemet ble det fra 2002 til 2008 implementert en rekke markedsbaserte helsereformer. Cooper m.fl. (2011) har evaluert disse reformene, som hadde som fokus å innføre fritt pasientvalg og tilbyderkonkurranse. Tidligere hadde blant annet Propper m.fl. (2008) og Gaynor (2004) analysert det interne NHS-markedet på 90-tallet, og vist at høyere konkurranse mellom sykehus kunne knyttes til høyere dødelighet målt i hjerteinfarkt-mortalitet. Basert på Proppers m.fl. (2008) og Gaynors (2004) studier kunne man dermed konkludere med at når sykehus konkurrerer på pris og kvalitet, så vil mest sannsynlig både prisen og kvaliteten bli lavere. Men i motsetning til Propper m.fl. (2008) og Gaynor (2004), som undersøkte markedet på 90-tallet, viser studien av Cooper m.fl. (2011) at mer konkurranse knyttes til en raskere nedgang i hjerteinfarkt-mortalitet over 30 dager (s. 250). Disse resultatene kom i etterkant av markedsreformene som ble innført mellom 2002 og 2008, hvor fokuset var å innføre pasientvalg og tilbyderkonkurranse. Basert på dette kan man argumentere for at NPM-elementene har bidratt til å redde liv (Cooper m.fl., 2011, s. 251) og at konkurranse dermed kan ha positive utslag på kvaliteten. Disse resultatene er også i samsvar med Kessler og Gepperts (2005) studie, som undersøkte sykehuskonkurranse i USA og konkluderte med at konkurranse innen et fastprismarked førte til en økning i sykehusets kvalitet, også her indikert ved en reduksjon i dødelighet knyttet til hjerteinfarkt (s. 16).

I tillegg til større makronivå-konsekvenser av NPM-virkemidler i helsetjenestene, finner vi også konsekvenser på mikronivå, som kommer til syne i helsearbeidernes arbeidshverdag. Blant annet har Newman m.fl. (2009) gjennomført en undersøkelse blant sykepleieledere i Australia, for å kartlegge hvordan NPM-endringer har påvirket deres arbeid (s. 423). Deres studie viser at arbeidsmiljøet til sykepleielederne under NPM er preget av økende kompleksitet, konflikt og motsetninger. Newman m.fl. (2009) mener at miljøet sykepleielederne beskriver står som en motsetning til hovedbudskapet i NPM-reformer, nemlig desentralisering og avbyråkratisering

av systemet (s. 430). NPM-retorikken hevder at virkemidlene skal frigjøre lederne fra byråkratisk arbeid ved å desentralisere styringsmyndigheten, og dermed la lederne konsentrere seg om å lede. Newman m.fl. (2009) mener at i praksis har forsøket på å forbedre effektiviteten og koordinerings- og kontrollkostnadene resultert i økt byråkratisk overvåking, sentralisert kontroll og ledelsesansvarlighet gjennom resultatmål og indikatorer (s. 430). Sykepleieledere rapporterer derfor om økende vanskeligheter med å tilby klinisk og profesjonell ledelse, og til syvende og sist også vanskeligheter med å tilby passende pasientbehandling under dette ledelsesmiljøet (Newman m.fl., 2009, s. 430). I en annen studie har Willis m.fl. (2016) også undersøkt konsekvensen av NPM-reformer blant sykepleieledere i Australia. Her rapporteres det også om mindre tilpasning av pasientbehandling, intensivering av klinisk arbeid, begrenset tid til å levere omsorg, i tillegg til at ledelsen utøver større kontroll over det kliniske arbeidet (s. 165).

3.2.1 Produktivitet vs. kvalitet

Som tidligere nevnt er et av hovedprinsippene i NPM-tradisjonen at man skal prøve å effektivisere offentlig sektor. Gjennom blant annet studiene av Newman m.fl. (2009) og Willis m.fl. (2016) har det vist seg at NPM-elementene har ført til mer intensivt arbeid og mindre tid til å gi tilpasset pasientbehandling og omsorg. Gjennom dette kan man argumentere for at et mål om økt produktivitet i helsetjenestene kan påvirke kvaliteten på tjenestene i negativ retning. Avveiningen mellom produktivitet og kvalitet er et mye diskutert tema når det gjelder NPM-virkemidler i offentlig sektor, og særlig i omsorgstjenestene.

Mange av studiene som evaluerer NPM tar ofte utgangspunkt i produktivitets- og effektivitetsaspektet knyttet til de tiltakene som iverksettes (Øgård, 2000, s. 49). I en helsepolitisk sammenheng kan dette være en konsekvens av vanskeligheter med å definere kvalitet og dermed også problemer med å finne gode indikatorer på hva som er god eller dårlig kvalitet (Blank m.fl., 2018, s. 105). Når NPM-tradisjonen krever tydelige mål og indikatorer som kan vise utvikling over tid, blir det lettere å se til et lett kvantifiserbart produktivitetstall enn uklare kvalitetsindikatorer. Kittelsen m.fl. (2017) skriver at når det gjelder internasjonale studier ser man blandede resultater når det gjelder samvariasjonen av kostnader og kvalitet i sykehusproduksjon (s. 75). Mens noen studier rapporterer om at kostnader er positivt korrelert til helseutfall (Morey m.fl., 1992; Mukamel m.fl., 2001), foreslår andre at kostnadsreduksjoner og kvalitetsforbedringer kan oppnås samtidig (Clement m.fl., 2008; McKay & Deily, 2008).

Selv om det var politisk enighet i Norge om at både kostnadsbegrensning og kvalitetsforbedring var nødvendig, skriver Hussey m.fl. (2013) at sammenhengen mellom disse to faktorene er et av de mer kontroversielle temaene innen helsepolitikken (s. 27). Også i Norge har disse temaene vært omdiskutert. Blant annet Høie (2015) skriver at helseansatte i Norge er misfornøyd med at helsefaglige forhold blir nedprioritert til fordel for økonomi, som bli sett på som et mål i seg selv (s. 20). Resultatene i undersøkelsen av Aasland m.fl. (2007) viser også at et flertall av legene mente man hadde nærmet seg målet om økt produktivitet, mens man samtidig hadde beveget seg lenger bort fra målet om økt kvalitet på helsetjenestene (s. 2219). Dette kan tyde på at målene vanskelig lar seg forene på samme tid. Dette beskriver også Hussey m.fl. (2013) som én av to muligheter. På den ene siden er det mulig at forbedringer i kvaliteten krever økte kostnader, eller at reduserte utgifter vil ha en negativ påvirkning på kvaliteten. På den andre siden trekker de også frem muligheten for at forbedringer i kvaliteten kan bidra til å begrense kostnader gjennom å redusere komplikasjoner eller re-innleggelser (Hussey m.fl., 2013, s. 27). I denne sammenhengen kan vi igjen se til Kittelsen m.fl. (2017) som har vist at Norge ligger høyere enn gjennomsnittet i Norden når det gjelder akutte re-innleggelser, noe de knytter til et finansieringssystem som fokuserer på produktivitet (s. 83). Det kan dermed være et eksempel på et av utfallene Hussey m.fl. (2013) beskriver, nettopp at reduserte utgifter eller fokus på produktivitet kan påvirke kvaliteten i negativ retning (s. 27). Gjennom dette er det en mulighet for at et NPM-virkemiddel som innsatsstyrt finansiering bidrar til en negativ påvirkning på kvaliteten. I stedet for et system som bare premierer kvantitet, stiller Kittelsen m.fl. (2017) spørsmål ved om man bør ha et system som også vektlegger kvaliteten (s. 75), og på denne måten skape insentiver til å oppnå både høy produktivitet og god kvalitet på samme tid.

3.3 NPM-virkemidlenes inntog i legeprofesjonen

Et spørsmål som også har betydning for hvorvidt innføringen av NPM-elementer i helsesektoren blir vellykket eller ikke, er i hvilken grad helsearbeiderne endrer atferd og tar til seg endringene i hverdagen. Det har blitt foreslått ulike strategier for hvordan NPM-elementer blir mottatt i helsetjenestene, hvor blant annet Kurunmäki (2004) argumenterer for at det skjer en hybridiseringsprosess, mens Jacobs (2005) beskriver det hele som en polariseringsprosess. Kurunmäkis (2004) studie viste at i Finland har den medisinske profesjonen tatt i bruk NPM-verktøy for ledelse og regnskap så grundig at hun beskriver det som en hybridiseringsprosess. Regnskap er nå blitt en innarbeidet kompetanse som utgjør legenes helhetlige medisinske og økonomiske kunnskapsfelt (Kurunmäki, 2004, s. 340). Jacobs (2005) foreslår en alternativ teori

til Kurumäkis (2004) hybridiseringsteori, nemlig en teori om polarisering. Jacobs (2005) hypotese er at i stedet for at nye verktøy og arbeidsmetoder adopteres av hele den medisinske profesjonen, vil det dannes en undergruppe som tar seg av det økonomiske og administrative ansvaret, noe som etterlater de grunnleggende verdiene og arbeidsmetodene i legeprofesjonen uendret (s. 135). Analysene, som innebærer landene Tyskland, Italia og Storbritannia, viser at i disse tre landene er det heller snakk om en polariseringsprosess (Jacobs, 2005, s. 158), og ikke en hybridisering som Kurumäki (2004) beskriver har funnet sted i Finland.

Jacobs (2005) polariseringshypotese får også støtte fra Martinussen og Magnussen (2011). De gjennomførte en studie hvor de undersøkte hvorvidt legenes vurdering av foretaksreformen er avhengig av hvor mye legen arbeider i direkte kontakt med pasienter og om legen har lederansvar eller ikke. Her fant de at respondenter med lederansvar var mer positiv til reformen enn ikke-ledere, og leger med høyere andel pasienttid var mindre positiv til reformen sammenlignet med leger med lavere andel pasienttid (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 197). Dette kan bety at lederne, som er mer positiv til reformen, også vil være generelt mer positiv til innføring av NPM-elementer, uavhengig av reformen fra 2002. For respondentene som arbeider mer med direkte pasientkontakt kan det også bety at disse er mer negativ til innføring av NPM-elementer i helsesektoren, kanskje fordi de i større grad ser hvilke konsekvenser det kan få for behandlingen og pasientene. Martinussen og Magnussens (2011) funn støtter dermed Jacobs (2005) hypotese om at innføring av NPM-elementer kan skape en polarisering i yrket, hvor noen leger er positive og tar i bruk ledelsesverdier og verktøy, mens andre fortsatt forblir fremmedgjort fra dem (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 199). Dette kan også ses i sammenheng med Martinussens m.fl. (2017a) beskrivelser knyttet til ulike perspektiv i helsetjenestene. På den ene siden vil den klassiske profesjonslitteraturen se den medisinske profesjonen som sosialisert inn i en kultur av klinisk individualisme, hvor motstanden mot administrativ styring vil være stor. Samtidig ønsker reformene i helsesektoren som er inspirert av NPM, eksempelvis reformen fra 2002, at klinikere skal utvikle et perspektiv som balanserer den kliniske autonomien med ansvarlighet sett fra et styringsperspektiv (Martinussen m.fl., 2017a, s. 102). Dette kan oppleves som problematisk for profesjonsutdannede leger å gjennomføre, og den økonomiske og styringsmessige ansvarligheten kan dermed være mer fremtredende blant ledere som ikke er klinikere.

