

Samling av Fødselsomsorg i Helse Fonna, virkninger på kvalitet for de fødende og helseforetakets økonomi

Hvordan påvirker økonomiske virkemidler sykehusenes prioriteringer?

Studieobjekt: Fonna HF

Karin Wee Dybdahl



Høgskolen i Hedmark

Master i offentlig ledelse og styring. Fordypning i økonomi, regnskap og finansiering - ØRF

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

Forord

Valgt tema til denne masteroppgaven er innenfor helseøkonomi. Studiet: Master of Public Administration (MPA) er spennende, utfordrende og variert. Studiet belyser mange, interessante problemstillinger, og inneholder en vesentlig grad av fordypning innen økonomi.

Med dette som bakgrunn, valgte jeg i oppgaven min å ta utgangspunkt i hvordan bruk av økonomiske virkemidler kan påvirke driften av sykehus. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i hvordan økonomistyringen i sykehusene var før og etter helsereformen, og hvilken betydning dette har. Det jeg særlig har analysert, er virkningen både kvalitativt og kostnadmessig av at fødselsomsorgen i Helse Fonna er blitt mer sentralisert til fødeavdelinger og fødeklinikker, mens de forsterkede fødestuene er omgjort til jordmorstyrte fødestuer.

I oppgaven har jeg i stor grad tatt utgangspunkt de økonomiske retningene professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen har undervist i og beskrevet i sine bøker: ”Regnskap i stat og kommune”, ”Kommune Norge – Velferd og finansiering” og ”Perspektiver innen økonomisk styring”.

Arbeidet med oppgaven har vært utfordrende med tanke på problemer, og nye problemstillinger som har dukket opp underveis.

Jeg vil takke min veileder, professor Bjarne Jensen, for kvalifiserte, gode råd og grundig veiledning med oppgaven. Han har gitt meg mange, gode råd, og hjulpet meg å finne riktig retning videre, når vegen videre har vært vanskelig å finne. Således har han vært en viktig, tilstedeværende inspirator underveis i prosessen.

I tillegg vil jeg takke min nærmeste familie og mitt gode, faglige nettverk, for kvalifisert hjelp og støtte, og for deres inspirasjon og oppmuntring underveis i prosessen med skrivingen av oppgaven.

Oslo, 10. mai 2012

Karin Wee Dybdahl

Antall ord i oppgaven: 37984

Sammendrag

Denne studien tar for seg økonomisk styring innen sykehussektoren før og etter at Stortinget den 6. juni 2001 vedtok forslag til Lov om Helseforetak, som trådte i kraft fra og med 1. januar 2002, da var sykehusreformen et faktum. Hovedformålet med studien er å beskrive hvordan Lov om Helseforetak har endret de økonomiske virkemidler som påvirker sykehusenes prioriteringer før og etter innføringen av Lov om Helseforetak.

Videre vil jeg studere, om beslutningen om å få til en samlet fødselsomsorg i Norge, og spesielt innenfor Fonna HF, har vært vellykket, i forhold til brukerne, og videre om dette har ført til en forbedret økonomi.

For å få dette frem i studien, er det viktig å studere hvordan de valgte komponentene; teori, empiri og praksis samlet, spiller en viktig rolle. Dessuten kommer jeg i studien ikke forbi diskusjonen, som omhandler verdi og kultur.

Målet med studien, er å undersøke, og få frem hvilken regnskapslovgivning og regnskapsinformasjon som får frem best og riktig informasjon, ut i fra formålet med å samle fødselsomsorgen.

Resultatet stadfester, etter funn i studien, at omleggingen har ført til at antall forsterkede fødestuer har blitt nedlagt på statistisk feil grunnlag. Videre viser studien at antall keisersnitt har økt vesentlig. I tillegg vet man at dette er en kostnadsdrivende faktor, så dette har igjen ført til økte kostnader i helseforetaket. Til sist stadfester studien at privat og offentlig sektor har ulike formål. Offentlig sektor har ikke et lønnsomhetsfokus, og kan derfor ikke benytte lønnsomhetsregnskap som rapporteringsform.

Abstract

This study examines the economic management in the hospital sector, before and after the Storting on the 6.th of June 2001, adopted a proposal for a law on health authority, which came into force on the 1.th January 2002, when the hospital reform was a fact. The main purpose of the study, is to describe how the law on health trust, has changed the economic measures that affect the hospitals priorities, before and after the introduction of the law on health authority.

Again, I will study, whether the decision to bring about an overall birth care in Norway, and in particular within Fonna HF, has been successful, in terms of users, and if this has led to an improved economy.

To bring this forward in the study, it is important to study how the selected components; theory, empiricism and practice together play an important role. In addition, the study cannot let out discussions about values, such as culture and regional policy.

The purpose of the study is to investigate, and bring out the intention with the legislation, and the accounting information that brings out the best and correct information, based on the purpose of collecting birth care.

The result confirms, after discoveries in the study that the transition has caused that numbers of strengtend birth rooms has been shut down on a statistically incorrect basis. Furthermore the study shows that the number of caesarean section has increased significantly. In addition we know that this is a cost driving factor, so this has in turn led to higher costs in the birth healthcare enterprise.

The result confirms, after discovery of the study, that the private and public sectors have different purposes. The public sector does not have a business focus, and therefore cannot use profitability accounting as a form of reporting.

INNHOLDSFORTEGNELSE:

Figurer.....	side	10
Tabeller.....	side	10
Tabeller	side	11
1. Innledning.....	side	12
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave	side	12
1.2 Problemstilling	side	13
1.3 Antall regionale helseforetak i Norge.....	side	15
1.4 Struktur i oppgaven.....	side	15
2. Helseforetak Vest v/Fonna HF - Hvorfor samlet		
fødselsomsorg?.....	side	18
2.0 Generelt om prioritering innen norsk helseveien.....	side	18
2.1 Viktige formål innen en samlet fødselsomsorg.....	side	27
2.2 Bakgrunn.....	side	28
2.3 Fonna HF sine innsatsområder for å nå målet.....	side	29
2.4 Fonna HF sin følgetjeneste til sykehus for gravide.....	side	31
2.5 Fonna HF sitt system for finansiering vedr. følgetjenesten	side	33
2.6 Et trygt fødetilbud i Fonna HF.....	side	34
2.7 Sosiale helseforskjeller i Norge.....	side	35
2.8 Kostnader ved Keisersnitt.....	side	36
2.9 Rekruttering av jordmødre til Fonna HF.....	side	38
2.10 Utgiftsdekning for jordmortjenester i Fonna HF.....	side	38
2.11 Rekruttering av gynekologer og barnepleiere i Fonna HF	side	39

2.12	Kvalitetsindikatorer i Fonna HF.....	side	41
2.13	Brukermedvirkningsundersøkelser i Helse Vest RHF.....	side	42
2.14	Antall fødsler i Fonna HF i 2010.....	side	44
2.15	Sentraliseringen av fødetilbudet og kampen for lokalsykehusene i Helse Vest RHF.....	side	47
3.	Metodebruk og teori.....	side	48
3.1	Ulike regnskapsregler i offentlig og privat sektor.....	side	48
3.2	Økonomiske rammer for driften av de regionale helseforetakene.....	side	48
3.3	Metode.....	side	50
3.4	Datakilder brukt i studien.....	side	52
3.5	Beskrivelse av studieobjektet	side	52
3.6	Valg av teori brukt som referanseramme i studien.....	side	54
3.7	Framveksten av ulike demokratiteorier.....	side	54
3.8	Velferdsstaten under press - problemer og dilemmaer.....	side	56
3.9	Økonomistyring	side	58
3.10	Teorien om Prinsipal- og Agentrollen.....	side	59
3.11	Teorien omkring interessentmodellen.....	side	62
3.12	Formål med drift av organisasjoner i privat sektor.....	side	62
3.13	Formål med drift av organisasjoner i offentlig sektor.....	side	62
3.14	Økonomistyringssystemet.....	side	63
3.15	Budsjettering.....	side	64
3.16	Finansielt regnskap versus lønnsomhetsregnskap.....	side	65

3.17 Bokføringsmetoder.....	side	66
3.18 God regnskapsskikk.....	side	68
3.19 Kommuneregnskapet.....	side	69
3.20 Kontroll og oppfølging.....	side	74
3.21 Innføring av New Public Management (NPM)		
tenkning i helsevesenet.....	side	75
4. Situasjonen før sykehusreformen.....	side	77
4.1 Sykehusreformen – og en kort redegjørelse av		
hva spesialisthelsetjenesten er.....	side	79
4.2 Lov om Helseforetak.....	side	79
4.3 Finansieringen av helseforetakene.....	side	79
4.4 Budsjetter.....	side	80
4.5 Årsberetninger.....	side	80
4.6 Analyse.....	side	81
4.7 Teoretisk analyse vedrørende kommuneregnskap contra		
forretningsregnskap.....	side	83
4.8 Historikk – føring av regnskap før sykehusreformen.....	side	85
4.9 Opptjeningsprinsippet i forretningsregnskapet.....	side	87
4.10 Anordningsprinsippet.....	side	87
4.11 Forsiktighetsprinsippet.....	side	88
4.12 Kostnadseffektiv drift.....	side	89
5. Diskusjon av problemstillingene.....	side	89
5.1 Produktivitets-/effektivitetsanalyse.....	side	93

5.2 Produksjon og effektivitet.....	side	94
5.3 Betydning av medvirkning i budsjett- og Økonomistyringsprosessene.....	side	95
5.4 Bedriftsøkonomisk analyse.....	side	96
5.5 Kost-/Nytteanalyse.....	side	97
5.6 Kostnads-/Nytteprinsippet.....	side	99
5.7 Risikohåndtering i nyttekostnadsanalyser.....	side	100
6. Situasjonsanalyse med fokus på kostnader, antall fødsler og kvalitetsindikatorer.....		
6.1 Budsjett/Regnskap Helse Fonna HF for årene 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 og 2010.....	side	101
6.2 Kommentar til regnskapet for Fonna HF.....	side	104
6.3 Fødsler og keisersnitt i Fonna HF fom 1998 tom 2004.....	side	106
6.4 Gir fødestuer et bedre tilbud til fødende?	side	108
6.5 Nye kvalitetskrav til fødselsomsorgen	side	111
6.6 Er desentralisert fødselshjelp og differensiert fødselsomsorg et paradigmeskifte?.....	side	113
6.7 Hvordan Fonna HF har løst fødetilbudet	side	114
6.8 Fonna HF – Krav til drift og bemanning av fødeinstitusjon.....	side	115
6.9 Fonna HF sitt arbeid med seleksjon.....	side	116
6.10 Fonna HF sitt arbeid med differensiering	side	116
6.11 Fonna HF sine fødestuer.....	side	117

7. Videre forskning.....	side 118
8. Konklusjon	side 120
Litteraturliste	side 124
Internetthenvisninger	side 127
Andre referanser....	side 128
Vedlegg:.....	side 128
Vedlegg I : Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest. Utgitt av Helse Vest	
Vedlegg II : ”Et trygt fødetilbud” – Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Utgitt av Helsedirektoratet	
Vedlegg III: Årsregnskapet 2010 for Fonna HF - Rapport fra Brønnøysundregistrene	

Figurer:

Figur 1:	Prinsipal-Agent teori(Opstad og Berg, 1992)	side 61
Figur 2:	Inntektenes og utgiftenes regnskapsmessige karakter (Mülhapt 1987)	side 65
Figur 3:	Det norske kommuneregnskapet (Norvald Monsen, 2008)	side 70
Figur 4:	Tjenesteproduksjon – Fonna HF	side 93

Tabeller:

Tabell 1:	Tall fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister	side 28
Tabell 2:	Tall fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister	side 29
Tabell 3:	Tall hentet fra Fonna HF sitt strategidokument 2011	side 31
Tabell 4:	Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister	side 37
Tabell 5:	Tall fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister	side 39
Tabell 6:	Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister	side 44
Tabell 7:	Spesifikasjon av driftskontoen for Fonna HF	side 45
Tabell 8:	Relevante situasjoner for forskjellige forskningsstrategier (Yin, 1994 – side 80)	side 51
Tabell 9:	Lundquist sin modell om demokratiske og økonomiske verdier	side 56
Tabell 10:	Lundquist`s modell vedrørende embetsmanns-/vekkerrollen	side 57
Tabell 11:	Tall hentet fra Brønnøysundregistrene	side 102
Tabell 12:	Tall hentet fra Brønnøysundregistrene	side 102
Tabell 13:	Tall hentet fra Brønnøysundregistrene	side 103
Tabell 14:	Tall hentet fra Brønnøysundregistrene	side 103

Tabell 15:	Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister	side 104
Tabell 16:	Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister	side 105
Tabell 17:	Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister	side 106
Tabell 18:	Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister	side 111
Tabell 19:	Tall er hentet fra artikkel i VG fredag 8. juli 2011 om helseøkonomi, av Maria Lekve	side 117

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Offentlig sektor har vært igjennom mange reformer med store omveltninger og strukturendringer siden 1970-tallet. Flatere organisasjonsstruktur, ansvarsdelegering, rammebudsjettering og effektivitets- /produktivitets- og kvalitetsmålinger er noen av stikkordene for den nye tid. For sykehussektoren har betydningen av vedtaket om Lov om Helseforetak ført til store omstruktureringer.

