

Fagbladet

SAMFUNN ØKONOMI

- Forholdet mellom størrelse og kvalitet i norske sykehus
ALEXANDER BERG ERICHSEN
- Er vi på vei mot den sengeløse, hjerte-løse og klassedelte helsetjenesten?
OLUF DIMITRI RØE
- Hold munn eller gå! Makt og avmakt i helsevesenet
ELI BERG

 FAGFORBUNDET



REDAKSJONSRÅDET



Bjarne Jensen

Professor i offentlig økonomi og tidligere ansatt ved Høgskolen i Hedmark. Sosial-økonom fra Universitetet i Oslo. Spesielt opptatt av finansiering, styring og planlegging i kommuner og offentlige velferdstjenester. Tidligere adm.dir. i Kommunekreditt, rådmann i Bergen og Kristiansand, førsteamanuensis ved Høgskolen i Agder og ansatt i Finans- og Sosialdepartementet. Han har skrevet flere bøker om Kommune-Norge, og har også ledet flere offentlige utredninger om finansiering og styring av offentlige velferdstjenester.

bjarne.jensen@hihm.no



Fanny Voldnes

Registrert revisor og leder av Samfunnsøkonomisk avdeling i Fagforbundet. Cand. philol. fra Universitetet i Oslo (2000) og registrert revisor fra BI (1988), har revisorbevilling og har arbeidet flere år i et av de store private revisjonsselskapene. Ble ansatt i Fagforbundet i 2010 fra nestlederstilling i næringspolitisk avdeling i LO. De siste ti årene i hovedsak arbeidet med problemstillinger knyttet til markedsrettingen av offentlig sektor, om konsekvenser for politisk styring, innsyn og kontroll og spesielt bruken av forretningsorienterte regnskaper og selskapsorganisering anvendt på velferdsoppgaver. Har sittet i offentlige utvalg for LO.

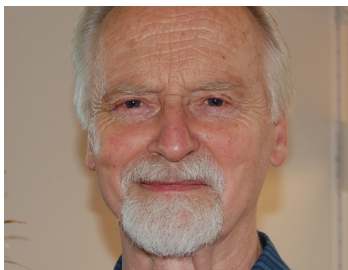
fanny.voldnes@fagforbundet.no



Nils Aarsæther

Dr.philos., professor ved Universitetet i Tromsø, Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging. Forskningsfelt: Lokalt demokrati og kommunal planlegging. Kva rolle spelar kommunar for lokal velferd, samfunnsbygging, næringsutvikling – og som politisk arena? Kva slags utviklingstendensar ser vi i kommunane i dag? Aarsæther har arbeidd med dette regionalt, i dei nordiske landa, og mot russiske og kanadiske kommunar. Forskinga på lokaldemokratiet er vidareført gjennom anvendt forskning og rådgiving. Instituttleder (2005–2009) og underviser nå på den samfunnsfaglige planleggarutdanninga ved Universitetet i Tromsø, ved sidan av innsats i vidareutdanning og foredragsverksemd.

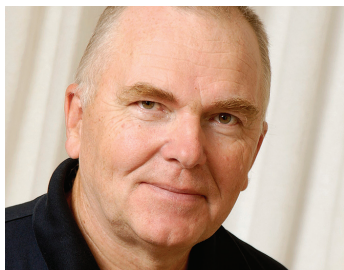
nils.aarsæther@uit.no



Alf-Inge Jansen

Dr.philos., professor emeritus, Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap og forsker I, Transportøkonomisk institutt, Oslo. Forskningsfelt: Offentlig politikk og forvaltning, blant annet formingen og etableringen av miljøvern som politisk sektor i Norge. Har sammen med Oddgeir Osland og Atle Nyhagen publisert artikler og papers om klimapolitikken og økologisk modernisering. Arbeider nå med spørsmål vedrørende temaer som: Økonomiske instrumenter som virkemidler i miljøpolitikken på transportfeltet, og Økonomene og offentlig politikk. Gjesteforsker og foreleser ved europeiske universiteter, og har vært medlem av internasjonale, faglige komiteer.

alf-inge.jansen@toi.no



Ove Gustafsson

Førsteamanuensis ved Trondheim økonomiske høyskole. Har statsvitenskap som hovedfag, med spesiell interesse for offentlig politikk og administrasjon, samt velferdspolitik. Forskningsfeltet er konkurranseutsetting. Har gjennom ulike vitenskapelige artikler tatt opp temaene konkurranseutsetting av kommunale tjenester og hvordan dette virker inn på kommunene og tjenestene. Noen artikler har hatt fokus på styring av organisasjoner i grenseområdet mellom offentlig og privat sektor. Dekan ved Trondheim økonomiske høyskole i perioden 2007–2011. Underviser i statsvitenskap og samfunnsvitenskapelige metode. Underviser og veileder MPA-studenter ved Copenhagen Business School.

ove.gustafsson@hist.no

INNHold

Vi trenger folkets og pasientenes sykehus fagredaktør Bjarne Jensen	4
Forholdet mellom størrelse og kvalitet i norske sykehus Alexander Berg Erichsen	6
Hva forteller undersøkelser om størrelse på sykehus og sykehuskvalitet? Bjarne Jensen	20
Vi vil ha økt folkevalgt styring Sissel M. Skoghaug	22
Er vi på vei til den sengeløse, hjerteløse og klassesdelte helsetjenesten? Oluf Dimitri Røe	24
Oppsiktsvekkende konklusjoner fra sykehusutvalg – foretaksmodellen fredes igjen Unni Hagen	32
Norge bruker få ressurser til helsetjenester sammenlignet med andre rike land Bjarne Jensen	46
Konkurransetutting av IKT-tjenester i Helse Sør-Øst – en uklok beslutning Hans Martin Aase, Rita S. Barlo	52
Hold munn eller gå! Makt og avmakt i helsevesenet Eli Berg	58

Fagbladet
SAMFUNN
ØKONOMI

Redaksjonen avsluttet 13.12.2016
ISSN 1893-3009
Ansvarlig redaktør: Hege Breen Bakken
Fagredaktør: Bjarne Jensen
Opplag: 10 000

Postboks 7003, St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon 23 06 40 00

Design: Avrio design/Anne Vines
Trykkeri: Ålgård Offset AS

BESØKSADRESSE

Keyzers gt.15
Inngang Munchs gate
0165 Oslo
www.fagbladet.no

Send tips til tips@fagforbundet.no

ADRESSEENDRING

fane2@fagforbundet.no

pressens faglige utvalg
PFU

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT

Fagbladet redigeres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som likevel føler seg urettmessig rammet, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) behandler klager mot pressen.

PFUs adresse er Rådhusgt. 17, Postboks 46 Sentrum,
0101 OSLO.

Telefon: 22 40 50 40

Vi trenger folkets og pasientenes sykehus

Det viktige nye da sykehusene ble overtatt av staten, var at representanter valgt av innbyggerne regionalt ble fjernet fra styringen av sykehusene. De ble erstattet av personer som skulle styre ut fra bedriftsøkonomiske prinsipper.

Styrene var ikke lenger ansvarlige overfor innbyggerne regionalt, men ble direkte ansvarlig overfor helseministeren. Gjennom et oppdragsdokument kan helseministeren stille spesifikke krav til hva sykehusene skal oppnå. Det er et sterkt redskap til å påvirke sykehusenes prioriteringer og utvikling.

Nytalen i sykehusene illustrer endringen. Pasientene er blitt en inntektskilde, sykehusbehandling omtales som produksjon, og ventelister er blitt ordreserve. I en undersøkelse fra Sintef kom det fram at over 60 prosent av sykehuslegene mente reformen oppfordret til å prioritere lønnsomme pasienter, og nesten 50 prosent mente at det også ble gjort.

Hva er de viktigste virkninger for innbyggere, de ansatte og sykehusene av denne reformen? For det første: Flere mindre sykehus er lagt ned eller har mistet funksjoner. Det gjel-

der særlig fødeavdelinger og akuttfunksjoner i kirurgi. Styring og ledelse i sykehusene er blitt mere sentralisert. Mindre sykehus har mistet stedlig leder. De bedriftsøkonomiske prinsippene gir ledelsen sterkere posisjon. Det blir mere styring ovenfra og ned, mindre plass til innspill fra andre enn ledelsen og ikke minst – det koster mere for ansatte og tillitsvalgte å motsi ledelsen. Det er mange eksempler på at store og avgjørende beslutninger treffes uten konsekvensberegninger og utredninger. Det gjelder særlig nedleggelse av sykehus, funksjoner i sykehus og sammenlåinger av sykehus.

Helseforetaksreformen bygget på en myte om at Norge bruker mer ressurser på helse-tjenester enn andre land og oppnådde dårlige resultater. I ettertid er det godt dokumentert at det var en røverhistorie. Norges ressursinn-

sats til helsetjenester ligger på gjennomsnittsnivået for europeiske land, og vi bruker relativt lite sett i forhold til vårt inntektsnivå.

Et annet spørsmål er om store sykehus leverer tjenester med bedre kvalitet enn små sykehus. Forskningen viser at for behandlinger store og små sykehus kan ivareta, finner vi ikke slike sammenhenger. Nøkkelen synes å ligge i samarbeidet mellom store og små sykehus og at de opererer i nettverk. Det er klare indikasjoner på at behandling på små sykehus ikke koster mere enn på store sykehus.

Drift av sykehus blir aldri noen søndags-skole, men faktum er at sykehusunderskuddene aldri har vært så store som etter at helseforetaksmodellen ble innført. I perioden fra 2002 til 2007 hadde sykehusene regnskapsmessige underskudd økende fra 2,8 milliarder kroner til 6,1 milliarder per år. De hadde imidlertid lite å gjøre med driften av sykehusene. Med det nye regnskapssystemet kom en ny kostnad – avskrivninger. Den var i 2007 på seks milliarder kroner. Det er ingen utgift, men en kalkulert størrelse på verdiforringelsen av realkapitalen i sykehusene. I tillegg måtte pensjonskostnadene regnskapsføres med høyere beløp. Underskuddene utløste krigsoverskrifter i avisene hvert år og sykehusene framsto nærmest som økonomiske konkursbo. I 2008 bevilget Stortinget nesten to milliarder ekstra til avskrivninger, og i 2009 tre milliarder ekstra til pensjonskostnader. Dermed forsvant underskuddene. Ministeren kunne forkynne det glade budskap at nå var sykehusene blitt flinke til å styre sin økonomi takket være helseforetaksreformen. Men underskuddene dreide seg mest om tull med tall og nye regnskapsprinsipper.

Helseforetaksreformen var svært omstridt da Stortingets flertall vedtok den i 2001. Den var ikke basert på en NOU som utredet problemer og alternative løsninger med konsekvensvurderinger og stortingsmelding hvor Stortinget drøftet løsningene. Reformen ble i hurtigtogs fart lagt direkte fram for Stortinget i en lovproposisjon i 2001 og gjennomført allerede i 2002. Det er ikke vanskelig å finne

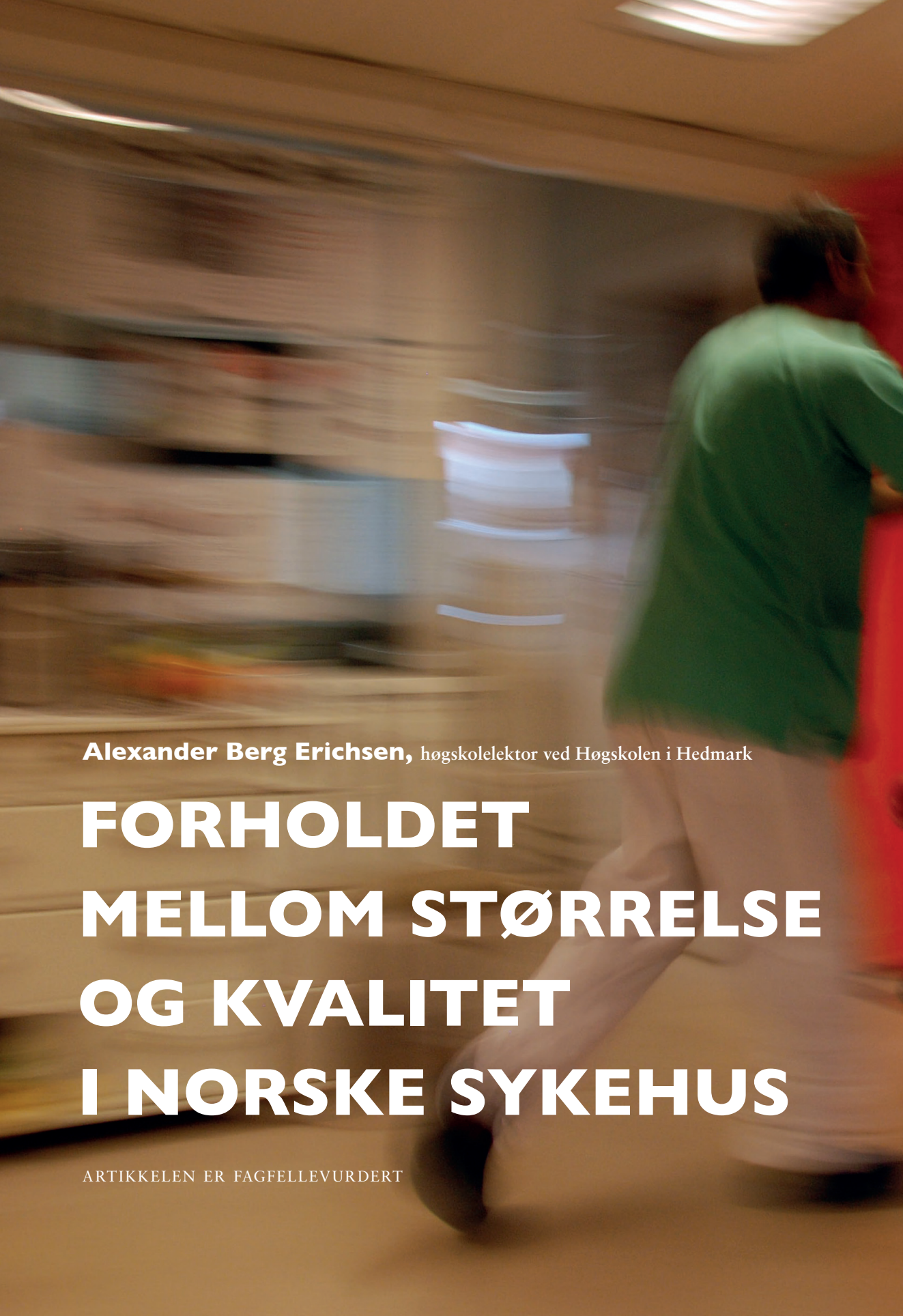
direkte feil i proposisjonen. Det gjelder blant annet forhold som misvisende påstandene om høye helseutgifter og misforståelser i omtalen av de økonomiske styringssystemene.

Nå er det gått 15 år siden reformen ble gjennomført. Den har skapt mange problemer og utfordringer, og det er mange forhold som tilsier at den trenger revurdering. For det første de mange og store tillitsproblemer mellom styrer og ledelse i helseforetakene og innbyggere og ansatte i sykehusene. Symptomer er fakkeltog og folkeaksjoner, Helsetjenesteaksjonen og legestreiken i høst. Fagforbundet har vært den organisasjon som mest systematisk har påpekt reformens store mangler fra dag én. I 2016 har nesten 500.000 nordmenn skaffet seg privat helseforsikring. I 2001 var dette et nesten ukjent fenomen. Det siste året har vi fått den vanskelige debatten om at de som har slike forsikringer får tilgang til behandlingsmetoder i kreftomsorgen som det offentlige ikke vil tilby.

De politiske partier har ulike forslag og vurderinger av endringer i organiseringen. Kvinnslandutvalget, som har utredet alternative måter å organisere statens eierskap i sykehusene på, kom 1. desember. Lederen av utvalget er en av våre fremste helsebyråkrater som mangeårig direktør for Helse Bergen og styreleder for Oslo Universitetssykehus. Sykehusproblematikken sett fra helsebyråkratiets synspunkt er godt ivarettatt i utvalget. For innbyggere lokalt og fra de ansattes side kan nok virkeligheten se annerledes ut.

Organisering av statens eierskap i sykehus og andre spesialisthelsetjenester kan bli et av de viktigste temaene i kommende stortingsvalg. Derfor har vi i dette nummeret av Samfunn & økonomi trukket fram noen viktige fakta og synspunkter i debatten. Vi trenger et velfungerende sykehusbyråkrati for å styre og utvikle sykehusene våre. Det spørs om vi ikke med helseforetaksreformen i 2001 skapte helsebyråkratenes sykehus, mens det vi trenger er folkets og pasientenes sykehus.

Bjarne Jensen



Alexander Berg Erichsen, høyskolelektor ved Høgskolen i Hedmark

FORHOLDET MELLOM STØRRELSE OG KVALITET I NORSKE SYKEHUS

ARTIKKELEN ER FAGFELLEVDERT



Sammendrag

I denne artikkelen drøftes og analyseres forholdet mellom sykehusstørrelse og kvalitet på sykehustjenester. Det kvalitetsmålet som brukes er overlevelses-sannsynlighet etter sykehusbehandling på fire områder: Hjertefarkt, hjerne-slag, hoftebrudd og totaloverlevelse. Størrelse måles ved antall senger i sykehuset. Datagrunnlaget er fra 2012 til 2014. Konklusjonen fra de statistiske undersøkelsene er at det ikke er et signifikant statistisk forhold mellom størrelse og kvalitet for de kvalitetsmålene som er undersøkt her. Andre undersøkelser av sykehussammenslåinger viser at de ikke har gitt bedre kvalitet på sykehustjenestene eller mer effektive sykehustjenester. Flere undersøkelser viser at kostnadene øker. Påstander om at sammenslåing av sykehus vil gi pasienten bedre behandling eller at det fører til reduserte kostnader for samfunnet, har derfor ikke støtte i forskningsbaserte undersøkelser.

Innledning

Utviklingstrenden innenfor sykehusstrukturen i Norge, har gått mot større sykehus de siste årene. Det skjer ved at sykehus slås sammen for å få et større sykehus og ved at mindre sykehus blir lagt ned. Argumentene som ofte blir brukt for å forklare hvorfor vi bør slå sammen sykehus, er at det fører til at sykehusene får større fagmiljøer, de får mer spesialisering og gjennom dette blir det skapt høyere kvalitet. Denne artikkelen kommer som en følge av denne debatten¹.

Det sentrale spørsmålet i arbeidet har vært om større sykehus leverer bedre kvalitet enn mindre sykehus. Et annet moment som også kan være viktig, men som ikke vil bli diskutert i denne artikkelen, er avstanden til sykehus og utfallet for behandling av pasienten². Dersom økt avstand og reisetid til sykehuset gir dårligere resultater ved sykehusbehandling, kan det være en årsak til at det ikke registreres bedre sykehusbehandling ved større sykehus.

Spørsmålet om hvordan størrelse kan være relatert til kvalitet, er interessant med hensyn til om sammenslåing av sykehus vil lede til bedre spesialisthelsetjenester. Hvis det er slik at større sykehus gir bedre kvalitative tjenester, kan det være et argument for sammenslåing. Hvis det derimot ikke er noe klart forhold mellom størrelse og kvalitet, bør det trekkes fram at sammenslåinger blant annet vil gi omstillingskostnader. Utfallet kan da være at vi får like gode tjenester, men til høyere kostnader og med mindre ressurser til andre formål. Jeg vil her også se nærmere på hva som har blitt resultatet av sykehussammenslåinger, gjennom å se på tidligere studier av temaet.

¹ Og gjennom samarbeid med professor Bjarne Jensen (Høgskolen i Hedmark) og hvor jeg deltok i arbeidet med en tilsvarende analyse basert på samme type data fra 2013, presentert i rapporten *Helsereformer på feil premisser* (Jensen 2014).

² Kittelsen m.fl. (2015) fant blant annet at økt reiseavstand for pasienten var korrelert med lavere produktivitet i norske sykehus, da de undersøkte forholdet mellom kvalitet og produktivitet/kostnader i de nordiske landene.

Det sentrale spørsmålet i arbeidet har vært om større sykehus leverer bedre kvalitet enn mindre sykehus.

Å måle kvalitet er en utfordrende øvelse. Hvordan det skal gjøres og på hvilke områder det skal undersøkes, må avklares. Her vil det bli sett på fire områder på kvalitet:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for førstegangs hjerteinfarkt
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd
- 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse (totaloverlevelse)

Datagrunnlaget stammer fra rapporten *Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014* av Lindman, Kristoffersen, Hansen, Tomic, Helgeland (Kunnskapssenteret, 2015). Artikkelen er derfor begrenset til tjenester som blir tilbudt på de fleste sykehusene.

Avgrensningen av tjenester som er undersøkt, avgrenser også tyngden på artikkelen til en viss grad. Likevel mener forfatteren at avgrensningen i seg selv ikke er et stort hinder for betydningen av artikkelen. Grunnlaget for denne påstanden er at de mindre sykehusene i dag ikke driver med veldig spesialiserte behandlinger, og at flertallet av pasientene heller ikke mottar veldig spesialiserte behandlinger.

For å få et perspektiv på kvaliteten i norsk sykehussektor, kan det være hensiktsmessig å sammenligne oss med de nordiske landene. I nordisk sammenheng hadde Norge klart lavest 30-dagers dødelighet ved totaloverlevelse, samt flest sykehus med signifikant lavere dødelighet. For 365-dagers dødelighet

var ikke forholdet like markant, men fortsatt lavest i Norge (Kittelsen m.fl.2015).³

Videre vil antall senger bli benyttet som datagrunnlag som mål på størrelse i sykehusene. Tanken bak denne måleenheten er at desto flere senger, desto større sykehus. Dette datagrunnlaget er hentet fra SSB statistikkbank om spesialisthelsetjenester. Både kvalitetsindikatorene og størrelsesindikatoren vil bli nærmere forklart under avsnittet om datagrunnlag.

For å kunne undersøke forholdet vil Pearson r-korrelasjonen eller samvariasjonen mellom variablene bli beregnet. Det samme med spredningsdiagram og lokal vektet regresjon. Sistnevnte metoder gir mulighet til å illustrere forholdet grafisk, og om det er observasjoner; det vil si resultater fra enkelt-sykehus som kan ha stor påvirkning på utfallet. Denne artikkelen kan hovedsakelig beskrives som et korrelasjonsstudium⁴. I korrelasjonsstudium er hovedmålet å undersøke om det eksisterer et forhold mellom to eller flere aspekter ved en situasjon eller et fenomen (Kumar, 2005, s. 10).

Teori

Her vil det bli gitt en kort forklaring, om det teoretiske rammeverket. Den er ikke uttømmende, og jeg har bare trukket fram noen elementer i en teoretisk drøfting.

Det teoretiske rammeverket er åpent for at større og mindre sykehus kan gi både kvalitativt bedre og dårligere resultat. Samtidig er det avhengig av hvilke tjenester eller diagnoser som blir undersøkt. For noen diagnoser hvor det er få tilfeller, kan det være hensiktsmessig at disse spesialiserte tjenestene er på større sykehus, og ikke alle sykehus. Men for andre tjenester hvor det er relativ stor pågang og hvor tid er et kritisk moment, kan det være hensiktsmessig at den tjenesten tilbys på de fleste sykehus. For å unngå denne problematikken i artikkelen her, sees det nettopp på tjenester som blir tilbudt på de aller fleste sykehus.

Videre kan sykehussektoren i Norge beskrives som et nettverk med former for arbeidsfordeling. Det vil si at sykehusene deler på oppgavene seg imellom, avhengig av situasjonen. På den måten kan sykehussektoren realisere fordeler med større sykehus og med mindre sykehus. Både arbeidsfordelingen, eller nettverket, og de forskjellige tjenestene vanskeliggjør oppgaven med å beskrive den teoretiske bakgrunnen for forholdet mellom kvalitet og størrelse.

Først vil jeg gjennomgå teori som kan understøtte at det er et positivt forhold mellom størrelse og kvalitet, det vil si at kvaliteten øker med størrelse på sykehuset. Disse egenskapene kan muligens utnyttes i større grad i et større sykehus:

- Stordriftsfordeler og/eller økende skala avkastning
- Breddefordeler⁵
- Reduksjon av transaksjonskostnader gjennom mindre oppgavefordeling

Stordriftsfordeler tilsier at gjennomsnittskostnadene til en organisasjon faller ved økt produksjon av en vare eller tjeneste. Med store faste kostnader til investeringer i maskiner eller bygninger, kan økt produksjon føre til at gjennomsnittskostnaden ved bruk av maskiner eller bygninger faller, samtidig som inntektene realiseres per pasient. Det blir flere behandlinger delt på de faste kostnadene, som påløper uavhengig av produksjon. Reduserte kostnader gir økte ressurser, som igjen kan benyttes til å øke kvaliteten i produksjonen av andre sykehustjenester. Forutsetningen om stordriftsfordeler baseres på eksistensen av store faste kostnader i produksjonen.

³ Dette gjaldt for årene 2008–2010, og i studien ble det benyttet flere mål på kvalitet utover dødelighet.

⁴ Guida m.fl. (2016) benytter nesten tilsvarende metode når de undersøker forholdet mellom antall behandlinger og resultat i italienske sykehus, men hvor de benytter Spearman rank-korrelasjon.

⁵ Economics of scope.

Det kan bety at et samlet forhold mellom størrelse og kvalitet kan være positiv, negativ eller at det ikke er noe klart forhold.

Samtidig kan økt produksjon være et resultat av mer spesialisering, som igjen kan gi bedre kvalitative behandlinger, men uten et fall i gjennomsnittskostnadene⁶.