4.0 Metode

For å undersøke om det eksisterer en sammenheng mellom NPM-virkemidlene og målene om produktivitet, kvalitet og tilgang, vil det i denne oppgaven bli gjennomført en kvantitativ analyse. Analysen tar utgangspunkt i en survey som ble gjennomført blant leger ved norske sykehus i 2016. Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Legeforeningen og respondentene er trukket ut fra Legeforeningens register over medlemmer fra Overlegeforeningen eller Yngre legers forening som var i et aktivt arbeidsforhold tilknyttet et helseforetak (Martinussen m.fl., 2017a). Dette datasettet har jeg fått tilgang til gjennom min veileder Pål Martinussen. Veileder står ikke ansvarlig for gjennomføring av oppgaven og eventuelle feil.

Spørreundersøkelsen inneholder spørsmål knyttet til dagens organisering av sykehusene, organisasjonsforhold, samhandling med allmennlegetjenesten, samt bakgrunnsinformasjon om respondentene. Av bruttoutvalget på 2976 var det 971 som gjennomførte undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 32,7 prosent. Ringdal (2013) skriver at det er vanlig med et høyt frafall av respondenter på selvutfyllingsskjemaer, og at det dermed ikke er uvanlig å oppleve et frafall i respondenter på 50 prosent eller mer (s. 119). Selv om svarprosenten kan oppleves som relativt lav, trenger det likevel ikke skape problemer videre i analysen. Ifølge Groves (2006) er det uklart hvorvidt lavere svarprosent også resulterer i skjeve utvalg og lavere representativitet (s. 670). For å vurdere datamaterialets kvalitet bør man dermed også se på representativiteten, og ikke bare utvalgsstørrelsen (Groves, 2006; Singer, 2006). Ifølge Martinussen m.fl. (2017a) ble utvalgets representativitet undersøkt ved å sammenligne respondentene med andre medlemmer i Legeforeningens register (s. 97). Her fant man at respondentene avviker lite når det gjelder karakteristika for medlemmer i registeret. Det største avviket var i sammenheng med helseforetakstilhørighet, hvor Helse Sør-Øst, og særlig OUS HF, var underrepresentert i utvalget (Martinussen m.fl., 2017a, s. 97).

Videre i oppgaven blir det gjennomført tre lineære regresjonsanalyser, hvor den avhengige variabelen i hver analyse tilsvarer ett av målene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang. De sentrale uavhengige variablene og kontrollvariablene er de samme gjennom alle tre analysene. Databehandling og gjennomføring av analysene gjøres i statistikkprogrammet Stata. Videre følger en beskrivelse av variablene som brukes i analysene, en vurdering av metodens reliabilitet og validitet og en kort gjennomgang av de lineære regresjonsforutsetningene.

4.1 Variabler

Videre i oppgaven følger en beskrivelse av variablene som brukes i analysen. For en grundigere beskrivelse av variablene er det inkludert en deskriptiv statistikk i vedlegg 1, i tillegg til grafer over de avhengige og hoveduavhengige variablenes normalfordeling i vedlegg 2.

4.1.1 Avhengige variabler

I denne oppgaven vil det bli gjennomført tre regresjonsanalyser, der den avhengige variabelen i hver analyse er ett av målene knyttet til produktivitet, kvalitet og likhet. Alle de tre avhengige variablene kommer fra spørsmålet "*I hvilken grad har du inntrykk av at dagens organisering bidrar til å nå følgende målsettinger?*". Her skal respondentene vurdere målsettingene "*Stor likhet og god tilgang på helsetjenester*", "*Høy medisinsk kvalitet på helsetjenestene*" og "*Høy produktivitet ved sykehusene*". Målsettingene kan rangeres på en skala fra "*1 – I svært liten grad*" til "*5 – I svært stor grad*". Variablene har fått navnene *Likhet_tilgang*, *Kvalitet* og *Produktivitet*.

4.1.2 Sentrale uavhengige variabler

For å besvare oppgavens problemstilling er det tatt utgangspunkt i de to NPM-elementene innsatsstyrt finansiering og foretaksmodellen. I spørreskjemaet skal respondentene vurdere "*Hvilke organisatoriske forhold/løsninger har du inntrykk av at er problematiske i dagens sykehusorganisering?*", hvor ISF og foretaksmodellen er to av elementene som skal vurderes. Variablene har svaralternativer fra "*1 – Uproblematiske*" til "*5 – Svært problematiske*" og har fått navnene *Innsatsstyrtfinansiering* og *Foretaksmodellen*. For at disse variablene skal ha samme retning som de avhengige variablene, altså fra negativ til positiv, har de sentrale uavhengige variablene blitt snudd, slik at verdiene nå tilsvarer "*1 – Svært problematiske*" og "*5 – Uproblematiske*". Dette er fordi det blir enklere å tolke regresjonsmodellene når alle variablene i analysen har samme retning. I vedlegg 3 ligger en korrelasjonsanalyse mellom disse to variablene, som viser en korrelasjon på 0,42. En korrelasjon på over 0,8 kunne utgjort et statistisk problem, men som vist vil ikke dette være et problem for de uavhengige variablene i denne oppgaven.

4.1.3 Kontrollvariabler

Det er også inkludert et sett kontrollvariabler for å se hvorvidt legenes bakgrunn kan ha en sammenheng med deres syn på de tre målsettingene. Kontrollvariablene er utvalgt med

bakgrunn i tidligere forskning og lignende studier, samt hva man kan tenke seg har betydning. Lignende studier har blant annet kontrollert for kjønn, alder, arbeidsområde og lederstilling (Martinussen & Magnussen, 2011). I denne oppgaven skal vi i tillegg kontrollere for ansettelseslengde, hvilket RHF respondenten er ansatt i og det sosiale klimaet på arbeidsplassen.

Det første som kontrolleres for er hvorvidt respondenten har en lederstilling eller ikke. Det er relevant å kontrollere for om respondenten er i en lederstilling eller ikke ettersom Martinussen og Magnussens (2011) studie viste at leger med lederansvar var mer positive til reformen fra 2002 enn ikke-ledere (s. 199). Dette kan igjen bety at ledere er mer positiv til både foretaksmodellen og ISF, sammenlignet med ikke-ledere. På spørsmålet "*Hva er din nåværende stilling?*" er *klinikkleder/sjef, avdelingsleder/sjef* og *seksjonsoverlege* kodet 1, mens *overlege, lege i spesialisering* og *annet* er kodet 0. Variabelen er kalt *Lederstilling*.

Det kontrolleres også for faglig bakgrunn. Denne variabelen kan gi innsikt i om arbeid innenfor ulike fagdisipliner er av betydning for de tre målsettingene. Spørsmålet er formulert som "*Innenfor hvilket fag arbeider du hovedsakelig per dags dato?*". Her kan respondenten krysse av for alternativene *allmennmedisin, indremedisinske fag, laboratoriefag, kirurgiske fag, psykiatri* og *annet*. Variabelen har fått navnet *Arbeidsområde*. Variabelen er kodet som et dummysett der *Kirurgiske fag* fungerer som referansekategori for de resterende kategoriene.

Det blir også kontrollert for hvilket regionalt helseforetak respondenten arbeider innenfor, og hvor lenge respondenten har vært ansatt i helsevesenet totalt. Hvilket regionalt helseforetak respondenten jobber innenfor er en nominalvariabel som har svarkategoriene *Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest* og *Helse Sør-Øst*. Variabelen har fått navnet *RHF*, og i analysene er *Helse Sør-Øst* satt som referansekategori. Ved å inkludere denne variabelen vil man kunne se om det er eventuelle forskjeller mellom ulike regionale helseforetak i deres syn på de tre målsettingene.

Variabelen som viser hvor lenge respondenten har vært ansatt i helsevesenet totalt er delt inn i svarkategoriene *3-5 år, 5-7 år, 7-9 år, 9-11 år, 11-14 år* og *14 år eller lengre*. Ettersom spørreundersøkelsen ble gjennomført i 2016, var det da 14 år siden foretaksmodellen ble innført. For å finne ut om det er forskjell mellom respondenter som har vært yrkesaktive før foretaksmodellen ble innført og respondenter som begynte å arbeide etter modellen ble innført,

er variabelen kodet om til en dikotom variabel, hvor verdiene opp til 14 år har fått verdien 0, mens *14 år eller lengre* har fått verdien 1. Variabelen har fått navnet *Ansettelseslengde*.

Videre er det også valgt å inkludere kontrollvariabler som undersøker det sosiale klimaet i arbeidsenheten. På spørsmålet "*Hvordan er det sosiale klimaet i din arbeidsenhet?*" skal respondentene vurdere svaralternativene "*Oppmuntrende og bemyndigende*", "*Avslappet og behagelig*" og "*Stivbeint og regelstyrt*" på en skala fra "*1 – Svært lite*", til "*5 – Svært meget*". De tre variablene har fått navn *Oppmuntrende*, *Avslappet* og *Regelstyrt*. Ved å inkludere disse variablene ser vi hvorvidt det sosiale klimaet på arbeidsplassen har betydning for respondentenes vurdering av de tre målsettingene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang.

Det kontrolleres også for alder og kjønn for å se om disse faktorene har en innvirkning. Aldersvariabelen er i utgangspunktet kodet i tiår og har verdiene *Under 30 år*, *30-39 år*, *40-49 år*, *50-59 år* og *over 60 år*. I denne oppgaven har variabelen fått navnet *Alder2delt*, og er kodet til en dummyvariabel hvor alder under 40 år er kodet 0, mens alder over 40 år er kodet 1. Kjønnsvariabelen er også en dummyvariabel der mann har verdien 0, og kvinne har verdien 1. Variabelen har navnet *Kvinne*.

4.2 Validitet og reliabilitet

Det er viktig med høy reliabilitet og validitet for at den gjennomførte analysen skal gi riktige resultater. Ringdal (2013) skriver at reliabilitet, eller pålitelighet, går på om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (s. 96). I denne sammenhengen vil reliabilitet i hovedsak dreie seg om datasettets kvalitet. Datasettet som benyttes i denne oppgaven er samlet inn og behandlet av Martinussen m.fl. (2017a). Forskerne er tilknyttet renommerte utdanningsinstitusjoner og har dermed god erfaring med innhenting og behandling av data. Dermed anser jeg datasettet som reliabelt. Selv om innhenting og bearbeidingen av datasettet er gjort på en tilfredsstillende måte, kan det ikke garanteres for at det ikke er gjort feil i utføringen av denne oppgaven som kan føre til at et senere forsøk med samme variabler vil gi et annet utfall. Feil i selve gjennomføringen av regresjonsmodellene i Stata kan ha oppstått og dette kan true analysens reliabilitet.