Det som fikk meg til å fatte nysgjerrighet overfor emnet, er det økte fokuset som settes på privatisering av offentlige tjenester innenfor flere sektorer. Det er viktig med fokus på hva som er den best mulige utnyttelsen av offentlige ressurser. Innenfor analyser av offentlige tjenester må også kommunenes, fylkeskommunenes og statens ulike organiseringsløsninger, privatiseringsgrad, markedsforhold og monopolsituasjoner studeres. Offentlig drift av ulike tjenester, kan i enkelte situasjoner gi en mer effektiv bruk av landets ressurser enn tilsvarende privat drift.

I Norge er det forløpende førstesideoppslag om helsesektoren. Oppslagene gjelder oftest enkeltsaker som at pasienter ikke får utredet alvorlige kreftmistanker, eller det gjelder oppfølging etter kreftbehandling, eller at pasienter er blitt feiloperert osv. Det er lett å sette slike oppslag i direkte forbindelse med kostnadstenkning. Slik er det nødt å bli, så lenge enhver pasient ikke selv dekker egne kostnader ved behandling. Det etiske spørsmålet blir, hva tid skal samfunnet ta den ekstra kostnaden det koster å redde et menneskeliv?

Problemstillingene i offentlig sektor er mangfoldige, og bør vurderes helhetlig i et større perspektiv. Lønnsomhetsbegrepet er i offentlig sektor helt forskjellig fra privat sektor, og lar seg vanskelig måle, uten at det sees i sammenheng med både et bedrifts- og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Data om kommunene og fylkeskommunenes ressursbruk og produksjon ligger offentlig tilgjengelig i KOSTRA databasen. Det må presiseres at enkelte enheter kan ha manglende data for de ulike variablene, noe som medfører at grunnlaget for sammenligning faller bort. For sykehusene er det et krav at produksjonen som leveres er tilfredsstillende både resultat- og kvalitetsmessig.

I oppgaven vil jeg å se på om beslutningen i Fonna HF, om en samlet fødselsomsorg, gir større muligheter for å oppnå stordriftsfordeler ved sammenslåing, og på den måten redusere enhetskostnadene. En fødeavdeling med stordriftsfordeler kan for eksempel koordinere egne

støttefunksjoner som infrastruktur og administrasjon, og de har også mulighet til å finansiere nyere og dyrere teknologi.

1.2 Problemstilling

I studien: ”Samling av Fødselsomsorg i Helse Fonna, virkninger på kvalitet for de fødende og helseforetakets økonomi”, vil jeg belyse problemstillingen:

1. Hvordan påvirker økonomiske virkemidler sykehusenes prioriteringer?

Andre land som har prøvd å etablere rene markedsforhold i sykehussektoren, har blitt tvunget i retrett. I Norge vil kampen fremover stå mellom de som vil gå videre og rendyrke markedsmodellen, og de som vil reversere den. Det må vel kunne sies at status pr. i dag, er at dagens foretaksmodell ikke har løst de organisatoriske eller økonomiske problemene den var ment å løse.

Hovedsiktemålet mitt er å beskrive og analysere situasjonen for en samlet fødselsomsorg i Norge etter at Lov om helseforetak, også kalt sykehusreformen, som ble satt i verk fra 1. januar 2002. Videre ser jeg at det er nødvendig å begrense oppgaven ved å ta utgangspunkt i et av de fire helseforetakene Norge er delt inn i, for å bedre få frem essensen i hva problematikken består i.

Stortinget la stor vekt på å presentere sykehusreformen som en eierreform og en ansvarsreform. I Sosial- og Helsedepartementets rapport ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver”, 14. september 2001¹ går det frem at: sitat:

”I sitt formål er dette en reform for å plassere ansvar. Eierskap er å betrakte som et virkemiddel for å ta et helhetlig ansvar. Som hovedansvarlig for finansiering av drift og investeringer, har staten i realiteten hatt et hovedansvar. Nå tar staten også det formelle ansvaret, helt og fullt. Dette vil forenkle og klargjøre beslutningsprosesser og gjøre det umulig med ansvarsfraskrivning. Staten overtar og sykehusene tas ut av forvaltningen. Sykehusene er leverandører av meget kompliserte tjenester og dette er ikke forvaltning.”

1. Sosial- og Helsedepartementets rapport: ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver”, Oslo 14. september 2001, side 1

Med henvisning til sitatet over, kan man så spørre? Alle kommunene i Norge finansieres også av staten, betyr det at også kommunene må organiseres som foretak? Skoler, universiteter, vannforsyning er også forvaltning. Hva skal man gjøre med slike områder på sikt? Er problemet at de som skriver dette ikke vet hva som er forskjellen på forvaltning og foretak? En hovedforskjell er at folkevalgte organer skal styre overordnede spørsmål og overordnet prioritering av ressursbruk. Mener de at dette ikke skal gjelde de fellesfinansierte helsetjenestene?

Som nevnt ovenfor, har jeg i oppgaven valgt å beskrive Helse Vest, og innenfor Helse Vest, vil jeg ta for meg Fonna HF sin måte å organisere en samlet fødselsomsorg på. Jf. pressemelding, datert 1. april 2011. overskrift:” **Går inn for jordmorstyrte fødestuer i vest**”, sitat: *”Regjeringen går inn for jordmorstyrte fødestuer ved sykehusene Odda og Nordfjord. Det samme kan bli etablert i Lærdal dersom de klarer å rekruttere jordmødre i samarbeid med kommunene. Vi ønsker på denne måten å sikre god kvalitet, forutsigbarhet for den fødende og stabile fagmiljøer. Regjeringen ber helseforetakene legge Helsedirektoratets krav til kvalitet til grunn for fødselsomsorgen. Disse bygger på klare faglige råd om at kompetansen og bemanningen i fødetilbudet må styrkes. Gjennom å sikre gode rutiner og kompetent personell som får mulighet til å bygge erfaring sikrer vi et trygt fødetilbud. Høy grad av vikarer og usikre beredskapsordninger kan skape utrygge situasjoner, det er derfor viktig at vi i størst mulig grad unngår dette. Ordningen med forsterkede fødestuer blir som en følge av kvalitetskravene avvirket. På dette punktet er rådene fra flere fagmiljøer entydige. For Helse Vest gjelder dette Odda og Lærdal. I tillegg blir fødeavdelingene i Nordfjord slått sammen med fødeavdelingen i Volda fra 2012. denne sammenslåingen skal først skje når Kvivsvegen åpner i 2012. Veggen gir en stor del av befolkningen i Sogn og Fjordane kortere veg til Volda. Selv om fødeavdelingen blir flyttet til Volda vil regjeringen at det skal være en jordmorstyrt avhengig av at en klarer å rekruttere nok jordmødre til å jobbe der,”* sitat: helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, pressemelding datert 1. april 2011 ².

2. Helse- og omsorgsdepartementet - Pressemelding datert 1. april 2011 av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

1.3 Antall regionale helseforetak i Norge

I henhold til Lov om Helseforetak er det opprettet fire regionale helseforetak (RHF): Disse er:

Helse Nord RHF - omfatter de tre nordligste fylkene

Helse Midt-Norge RHF - omfatter Trøndelagsfylkene og Møre og Romsdal

Helse Vest RHF - omfatter Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland

Helse Sør-Øst RHF – omfatter Agder-fylkene, Telemark, Vestfold, Buskerud

Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland

De regionale helseforetakene eier alle de offentlige sykehusene i sin region, og de har ansvar for at innbyggerne får de spesialisthelsetjenester de har krav på i henhold til lover og sentrale myndigheters vedtak og bestemmelser.

1.4 Struktur i oppgaven

Innledning:

Innledningsvis vil jeg presisere, at i forhold til strukturen i oppgaven, så har det underveis vært en utfordring å få kapitlene godt nok konkretisert og koblet opp mot problemstillingene i oppgaven. Begrepsbruk og teori er viktig i en slik oppgave som denne, for å få til en god og logisk oppbygging av oppgaven. Utfordringen underveis i prosessen har vært at jeg gjerne skulle ha konkretisert bedre og koblet det bedre opp mot de konkrete analysene, men rammene og omfanget av arbeidet med en masteroppgave begrenser muligheten til å gjøre det.

Kapittel 2: Helseforetak Vest v/Fonna HF - Hvorfor samlet fødselsomsorg?

Kapittelet presenterer en kort bakgrunn, og inneholder en kort historikk. Videre omhandler kapittelet de forskjellige innsatsområder som må studeres nøye for å nå målet om en samlet fødselsomsorg. Viktige innsatsområder som gjennomgås, er følgetjenesten til sykehus for gravide, samt system for finansiering vedrørende følgetjenesten. I tillegg beskrives hva det er som legges i begrepet ”Et trygt fødetilbud”³.

3. ”Et trygt fødetilbud” - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen – Utgitt i desember 2010

Sosiale helseforskjeller beskrives kort, og videre blir keisersnitt og rekruttering av jordmødre, og utgiftsdekning for jordmortjenester gjennomgått. Rekruttering av gynekologer og barnepleiere er en annen viktig faktor man må sette lys på, samtidig som det ses på kvalitetsindikatorer og viktigheten av brukerundersøkelser. Kapittelet avsluttes med å se på hva kampen for lokalsykehusene betyr for regionene.

Kapittel 3: Metodebruk og teori

Kapittelet presenterer de ulike regnskapsregler i offentlig og privat sektor, og tar for seg de økonomiske rammer for driften av de regionale helseforetakene, samt datakilder brukt i studien og valg av studieobjekt. Videre omhandler kapittelet valg av teori, brukt som referanseramme i studien, og tar kort for seg fremveksten av ulike demokratiteorier, som at velferdsstaten er under press, og at det er problemer og dilemmaer i forhold til dette faktum. Teorien om Prinsipal- og Agentrollen og interessentmodellen blir nøye beskrevet, i tillegg beskrives formålet med driften av organisasjoner i privat sektor, og formålet med driften av organisasjoner i offentlig sektor. Kapittelet presenterer hele økonomisystemet, både når det gjelder budsjettering og regnskap. Videre beskrives lønnsomhetsregnskapet versus finansielt regnskap. I tillegg tar kapittelet for seg bokføringsmetoder og reglene for god regnskapsskikk.

Kommuneregnskapet gjennomgås inngående, før kapittelet avsluttes med betydningen av innføring av New Public Management (NPM) tankegangen innad i helsevesenet. Hva jeg mener med NPM, definerer jeg utdypende under selve kapittelet.

Kapittel 4: Situasjonen før sykehusreformen

I kapittelet tar jeg for meg situasjonen før sykehusreformen, og gir en kort redegjørelse av hva spesialisthelsetjenesten er. Videre gjennomgås finansieringen av helseforetakene samt budsjetter og krav om innhold i årsberetningen. Så foretar jeg en teoretisk analyse vedrørende kommuneregnskap contra forretningsregnskap, samt en kort historikk på krav til føring av regnskap før sykehusreformen. Videre gjennomgås tre viktige prinsipper: opptjenings- og sammenstillingsprinsippet i forretningsregnskapet, anordningsprinsippet og forsiktighetsprinsippet, før kapittelet avslutningsvis tar for seg betydningen av kostnadseffektiv drift.