Med eksistensen av breddefordeler kan en organisasjon produsere flere forskjellige tjenester til en lavere gjennomsnittskostnad enn andre organisasjoner som kun har én tjeneste som produseres (Panzar og Willig, 1981, s. 268). Flere tjenester gjør at et sykehus kan bruke personell og eventuelt maskiner i produksjonen av forskjellige behandlinger utover deres primæroppgave. Dette avhenger igjen av tidspunkt på dagen eller året. Hovedtanken er at innsatsfaktorer som arbeidskraft og former for utstyr/bygninger kan utnyttes mere effektivt når de kan benyttes til å produsere forskjellige tjenester.

Transaksjonskostnader kan forstås som kostnader ved planlegging, tilpassing og overvåking av oppgaveløsning i forskjellige styringsstrukturer (Williamson, 1981, s. 552–553). Større enheter kan unngå transaksjonskostnader, ved vertikal integrering av tjenester/innsatsfaktorer i deres produksjon (Williamson, 1985). Istedenfor en differensiert oppgavefordeling mellom små og store sykehus, kan større sykehus løse alle oppgavene internt. Det fører for eksempel til at behovet for flytting av pasienter eller organisering/vurdering av forflytting blir mindre i et større sykehus som behandler alt.

På den andre siden kan større sykehus også inneha flere utfordringer i tjenesteproduksjonen. Eller for å si det på en annen måte, mindre sykehus kan ha forskjellige fortrinn. Derfor kan produksjon av sykehustjenester i mindre sykehus være kjennetegnet av:

- Fravær av stordriftsulemper
- Lavere transaksjonskostnader
- Fravær av breddeulemper

Stordriftsulemper kan sies å være kostnadsmessige ulemper ved for høyt produksjonsnivå. Her kan det tenkes at et sykehus har altfor stor pågang av pasienter i forhold til det sykehuset er dimensjonert for. Videre kan mindre sykehus ha lavere transaksjonskostnader enn et større sykehus fordi det er tendenser til at transaksjonskostnadene øker med størrelsen til en organisasjon (Williamson, 1975). Williamson forklarer at dette skjer gjennom:

- Informasjonsflyten i organisasjonen er mindre effektiv.
- Det kan skapes rom for enheter eller forskjellige aktører med andre mål på tvers av organisasjonens mål, derfor kan det være behov for mere kostbare incentivordninger for å forsikre seg om at alle aktører jobber etter samme mål.
- Større behov for kontrollverktøy, informasjonsverktøy, koordineringsledd og administrasjon.

For mindre sykehus betyr dette at de kan unngå en del av disse kostnadene som større sykehus har. Mindre sykehus kan derfor ha en form for «smådriftsfordeler».

Breddeulemper er en tilstand hvor et økt antall differensierte tjenester, produsert av én aktør, fører til at gjennomsnittskostnaden stiger⁷. Det vil si at for mange produserte behandlinger «forstyrrer de forskjellige behandlingene». Årsakene til dette kunne være koordineringsutfordringer med større antall tjenester, større sykehus har mer kompleks akuttbehandling eller at stor akuttavdeling reflekterer mer kompleks behandling

⁶ Baumol, Panzar og Willig (1988, s. 21) definerer stordriftsfordeler gjennom eksistensen av økende skalaavkastning i produksjonen, uten at gjennomsnittskostnadene faller.

⁷ Dette både gjennom styringsulemper, og at det eksisterer negative eksternaliteter (internt) i produksjonen.

av innlagte pasienter (Grannemann m.fl., 1986).

Det er sannsynlig at de forskjellige effektene er til stede i forskjellige størrelser og til forskjellige stadier i løpet av dagen eller året. Det kan bety at et samlet forhold mellom størrelse og kvalitet kan være positiv, negativ eller at det ikke er noe klart forhold. Men hva sier tidligere studier om forholdet? Det skal vi se nærmere på nå.

Tidligere studier og rapporter

Faglitteraturen om dette temaet er relativt omfattende, blant annet fra USA. Men det er ingen automatikk at all litteratur er like overførbar. Likevel kan det finnes likhetstrekk som kan gjøre at litteratur fra USA og andre land også er relevant for Norge⁸. Det vil videre bli sett på to temaer som er relevant til denne artikkelen. Først studier om kvalitet og størrelse, og deretter studier om sammenheng av sykehus.

Kvalitet og størrelse

De forskjellige studiene benytter ulike mål på størrelse og kvalitet, utover antall senger og overlevelse. Det er viktig at leseren har med seg det⁹.

Krumholz m.fl. (2009) undersøkte dødeligheten ved akutt hjerteinfarkt¹⁰ og hjertesvikt for eldre amerikanere over 65 år. Forfatterne fant at det var forskjeller i utfallet mellom forskjellige sykehus, men at det var både høye og lave resultat for alle størrelsesformer for sykehus. De konkluderte med at overordnede strukturelle egenskaper ved sykehusene ikke så ut til å diktere resultatet.

Overlevelse ved akutt hjerteinfarkt, hjertesvikt og lungebetennelse ved amerikanske sykehus ble vurdert av Ross m.fl. (2010). I studien fant de at økt behandlingsvolum var assosiert med lavere dødelighet, men at effekten forsvant over visse terskelverdier, slik at økt behandlingsvolum over et visst nivå gav ikke ytterligere fall i dødeligheten. Tilsva-

rende resultat ble funnet i Danmark (Hem, 2010).

Joynt m.fl. (2011) fant at dødelighetsraten ved hjertesvikt var lavere for eldre amerikanere jo større volum eller flere behandlinger av hjertesvikt, men til en litt høyere kostnad. Samtidig fant de at sykehusstørrelse, målt gjennom antall senger, ikke påvirket resultatet. Det var antall behandlinger til en høyere kostnad som var avgjørende for utfallet, og ikke størrelsen på sykehuset i seg selv. Det kan derfor stilles spørsmål om det var ressurstilgangen eller antall behandlinger som var avgjørende for resultatet, mest sannsynlig begge elementene.

I litteraturoversikten fra Gaynor og Town (2012) tar de for seg blant annet forholdet mellom behandlingsvolum og dødelighet i USA. Samtidig påpeker forfatterne at det kan være utfordrende å undersøke forholdet, hvis vi ikke benytter tilstrekkelige metoder. Årsaken til dette er at pasienter kan velge sykehus med bedre kvalitet. Det kan derfor skape usikkerhet om det er antall pasienter behandlet som fører til økt kvalitet, eller om flere pasienter velger kvalitativt gode sykehus¹¹. Derfor er det viktig med statistiske metoder, som i større grad kan fastslå årsak og virkning, mer enn kun korrelasjon. Gaynor og Town valgte derfor ut seks studier som de mente løste denne problematikken. Fem av seks av studiene de undersøker viste at økt volum er assosiert med fallende dødelighet.

⁸ Blant annet Hagen, T. og Kjekshus, L. (2003) benytter seg av amerikanske studier, og påpeker at amerikanske erfaringer ikke er irrelevante.

⁹ Noen benytter antall pasienter, volum på forskjellige behandlinger, mens andre bruker kostnader i forhold til størrelse. Flere forskjellige mål benyttes på kvalitet, utover overlevelse 30 dager. Flere benytter dødelighet istedenfor overlevelse, men begge kan måle det samme. Alle måleenheter har sine styrker og svakheter, og kan være valgt med hensyn til studiens formål eller forfatternes vurderinger. Ofte er en avhengig av å bruke mål som er tilgjengelige.

¹⁰ Akutt myokardinfarkt.

¹¹ Endogenitets-problemet.

¹² Størrelsesstrukturen ved antall senger var overraskende lik den norske i 2012. .

Carretta m.fl. (2013) konkluderer med at større sykehus i Florida (USA), målt i antall senger¹², var konsekvent assosiert med høyere dødelighet innenfor hjertesvikt, hjerneslag og 30-dagers dødelighet. De fant også at større behandlingsvolum igjen var assosiert med lavere dødelighet.

Tsugawa m.fl. (2013) undersøkte japanske sykehus, og fant at volum var positivt korrelert med overlevelse ved hjertesvikt. Og at kostnadene per behandling var høyere i sykehus med større antall behandlinger for noen av formene for hjertesvikt, enn for sykehus med lavere antall behandlinger. Det kan derfor stilles spørsmål om det var ressurstilgangen eller antall behandlinger som var avgjørende for resultatene i Joynt m.fl. (2011) og Tsugawa m.fl. (2013). Mest sannsynlig spiller begge elementene inn.

I rapporten Helsereformer på feil premisser av Jensen (2014)¹³, ble det blant annet undersøkt om det var et forhold mellom størrelse og kvalitet. Da som nå ble antall senger benyttet som mål på størrelse. Sammen med tilsvarende kvalitetsvariabler som i denne artikkelen, men fra tidligere år. Datagrunnlaget kom fra Kunnskapssenteret (2013)¹⁴. Men det ble også benyttet fire kvalitetsvariabler innenfor hver av behandlingene av hoftebrudd og hofteprotese fra Riksrevisjonen (2013). I rapporten (Jensen, 2014) ble nesten tilsvarende metoder benyttet. Resultatet viste at det ikke var noen signifikant forhold mellom størrelse og kvalitet innenfor: Totaloverlevelse, hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd, og hofteprotese. Denne artikkelen er en form for videreføring av arbeidet med nevnte rapport.

Kittelsen m.fl. (2015) finner at antall pasienter er negativt korrelert med forskjellige dødelighetsrater i nordiske sykehus. Det vil si flere pasienter samvarierer med lavere dødelighet. Men det er usikkert om dødelighetsratene ble justert for forskjellige risikoelementer som alder, kjønn, andre diagnoser eller generell helsetilstand. Forholdet mellom antall pasienter og kvalitet var heller ikke hovedfokus i artikkelen, men vist til i vedlegget.

Asplund m.fl. (2015) ser på utfallet ved hjerneslag i forskjellige former for svenske sykehus: Lokalsykehus, universitetssykehus og ikke-universitetssykehus¹⁵. Når de justerer for forskjellige effekter, finner de at dårlig utfall – død eller svak helsetilstand for pasienten – ikke blir påvirket av form for sykehus. De konkluderer med at nasjonale retningslinjer, hjerneslagenheter ved hvert sykehus, og offentlig tilgjengelig måling av sykehusene er årsaker til at de har eliminert differanser mellom forskjellige former for sykehus i Sverige. At det ikke var ulike utfall mellom de mindre sykehusene (lokalsykehus) og de større og mer differensierte sykehusene (universitetssykehus), kan vitne om at kvalitet er avhengig av andre element enn størrelse.

Guida m.fl. (2016) fant ingen klar generell korrelasjon mellom behandlingsvolum eller antall sykdommer som ble behandlet og 30-dagers dødelighet ved italienske sykehus. For noen spesielle og like tilstander fant de en signifikant korrelasjon mellom antall behandlinger og antall sykdommer behandlet og kvalitetsmålet – dødelighet. Interessant nok fant de at dødeligheten var lavest i sykehusene som hadde færrest eller flest behandlede sykdommer, mens dødeligheten var høyest i sykehusene med middels antall behandlede sykdommer.

Avsnittet om tidligere studier er ikke utfyllende, ved at dette er et relativt stort internasjonalt felt. Men det kan virke som vi kan trekke noen slutninger, og det er at størrelsen på selve sykehuset mest sannsynlig ikke har en avgjørende rolle med hensyn til kvalitet. Behandlingsvolum kan være avgjørende for kvaliteten, men også økt ressursgrunnlag. Det

¹³ Hvor undertegnede bidro med statistiske analyser. Initiativet til rapporten ble tatt av styret i Kommunenes Interessesforening for Lokalsykehus (KIL).

¹⁴ Helgeland m.fl. (2013).

¹⁵ I artikkelen benytter de begrepene «community hospital», som her har blitt oversatt til lokalsykehus. Min forståelse av «ikke-universitetssykehus» er større sykehus som ikke er universitetssykehus eller mindre lokalsykehus.

kan være kombinasjoner som har betydning.

I litteraturoversikten fra Brand m.fl. (2012) konkluderer også forfatterne med at det er begrenset støtte for ideen om at det er visse egenskaper ved sykehus som er avgjørende for utfallet ved helsetjenestene. En av egenskapene de ser på er størrelse, målt ved antall senger. Taylor m.fl. (2015) undersøker hva som kjennetegner sykehus med meget gode resultat ut fra litteraturstudier. De konkluderer med at det er flere faktorer som er assosiert med gode resultat, og som er i større grad relatert til styring av sykehuset og ikke direkte mot størrelse.¹⁶

Sammenslåing av sykehus

Av nyere studier er det få indikasjoner på at sammenslåinger av sykehus leder til høyere kvalitet eller effektivitet. Faktisk er det flere som finner økte kostnader, men studiene er ikke entydige og det er forskjellig resultat avhengig av hvilke land som undersøkes. Her blir det vist til noen relativt nylige studier.

Kjekshus og Hagen (2007) undersøkte sammenslåinger av 17 sykehus i Norge fra 1992 til 2000. De fant at sammenslåingene hovedsakelig ikke gav noe signifikant utslag på total effektivitet, samtidig som de fant at det ga generell lavere kostnadseffektivitet. Men med ett unntak. Dermed konkluderte forfatterne med at sammenslåinger kan gi økt effektivitet, men at de fleste sammenslåinger ikke fører til det.

I litteraturstudien til Gaynor m.fl. (2012) undersøker de sammenslåing av engelske private sykehus fra 1997 og 2004. De analyserer et sett med utfallsvariabler som ventetid og

klinisk helsekvalitet, produktivitet og finansielle indikatorer, og finner lite bevis for at sammenslåing gav noen gevinst. Videre finner de at arbeidsproduktiviteten ikke øker, men derimot at driftsunderskuddet øker. Kvaliteten ved de fleste indikatorene er uendret, men til en høyere kostnad.

Atella m.fl. (2012) ser på forskjellige effektivitetstiltak i den italienske sykehussektoren for årene 1999–2007. Ett av tiltakene de ser på er hvilken effekt sammenslåing av sykehus har hatt på effektiviteten. De finner blant annet at sammenslåinger har hatt en positiv effekt på effektiviteten i de sykehusene som ble sammenslått.

Azevedo og Mateus (2014) fant at sammenslåinger av portugisiske sykehus på midten av 2000-tallet ikke realiserte stordriftsfordeler, men derimot ga økte kostnader. De beregnet seg også fram til at optimal størrelse på sykehus var 230 senger når det gjelder å optimalisere stordriftsfordeler. Til sist konkluderte de med at det var utfordrende å realisere effektivitetsgevinster, gjennom en kombinasjon av økt produksjon av generelle behandlinger og veldig spesielle behandlinger.

Brekke m.fl. (2014) har utviklet en teoretisk modell for å undersøke konsekvensene av sammenslåing av sykehus på kvalitet, pris og velferd. I modellen er det tre sykehus som blir til to. Under et prisregulert regime (som i Norge) finner forfatterne at sammenslåinger av sykehus fører til lavere kvalitetsnivå på alle sykehusene og at det høyeste fallet i kvalitet skjer i de sammenslåtte sykehusene. Årsaken til fallet i kvalitet er at det blir mindre konkurranse om pasientene. I et prisregulert regime konkurrerer sykehusene om pasientene gjennom kvalitet.

To norske studier undersøker også hvilken effekt sammenslåinger har på arbeidstakerne. Kjekshus m.fl. (2014) undersøkte om sammenslåing av sykehus i Norge hadde konsekvenser for langtidssykefraværet blant de ansatte ved sykehusene. Årene de undersøkte var fra 2000 til 2009. De fant at sykehussammenslåinger førte til høyere sannsynlighet for

¹⁶ Taylor m.fl. (2015) skriver i sammendraget (s.1) at det er: «Seven themes representing factors associated with high performance (and 25 sub-themes) emerged from the thematic syntheses: positive organisational culture, senior management support, effective performance monitoring, building and maintaining a proficient workforce, effective leaders across the organisation, expertise-driven practice, and interdisciplinary teamwork.»

økt grad av langtidssykefravær hos de ansatte, men at langtidssykefraværet økte først etter ett år av sammenslåingen. Videre fant de at effekten var hovedsakelig statistisk signifikant for kvinner, men også for menn etter fire år.

Ingelsrud (2015) undersøkte sykefraværet en kortere periode, 2000–2006, men så også på hvilken effekt sammenslåing hadde på tidlig pensjonering gjennom at ansatte ble uføretrygdet. Ingelsrud fant tilsvarende resultat som Kjekshus m.fl. (2015), men også at flere lavt utdannende ble uføretrygdet som følge av sammenslåing av sykehus. Økt sykefravær og flere uføretrygdede er både en kostnad for den enkelte og for samfunnet som helhet. Økte kostnader gir også reduserte tilgjengelige ressurser, og det kan få følger for tjenesteproduksjon.

Resultatene fra studiene viser at det er noe ulikt resultat. Når det gjelder størrelse og kvalitet konkluderer de fleste undersøkelsene med at de ikke finner noen sammenheng. Bare én av fem studier gjennomgått konkluderer med positive effekter ved sammenslåinger. De fleste konkluderer med at det leder til økte kostnader. De to studiene av virkninger for arbeidstakerne viser henholdsvis økt langtidsfravær og økt bruk av uføretrygd og tidlig pensjonering. Samtidig er det forskjellige utfall som blir undersøkt: Effektivitet, kostnader, produktivitet, sykefravær/uføre og kvalitet.

Datagrunnlag i denne analysen

Datagrunnlaget for kvalitet i denne analysen kommer fra rapporten *Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014* fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten av Lindman, Kristoffersen, Hansen, Tomic, Helgeland (2015). Her er beregnet risikojustert sannsynlighet for overlevelse etter behandling av tre forskjellige sykdommer, og totaloverlevelse. Det vil si at det tas hensyn til pasientsammensetningen, og at det da justeres for blant annet for kjønn, alder, tidligere

innleggelser og om pasienten har andre sykdommer (Lindman m.fl. 2015). Tanken bak datagrunnlaget er at jo høyere verdi innenfor risikojustert sannsynlighet et sykehus har, desto bedre kvalitativ tjeneste har de også. Teoretisk maksimumsverdi er 100 prosent, det vil si at overlevelsessannsynligheten er fullstendig.

Datagrunnlaget for hjerteinfarkt, hjerne- slag og hoftebrudd er fra årene 2012–2014, mens for totaloverlevelse er fra året 2014. For mer informasjon om datagrunnlaget vises til rapporten fra Lindman m.fl. (2015).

Datagrunnlaget for størrelse er antall senger i sykehusene, hentet fra statistikkbanken til SSB. Det siste året antall senger per somatiske sykehus er tilgjengelig, er 2012, og det vil derfor bli benyttet som mål på størrelse. Her forutsettes at relativ endring i antall senger for det enkelte sykehuset fra 2012 til 2014 er liten.¹⁷ Som vist under tidligere studier er overlevelse eller dødelighet et anerkjent og internasjonal mål på kvalitet i sykehus, og at antall senger er et vanlig mål på størrelse.

Metode

Her vil metodene som benyttes bli forklart. Det kan være litt mye komprimert informasjon på kort tid for dem som ikke er så kjent med statistikk. Men målet er å gi en grunnleggende forklaring på hva som gjøres og hvordan mulig resultat skal tolkes. Mer informasjon om metodene kan leses i fotnotene.

Korrelasjon er et verktøy for å undersøke om det er et forhold mellom to variabler, det vil si om verdien til den ene variabelen er assosiert med verdien til den andre. Korrelasjonsverdien¹⁸ viser om det er negativt eller positivt forhold mellom variablene. Er det et negativt

¹⁷ Det er blitt gjort noen endringer i datagrunnlaget: Antall senger er blitt delt likt på Hamar og Elverum, og Oslo Universitetssykehus er summen av Ullevål og Rikshospitalet. For noen sykehus mangler det antall senger, og det er: Lærdal, Orkdal, Nordfjord, Eigersund og Feiring.

¹⁸ Eller korrelasjonskoeffisienten.

forhold, er negative verdier på den ene variabelen assosiert med positive verdier på den andre variabelen. Med et positivt forhold er positive verdier på den ene variabelen assosiert med positive verdier på den andre variabelen. Verdien kan være mellom -1 og 1. Jo nærmere korrelasjonsverdien er +/- 1, desto sterkere er forholdet. Korrelasjon er ikke det samme som kausalitet, det vil si årsak og virkning ved et fenomen.

Korrelasjonen eller samvariasjonen vil her bli utregnet gjennom Pearson r-korrelasjonen¹⁹. Det vil også bli gitt resultat på om korrelasjon mellom senger og de forskjellige kvalitetsindikatorer er statistisk signifikant²⁰.

Et statistisk signifikant forhold vil si at forholdet er et faktisk forhold, og ikke et resultat av tilfeldigheter eller stort datagrunnlag. For å finne ut om det er et faktisk forhold, benyttes p-verdien som mål. Er p-verdien til selve korrelasjonskoeffisientene under 0,05, kan vi tolke korrelasjonskoeffisientene som et faktisk uttrykk for forholdet mellom variablene. Hvis p-verdien er over 0,05, mister korrelasjonskoeffisienten sin betydning for å skildre styrken på forholdet, og det betyr at det ikke er et statistisk signifikant forhold. Så den viktigste testen for å kunne avgjøre om det er et faktisk forhold finnes ved å avlese p-verdien.

For å kunne få en bedre forståelse av mulige forhold mellom størrelse og kvalitet, vil det også bli produsert spredningsdiagram mellom de to variablene. Spredningsdiagram gir mulighet for en visuell presentasjon av hvordan forholdet mellom to variabler er (Kumar, 2005). I spredningsdiagrammene vil det være en rød graf som viser hvordan trenden er i forholdet. Den røde grafen er beregnet gjennom lokal vektet regresjon²¹.

Retningen på grafen viser også hvordan forholdet kan beskrives. Hvis den røde grafen er:

- diagonal fra nedre venstre hjørne til øvre høyre hjørne, kan forholdet beskrives som positivt. Høyere kvalitet er da assosiert med større sykehus.

- diagonal fra øvre venstre hjørne til nedre høyre hjørne, kan forholdet beskrives som negativt. Høyere kvalitet er da assosiert med mindre sykehus.²²
- horisontal, kan det være et tegn på at det ikke eksisterer noen klart forhold mellom kvalitet og størrelse.²³

Stata 14 har blitt benyttet som statistisk verktøy for de forskjellige beregningene.

Resultat

I tabell 1 er gjengitt gjennomsnittlig overlevelsessannsynlighet, standard avvik og minimum/maksimumsverdiene til de forskjellige variablene. Tabell 1 viser at det er størst variasjon i diagnosen hjerteinfarkt og lavest totaloverlevelse målt ved standard avvik. At det er lavest variasjon i totaloverlevelse, viser

¹⁹ For å få med høyest mulig datagrunnlag, har metoden parvis korrelasjon blitt benyttet, sammen med Šídák-metoden. Sistnevnte metode er behjelpelig når det gjelder å redusere muligheten for type I feil (Hamilton, 2009).

²⁰ Med korrelasjon som beregningsverktøy undersøkes det om det er et lineær signifikant forhold. Det vil si at det er samme styrke i forholdet, uavhengig av hvor man er på skalaen. Det kan eksistere et ikke-lineært signifikant forhold, men da må andre verktøy benyttes for å avdekke det. Her vil spredningsdiagram og lokal vektet regresjon bli benyttet.

²¹ Metoden lokal vektet regresjon (Locally weighted scatterplot smoothing) har blitt benyttet til å belyse forholdet mellom størrelse og kvalitet. Det er denne metoden som beregner den røde grafen i figur 1–4. Kort fortalt gir lokal vektet regresjon korrelasjonen mellom hver observasjon og (i dette tilfellet) 80 prosent av de andre observasjonene. Den røde grafen gir det minste avviket mellom observasjonene når observasjoner med størst avstand fra gjennomsnittet har fått mindre vekt. Dette for at ikke grafen skal være altfor mye påvirket av ekstremverdier. Svakheten ved å benytte kun denne metoden for å belyse en sammenheng, er at vi ikke justerer for andre mulige effekter som kan påvirke resultatet.

²² De to første formene til grafen kan betegnes som lineære sammenhenger. Det vil si at en enhets endring i den ene faktoren har samme effekt på den andre faktoren, uavhengig av hvor på grafen man befinner seg.

²³ Samtidig kan det også tenkes at det eksisterer et ikke-lineært signifikant forhold mellom kvalitet og størrelse, og derfor benyttes spredningsdiagram og lokal vektet regresjon for å kunne avdekke det.

Variabel	Antall sykehus	Gjennomsnittlig sannsynlighet for overlevelse	Standard avvik	Minimum	Maksimum
Totaloverlevelse	48	95,0	0,5	93,2	96,4
Hjerteinfarkt	44	89,3	1,3	85,1	92,1
Hjerneslag	46	87,1	1,2	85,1	89,7
Hoftebrudd	42	91,4	0,6	90,3	93,1
Antall senger	48	229,4 ²⁴	261,1	31	1376

Tabell 1. Sannsynlighet for 30-dagers overlevelse og sykehusstørrelse. Norske sykehus 2014.

Kvalitetsmål	Sykehusstørrelse/antall senger
Totaloverlevelse	0,1653
P-verdi	0,9517
Antall sykehus	48
Hjerteinfarkt	0,1239
P-verdi	0,9959
Antall sykehus	44
Hjerneslag	-0,155
P-verdi	0,9732
Antall sykehus	46
Hoftebrudd	-0,0305
P-verdi	1
Antall sykehus	42

Tabell 2. Korrelasjonskoeffisient og p-verdi. Sannsynlighet for 30-dagers overlevelse og sykehusstørrelse.

at det er mindre differanser mellom kvaliteten i norske sykehus, men det kan også være en indikasjon på at det har vært en positiv utvikling i overlevelsessannsynligheten. For totaloverlevelse er brukt data kun fra 2014, mens de andre variablene er treårige (2012–2014). I Lindman m.fl. (2015) skriver de også at det en økning i overlevelsessannsynligheten for hjerteinfarkt, hjerneslag og totaloverlevelse.