Videre skriver Ringdal (2013) at "*validitet, eller gyldighet, går på om en faktisk måler det en vil måle*" (s. 96). Dette knyttes ofte til faren for at respondentene gir svar som ikke speiler deres meninger, men som heller gir uttrykk for hva som er den rådende meningen blant kolleger eller

det de tror er et svar intervjueren ønsker å høre. Om mange respondenter gjør dette, kan det oppstå systematiske målefeil som kan undergrave målingenes validitet (Ringdal, 2013, s. 97). Det er som oftest typiske holdningsspørsmål hvor respondentene kan ha en tendens til å moderere svarene sine eller avstå fra å svare, og variablene som benyttes i denne oppgaven representerer ingen typiske holdningsspørsmål. I tillegg er dette et anonymt selvutfyllingsskjema, noe som gir respondentene mulighet til å besvare skjemaet uten forstyrrelser fra andre og uten behovet for å moderere svarene sine for en eventuell intervjuer. En annen faktor som kan påvirke validiteten, kan være forståelsen av spørsmålene og svaralternativene. Det er vanskelig å garantere for at respondentene har forstått både spørsmålsformuleringer og svar tilstrekkelig når de fyller ut skjemaet selv. Likevel mener jeg at spørsmålene har en tydelig formulering og anser derfor dette som en liten trussel for analysens validitet.

4.3 Forutsetninger for lineær regresjon

I en regresjonsanalyse er det visse forutsetninger som må innfris for at modellen er egnet for å generalisere ut fra den. Brudd på forutsetningene kan føre til misvisende resultater. Ifølge Skog (1998) er de tre viktigste forutsetningene for lineær regresjon at restleddet er homoskedastisk, normalfordelt og uten autokorrelasjon, at regresjonskurven er en rett linje, samt at det ikke er en spuriøs sammenheng mellom uavhengige og avhengige variabler (s. 225). I tillegg legger både Midtbø (2012, s. 128) og Christophersen (2013, s. 77) vekt på at modellen heller ikke skal være multikollinær. Etersom testene som kontrollerer hvorvidt forutsetningene er oppfylt er relativt strenge, kan man i de fleste tilfeller si seg fornøyd når mesteparten av forutsetningene er innfridd (Skog, 2004).

Vi tester først for at restleddene er homoskedastisk, normalfordelt og at det ikke er noen autokorrelasjon. Ifølge Midtbø (2012) er det et brudd på regresjonsforutsetningene dersom variansen til restleddet avhenger av verdiene til forklaringsvariablene (s. 106). Restleddet er da heteroskedastisk og ikke homoskedastisk slik det bør være. For å finne ut om restleddet er homoskedastisk kan man gjennomføre Breusch-Pagan-testen, som tester hvor sannsynlig det er at nullhypotesen er riktig. Denne testen viser at det er problemer med heteroskedastisitet i produktivitets- og kvalitetsmodellen, mens modellen for likhet og tilgang er homoskedastisk. Heteroskedastisitet er ikke så bra, men ifølge Mehmetoglu og Jakobsen (2017) er det ikke en av de viktigste forutsetningene ettersom den ikke påvirker justert r^2 (s. 150). Det ble forsøkt å logtransformere de avhengige variablene for å se om dette kan ha noen effekt, men da dette

ikke førte til forbedring ble variablene stående som de var. Dette kan ha sammenheng med at logtransformeringen ble gjort på variabler med relativt få verdier.

Videre tester vi også for at restleddene er normalfordelte. Dette er fordi i en god modell bør sannsynligheten for å underestimere og å overestimere en verdi være omtrent den samme (Midtbø, 2012, s. 114). En grafisk fremstilling av restleddenes normalfordeling ligger i vedlegg 4. Er restleddene normalfordelte skal de ligge nøyaktig på den blå linjen. Som man ser her er de ikke nøyaktig på linjen, men man kan anta at det er en tilnærmet normalfordeling. Det er heller avvik som lager lange buer over eller under linjen som vil indikere skjev restleddfordeling (Christophersen, 2013, s. 75). Til slutt har vi også autokorrelasjon, som vi si at det er et systematisk mønster i restleddene i en serie av observasjoner. Ifølge Skog (1998) vil denne forutsetningen være oppfylt ettersom datagrunnlaget i denne oppgaven er et enkelt sannsynlighetsutvalg (s. 237).

For å finne ut om modellene tilfredsstillt linearitetskravet, altså at regresjonskurven er en rett linje, kan man gjennomføre ovtest på modellene (Ramsey's regression specification error test). Dette vil vise om man kan forkaste nullhypotesen og om man har utelatt viktige variabler. Testen viste ikke-signifikante verdier på henholdsvis 0,2, 0,1 og 0,2. Vi kan dermed slå fast at de tre modellene tilfredsstillt linearitetskravet og at regresjonskurven er en rett linje. Den tredje forutsetningen Skog (1998) nevner er at sammenhengen mellom den avhengige og den uavhengige variabelen ikke er spuriøs. Dette betyr at det ikke skal være en bakenforliggende årsaksfaktor til Y som også er korrelert med årsaksfaktoren X (Skog, 1998, s. 240). Dersom dette er tilfellet får man et helt feilaktig inntrykk av hvordan X påvirker Y. Det er større fare for spuriøsitet ved en bivariat regresjon og det er derfor inkludert og kontrollert for flere variabler i denne oppgaven. Ved å inkludere flere variabler og velge ut variabler i tråd med teori eller tidligere forskning, er man mindre utsatt for å trekke spuriøse slutninger (Thrane, 2018, s. 103). Det er likevel vanskelig å si helt sikkert at det ikke finnes tilfeller av spuriøsitet i modellen.

Når det gjelder multikollinearitet, skriver Midtbø (2012) at regresjonsanalysen forutsetter at forklaringsvariablene ikke skal være perfekt kollinære, som de er hvis en variabel er en nøyaktig lineær kombinasjon av de andre (s. 128). Er det sterk korrelasjon mellom to x-variabler vil det være overflødig å bruke begge, i tillegg til at det vil være vanskelig å skille variablenes effekt fra hverandre, noe som igjen fører til at det blir problematisk å tolke resultatene korrekt

(Ringdal, 2013, s. 426). Ved å beregne Variance Inflation Factor (VIF) i Stata kan man undersøke om modellene har problemer med multikollinearitet. I dette tilfellet er det ikke tilfeller av kollinearitet mellom forklaringsvariablene, og alle tre modellene har en gjennomsnittlig VIF-verdi på 1,48. Se vedlegg 5 for fullstendig oversikt.

5.0 Resultater

Videre presenteres resultatene av de tre regresjonsmodellene. Det har også blitt estimert en fixed effects-modell, hvor alle helseforetakene (HF) inngikk i modellene som dummyvariabler. Da ingen av helseforetakene hadde signifikante verdier og dermed ikke er av betydning for de avhengige variablene, ble variablene for helseforetakene utelatt. HF-variablene bidro heller ikke til å øke modellenes forklaringskraft. På bakgrunn av dette ble modellene gjennomført med dummyvariabler for de regionale helseforetakene (RHF) i stedet, da disse inneholdt noen signifikante verdier og bidro til økt forklaringskraft. Videre presenteres tabell 1 med regresjonsanalysene, og modeller og funn kommenteres i rekkefølgen *Produktivitet, Kvalitet og Likhet/tilgang*.

Tabell 1. Regresjonsanalyser

VARIABLER	Modell 1 Produktivitet	Modell 2 Kvalitet	Modell 3 Likhet/tilgang
NPM-elementer			
Foretaksmodellen	0.0928*** (0.0325)	0.217*** (0.0279)	0.230*** (0.0277)
Innsatsstyrtfinansiering	-0.0331 (0.0367)	0.0294 (0.0316)	0.0610* (0.0314)
Kontrollvariabler			
Lederstilling (Nei=0, ja=1)	0.00154 (0.0775)	0.133** (0.0666)	0.0241 (0.0662)
Alder2delt (Under 40=0, over 40=1)	-0.207* (0.119)	-0.0796 (0.102)	0.00735 (0.101)
Kvinne (Mann=0, kvinne=1)	0.0804 (0.0681)	0.0900 (0.0584)	-0.0137 (0.0581)
Ansettelseslengde (Under 14=0, over 14=1)	0.0992 (0.106)	-0.0616 (0.0913)	-0.0575 (0.0909)
Arbeidsområde (Kirurgiske fag som ref.kategori)			
Allmennmedisin	1.088 (0.939)	0.967 (0.806)	0.227 (0.802)
Indremedisinske fag	0.0414 (0.0742)	0.0687 (0.0638)	0.0237 (0.0635)
Laboratoriefag	-0.168 (0.114)	-0.0270 (0.0981)	-0.00107 (0.0971)
Psykatri	0.0321 (0.0993)	-0.174** (0.0854)	-0.107 (0.0848)
Annet	-0.150 (0.195)	-0.0776 (0.168)	-0.0966 (0.167)
RHF (Helse Sør-Øst som ref.kategori)			
Helse Nord	-0.274*** (0.0920)	-0.0576 (0.0794)	-0.155** (0.0788)
Helse Midt-Norge	-0.0245 (0.0852)	0.0999 (0.0734)	-0.135* (0.0728)
Helse Vest	0.0189 (0.0849)	0.0561 (0.0730)	-0.0447 (0.0727)
Sosialt klima			
Regelstyrt	0.0654* (0.0361)	-0.0228 (0.0311)	0.0268 (0.0309)
Avslappet	-0.00111 (0.0423)	0.0518 (0.0363)	0.0446 (0.0361)
Oppmuntrende	0.161*** (0.0428)	0.110*** (0.0368)	0.0995*** (0.0366)
Constant	2.571*** (0.238)	1.976*** (0.205)	1.601*** (0.204)
Observations	883	880	882
R-squared	0.064	0.188	0.165
Adj. R ²	0.045	0.172	0.149

Standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

5.1 Modell 1 – Produktivitet

Modell 1 inneholder den avhengige variabelen som måler hvorvidt dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om høy produktivitet ved sykehusene. Her kan vi se at variablene *Foretaksmodellen*, *Helse Nord* og *Oppmuntrende* er signifikante på 0.01-nivå, mens variablene *Regelstyrt* og *Alder2delt* er signifikant på 0.1-nivå. I samfunnsvitenskapelige studier opererer man vanligvis med et signifikansnivå på 0.05 (Ringdal, 2013, s. 268). Man kan likevel si at variablene som er signifikante på 0.1-nivå viser en tendens til sammenheng, selv om de ikke er signifikante på 0.05-nivået man vanligvis opererer med. At variabelen *Foretaksmodellen* er signifikant, indikerer at en ett trinns økning i hvor uproblematisk respondenten synes foretaksmodellen er, predikerer en gjennomsnittlig økning på 0.0928 på den avhengige produktivitetsvariabelen. Det vil altså si at jo mindre problematisk respondenten oppfatter foretaksorganiseringen, jo mer positiv er respondenten til at dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om økt produktivitet i sykehusene. Det negative fortegnet på variabelen for *Helse Nord* indikerer at respondentene fra Helse Nord er mindre fornøyd med at dagens organisering forbedrer produktiviteten, sammenlignet med respondentene i referansekategorien *Helse Sør-Øst*. Sammenlignet med Helse Sør-Øst, vil altså respondenter fra Helse Nord være i gjennomsnitt 0.293 enheter mindre fornøyd med organiseringens påvirkning på produktiviteten. Når det gjelder det sosiale klimaet i arbeidsenheten ser vi at variablene *Oppmuntrende* og *Regelstyrt* er signifikante. Variabelen *Oppmuntrende* viser at der hvor respondenten opplever et oppmuntrende arbeidsmiljø, er man også positive til at dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om økt produktivitet i sykehusene. Variabelen *Regelstyrt* er signifikant på 0.1-nivå, og viser dermed en tendens til at hvis respondenten opplever at arbeidsmiljøet er regelstyrt, vil respondenten sannsynligvis også være positiv til dagens organisering i et produktivitetsperspektiv. Til slutt er også variabelen *Alder2delt* signifikant og viser tendenser til at respondenter under 40 år er mer positive til at dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om økt produktivitet i helsetjenestene, sammenlignet med respondenter over 40 år.