Kapittel 5: Diskusjon av problemstillingene

I kapittel fem drøfter jeg begreper som produktivitet og effektivitet, og tar for meg ulike metoder for effektivitetsanalyser, og belyser forskjellige effektivitetsbegrep. Videre blir produktivitetsanalyser beskrevet og produktivitetsbegrepet blir gjennomgått og forklart. I tillegg blir betydningen av medvirkning i budsjett- og økonomistyringsprosessene beskrevet, samt viktigheten av å kunne benytte bedriftsøkonomisk analyse i langsiktig planlegging. Til slutt gjennomgås kost-/nytteanalyse og kostnads-/nytteprinsippet. Kapitlet avslutter med en gjennomgang av risikohåndtering i nyttekostnadsanalyser.

Kapittel 6: Situasjonsanalyse med fokus på kostnader, antall fødsler og kvalitetsindikator

I kapittel seks analyseres historiske tall etter innføringen av en samlet fødselsomsorg i Fonna HF med fokus på forbruk av kostnader, antall fødsler og kvalitetsindikatorer.

Kapittel 7: Videre forskning

I kapittel syv drøfter jeg ”helsegapet” i Norge, som er gapet mellom etterspørselen og produksjon av helsetjenester. Mer penger og mer ressurser blir ofte brukt som innsatsmidler for å lukke gapet. Men større budsjetter er ikke alltid løsningen. Like viktig er det å optimalisere ressursbruken. Derfor drøfter jeg hva det betyr i praksis å forbedre arbeidsprosessene ved operasjonsstusene, og kommer i tillegg kort inn på simulering av operasjonsprosessene. Videre drøfter jeg kort det faktum at effektivisering ikke alltid handler om å jobbe raskere, men jobbe smartere og enda mer målstyrt. Til slutt drøftes viktigheten av å følge opp kvalitetsaspektet ytterligere, både med tanke på effektivitet/ produktivitet, kvalitet og tilfredshet hos brukerne av tjenestene.

Kapittel 8: Konklusjon

I kapittel åtte stadfestes resultatet av studien, ved å konkludere med at privat og offentlig sektor har ulike formål. Offentlig sektor har ikke et lønnsomhetsfokus, og kan derfor ikke benytte lønnsomhetsregnskap som rapporteringsform.

2. Helseforetak Vest v/Fonna HF - Hvorfor samlet fødselsomsorg?

Innledning

I dette kapittelet vil jeg gi en presentasjon av Helse Vest RHF som omfatter Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Helse Vest RHF er et av fire regionale helseforetak, og er opprettet i henhold til Lov om Helseforetak. De regionale helseforetakene eier alle de offentlige sykehusene i sin region, og de har ansvar for at innbyggerne får de spesialisthelsetjenester de har krav på i henhold til lover og sentrale myndigheters vedtak og bestemmelser.

De offentlige sykehusene er samlet i Helseforetak (HF-er). Disse er heleide datterforetak av RHF-et i sin region. Hvert enkelt foretak kan omfatte ett eller flere sykehus, og mange andre virksomheter innen spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette kan være; psykisk helsevern, rehabilitering, habilitering, ambulansetjeneste, sykehusapotekene osv.

I oppgaven har jeg valgt å skrive om Helse Vest RHF, som består av:

Stavanger HF med bl.a. Sentralsykehuset i Rogaland

Fonna HF med bl.a. sykehusene i Haugesund, Odda og Stord

Bergen HF med bl.a. Haukeland Universitetssjukehus, Voss Sjukehus og

Kysthospitalet i Hagevik

Førde HF med bl.a. sykehusene i Førde, Nordfjord og Lærdal

Innenfor Helse Vest RHF, har jeg valgt å studere Fonna Helseforetak(HF), som består av sykehusene i Haugesund, Odda og Stord. Videre har jeg valgt å se på svangerskaps/- fødsels/- og barselsomsorgen.

2.0 Generelt om prioritering innen norsk helsevesen

Forvaltningsøkonomiske teorier deler effektivitet inn i ytre og indre effektivitet. I denne studien er det først og fremst den indre effektiviteten som belyses. Indre effektivitet er et spørsmål om hvorvidt selve produksjonen foregår ved minst mulig bruk av ressurser. Denne effektiviteten kalles også produksjonsøkonomisk effektivitet. Ytre effektivitet er et avveiningsspørsmål mellom verdien av en offentlig tjeneste, og alternativverdien av de ressursene som medgår. I offentlig sektor vil dette være et spørsmål om politiske

prioriteringer. Ytre effektivitet kalles også prioriteringseffektivitet. Effektivitetsanalyser er et verktøy som har blitt brukt for å analysere flere ulike offentlige sektorer på både kommunalt, fylkes- og statlig nivå i Norge. Ved å måle effektiviteten innen sykehusene kan den samlede effektiviteten fastslås, det vil si hvilke enheter kan defineres som de beste, og hva som kjennetegner disse. En kan videre få svar på hvilke innsatsfaktorer som har høyest effektivitet, og hvilke produksjoner som krever mest ressurser, samt optimal størrelse på produksjonen og riktig organisering av tjenestene. Kapittelet konkluderer og forsøker å svare på de ulike problemstillingene, samt forslår mulige videre undersøkelsesområder

Det er allmenne etiske og moralske prinsipper som ligger til grunn for prioriteringene i Norge. Rettferdighet skal stå i sentrum, gjennom at man skal søke å få pasientene så friske som mulig, ut fra deres forutsetninger. Likhet står også i fokus, om ikke i form av at alle skal ha like mange tjenester, så skal det være likhet i krav om sosial, geografisk og aldersmessig likhet. Det er viktig at allokeringen av ressursene gjøres på en effektiv måte. I min diskusjon vil dette bety størst mulig måloppnåelse for de bevilgede ressurser. Til slutt er det viktig at prioriteringskriteriene er utformet på en slik måte at de er praktiske å bruke og enkle å forstå.

Ordet ”prioritere” betyr å sette noe foran (NOU 1987:23, s. 17)⁴. Med det menes at ikke alle tiltak kan få samme plass i en rangordning. Å prioritere et prosjekt A betyr dermed, at man velger å sette A foran konkurrerende tiltak som B, C og D. Å prioritere i helsevesenet har etter hvert blitt uunngåelig.

Frem til 70-tallet ble helsesektoren stadig utvidet, og det hersket en tilfredshet om at tilbudet var godt. Dette bildet er et annet i dag. Helsevesenet i dag er preget av knapphet og køer. Hva er så grunnene til at det nå er behov for prioritering og spesialisering?

For det første er dette en sektor som opplever en stadig økende etterspørsel etter sine tjenester, il tross for at folkehelsen er bedre. Dette skyldes økte forventninger til hvilke tjenester sykehuset kan tilby, økning i antall pasienter som rammes av kjente sykdommer som kreft, oppdagelsen av nye epidemier, som AIDS, og at samfunnet i årene fremover vil få en sterkt økende andel eldre i befolkningen. Det er også kontinuerlig teknologiske og medisinske innovasjoner som kan øke, men dette kan også være med på å redusere etterspørselen etter tjenester.

4. Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1987: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, pkt. 7.1.5, side 17

En slik utvikling kan gi pasienter nye tilbud, som ikke tidligere har vært tilgjengelige, men kan også føre til forbedringer, slik at sykehuset kan ha muligheten til å redusere etterspørselen ved å behandle flere for de samme ressursene, fordi teknologien er tidsbesparende. Politikerne har stilt store krav til prioriteringer, fordi det i de senere årene har blitt rettet en større oppmerksomhet mot rasjonalisering, spesialisering og omlegging i sykehusene. De somatiske sykehusene opplever større krav til effektivisering, dette til tross av ressursknapphet av helsepersonell, og krav om større et større fokus og bedre budsjett-/kostnadsoppfølging i forhold til kostnader fra beslutningstagerne, som skyldes et gap mellom faktisk kapasitet og etterspørsel etter behandlinger.

Problemer med overskuddsetterspørsel finnes også til tider i andre markeder. I vanlig tilbuds- og etterspørselsteori justeres dette, ved at man får en høyere pris på det produktet eller den tjenesten som tilbys. Dette betyr at i et fritt fungerende marked, er prisen en rasjoneringsmekanisme. I motsetning til det vanlige frie markedet, betaler pasienten ingen pris for helsetjenester, kun eventuelt en liten egenandel. Dette skyldes ordningen med tredjepartsfinansiering. I et uregulert marked vil det kunne oppstå uheldige fordelingseffekter ved at personer med lav betalingsevne, ikke vil kunne betale for sine helsetjenester, eller at mennesker med kroniske lidelser vil måtte bruke opp store deler av inntekten på disse tjenestene. En forsikringsordning betyr at den som etterspør tjenesten, ikke betaler for den på brukstidspunktet. Markedet for helsetjenester er også preget av markedsimperfeksjoner som asymmetrisk informasjon. Det vil si skjevt fordelt informasjon. Et eksempel på dette er forholdet mellom pasient og lege, der legen innehar mye mer kunnskap om pasientenes sykdomsbilde enn pasienten selv. Pasienten er derfor helt avhengig av at legen er en best mulig agent for hans/hennes interesser.

Hvordan man skal prioritere mellom ulike pasienter, er avhengig av hvilke verdier som eksisterer i et samfunn. Med det menes at kriteriene blir preget av kulturen, lover og normer som er gjeldende i dette samfunnet. Det er derfor viktig å poengtere at min drøfting rundt ulike prioriteringshensyn er normativ, og ikke en beskrivelse av hvordan sykehusene faktisk prioriterer i dag. Et forsøk på å kartlegge hvilke kriterier de ulike sykehusene legger til grunn for sine prioriteringer, vil være vanskelig, fordi virkeligheten kan oppfattes på mange ulike måter. Av denne grunn vil diskusjonen dreie seg om hvilke kriterier det offentlige kan legge til grunn for hvordan sykehusene bør prioritere.

Det er ulike måter å prioritere på, og hvilke problemer som kan oppstå hvis man benytter de ulike kriteriene. Det er tre hovedkriterier jeg vil ta for meg:

1. Prioritering etter behov/grad av alvor
2. Nytte av behandling
3. Kostnadseffektivitet

Ad. punkt 1: Prioritering etter behov/ grad av alvor

Det å ta hensyn til behov og alvorlighetsgrad, har lange tradisjoner i Norge. I NOU 1987:23 klarlegges det hva som ligger i dette begrepet. På den ene side vil det være reduserte leveutsikter, men også faktorer som plager og smerter, funksjonsnedsettelse, sykdommens virkning på livskvaliteten osv. Le Grand (1996) har valgt å relatere dette til behov for behandling ut fra helsenivået til pasienten. Dette er de som er mest alvorlig syke, eller de som har det største "helseunderskuddet" (Le Grand 1996, s. 153)⁵. Skal man følge dette prinsippet, må man prioritere etter størrelsen på "helseunderskuddet". Le Grand (1996) er uklar på hva som ligger i begrepet som benyttes. Så hva er "Helseunderskudd?". En eksakt definisjon kan være vanskelig å gi, og Le Grand (1996) nevner bare at smerte ved behandling, sorg og lidelse, nærhet av død og ventetid på behandling, kan være aktuelle punkter. Ved siden av hva som skal komme inn under definisjonen, vil det være viktig hvem eller hvilken instans som skal avgjøre hvor stort "helseunderskuddet" er. Er det den private primærlegen (fastlegen), sykehusets leger eller pasienten selv som er best egnet til dette?

NOU 1987: 23 trekkes likheten mellom begrepene alvorlighet og nytte av behandling, og det vises til at denne likheten, er hjemlet i norsk lov. Det poengteres at alvorlighetsbegrepet i større grad tar utgangspunkt i effekten av sykdommen har på pasienten, enn hva helsevesenet har av muligheter for å bedre helsen til pasienten. Prioritering på denne måten kan nok la seg gjennomføre i praksis. Samtidig kan prioritering på denne måten, føre til en høy bruk av ressurser på enkelte pasientgrupper, som har liten eller ingen helseeffekt. I dette ligger det at pasienter med mindre alvorlige sykdommer, må vike plassen. En slik rendyrking av alvorlighetsprinsippet gjør at man får en veldig skjev fordeling av ressursene mellom de alvorlig og de mindre alvorlig syke.