Videre er det en stor differanse mellom det største (OUS) og det minste sykehuset (Rjukan, nå nedlagt). Antall observasjoner viser også at det ikke er beregnet sannsynlighet for overlevelse for alle sykehus.

I tabell 2 gjengis korrelasjonen mellom antall senger (sykehusstørrelse) og de fire kvalitetsmålene. Korrelasjonen er understreket, og cellen er grønn i tabellen. Under korrelasjonsverdien står p-verdien. For eksempel er korrelasjonsverdien mellom antall senger og hjerteinfarkt 0,1239, mens p-verdien er 0,99. Det betyr korrelasjonskoeffisienten ikke kan skildre forholdet, og at det ikke er et statistisk signifikant forhold mellom hjerteinfarkt og sykehusstørrelse.

Tabell 2 viser at ingen av korrelasjonsver-

²⁴ Her er tallverdien gjennomsnittet av antall senger i norske sykehus.

²⁵ I hvert fall ikke et lineært forhold.

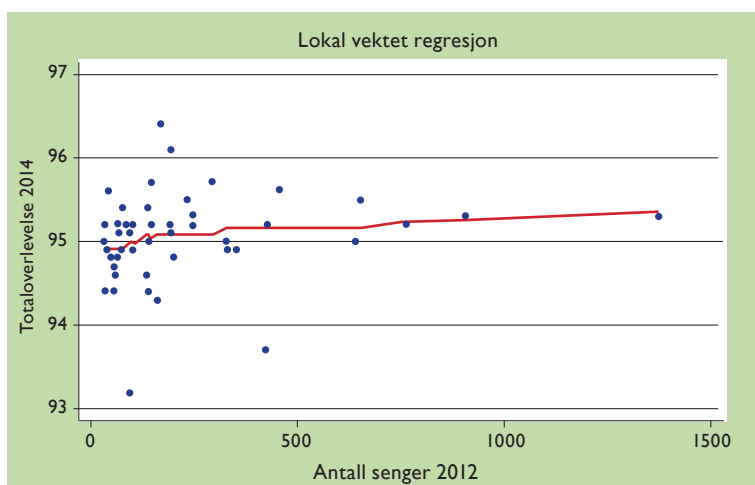
²⁶ Gitt OUS' tyngde i datagrunnlaget, har korrelasjonen blitt beregnet uten OUS også. Det gav ingen endrede resultat, med hensyn til signifikans. Ingen av korrelasjonskoeffisientene var signifikante til under 0.05 signifikansnivå.

diene har en p-verdi under 0,05 og det viser seg at laveste p-verdi er 0,95, langt over det som aksepteres. Av dette kan vi konkludere med at det ikke er et faktisk forhold mellom størrelse og de fire kvalitetsmålene²⁵. Det tilsier at økt kvalitet ikke er tilknyttet økt størrelse for de kvalitetsmålene som vi har sett på her.

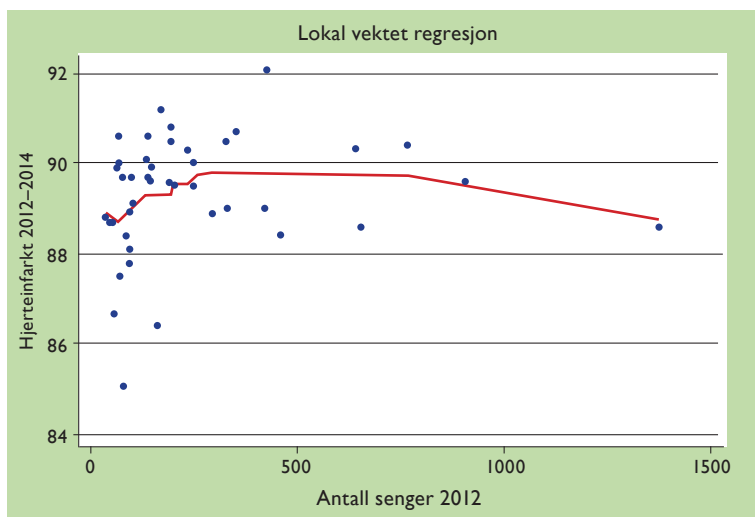
Videre vises fire spredningsdiagrammer. De illustrerer hvordan størrelse og kvalitetsmålet fordeler seg og hvilken trend det er i materialet. Trenden beskrives gjennom den røde grafen. Dette er også viktig for å kunne fastslå om det er noen spesielle verdier (ekstremverdier) som kan være avgjørende for

resultatet, og om forholdet kan beskrives som annerledes enn et lineært forhold. På den vertikale aksen måles kvalitet. Jo høyere verdi et sykehus (blå punkt) har, desto bedre kvalitet. Størrelse måles på den horisontale aksen.

Figur 1-4 viser at det ikke er noe klart forhold mellom størrelse og kvalitet. Figurene illustrerer at både større og mindre sykehus gjør det bra og dårlig. I figur 3-4 kan det derimot «tolkes» som om at kvaliteten faller med økt størrelse over en viss størrelse. Men forfatteren vil advare mot den tolkningen, fordi det er lav verdi ved det største sykehuset (Oslo Universitetssykehus) som gjør at grafen endrer seg slik. Det største sykehuset her vil få stor



Figur 1.
Totaloverlevelse og antall senger.



Figur 2.
Hjerterinfarkt og antall senger.

tyngde, men det vil være uriktig å tolke det som at større sykehus er assosiert med lavere kvalitet²⁶.

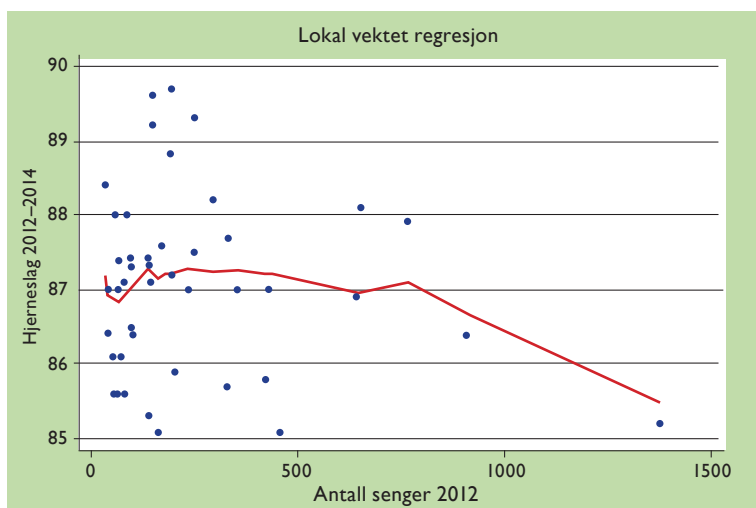
Oppsummerende bemerkninger

I denne artikkelen er forholdet mellom størrelse på sykehus og kvalitet i behandlingen undersøkt. Det har blitt benyttet forskjellige metoder for å undersøke om størrelse og kvalitet henger sammen. Mål på størrelse er antall sykehussenger i 2012. Kvalitet er målt ved risikojustert overlevelsessannsynlighet på fire områder. Begge målene er internasjonalt anerkjente mål. Det er benyttet relativ enkle, men

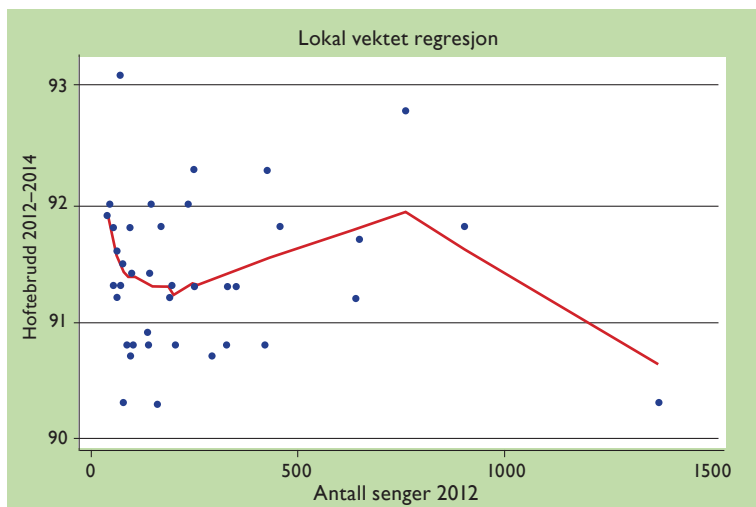
tilstrekkelige statistiske verktøy for å analysere om det er et faktisk forhold mellom kvalitet og størrelse.

Resultatet fra analysene viser at det ikke er noe signifikant statistisk forhold mellom størrelse og kvalitet. Argumentet om at nedleggelse av mindre sykehus eller sammenslåing av sykehus vil gi sykehustjenester med høyere kvalitet, holder derfor ikke i henhold til disse tallene. Dette er for øvrig i samsvar med det de aller fleste andre undersøkelsene innenfor tilsvarende område viser.

Det er mest sannsynlig at det er andre forhold enn størrelse som er avgjørende for kvalitetsnivået. Ett av forholdene kan være arbeidsfordelingen mellom norske syke-



Figur 3.
Hjerneslag og antall senger.



Figur 4.
Hoftebrudd og antall senger.

hus, og hvis vi sammenligner oss med andre nordiske land, viser det seg at vi har lavest 30-dagers dødelighet (Kittelsen m.fl. 2015). Det kan være et tegn på at størrelsen på sykehusene våre og lokaliseringen av dem er hensiktsmessig. Tidligere studier av

sammenslåinger viser også at det er større sannsynlighet for at større sykehus øker kostnadene til sykehusbehandling uten at kvaliteten øker. Dette er et viktig element å ha med seg videre i debatten om sykehusstrukturen i Norge.

LITTERATURLISTE

- Asplund, K. Sukhova, M. Wester, P. Stegmayr, B.** (2015). Diagnostic Procedures, Treatments, and Outcomes in Stroke. Patients Admitted to Different Types of Hospitals. *Stroke*. 2015; 46:806–812.
- Azevedo, H. & Mateus, C.** (2014). Cost effects of hospital mergers in Portugal. *Eur J Health Econ* (2014) 15:999.
- Baumol, W.P., Panzar, J & Willig, R.** (1988). Contestable markets and the theory of industry structure. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Brand, C. Barker, A. Morello, R. Vitale, M. Evans, S. Scott, I. Stoelwinder, J. Cameron, P.** (2012). A review of hospital characteristics associated with improved performance. *Int J Qual Health Care* 2012; 24:483–94.
- Brekke, K. Siciliani, L. Straume, O.** (2014) Hospital Mergers with Regulated Prices (May 24, 2014). NHH Dept. of Economics Discussion Paper No. 21/2014.
- Carretta H.J., Chukmaitov A., Tang A., Shin J.** (2013). Examination of Hospital Characteristics and Patient Quality Outcomes Using Four Inpatient Quality Indicators and 30-Day All-Cause Mortality. *American Journal of Medical Quality*, 28 (1), pp. 46–55.
- Grannemann, T.W., Brown, R.S., & Pauly, M.V.** (1986). Estimating hospital costs: a multiple-output analysis. *Journal of health economics*, 5 (2), 107–127.
- Hagen, T. Kjekshus, L.** Ga sammenslåinger av sykehus bedre effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. HEALTH ORGANIZATION RESEARCH NORWAY – HORN Skriftserie 2003:2.
- Hamilton, L.C.** (2009). Statistics with Stata, updated version 10. Belmont, California: Brooks/Cole.
- Helgeland, J. Kristoffersen, D.T. Hassani, S. Lindman, A.S. Dimoski, T. Rygh, L.H.** (2013). 30 dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus i 2010 og 2011. Notat 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
- Hem, E.** (2010). Større sykehus – bedre resultater? Nr. 11, 3. juni 2010. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:1115–1115.
- Gaynor, M. Laudicella, M. & Propper, C.** (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. *Journal of health economics*, 31(3), 528–543.
- Gaynor, M. Town, R.** (2012). Competition in Health Care Markets. January 2012, Working Paper No. 12/282. Centre for Market and Public Organisation Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol.
- Ingelsrud, M.** (2015). Disability retirement and public sector reorganization: Hospital mergers in Norway. *Acta Sociologica*. 2016; Vol. 59, (1) 35–50.
- Jensen, B.** (2014). «Helsereformer på feilpremisser». KIL 2014.
- Joynt, K. Orav, E. Jha, A.** The Association Between Hospital Volume and Processes, Outcomes, and Costs of Care for Congestive Heart Failure. *Ann Intern Med*. 2011; 154:94–102.
- Kjekshus, L. Hagen, T.** (2007). Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 12, No. 4, 2007; 230–235.
- Kjekshus, L. Bernstrøm, V. Dahl, E. Lorentzen, T.** (2014). The effect of hospital mergers on long-term sickness absence among hospital employees: a fixed effects multivariate regression analysis using panel data. *BMC Health Services Research* 2014; 14:50.
- Kittelsen, S.A.C., Anthun, K.S. Goude, F. Huitfeldt, I. M.S. Häkkinen, U. Kruse, M. Medin, E. Rehnberg, C. Rättö, H.** and On Behalf of the Eurohope Study Group. (2015). Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries. *Health Econ.*, 24: 140–163.
- Krumholz, H. Merrill, A. Schone, E. Schreiner, G. Chen, J. Bradley, E. Wang, Y. Wang, Y. Lin, Z. Straube, B. Rapp, M. Normand, S. Drye, E.** (2009). Patterns of Hospital Performance in Acute Myocardial Infarction and Heart Failure. 30-Day Mortality and Readmission. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009; 2: 407-413.
- Kumar, R.** (2005). Research methodology, 2nd edition. London, UK: Sage Publications Ltd.
- Lindman, A.S. Kristoffersen, D.T. Hansen, T.M. Tomic, O. Helgeland, J.** (2015). Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014. Oslo 2015.
- Riksrevisjonen** (2013). Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013–2014).
- Ross, J. Normand, S. Wang, Y. Ko, D. Chen, J. Drye, E. Keenan, P. Lichtman, J. Bueno, H. Schreiner, G. Krumholz, H.** (2010). Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions. *N Engl J Med* 2010; 362:1110–1118.
- SSB** (2014). Spesialisthelsetjenesten. Tabell: 04434: Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Senger, utskrivninger, liggedager, polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger, etter helseforetak. Hentet ned 18.10.2016.
- Taylor, N. Clay-Williams, R. Hogden, E. Braithwaite, J. Groene, O.** (2015). High performing hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement. *BMC Health Services Research* (2015) 15:244.
- Tsugawa, Y. Kumamaru, H. Yasunaga, Hideo; Hashimoto, Hideki; Horiguchi, Hiromasa; Ayanian, Jo.** (2013). The Association of Hospital Volume With Mortality and Costs of Care for Stroke in Japan. *Medical Care*: September 2013 – Vol. 51 – Issue 9 – p. 782–788.
- Williamson, O.E.** (1975). Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications: A Study in the Economics of Internal Organization. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship.
- Williamson, O.E.** (1981). The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. *American Journal of Sociology* Vol. 87, No.3, s. 548–577.
- Williamson, O E.** (1985). The economic institutions of capitalism. New York: The Free press.

Hva forteller undersøkelser om størrelse på sykehus og sykehuskvalitet?

Professor emeritus Bjarne Jensen

1 Det er åpenbart ulike vurderinger av forholdet mellom sykehusstørrelse og kvalitet på sykehustjenester. Særlig kan det gjøre seg gjeldende forestillinger om at nedleggelser av mindre sykehus eller sammenslåing av mindre sykehus til større enheter gir sykehustjenester med bedre kvalitet og lavere kostnader. I denne faktoversikten har vi gjengitt konklusjonene i viktige forskningsbaserte rapporter om slike forhold. Hovedkonklusjonene i de aller fleste analysene vi har sett på, viser at det ikke er et slikt forhold.

Det kanskje mest selvsagte er at den størrelsen eller det befolkningsunderlaget et sykehus bør ha, er avhengig av hva slags helseproblem eller sykdom det dreier seg om. Noen sykdommer og diagnoser kan ferdigbehandles på et lite lokalsykehus, andre bør og må behandles på større og mere spesialiserte sykehus, mens andre igjen bør behandles i et samarbeid mellom store og små sykehus. Derfor inngår sykehusene våre i nettverk hvor samarbeid er en av faktorene som må til for å skape de beste sykehustjenestene for innbyggerne.

Selvsagt er det nødvendig med store sykehus. Universitetssykehusene våre har lands- og regionfunksjoner i sykehusbehandlingen, er sentral i utdanning, forskning og ivaretar den mest kompleks og avanserte behandlingen. Samtidig er lokalsykehusene våre avgjørende for de vanligste sykehusbehandlingene, de er avgjørende for sykehusbehandling i nærhet til hvor folk bor og ikke minst avgjørende for beredskap og samfunnstrygghet. Det er først og fremst disse sykehusene som er utsatt for nedleggelser og sammenslåinger og som disse analysene er viktig for. Det er også aktuelt for store sykehus. Den største sammenslåing av sykehus i Norge gjelder sammenslåingene av de store sykehusene i Oslo – først Radiumhospitalet og Rikshospitalet og deretter Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus

2 En hovedartikkel i dette nummer av Samfunn & økonomi er analysen av forholdet mellom sykehusstørrelse og kvalitet på sykehustjenester målt ved risikoustjustert sannsynlighet for 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse for tre diagnoser:

Hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. Ved beregning av disse sannsynlighetene er det justert for faktorer som alder, kjønn, tidligere innleggelser og om pasienten har andre sykdommer. Tallene for overlevelsessannsynligheter er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2015. Disse tallene viser at både store og små sykehus er blant dem som skårer høyest, og store og små skårer blant de laveste. Korrelasjonsanalysene viser at det ikke er noe signifikant forhold mellom sykehusstørrelse målt ved antall senger og disse kvalitetsindikatorerne. Den samme konklusjonen kom fram i en tilsvarende analyse i 2013 i rapporten *Helsereformer på feil premisser* (Jensen 2013).

3 I Alexander Berg Erichsens artikkel er det også gjengitt hovedkonklusjoner fra 13 enkeltstående analyser fra Norge og andre land om lignende forhold. I tillegg er gjengitt hovedkonklusjonene fra sju studier av virkningene av sammenslåing av sykehus. Analysene har ulike innfallsvinkler, men ett av elementene i disse studiene er å se på hvordan størrelse og sammenslåing av sykehus påvirker resultatindikatorer. Bare noen få av disse studiene konkluderer med at sammenslåing av sykehus og større sykehus gir høyere behandlingskvalitet. I det store flertallet av disse analysene finner vi ikke en slik sammenheng, eller den er negativ. Et viktig funn i flere av studiene av sammenslåing av sykehus er at kostnadene til sykehustjenestene økte. Hovedkonklusjonene er gjennomgående at andre forhold enn sykehusstørrelse er avgjørende for behandlingskvalitet. Forhold som er pekt på i disse analysene er:

- De behandelende legenes erfaring og tilgang på kompetanse.
- Måten sykehus styres og drives på og samarbeider.
- Klare behandlingsprosedyrer.
- Kapasitetsutnyttelse – ved for høy kapasitetsutnyttelse oppstår feil lettere.
- Opplæring og lærende nettverk.
- Tilgang på medisinsk utstyr og teknologi.
- Reisetid til sykehus og tidsforløp til behandling.

4 I 2016 kom en ny stor britisk studie om akuttkirurgi: *Emergency general surgery: challenges and oppottunities* (Watson, Crump, Condance, Currie, Imision og Gaskins. Nuffield Trust. Royal College of Surgeons. 2016). Konklusjonen i studien ble presentert av professor Mads Gilbert på Helseforetakskonferansen i Kristiansund i august 2016. Målet med studien er å gi helseledere kunnskap om muligheter når endringer i opplegg for akuttkirurgi skal velges. De hovedutfordringer studien drøfter og analyserer er:

- Hvordan redusere variasjon i resultater i akuttkirurgien.
- Hvordan håndtere utfordringer knyttet til økt press om å sentralisere akuttkirurgi mot de politiske og demografiske argumenter for fortsatt lokal tilgang.

Rapporten konkluderer i oppsummeringen med: «Det er en vanlig oppfatning at sentralisering vil drive opp kvaliteten på bakgrunn av forholdet mellom volum og resultat som er funnet i et antall kirurgiske spesialiteter. Våre analyser, i likhet med andre analyser, fant ikke en slik sammenheng.» Det er en hovedkonklusjon at sentralisering ikke vil øke kvaliteten. Analysen peker på at mere systematisk utvikling og bruk av faste behandlingsprosedyrer, mer bruk av nettverk i behandlingen, nye opplæringsmetoder m.m. er tiltak som kan gi forbedringer (Watson m.fl. s. 7–8).

5 Sammenligning av resultater og kostnader ved mindre lokalsykehus og større sykehus i USA: *Association of Hospital Critical Access Status With Surgical Outcomes and Expenditures Among Medicare Beneficiaries*. (Ibrahim, Hughes, Thuma og Dimic. JAMA 2016; 315 (19): 2095–2103).

Professor Mads Gilbert presenterte også resultatene fra denne studien ved Helseforetakskonferansen i Kristiansund i august 2016. Formålet med studien var å analysere resultater fra operasjoner og kostnader ved mindre lokalsykehus og større sykehus i USA. Analysene var basert på 1,63 millioner kirurgiske innleggelser i perioden 2009–2013 i USA ved 826 små lokalsykehus (mindre enn 25 senger) og 3676 større sykehus. Resultatene ble målt ved dødelighet etter 30 dager, komplikasjoner etter inngrepene og om pasientene ble utskrevet til hjem eller pleieinstitusjon. Når det gjaldt dødelighet, var den lik for store og små sykehus. Det var færre komplikasjoner ved de mindre sykehusene og flere ble utskrevet til hjemmet fra de små sykehusene. Kostnadene per operert pasient var lavere

ved de små sykehusene. En viktig konklusjon fra studien var at legene var flinke til å velge pasienter som kunne opereres ved lokalsykehuset.

6 Antall sykehus med akuttfunksjoner, antall helseforetak med sykehus og antall sykehussenger i Norge.

	2002	2015
Sykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin ¹	56	44
Sykehus med akuttfunksjoner i indremedisin		3
Antall sykehussenger ²	14318	11416
Antall helseforetak med sykehus ³	43	19

Det er med andre ord tolv færre sykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin i 2016 i forhold til 2002. Tre av de tolv er opprettholdt som sykehus med akuttfunksjon i indremedisin. Styringen av sykehusene ivaretas gjennom helseforetak. I 2002 var det 47 helseforetak med sykehus. Nå er det redusert til 19. Det tilsvarer antall fylker. Stort sett følger Helseforetakene fylkesgrensene. Unntak er Narvik i Nordland som er tilordnet Helseforetaket i Troms. Nordland har to helseforetak. Sør i Hordaland og nord i Rogaland er det et eget Helseforetak – Fonna – som omfatter sykehusene i Odda, Haugesund og Stord. Sykehusene i Aust-Agder og Vest-Agder er tilordnet ett helseforetak: Sykehuset Sørlandet. Det gjelder også sykehusene Oppland og Hedmark som er organisert i helseforetaket Innlandet. Mellom vestre del av Akershus og Buskerud er det ett helseforetak. Akershus Universitetssykehus dekker resten av Akershus og deler av Oslo.

Antall sykehussenger er redusert fra 14.318 i 2002 til 11.416 i 2015 (SSB). Det er en reduksjon siden helseforetaksreformen på 25 prosent eller med 2902 senger på 13 år. Per år utgjør det 223 senger, med andre ord ett mellomstort sykehus per år.

¹ De private sykehusene er ikke med i oversikten. I 2016 var det Lovisenberg, Diakonhjemmet i Oslo og Haralds plass i Bergen.

² Kilde SSB, Sykehusstatistikk. Helsedirektoratet/Samdata har litt andre tall.

³ Sykehusapotek er ikke med i disse tallene. Sunnås HF er ikke med i tallet for 2015.

VI VIL HA ØKT FOLKEVALGT STYRING

Fagforbundet var uenig i flere sentrale elementer i sykehus-reformen Stortinget vedtok i 2001, særlig at sykehusene ble organisert etter mal for store private forretningskonserner, at representanter valgt av innbyggerne regionalt ble fjernet fra styringen og at systemet utviklet for styring av felles velferdsgoder ble avvirket og erstattet med det som er utviklet for å vise private bedrifters økonomiske overskudd.

Sissel M. Skoghaug, nestleder i Fagforbundet

Forbundets handlingsprogram 2013–2017 lyder: Fagforbundet arbeider for en sterkere nasjonal styring med spesialisthelsetjenesten. Sykehussektoren må tilbake til folkevalgt styring og demokratisk kontroll. Foretaksorganiseringen må skiftes ut med forvaltningsstyring. Økonomistyringssystemet må endres. Regnskapslovens prinsipper må erstattes med budsjett- og regnskapssystem utviklet for offentlig virksomhet. Innsatsstyrt finansiering (ISF-stykkpris) må reduseres til et minimum.

Helseministeren har i alle sammenhenger poengtert at pasienten skal stå i sentrum – også når det gjelder organisering og styring av helsetjenestene. I Norge er ansvaret for helsetjenester delt mellom kommunene (primærhelsetjenesten) og staten (spesialisthelsetjenesten). Samhandlingsreformen forutsetter et tettere samarbeid og delte funksjoner mellom disse forvaltningsnivåene, og forutsetter et integrert offentlig helsevesen.

Fagforbundet mener at økt folkevalgt styring av sykehusene med demokratisk legitimitet vil bidra til en bedre samhandling med kommunene og bidra til en mer helhetlig helsetjeneste for pasienten. Når vi nå etter 15 års erfaring skal revurdere foretaksmodellen, bør regional- og lokalpolitisk innflytelse styrkes. Utvalget bør vurdere både en utvidelse med personer som er folkevalgt og nye modeller for å ansvarliggjøre disse politisk. En mulig løsning her er etablering av en ordning med representantskap.