Vi ser også at variabelen *Innsatsstyrtfinansiering* ikke er signifikant. Dette er interessant fordi man kanskje skulle tro at ISF er det NPM-virkemidlet som i størst grad har en sammenheng med produktiviteten, ettersom det gir insentiver til økt produksjon. Videre er heller ikke variablene *Lederstilling*, *Kvinne*, *Ansettelseslengde* og dummyvariablene under *Arbeidsområde* signifikante. Ingen av disse variablene bidrar dermed til å forklare respondentenes syn på hvorvidt dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om økt produktivitet. Videre ser vi

også at modellens forklaringskraft er relativt lav, med en r^2 -verdi på 0.064, som betyr at variablene i modellen forklarer kun 6,4 prosent av variansen i den avhengige variabelen. Justert r^2 tar også hensyn til hvor mange variabler som er inkludert i modellen, og denne har en verdi på 0.045, altså 4,5 prosent.

5.2 Modell 2 – Kvalitet

I modell 2 er den avhengige variabelen et mål på hvordan respondenten oppfatter at dagens organisering bidrar til å nå målet om økt kvalitet på helsetjenestene. Her ser vi at *Foretaksmodellen*, *Lederstilling*, *Psykiatri* og *Oppmuntrende* er signifikante variabler. Som i modell 1 betyr dette at desto mindre problematisk respondentene oppfatter foretaksorganiseringen, desto mer positiv er de til at dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om økt kvalitet på helsetjenestene. Variabelen *Lederstilling* er signifikant på 0.05-nivå. Det positive fortegnet betyr at ledere er mer positive enn ikke-ledere til at dagens organisering bidrar til å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Det negative fortegnet på dummyen for *Psykiatri* indikerer at respondenter som arbeider innen psykiatri er mindre fornøyd med hvordan organiseringen bidrar til å nå målsettingen om økt kvalitet, sammenlignet med referansekategorien som er *Kirurgiske fag*. Som i modell 1 er også variabelen *Oppmuntrende* signifikant her, noe som betyr at respondenter som opplever et oppmuntrende sosialt klima, også mener at dagens organisering bidrar til forbedring på kvaliteten. Denne modellen har høyere forklaringskraft enn modell 1, med en justert r^2 på 17,2 prosent.

5.3 Modell 3 – Likhhet og tilgang

I modell 3 er den avhengige variabelen et mål på hvordan respondenten oppfatter at dagens organisering bidrar til å nå målet om bedre likhet og tilgang til helsetjenestene. Også her ser vi at variablene *Foretaksmodellen* og *Oppmuntrende* er signifikante på 0.01-nivå, mens dummyen for *Helse Nord* er signifikant på 0.05-nivå, og variablene *Innsatsstyrfinansiering* og *Helse Midt-Norge* er signifikant på 0.1-nivå. Ettersom *Foretaksmodellen* og *Oppmuntrende* er signifikante i alle de tre modellene, er det tydelig at foretaksmodellen og et oppmuntrende sosialt klima har en sammenheng med å vurdere de tre målene i positiv retning. Modell 3 er også den eneste modellen som viser en tendens til sammenheng med variabelen *Innsatsstyrfinansiering*. Det betyr at en ett trinns økning i hvor uproblematisk respondenten mener ISF er, predikerer en gjennomsnittlig økning på 0.061 på variabelen *Likhet_tilgang*. Jo mindre problematisk respondenten synes ISF er, jo mer positiv vil de være til at dagens

organisering bidrar til å forbedre likheten i tilgangen til helsetjenestene. De negative fortegnene på dummyene for *Helse Nord* og *Helse Midt-Norge* indikerer at respondenter fra disse helseforetakene er mindre fornøyd med at dagens organisering bidrar til å forbedre likheten i tilgangen til helsetjenestene, sammenlignet med referansekategorien *Helse Sør-Øst*. Heller ikke i denne modellen er variablene *Lederstilling*, *Alder2delt*, *Kvinne*, *Ansettelseslengde*, *Arbeidsområde*, *Regelstyrt* og *Avslappet* signifikante. Modell 3 har også en justert r^2 på 14,8 prosent.

6.0 Diskusjon

Videre i oppgaven vil analysens funn diskuteres i lys av teori og tidligere forskning. Først kommenteres generelle funn som gjelder alle tre modellene, før spesifikke funn ved de ulike modellene drøftes hver for seg. I diskusjonen rundt målsettingen om forbedret kvalitet vil det også inngå en kort diskusjon rundt datamaterialet og legenes vurdering av kvaliteten. Gjennom diskusjonen vil oppgavens problemstilling bli besvart, og til sist følger en kort diskusjon rundt styrker og svakheter med oppgaven.

Gjennomgående for alle tre modellene er at variablene *Foretaksmodellen* og *Oppmuntrende* er signifikante. Vi ser først på foretaksmodellen. Når denne er signifikant betyr det at respondentene som finner foretaksmodellen uproblematisk, også mener at dagens organisering bidrar til å nå målsettingene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang til helsetjenestene. Analysen viser dermed en tydelig samvariasjon mellom foretaksmodellen og de tre målsettingene. Likevel viste blant annet studien av Martinussen m.fl. (2017a) at flertallet av sykehusleger er skeptiske til foretaksmodellen og heller har et ønske om å bytte tilbake til den gamle fylkeskommunale modellen (s. 102). Dette kan ha en sammenheng med at etter innføringen av reformen i 2002 rapporterte sykehusleger om at reformen hadde bidratt til å øke produktiviteten, samtidig som det ikke hadde skjedd noen endringer på kvaliteten (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 197). Også Høie (2015) skriver at ansatte i norsk helsesektor er misfornøyd med at helsefaglige forhold, som kan knyttes til kvaliteten på tjenestene, blir nedprioritert til fordel for økonomiske hensyn, som blir ansett som et viktig mål (s. 20). Selv om resultatene i analysen indikerer at respondentene mener at foretaksmodellen har en sammenheng med produktiviteten, er det mulig at legene ønsker seg tilbake til den fylkeskommunale modellen av flere ulike årsaker, men kanskje hovedsakelig fordi man har inntrykk av at fokuset i større grad ligger på økonomiske hensyn i stedet for faglige og medisinske hensyn. Dette er noe Wyller m.fl. også legger vekt på i sin kronikk *Ta faget tilbake* (2013). Her skriver ti norske leger om hvordan dagens styringsideologi, altså NPM, har påvirket helsetjenestene. De rapporterer om dårligere kliniske tjenester, økonomisk ineffektivitet, demokratisk underskudd, kompetanseflukt og moralsk forfall (Wyller m.fl., 2013, s. 655). Dette er ett av flere eksempler på at leger uttrykker sin misnøye og skepsis til NPM-tradisjonen og endringene som ble innført under reformen i 2002, deriblant foretaksorganiseringen. Selve tittelen indikerer hva legene ønsker, nemlig å ta tilbake de faglige aspektene uten å ha så mye fokus på de økonomiske konsekvensene. Selv om analysen i denne oppgaven har vist samvariasjon mellom foretaksmodellen og de tre målsettingene, viser den tidligere forskningen

at mange leger likevel ønsker å bytte ut denne modellen til fordel for en modell som i større grad prioriterer faglige hensyn.

Videre er også variabelen *Oppmuntrende* signifikant i de tre modellene. Dette viser at respondenter som opplever et oppmuntrende og bemyndigende sosialt klima på arbeidsplassen er mer sannsynlig å vurdere at dagens organisering bidrar til å nå de tre målene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang. Tidligere forskning utført av blant annet Kirchhoff (2011) viser at den enkeltfaktoren som har størst betydning for at sykehusleger skal føle tilhørighet til arbeidsplassen er at de opplever et oppmuntrende og støttende arbeidsklima (s. 201). Dette betyr altså at leger som opplever et oppmuntrende og støttende klima i større grad vil føle tilhørighet til arbeidsplassen. Videre har også Freeborn (2001) funnet bevis for at hvis leger mangler en følelse av tilhørighet til arbeidsplassen, kan dette påvirke legens yteevne og kvaliteten på tjenestene som gis. Dermed blir det oppmuntrende klimaet avgjørende for legenes tilhørighet, som igjen kan påvirke legenes yteevne i tjenestene som gis. Opplever legene et oppmuntrende klima kan det dermed påvirke deres yteevne, noe som gjør det mer sannsynlig at de vil vurdere særlig produktiviteten og kvaliteten i positiv retning.

Analysene har vist at relativt få av kontrollvariablene inneholder signifikante verdier. Kjønn og ansettelseslengde er ikke signifikante i noen av modellene. Man kunne tenke seg at blant annet ansettelseslengde ville vise tegn til signifikans, ettersom variabelen skiller mellom respondenter ansatt før og etter reformen i 2002 og dermed også innføringen av foretaksmodellen. Resultatet viser derimot at respondenter ansatt før endringene ikke er mer negative eller positive sammenlignet med respondenter ansatt etter innføringen av foretaksmodellen i 2002. *Arbeidsområde* virker heller ikke å ha særlig betydning for respondentenes mening om målsettingene, med unntak av psykiatri i modell 2. Denne viser at sammenlignet med referanse kategorien, er respondenter som arbeider innen psykiatri mindre fornøyd med hvordan dagens organisering bidrar til å nå målet om forbedret kvalitet på tjenestene. Variabelen *Innsatsstyrtefinansiering* viser antydning til signifikans bare i modell 3, men er ikke signifikant i modellen for produktivitet eller kvalitet. At variabelen ikke er signifikant kan være spesielt interessant i sammenheng med produktivitetsmodellen. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 6.1.