5. Le Grand 1996, side153

Det kan også være interessant å spørre seg om noen av de mindre alvorlig syke kanskje kunne hatt større nytteeffekt av behandlingen. Er dette rettferdig? Dette bør man vurdere, og svaret er ja, hvis rettferdighetskriteriet er alvorlighet. Hva er alvorlig, og hvor skal grensen gå for hva som er alvorlig? Dette er et vanskelig spørsmål. Det at sykdom rammer tilfeldig, og dermed ikke tar hensyn til at man er rik eller fattig, er en grunn til at vi ønsker et solidarisk helsevesen. Man antar at fordelingen etter alvorlighetsgrad av et sykdomstilfelle, som for eksempel influensa, er tilnærmet normalfordelt. Det vil si at det er veldig få som blir svært alvorlig syke. Dette betyr at flytting av grensen nedover for hva som er alvorlig, kan ha store utslag på ressursbehovet. Ut fra det jeg nå har drøftet, er det viktig å bruke dette prinsippet kritisk. Noen ganger er det for sent å tilby behandling, fordi dette ikke har noen effekt i det hele tatt, eller at pasienten bare vil bli enda verre. I slike tilfeller kan det være riktig å trekke tilbudet tilbake, fordi man også bør ta hensyn til pasientens verdighet i sluttfasen av sitt liv. Ved akutte tilfeller skal maksimalt med ressurser settes inn, til legepersonellet kan avgjøre om det er noen vits å fortsette med den intensive innsatsen. Det finnes også helt spesielle situasjoner, som for eksempel katastrofer, der det kan tenkes at man må prioritere helt annerledes, som for eksempel kun prøve å hjelpe de som ikke er altfor hardt såret, slik at de fortest mulig kan være med på å hjelpe til, dette ut i fra en vurdering om at dette er best mulig bruk av ressursene der og da.

Ad. punkt 2: Nytte av behandling

Le Grand (1996) definerer dette som allokering av helsetjenester mellom pasienter ut fra deres evne til å dra nytte av behandlingen (Le Grand 1996, s. 154)⁶.

En annen måte å si dette på er slik Iversen (1996) gjør det: sitat: *"det er en vurdering av differansen mellom overlevelse uten behandling og med behandling"* Dette betyr at man skal gi pasienter med høy nytte, prioritet foran de med lavere nytte.

Det kan settes grenser, slik at alle over en gitt helseeffekt gis samme prioritet, eller en kan la prioriteringen være proporsjonal med forventet nytte. I NOU 1997: 18⁷ poengteres viktigheten av å sette et skille mellom medisinsk effekt og nytte av behandlingen.

6. Le Grand 1996, side 154

7. NOU 1997: 18, side 58

En behandling har medisinsk effekt når det blir økt sannsynlighet for å overleve, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, smertereduksjon eller reduksjon i fysiske og psykiske plager.

På den annen side har man pasientens nytte av behandlingen, det vil si hvordan resultatet verdsettes. Hvem som avgjør hvordan behandlingseffekten verdsettes, vil kunne få konsekvenser for resultatet. Er man syk, frisk, pårørende, lege, sykepleier eller ansvarlig myndighet, vil man ha ulike måter å verdsette behandlinger på.

Ved bruk av denne metoden får man to store praktiske problemer. Hvordan måler man helseeffekten/forbedringen, og hvordan kan man skille ut virkelige forbedringer fra forbedringer som kommer av andre grunner enn behandlingen. Jeg velger ikke å diskutere problemer rundt måling av helseeffekter, da dette i stor grad er et medisinsk spørsmål. Det jeg vil rette oppmerksomheten mot, er det siste momentet, virkelige forbedringer. Det hevdes at mange behandlinger ikke er skikkelig testet eller er uten effekt. Noen mener at denne andelen er helt opp i 85 % (Le Grand 1996, s. 154)⁸. Det er en stor utfordring å finne ut om de tjenestene som tilbys har effekt, og om grunnen til at man blir frisk, egentlig kommer av andre grunner enn selve behandlingen. Det er også viktig å være klar over, at selv om man vet at en behandling skal ha effekt, rent statistisk, så er det jo usikkerhet knyttet til den faktiske virkningen behandlingen har på den pasienten som skal behandles.

Ad. punkt 3: Kostnadseffektivitet

Med dette mener jeg, at man må prioritere, slik at man får mest mulig helse igjen for pengene man investerer i hver enkel behandling. Målet er da at ”den gitte ressursinnsatsen i helsesektoren må brukes på de pasientene som samlet får den høyeste helsegevinsten, målt ved forbedret livskvalitet og forlengt levetid” (NOU 1997:18, s. 87)⁹. Her kan det tolkes at det er snakk om prioritering av pasienter som alle kan ha nytte av behandlingen, men man må ikke glemme at kostnadene er en viktig faktor. Kostnadene kan brukes som en måleindikator på tapt nytte hos en pasient ved at man velger å bruke ressursene på en annen pasient. Dermed blir det viktig å sikre seg at kostnaden ved tapt nytte hos den/de pasienten/e som ikke får behandling blir mindre, enn den gevinsten man får ved å behandle den/de andre pasientene.

8. Le Grand, 1996, side 154

9. NOU 1997: 18, side 87

En metode for å finne hvordan man kan få mest mulig hele for pengene er ved bruk av kvalitetsjustert leveår (QALY), som måler helsegevinst. I denne sammenheng brukes tabeller for kostnader per QALY. De rangerer ulike typer behandlinger ut fra kostnad per enhet helsegevinst, målt ved kvalitetsjusterte leveår. Prioriteres det på denne måten, vil behandlinger med lavere kostnad per enhet prioriteres foran de med høyere kostnad, ut fra dette vil man få en høyere total helseeffekt i samfunnet, og man får et kvantitativt mål som gjør det mulig å sammenligne behandlinger som forlenger livet med behandlinger som bedrer livskvaliteten.

Det er viktig å være klar over at ressurssterke mennesker ofte har større forutsetninger for å dra nytte av en behandling enn ressursvake mennesker, blant annet fordi de har bedre kunnskaper om ernæringsgrunnlag. Dette kan føre til at kostnader per kvalitetsjustert leveår for ressurssterke er lavere enn for fattige. Vektes ressurssterke og ressursvake likt vil det bety at den ressurssterke delen av befolkningen får en høyere prioritet enn de ressursvake, noe som for mange vil oppfattes som urettferdig. Når vi vurderer unge opp mot eldre, vil det i mange situasjoner være slik at en livreddende behandling vil ha større utslag på kvalitetsjusterte leveår for den unge enn den vil ha for den eldre. Grunnen til dette er at antall år som man tjener ved å gjennomføre en behandling, har tendens til å reduseres ved alder. Dette betyr at eldre mennesker kan risikere å skåre lavere med hensyn til vurdering i forhold til kvalitetsjusterte leveår og dermed få en lavere prioritet.

Konklusjoner som kan trekkes ut av de forskjellige prioriteringskriteriene

Noen punkter som ligger til grunn for hele drøftingen er rettferdighet, likhet, effektivitet og praktisk gjennomføring. Dette er prinsipper som må legges vekt på i drøftingen for å finne ut om noen av prioriteringsmetodene tar bedre hensyn til noen av prinsippene enn andre. Det er også viktig å drøfte hvorvidt man skal legge vekt på ikke-helsemessige faktorer som kjønn, rase og alder og om pasienter med livsstils - sykdommer skal ha de samme rettighetene som andre. Jeg vil ta for meg hvordan utviklingen i Norge har vært med hensyn til prioriteringer i helsevesenet. Utviklingen går i retning av å legge vekt på kostnadseffektivitet sett i sammenheng med grad av alvorlighet og nytteeffekt. Det finnes noen allmenne, moralske og sosialpolitiske prinsipper for organiseringen av et helsevesen, som kan være generelle, og ikke bare gjelde for det norske helsevesenet, men også for andre områder i det norske samfunn. Alle ønsker at det skal være rettferdighet i adgangen til og fordelingen av helsetjenester til ulike pasienter. Ofte bruker vi ordet rettferdighet synonymt med likhet, men

begrepene trenger ikke å være synonyme. Likhets kan bety at alle skal ha lik tilgang, like mye og like muligheter til tjenester i helsevesenet. Dette er et begrep som i stor grad er kvantifiserbart. Et eksempel kan være at antall leger pr. innbygger skal være det samme i alle kommuner og fylker. Rettferdighetsprinsipper har utspring i det samfunnet vi lever i, der politikk, miljø, kultur og normer er det som legges til grunn og gjør det vanskelig å sette målbarhet på begrepet. I NOU 1987:23¹⁰ foreslås det, at det er hensynet til rettferdighet som skal stå i sentrum. Dette begrunner de med en del eksempler. For det første vil et system der alle skal ha like mye tjenester, være en dårlig utnyttelse av ressursene, fordi mange som ikke er syke vil bli påtvunget tjenester de strengt tatt ikke trenger. Utvalget kommer frem til et mulig likhetsprinsipp: ”Helsetjenester tilbys slik at alle skal kunne bli så friske som de etter sine forutsetninger har muligheter for ” (NOU 1987:23,s.76)¹¹. Med utgangspunkt i tre former for likhet, sosial, geografisk og aldersmessig, kan vi drøfte begrepene likhet og rettferdighet. Det er et grunnleggende prinsipp i Norge at sosiale ulikheter ikke skal påvirke våre muligheter til å forbruke helsetjenester.

Hva innebærer det at tjenester skal fordeles uavhengig av sosial status, er ikke åpenbart. Det er ikke opplagt at to pasienter med samme type sykdom skal ha samme helbredelsesmuligheter, uavhengig av sosial tilhørighet. Man kan se på en prioritering av de svakeste, som en avveining av ulempen av ressursulikheten har gitt dem. På den andre side kan man si at ressurssterke personer bør prioriteres, fordi de yter mer til samfunnet enn de svake. Ved å få disse personene fort friske, kan de igjen bidra positivt for samfunnet. Når vi ønsker å ha et helsevesen med ønske om sosial likhet, stiller dette visse krav til hvordan tilbudet utformes. De sterkeste er som regel flinkere til å skaffe seg informasjon og utnytte tilbudet. Derfor bør man være oppmerksom på denne forskjellen når man utvikler organisasjonsstrukturer i helsevesenet. I NOU 1987:23¹² legges det vekt på at det ” må være en oppgave for helsevesenet å bidra til sosial utjevning.

Det innebærer ut fra likhetsprinsippet, at lavstatusgruppene bør tilføres mer helsetjenester enn høystatusgruppene, blant annet fordi de faktisk er sykere”. (NOU1987:23,s.76)¹³

10. NOU 1987:23 Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1987: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, side 76

11. NOU 1987:23, Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1987: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, side 76

12. NOU 1987:23, Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1987: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, side 76

13. NOU 1987:23, Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1987: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, side 76

Det er en målsetting, at man skal ha det samme behandlingstilbudet, uansett hvor man bor i Norge. I dette ligger det ikke at man skal ha spesialister av alle typer i hvert fylke, men at det skal være en basis i lokalmiljøet, og at regionsykehus skal stå for ekspertisen.