Antall helseforetak

Det er politisk enighet om at befolkningen skal kunne få behandling for de vanligste tilstandene i rimelig nærhet av der de bor også i spesialisthelsetjenesten, noe vi forutsetter også å gjelde for akuttkirurgi. Ingen har heller kunne påvise at små sykehus systematisk leverer helsetjenester av dårligere kvalitet enn større sykehus. Små sykehus er heller ikke dyrere i drift. Med en forventet

større relativ andel eldre i distriktene sammenliknet med byene, blir det viktig å sikre tilgjengelighet til de vanligste sykehustjenestene også framover. Til dette kommer det faktum at de små sykehusene fungerer som en svært viktig buffer for å avlaste de større sykehusene når det gjelder kapasitet, og kan være avgjørende i akutsituasjoner.

Fagforbundet mener derfor at vi bør videreføre en relativt desentralisert sykehusstruktur, og at en omfattende sentralisering av sykehusene ikke bidrar til å løse utfordringene i sektoren. En slik tilnærming vil etter vår mening også få innvirkning på virksomhetens størrelse. Det er nødvendig å ha en størrelse som gjør det mulig å planlegge og levere sykehustjenester av et visst omfang. Likevel må tjenestene omfatte et naturlig avgrenset geografisk område. En annen naturlig avgrensing kan være organisatorisk kompleksitet og antall ansatte. Fagforbundet mener derfor at det ikke er naturlig med noen vesentlig endring i antall helseforetak som tilbyr sykehustjenester.

Viktig å beholde regionalt nivå

Kvinnslandutvalget er i sitt mandat bedt om å utrede tre konkrete modeller som alle innebærer en sentralisering og avvikling av de regionale helseforetakene. Fagforbundet stiller seg undrende til at 0-alternativet og utredninger av modeller med regionalt nivå ikke inngår i mandatet, og forventer at dette utredes. Dagens inndeling med tre nivåer gjenspeiler også til en viss grad et funksjonshierarki med henholdsvis lokale og regionale funksjoner samt nasjonale høyspesialiteter. I dag foregår rundt 95 prosent av all spesialisthelsetjeneste innenfor helseregionen. Kun et fåtall av tjenestene har behov for koordinering på tvers av helseregionene.

Fagforbundet mener at styringsmodeller som baserer seg på forankring så nær brukerne som mulig har en egenverdi. En viktig del av den norske sykehusmodellen er det regionale nivået. Fagforbundet mener derfor at en framtidig styringsmodell for sykehusene må baseres på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

Behov for å endre finansieringssystemet

Finansieringssystemets innretning er viktig for styringen av sykehusene. Spesialisthelsetjenestens overgang til å bli foretak i 2001 innebar at offentlige helsetjenester gikk fra å være forvaltningsstyrt til å bli forretningsstyrt. Den økende fristillingen av de regionale helseforetakene er urovekkende, jfr. blant annet den siste endringen i vedtektene. Den åpner for finansiell leasing på inntil 100 mil-

Fagforbundet mener at vi bør videreføre en relativt desentralisert sykehusstruktur, og at en omfattende sentralisering av sykehusene ikke bidrar til å løse utfordringene i sektoren.

lioner kroner pr. kontrakt uten godkjenning i foretaksmøte. Det er neppe i tråd med det regjeringen selv sier om at den vil ha en sterk nasjonal styring av helsetjenestene. Erfaringer fra OPS-prosjekter i sykehussektoren viser at kostnadene blir betydelig større enn ved finansiering i egen regi.

Forslaget om å samle alle sykehusbygningene i ett selskap, vil innebære en ytterligere oppstyking av spesialisthelsetjenestene. I vurderingen av ny økonomistyringsmodell må alt som trengs for å drive sykehus inngå i det som skal drives som forvaltning, inklusiv eiendomsmassen. Spesialisthelsetjenesten er en grunnleggende tjeneste for befolkningen. Det innebærer at den økonomiske måten å styre sykehusene på må ivareta dette. Det er lite omtalt i offentlige dokumenter, men det er slik at kommuner og fylkeskommuner faktisk bruker et system som er utviklet nettopp for dette formålet. Et slikt system anvendt på helseforetakene vil innebære at sykehusene både kan styres og kontrolleres av folkevalgte på en helt annen måte enn det som skjer i dag. Kanskje den viktigste årsaken til det, er at det tradisjonelle budsjettorienterte regnskapet skiller mellom hva som brukes til investeringer og hva som brukes til drift – noe som gjør styring, drift og kontroll langt enklere enn ved bruk av regnskapsloven. Regnskap ut fra regnskapsloven består alltid av flere beregnede beløp som avviker fra budsjettet og derfor forstyrrer regnskapsinformasjonen som folkevalgte trenger for å styre og kontrollere, jfr. for eksempel avskrivninger og pensjon. Et budsjettorientert regnskap innebærer at budsjettet er sammenlignbart med det etterfølgende regnskapet, og er derfor et viktig styringsverktøy for politiske beslutningstakere. Det budsjettorienterte regnskapet innfrir målsetningen om å bruke fellesskapets verdier slik at befolkningen får størst mulig velferd, på en bedre måte.

Tradisjonell budsjettstyring er et prioriteringsverktøy som vil gi sterkere politisk styring og bedre kontrollmuligheter enn dagens forretningsbaserte regnskapssystem. Dette er mulig ved å endre foretaksmodellens finansierings- og regnskapssystem, og redusere stykkprisfinansieringen til fordel for større andel rammefinansiering.



**ER VI PÅ VEI TIL DEN
SENGELØSE, HJERTE-
LØSE OG KLASSEDELTE
HELSETJENESTEN?**



FOTO: COLOURBOX

Oluf Dimitri Røe

overlege og kreftspesialist ved Sykehuset
Levanger, forsker ved NTNU og
Associate Professor ved
Aalborg Universitetshospital



Norge har forutsetninger for å ha en helsetjeneste i verdensklasse. Den bør nyte tillit i alle samfunnslag, organiseres av det offentlige og gi mest mulig igjen for det fellesskapet investerer. Alle er enig om disse overordnede målene. Uenigheten gjelder virkemidlene. Statsråden foreskriver stø kurs. Vi mener at nåværende kurs fører oss stadig lenger vekk fra målene. Vi ser klare tegn på forfall i helsetjenesten. En radikal kursendring er nødvendig. Ta faget tilbake!

*Tidsskrift for den norske legeforening,
nr. 6, 19. mars 2013.*

Dette oppropet skrev de som startet Helsetjenesteaksjonen, som en reaksjon mot en utvikling som mange så i det norske helsevesenet over mange år og som var meget foruroligende.

For dyrt?

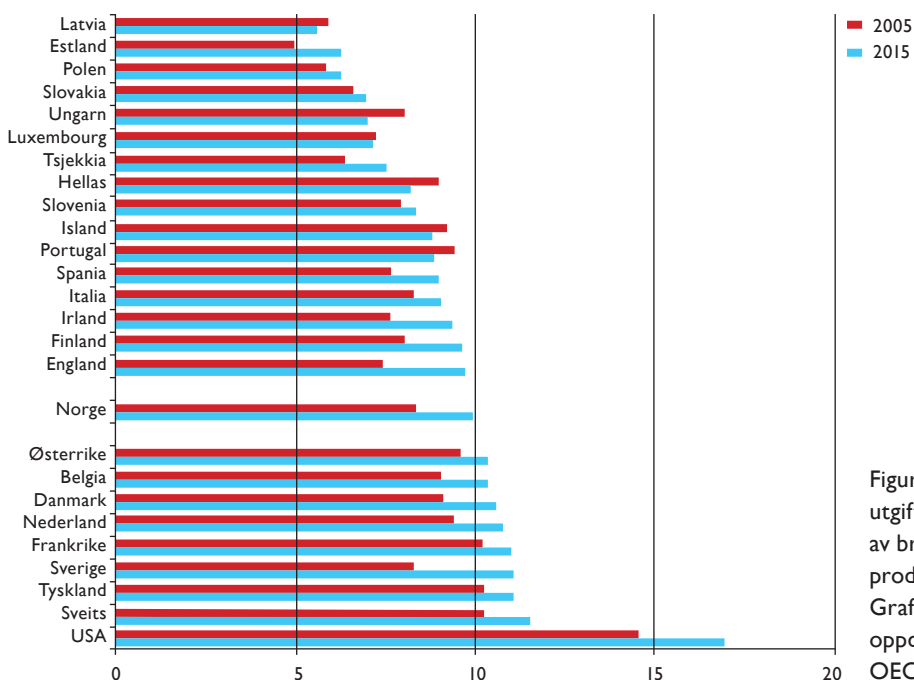
Norge har historisk sett hatt et meget godt offentlig helsevesen, og samfunnskontrakten har vært at alle innbyggere skal få god medisinsk behandling så å si gratis gjennom sin skatteseddel. Etter at Norge ble superrikt gjennom oljeformuen, begynte det også å melde seg en gjerrighet, en bekymring om at helsevesenet var for dyrt og at vi måtte spare. Interessant nok, var og er Norges totale helseutgifter moderate i forhold til brutto nasjonalprodukt, der både Danmark og Sverige går forbi oss (Figur 1).

Med dette som bakteppe ble helseforetaksmodellen (det var første gang et offentlig helsetjenestesystem ble kalt foretak) innført i 2001 med et mantra at vi måtte få ned kostnadene, og gjøre systemet mer effektivt og strømlinjeformet. Forbildene var industrielle samlebandsmodeller (Toyota-modellen) og New Public Management – å styre en offentlig tjeneste som en privat bedrift med målstyring, kontroll og rapportering der økonomien var et hovedtema. Det ble innført en finansiering ba-

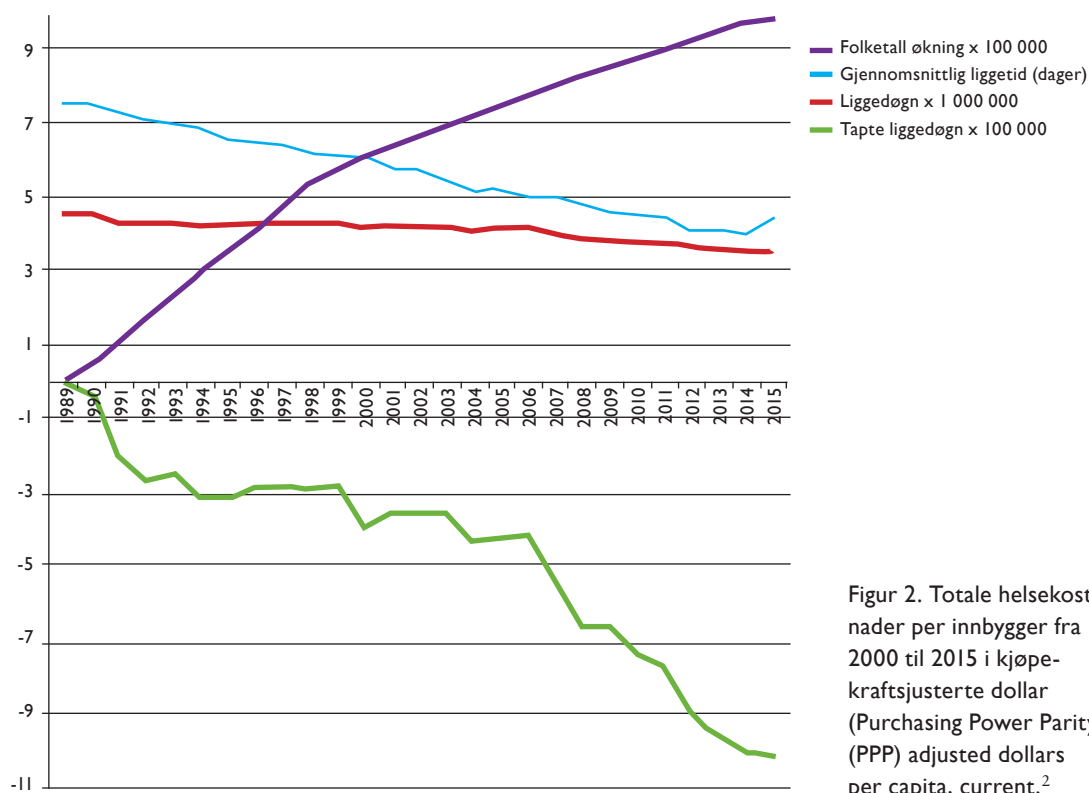
Etter at Norge ble superrikt gjennom oljeformuen, begynte det også å melde seg en gjerrighet

sert på Diagnosis-related Group (DRG)¹ som består i at hver diagnose og inngrep utløser en pris, uansett hva de reelt koster, og sykehusene får finansiering etter hvor mange slike inngrep eller diagnoser de kan registrere, såkalt innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette var systemer utviklet og innført i USA i 1983 for å styre pengebruken. USA har som kjent et meget privatisert helsetilbud, og siden den gang hatt det dyreste helsevesenet i verden, noe som betyr at dette sannsynligvis ikke virker etter sin hensikt. Det skremte imidlertid ikke norske helsebyråkrater fra å innføre dette.

Det har heller ikke virket etter sin hensikt i Norge. Utgiftene per innbygger er på tredjeplass etter USA og Sveits, og disse er fordoblet siden helseforetakene ble innført (Figur 2). Om hovedpoenget var å få styr på økonomi-



Figur 1. Totale helseutgifter i prosent av brutto nasjonalprodukt. Graf basert på oppdaterte tall fra OECD.



Figur 2. Totale helsekostnader per innbygger fra 2000 til 2015 i kjøpekraftsjusterte dollar (Purchasing Power Parity (PPP) adjusted dollars per capita, current.²

en, er reformen altså en fiasko. Våre naboland gjør det klart bedre, spesielt Island, som også er det landet som i praksis ikke har noe privat helsevesen.

Effektene av foretaks-reformen fra 2001

Fra starten av reformen ble det hyrt inn konsulenter for milliarder kroner som målte helsepersonellets tidsbruk og laget opplegg for hvordan disse «bedriftene» som heter helseforetak best kunne styres. Helsepersonell ble pålagt å løpe fortere og arbeide «smartere» for å «produsere» mer. Det ble utviklet et stort byråkrati som resulterte i at legen eller sykepleieren måtte gjennom mange lag med sjefer og mellomledere før de kunne nå fram til toppsjefen ved foretaket. En stadig større del av legenes og sykepleiernes tid gikk med til annet enn å yte helsehjelp. Denne utviklingen er meget godt beskrevet i Håvard Bustnes' dokumentar *Helsefabrikken* fra 2011³

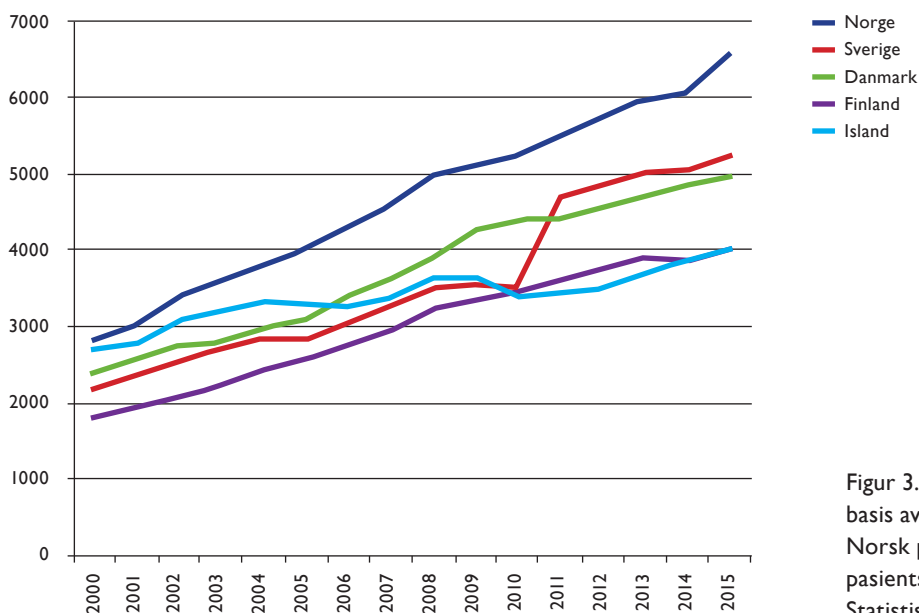
Harde kutt førte også til konflikter, eksempelvis der høyt ansette og kompetente leger som varslet om at nedskjæringer kunne føre til uforsvarlig situasjoner, ble kneblet og truet av

sine administrative ledere, og der en utstrakt fryktkultur siden er blitt avdekket som følge av dette⁴ Som en indikasjon på at utviklingen går feil vei viste en undersøkelse fra 2015 at av 756 rapporterte uventede dødsfall i sykehus i løpet av to år, kunne halvparten vært unngått⁵.

Uforsvarlig lave sengetall

I 1973 (før oljealderen) hadde landets somatiske sykehus 23.315 senger. Dette tallet var sunket til 14.454 i 1998, en reduksjon på 38 prosent⁶ som hadde sin bakgrunn i økende poliklinisk virksomhet. I 2015 var det kun 10.700 senger igjen, en reduksjon på 55 prosent⁷. I perioden 1989–2015 ble det brukt 1.011.000 færre liggedøgn, noe som tilsvarer nedleggelse av 2769 heldøgns senger (Figur 3).

I 1973 hadde landets somatiske sykehus 23.315 senger. I 2015 var det kun 10.700 senger igjen, en reduksjon på 55 prosent.



Figur 3. Graf laget på basis av de nyeste tall fra Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

For å sette det i perspektiv, har Rikshospitalet 585 senger, det vil si at vi har nedlagt fem sykehus av denne størrelsen i løpet av 25 år, samtidig som folketallet har steget med nesten én million mennesker (980.000). Samtidig er den gjennomsnittlige liggetiden gått ned fra 7,5 til 4,4 døgn (Figur 3).

Re-innleggelser kort tid etter at pasienten er skrevet ut, er økende fordi pasientene ikke er ferdigbehandlet. Beleggsprosenten, altså hvor mange senger som til enhver tid er belagt er mellom 90 og 100 prosent de fleste steder i Norge. En beleggsprosent over 85 er påvist å være uforsvarlig sykehusdrift, og over 92 prosent øker dødeligheten signifikant. I EU er det konsensus om at denne grensen ikke bør overskrides, noe som også er nedfelt i den Norske Legeforenings policynotat fra 2015⁸. En undersøkelse av alle lårhalsbrudd i Sverige viste at kortere liggetid for denne pasientgruppa ga høyere dødelighet⁹.

Vi ser altså et bilde av et helsevesen, en spesialisthelsetjeneste der det skjæres ned på sengeplasser til det uforsvarlige, der helsepersonell arbeider meget hardt og samtidig straffes for det om de tør å si noe om det i det offentlige rom. Samtidig blir det dyrere og dyrere. Hvordan kan det henge sammen? Hvor har pengene blitt brukt?

Myten om at små sykehus er dårligere

Synergieffekter ved sammenslåing av enheter, og sentralisering, var et annet mantra som gjorde seg gjeldende etter reformen. Sammenslåingen av sykehusene i Oslo til OUS var et slikt forsøk. Det ble ingen økonomisk suksess, og det ble brukt over tre milliarder på konsulenter i en prosess som riksrevisjonen har karakterisert som en skandale¹⁰. I tillegg ble det opprivende konflikter da kompetanse ble delt opp og tvangsflyttet; i noen tilfeller endte det fatalt^{11,12}. Dette kunne vært unngått bare ved å se på Storbritannia, som gjennom en årrekke har slått sammen sykehus – mange

Re-innleggelser kort tid etter at pasienten er skrevet ut, er økende fordi pasientene ikke er ferdigbehandlet.

i utgangspunktet mindre enn et typisk norsk lokalsykehus. Resultatet har vært svekket kvalitet og økte kostnader¹³.

Det er klart at visse medisinske tilstander som er sjeldne eller krever en sjelden spesialkompetanse, skal tas hand om på enkelte store sentra. Slik har det alltid vært. De som har drevet fram den medisinske utviklingen – legene – har faktisk visst dette. Men den rivende utviklingen har også nådd de mindre sykehusene, der MR, nukleærmedisin, personalisert kreftbehandling, kikkhullskirurgi og slankeoperasjoner, for å nevne noe, i dag utføres med høy kompetanse og utmerkede resultater, der det er blitt målt. Som et eksempel kan vi ta Sykehuset i Levanger. De dokumenterte bedre overlevelse enn landsgjennomsnittet ved operasjon for tykktarmskreft¹⁴.

Som et eksempel fra vårt naboland Danmark, viste en undersøkelse av alle lårhalsbrudd gjennom 21 måneder at mindre sykehus hadde den laveste dødelighet¹⁵. Vi vet at kvaliteten ved kirurgiske inngrep ikke primært er knyttet til antall operasjoner ved det aktuelle sykehuset, men til hvor mye trening den enkelte kirurg får. Dette trekker i småsykehusenes favør, fordi hver kirurg på disse sykehusene opererer mer enn kirurgene på større sykehus. Små sykehus har gjennomgående bedre rutiner for å lære av egne feil og uheldige hendelser enn store sykehus¹⁶. Små sykehus har lavere kostnader per behandlet pasient selv om vi justerer for tilstandenes kompleksitet (Samdata). Mange små sykehus har mye planlagt kirurgi. Kirurgene får derfor mye praksis som også kommer til nytte i akutte situasjoner.

Sykehus uten akuttkirurgisk beredskap er ikke fullverdige sykehus, da det ofte står om minutter for å redde menneskeliv, og der am-

bulanser og flytransport aldri kan kompensere den tapte tiden. Et sykehus uten allsidig kirurgi vil også bli et mindreverdig sykehus fordi det vil få problemer med å rekruttere leger. Når de mister kompetanse på flere kirurgiske felt som for eksempel gynekologi og mage-tarm, vil store grupper pasienter med for eksempel kreft bli skadelidende. Små sykehus har store fordeler, medisinsk og menneskelig, og som ikke kan måles i penger. Pasientene er klart mer tilfreds med små sykehus¹⁷. En sterk faktor som ikke er målbar er nærhet; det at man *kjenner* pasientene og de *kjenner* sitt sykehus og sine leger.

På tross av disse faktaene ønsket Helse- direktoratet å kreve at velfungerende sykehus med opptaksområde under 60.000 mennesker skulle legge ned sin akuttkirurgi, noe som igjen ville bety en storstilt ytterligere rasering og ytterligere mer kritisk situasjon med senge- plasser.

Det private helsevesenets inntog og det klassedelte helsevesen

Alt snakk om viktigheten av sentralisering, folketall og kvalitet ble plutselig glemt over natta. Rjukan Sykehus ble nedlagt på grunn av for lite befolkningsgrunnlag, men oppsto som privatsykehuset Ibsen Sykehuset Rjukan, med 14 spesialiteter inkludert nevrokirurgi, onkologi og plastisk kirurgi og 24-timers service, altså et miniuniversitetssykehus på bygda. Ingen krav til antall pasienter i året. Det ble tydeliggjort at sentraliseringskravene ikke var faglig, men rent politisk begrunnet. Vi må kunne stille spørsmål om at det ikke lenger stod «pasientens helsevesen» på Høies hatt, men «pengenes helsevesen»¹⁸.

Privat helsevesen i mange land er blitt studert, og det er ikke vist at disse helsetjenestene er billigere eller bedre. Det gir kvalitet for den som kan betale, men behandlingen blir ikke basert på alvorlighetsgrad eller geografiske behov. Helprivat helsevesen gir generelt så

dyre tjenester at mange som ikke har den rette forsikringen enten vil ruinere seg økonomisk eller la være å få behandling, et «helsesjokk» som det beskrives i litteraturen. Med unntak av Midt- og Nord-Europa er dette er virkeligheten i store deler av verden.

Historien om at konkurranse mellom statlige og private helseinstitusjoner gir bedre helsetjenester, og de positive effektene av profitt drevet helsetjeneste, er myter. I tillegg er risikoen for at skattebetalernes penger vil havne i et skatteparadis meget høy.¹⁹

Denne virkeligheten var noe vi helst forbandt med USA. Men vi er raskt på vei mot en amerikansk modell der en halv million nordmenn allerede har funnet det nødvendig å tegne privat helseforsikring. Dette er ikke tilfeldig når vi ser hvordan myndighetene prioriterer. Norge har den høyeste kreftforekomsten i Europa, og det dør flere av kreft i Norge enn av hjerte- og karsykdommer. Det dør en lungekreftpasient hver fjerde time i Norge i dag. Vi har imidlertid de laveste utgifter til kreftbehandling i forhold til helseutgifter totalt, kun 3,4 prosent²⁰. Nå har det skjedd en revolusjon i kreftbehandlingen som virker med minimale bivirkninger, såkalt immunterapi. Dette er tatt i bruk av hele den vestlige verden, men i Norge har det offentlige vært det mest restriktive²¹.

Helsemyndighetene opprettet Beslutningsforum i 2013, bestående av de fire direktørene i våre fire helseregioner. Disse godt betalte helsebyråkratene fikk i oppdrag å avgjøre om nye medikament og medisinsk metode *innenfor alle sykdommer*, skulle gis gjennom det offentlige eller avslås. Uten å inneha den nødvendige medisinske spisskompetansen avgjør de tusenvis av pasienters skjebner. Samtidig sitter de i dobbeltroller fordi de leder

Et av verdens rikeste land har gått fra å være i front til å bli et av de siste til å ta i bruk nye effektive medisiner.

helseforetakene med store innsparingskrav, der økonomi går foran det meste, og er etter vanlige kriterier inhabile. Vi er kommet til et veiskille der de rike kan få bedre behandling enn andre og der en privat helseforsikring kan bety forskjellen på liv og død. Et av verdens rikeste land har gått fra å være i front til å bli et av de siste til å ta i bruk nye effektive medisiner.