6.1 Mål om forbedret produktivitet

I tillegg til *Foretaksmodellen* og *Oppmuntrende*, er dummyen for *Helse Nord* signifikant i modell 1. Det betyr at leger som arbeider innen Helse Nord er mindre fornøyd med hvordan dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om økt produktivitet ved sykehusene. Vi ser også at *Alder2delt* og *Regelstyrt* kan vise en tendens til samvariasjon med produktiviteten, selv om dette ikke er en statistisk signifikant sammenheng. Det kan tenkes at *Regelstyrt* viser en slik tendens i nettopp produktivitetsmodellen ettersom et arbeidsmiljø som er preget av regler kan vise seg å være mer effektivt sammenlignet med arbeidsmiljø som ikke har tydelige regler og rutiner. Variabelen for alder viser en tendens til at leger under 40 år er mer positive til dagens organisering i sammenheng med produktiviteten, sammenlignet med leger over 40 år. Dette kan tyde på at de yngre legene i større grad er vant til dagens organisering, noe som kan komme av at de kanskje ikke har arbeidet særlig mye før endringene i 2002 og derfor har lite å sammenligne med. Leger over 40 år vil mer sannsynlig ha arbeidet før disse endringene trådte i kraft, og er dermed klar over hvordan organiseringen før 2002 påvirket ulike aspekter ved helsetjenestene.

Det mest interessante ved denne modellen er likevel at variabelen *Innsatsstyrtfinansiering* ikke viser tegn til signifikans. Basert på både forskningsrådets rapport (2007) og tidligere forskning (Sosial- og helsedepartementet, 1999-2000; Helsedepartementet, 2003-2004) vet man at ISF førte til en økning i produktiviteten og reduserte de lange ventelistene som preget spesialisthelsetjenestene utover 90-tallet. Basert på dette skulle man også tro at ISF ville ha vist størst tegn til korrelasjon med produktiviteten, sammenlignet med de to andre modellene. Likevel viser analysen at det ikke er en samvariasjon mellom legenes mening om ISF-ordningen og hvorvidt de mener dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om forbedret produktivitet. Det er vanskelig å si noe sikkert om årsaken til dette resultatet. Det kunne ha vært et resultat av kollinearitet mellom eksempelvis *Foretaksmodellen* og *Innsatsstyrtfinansiering*, men de statistiske testene viser at det ikke er tilfeller av kollinearitet i noen av modellene. Én mulighet til forskjellen mellom tidligere forskning og denne analysens resultater, kan være at forskningen tar utgangspunkt i objektive undersøkelser som viser at produktiviteten har økt som følge av ISF. Datagrunnlaget i denne oppgaven tar utgangspunkt i legenes holdninger og meninger og dette kan ha ført til andre resultater enn det forskningen viser til. I tillegg kan en annen mulighet være at det er relativt lenge side innføringen av ISF, noe som kan ha ført til at denne ordningen har hatt lengre tid på å bli en del av legenes arbeidshverdag, og dermed aksepteres av legene i større grad enn foretaksorganiseringen. Det er likevel vanskelig å

konkludere med sikkerhet knyttet til denne variabelen og man bør dermed være forsiktig med å trekke slutninger basert på resultatene.

6.2 Mål om forbedret kvalitet

I modellen som fanger opp legenes mening om kvaliteten på helsetjenestene er *Foretaksmodellen*, *Lederstilling*, *Psykiatri* og *Oppmuntrende* signifikante variabler. I likhet med produktivitetsmodellen ser vi altså at respondentene som finner foretaksmodellen uproblematisk også mener at dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om forbedret kvalitet på helsetjenestene. Dette bidrar altså til å besvare problemstillingen og viser at NPM-virkemidler, som i dette tilfellet er foretaksmodellen, korrelerer med kvaliteten på helsetjenestene. Videre er også variabelen *Oppmuntrende* signifikant og viser at respondenter som opplever et oppmuntrende arbeidsmiljø også mener dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om forbedret kvalitet.

Denne modellen er også den eneste hvor variabelen *Lederstilling* er signifikant. Det betyr at respondenter som innehar en lederstilling er mer positiv til at dagens organisering bidrar til å forbedre kvaliteten på tjenestene, sammenlignet med ikke-ledere. Dette funnet stemmer overens med tidligere forskning utført av blant annet Martinussen og Magnussen (2011) og Jacobs (2005). Martinussen og Magnussens (2011) studie viste at leger med lederansvar var mer positiv til reformen til foretaksreformen sammenlignet med ikke-ledere (s. 197). Dette kan videre tyde på at lederne som var positive til reformen, kanskje også er mer positiv til den generelle innføringen av NPM-elementer i helsetjenestene. Innføring av NPM-elementer endrer lederens rolle, de kan oppleve mer frihet til å lede og de har ofte klare mål å forholde seg til (Øgård, 2000, s. 32). Man kan argumentere for at denne endrede rollen har bidratt til at ledere vurderer innføringen av NPM-elementer i en mer positiv retning sammenlignet med ikke-ledere. Videre kan dette funnet også støtte opp under Jacobs (2005) studie som viste at ved innføring av NPM-elementer i legeprofesjonen vil det oppstå en polarisering mellom én gruppe leger som aktivt tar til seg disse nye arbeidsmåtene og verktøyene og en annen gruppe som fortsetter sin praksis som tidligere (s. 158). Til en viss grad kan funnene fra Jacobs (2005) studie overføres til resultatene i denne analysen. Selv om denne analysen ikke sier noe om hvorvidt ikke-ledere har tatt i bruk nye arbeidsmetoder eller ikke, så viser analysen at lederne er mer positiv til at dagens organisering bidrar til forbedret kvalitet på helsetjenestene, noe som indikerer at det er forskjeller mellom ulike grupper når det gjelder hvordan NPM-elementer blir mottatt i helsetjenestene.

På en annen side kan man også argumentere for at dette funnet kan fortelle at ledere ikke har god nok kunnskap om hvordan kvaliteten blir påvirket av foretaksorganiseringen. Man kan anta at ledere arbeider mindre med klinisk pasientarbeid sammenlignet med ikke-lederne. Det kan dermed tenkes at det er ikke-lederne som i størst grad får erfart hvilke konsekvenser foretaksorganiseringen medfører for kvaliteten, fordi det er denne gruppens arbeid som i størst grad innebærer kontakt med og behandling av pasienter. Dette kan også være årsaken til at modellen for kvalitet er den eneste modellen hvor *Lederstilling*-variabelen er signifikant, ettersom det kan være i sammenheng med kvaliteten at man finner den største meningsforskjellen mellom ledere og ikke-ledere.

I denne modellen er også dummyvariabelen for psykiatri signifikant. Leger som arbeider innenfor psykiatri er dermed mindre fornøyd med hvordan dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om forbedret kvalitet ved helsetjenestene, sammenlignet med referansekategoriene kirurgiske fag. Dette kan godt være tilfelle ettersom det kan være stor forskjell på behandling av psykisk og fysisk sykdom. Dagens organisering av helsetjenestene kan dermed føre med seg ulike konsekvenser for og påvirkninger på kvaliteten i behandlingen av psykisk og fysisk sykdom. Gjennom datamaterialet og oppgavens omfang er det likevel ikke mulig å stadfeste akkurat hva disse ulike konsekvensene innebærer.

6.2.1 Vurdering av kvalitet – er legene den beste kilden?

Kvalitetsaspektet i helsevesenet har vist seg som et vanskelig område å skape en enhetlig definisjon på. Både innad i enkelte land, men også internasjonalt, mangler man et objektivt mål til å stadfeste hva som skal regnes som god kvalitet i helsetjenestene (Blank m.fl., 2018, s. 105). Internasjonale sammenligninger av helsetjenester bruker sjelden kvalitet som en faktor fordi det er mye enklere å sammenligne kostnadstall, brukstall eller andre faktorer som er lett å tallfeste (Blank m.fl., 2018, s. 105). Dette kan også være en konsekvens av implementeringen av NPM-prinsipper i offentlig forvaltning. Mål- og resultatstyringen som etter hvert har fått sitt fotfeste i norsk offentlig sektor, krever tydelige og målbare faktorer som kan vise utvikling over tid (Christensen & Lægroid, 2001, s. 75). Når det er vanskeligheter med å skape en tydelig og klar kvalitetsindikator for helsetjenestene, kan det være tilfelle at man heller ser til andre faktorer som er lett å tallfeste, som nettopp Blank m.fl. (2018) legger vekt på. Dette kan vi også se eksempel på i Forskningsrådets rapport (2007), hvor faktorer som produktivitet hadde et klart

resultat, mens det for kvalitetsaspektet ikke fantes et godt nok grunnlag for vurdering (s. 143-144).

I denne oppgaven er kvalitetsaspektene som presenteres en vurdering av leger som jobber i sykehusene. Vurderingen er dermed en subjektiv oppfatning basert på én gruppe i helsevesenet og representerer ikke en objektiv vurdering av kvaliteten. Likevel kan man argumentere for at legenes oppfatning av særlig kvalitetsaspektet i helsetjenestene kan være den viktigste, da det er legene, og ikke økonomer eller politikere, som kan si noe om den kliniske kvaliteten på tjenestene som tilbys. Som profesjonsutøvere vil legene også i stor grad være opptatt av å gi pasientene sine den beste behandlingen de kan få. Blant annet Forskningsrådet (2007) skriver at det skjer stadige endringer i behandlingsteknologi som påvirker og endrer ulike behandlingsforløp (s. 141). Hvis det finnes behandlingsmetoder eller utstyr som det norske helsevesenet ikke har tilgang til eller benytter seg av, kan dette ha en innvirkning på legenes vurdering av kvaliteten. Har man pasienter som er avhengig av en spesiell maskin eller medisin som man ikke har tilgang til, kan dette bidra til at legen vurderer kvaliteten i helsevesenet til dårligere enn den objektivt sett er. Et annet aspekt i denne sammenhengen er også kostnadene. I 2019 brukte den norske staten litt over 370 milliarder kroner på helserelaterte utgifter, noe som er en økning på nesten 18 milliarder fra året før (SSB, 2020). Utviklingen av ny teknologi koster ufattelig mye penger, og som Blank m.fl. (2018) skriver, kan disse nyvinningene forbedre tilbudet, men de koster ofte betydelig mer enn de tidligere behandlingsformene (s. 23). Når politikere vedtar hvor mye penger som skal brukes på behandling, forskning og anskaffelse av medisinsk teknologi og medisiner er dette ufattelig mye penger, men det vil likevel ikke være nok til å tilby alle mulige nye behandlingsmåter, medisiner og maskiner. Dette er igjen en faktor som kan bidra til at legene vurderer at kvaliteten på helsetjenestene ikke er på topp.