Som avslutning på konklusjonen, vil jeg se på hvilke generelle implikasjoner som kan trekkes ut av de forskjellige prioriteringskriteriene, og viser i den anledning til Iversen 1996, s. 58)¹⁴, hvor han mener at, sitat: ” *optimal prioritering av behandlinger avhenger av de mål helsevesenet skal ivareta* ”. Dette betyr at det er viktig å holde de to begrepene optimalt behandling og mål sammen, fordi det gir ingen mening å snakke om hva som er optimalt, før det er klart definert hva som er målet. Videre kommer Iversen med et poeng med hensyn til kostnadene, sitat: ” *kostnader har ingen betydning for prioritering etter kriteriene grad av alvor og nytte* ” (Iversen 1996, s. 59.)¹⁵ En følge av dette er at økonomiske virkemidler ikke har noen innvirkning på prioriteringskriteriene (Iversen 1996, s. 60)¹⁶, der økonomiske virkemidler defineres som endringer i ressurstilførselen, som får følger for relative kostnader

I Norge foregår det i dag en offensiv politikk for å godkjenne stadig flere private sykehus, samt at det er en offensiv holdning i samfunnet for å få flere til å inngå private helseforsikringer. Samlet sett utgjør dette en bekymringsfylt politikk, som på sikt vil føre til at man forsøker å få gjennomslag for en markedsbasert spesialisthelsetjeneste i Norge i fremtiden, og vi står i fare for å få et klasseslett helsevesen. Unge mødre med kreft må vente i månedsvis på behandling i det offentlige helsevesenet, mens stadig flere nordmenn har privat helseforsikring. I dag er det om lag 240 000 nordmenn som har helseforsikring gjennom jobben. Fredag den 24. juni 2011 gav Regjeringen en 20 dagers kreftgaranti fra sykehushenvisning til behandlingsstart, og kreftspesialist Rolf Kåresen sa samme fredag på Dagsrevyen, at man lett kan tape i utredningstid det man vinner på behandlingsgaranti (VG, onsdag 29. juni 2011, Leder & kommentar)¹⁷. Spørsmålet er hva disse garantiene er verdt. En 32 år gammel mor, som stod frem i Aftenposten i midten på juni 2011, ventet i 10 uker fra diagnosen ble satt til behandlingen startet. Den 6. november 2011 døde hun. Med en slik utvikling kan over en million nordmenn ha privat helseforsikring om seks år, sier en rapport fra Manifest analyse i 2009. Da kan det være at det klasseslettede helsevesenet en realitet.

14. Iversen 1996, s. 58

15. Iversen 1996, s. 59

16. Iversen 1996, s. 60

17. VG, onsdag 29. juni 2011, Leder & kommentar

2.1 Viktige formål innen en samlet fødselsomsorg

Fonna HF har fulgt Regjeringen sine krav til at det er Helsedirektoratets krav til kvalitet som skal legges til grunn for å få til en godt fungerende, samlet fødselsomsorg.

Innen en samlet fødselsomsorg er det flere viktige formål som må ivaretas, dette er;

1. å sikre god kvalitet
2. gi forutsigbarhet for den fødende
3. sikre et stabilt fagmiljø

Det er Regjeringen som har pålagt helseforetakene å legge Helsedirektoratets krav til kvalitet til grunn for fødselsomsorgen. Disse bygger på klare faglige råd, om at kompetansen og bemanningen i fødetilbudet må styrkes.

Gjennom å sikre gode rutiner og kompetent personell som får mulighet til å bygge erfaring sikrer vi et trygt fødetilbud. Høy grad av vikarer og usikre beredskapsordninger kan skape utrygge situasjoner, det er derfor viktig at vi i størst mulig grad unngår dette. (Helsedirektoratets publikasjon, desember 2010 "Et trygt fødetilbud")¹⁸.

En samlet fødselsomsorg er delt inn i fire nivåer:

- Nivå 1: Tilbud til friske kvinner uten risikofaktorer skal ivaretas av jordmor, praktiserende lege (fastlege), pleiepersonalet på føde-/og barselavdeling (jordmødre, hjelpepleiere og sykepleiere) og helsesøster.
- Nivå 2: Et utvidet tilbud som kan ivaretas av de ovenfor nevnte faggrupper. Det kan for eksempel være kvinner med tidligere mislykket ammeforløp, eller gravide kvinner med økt risiko for svangerskapsdiabetes.
- Nivå 3: Et utvidet tilbud som involverer et mer tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper. Det kan dreie seg om kvinner med somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander, eller sosioøkonomiske problemstillinger.

18. Helsedirektoratets publikasjon, desember 2010 "Et trygt fødetilbud" - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen

Nivå 4: Involverer samarbeid med spesialisthelsetjenester som for eksempel familieinstitusjoner eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Kvinner plasseres i dette nivået når det vurderes at mor/foreldrene vil ha vanskeligheter med å ivareta barnet etter fødselen.

2.2 Bakgrunn

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Det er likevel flere forhold som taler for at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen kan forbedres på en del viktige områder, og at det ikke har lyktes å skape den nødvendige tilliten i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig, og av høy faglig kvalitet. Fra gravide og fødende har det vært hevdet at tjenesten fremstår som fragmentert og lite sammenhengende. Endringer i kommunikasjoner og bosettingsmønster, faglig utvikling og rekrutteringssituasjonen for fagpersonell tilsier behov for å vurdere fremtidig struktur i fødselsomsorgen.

Synkende fødselstall har ført til bekymring og uro rundt fødetilbudet i distriktene. Det har vært reist spørsmål om kvaliteten i fødetilbudet spesielt ved mindre fødeenheter. Samtidig etterspør brukere forutsigbarhet, helhet og kontinuitet i tjenesten. Regjeringen ønsker derfor å legge frem en melding for Stortinget om fremtidig organisering og struktur for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder følgetjenesten. Intensjonen er å oppnå bedre helhet i fødselstjenesten. Med dette som utgangspunkt er det lagt vekt på å finne hensiktsmessige ansvarsstrukturer og virkemidler som må tilpasses områdets egenart.

Det er trygt å føde i Norge. Svært få barn dør under eller like etter fødselen. Tall fra Folkehelseinstituttet viser:

I Norge	Årstall	% døde pr. 1000 barn
	1967	22 %
	2007	4, 1%

Tabell 1: Tall fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister

Av tabellen går det frem at barnedødeligheten i Norge har gått drastisk ned de siste 40 årene. Årsaken til at antall dødfødte har gått ned, er bedre oppfølging av dem som er risikoutsatt. Færre kvinner får svangerskapsforgiftning. Antall flerlingefødsler med har gått ned, blant

annet fordi man nå sjelden setter inn flere enn ett egg. Svangerskapsdiabetes har derimot vist en økende tendens. (Nasjonalt folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister)¹⁹.

Fødestuer ble opprettet i stor grad på 1950-tallet på steder med lang avstand til nærmeste fødeavdeling. Det ble ofte opprettet fødestuer etter initiativ fra kommunene eller frivillige organisasjoner som Sanitetsforeningene og Røde Kors. Frem til 1970-økte antall fødesteder. På 1970-tallet økte troen på at det var sikrere for mor og barn å føde på sykehus, enn små fødestuer i tilfelle komplikasjoner under fødselen, og flere og flere begynte å føde på større fødeinstitusjoner. I Norge fikk man en sterk sentralisering av fødslene, som medførte at antall fødeinstitusjoner ble kraftig redusert:

Antall fødesteder i Norge:

Antall fødesteder i Norge	Årstall	Antall fødesteder
	1974	131
	1980	97
	1990	71
	2011	53

Tabell 2: Tall fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister

2.3 Fonna HF sine innsatsområder for å nå målet om et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps- og fødselsomsorgen

Regjeringen legger vekt på følgende fem innsatsområder for å nå målet om et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Barselomsorgen skal oppleves som en gledelig begivenhet både av gravide og fødende og hennes familie.

19. Nasjonalt folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister, årsstatistikk – tabeller 2009, side 14

De 5 innsatsområdene er:

1. En helhetlig svangerskapsomsorg
2. Et trygt fødetilbud
3. Et familievennlig barseltilbud
4. Kvalitet i alle ledd
5. Et bredt brukerperspektiv

Gravide og fødendes har særlige rettigheter i helselovgivningen når det gjelder:

1. Rett til fritt sykehusvalg i forbindelse med fødsel
2. Kvinnens adgang til å be om planlagt keisersnitt
3. Bruk av keisersnitt hvor kvinnen motsetter seg det

Dersom en kvinne ønsker å føde ved et bestemt sykehus, gjelder retten bare så langt sykehuset har kapasitet. I tillegg kan kvinner, som utgangspunkt, ikke kreve keisersnitt som forløsningsmetode. Helsepersonell har rett til å foreta keisersnitt mot kvinnens vilje, dersom vilkårene for nødrett er oppfylt.

Målet for et sammenhengende tjenestetilbud i Fonna HF, er å få til en ansvarsstruktur og systemer som gir en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Hensiktsmessige ansvarsstrukturer og virkemidler må tilpasses områdets egenart. Svangerskap og fødsel er i utgangspunktet normale begivenheter. Kvinnene bor i kommunene, og skal tilbake dit etter et kort opphold på fødselsinstitusjon. Med unntak av et lite antall hjemmefødsler, finner alle fødsler sted på fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker, som er en del av spesialisthelsetjenesten. Til tross for tiltakene, som har vært gjennomført, for å stimulere kommunene til å styrke den lokale jordmørtjenesten, er ikke dagens jordmorkapasitet i svangerskapsomsorgen tilstrekkelig. Derfor ønsker man i Fonna HF å bedre tilgjengeligheten til jordmørtjenesten i tråd med brukernes ønsker. For å sikre god ressursutnyttelse og en sammenhengende tjeneste, må jordmødre som skal jobbe i Fonna HF, kunne gi et tilbud som utnytter deres samlede kompetanse og understøtter helhetlige pasientforløp. Det foreligger to alternativer for styring av en desentralisert jordmørtjeneste:

1. kommunene som er tilknyttet Fonna HF og Fonna HF inngår avtaler om jordmørtjenesten som sikrer felles utnyttelse
2. den kommunale jordmørtjenesten forankres i Fonna HF

2.4 Fonna HF sin følgetjeneste til sykehus for gravide

Fonna HF, har gjennomført samlet fødselsomsorg. Erfaringer fra omstillinger fra små fødeavdelinger til fødestuer er blandede. Dette har blitt møtt med motstand fra lokale fagfolk, lokalpolitikere og lokalbefolkningen. På steder der omstillingene har vært godt forankret blant ansatte og i lokalbefolkningen, ha erfaringene vært gode. Fra brukerhold har det vært uttrykt bekymring for at omgjøring til fødestue innebærer mindre grad av medisinsk beredskap og snevrere tilbud av metoder for smertelindring. Lokalbefolkningen har vært opptatt om omstillingen vil kunne true lokalsykehusets fremtid.

Det har de senere årene vært flere omstillingsprosesser knyttet til fødetilbudet i distriktene. Fødeavdelingene i Lofoten, Mosjøen, Odda, Tynset, Rjukan og Lærdal er omgjort til fødestuer. Fødeavdelingen i Odda ble omgjort til fødestue etter 2001.

Fonna HF er et desentralisert helseforetak, som skal betjene ca. 170 000 innbyggere på Haugalandet, i Sunnhordland og i Hardanger.

Tall hentet fra Fonna HF sitt strategidokument fra 2011:

Årsverk	Ansatte	Årlig driftsbudsjett	Årlig omsetning
480	3200	2,6 milliarder	380 millioner

Tabell 3: Tall hentet fra Fonna HF sitt strategidokument 2011

Det administrative i Fonna HF er lagt til Haugesund. Helseforetaket har ca. 3200 ansatte, og har et årlig driftsbudsjett på 2,6 milliarder kroner. Det er klinikkdirektøren for kirurgisk klinikk som har totalansvar for klinikken, med ansvar for økonomi, personale, drift, fag og kvalitet. Klinikkdirektøren har ansvar for en årlig omsetning på ca. 380 millioner kroner og 480 årsverk. I klinikken inngår blant annet gynekologi og fødselsomsorg fordelt på enheter i Haugesund, på Odda sykehus og på Stord sykehus. Fonna HF arbeider aktivt for å sikre optimal koordinering av den løpende driften. Innen fødselsomsorgen er det viktig å sørge for at klinikken skaper effektive pasientforløp, gjennom god planlegging, logistikk og godt samarbeid både internt og eksternt.