Medisinere sverger fortsatt til den hippokratiske ed, 2500 år etter Hippokrates' død: «Noen ganger helbrede, ofte lindre, alltid trøste». Slik prioritering foregår i dag, er vi inne i en ny periode, der etikk ikke lenger er det viktigste, der vi har begynt å sette en prislapp på et menneskeliv. Kan vi i vårt samfunn la noen ikke få livsviktig behandling på grunn av økonomi? Har vi råd til å la være? Er det riktig å bruke pasientene som gisler i en pruteprosess med den medisinske industrien? Medikamentene vi her snakker om er fullt lovlig å bruke, utenfor sykehus, for dem som kan betale. Dette er i praksis etablering av en klassedelte kreftomsorg.

Den viktigste feilprioriteringen i det norske helsevesenet var innføringen av helseforetaksreformen.

Konklusjoner

Prioritering er å ta viktige valg som kan gagne mange. Den viktigste feilprioriteringen i det norske helsevesenet var innføringen av helseforetaksreformen da den på tross av en drøy fordobling i pengebruk per innbygger siden 2001, greide å halvere antallet sykehussenger, innføre et enormt byråkrati og nekter å betale for livsviktig medisinsk behandling til sine innbyggere.

Det fins modeller som er bedre, som er utprøvd, som i Skottland og Island og som vi må bøye hodet ydmykt for og lære av.

NOTER

¹ <http://library.ahima.org/doc?oid=106590#.WAZ6WyN97-m>.

² Data extracted on 23 Oct 2016 10:45 UTC (GMT) from OECD.Stat.

³ <http://tidsskriftet.no/en/2011/09/anmeldelser/en-viktig-film>.

⁴ <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/08/19/vekk-med-knebling-og-fryktkultur/>.

⁵ <https://www.nrk.no/norge/756-uventede-dodsfall-pa-to-ar-i-norsk-helsevesen-l.12402710>.

⁶ <http://tidsskriftet.no/2000/09/kronikk/hvorfor-har-vi-korridorpasienter>.

⁷ https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=f8e2d354-ab0b-4cb7-8c90-41e08e2d1b4b&Dd_ContentType=Dashboard.

⁸ <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Policynotater-2015/Overbelegg-i-norske-sykehus--en-trussel-mot-pasientsikkerheten/>.

⁹ Nordström og medarbeidere, British Medical Journal, 2015.

¹⁰ <http://www.adressa.no/meninger/article9481423.ece>.

¹¹ http://helsetjenesteaksjonen.no/wp-content/uploads/2013/05/2013-1.05.09.-Klinikklederen_VG.pdf.

¹² <http://www.vg.no/forbruker/helse/sykehus-norge/fire-ullevaal-leger-slo-hjerte-alarma/10063037/>.

¹³ Gaynor og medarbeidere, Journal of Health Economics, 2012.

¹⁴ Jullumstrø og medarbeidere, Colorectal Disease, 2011.

¹⁵ Kjær Kristensen og medarbeidere, Medical Care, 2014.

¹⁶ Ginsburg og medarbeidere, Health Services Research, 2010.

¹⁷ PasOpp-prosjektet, Nasjonalt Kunnskapssenter for helse-tjenesten.

¹⁸ http://www.aftenposten.no/meninger/Pengenes-helsevesen--Gilbert_-Brattebo-og-Gisvold-20678b.html.

¹⁹ <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/05/hvorfor-forma-helsevesenet-ikke-privatiseres/>.

²⁰ Jønsson et al, IHE Report 2016:4.

²¹ <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Norge-sist-ute-med-a-tilby-effektiv-kreftmedisin--Oluf-D-Roe-601992b.html>.



OPPSIKTSVEKKENDE KONKLUSJONER FRA SYKEHUSUTVALG – FORETAKSMODELLEN FREDES IGJEN

Unni Hagen master i offentlig ledelse og styring
og leder av Fagforbundets strategiske stab



Kritikerne av sykehusreformen i 2002 har fått rett på alle vesentlige punkter når det gjelder konsekvenser av å omorganisere sykehus og øvrig spesialisthelsetjeneste til fristilte foretak. Vi beveger oss i retning av et helsevesen som ikke har nødvendig demokratisk styring over utviklingen. Mange spesialisthelsetjenester er både sentralisert og privatisert i alle årene siden 2002.

Et offentlig utvalg¹ som har drøftet organisering og nye modeller ender opp med å foreslå videreføring av dagens modell. Dette er bekymringsfullt og oppsiktsvekkende, dersom målet for helsepolitikken er å videreføre et offentlig helsevesen tilgjengelig og gratis for alle uansett hvor du bor. Et flertall i Kvinnslandutvalget anbefaler å videreføre det regionale beslutningsnivået og helseforetakene i spesialisthelsetjenesten. 13 av de 16 medlemmene i utvalget mener helseforetaksmodellens regionale nivå legger det beste grunnlaget for å videreføre regional planlegging av spesialisthelsetjenesten.

Hovedtrekkene i anbefalingene er at flertallet ønsker å videreføre dagens organisering med fire regionale helseforetak. Halve utvalget foreslår å fjerne styrene på foretaksnivå. Den andre halvdel er bekymret for at en slik konsernorganisering vil virke sentraliserende, og går imot forslaget. En tredel av utvalgets medlemmer foreslår å dele Helse Sør-Øst. Forvaltningsmodellen, som er et reelt alternativ til dagens modell, er ikke vurdert.

Reformer som endrer Norge

Alle norske regjeringer har de siste 25 år hatt modernisering av offentlig sektor på dagsorden. Mantraet har vært reformer. Gjennom å innføre modeller fra privat næringsliv, har målet vært å øke effektiviteten. De første endringene var preget av sterkere hierarkisk kontroll, større vekt på resultatevalueringer, sterkere kundeorientering, deregulering av

arbeidsmarkedet og overgang til individuelle lønssystemer. I senere tid er det utviklet nye modeller med blant annet større vekt på kvasimarkeder, kontraktstyring, konkurranseutsetting, privatisering, nedskjæring og større fleksibilitet.

De politiske partiene skiller lag i synet på hvilke virkemidler som fremmer målet for et godt og rettferdig fordelt helsetilbud til alle. Når det er sagt, er høyresidas løsninger også tatt i bruk av venstresidas partier de siste ti årene: Det var Stoltenberg 1-regjeringen som i 2001 foreslo og planla sykehusreformen. Det gikk et drøyt år fra Ap fattet vedtak om statlig overtakelse gjennom en fristilling fra forvaltningen i november 2000, til reformen trådte i kraft i januar 2002. I lov om helseforetak framgår det at sykehusreformen først og fremst dreier seg om organisatoriske endringer, og at de foreslåtte endringene ikke er ment å rokke ved verdigrunnlaget for helsepolitikken. Omorganiseringen er et ledd i regjeringens mål for moderniseringen av offentlig sektor².

Stoltenberg mente en modernisering av offentlig sektor må ha en større åpenhet til private løsninger når det gjelder tunge områder som sykehus og utdanning. Stoltenberg sa

¹ Kvinnslandutvalget, 2016.

² Stoltenberg på Aps representantskapsmøte 6. juni, 2000 i Bergen.

på representantskapsmøtet i Arbeiderpartiet i juni i 2000 at regjeringen ville etablere en bedre og mer robust modell, ved at sykehusene skulle bli mer selvstendige³.

Lov om helseforetak ble vedtatt med støtte fra H og Fremskrittspartiet (Frp)⁴. Stortingets mindretall, bestående av Kristelig folkeparti (KrF), Senterpartiet (Sp) og SV var uenig i foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten. De mente utfordringene i helsevesenet best kunne løses innenfor forvaltningsmodellen⁵.

Det er en utbredt oppfatning at virkemidlene som er tatt i bruk trekker offentlig sektor i en annen retning enn det som var intensjonene, og reformene er derfor under stadig kritikk. Over hele det politiske spekteret er det et uttalt ønske å bygge videre på et offentlig styrt helsevesen etter grunnleggende prinsipper i det norske velferdssystemet. Derfor er det påfallende at utviklingen fortsetter i en retning mot svekket politisk styring, og at Kvinnslandutvalget ikke har tatt innover seg at det finnes andre alternativer enn dagens foretakssystem. At politikerne har mindre innflytelse, er blitt avspeilet i de mange debattene om sykehusstruktur, funksjonsfordeling og innsparinger som har pågått siden 2002.

Mange mener det trengs et nytt innhold i sykehuspolitikken, en helt ny retning. Det er et demokratisk problem når forretningsmessige konsern som de regionale helseforetakene kan fjerne sykehusinnholdet funksjon for funksjon. Dette skjer uten en helhetlig overordnet plan, uten nødvendig politisk forankring, og på tvers av befolkningens ønsker for sitt lokale sykehustilbud.

Fra forvaltning til forretning

I 2002 ble sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunalt eierskap til staten. I tillegg til skifte av forvaltningsnivå, ble sykehusene og resten av spesialisthelsetjenesten omorganisert fra forvaltnings- til foretaksorganisering⁶.

Reformen er en av de største i norsk samfunnsliv noensinne. 100.000 ansatte fikk ny

arbeidsgiver, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Intensjonen med sykehusreformen var blant annet å skape grunnlag for å øke styringsevnen i forhold til strukturen på helsetjenesten, og gjennom en bedre funksjonsfordeling sikre at befolkningen reelt skulle få et likeverdig tilbud. Samtidig ble forutsetningen om at de enkelte virksomhetene skulle få betydelig større frihet og ansvar befestet med etableringen av fristilte foretak. Dette betyr at bortsett fra lovbestemmelsen om at staten må være eiere og at foretaket ikke kan gå konkurs, vil driften av de regionale helseforetakene og helseforetakene i store trekk foregå etter de samme reglene som gjelder for et vanlig aksjeselskap. Vi har med andre ord vært vitne til et omfattende og grunnleggende systemskifte i norsk helsevesen og i norsk helsepolitikk.

Overføringen av sykehusene fra fylkeskommunalt til statlig eierskap representerer et klart brudd med tradisjonell forvaltningsstyring og forutsetningene for demokratisk innflytelse i sykehuspolitikken. En viktig lokal- og regionalpolitisk arena ble nedlagt og erstattet med et helt nytt rikspolitisk styringskonsept. Reformen bygger på tre hovedelementer: Statlig eierskap, organisering av virksomhetene i fristilte foretak og overgang til regnskapsloven som styringsverktøy⁷.

Styringen av sykehusene er nå delegert fra politisk nivå til styrene i de regionale foretakene (RHF) gjennom helseforetaksloven. Dette betyr at statens eierskap utøves gjennom de fire regionale helseforetakenes styrer, som så igjen er overordnet de lokale helseforetakene (HF). Modellen som er valgt tilsvarer organiseringen i et privat forretningskonsern⁸,

³ Herfindal S. 2008 *Veien fra til sykehusreformen: en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak* (rapport 2004:5).

⁴ Ot.prp.nr.66 (2000–2001).

⁵ Innst. O.nr.118 (2000–2001).

⁶ Lov om helseforetak m.m.

⁷ Ot.prp.nr.66 (2000–2001).

⁸ Regnskapslovens § 1-3, som gjelder for helseforetakene.



med gjennomgående representasjon fra RHF til HF-styrene.

Kontraktstyring ble foreslått som et virkemiddel for å oppnå mulige styringsmessige gevinster. Hvilke gevinster man ønsket å oppnå gjennom kontraktstyring, som ikke er mulig gjennom direkte instruksjons- og omgjøringsmyndighet, ble ikke drøftet i forarbeidene til forslaget om omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten. Det ble ikke foretatt noen form for regionalpolitisk vurdering eller langsiktige samfunnsanalyser i høringsnotatet, og det er ikke trukket noen forbindelseslinjer til Oppgavefordelingsutvalgets innstilling⁹. Det var ingen debatt rundt medi-

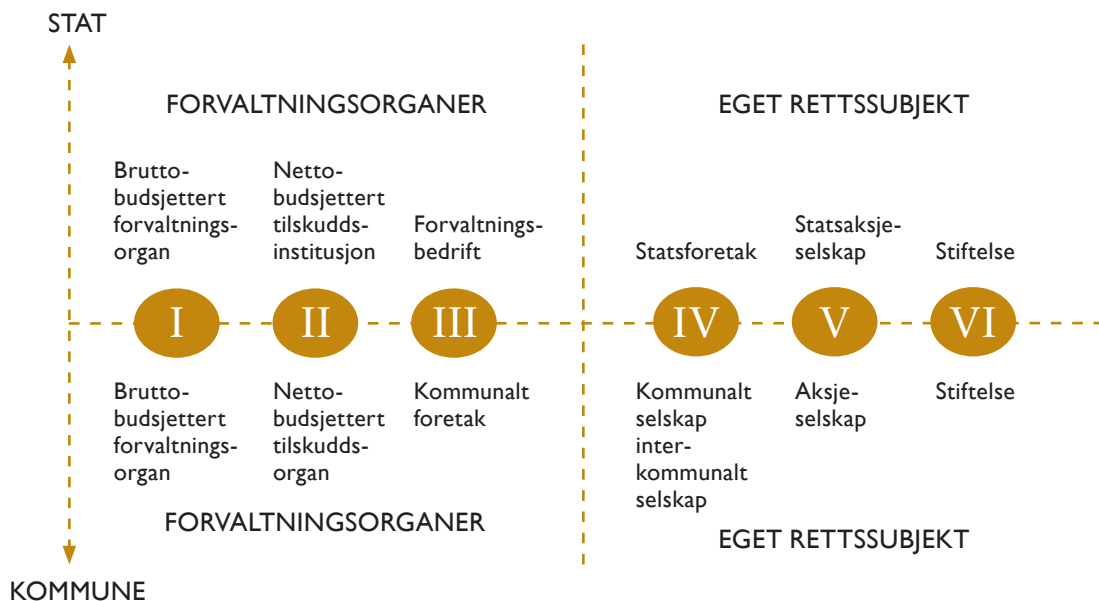
sinske, helsepolitiske, samfunnsmessige eller økonomiske konsekvenser. Det ble heller ikke tatt hensyn til erfaringer fra tilsvarende eksperimenter med markedstilpasninger i andre land. Sykehusreformens største svakhet var derfor at en rekke viktige spørsmål verken ble drøftet eller forsøkt avklart.

Forskjellen på forvaltning og forretning

Sørensenutvalgets figur illustrere forskjellen på forvaltnings- og forretningsstyring¹⁰. Utvalget vurderte ulike tilknytningsformer for spesialisthelsetjenesten, og la fram sin innstilling 23. mars 1999. I innstillingen synliggjøres hovedskillelinjene i organisasjonsmodellene. Som det framgår av figuren, går dette skillet mellom kommunalt foretak eller forvaltningsbedrift på den ene siden og statsforetak eller kommunalt selskap på den motsatte. Figurens

⁹ NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.

¹⁰ Lov om helseforetak m.m.



venstre side viser forvaltningsorganene i stat og (fylkes)kommune, og den høyre siden viser de organisasjonsformene som representerer egne rettssubjekt.

Reformen som endret finansieringssystemet

Forsøkene på å etablere markedsforhold i sykehussektoren i Norge har bestått av flere elementer. Første steg ble tatt med innføringen av systemet med delvis (og økende grad av) stykkprisfinansiering, eller såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) fra 1997¹¹. ISF er pasientprioritering etter betaling, og innebærer at en del av pengene – for tiden 50 prosent – som tidligere ble utbetalt som rammetilskudd, nå utbetales som en stykkpris. Dette fungerer som en slags akkord der utbetalingene til sykehusene fra staten vil bestemmes av hvor mange pasienter som behandles og hvilke diagnoser/behandlinger den enkelte pasienten har. Betalingen regnes ut etter DRG-poeng (DRG = diagnoserelaterte grupper).

I teorien skal de mest ressurskrevende pasientene få flest DRG-poeng for å dekke opp sykehusets utgifter. Siden pasientbehandling på sykehus ikke uten videre kan sammenlignes med vareproduksjon, vil mange lidelser

og skader til enhver tid være overpriset eller underpriset. Det er særlig de enkle diagnosene hos de friskeste pasientene som gir god uttelling, mens de mest syke og uforutsigbare pasientgruppene som dårlige nyfødte, hardt skadde pasienter, langtkomne kreftpasienter eller kronisk syke (revmatikere, diabetikere) ofte gir langt mindre uttelling enn sykehuse-nes faktiske ressursbruk¹². Vi har i tillegg til stykkprisfinansiering og foretaksorganisering fått en pasientrettighetslov med individuelle behandlingsgarantier, som sidestiller offentlige og private sykehus.

Nytt regnskapssystem uten tradisjonell budsjettstyring

Omleggingen til foretak og styring etter regnskapslovens prinsipper var en viktig del av sykehusreformens opplegg for å etablere markedsøkonomi i denne sektoren. Det som kjennetegner offentlig drift er blant annet at inntektene ikke tjenes opp i et marked, men

¹¹ Stykkprissystemet ISF for sykehusene er en sentral del av grunnlaget for dagens foretaksorganisering.

¹² 2001. Motmelding til forslag om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og Ot.prop.nr.66 (2001–2002).

kommer som et resultat av politiske vedtak og bevilgninger. Til tross for ønsket om å etablere markedsforhold, er det fortsatt slik at helseforetakene i hovedsak henter sine inntekter fra Stortingets bevilgninger.

Etter reformen har sykehusene som kjent opparbeidet underskudd i en størrelsesorden som tidligere er ukjent i norsk offentlig virksomhet. Hovedårsaken til milliardunderskuddene er innføring av forretningsregnskap som blant annet blander drift og investeringer. Denne sammenblandingen skaper fiktive tall som store underskudd, og gjenspeiler ikke realitetene. Dermed bevilges det for lite penger i forhold til behovet. Det er et tankekors at det ikke ville vært underskudd i de regionale helseforetakene dersom de hadde ført sine regnskaper slik de gjorde før 2002. Dette er dokumentert av professor Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark, og senere bekreftet av styret i Helse Vest¹³.

Det kommunale/fylkeskommunale regnskapssystemet skiller mellom hva som brukes til investeringer og hva som brukes til drift. Hensikten med dette er at styring og kontroll blir enklere. Alternativet til dagens forretningsystem er å gjeninnføre kommunenes og fylkeskommunenes budsjett- og regnskapssystem, og bevilge kapital til investeringer over de årlige budsjettene.

Incentiver og lønnsomhetsstyring

Spesialisthelsetjenesten er altså organisert i en konsernstruktur og legger lønnsomhetsvurderinger til grunn for sine beslutninger. Viktige avgjørelser tas i det regionale helseforetaket (RHF) som er morselskap, og de underliggende foretak og sykehus må innordne seg dette.

Lønnsomhetstenkningen vil påvirke de beslutningstakere som er satt til å løse oppgavene innenfor nye rammebetingelser. Gjennom knappe ressurser er det en fare for å miste verdigrunnlaget av synet. Forretnings- og lønnsomhetsstyringen utfordrer både etikk, moral, politisk styring og demokratisk kontroll. Riksrevisjonen påpekt alvorlige vridningseffekter i 2010, og kunne dokumentere at helseforetakenes triksing med DRG-satser førte til en milliard kroner i økte inntekter for disse virksomhetene¹⁴. Dette viser at økonomiske incentiver i helsesektoren fremmer en lønnsomhetsstyring der tjenestene strømlinjeformes, «dyre» pasienter nedprioriteres og helsetilbud legges ned.

Fra offentlige virksomheter til en privatisering av tjenestene?

Kritikerne av sykehusreformen, slik det blant annet framkom i Motmeldingen, hevdet at en fristilling av sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten ville svekke den politiske styringen. Motmeldingslegene var av den oppfatning at foretaksorganisering på lang sikt vil gi en utvikling mot større markeder, omfattende «outsourcing» og privatisering¹⁵. Dette fikk de helt rett i.

Bondevik 2-regjeringen programforpliktet seg i Sem-erklæringen til en offensiv politikk for å godkjenne stadig flere private sykehus, og et opplegg for å stimulere tegning av private helseforsikringer. Til sammen var dette en helhetlig politikk for en markedsbasert spesialisthelsetjeneste. For å styrke konkurransen, har skiftende regjeringer også ført en aktiv politikk for å stimulere framveksten av flere private sykehus. Ved inngangen til 2005 var det 24 private sykehus som hadde avtaler med et eller flere regionale helseforetak (RHF). I 2001 var antallet sju, og alle som er godkjent i mellomtiden er rene, kommersielle sykehus. Eierne av de private klinikkene tar ut rekordutbytter¹⁶, samtidig som de offentlige sykehusene tvinges til kutt og innsparinger på alle områder.

Stimulering til ytterligere private sykehus

¹³ Helse Vest RHF, styresak 0140/080, 24.01.2008.

¹⁴ Riksrevisjonen, Dok. 3.3 2009–2010.

¹⁵ Arnesen med flere, 2001, Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet: Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak m.m. og Ot.prop.nr:66 (2001–2002).

¹⁶ Aftenposten, 10. januar 2005.

ble stoppet av den rødgrønne regjeringen gjennom tydelige føringer i oppdragsdokumentet fra 2006¹⁷. Siden regjeringsskiftet i 2013 har privatiseringen økt i omfang, og på grunn av systemets karakter er det en vanskelig jobb å ha en god oversikt over hvor stort omfanget er. Solberg-regjeringen har som et av sine mål å privatisere så mye som mulig av de offentlige finansierte tjenesten¹⁸, og det siste eksemplet i spesialisthelsetjenesten er konkurranseutsettingen av IT-tjenestene i Helse Sør-Øst. Kontrakten på disse tjenestene er verdt mange milliarder kroner. En annen side av saken er at helseopplysninger til norske pasienter med denne beslutningen lagres og driftes utenfor landets grenser.

Avdemokratiseringen av den regionalpolitiske helsepolitikken

Med fylkeskommunen som sykehuseier har utviklingen vært underlagt fylkeskommunale/regionale folkevalgte organer. Velgerne har kunnet stille de folkevalgte til ansvar dersom tilbudet ikke har utviklet seg i tråd med befolkningens behov og ønsker. Prinsippet om lokalt politisk ansvar for viktige velferdstjenester har vært en sentral verdi i utviklingen av den norske velferdsstaten i hele etterkrigstida.

Foretakssystemet som ble etablert i 2002 kan klassifiseres som en modell hvor strukturspørsmål av vidtgående regionalpolitisk betydning blir tatt ut av den direkte folkevalgte styringen. Gjennom vide fullmakter gis embetsverket sammen med et forretningsstyre i oppdrag å beslutte og gjennomføre endringer i strukturen på sykehusenes akuttberedskap, funksjons- og oppgavefordelingen osv. Hvilke konsekvenser dette får for lokaldemokratiet og den framtidige regionalpolitiske utviklingen, ble ikke drøftet i forarbeidene til reformen.

Andre sentrale spørsmål som heller ikke ble avklart var hvilken regionalpolitisk innflytelse som skal utøves overfor regional helseplan. Dette forholdet var et vesentlig drøftingspunkt i Hellandsvikutvalgets innstilling¹⁹, og i St.meld 24 (1996–97) *Tilgjengelighet og faglighet*. Drøftingene ledet imidlertid

til konklusjonen om at det var nødvendig med fylkeskommunalt eierskap. Flertallet i Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000:22) gikk mot statlig eierskap. Derfor var det overraskende at departementet knapt ett år senere foreslo at staten skulle overta sykehusene, uten at dette ble begrunnet.

Sykehusstrukturen har gjennomgått omfattende endringer siden 2002. Tendensen er en sterkere sentralisering, uten politisk behandling. I perioden 2007–2010 er seks lokalsykehus nedlagt, og fire lokalsykehus har mistet den kirurgiske akuttberedskapen²⁰. Dette på tross av regjeringserklæringen om at ingen lokalsykehus skal legges ned²¹.

I 2014 har ytterligere to sykehus mistet den kirurgiske akuttberedskapen. Styret i Sykehuset Telemark HF besluttet avvikling av akutt- og døgnfunksjoner ved sykehusene i Rjukan og Kragerø²². Helse Sør-Øst RHF hadde ekstraordinært styremøte om vedtaket 3. juni 2014. RHF-styret anbefaler foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF å stadfeste vedtaket om avvikling av akutt- og døgnfunksjoner i Kragerø og på Rjukan. Vedtaket ble bekreftet av helseminister Høie (H) 5. juni 2014.

Krav om mer styring utløste ny helsereform

Utviklingen har skapt et sterkt engasjement i befolkningen og blant kommune- og fylkespolitikere. Siden sykehusreformen trådte i kraft har det vært et sammenhengende press om å komme i budsjettmessig balanse i

¹⁷ Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende året, og hvilke krav som stilles til de regionale helseforetakene.

¹⁸ Regjeringserklæringen.

¹⁹ NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?

²⁰ Jensen//Østre/Hagen, 2010: Jensen, B., Østre, S. & Hagen, U. (2010). *Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer: samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi*.

²¹ Soria Moria-erklæringen, 2005 og 2009.

²² Styreprotokoll 20. mai 2014.



spesialisthelsetjenesten, og flere lokalsykehus er i denne perioden, som allerede nevnt, lagt ned eller blitt fratatt aktivitetsområder/funksjoner²³.

Kravene om mer samfunnsmessig helhetlig styring og «gjenreis demokratiet» målbæres retorisk i alle politiske partier lokalt og sentralt. Sammenslåingen av Helse Sør og Øst i 2007, som skulle løse noen utfordringer, har resultert i en foreløpig og fortsatt enda mer uoversiktlig situasjon.

I 2010 dokumenterte professor Bjarne Jensen at vi ikke bruker mest på helse i verden slik politiske myndigheter har gitt uttrykk for, og som har vært grunnlaget for innføring av reformer i helsesektoren²⁴. Hvilken betydning

disse sannheter har fått for utviklingen av vårt helsevesen, vites ikke. Dersom vi hadde hatt bedre styring og brukt mer av de bevilgningene som vårt helsevesen nyter godt av på helse, ville vi sannsynligvis hatt kortere ventelister, mer forskning og bedre kvalitet. Det ville også ha gitt fagfolkene til å behandle og pleie på en enda bedre måte.