Det er dermed viktig å være oppmerksom på at denne oppgavens datamateriale bygger på legenes subjektive vurdering av kvalitetsaspektet og at det kan være utfordrende for legene å være objektive i denne vurderingen. Det kan være flere faktorer legene ikke rår over, som igjen påvirker deres mening om kvaliteten på helsetjenestene. Likevel gir datamaterialet et innblikk i legenes meninger om kvalitetsaspektet og det kan argumenteres for at legene er den gruppen som innehar mest kunnskap knyttet til kvaliteten på behandlingen de gir.

6.3 Mål om forbedret tilgang

Ifølge Sosial- og Helsedepartementet (2000-2001) er det de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen har tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger (s. 245). Dette innebærer at pasienter skal ha lik tilgang til helsetjenestene (Sosial- og Helsedepartementet, 2000-2001, s. 154). Som vi så i kapitlet om tidligere forskning, kunne Forskningsrådet (2007) vise til at reformen hadde bidratt til å nå målsettingen om bedre tilgang til helsetjenestene i noen områder, mens i andre områder var det lite eller ingen forskjell (s. 142). Dette ser vi også tegn til i analysen, hvor leger innen Helse Nord er mindre fornøyd med hvordan dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om bedre tilgang til helsetjenestene, sammenlignet med referansekategorien Helse Sør-Øst. Vi ser også at Helse Midt-Norge viser tendenser til å være mindre fornøyd, selv om dette ikke er en statistisk signifikant sammenheng. Analysen viser altså at legene som arbeider i Helse Nord og Helse Midt-Norge er mindre fornøyd med tilgangen til helsetjenestene. Dette kan videre knyttes til de geografiske forskjellene mellom de regionale helseforetakene. Det er ikke til å komme unna at områdene i Nord- og Midt-Norge består av færre mennesker og mer spredt bebyggelse, sammenlignet med området som tilhører Helse Sør-Øst, og det kan dermed være naturlig at man opplever forskjeller i tilgangen på helsetjenestene. Leger som arbeider i Helse Sør-Øst trenger dermed ikke oppleve at tilgangen til helsetjenestene er et problem, i motsetning til leger som arbeider i mer rurale områder av landet.

6.4 Er det en sammenheng mellom NPM-virkemidlene og de tre målsettingene?

Som vist gjennom diskusjonen er det tydelig at det er en sammenheng mellom foretaksmodellen og de tre målsettingene. Ifølge leger i sykehusene er det en sammenheng mellom foretaksmodellen og den økte produktiviteten i sykehusene, forbedringen av kvaliteten på helsetjenestene og forbedringen knyttet til likheten i tilgangen til helsetjenestene. Samtidig viser variabelen for ISF et manglende signifikansnivå, noe som skaper vanskeligheter med å gi et tydelig svar på oppgavens problemstilling. Analysen viser dermed tvetydige resultater når det gjelder hvorvidt NPM-virkemidlene som helhet, altså både ISF og foretaksmodellen, har en sammenheng med målsettingene om forbedret produktivitet, kvalitet og tilgang til helsetjenestene. Den tidligere forskningen har likevel vist at ISF har påvirket særlig produktiviteten, noe som kan gjøre det vanskelig å forklare funnene i denne oppgaven.

Basert på analysen i denne oppgaven viste det seg vanskelig å trekke en tydelig slutning knyttet til hvorvidt det er en sammenheng mellom NPM-elementene og de tre målsettingene. Likevel er det tydelig at NPM-elementene har ført til noen endringer, ettersom det har skapt et stort engasjement hvor flere leger har gitt uttrykk for sin mening om styringsideologien (Wyller m.fl., 2013; Johansen, 2018). Når over halvparten av legene oppgir at de ønsker å gå tilbake til en form for fylkeskommunal modell (Martinussen m.fl., 2017a, s. 105), kan dette være et tydelig signal om misnøye knyttet til dagens modell. Som tidligere nevnt knyttes dette ofte til misnøye rundt prioriteringer knyttet til økonomi og helsefaglige hensyn (Høie, 2015, s. 20). NPM-tradisjonen innebærer en dreining av offentlig sektor mot markedet og økonomiske hensyn (Christensen & Lægreid, 2001, s. 67), og i Norge ble mål- og resultatstyring etter hvert et særlig viktig styringsprinsipp (Christensen m.fl., 2014, s. 204). Dette har vist seg å være problematisk for visse aspekter i helsesektoren. Eksempelvis ble ISF innført for å skape insentiver til forbedret produksjon i sykehusene, samtidig som det også fungerer som et styringsverktøy fordi det gir muligheter til å innføre enkle og spesifikke resultatmål på sykehusets virksomhet (Kjekshus, 2003, s. 452). Når NPM-tradisjonen krever målbare resultater, samtidig som blant annet kvalitetsaspektet ikke har tydelige målbare faktorer (Blank m.fl., 2018, s. 105), skaper det igjen et fokus rettet mot aspekter som er lett å måle, eksempelvis økonomi og produktivitet. Det rommet som oppstår mellom kravet om mål- og resultatstyring og det faktum at det ikke finnes godt utviklede kvalitetsindikatorer, kan være noe av årsaken til at helsearbeiderne opplever et større fokus på økonomiske aspekter sammenlignet med de medisinske og faglige hensynene.

6.5 Styrker og svakheter ved oppgaven

En viktig faktor å ta hensyn til i denne oppgaven er den subjektive oppfatningen som datamaterialet bygger på, noe som kan være en svakhet ved oppgaven. Her er det legene som har gitt et bilde av hvorvidt dagens organisering bidrar til å nå målene om produktivitet, kvalitet og tilgang og analysen viser dermed legenes subjektive oppfatning om disse målene. Dette bildet har vi ikke mulighet til å kontrollere riktigheten eller objektiviteten av. Andre analyser knyttet til utviklingen på disse målene, som ikke baserer seg på legenes subjektive meninger, kan dermed gi andre resultater. Som diskutert tidligere i oppgaven kan dette være mest problematisk i sammenheng med kvalitetsaspektet og mindre problematisk for målene knyttet til produktivitet og tilgang. Det er dermed viktig å få frem at oppgaven bygger på subjektive meninger fra én gruppe i helsevesenet, og at andre grupper, som ikke-medisinske ansatte, pasienter eller pårørende kan ha et annet bilde av helsetjenestene. Likevel gir datamaterialet et

unikt innblikk i hva legene mener om foretaksmodellen og innsatsstyrt finansiering, og NPM-elementenes sammenheng med de tre målsettingene, noe som kan representere en av oppgavens styrker. Det kan argumenteres for at legene er blant de viktigste profesjonsutøverne i helsevesenet, ettersom det vil være svært vanskelig å drive et helsevesen uten legene. Dermed bør også deres meninger tillegges vekt i vurderingen av ulike helsepolitiske spørsmål og oppgavens resultater kan derfor ikke avskrives som uviktige.

En annen faktor det er viktig å ta hensyn til i denne oppgaven, er forskjellen mellom kausalitet og korrelasjon. Det kan fremstå som en begrensning at oppgavens datagrunnlag består av tverrsnittdata, noe som gjør dette til en korrelasjonsstudie. Dette betyr at man ikke kan trekke kausale slutninger ut fra oppgavens funn, men bare se sammenhenger mellom variabler på et gitt tidspunkt. De sammenhengene som er vist gjennom denne analysen må dermed tolkes på en ettertenksom måte.

7.0 Konklusjon

Målet med denne oppgaven har vært å undersøke hvorvidt det eksisterer en sammenheng mellom NPM-elementene innsatsstyrt finansiering og foretaksmodellen, og de tre målsettingene knyttet til forbedret produktivitet, kvalitet og likhet i tilgangen til helsetjenestene. Gjennom de tre regresjonsmodellene har analysen vist en tydelig samvariasjon mellom foretaksorganiseringen og de tre målsettingene knyttet til produktivitet, kvalitet og tilgang, og man kan dermed si at det eksisterer en sammenheng mellom innføringen av dette NPM-virkemidlet og de tre målsettingene. Samtidig viser ISF-variabelen bare tendenser til samvariasjon i modell 3, altså målet om forbedret likhet i tilgangen til helsetjenestene. Når det gjelder kontrollvariablene har disse blant annet vist at det er regionale forskjeller på hvordan man vurderer tilgangen til helsetjenestene. Helse Nord og Helse Midt-Norge er mindre fornøyd med hvordan dagens organisering bidrar til å nå målsettingen om lik tilgang til helsetjenestene, sammenlignet med referanse-kategorien Helse Sør-Øst. Dette kan knyttes til forskjeller mellom urbane og rurale strøk. Analysen har også vist at ledere er mer positiv enn ikke-ledere til hvordan dagens organisering bidrar til å nå målsettingen knyttet til kvalitet, noe som videre kan ses i sammenheng med at ledere i mindre grad arbeider med direkte pasientkontakt og at det derfor oppstår en meningsforskjell mellom ledere og ikke-ledere når det gjelder kvaliteten på helsetjenestene. I tillegg viste det seg at leger som opplever et oppmuntrende sosialt miljø på arbeidssstedet er mer sannsynlig å vurdere alle de tre hovedmålene i positiv retning. Analysen viste også at alder, kjønn og ansettelseslengde ikke er av betydning for respondentenes vurdering av de tre avhengige variablene.

Det viste seg vanskelig å gi et tydelig svar på oppgavens problemstilling ut fra de resultatene som denne analysen har gitt. På den ene siden viser analysen tydelig at foretaksorganiseringen har en sammenheng med de tre målsettingene, mens ISF-variabelen på den andre siden bare viser antydning til sammenheng med målet om likhet i tilgangen til helsetjenestene. Dette gir et sprikende resultat for NPM-elementene som helhet, noe som gjør det vanskelig å trekke en klar slutning. Som diskutert taler den tidligere forskningen tydelig for at innsatsstyrt finansiering har påvirket produktiviteten i sykehusene. Når dette ikke vises som et resultat i denne oppgaven bør resultatet tolkes med forsiktighet. Det er en mulighet, som tidligere nevnt, for at dette resultatet kommer av at datamaterialet representerer subjektive holdninger og ikke er en objektiv evaluering av sykehusets produktivitet, i tillegg til at ISF har vært en del av legenes hverdag i lengre tid enn foretaksmodellen. Tar man også i betraktning modellenes relativt lave justerte r^2 -verdi, særlig for produktivitetsmodellen, er det tydelig at det er flere

andre faktorer som påvirker de avhengige variablene og dermed legenes vurdering av de tre målsettingene.