I Fonna HF har det vært store diskusjoner om at de fødende skulle sendes fra Odda sykehus til Haugesund sykehus for å føde, da det er lang transporttid til nærmeste fødeinstitusjon, og vegene er dårlige og føreforholdene er farlige, spesielt på vinterstid. Derfor har reise til

fødested og følgetjeneste for gravide vært et sentralt tema når diskusjonen vedrørende omgjøringen av fødeavdelingene ved Odda sykehus og Stord sykehus til fødestuer fant sted. Omgjøringen av fødeavdelinger til fødestuer medfører at en mindre andel av fødende i opptaksområdet får lengre reise. Det er først og fremst de gravide med risiko, som ikke vil kunne føde på en fødestue, og som dermed får lengre reise ved omgjøringen av fødeavdelinger til fødestuer. Det er mange som mener at det er naturlig å foreslå en halvannen times reise som veiledende grense, men dette vil avhenge av kommunikasjonsforhold, hvor langt fødselen har kommet osv.. Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Følgetjenesten i Fonna HF skal ha kompetanse til å håndtere eventuelle transportfødsler, og samtidig ivareta den fødendes behov for trygghet. I praksis vil det oftest være jordmødre som innehar slik kompetanse, men andre yrkesgrupper kan også være aktuelle.

Det er viktig å være klar over at det i begrunnelsen for forslaget om lovfesting av jordmortjenesten i kommunene, går frem at jordmor kan inngå i beredskapsvakter, og være kompetent ledsager og fødselshjelper, hvis fødsel skjer underveis til sykehus. Selv om mange gravide har lang reise til fødested, skjer mindre enn 1 prosent av fødslene som hjemmefødsel eller transportfødsel. I Norge er det anbefalt at fødende med transporttid lengre enn en time skulle ledsages av jordmor eller lege. Begrunnelsen er at 2 prosent av alle fødende hadde mer enn 2 timers reise til nærmeste fødeinstitusjon, og at ca. 10 prosent av alle fødende hadde fra 1 til 2 timers reise. Det er ikke lovfestet, at gravide skal ha følge av kvalifisert personell fra hjemstedet til fødestedet. Dette skyldes trolig at gravide med lang reise ofte reiser i god tid, eller oppholder seg nærmere fødestedet før fødselen starter, og at gravide med risiko, ofte legges inn i god tid før fødsel for å sikre kontroll med når og hvordan fødselen skjer.

Ved mange fødestuer har fødselstallet gradvis blitt mindre de senere år. Dette kan både skyldes endringer i befolkningsstruktur, men også at mange friske kvinner med forventet normal fødsel, velger å føde ved større fødeavdelinger i stedet for på fødestuer som er nærmere bostedet. Det er omtrent to tredjedeler av barn som fødes i Norge, som blir født ved store fødeavdelinger. I de siste 35 årene har det vært en betydelig sentralisering av fødsler som følge av endret bosettingsmønster og utbygging av kommunikasjon.(Statistisk Sentralbyrå – bosettingsmønsteret i Norge)²⁰.

20. Statistisk Sentralbyrå – bosettingsmønsteret i Norge

2.5 Fonna HF sitt system for finansiering av følgetjenesten

Fonna HF har ønske om å skape et mer enhetlig system for finansiering, og tydelig ansvars plassering for følgetjeneste til sykehus for gravide. Det foreslås at ansvaret for følgetjenesten legges til Helse Vest RHF, som er det regionale helseforetak, i tråd med ansvar for annen syketransport, inklusiv ambulansetjeneste. Ved overføring av jordmortjenesten til Helse Vest RHF, vil prinsippene for fordeling av inntekter til spesialisthelsetjenesten legges til grunn også for jordmortjenesten. Dette innebærer flytting av midler fra rammetilskuddet til kommunesektoren, til basisbevilgningen til det regionale helseforetak. Refusjonene fra folketrygdens kap. 2755, post 72 refusjon for jordmorhjelp, rettes inn mot det regionale helseforetak, og legges inn i innsatsstyrt finansiering, også kalt ”ISF-ordningen”. Dette betyr i praksis at hvis lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, må det inngås avtaler mellom Helse Vest RHF og kommunene Odda, Stord og Haugesund, om hvorvidt jordmortjenesten skal sikres felles utnyttelse.

En videreføring av jordmortjenesten, som et kommunalt ansvar, men med overføring av ansvaret for følgetjenesten til det regionale helseforetak, vil medføre at takstene for dekning av jordmors deltakelse ved følgetjeneste, vil bli rettet inn mot Helse Vest RHF, som er det regionale helseforetak, og disse takstene vil legges inn i ISF-ordningen, slik at dekning for ”Beredskap for følgetjeneste”, må dekkes innenfor rammen til det regionale helseforetak.

Inntektene fra Helse Vest RHF, er delt i to hovedkomponenter. Det er inntekter innenfor inntektsmodell, og inntekter utenfor inntektsmodellen. Inntektsfordelingen er en kombinasjon av innsatsstyrt finansiering og basistilskudd. Aktivitet finansiert via ISF-ordningen blir dekket av Helse Vest RHF basert på fastsatte DRG-poeng, multiplisert med 40 % av enhetsprisen for 2011. DRG står for Diagnose Relaterte Grupper. De sentrale variablene for DRG-klassifisering er diagnose, prosedyrer, kjønn, alder og utskrivningsstatus.

Gjennomsnittspasienten har en DRG-vekting, som er 1,0. DRG-prisen er for 2011 i statsbudsjettet satt til 36.968,-. Dette gir et vederlag på kr.14.787,20 per DRG-poeng. Endelig enhetspris blir bestemt i forbindelse med DRG-avregningen til Departementet. I DRG-avregningen vil det bli gjort avkortninger på pris per DRG-poeng, dersom Departementet finner grunn til å gjøre dette på grunn av utilsiktede virkninger ved bruk av systemet. Helse Vest vil videreføre alle slike endringer og korreksjoner fra Departementet.

Dette går frem av årsmeldingen til Fonna HF for 2011.(Regjeringen/Helsedirektoratet/finansiering/DRG-systemet, Publisert den 27. november 2011, side 1)²¹.

2.6 Et trygt fødetilbud i Fonna HF

Fonna HF skal ha et ”sørge-for” ansvar for at det skal tilbys et trygt og sammenhengende fødetilbud til kvinner i regionen. Det er Helse Vest RHF som skal pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Dette skal skje sammen med de berørte kommunene Odda, Stord og Haugesund. Planen skal omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Planen skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall, og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier.

Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Fonna HF skal videre ivareta hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmørtjenester, og følgetjeneste skal vektlegges. I tillegg skal kultur- og språkforskjeller i regionen ivaretas.

Fonna HF skal videreføre inndelingen i tre nivåer i fødeinstitusjoner, kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestuer. Fonna HF legger stor vekt på at kvaliteten på fødetilbudet skal være sentralt for tryggheten kvinnene opplever i en av livets mest sårbare situasjoner. Samlet sett er dette helt avgjørende for å gi barna en god start i livet. Dette er bakgrunnen for at det skal sikres nærhet til fødetilbudene. Fonna HF legger stor vekt på at fødetilbud for lavrisikofødsler bør være tilgjengelige, desentralisert ved de fleste lokalsykehus, og som del av lokalsykehusfunksjonen ved de store sykehusene. I tillegg bør det være fødestuer lokalisert utenfor sykehus der avstandene er store. Ifølge Nasjonal helseplan er kontinuitet og trygghet for kvinnene karakteristisk for en svangerskaps- fødselsomsorg av høy kvalitet.

Fonna HF følger Nasjonal helseplan, og legger vekt på at det skal være en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseltjeneste.

21. Regjeringen/Helsedirektoratet/finansiering/DRG-systemet, Publisert den 27. november 2011, side 1

En viktig del av en fremtidig utvikling av et godt fødetilbud, vil derfor være å utvikle denne helheten i samarbeid med kommunehelsetjenesten. (Nasjonal helseplan "Fremtidens helsetjeneste")²².

2.7 Sosiale helseforskjeller i Norge

I Norge er det også registrert sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. Det er gjennomført undersøkelser som viser at bruk av spesialisthelsetjenester øker med lengde på utdanning og størrelse på inntekt. For primærhelsetjenester er fordelingen omvendt, men ikke dersom det tas hensyn til at sykkeligheten er større i grupper med kortere utdanning og lavere inntekt. Det er også endring i bosettingsmønster. Ifølge Statistisk sentralbyrå blir bosettingsmønsteret i Norge stadig mer sentralisert. Denne trenden har blitt sterkere i de siste årene, og ser ut til å fortsette fremover. (Statistisk sentralbyrå – "Bosettingsmønsteret i Norge")²³.

I gode tider flytter folk mer enn ellers og særlig til sentrale strøk. Den regionale befolkningsutviklingen påvirkes særlig av flyttinger som er svært konjunkturfølsomme. I forhold til folketallet, har de mest sentrale kommunene flere fødsler og færre dødsfall. De mest sentrale kommunene som i 2007 utgjorde 55 % av folkemengden og 24 % av antall kommuner, hadde i 2006 om lag 90 prosent av fødselsoverskuddet og 95 prosent av befolkningsveksten. De minst sentrale kommunene hadde fødselsunderskudd, og en betydelig nedgang i folketallet i 2006, noe de har hatt hvert eneste år siden 1981. Dette kommer blant annet av at de minst sentrale kommunene har en eldre befolkning på grunn av langvarig, stor utflytting. De minst sentrale kommunene har fortsatt litt høyere fruktbarhet enn mer sentrale kommuner, men forskjellene er langt mindre enn for 20 – 30 år siden, og den litt høyere fruktbarheten kan ikke lenger kompensere for fraflytting. I tillegg har de mindre sentrale kommunene færre kvinner i fruktbar alder. De siste fem år er folketallet redusert i fire av fylkene. Det er Oppland, Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark. Folketallet har gått spesielt mye ned i Nord-Norge, der folketallet bare økte i tolv kommuner i perioden 2002 til 2007. I de neste år kan vi vente at mange kommuner får lavere folketall. Jf. Statistisk sentralbyrås siste befolkningsfremskrivning, vil folketallet synke i mellom 137 og 255 kommuner frem til 2020, avhengig av utviklingen i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og nettoinnvandring.

22. Nasjonal helseplan "Fremtidens helsetjeneste"

23. Statistisk sentralbyrå – "Bosettingsmønsteret i Norge" – Stortingsmelding nr. 34, 2000 – 2001

I 2020 er det forventet en økning i antall fødte på i overkant av 8000 barn i forhold til 2008.(Statistisk sentralbyrå/Medisinsk fødselsregister)²⁴.

2.8 Kostnader ved keisersnitt

Keisersnitt er en av de vanligste operasjoner på norske sykehus. De kan deles i to hovedkategorier planlagte (elektive) og ikke planlagte (hastekeisersnitt). Dersom vi tar utgangspunkt i Innsatsstyrt finansiering (ISF-ordningen) kan det anslås hva ulike behandlinger koster i gjennomsnitt. De faktiske kostnadene for den enkelte behandling vil kunne variere i forhold til dette. Med dette som utgangspunkt er det anslått at en fødsel med keisersnitt, inklusive operasjonskostnad, og ca. 6 dagers liggetid i 2008 kostet ca. kr. 55.000,-. En vanlig sykehusfødsel uten operasjonskostnad, og med en liggetid på ca. 4 dager, kostet ca. kr. 22.000,-.