Det stod ikke spesielt dårlig til i norsk helsevesen ifølge WHO-rapporten fra 2000²⁵. Rapporten rangerer Norge i verdenstoppen når det gjelder resultater, samtidig som de norske helseutgiftene er moderate sett i forhold til sammenlignbare land.

Offentlige verdier i endring?

Ideologi bidrar til å forme verdier og ideer om hva slags samfunn vi vil ha, og politikk er iverksetting av ideologien. Helsevesen og utdanningssystem, samt store deler av samfunnets infrastruktur – post, tele, kollektivtrafikk, vann- og elektrisitetsforsyning – har i Norge vært offentlige tjenester, og dermed

²³ Jensen, Hagen og Østre, 2010.

²⁴ Jensen, Hagen og Østre, 2010.

²⁵ WHO (2000) The World Health report 2000: health system: improving performances. Geneva: World Health Organization.

underlagt folkevalgt styring og regulering. Siden 1980-tallet har nyliberalismen blitt den dominerende ideologiske premissleverandør i utviklingen av styringsmodeller i offentlig forvaltning i Norge. Et sentralt trekk ved nyliberalismen er en forskyvning fra det vi kan kalle en gjennomgående kollektivistisk/felles-skapsorientert forvaltning, til en individorientert/individualistisk forvaltning²⁶.

Tidligere verdier forankret i offentlig administrasjon, blant annet det å tjene offentlige interesser, er gjennom ulike reformer blitt konfrontert med markedsstyring og markeds-lignende organisasjons- og styringsprinsipper. Et sentralt spørsmål som bør drøftes er om de strukturelle endringene som er gjennomført har ført til mer velfungerende systemer i offentlig sektor. Da reformene ble introdusert, ble det påstått at effektiviseringsgevinstene ville bli på over 30 prosent. Etter hvert som det har kommet flere forskningsbaserte studier av resultatene, avtegnes det et annet bilde. Det kan ikke dokumenteres at trenden har gjort offentlig sektor mer effektiv. Når vi ser på virkninger på lang sikt og tar med transaksjon- og omstillingskostnader, finner vi ikke vesentlige gevinster.

New Public Management

Denne nyliberale reformbølgen har fått betegnelsen New Public Management (NPM), og har vært et sentralt begrep i diskusjonen rundt utviklingen av offentlig sektor. Et kjennetegn ved reformer er at én reform ofte avler nye. Andre kjennetegn er økt fokus på kostnadseffektivitet, mål- og resultatstyring, ønske om sterkere styring, mindre byråkrati, mer fag/profesjon, bedre ledelse, bedre samhandling. Flere av disse kjennetegnene lå til grunn da helseforetaksreformen ble innført, og forskning dokumenterer at denne reformen inneholder elementene som er identifisert som NPM²⁷.

Det eksisterer en rekke studier av fornying av offentlig sektor som tar utgangspunkt i forståelsen av reformer som en ideologisk bevegelse som sprer seg mellom vestlige

land²⁸. Felles for studiene er beskrivelsen av en utvikling fra en tradisjonell byråkratisk styreform til en mer markedsbasert tenkemåte som kan kategoriseres under samlebegrepet NPM.

NPM er ikke en sammenhengende teori, men mer et knippe tiltak, som kommer til uttrykk gjennom reformbevegelsen som har gått verden over. Denne retningen utfordrer den regelstyrte hierarkiske offentlig forvaltningstradisjonen som vi kjenner fra Weber²⁹. Kjennetegn på NPM er bestiller-utfører-oppsplitting, utskilling, konkurranseutsetting, privatisering og detaljert målstyring. Videre er sentralisering av makt og desentralisering av ansvar sentrale trekk. NPM som reformkonsept styres av ideologisk skepsis til stat og politikere, og framstilles som fornying eller modernisering av offentlig sektor. Reformene har tatt sikte på å effektivisere tjenesteytingen, forenkle forvaltningen, dempe utgiftsveksten og skape lønnsomhet i offentlig virksomhet. Det nye ved disse metodene er troen på marked og konkurranse, og at modeller fra det private næringsliv kan bidra til å utvikle mer effektive velferdsgoder i de offentlige tjenestene.

I 2008 dokumenterte SV i en rapport om NPM i offentlig sektor, *Utveier*, hvor mange ekstra milliarder denne styringsformen koster skattebetalerne. Svaret var 12 milliarder kroner i året. Dette kommer i et svært underlig lys når vi vet hva som var noe av bakgrunnen for omorganisering av sykehusene fra forvaltningsmessig styring til fristilte forretningskonsern.

Den tradisjonelle statsvitenskapelige teorien forklarer reformer som en første tilnærming for å endre det bestående til noe som er bedre. Endringer foregår først og fremst som strukturell forandring, eller har karakter av

²⁶ Mydske, 2007.

²⁷ Eilertsen, 2005.

²⁸ Christensen og Lægreid, 2009. Hood, 1998. Lian, 2003.

²⁹ Baldersheim og Rose, 2005.

mer å være en prosess for å finne bedre og mer hensiktsmessige løsninger. Dette betegnes som den rasjonelle/instrumentelle skolen³⁰.

En av kritikerne til den rasjonelle definisjonen er³¹ Kjell Arne Røvik. Han definerer reformer som trender utgått av moderne ideer i tiden, hvor kraften i idestrømmen til reformutviklingen de siste 20 årene først og fremst handler om ideologi. Ifølge Røvik har forretningsstenkningen seiret over forvaltningstradisjonen. Dette avtegnes som en av flere hovedtrender i utformingen av organisasjoner i nyere tid. Han velger å kalle dette «den nye, radikale økonomismen». Begrepet økonomisme refererer til det fenomenet at alle typer organisasjoner bør utformes i bildet av bedriften som ideal og også bør opptre som bedrifter». Røvik refererer her til synspunktet om at denne trenden/ideen har fått et hegemoni³².

En av nestorene innenfor statsvitenskapen, Johan P. Olsen, omtaler utviklingen fra 1980 til 2000 som «den blå utfordringen»³³. I denne perioden ble effektiviseringen av offentlig sektor som nevnt en sentral trend i tråd med en nyliberalistisk ånd. Det kan synes som om den blå utfordringen er videreført med de reformene som er implementert i offentlig forvaltning også etter 2000, deriblant sykehusreformen i 2002.

Empirisk kan spesialisthelsetjenestens forretningsmessige organisering stå som et eksempel på det både Røvik og Olsen er inne på. Overgangen fra forvaltningsstyrte fylkeskommunale sykehus til konsernorganisering med helseforetak som fristilte rettssubjekter, bekrefter trenden både Røvik og Olsen drøf-

ter. Også andre områder av samfunnet er omorganisert i denne retningen, og bekrefter hegemonivurderingen til Røvik. Som eksempel viser omorganiseringen av NSB i enda større omfang en slik trend³⁴.

Hvordan påvirker de nye trendene som Røvik og Olsen beskriver vårt demokratiske system? Hva er offentlig sektor rolle, oppgaver og mål? Regulering, styring og planlegging står sentralt. Allerede i 2001 brukte kritikerne erfaringene fra New Zealand i argumentasjonen mot fristilte foretak i spesialisthelsetjenesten. Siden er det samlet mye dokumentasjon rundt erfaringene fra både New Zealand og Skottland³⁵. Begge land har reversert foretaksorganiseringen fordi den ikke virket etter hensikten.

Etter at hele foretaksmodellen ble avskaffet våren 2004 i Skottland, er de nå tilbake til en drifts- og finansieringsmodell hvor alle opererer på grunnlag av de budsjetter de får tildelt. Et ledd i demokratiseringsprosessene er vedtaket i parlamentet om at direkte og politisk valgte/oppnevnte skal være i flertall i helsestyrene. Konkurransetsetting og outsourcing av støttetjenester er under full utvikling. Det skotske helsevesenet skal baseres på samarbeid – ikke konkurranse. De skotske erfaringene er relevant som eksempel på et alternativ til foretaksorganiseringen.

Evaluering av foretaksorganiseringen

Foretaksorganiseringen i spesialisthelsetjenesten ble evaluert i 2005 i flere rapporter. Evalueringsrapportene er ikke entydige, men konkluderer med at forretningsorganiseringen ikke har ført i retning av hva som var intensjonen. Evalueringsrapporten om foretaksorganiseringen, *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet*³⁶, var kritisk til økt privatisering, til organisering etter bestillerutførermødel, til å etablere liksommarkeder i offentlig sektor, og etterlyser mer politisk styring.

Rapporten ble levert i november 2005. Evalueringsrapporten prøver å gi en bred analyse av utviklingen i den norske spesia-

³⁰ Pollitt og Bouckaert, 2004.

³¹ NOU 1999:15 Sørensenutvalgets innstilling. Ot.prp.nr.25 (1999–2000).

³² Røvik, 2007.

³³ Olsen og Lægred, 1993.

³⁴ Herning, 2009.

³⁵ Eilertsen, 2009.

³⁶ Agenda Muusmann. *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet*, 2005.



listhelsetjenesten etter at sykehusreformen ble innført 1.1.2002 med særlig vekt på om helseforetaksmodellen på en hensiktsmessig måte har bidratt til at målene for sykehusreformen blir realisert.

Evalueringen legger til grunn at bestiller-utførertenkning var en del av sykehusreformens verdigrunnlag. En slik deling i en uavhengig bestiller-/innkjøpsfunksjon og en konkurranseutsatt produsentarena er et hovedelement i strategien for markedsomlegging av spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at departementet og de regionale helseforetakene innfører organisatoriske skiller mellom disse rollene. Myndighetene må som en konsekvens av bestiller-utførermodellen også skille mellom blant annet eierstyring og innholdsstyring av helseforetakene, men evalueringen påpeker at dette i praksis både har vist seg vanskelig og uhensiktsmessig.

Evalueringen anbefaler at hele bestiller-utførermodellen avvikes, og konklusjonen støttes opp av rapportens gjennomgang av et

utvalg internasjonale erfaringer med måter å organisere spesialisthelsetjenesten på. Rapporten konkluderer slik:

«Den internasjonale gjennomgangen i kapittel 6 indikerer at selv land som i høyere grad enn for eksempel Norge har vært klar til å prøve rendyrkede markedsorienterte og konkurransepregede prinsipper, og klarere definerte former for bestiller-utfører og autonomi for helseforetakene, synes å ha hatt problemer på grunn av spesialisthelsetjenestens spesielle karakter³⁷.»

Skottland, som i 2004 avvirket helseforetaksmodellen, omtales kort i oppsummeringskapitlets konklusjoner vedrørende bestiller-utførermodellen: «Et land som Skottland, hvor spesialisthelsetjenesten i en periode var inspirert av NHS-strategien i England (bestiller-utfører og Trusts), har så sent som i 2004 forlatt en rekke av disse strukturer og sty-

³⁷ Agenda Muusmann, 2005, kap. 6. s. 245.

ringsformer til fordel for et langt mer konsolidert, samlet system og en langt større vektlegging på integrert styring.»

Den vesentligste grunnen som anføres for at bestiller-utførermodeller ikke fungerer, er at Eierstyring og innholdsstyring ikke kan skilles i et offentlig helse-system. Når politikerne har bestemt at alle skal få gratis behandling på sykehusene, når de har bestemt hvor mange sykehus det skal være og hvor de skal ligge, og når de bestemmer de økonomiske rammene som sektoren skal operere innenfor, må de også gi føringer med hensyn til aktivitetsnivå og oppgaver for det enkelte sykehuset³⁸. På tross av konklusjonen om å avskaffe bestiller-utførermodellen fordi den ikke fungerte, konkluderer departementet med at foretaksmodellen fungerer godt.

Hensikten med offentlig sektor

Å drive offentlig sektor dreier seg om på lang-siktig basis å sikre innbyggerne et godt tilbud. Offentlig sektor og de tjenestene befolkningen mottar fra det offentlige, representerer den norske velferdsstaten. Velferdsstaten er finansiert av fellesskapet gjennom blant annet skatt. De pengene som gjennom regjeringen og Stortinget bevilges og fordeles til velferdstjenester, er i sin helhet tiltenkt dette formålet. Regjeringens mål er å legge til rette for en sterk og effektiv offentlig sektor som kan være en sentral aktør i samfunnsbygging lokalt og regionalt, og som kan gi sine innbyggere gode tjenester.

Etter at regnskapslovens prinsipper ble tatt i bruk i helseforetakene, ble budsjettet erstattet av et årlig bestillingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Siden det nye økonomi-systemet ikke har opplegg for budsjettering

og det ikke stilles krav om utarbeidelse av budsjett, er det vanskelig å finne ut hvordan bevilgede midler brukes i henhold til styringsplaner. Det er vanskelig å vurdere kvaliteten på økonomistyringen utfra informasjonen som ligger i de årlige meldingene³⁹.

Regnskapslovens idé om å synliggjøre «hva det koster» betyr at investeringer og drift blandes. Det betyr at bruk av kapital skal framgå som en utgift som det må finnes en inntektskilde til. Samtidig brukes markedsverdier på eiendeler og gjeld. Dette innebærer at offentlige tjenester må lønne seg, gå med overskudd, for at virksomheten ikke skal utarmes finansielt. Dette er årsaken til at eien-domsmassen reduseres gjennom salg for å spare penger⁴⁰.

Den sentrale forskjellen på offentlig virksomhet og forretningspreget virksomhet er at den offentlige virksomheten disponerer inntekter for å sikre befolkningen fellesgoder. Målet er å disponere fellesskapets verdier slik at befolkningen får størst mulig velferd. Forretningsmessig virksomhet er derimot basert på at det produseres varer og tjenester som selges i et marked for å gi inntekter. Målet med virksomheten er å skape størst mulig overskudd, det vil si størst mulig differanse mellom inntekter og utgifter. Erfaringene så langt gjør at vi med rette kan spørre om sykehusenes overgang til regnskapslovens system har vært en god idé? Og om en forretningsmessig tilnærming på et område som har som mål å yte gode tjenester av høy kvalitet til befolkning overhode er egnet som metode?

Avsluttende kommentarer

Erfaringene viser at det er tid for å vurdere om det var riktig å skille så mye ansvar og beslutningsmyndighet fra politikken. Helsetjenester er viktig for befolkningen. Det er bred enighet om at forvaltnings- og beslutningsansvar over det som er finansiert i fellesskap må knyttes sterkere til de folkevalgte, både sentralt og regionalt. Sykehusreformen i 2002 var et klart brudd med betingelsene for demokratisk innflytelse i sykehuspolitikken. En viktig lokal-

³⁸ Eilertsen, R. 2005. *Når sykehus blir butikk. Om etablering av et sykehusmarked i Norge*. De Facto.

³⁹ Gjesvik & Vakhirina, 2013. *Lønnsom velferd?: endring av budsjett- og regnskapsmodell i kommunal sektor*. Masteroppgave. Rena: Høgskolen i Hedmark.

⁴⁰ Voldnes, 2007. *Helseforetakene – forretningsmessig drevne foretak i en større reform. Alternativ evaluering av helseforetaksreformen* (s. 29–38): Folkebevegelsen for lokalsykehusene.

politisk arena forsvant da eierskap ble flyttet fra fylkeskommunene til staten. Organiseringen i fristilte foretak og nytt regnskapssystem var hovedhensikten med sykehusreformen. Denne organisasjonsstrukturen er i dag den største hindringen for en helhetlig og framtidsrettet utvikling. Mangelen på demokratisk, folkevalgt styring nedenifra, og den fristilte foretaksmodellen, er hovedproblemet.

På tross av motforestillinger, evalueringsrapporter og gapet mellom intensjoner og konsekvenser, er tendensen at NMP-arkitektene fortsetter som sterke premissleverandør for reformering av offentlig sektor. Dette forsterkes ved at Kvinnslandutvalget konkluderer som de gjør og ikke foreslår å endre elementer som ikke virker etter hensikten, snarere tvert imot. Forvaltningsmodellen er et reelt alternativ til organisering av en offentlig virksomhet som spesialisthelsetjenesten. Debatten i kjølvannet

av Kvinnslandutvalget må ikke begrenses til kosmetiske endringer av et forretningsmessig foretakssystem som mange mener ikke virker etter hensikten. Stortingsvalget i 2017 bør bli et valg hvor grunnleggende verdier i utviklingen av den norske samfunnsmodellen må opp til bred debatt.

Alternative styringsmåter for bedre styring og kontroll med helsepolitikken er mulig med forholdsvis enkle virkemidler. En nasjonal sykehusplan som inkluderer budsjetter og investeringsplaner vil sørge for en langsiktig og forutsigbar sykehusstruktur- og planlegging. Ved en lovendring kan dagens forretningsregnskapssystemet avvikles, for så å gjeninnføre det budsjett- og regnskapssystemet som kommuner og fylkeskommuner bruker. Det kan etableres et representasjonssystem med folkevalgte styring av helseforetakene lokalt og fylkeskommunalt.

LITTERATURLISTE

Agenda & Muusman (2005). *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet: en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer*. Oslo, Agenda.

Arnesen et al. (2001). Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial- og Helsedepartementet om Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak m.m. og Ot.prp.nr.66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. Lokalisert på <http://www.velferdsstaten.no/file.php?id=12113>

Christensen, T. Lægred, P. Roness, P.G. og Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.

Eilertsen, R. (2005). *Når sykehus blir butikk, Om etableringen av et sykehusmarked i Norge*. De Facto, kunnskapssenter for fagorganiserte.

Eilertsen, R. (2009). *De tok tilbake sykehusene*. De Facto, kunnskapssenter for fagorganiserte og For velferdsstaten.

Herning, L. (2009). *Fra etat til konsern*. Masteroppgave, UiO.

Hood, C. (1998). *The art of the state. Culture, rhetoric and management*. Clarendon Press.

Jensen, B. Østre, S. & Hagen, U. (2010). *Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer: samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi*. Rena, Høgskolen i Hedmark.

Lægred, P. Opedal, S. Stigen, I.M. (2003). *The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy*. Rokkan Center for Social Studies

Mydske, Claes og Lie (2007). *Nyliberalisme – idéer og politisk virkelighet*. Oslo, Universitetsforlaget.

Olsen, J.P. og Lægred, P. (1993). *Organisering av offentlig sektor. Perspektiver – reformer – erfaringer – utfordringer*. Oslo, Tano forlag.

Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.

Røvik, K. A. (2007). *Fra ledelse til styring. I trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.

Veggeland, N. Red. (2013). *Jensen, B. Helsereformer i et NPM-perspektiv*. Akademika forlag.

Voldnes, F. (2007). *Helseforetakene – forretningsmessig drevet foretak i en større reform. Alternativ evaluering av helseforetaksreformen* (s. 29–38). Folkebevegelsen for lokalsykehusene.

WHO (2000). *The world health report 2000: Health Systems : improving performance*. Geneva: World Health Organization.

OFFENTLIGE DOKUMENTER

Dok. 3.3 (2009–2010): *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Om helseforetak m.m. (2002).

NOU 1996:5 *Hvem skal eie sykehusene?*

NOU 2000:22 *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*.

Ot.prp.nr.66 (2000–2001).

Helse Vest RHF, styresak 0140/080, 24.01.2008.

Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten*. Høringsnotat av 18. januar 2001. Helseforetaksloven. Lov av 15. juni 2001 nr. 93. om helseforetak m.m. med endringer (2013).



Professor emeritus **Bjarne Jensen**

NORGE BRUKER FÅ RESSURSER TIL HELSETJENESTER SAMMENLIGNET MED ANDRE RIKE LAND

I Norge har det pågått en diskusjon om hvor høye våre utgifter til helsetjenestene er sammenlignet med andre land. Den startet med at våre sentrale helsemyndigheter hevdet at Norge hadde de nest høyeste utgiftene – etter USA.

Noen ganger er påstanden modifisert til at Norge er på tredjeplass, etter USA og Sveits. Men disse tallene fra Helsedepartementet og -direktoratet, helseøkonomer og Statistisk Sentralbyrå brukte regjeringen, helseministeren og flertallet på Stortinget uansett som hovedargument for den omstridte helsefor- etaksreformen i 2001. Den gikk ut på å om- organisere sykehusene fra fylkeskommunal eierskap og styring til å organisere dem etter mønster for store forretningskonserner og sty- re dem etter bedriftsøkonomiske prinsipper.

Fra 2006 og utover ble det påvist at det sammenligningsgrunnlaget som SSB brukte ikke var riktig. I 2013 måtte sjefen i SSB mot- villig bekrefte at de hadde brukt feil tall, og skrev følgende på SSBs nettsider og i Dagens Næringsliv: «Sammenligner vi ressursbruken

i helsesektoren per innbygger, viser OECDs beregninger for 2009 at den norske gjennom- snittsbruken var tilnærmet lik gjennomsnittet for de vestlige EU-landene. På dette nivået lå også Sverige, Danmark og Østerrike. Neder- land og Sveits brukte mest, og lå cirka 20 pro- sent høyere enn Norge.»¹

Påstandene om våre eksepsjonelt høye helseutgifter er til tross for dette nå på vei tilbake. Nasjonalt kunnskapssenter for helse- tjenesten og SSB fortalte i 2015 de gamle og uriktige historiene om helseutgifter i Norge sammenlignet med andre land.²

Hvorfor gir OECDs be- regninger feil tall for Norge?

I OECDs sammenligninger³ av medlems- landenes utgifter til helsetjenester framstår Norge med svært høye helseutgifter sammen- lignet med andre land. Det førte til påstander om høy ressursinnsats til helsetjenester uten å oppnå gode nok resultater, med andre ord: Norge driver sin helsesektor på en lite effektiv måte. OECD-tallene som mål på ressursbruk til helsetjenester er imidlertid ukorrekte, og overdriver Norges ressursbruk på grunn av to forhold:

- Norge rapporterer utgifter til langtidspleie som helseutgifter som andre land registre- rer som sosiale utgifter.
- OECD bruker kjøpekraftsparitet⁴ for BNP (prisomregning basert på alle varer og tjenester som inngår i et lands BNP) og ikke en kjøpekraftsparitet for prisene på ressursinnsatsen til helsetjenester.

¹ Scheel, H. H. *Høye helseutgifter?* Dagens Næringsliv 29.01.2013 og kommentar SSBs nettsider 31.01.2013.

Se for eksempel SSB Helseregnskap 2015 eller Helgeland, I. Lindahl, A.K. Saunes, I.S: *Norske helsetjenester sammenlignet med andre OECD-land.*

² OECD: *Health at a Glance.*

³ Europalov.no. Basisinformasjon om kjøpekraftspariteter. «KKP-er er omregningsfaktorer som er nødvendige i inter- nasjonale sammenligninger der en ønsker å sammenligne økonomiske størrelser som for eksempel bruttonasjonal- produkt (BNP) eller konsum per innbygger. Slike økono- miske størrelser er i utgangspunktet uttrykt i hvert enkelt lands valuta og prisenivå. Dette fører til at land med høyt prisenivå vil få sin posisjon overvurdert i forhold til land med lavt prisenivå, og omvendt. Bruk av KKP-er som omregnings- faktorer i stedet for nominelle valutakurser, sikrer at tallene for hvert enkelt land uttrykkes i et felles prisenivå og en felles (beregningsteknisk) valuta. Dette er nødvendig for å sikre sammenliknbarhetene mellom landene.»

⁴ Søgaard, Jes. *International Reliability of SHA Total Expen- diture on Health.* 2008.



Når vi korrigerer for disse to feilkildene, er ressursbruken til helsetjenester per innbygger i Norge omtrent på gjennomsnittet for europeiske land. De landene som bruker mest er Sveits, Nederland, Tyskland og Frankrike. Av de nordiske landene bruker Sverige mest. Dersom vi ser på hvor mye som brukes i forhold til bruttonasjonalproduktet, er Norge blant de landene som bruker minst. Danmark ligger også lavt sammenlignet med andre land med så høyt inntektsnivå.

Langtidspleie

Norge rapporterte at i 2010 utgjorde langtidspleie 29 prosent av de norske helseutgiftene. Gjennomsnittet for europeiske OECD- land

var 10 prosent, mens for eksempel Sverige rapporterte 8 prosent og Finland 11 prosent. Dersom de nordiske landene hadde rapportert samme virksomhet som langtidspleie, ville ressursinnsatsen vært fire ganger høyere i Norge enn i Sverige og Finland. Dette er selvsagt feil, og skyldes at Sverige og Finland registrerer utgifter til langtidspleie (sykehjem og hjemmesykepleie) som sosiale utgifter. Når vi sammenligner landenes helseutgifter må vi derfor holde langtidspleie utenom⁵.

Sammenligning av helseutgiftene inklusive langtidspleie kan til og med være bortimot en umulig oppgave. Det skyldes at tradisjoner og tiltak fra land til land med hensyn til hvordan langtidspleie ivaretas er så ulike⁶ at det ikke er mulig å sammenligne med enkle tall.

Dersom vi ser på hvor mye som brukes i forhold til bruttonasjonalproduktet, er Norge blant de landene som bruker minst.

⁵ Søgaard, Jes. International Reliability of SHA Total Expenditure on Health. 2008.

⁶ Fra ren nød, hjelp fra ideelle organisasjoner, familieomsorg, egne boliger kombinert med hjelp fra det offentlige og institusjoner av typen sykehjem.