7.1 Videre forskning

Et aspekt som er pekt på i oppgavens diskusjon er mangelen på en enhetlig kvalitetsstandard, både nasjonalt og internasjonalt. Det kunne derfor vært interessant å forske videre på kvalitetsaspektet i helsetjenestene. Som Blank m.fl. (2018) legger vekt på, er det vanskelig å definere hva som er god og dårlig kvalitet, både i nasjonal og internasjonal sammenheng (s. 105). Arbeidet med å utvikle en enhetlig skala for hva som utgjør god og dårlig kvalitet, og hvilke faktorer eller indikatorer dette skal måles på, ville gjort det enklere å gjennomføre undersøkelser som er gjort i denne oppgaven og andre undersøkelser som har som formål å kartlegge hva som påvirker kvalitetsaspektet i helsetjenestene. En ferdigutviklet skala for å måle kvalitet i helsetjenestene vil føre til at man med større sikkerhet kan stadfeste hvilken påvirkning NPM-prinsipper, og andre endringer, har på helsetjenestenes kvalitet.

8.0 Litteraturliste

- Blaalid, J. (1999). *Statusrapport 1998-1999*. (Statskonsult-rapport nr.10-1999). Hentet fra <https://www.difi.no/sites/difino/files/r99-10.PDF>
- Blank, R.H., Burau, V. & Kuhlmann, E. (2018). *Comparative health policy* (5th ed.). London: Palgrave Macmillan.
- Braut, G. S. (2019, 28. mai). Helseforetak. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snø.no/helseforetak>
- Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2005). Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? I Opedal, S., & Stigen, I. (Red.). *Helse-Norge i støpeskjeen: Søkelys på sykehusreformen* (s. 47-61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2001). New Public Management i norsk statsforvaltning. I Tranøy, B. S. & Østerud, Ø. (Red.). *Den Fragmenterte staten: reformer, makt og styring* (s. 67-95). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk*. (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christophersen, K. A. (2013). *Introduksjon til statistisk analyse. Regresjonsbaserte metoder og anvendelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Clement, J., Valdmanis, P., Bazzoli, V., Zhao, G., & Chukmaitov, G. (2008). Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health Care Management Science*, 11(1), 67-77.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., & McGuire, A. (2011). Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms. *Economic Journal*, 121(554), 228-260.
- Fimreite, A., & Grindheim, J. (2007). *Offentlig forvaltning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Freeborn, D. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *The Western Journal of Medicine*, 174(1), 13-18.
- Gaynor, M. (2004). Competition and quality in hospital markets. What do we know? What Don't we know?. *Economie Publique* 15: 3-40.
- Groves, R. M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly* 70(5), 646-675.
- Hagen, T. P. & Kaarbøe, O. (2006). The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy* 76(3): 320-333.
- Helsedepartementet. (2003-2004). *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*. (Meld. St. Nr. 5). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/739c24ec2707459e8a8ee0cc19feb1e/no/pdf/s/stm200320040005000dddpdfs.pdf>
- Hussey, P., Wertheimer, S., & Mehrotra, A. (2013). The Association Between Health Care Quality and Cost: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(1), 27-34.
- Høie, T. (2015). *Helseledelse: Veien til et bedre helsevesen*. Fjellhamar: Fringilla Publishing.
- Jacobs, K. (2005). Hybridisation or Polarisation: Doctors and Accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2), 135-162.
- Jensen, B. (2013). Helsereformene i et NPM-perspektiv. I Veggeland, N. (Red.). *Reformer i*

- Norsk helsevesen: Veier videre* (s. 31-64). Trondheim: Akademika Forlag.
- Johansen, D. (2018, 19. februar). Helseforetaksreformen må avvikles – sykehusene tilbake til offentlig forvaltning. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/02/helseforetaksreformen-ma-avvikles-sykehusene-tilbake-til-offentlig>
- Kastberg, G. & Siverbo, S. (2007). Activity-based financing of health care – experiences from Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(1), 25-44.
- Kessler, D. P., & Geppert, J. J. (2005). The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. *Journal of Economics & Management Strategy*, 14(3), 575-589.
- Kirchhoff, R. (2011). Tilhørighet til arbeidsplassen – En komparativ studie av tyske og norske sykehusleger i Norge. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 52(02), 181-210.
- Kittelsen, S. A. C., Anthun K. S. & Huitfeldt I. M. S. (2017). Kvalitet og produktivitet i norske sykehus. *Michael 14: Supplement 19* (75-85).
- Kjekshus, L. E. (2003). Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, (04), 444-459.
- Kosecoff, J., Kahn, K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood, M. J., Rubenstein, L. V., ... & Brook, R. H. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge: the quicker-and-sicker's story revisited. *Jama*, 264(15), 1980-1983.
- Kurunmäki, K. (2004). A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organization and Society*, 29(3,4), 327-347.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, R.B. & Martinussen, P.E. (2009). Introduction: the Nordic model of health care. I Magnussen, J., Saltman, R., & Vrangbæk, K. (Red.) *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges* (European Observatory on Health Systems and Policies series). (s. 3-21). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Magnussen, J. (2019, 16. september). Innsatsstyrt finansiering. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/innsatsstyrt_finansiering
- Martinussen, P. E. & Hagen, T. (2009). Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. *Health Economics Policy and Law*. Vol. 4. s. 139-158.
- Martinussen, P. E. & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine*, 73(2), 193-200.
- Martinussen, P.E., Frich, J.C., Vrangbæk, K. & Magnussen J. (2017a). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene? *Michael*, 14, 95-105.
- Martinussen, P., Neby, S., & Vrangbæk, K. (2017b). Sykehuspolitisk styring i Norge: mellom politikk og forvaltning. I Røe, P., Kolltveit, K., & Askim, J. (Red.). *En smartere stat: Veier til bedre politikk og styring* (s. 140-158). Oslo: Universitetsforlaget.
- McKay, N., & Deily, M. (2008). Cost inefficiency and hospital health outcomes. *Health Economics*, 17(7), 833-848.

- Mehmetoglu, M. & Jakobsen, T. G. (2017). *Applied statistics using stata: a guide for the social sciences*. Los Angeles, California: SAGE Publications.
- Midtbø, T. (2012). *Stata. En entusiastisk innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Morey, R. C., Fine, D. J., Loree, S. W., Retzlaff-Roberts, D. L., & Tsubakitani, S. (1992). The Trade-off Between Hospital Cost and Quality of Care: An Exploratory Empirical Analysis. *Medical Care*, 30(8), 677-698.
- Mukamel, D. B., Zwanziger, J., & Tomaszewski, K. J. (2001). HMO penetration, competition, and risk-adjusted hospital mortality. (Articles). *Health Services Research*, 36(6), 1019-1035.
- Newman, S., Lawler, J., Connell, R., Fawcett, B., & Meagher, G. (2009). Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology*, 45(4), 419-432.
- Norges forskningsråd. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges forskningsråd. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254008919540.pdf>
- Olaussen, Å. & Wollebæk, H. P. (2002). *New public management* (Vol. 2002/6, Temanotat (Utdanningsforbundet: online)). Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Opedal, S., & Rommetvedt, H. (2005). Sykehus på Løvebakken: Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 46(2), 99-132.
- Propper, C., Burgess, S., & Gossage, D. (2008). Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991–1996. *Economic Journal*, 118(525), 138-170.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Singer, E. (2006). Nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly* 70(5), 637-645.
- Skog, O.-J. (1998). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming* (2. [rev. og utvidet] utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999-2000). *Om sykehusøkonomi og budsjett*. (St.prp.nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/8aff1eb40ce24a659b20c86ebd2f2344/no/pdf/a/stp199920000047000dddpdfa.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. (Ot.prp. nr. 66). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdf/otp200020010066000dddpdfa.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 13. mars). *Helseregnskap*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helsesat>
- Stigen, I. M. (2005). Innledning. I Opedal, S. & Stigen I. M. (Red.), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen* (s. 15-26). Bergen: Fagbokforlaget.
- Street, A., Vitikainen, K., Bjorvatn, A., & Hvenegaard, A. (2007). *Introducing activity-based*

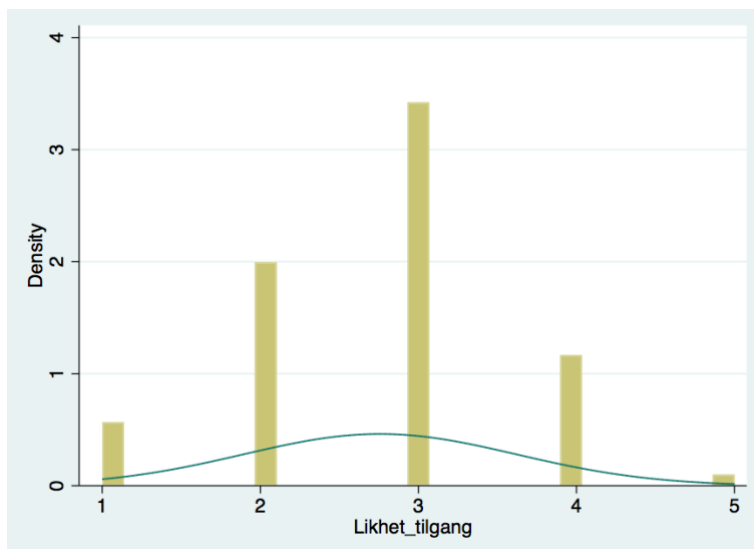
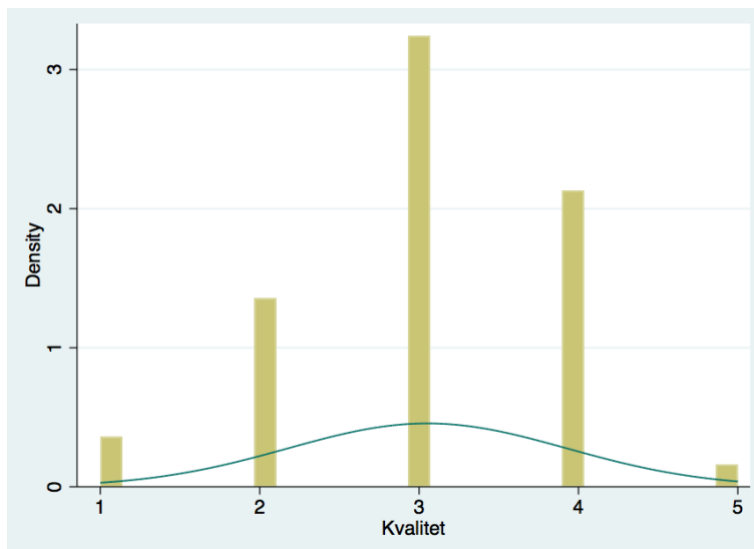
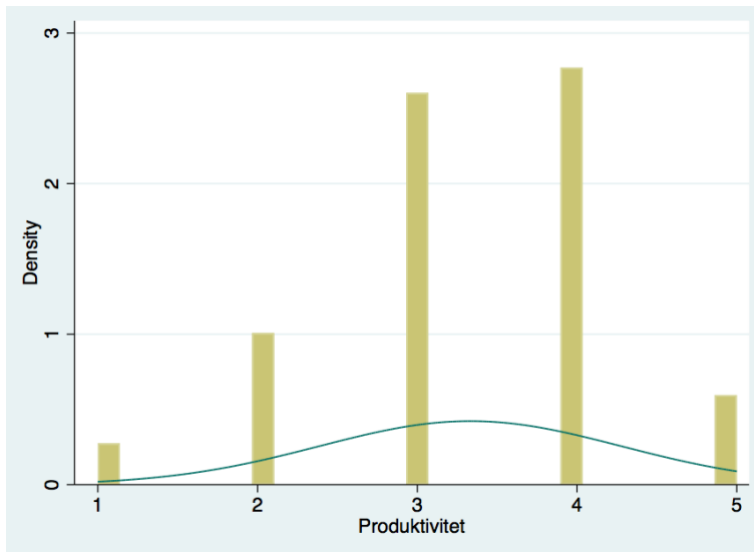
- financing: A review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden.*
University of York: Centre for Health Economics.
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode: en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Vanebo, J. O. (2001). NPM, ledelse og organisering. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. & Vanebo, J. O (Red.), *Modernisering av offentlig sektor: New Public Management i praksis* (s. 168-183). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vanebo, J. O., Busch, T., Klausen, K. K. & Johnsen, E. (2001). Innledning – om modernisering og bokens innhold. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. & Vanebo, J. O (Red.), *Modernisering av offentlig sektor: New Public Management i praksis* (s. 13-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willis, E., Toffoli, L., Henderson, J., Couzner, L., Hamilton, P., Verrall, C. & Blackman, I. (2016). Rounding, work intensification and new public management. *Nursing Inquiry*, 23(2), 158-168.
- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 133(6), 655-659.
- Øgård, M. (2000). New Public Management - markedet som redningsplanke? I H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.). *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. (s. 27-51). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aasland, O. G., Hagen, T. P., & Martinussen, P. E. (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 127(17), 2218-2221.