I en artikkel i BI Magasinet desember 2011 går det frem, sitat: ”*Innvandrerkvinner føder hyppigere ved keisersnitt enn andre kvinner. Forskere spør om dette kan skyldes at innvandrere tar med seg holdninger fra hjemlandet, og får gjennomslag for holdningene i det norske helsevesenet? Kan dette være nøkkelen til å teste hypotesen om konsumentpasienten? Helseøkonomisk forskning har nesten ingenting å si om den fødendes innflytelse på valg av behandling. Det er lett å forstå, fordi en slik analyse ville kreve data om fødendes preferanser over en periode på minst 30 – 40 år. Det finnes intervjuundersøkelser, men ingen lange tidsserier. Det er systematisert data om keisersnittrater for 179 land, og for mange land fikk man data for mesteparten av perioden 1970-2005. Det finnes store variasjoner også innenfor Vest-Europa. Medisinsk fødselsregister ble kombinert med data, som viser kvinnens opprinnelsesland, og dette materialet ble igjen koblet til data om keisersnittratene i hjemlandet. Materialet dekket 133 000 innvandrerfødsler i perioden. Man studerte så effekten av keisersnittraten i innvandrernes hjemland på sannsynligheten for å få keisersnitt i Norge, når det tas hensyn til forhold som mors alder og utdanningsnivå, barnets fødselsvekt, hvilket sykehus fødselen skjedde på, hvilket år det var osv.. Den statistiske analysen og hypotesen slo til: Hvis hjemlandets keisersnittrater øker med 10 % (som svarer til forskjellen mellom en innvandrer fra Sverige og Sveits), så øker sjansen for keisersnitt i Norge med 28 prosent.*

24. Statistisk sentralbyrå – ”Bosettingsmønsteret i Norge” – Stortingsmelding nr. 34, 2000 - 2001

Hva med utviklingen fra 1970 til i dag? Mønsteret er mer uryddig, noe som vekket en ny mistanke. I moderne medisin forventer vi at behandling skal avgjøres av diagnosen. Det har skjedd en revolusjon i diagnostisk teknologi, med bruk av ultralyd og avanserte metoder for overvåkning av fosteret. Kunne avansert teknologi ha fratatt den fødendes innflytelse? På bakgrunn av dette vi man kartlagt tidspunktet for når disse teknologiene ble tatt i bruk ved ulike sykehus, og koblet også denne informasjonen til Medisinsk fødselsregister. Da så man om effekten av pasientpreferanser ble redusert der hvor sykehusene hadde tatt i bruk ny teknologi. Resultatet var slående. I begynnelsen av perioden (1967) medførte en ti prosent økning i hjemlandets keisersnittrate, en økning i sjansen for keisersnitt i Norge på over 200 prosent. Men med dagens teknologi finner man ingen effekt av hjemlandets keisersnittsrate. Funnet i studien er at teknologi er viktigere enn ideologi”.(BI Magasinet desember 2011 – av professorene Rune J. Sørensen og Jostein Grytten - Artikkelen presenterer resultater fra et aktuelt arbeidsnotat fra Universitetet i Oslo)²⁵.

Kostnader ved økning av antall keisersnitt på Haugesund sykehus i Fonna HF fra 2003 til 2008:

Fødsler og keisersnitt		2003	2008	Økn	Økning av kostnader
Haugesund sjukehus	Keiser-snitt	kr.(55000 x 135)= kr.7.425.000	kr.(55000 x 225)= kr.12.375.000	90	kr.(55000x90)= kr. 4.950.000,-
Haugesund sjukehus	Vaginal fødsel	kr.(22000 x 1185)= kr.26.070.000	kr.(22000 x 1246)= kr.27.412.000	61	kr.(22000x61)= kr. 1.342.000,-
Total økning av kostnader		kr. 33.495.000	kr.39.787.000		kr. 6.292.000,-

Tabell 4: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister

25. BI Magasinet desember 2011 – av professorene Rune J. Sørensen og Jostein Grytten - Artikkelen presenterer resultater fra et aktuelt arbeidsnotat fra Universitetet i Oslo

Ovenstående viser at det er økning i antall keisersnitt ved Haugesund sjukehus i året etter at sykehusreformen trådte i kraft den 1. januar 2002 og et tilfeldig valgt år, år 2008, som er 6 år etter at sykehusreformen ble satt i verk. Operasjonskostnadene inkludert 6 dagers liggetid er kostnadsberegnet til kr. 55.000,-. En vanlig vaginal sykehusfødsel uten operasjonskostnader med en liggetid på 4 dager er kostnadsberegnet til kr. 22.000,-. En konsekvens av dette er at det skjer en økning av kostnader ved at det er fødsler i kvinneklinikk og fødeavdelinger som er stigende. I tillegg til økningen i ovenstående beregning, kommer transportutgifter fra sjukehusene i Odda og Stord. Disse utgiftene er stipulert til å være en millioner kroner i hele helseforetaket.

2.9 Rekruttering av jordmødre til Fonna HF

Fonna HF har også erfart at på grunn av små stillingsbrøker, er det en utfordring i dag å rekruttere jordmødre i alle kommunene som er tilsluttet Helse Vest RHF. Av rekrutteringmessige og vaktmessige hensyn, opprettes ofte hele eller større deltidsstillinger. Kommunene som er tilsluttet Helse Vest RHF, bruker derfor jordmødre til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten, skolehelsetjenesten eller lignende. Dette kan føre til at den enkelte jordmor ikke får tilstrekkelig praksis til å vedlikeholde jordmorkompetanse over tid, men også at man binder opp knappe jordmorsressurser til oppgaver som kan løses av annet personell i kommunene. I mange kommuner ansettes jordmødre i delte stillinger mellom kommuner og helseforetak, eller at kommunene/helseforetak kjøper jordmortjenester av hverandre. Fødestuemodellen innen Fonna HF praktiserer, at svangerskapsomsorg og fødselsomsorg utføres av de samme jordmødrene. (Stortingsmelding nr. 12 – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 6.5.3)²⁶.

2.10 Utgiftsdekning for jordmortjenester i Fonna HF

I kommunene tilsluttet Fonna HF, får kommunene dekket sine utgifter til jordmortjenesten i form av lønn, dersom jordmor er ansatt i kommunen, eller i form av driftstilskudd, dersom jordmor har inngått driftsavtale med kommunen.

26. Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 6.5.3

Når jordmor er ansatt i kommunen, tilfaller trygderefusjonene kommunen som arbeidsgiver. Ved driftsavtale med kommunen, tilfaller refusjoner fra folketrygden, jordmoren. Følgetjeneste utført av jordmor stykkprisfinansieres fra trygden.(Stortingsmelding nr. 12 – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 8.1)²⁷.

2.11 Rekruttering av gynekologer og barnepleiere i Fonna HF

Fonna HF er bekymret for at Norsk gynekologisk forening viste til en undersøkelse våren 2008, som tyder på at det vil bli et underskudd på spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp frem mot 2015- 2020. Dette skyldes lav utdanningskapasitet, høy avgang av leger som når pensjonsalder, og at yngre sykehusleger ikke er villige til vaktbelastninger og lange arbeidsuker. Mange avdelinger er avhengige av vikarer. Dette gjelder både store og små avdelinger. Andelen leger med utenlandsk statsborgerskap er også relativt høy. Dette gjelder også en del andre legespesialiteter. Fonna HF har erfart at det er vanskelig å rekruttere gynekologer til små avdelinger, noe som delvis henger sammen med få utdanningsstillinger ved disse avdelingene. Arbeidssituasjonen på små avdelinger med hyppige vakter og lite pasientvolum, gjør også rekrutteringssituasjonen krevende.

Døde og alvorlig skadde barn under fødsel i Norge i årene fra 2006 til 2008:

Barn som døde under fødsel	Barn som ble alvorlig skadet under fødsel
58	23

Tabell 5: Tall fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister

27. Stortingsmelding nr. 12 – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 8.1

Utdrag fra artikkel i Aftenposten onsdag 30. november 2011, sitat: *"Fra 2006 til 2008 døde til sammen 58 barn under fødsel her i landet, og 23 barn fikk alvorlig skade som følge av fødselen. Bare halvparten av tilfellene ble meldt til helsetilsynet av sykehuset eller fødeinstitusjonen. Forskere har prøvd å finne ut hva som egentlig skjedde. I 67 prosent av fødslene der barna døde eller ble hardt skadet under fødselen, ble de ikke tilfredsstillende overvåket, som for eksempel sjekk av hjerteslag, viser forskningen. I nesten halvparten av fødslene hvor det gikk galt, ble det ikke tilkalt spesialist. Studien viser at i saker som er meldt til Helsetilsynet, og hvor barnet døde under fødselen eller fikk en alvorlig skade, forelå det ofte risikofaktorer før fødselen startet. Blant ca. til sammen 100 fødsler med alvorlig utfall, var det flere tilfeller der personellet ikke klarte å oppfatte, at en situasjon faktisk var farlig. Det oppstod også feil i tolkning og bruk av fosterovervåkning. I flere tilfeller tilkalte man ikke inn mer kvalifisert personell. Dette viser at kompliserte fødselsforløp, ikke alltid blir håndtert av personale med tilstrekkelig kompetanse. I nesten 70 prosent av tilfellene tok fødselen for lang tid. 65 prosent av fødslene var suboptimalt håndtert. Det betyr at de kunne fått et annet utfall"*(Artikkel i Aftenposten onsdag den 30. november 2011)²⁸.

Fonna HF har tatt ovenstående alvorlig, og er i tillegg til dette også bekymret over, og har registrert at utdanning av barnepleiere ble, sitat: *"faset ut som egen utdanning i videregående opplæring for mer enn 10 år siden, og er etter hvert også i praksis utfaset som yrkeskode. Det har blitt gitt videreutdanningstilbud i barnepleie for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Slike videreutdanninger kom inn under ny Lov om fagskoleutdanning fra 2003. Det finnes i dag bare registrert ett fagskoletilbud innenfor barsel- og barnepleie. Østfold Fagskole tilbyr 30 plasser. Dette er utdanning på deltid over 2 år. Videreutdanningen i barsel- og barnepleie omfatter svangerskapets begynnelse, fødsel og barseltid, det nyfødte barnet og barnesykepleie. Praksisarbeidet foregår ved føde- og barselavdelinger, nyfødt-, intensivavdelinger og barneavdelinger.*

I den grad yrkesbetegnelsen barnepleier fortsatt nyttes, er det på fødeavdelinger i spesialisthelsetjenesten for hjelpepleiere med videreutdanning. Antall sysselsatte og årsverk

28. Artikkel i Aftenposten onsdag den 30. november 2011

for hjelpepleiere i spesialisthelsetjenesten, har gått betydelig ned de siste årene. De siste 3 årene er antall årsverk redusert med 10 prosent og er nå ca. 7500 årsverk. Barnepleiere er mye i kontakt med mor og barn etter fødselen, blant annet i forbindelse med ammeveiledning. Barnepleiere har en viktig funksjon i samspill med leger og jordmødre, og det må legges til rette for god arbeidsfordeling og rolleavklaring. Den nye 4-årige utdanningen til helsefagarbeider erstatter tidligere utdanning til hjelpepleier og omsorgsarbeider som er under utfasing. Det nåværende antall elever under utdanning til helsefagarbeider er ikke tilstrekkelig til å kompensere for den aldersrelaterede avgang hos hjelpepleiere. Dette vil kunne ha betydning for tilgangen på fagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie.” (Fagarbeidere innen barsel- og barnepleie. Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt 8.1.1)²⁹.

2.12 Kvalitetsindikatorer i Fonna HF

Fonna HF er opptatt av at fødselstjenestene kontinuerlig må utvikles og forbedres. I Norge holder helsetjenesten høy kvalitet, også sett i et internasjonalt perspektiv. Dette gjelder også svangerskaps- og fødsels- og barselomsorgen. Til tross for dette, er innholdet i begrepet ”kvalitet”, ikke statisk, verken for dem som yter tjenesten eller for brukerne. Kvalitet og hva det skal inneholde, vil endre seg over tid. Fonna HF arbeider kontinuerlig for at kvalitetsmessige utfordringer må sees i sammenheng med at svangerskap og fødsel er en normal hendelse i livet, og ikke en sykdom. Samtidig er det en svært sårbar hendelse, hvor det i enkelte situasjoner kan stå om liv og død, både for mor og barn. Fonna HF har derfor kontinuerlig fokus på kvalitetsforbedrende arbeid, da det er nødvendig både for å opprettholde og høyne kvaliteten som følge av endringer i fagene, i helsetjenesten og i brukernes ønsker. Kvalitetsarbeid er lovpålagt gjennom forskrift om intern kontroll.(Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 6.5.3)³⁰.

29. Fagarbeidere innen barsel- og barnepleie - Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt.8.1

30. Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 8.1.1

Fonna HF har kalkulert med, at det innenfor en samlet fødselsomsorg, kan store, statistiske gevinster oppnås, derfor har Fonna HF satset målrettet på å kvalitetsheve fødeavdelingen, som er der de fleste fødsler skjer. Samtidig, har Fonna HF oppdaget, at de små fødestuene, i Odda og på Stord, har særskilte kvalitetsutfordringer, knyttet til rekruttering av fagpersonell, vikarbruk og lavt pasientvolum.(Fonna HF sine styringsdokumenter 2011)³¹.