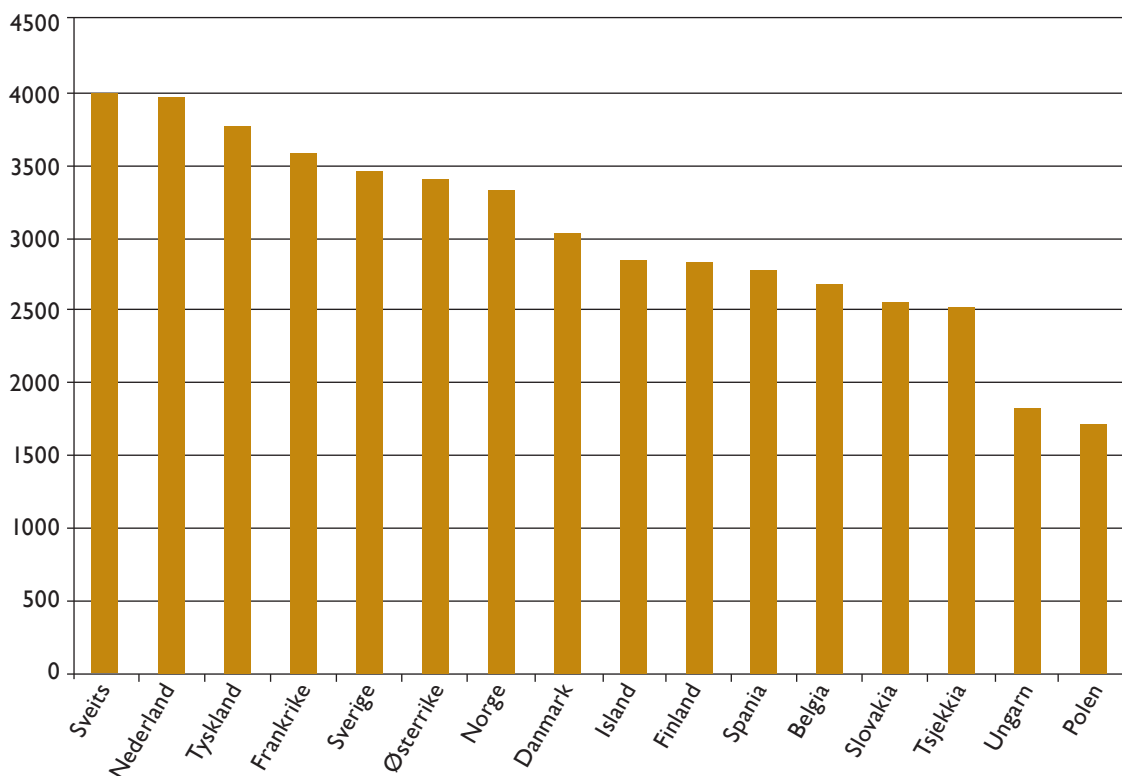


Fig 1. Helseutgifter eksklusiv langtidspleie per innbygger i europeiske land. Kjøpekraftsparitet helsetjenester, 2009.

Prisomregningene

Den andre feilkilden, at kjøpekraftspariteten for BNP brukes i stedet for kjøpekraftspariteten for innsatsfaktorene til helsetjenester, slår også spesielt ut for Norge. Det skyldes hovedsakelig at Norge har et vesentlig høyere inntektsnivå enn gjennomsnittet av europeiske land. Det er prinsipiell enighet om at det er feil på å bruke kjøpekraftspariteten for BNP når det er ressursinnsatsen som skal måles. Skal det gjøres, må vi bruke en kjøpekraftsparitet som gjenspeiler «prisforskjellene» på de ressursene som brukes til helsetjenester.

Brukte vi riktige kjøpekraftspariteter, ville

ressursbruken i Norge reduseres med ca. 15 prosent. Mer generelt fører OECDs prisomregninger til at ressursbruken systematisk overvurderes i land med høyt lønnsnivå og undervurderes i land med lavt lønnsnivå.

Helseutgiftene per innbygger korrigert for feilkildene

Figur 1 viser hvordan de norske og danske helseutgifter er i 2009 sammenlignet med andre europeiske land når det er korrigert for feilkildene. Disse tallene viser at Norges helseutgifter ligger i et mellomstjikt mellom land med svært høy ressursbruk (Tyskland,

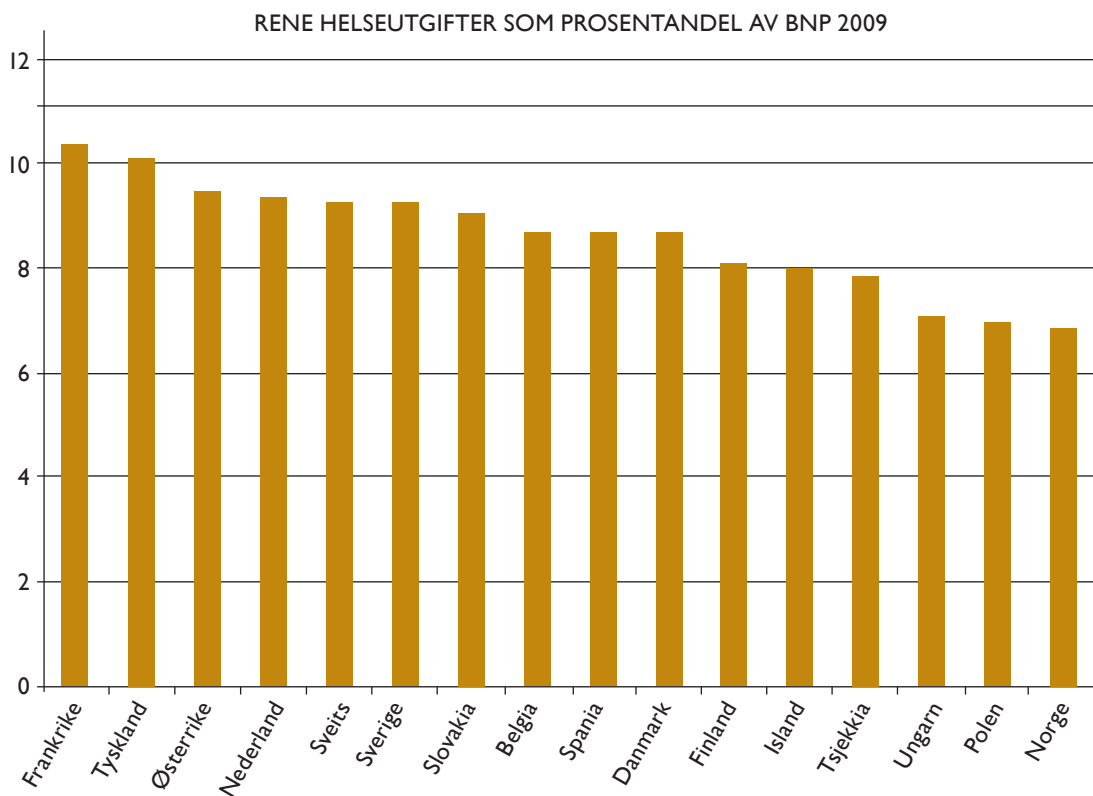


Fig 2. Helseutgifter som prosentandel av BNP, 2009.

Frankrike, Sveits og Nederland) og land med lav ressursbruk (østeuropeiske land). Sverige bruker mest av de nordiske landene, mens Finland bruker minst. Det som er mest overraskende i disse tallene er at Norge, et av landene med høyest inntektsnivå i Europa, ikke bruker mer.

Helseutgifter som prosentandel av BNP

Figur 2 viser helseutgiftene eksklusiv langtidspleie som prosentandel av BNP i 2009. Disse tallene viser at Norge bruker lavest andel av BNP til helsetjenester av de europeiske landene det er beregnet slike tall for her. Høyest ligger land som Frankrike, Tyskland, Østerrike, Sveits og Nederland, som alle bruker mer enn ti prosent av BNP til helsetjenester. Deretter

kommer blant andre de nordiske land med Sverige på topp og med Finland som lavest. Norge ligger sammen med en del østeuropeiske land aller lavest.

De internasjonale undersøkelsene av ressursbruk til helsetjenester viser entydig at jo høyere inntektsnivået og BNP er, dess større andel av BNP brukes på helsetjenester. Her er særlig Norge, men også Danmark, klare unntak.

De internasjonale undersøkelsene av ressursbruk til helsetjenester viser entydig at jo høyere inntektsnivået og BNP er, dess større andel av BNP brukes på helsetjenester.



Sentral...riet for
Øst... a/s
Rakkest... 2 04 05

Wärmer...
... 2018



Konkurranseutsetting av IKT-tjenester i Helse Sør-Øst – en uklok beslutning

Hans Martin Aase avdelingsleder sykehuskontoret i Fagforbundet

Rita S. Barlo Fagforbundets koordinator i Helse Sør-Øst

Konkurransetsettingen av IKT i Helse Sør-Øst er vedtatt av helseminister Høie i Foretaksmøte. Saken har stor betydning, og kan ha konsekvenser for datasikkerheten i sykehusene våre og for personvern hensyn. NRK har nettopp avdekket flere skandaløse hendelsene knyttet til outsourcing av IKT-systemer i Statoil til India. Det er helse- og omsorgsminister Høie og Regjeringen Solberg som har ansvaret for denne outsourcingen. Har Høie sørget for å innhente Helsetilsynets og Datatilsynets syn på den risikoen dette kan skape? Hvis det ikke er gjort, må vi reise spørsmål om deres saksbehandling har vært forsvarlig.

Helse Sør-Øst RHF er landets suverent største regionale helseforetak, med ansvaret for å levere tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten for 2,8 millioner innbyggere. Regionen består av ti fylker og elleve helseforetak. Sykehuspartner HF eies av Helse Sør-Øst RHF, og har det overordnede ansvaret for IKT-, HR- og innkjøpstjenester til alle sykehusene i Helse Sør-Øst. Foretaket har høyt kvalifiserte medarbeidere som kombinerer kunnskap om helsesektoren med teknologi-kompetanse, og som arbeider for å utvikle og levere framtidsrettede og effektive løsninger. Sykehuspartner HF har cirka 1300 ansatte og er en av Nordens største virksomheter på dette området.

Helse Sør-Øst opprettet i 2013 programmet *Digital fornying* med mål om omfattende fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologiske løsninger for å bidra til å styrke pasientsikkerhet og kvalitet, og sikre effektiv drift. Som en følge av dette program-

met ble det blant annet satt i gang en prosess for å undersøke muligheten for å outsource store deler av IKT-infrastrukturen.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Cathrine Lofthus, peker på at det er «grunnmuren» i IKT-systemet som vurderes konkurranseutsatt, hvor blant andre følgende elementer inngår: Databasetjenester, servere og lagringsløsninger, autentisering og autorisasjon (tilgangsstyring), datarom, nettverksløsninger, tilgjengelighet til kritisk data og backup av data.

Proessen

Fagforbundet fryktet fra starten at oppmerksomheten ville være konsentrert om forslag som medførte beslutning om outsourcing. Derfor har tillitsvalgte ved flere anledninger skriftlig påpekt at det i tillegg måtte arbeides med et reelt, oppdatert, realistisk og godt alternativ i egen regi basert på tilsvarende

rammevilkår som for en eventuell ekstern partner. Helse Sør-Øst arbeidet derfor videre med to prosjekter. Infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMP) skulle utarbeide et forslag til videre drift i egen regi, mens Strategic Partnership in IT Infrastructure Services (SPIIS) skulle arbeide videre med et forslag som innebar konkurranseutsetting.

Infrastrukturmoderniseringsprogrammet framsto tidlig som en skinnprosess for både tillitsvalgte og ansatte fagpersoner i Sykehuspartner. Hovedbakgrunnen for en slik oppfatning var at IMP med sine kostnader og tidsbruk ville være et lite attraktivt valg som framtidig løsning.

Som et resultat av dette, begynte fagpersoner i Sykehuspartner på eget initiativ og egen fritid arbeidet med å utvikle et forslag til videre drift i egen regi. Gruppen av fagpersoner tok etter hvert kontakt med Fagforbundets tillitsvalgte basert på de omtalte skriftlige protokolleringene som viste at det i denne saken var mange sammenfallende synspunkter.

Forslaget pekte særlig på følgende fordeler med å velge videre drift i egen regi:

- Betydelig mindre kostbart – frigjør nødvendige midler til øvrig drift og investering i foretaksgruppa.
- Beholder et svært kompetent fagmiljø i egen organisasjon.
- Gir større fleksibilitet i valg av løsninger for helseforetakene og foretaksgruppa.
- Raskere gjennomførbart. Forslaget innebærer en gjennomføring av beskrevne tiltak innen 2020, mens Helse Sør-Øst har skjøvet vesentlige tiltak for ferdigstilling innen 2025.

Fagforbundets tillitsvalgte fattet raskt interesse for fagpersonenes arbeid, og informerte ved flere anledninger ledelsen i Helse Sør-Øst om dette initiativet – etter hvert også med konkrete forslag til gevinstrealisering. Styret i Helse Sør-Øst ble informert om dette initiativet på styremøtet i juni 2016 av ansattrepresentant Svein Øverland. Tillitsvalgte pekte på at et

slikt initiativ tydet på en for dårlig involvering av fagsterke ansatte i utgangspunktet.

Helse Sør-Øst besluttet deretter å engasjere konsultentselskapet EY for å vurdere forslagene til faggruppa. I EYs notat 29. august 2016¹ framgår det at de tekniske løsningene er både relevante og framtidsrettede, men EY mener det ikke er tilstrekkelig grunnlag for å gjøre beregninger på de antatte økonomiske gevinster som faggruppa estimerer. På oppdrag fra Fagforbundet utarbeider Samfunnsøkonomisk analyse rapporten *Digital fornying og tjenesteutsetting i Helse Sør-Øst*². De konkluderer med at manglende gevinstrealisering kan ha flere årsaker, og at konkurranseutsetting synes mest aktuelt kun ved mangel på intern kompetanse. De anbefaler Helse Sør-Øst å gjøre grundigere utredninger for å finne de bakenforliggende årsakene.

Ansattrepresentant Svein Øverland fremmer i Helse Sør-Østs styremøte 8. september 2016 derfor forslag om å utsette saken og utrede videre drift i egen regi basert blant annet på forslagene fra faggruppa i Sykehuspartner. Dette blir nedstemt, og styret beslutter å konkurranseutsette IKT-tjenestene til Hewlett Packard Enterprise (HPE). Svein Øverland er den eneste som stemmer imot. Vedtaket i Helse Sør-Øst blir bekreftet av helseministeren i Foretaksmøte noen dager senere. Også denne gangen med protokollering av ansattrepresentant Svein Øverland.

Risikoen

Fagforbundet har sammen med forbundene El & IT og NITO hele tiden pekt på at en outsourcing av IKT-infrastruktur innebærer en uakseptabel høy risiko. Konkurranseutsetting er en av de største IKT-kontraktene til private aktører i Norden. Ifølge NRK³ anslås det at kontrakten kan ha en verdi på mellom seks og sju milliarder kroner over en sjuårsperiode.

Mange selskaper har erfart at konkurranseutsetting av denne typen tjenester blir kostbart over lengre tid. Uforutsette utgifter og transaksjonskostnader er oftest ikke med i beregnin-



gene, men viser seg gang på gang å bli betydelige. Fagforbundet frykter også at krav om rask tilpassing til HPEs standarder kan påføre de enkelte helseforetakene betydelige kostnader.

IKT-infrastruktur er i dag driftet av svært dyktige ansatte i Sykehuspartner. En rapport fra konsultentselskapet Gartner Group⁴ konkluderte med at Sykehuspartner er svært kostnadseffektiv. Dette er en høykompetent arbeidsplass med spisskompetanse som Norge trenger i framtida. Fagforbundet mener det er uklokt å rive ned gode fagmiljøer i eget land som vil ha stort potensial til å bidra til vekst i en næring som både helsevesenet og andre gjør seg mer og mer avhengig av.

Det er grunn til å stille spørsmål om Helse Sør-Øst og Sykehuspartner har gjennomført en tilstrekkelig åpen og inkluderende prosess. Det faktum at egne ansatte og eget fagmiljø ser seg nødt til å bruke fritida for å imøtegå det de oppfatter som en uansvarlig prosess, tyder ikke på det. Her er det også grunn til å peke på at direktøren for teknologi og eHelse, Thomas Bagley, gikk langt i å erkjenne at radiologiløsningen, som i en tidligere styresak (2013) ble framlagt som hylleware, nå etter flere års forsinkelser og økte kostnader viser seg ikke å være det⁵. Basert på tidligere erfaringer i IKT-saker, risikobildet og manglene som beskrives når det gjelder prosessen, kan det stil-

les spørsmål om styret i en så viktig sak har et tilstrekkelig grunnlag til å ta en forsvarlig beslutning. Det vises også til Samfunnsøkonomisk analyses anbefaling til Helse Sør-Øst om å gjøre grundigere utredninger for å finne de bakenforliggende årsakene til manglende gevinstrealisering.

Det er verdt å merke seg at det er valgt ulik strategi i de regionale helseforetakene. Helse Vest og Helse Nord har valgt en vei som i stor grad innebærer drift av disse tjenestene i egen regi. Fagforbundet synes det er underlig at de regionale helseforetakene velger så ulik strategi – særlig med tanke på hva dette innebærer for en eventuell framtidig nasjonal samordning av IKT-infrastruktur for spesialisthelsetjenesten. Vi frykter at eier ut fra de politiske signalene som gis skal legge press på å velge private løsninger også i de øvrige helseregionene.

Det har i mediene kommet fram at de to aktuelle konkurrentene Hewlett-Packard Enterprise og Computer Science Company siden høsten 2015 har arbeidet for å slå seg sammen. Nylig ble vedtak om en sammenslåing av disse to selskapene offentlig⁶. Selve sammenslåingen er planlagt fullført i mars 2017. Det er grunn til å stille spørsmål om det forelå reell konkurranse i denne situasjonen. Helse Sør-Øst har i en juridisk vurdering konkludert med at dette ikke påvirket anskaffelsesprosessen.

Den siste tiden har NRK pekt på at flere norske selskaper (deriblant Tomra) velger å insource IKT-tjenestene igjen etter dårlige erfaringer⁷. Spesialisthelsetjenesten behandler svært sensitiv data. Både Nasjonal sikkerhetsmyndighet og Finanstilsynet⁸ er bekymret over at sensitiv data kan utnyttes av ondsinnede aktører når utenlandske selskaper tar over en større del av driften. Nylig har vi hørt om den indiske IT-arbeideren som med et tastetrykk stanset produksjonen ved raffineriet på Mongstad. Han hadde kommet seg inn på en server han ikke skulle ha tilgang til. Statoil må nå forklare seg for Petroleumsstilsynet, som har åpnet fire granskinger av selskapet på én måned⁹.

Pensjonistforbundet har i brev til Datatil-

synet pekt på at å lokalisere databehandlingen til et EU/EØS-land, ikke gir tilstrekkelig sikkerhet for forsvarlig behandling av persondata dersom selskapet som behandler dataene er amerikansk og underlagt amerikansk lov. De er bekymret for at databehandlere som befinner seg i utlandet gis tilgang til pasientdata som fysisk er lagret på norske servere dersom dataene overføres til utlandet for behandling. Å plassere serverne i Norge gir nødvendigvis ikke tilstrekkelig sikring av dataene dersom data lagret på disse serverne kan fjernakseses fra utlandet, hevder de i brevet¹⁰.

Burde satse på egne ansatte

I mediene har vi kunnet lese om hvordan HPE behandler sine ansatte¹¹. Titusener har blitt sagt opp uten sluttvederlag eller tvunget over i vikarbyråer¹². HPE opplyser selv at strategien er å flytte store deler av arbeidsstokken til lavkostland med utstrakt bruk av underleverandører, noe Helse Sør-Øst åpner for i styresaken¹³. Igjen ser vi at det er de ansatte som betaler prisen for eiernes mål om å ta ut maksimal profit.

Regjeringen sier dette er en ønsket politikk. Fagforbundet hevder det er stor usikkerhet knyttet til de påståtte besparelsene og data-sikkerhet. Vi mener det blir både vanskelig og kostbart å bygge opp et utradert fagmiljø i egen regi i framtida. Derfor hadde det vært klokt om Helse Sør-Øst hadde valgt å satse på egne ansatte i stedet for å bidra til usikkerhet og uønsket kompetanseflukt fra Norge.

Etter beslutningen om konkurranseutsetting av IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst og tasteskandalen i Statoil, har Fagforbundet, NITO og El & IT gått sammen om å foreslå at det lages et nytt lovverk mot utflagging av kritiske IKT-tjenester. Vi mener pasientdata og behandlingen av pasientdata må defineres som kritisk infrastruktur i sikkerhetsloven. Lovfestingen har som formål å sikre nasjonale kritiske samfunnsfunksjoner gjennom en bedre og mer forsvarlig håndtering av IKT-systemer.

Les mer om styring av informasjonsteknologi

Hovedkonklusjonen i professor Knut Ingar Westerns artikkel i Samfunn og økonomi 1/2015 – *Styring av informasjonsteknologi i offentlig sektor. Hvordan kan vi forstå problemer og suksesser* – er: «Både teori og praksis tyder på at tradisjonell New Public Management-logikk med konkurranseutsetting og privatisering av deltjenester, ikke fungerer godt dersom offentlig virksomhet skal ta i bruk IT på en helhetlig og behovsbasert måte.»

Det er interessant å se på en del forskningsresultater og betraktninger rundt konkurranseutsetting og privatisering av IT-tjenester innenfor helse, samferdsel og offentlig administrasjon i internasjonal sammenheng. Her pekes det fra OECDs side på flere negative enn positive resultater. Hovedproblemet med å flytte IT-tjenestene fra offentlig sektors kjerneaktivitet til en privat aktør er at offentlig sektor da mister styringsmuligheter, kunnskap og kompetanseoppbygging som i mange tilfeller viser seg å være nødvendig for å kunne bruke IT-tjenestene på en hensiktsmessig måte. (Se OECD: *Moder- nizing Government: The synthesis*. Paris, 2004, p. 127).

NOTER

¹ http://www.helse-sorost.no/aktuelt/digitalfornying/Documents/2551_001.pdf.

² *Digital fornying og tjenesteutsetting i Helse Sør-Øst, Samfunnsøkonomisk analyse*.

³ <https://www.nrk.no/norge/flagger-ut-sykehusenes-datasystem-til-amerikanere-l.13114047>.

⁴ <http://fagbladet.no/nyheter/intern-rapport-sar-tvil-om-lonnsomheten-hvis-helseit-privatiseres-6.91.404301.5b266ff4b3>.

⁵ <http://www.tv2.no/nyheter/8346584>.

⁶ <http://www.pcworld.com/article/3074937/hpe-is-spinning-out-its-huge-services-business-and-merging-it-with-csc.html>.

⁷ <https://www.nrk.no/norge/tapte-mye-pa-it-utvikling-i-india-l.12930103>.

⁸ <https://www.nrk.no/norge/fri-flyt-av-informasjon-kan-utnyttes-av-ondsinnede-l.12920235>.

⁹ <https://www.nrk.no/norge/xl/tastefeilen-som-stoppet-statoil-l.13174013>.

¹⁰ Brev fra Pensjonistforbundet til Datatilsynet.

¹¹ <http://fagbladet.no/nyheter/helse-sorost-vurderer-a-samarbeide-med-selskap-siktet-for-okonomisk-juks-6.91.406525.7b55832782>.

¹² <http://www.digi.no/artikler/hp-skal-kvitte-seg-med-mange-tusen-ansatte/359454>.

¹³ http://www.helse-sorost.no/omoss/_styret_/Documents/Styremoter/2016/20160908/069-2016%20Saksframlegg%20-%20IKT-infrastrukturmodernisering%20i%20HSØ.pdf.





Eli Berg, lege og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo

HOLD MUNN ELLER GÅ!

MAKT OG AVMAKT I HELSEVESENET

Jeg har vært allmennpraktiserende lege i mer enn 25 år. Fra 1999 tilknyttet universitetet i Tromsø, fra 2006 første-amanuensis ved universitetet i Oslo, campus Ahus. Jeg disputerte i 2004 på en avhandling som tok opp erfaringer med at når pasienter fant en følgeriktighet mellom sin livsfortelling og sykdomsutvikling, så ble mange kronisk syke personer friske.

I ettertid har det interessert meg hvordan helsepersonell – og spesielt leger – har det i dagens helsevesen. For hvis ikke de som arbeider i helsevesenet har det ok i arbeidssituasjonen, så vil det heller ikke bli mulig med gode og konstruktive pasientmøter.

NPM i helsevesenet

Fra 2006 fikk jeg anledning til å følge helsepersonell på Ahus i tiden før, under og etter innflytting i nytt sykehus. 80 personer takket ja til intervjuer i flere omganger gjennom en fireårsperiode fra 2006 til 2010 om hvordan de hadde det på arbeidet, for å si det kort.

Underveis ble det mer og mer klart for meg hvor inngripende New Public Management-tenkningen – altså såkalt modernisering av offentlig sektor eller markedsetterligning – hadde fått bli innenfor alt fra arkitekturen i nybygget, organiseringen av ansatte, og bruken av IT – ja, faktisk helt inn til behandlingen av pasientene, og da en utvikling i negativ retning. En kortversjon er presentert i boka *På helse løs. Økonomifokuset i norske sykehus*.

Ytringsfriheten trues

Det siste prosjektet mitt er presentert for allmennheten i boka *Hold munn eller gå! Makt og avmakt i helsevesenet*. Utgangspunktet var at jeg i 2012 foreleste på et kurs for leger.

Etter møtet kom den ene doktoren etter den andre bort til meg og ville fortelle om egne og andres erfaringer med trakassering fra ledere over dem. Historiene sjokkerte meg. Jeg tenkte at dette ville jeg forsøke å finne litt mer ut av.

I 2014 reise jeg rundt i Norge og intervjuet kolleger i både kommunehelsetjenesten og på sykehus, leger som hadde sagt seg villig til å fortelle om erfaringer med trakassering fra sjefer. Det hører med til historien at en tredel av dem jeg henvendte meg til ikke ønsket å gå inn i fortellingene sine igjen. Noen skrev eksplisitt at de ikke orket, ikke våget, eller rett og slett ikke kunne gå inn i stoffet nok en gang.