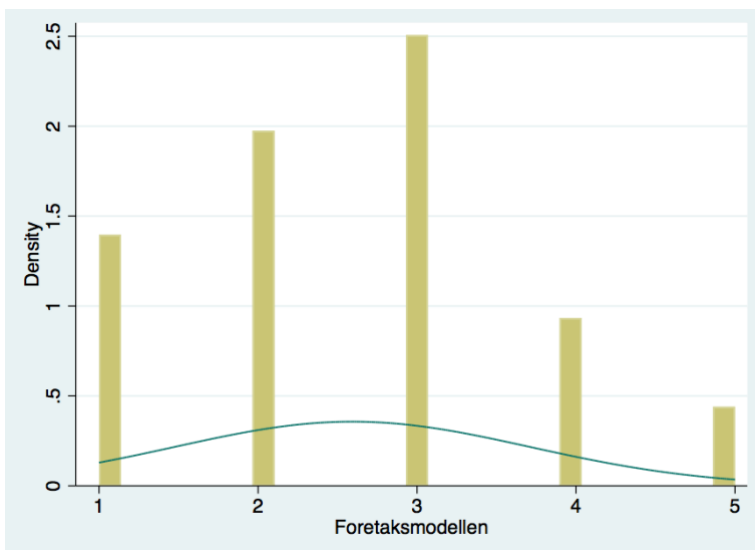
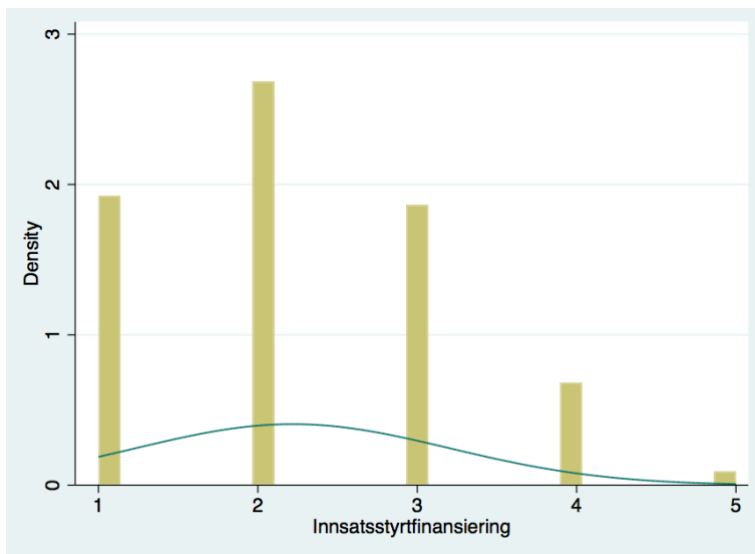
9.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Deskriptiv statistikk

VARIABLER	N	min	max.	Gj.snitt	St.avvik
Produktivitet	950	1	5	3.332	.944
Kvalitet	946	1	5	3.052	.876
Likhet_tilgang	945	1	5	2.757	.864
Klareansvarslinjer	933	1	5	2.641	.866
Foretaksmodellen	940	1	5	2.593	1.118
Innsatsstyrtfinansiering	945	1	5	2.218	.983
Lederstilling	953	0	1	.268	.443
Alder2delt	950	0	1	.8	.4
Kvinne	952	0	1	.404	.491
Ansettelseslengde	957	0	1	.715	.452
Arbeidsområde	957	1	6	3.13	1.136
RHF	947	1	4	2.684	1.107
Avslappet	943	1	5	3.145	1.065
Oppmuntrende	951	1	5	3.27	1.077

Vedlegg 2: Avhengige og sentrale uavhengige variablers normalfordeling





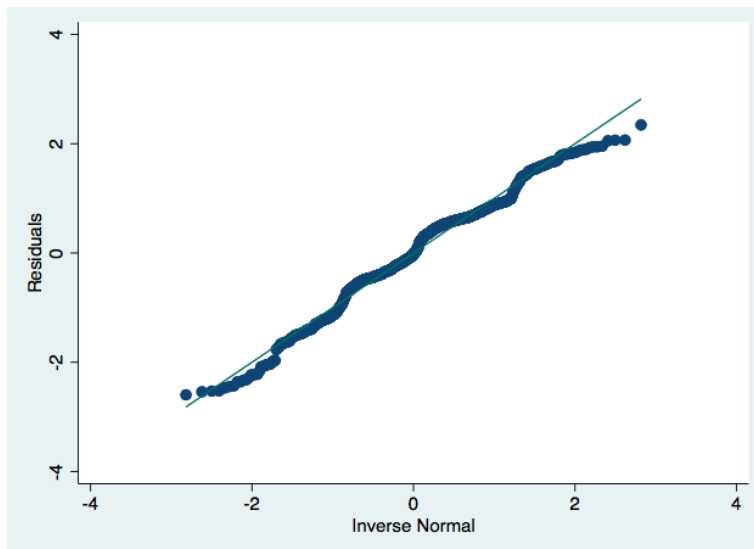
Vedlegg 3: Korrelasjonsanalyse

Korrelasjonsanalyse mellom variabelen som måler hvor problematisk respondenten opplever ISF og variabelen som måler hvor problematisk respondenten opplever foretaksmodellen.

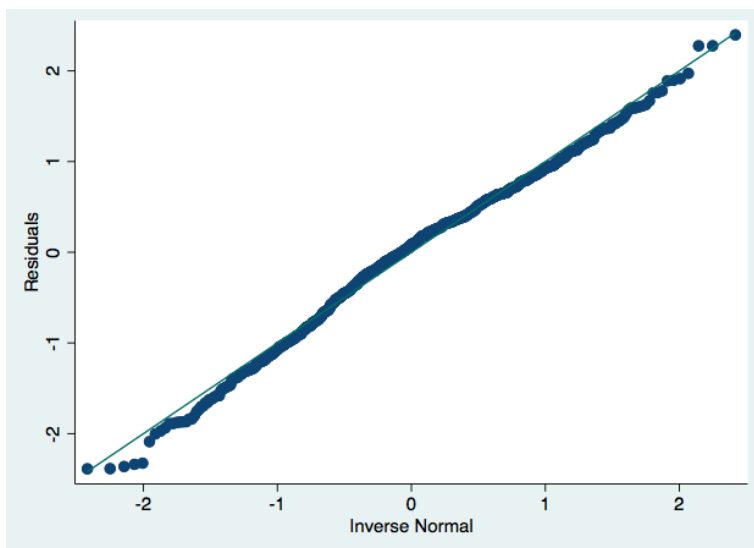
Variabler	(1)	(2)
(1) Innsatsstyrfinansiering	1.000	
(2) Foretaksmodellen	0.425	1.000

Vedlegg 4: Regresjonsmodellenes normalfordelte restledd

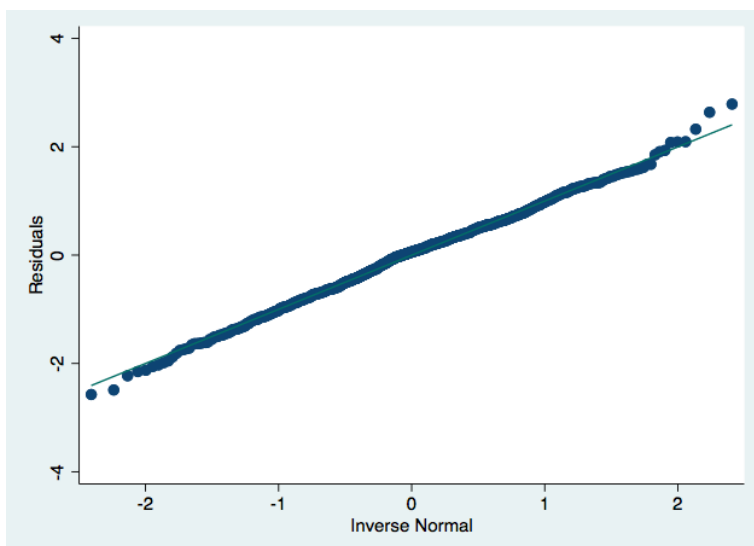
Modell 1 – Produktivitet



Modell 2 – Kvalitet



Modell 3 – Likhet/tilgang



Vedlegg 5: VIF-test

VIF-test som inkluderer alle forklaringsvariablene i de tre modellene.

	VIF	1/VIF
Foretaksmodellen	1.326	0.754
Innsatsstyrftfinansiering	1.298	0.77
Lederstilling	1.171	0.854
Alder2delt	2.338	0.428
Kvinne	1.128	0.887
Ansettelseslengde	2.379	0.42
Arbeidsområde:		
Allmennmedisin	1.014	0.986
Indremedisinske fag	1.268	0.788
Laboratoriefag	1.142	0.875
Psykiatri	1.22	0.819
Annet	1.07	0.935
RHE:		
Helse Nord	1.319	0.758
Helse Midt-Norge	1.38	0.725
Helse Vest	1.362	0.734
Sosialt klima:		
Regelstyrt	1.523	0.657
Avslappet	2.061	0.485
Oppmuntrende	2.14	0.467
Gjennomsnittlig VIF	1.479	