Informantene

Jeg hadde samtaler med overleger på sykehus og allmennpraktikere i kommunehelsetjenesten. Det som slo meg underveis, var at dem jeg møtte var faglig og menneskelig sterke leger, foregangskvinner og -menn på hver sine fagfelt. Det var personer som dessuten våget å heve sin røst når sider ved organisering og drift av helsetjenesten ikke var tjenlig verken for pasienter eller helsepersonell.

Sakene

Det var ulike saker som lå til grunn for at kolleger ble trakassert av ledere over dem. For

noen var det for eksempel kunnskap om at det i sykehuset ble trikset med ventelister. Som en fortalte: «Du hadde kanskje satt opp en pasient til time på poliklinikken om tre uker. Så oppdager du at noen har vært inne i systemet og endret det til tre måneder – noe som ser ut som at du selv har satt det opp.»

Andre kolleger ble klar over at uriktige diagnoser ble stilt på pasienters tilstand eller behandling, slik at sykehuset kunne hente mer penger ut av potten. «Dette kunne vi jo ikke fortsette med!», som en kollega uttalte. Noen kom med forslag til faglige forbedringer, men som ledelsen ikke ville høre om. Og mest overraskende kanskje var at tillitsvalgte noen steder ble trakassert inntil trussel om oppsigelse når de la fram synspunkter – og da på vegne av de legene de var tillitsvalgt for. En urimelig rolleforståelse i ledersjiktet.

I kommuner var det særlig omsorgen for eldre og svært syke som bidro til at leger hevet stemmen, og til slutt gikk til mediene når tjenestevei ikke førte fram. Det er for eksempel ingen spøk å legge ned hele sykehjem eller spesialavdelinger for demente.

Trakasseringen

Rådmenn og ordførere, sykehusdirektører og avdelingsledere – kort sagt personer relativt høyt oppe i hierarkiet – brukte hersketeknikker som vi kjenner godt fra ulike saker som har versert i mediene de siste årene: Forbud mot å uttale seg, trusler, trakassering, forbigåelse, skriftlig advarsel, usaklig oppsigelse, anmeldelse og arbeidsrettssak. Altså hele spekteret ble brukt for å kneble eller kvitte seg med brysomme stemmer.

Noen av de rettssakene jeg fikk innblikk i – inklusive dokumenter fra rettsprosessene – fortalt meg at noen av arbeidsstedene burde vært politianmeldt for falske anklager. Flere kolleger var blitt dømt uønsket i enhver legestilling i hele sin helseregion. Bakgrunnen var at arbeidsgiver fikk støtte i retten på at legene var «en fare for pasientene». Dette fant sted uten at legene hadde hatt en eneste klage på

Flere uttalte i intervjuene at de aldri hadde drømt om at den slags prosesser kunne foregå i helsevesenet.

seg til tilsynsmyndighetene verken fra pårørende, pasienter eller helsepersonell på avdelingene sine.

Oppkonstruerte bekymringsmeldinger som ikke ble dokumentert, personkarakteristika tatt rett ut av løse lufta, og en advokatstand som syntes å være mer opptatt av eget honorar enn av rettferdighet, gjør at jeg vil hevde at rettssikkerheten for leger som hever sin røst kan bli ikke-eksisterende om det får fortsette på denne måten. Vi snakker i bunn og grunn om justismord i flere av sakene jeg fikk kjennskap til underveis. For eksempel sa en advokat til en av våre kolleger som var havnet i arbeidsretten – i kortversjon: «Vi har ubegrenset med midler. Vi vet hvor vi vil. Vi har våre metoder. Det kommer flere saker. Og vi kommer til å vinne dem.»

Legenes reaksjoner

Kollegene jeg snakket med hadde reagert ulikt på det de var blitt utsatt for. Alle var blitt alvorlig krenket, men i noe ulik grad. Enkelte av legene går heldigvis med rak nakke og er fortsatt i jobb. Andre har rømt landet. Noen er blitt uføretrygdet i altfor ung alder. Og noen har vært på kanten av å ta sitt eget liv.

Alle har opplevd trakasseringer fra ledersjiktet som unødvendig, uærlig og uverdig. Flere uttalte i intervjuene at de aldri hadde drømt om at den slags prosesser kunne foregå i helsevesenet. Enkelt var sjokkert over at heller ikke rettsvesenet så ut til å beskytte dem.

Omdømmebygging

Noen leger hadde ikke sagt mye, men tydeligvis nok til å skremme ledere som var mer opptatt av omdømmebygging enn av helsetje-

Hvordan skal politikerne kunne fatte gode beslutninger, om ikke fagfolkene som har størst innsikt i problemstillingene skulle få ytre seg offentlig?

nestens mandat og samfunnsoppgave. Vårt oppdrag som leger er jo å hjelpe pasienter med sykdom eller skade – noen til helbredelse, andre til å få det bedre og andre igjen til å få en verdig avslutning på livet. Konkurransen om å være «flinkest i klassen» kunne synes å være styrende, spesielt i sykehus, godt hjulpet av de siste årenes helseministre som vil gi mer penger til dem som nettopp er «flinkest». Men flinkest i hva? Jo, i det som kan telles og ikke nødvendigvis det som teller.

Om det lokale sykehuset rangeres som nummer 10 eller nummer 3 på en eller annen skala er ikke interessant for befolkningen, så lenge pasienter får beholde sitt lokale – og fullverdige – sykehus og erfarer at personalet gjør en god og forsvarlig jobb.

Konkurransen mellom sykehus (les økonomien) – og til og med innad mellom avdelinger i samme sykehus – harmonerer dårlig med at fokus må være på *samarbeid* for å hjelpe personer som trenger helsehjelp i dag. Dette gjelder både overfor yngre og spesielt eldre pasienter, som ikke sjelden har flere lidelser som innvirker på hverandre og som «tilhører» ulike spesialiteter i sykehus.

Fryktkultur

Fryktkulturen som jeg bare så vidt har antydnet her, har fått utvikle seg i hele offentlig sektor over flere år nå og er svært uheldig. Det er jo et paradoks at vi i 2014 feiret yrtingsfriheten gjennom grunnlovsjubileet.

Sivilombudsmannen har for øvrig klart slått fast at en ansatt for eksempel i helsetjenesten har både rett og plikt til å si ifra i det offentlige rom om forhold som vedkommende mener er uheldige – når de ikke når fram tje-

nestevei. Det er viktig ikke bare for det som påpekes konkret, men for at forhold i samfunnet kan diskuteres åpent. Hvordan skal politikerne kunne fatte gode beslutninger, om ikke fagfolkene som har størst innsikt i problemstillingene skulle få ytre seg offentlig? Dette er jo en viktig del av demokratiets grunnvoll. Sivilombudsmannen presiserer at en ansatt skal kunne uttale seg i mediene med navn, yrke, stilling og arbeidssted. Men ikke på *vegne* av arbeidsgiver, naturligvis.

Men det koster. Det ser vi jo. Så det er etter hvert mange som ikke våger å stå fram alene. Dette er en farlig utvikling som har kommet inn gjennom forsøk på å lage en lineær produksjonsbedrift av for eksempel et sykehus. For å illustrere dette: Du har råvarer, en lineær produksjonsprosess, og du får ut en vare som du så skal selge i et marked – og da i konkurranse med andre produsenter. Og konkurranse kan jo av og til mistenkes for urent trav. Her kommer den innebygde mistilliten i NPM-tenkningen inn. Men helsevesenet – som andre deler av offentlig sektor – er ikke produksjonsbedrifter, men kunnskapstunge problemløsende institusjoner, en *tjeneste* for hele befolkningen, solidarisk betalt over skatteseddelen.

Å tro at vi kan få et velfungerende helsevesen ved å late som om vi fungerer som en produksjonsbedrift kan karakteriseres som et kategorimistak, noe den norske filosofen Hans Skjervheim ville kalt denne markedsideologien inn i offentlig sektor. Et fremmed stammespråk følger dessuten i kjølvannet. Og det er ikke å kimse av, skal vi tro den østerrikske filosofen Ludvig Wittgenstein. Han sier at «språket forhekser forstanden». Altså at de ordene vi bruker *skaper* virkelighet.

Jeg vil nevne et lite knippe fra dette fremmede stammespråket som har sneket seg inn i sykehus, og som jeg har funnet i dokumenter og som jeg hører på allmøter på sykehus:

- Pasientbehandling = produksjon (EPJ: DIPS produksjon)
- Helsehjelp til pasienter = leveranse



- Å tilby adekvat helsehjelp til pasienter i rett tid = levere varene
- Når det hoper seg opp i mottaket = ikke å få avsetning av varene
- Venteliste = ordreserve, også kalt biomasse osv. osv.

Økonomifokus i stedet for faglig fokus er en farlig trend i helsevesenet, som i resten av offentlig sektor. Når de profesjonelle ikke oppnår respekt for sin faglighet, og ikke får mulighet til å praktisere denne til beste for dem de skal betjene, så er det fare på flere måter. «Jeg gjør jobben min skikkelig, men så går jeg hjem,» uttalte flere kolleger i prosjektet mitt på Ahus. Uten engasjement for fagutvikling og forskning for en stadig bedre helsetjeneste, når fagfolk ikke blir respektert for sin kompetanse og ikke får frihet til å bruke denne, så blir det som en undersøkelse Akershus legeforening gjennomførte nylig på fylkets to sykehus, nemlig Bærum og Ahus. 1000 leger ble spurt om de hadde tenkt å skifte arbeids-

plass i nær framtid og i tilfelle hvorfor. Ca. 50 prosent svarte og ca. 50 prosent av disse igjen kunne bekrefte at de hadde tenkt seg bort – og da spesielt på grunn av den uholdbare arbeidssituasjonen.

Men så behøver vi ikke finne opp «kruttet» – det har faktisk noen andre gjort allerede.

Vi kan se til Skottland

Vi kan organisere oss annerledes. I 2013 fikk jeg anledning til å reise sammen med en gruppe forskere til Edinburgh. Bakgrunnen var at Roar Eilertsen, leder av forskningsstiftelsen De Facto, hadde besøkt landet i 2008 og skrevet en utførlig rapport om skotske erfaringer med å skrote foretaksmodellen i helsevesenet i landet. Spørsmålet i 2013 var om skottene fortsatt var like fornøyd med overgangen fra «butikkmodell» til en forvaltningsmodell for spesialisthelsetjenesten, slik de hadde fortalt om i 2008.

I løpet av tre dager hadde vi samtaler med helseministeriet, «skyggehelseministeren» (fra opposisjonen), de skotske fagforeningene i helsevesenet – tilsvarende det norske Fagforbundet – Sykepleierforbundet og Legeforeningen. Vi ønsket å lytte til hvordan det hadde gått med spesielt sykehusene deres. Det vi fikk høre underveis er publisert i nok en rapport fra Roar Eilertsen.

Fra foretak til forvaltning

Det vi fikk høre var en samstemt enighet – blant både politikerne og ledelsen av fagforeningene i helsevesenet – om at «butikkmodellen» var de helt ferdig med. De ønsket alle (unntatt seks, sju prosent toryer) at helsevesenet skulle være heloffentlig, finansiert med rammetilskudd og uten innslag av private tilbydere. Også støttefunksjoner som kantine, vask av klær og lokaler skulle høre til blant sykehusenes egne faste ansatte. De avvirket altså all «outsourcing» som hadde foregått under foretaksregimet.

I en tiårsperiode på 1980–90-tallet hadde Skottland samme organisering av sykehusene sine som resten av Storbritannia, nemlig som foretak à la det vi har hatt i Norge siden 2002. Men i 1999 fikk skottene større grad av indre selvstyre. Det første de gjorde da de selv kunne bestemme over velferdstjenestene, var å slå fast at en viss prosent av overføringene fra London heretter skulle gå til helsevesenet, og at de ikke lenger skulle ha en bestiller-utførermodell i driften av sykehusene. Stykkprisfinansieringen, såkalt innsatsstyrt finansiering (ISF) og DRG-koding (diagnoserelaterte grupper for inntekt til sykehuset) fikk raskt samme skjebne. I 2004, altså etter fem år med nedbygging av foretaksmodellen, sa skottene et endelig farvel til hele foretaksorganiseringen.

Organisering og ledelse

Skottland har mange fellestrekk med Norge: Innbyggertall på ca. fem millioner, noen store byer, men for øvrig relativt spredt boset-

tingsmønster, blant annet på høylandet og på øyer. De har tøffe værforhold i deler av året og derav utfordringer under pasienttransport, slik som vi også har i Norge. Men skottene har betydelig større sosiale forskjeller innad i egen befolkning. De har stor arbeidsløshet i noen områder, fortsatt fattigdom, uønsket mange tenåringssvangerskap, relativt stor rusproblematikk – alle faktorer som kan føre til livsstilssykdommer og tidlig død.

Skottland er delt i fjorten helsedistrikter (vi har nitten fylker), hver med et felles styre for primærhelsetjenesten og sykehusene. De har altså ikke vårt svarteperspill mellom forvaltningsnivåene, les samhandlingsreformen, for eksempel. I tillegg til de fjorten helsedistriktene har Skottland åtte sentrale enheter: AMK, VE-utdanning, ventelister, et nasjonalt sikkerhetssykehus, folkehelsearbeid, kvalitetsarbeid og et nasjonalt tjenestesenter med åpen linje, kalt NSH 24.

I 2013 var det i alt 29 sykehus spredt rundt i Skottland. De siste årene har de innført en mer demokratisk sammensetning av styrene, med direkte valgte representanter fra befolkningen, noe helsepersonell og noen utpekt sentralt fra helseministeriet. De fjorten helse-regionene får alle sine midler som rammetilskudd fra staten, noe som utgjør 80 prosent av det totale helsebudsjettet. Resten går til å finansiere til nasjonale fellestjenestene nevnt ovenfor. Når det gjelder primærhelsetjenesten har helsestyrene ansvaret for finansieringen av primærleger, tannleger, farmasøyter osv. Helsetjenestene i Skottland er gratis for alle. Til og med medisiner forskrevet av lege på «hvit» resept er gratis.

Viktige erfaringer

Hvilke erfaringer kunne skottene fortelle om etter nesten ti år med en heloffentlig forvaltningsmodell for helsetjenesten? De var selv overrasket over å ha oppnådd mer enn de hadde kunnet drømme om på forhånd, fortalte de oss. Dødeligheten for pasienter i sykehus var gått ned med 12,5 prosent, ventetider

Helseministeriet poengterte hvor viktig det var med samarbeid i stedet for konkurranse.

var sterkt redusert; det samme gjaldt sykehusinfeksjoner. Folkehelsen var forbedret langt ut over det de hadde forventet, og levealderen var økt, mens selvmordsraten var gått ned. De ansatte i sykehusene hadde fått tilbake stolthet over arbeidet sitt, engasjement og entusiasme. Sykemeldingsprosenten blant sykehusansatte var på vei ned mot fire prosent.

Underveis fikk vi i klartekst høre at effektiviteten i sykehusene hadde økt uten innsatsstyrt finansiering, og at kvalitetsarbeidet kan drives systematisk og godt innenfor en samarbeidsorientert driftsmodell. Og ikke minst viktig å vektlegge: *Skottene holder helsebudsjettet hvert år.*

Det som gjorde aller mest inntrykk på meg under samtaler med Helseministeriet, var hvilke holdninger de la for dagen til ledelse av helsetjenesten. De var helt klar på at de hadde tillit til at både befolkningen og helseprofesjonene visste hva som skulle til for å få gode helsetjenester. Denne holdningen viste ledelsen i praksis blant annet ved at de månedlig hadde kontakt med alle de fjorten distriktsstyrene og de åtte sentrale virksomhetene i helsetjenesten. Var de på rett vei? Noe som burde endres? Helseministeriet poengterte hvor viktig det var med samarbeid i stedet for konkurranse, med tillit i stedet for mistillit og ditto kontrollregimer. De la stor vekt på at den viktigste oppgaven for helseledelsen i landet er å legge til rette for at helseprofesjonene ute kan få bruke sin tid på pasientbehandling. De ønsket minimalt av rapporteringer og registreringer. Vi snakker altså om *ledelse* utfra bottom-up, ikke *styring* med top-down.

Her må det legges til at Skottland i dag har et kvalitetsarbeid og et pasientsikkerhetspro-

gram som er verdensledende. Som i Norge har Skottland hatt en rekke *kvantitative* mål for helsetjenesten, altså tellinger. Disse har skottene redusert gradvis fra 100 (vi hadde 285 i 2013) til 35, senere 12 og målet er 6 – og disse er *kvalitative*.

Mens vi venter

Men hva gjør vi mens vi venter på å få snudd denne supertankeren av et ideologisk og praktisk system over til en hel offentlig tjeneste for befolkningen, solidarisk finansiert og fordelt etter behov? Det fins noen få svært gode unntak fra min elendighetsbeskrivelse av forholdene i enkelte norske sykehus – selv innenfor dagens rammer for drift her til lands.

Administrerende direktør ved Ringerike sykehus på Hønefoss, Per Skaugen Bleikelia, vil ikke kalles direktør, men «ansvarlig tilrettelegger for Ringerike sykehus». Han har snudd den tradisjonelle pyramiden for sykehusorganisering og plassert seg selv nederst. Alt som kan understøtte møtet mellom pasient og helsepersonell skal få bestå og helst øke. Mens ordninger som ikke støtter disse møtene, må vurderes fjernet. Så han har skrellet ned på byråkratiske stillinger og i stedet ansatt flere leger. I tillegg har han tatt inn flere helsesekretærer, slik at de kan avlaste pleiere og leger for administrativt arbeid.

På Ringerike sykehus har de ikke lange ventelister lenger, ikke fristbrudd, og klinikerne belastes ikke mer enn høyst nødvendig med hvordan økonomien ser ut for tiden. Det tar økonomidirektøren seg av – og tilretteleggeren. På knappe to år gikk budsjettet i balanse og vel så det. 20 millioner i underskudd ble til nesten to millioner i overskudd.

Men det viktige er at tilretteleggeren bryr seg om alle sine ansatte.

På Stortinget er det stort sett Senterpartiet som har utfordret Høies sykehusplan, nemlig i dokumentet «Folkets helsetjeneste». Vår kollega Kjersti Toppe har her nettopp tatt lærdom blant annet av Skottland. SV har hjertet støttet dette initiativet. Mens resten

kanskje ikke en gang ser at de styrer offentlig sektor etter NPM-tenkning, altså dette kategorimistaket?

Tilbake til trusler mot helsepersonell

Tilbake til intervjuene med kolleger rundt i landet. Å true og trakassere ansatte og kreve lojalitet til ledelsen og ikke til pasientene og samfunnsoppdraget, er direkte nedbrytende. Det kan bidra til at offentlig sektor råtner innenfra. Om de profesjonelle innenfor undervisning, politi, Nav og i vårt tilfelle helsepersonell blir truet til taushet, vil motivasjonen og gløden kunne avta, noe som vil være svært ødeleggende for tjenestene. I ytterste konsekvens kan vi se fram mot en flukt fra og en manglende rekruttering til velferdstjenestene våre. Det vil i tilfelle ramme oss alle, og bli en takk og et farvel til den solidariske velferdsstaten som møysommelig er bygd opp over mange år, og spesielt etter 1945 her i landet.

Personer som ønsker å jobbe i tjenestene nevnt foran velger neppe disse yrkene for å tjene en masse penger eller karre til seg goder, altså at vi skulle være homo oeconomicus. Gulrot og pisk kunne kanskje vært velegnet

om så var tilfelle. Men velferdstjenestene våre rekrutterer i stor grad mennesker som ønsker å bistå – nettopp sine medmennesker. De fleste ønsker en god og rettferdig lønn. Men det er den indre motivasjonen som betyr mest for engasjementet, det å vite at du kan gjøre en god jobb – og faktisk å få rammer i arbeidshverdagen som gjør dette mulig.

Så mitt håp er at personer som jobber i Nav, i helsevesenet, undervisningssektoren og politiet – og befolkningen – kunne gå sammen om å fortelle politikerne at vi nærmer oss raskt en rutsjebane av en utforbakke som ingen er tjent med. Det fins gode forbilder. Se til Skottland!

Konklusjon

Konklusjonen min må bli som beskrevet av Roar Eilertsen i forskningsstiftelsen De Facto: «Lærdommene fra skotsk helsevesen er at det finnes alternativer til konkurranse og markedssimulering, og at en integrert heloffentlig modell kan levere helsetjenester av god kvalitet innenfor tildelte budsjettammer. Modellen kan utvikles på demokratisk vis, i samarbeid med ansatte og egen befolkning. Det er neppe stor heksekunst å utvikle den norske varianten – dersom det er politisk vilje og ønske om det.»

REFERANSER

Berg, E. *Sammenhenger. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis.* Oslo, Gyldendal Akademisk, 2010.

På helse løs. *Økonomifokus i norske sykehus.* Oslo, Emilia forlag, 2012.

Hold munn eller gå! *Makt og avmakt i helsevesenet.* Oslo, Emilia forlag, 2015.

Eilertsen, R. *Lærdommer fra Skottlands solidariske helsevesen.* 2013. Oslo, For Velferdsstaten/De Facto.

Falkanger, AaT. Uttalelse. 2014/379, 1–8. 25.9.2014. Oslo, Sivilombudsmannen.

Kirkengen, A.L. og Næss, A.B. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne.* Oslo, Universitetsforlaget, 2015.

Skjervheim, H. *Deltakar og tilskodar og andre essays.* Oslo, Aschehoug. Idé og tanke, 2001.

Toppe, K. *Folkets helsetjeneste.* 1–39. 22.10.2015. Oslo, Senterpartiet.

Wittgenstein, L. *Filosofiske undersøkelser.* Oslo, Pax Forlag, 1997.

Fem år siden starten

På nyåret runder *Fagbladet Samfunn og økonomi* fem år. Mange og utfordrende problemstillinger er tatt opp i fagfelleverderte, vitenskapelige artikler. Det har også vært rom for kortere innslag, der forfatterens egne meninger har kommet tydelig fram. Temaene har omfattet kommunereform, trepartssamarbeid og helseforetak. Vi har skrevet om styring av informasjonsteknologi i offentlig sektor, myter om offentlig ressursbruk og forskjellen på offentlig styring og markedsøkonomi. Forkortelsene OPS og NPM er tatt og ofte tatt i bruk, men alltid med forklaringer. For det er et mål for redaksjonen at mange skal finne noe av verdi i bladet og kanskje bli en tanke klokere.



Her ser du forsiden til de utgavene som er laget til nå.

Hvis det er noen du mangler, kan du bestille dem hos kirsti.knudsen@fagbladet.no.



Fagbladet SAMFUNN ØKONOMI

OM TIDSSKRIFTET

Formålet med Fagbladets Samfunn og økonomi er kunnskapsutvikling og formidling av kunnskap gjennom vitenskapelige artikler. Det skal fremme debatt og styrke kommunikasjonen mellom forskere og yrkesutøvere på ulike felt. Det skal stimulere til forskning og bidra til at faglig politikk og beslutninger tas på kunnskapsbasert grunnlag. Samtidig skal det sikre at forskning når ut til et bredt publikum.

Tidsskriftet skal avgrenses til fagområdene offentlig virksomhets økonomi, styring og organisering. Et hovedtema vil være: Hvordan styre, utvikle og organisere offentlig virksomhet i Norge. Sentrale aspekter er demokrati og folkestyre, samarbeid mellom politikere, ledelse, medarbeidere og profesjoner, og medarbeiderens rolle i offentlig forvaltning. Vitenskapelige artikler knyttet til å beskrive og vise utviklingstrekk ved den norske modellen er viktige.

Foruten vitenskapelige artikler, tar tidsskriftet imot kommentarartikler, aktuelle bokanmeldelser og debattinnlegg. Redaksjonen avgjør hva som trykkes.

RETNINGSLINJER FOR MANUSKRIPTER

Redaksjonen tar fortløpende imot manuskripter. I tillegg arbeider redaksjonen for å inspirere til relevante artikler. Alle artikler vil bli gitt en redaksjonell behandling. Redaksjonen avgjør om temaet passer tidsskriftets formål og profil og har et faglig innhold og en form som gjør det aktuelt å bruke artikkelen.

Artikler som er trykket kan legges i åpne institusjonelle arkiv, dersom kilde oppgis.

FAGFELLEVRURDERING

Artikler som tidsskriftet ønsker å trykke vil bli sendt videre til fagfellevurdering. Forfatterens navn blir da tatt bort, slik at den som vurderer ikke kjenner forfatterens navn. Forfatteren vil få tilsendt kommentarer og endringsforslag, og kan dermed gjøre nødvendige endringer før publisering. Deretter kan det bli det en ny runde fagfellevurdering. Artikler som er fagfellevurdert blir merket som det i tidsskriftet.

Fagfellevurdering er en krevende og arbeidsom prosess som tar tid. Vi forutsetter at den som har et manus til fagfellevurdering, ikke sender samme manus til andre tidsskrifter.

FORFATTERINSTRUKS

Manuskriptet sendes elektronisk til bjarne.jensen@hihm.no

Manuskriptet sendes i Word, skrifttype Times New Roman.

Artiklene skal normalt være på ca. 40.000 tegn og ikke være lenger enn 60.000 tegn, inkludert et sammendrag på maksimum 200 ord. Figurer og tabeller skal være nummerert, og ha en egen tekst som kort beskriver hva vi ser.

Gi en kort forfatteromtale på egen fil og legg ved foto av forfatteren. Institusjonstilhørighet oppgis, og videre skal det føres opp navn, akademisk tittel, fødselsår, adresse og e-post-adresse.

Referanser føres opp i APA-standard. Eksempler på hvordan dette gjøres, finner du blant annet her: <http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp>.

For øvrig kan spørsmål omkring referanser rettes til den som tar imot manus.

Artikler til neste nummer må være innsendt innen: 1. april 2017.

Postboks 7003, St. Olavs plass • 0130 OSLO
Telefon 23 06 40 00

BESØKSADRESSE

Keyzers gt.15 • Inngang Munchs gate • 0165 Oslo
www.fagbladet.no

Send tips til tips@fagforbundet.no