Fonna HF anser at det er viktig å videreutvikle kvalitetsindikatorer helt ned på virksomhetsnivå. Hyppighet av keisersnitt er en kvalitetsindikator. Flere undersøkelser har vist betydelig variasjoner i hyppighet ved keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra forhold hos de fødende og andelen kvinner som selv velger forløsning ved keisersnitt. Operativ forløsning med keisersnitt innbærer risiko for komplikasjoner for moren, samt har en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler. Variasjon i hyppighet av keisersnitt, behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv. I tillegg til ulik pasientsammensetning og ulik andel av kvinner som ønsker keisersnitt, kan forskjellig medisinsk praksis være faglig riktig, som følge av blant annet ulik kompetanse lokalt, og avstand til mer spesialisert sykehus. Store variasjoner kan imidlertid indikere kvalitetsforskjeller. (Stortingsmelding 12 (2008 – 2009) ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd)³².

2.13 Brukerundersøkelser i Helse Vest RHF

I Helse Vest RHF er det et mål at reell brukermedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid, jf. erfaringene fra Nasjonalt pilotsykehusprosjekt. Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet i betydningen kulturell og språklig forståelse. Fonna HF legger stor vekt på at i de lokale brukerundersøkelsene bør sykehusene legge vekt på hvor viktig kommunikasjon og språkforståelse er for behandlingskvalitet. Styringsparametrene til Helse Vest RHF, som nytter Kunnskapssenteret som datakilde, er nettopp brukererfaringer ved svangerskap, fødsel og barsel. Jf. Styringsdokumentet for Helse Fonna HF for 2011. I fjor fødte til sammen 450 kvinner i Norge, uten å planlegge det, utenfor sykehus eller fødestue.

31. Fonna HF sine styringsdokumenter 2011

32. Stortingsmelding 12 (2008 – 2009) ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd

Av disse fødte 201 hjemme, 193 under transport og 56 et annet sted. Det var 106 kvinner i Norge som fødte planlagt hjemme (kilde: Regional perinatalkomité)³³. Regional perinatalkomité ønsker nå å finne ut hvorfor det er så mange ufrivillige hjemmefødsler og transportfødsler. De fleste mødre føder ikke i bil, de aller fleste føder hjemme, før de rekker å starte på vegen til sykehuset. Det man ønsker å finne ut er om det er fordi de fødende venter for lenge, om de blir avvist ved sykehuset, eller om det er noe så prosaisk som trafikkork. Det skal forestas intervjuundersøkelser av kvinner som har født hjemme eller i bil, for å finne ut hvordan kvinnene opplevde å føde utenfor sykehus. I fjor gikk det bra med alle som fødte utenfor sykehus (Artikkel i Aftenposten onsdag 7. desember 2011 ved Tine Dommerud og June Westerveld – ”Dere må stoppe bilen og føde nå !”)³⁴.

Kommunene som er tilsluttet Fonna HF, Haugesund kommune, Odda kommune og Stord kommune har alle vært med i et stort prosjekt ”Friske Gravide” hvor opplysning og tilrettelegging for de gravide var i fokus. I tillegg har det vært flere brukerundersøkelser innen svangerskapsomsorgen. Undersøkelsene gav svar på brukernes tilfredshet med svangerskapsomsorgens tilgjengelighet, helsepersonell, forberedelse på fødsel og barseltid og informasjon. I tillegg tok undersøkelsen opp om brukerne ble orientert om ulike tilbud innen svangerskapsomsorgen, hvilke forhold gravide er opptatt av. Brukerne vurderte hva som var viktigst ved svangerskapskontroll. Både kvinner og menn ble spurt. Undersøkelsen viste at de fleste, dvs. 86 % hadde hatt en eller flere kontroller hos fastlegen, og 7 av 10 hadde vært til kontroll på helsestasjonen. Det var store geografiske variasjoner i hvilket kontrollsted som benyttes. Det var stor tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Til sammen 87 % var fornøyde. Svangerskapsomsorgen kommer meget godt ut i forhold til andre offentlige tjenester. De som hadde gått til privatpraktiserende lege/jordmor, og de som hadde gått mest hos jordmor på helsestasjonen, var mest fornøyde. De som hadde vært mest hos fastlegen, var mindre fornøyde. Jordmor på helsestasjon ble opplevd som best til å forberede til fødsel, amming og barseltid. (Kunnskapssenterets datakilde)³⁵.

33. Regional perinatalkomité

34. Artikkel i Aftenposten onsdag 7. desember 2011 ved Tine Dommerud og June Westerveld – ”Dere må stoppe bilen og føde nå !”

35. Kunnskapssenterets datakilde

Resultatene av brukerundersøkelser skal brukes til å fremskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaring med helsetjenesten, som et ledd i å overvåke og forbedre praksis.

Undersøkelsen skal omfatte både kvinners og partnernes erfaringer, herunder kvinner og partnere med innvandrerbakgrunn, og skal omfatte spørsmål og fødselsdepresjon, angst og forventninger omkring det å føde. Resultatene skal kunne brukes til virksomhetsstyring, kvalitetsforbedring, og som grunnlag for fritt sykehusvalg. I tillegg skal de gi allmennheten innsyn i resultatene av ressursinnsatsen i sektoren. (Kunnskapssenterets datakilde).

2.14 Antall fødsler i Fonna HF i 2010

Antall levende fødte i Norge i 2010 var 58955 barn. Denne oversikten viser antall fødsler pr. kvinneklinikk, fødeavdeling, forsterket fødestue og fødestue og er basert på opplysninger fra Medisinsk fødselsregister.

Oversikt over antall fødsler og keisersnitt i Fonna HF fra 1999 til 2004:

Fødsler og keisersnitt		1999	2000	2001	2002	2003	2004
Haugesund sjukehus	Keisersnitt	149	166	140	152	135	148
Haugesund sjukehus	Vaginal fødsel	1345	1285	1326	1213	1185	1132
Stord sjukehus	Keisersnitt	77	91	96	92	108	101
Stord sjukehus	Vaginal Fødsel	562	495	554	454	439	444
Odda sjukehus	Keisersnitt	20	20	13	12	14	13
Odda sjukehus	Vaginal fødsel	123	130	127	106	79	75
Fonna HF	Keisersnitt	246	277	249	256	257	262
Totalt							
Fonna HF	Vaginal	2030	1910	2007	1773	1703	1651
Totalt							

Tabell 6: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister

Fødsler og keisersnitt i Fonna HF fom. 2005 tom. 2010

Fødsler og keisersnitt		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Haugesund sjukehus	Keisersnitt	174	178	167	225	173	161
Haugesund sjukehus	Vaginal fødsel	1155	1236	1195	1246	1310	1383
Stord sjukehus	Keisersnitt	111	53	81	65	77	75
Stord sjukehus	Vaginal Fødsel	373	423	397	423	527	435
Odda sjukehus	Keisersnitt	9	9	9	7	6	6
Odda sjukehus	Vaginal fødsel	58	52	60	57	57	47
Fonna HF Totalt	Keisersnitt	294	240	257	297	256	242
Fonna HF Totalt	Vaginal	1586	1711	1652	1726	1894	1865

Tabell 7: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister.

Fonna HF vil arbeide videre for å legge bedre til rette for at det dannes faglige nettverk innen helseforetaket og mellom helseforetakene gjerne, med utgangspunkt i større avdelinger for tilrettelegging av hospiterings/- rotasjonsordninger, og felles arenaer for drøfting av faglige spørsmål.

Nesten alle fødsler i Norge foregår på institusjon og spedbarndødeligheten er av den laveste i verden. I følge statistikken for 2006 var det 375 kvinner som fødte hjemme, uten at det var planlagt, eller under transport. Mange vil mene dette er bra, fordi det utgjør mindre enn en prosent. Statistikken sier imidlertid ikke noe om usikkerhet og stress i forbindelse med fødsel og nestenulykker, som i følge fagfolk, forekommer jevnlig, og er en vesentlig belastning for mødre og personale. Risikoen er bevist til å være særlig stor i juni, juli og august måned. Sommerkrisen er stor. Fødselstallene er relativt stabile i Norge og ligger mellom 55000 og 60000 barn i året. En fødsel kommer aldri uforberedt. Det er minst et halvt års varsel, og

man vet statistisk, at sommeren er høysesong. (Nasjonalt folkehelse – Medisinsk fødselsregister, Årsstatistikk – tabeller, side 16)³⁶.

Det har vært en storstilt sentralisering av fødesteder i Norge fra 131 fødesteder på 1970-tallet til 56 i dag, som er under halvparten. Begrunnelsen har vært medisinsk kvalitet. Dette er viktig, men de færreste fødsler er medisinsk kompliserte. Utviklingen har svekket fødetilbudet i distriktene. I førti prosent av kommunene, er det mer enn en times reise til nærmeste fødested. Det er ingen følgetjeneste, og de fødende må reise i timevis uten jordmor. Samtidig har presset på fødeavdelingene i byene økt. Oslokvinner risikerer å bli avvist på overfylte avdelinger. I 2006 avviste Ullevål sjukehus i alt 2000 gravide som måtte transporteres til andre sjukehus, ofte etter at fødselen er i gang. Jordmortjenesten i kommunene, og på sykehusene er styrket i de senere år, men det mangler plasser og personale, og bruken av deltid er svært utbredt. Dette gjør rekrutteringen av vikarer svært vanskelig. Noen fødesteder må holde stengt, deriblant Odda. I tillegg vil det være 1800 jordmorvakter på fødeavdelingene rundt om i Norge som vil stå tomme.

Den rød/grønne regjeringen har styrket kommunenes økonomi, men fortsatt fører innstramminger innen fødselsomsorgen til at svangerskapskontroller blir redusert. Det arrangeres for få svangerskapskurs og kursene er ofte mangelfulle. Fødende sendes hjem for tidlig etter fødselen, før ammingen er skikkelig i gang, og helsestasjonene savner kapasitet til å følge opp på en god, forsvarlig måte. Fødsel er den naturligste ting av verden, men den kan også være dramatisk. Denne dramatikken må vi ikke undervurdere. Sterke faggrupper og politikere har bestemt hvordan fødselsomsorgen skal være, mens kvinner i liten grad har kommet til orde. Det er et positivt skritt i riktig retning, at brukerne er representert i det nye rådet for fødselsomsorgen, men de bør også være med både regionalt og lokalt. Det er stort behov for mer kunnskap og Kompetansesenteret for kvinnehelse, er et godt sted å utvikle slik kunnskap.(Nasjonal folkehelse – Medisinsk fødselsregister, Årsstatistikk – tabeller, side 16)³⁷.

36. Nasjonal folkehelse – Medisinsk fødselsregister, Årsstatistikk – tabeller, side 16

37. Nasjonal folkehelse – Medisinsk fødselsregister, Årsstatistikk – tabeller, side 16

2.15 Sentraliseringen av fødetilbudet og kampen for lokalsykehusene i Helse Vest RHF

Fonna HF har hatt store utfordringer i forhold til at mange innbyggere i regionen ville stoppe sentraliseringen av fødetilbudet. Landssamlingen i Folkebevegelsen for lokalsykehusene reagerer sterkt på regjeringens beslutning fra april 2011 om å gjøre om de forsterkede fødestuene i Lærdal, Odda og Lofoten til jordmorstyrte fødestuer, og at man i tillegg ville legge ned fødeavdelingen ved Nordfjord sykehus. Med dette vedtaket fjerner regjeringen tryggheten for mange fødende i distrikts-Norge.

Fonna HF mener at de fødende trenger fødselsleger eller gynekologer på døgnvakt, som kan gjøre vurderinger og gi hjelp, når en fødsel utvikler seg unormalt, og det blir nødvendig med medisinske inngrep, som for eksempel nødkeisersnitt. Regjeringen overser også hvordan beredskap for fødsel på et lokalsykehus, henger sammen med akuttberedskap for kirurgi og anestesi. Regjeringen begrunner vedtaket med kvalitetskrav fra sentrale helsemyndigheter. Folkebevegelsen for lokalsykehusene mener disse myndighetene skaper et urettmessig negativt bilde av de små fødeavdelingene, og de forsterkede fødestuene.

Det fremstilles som om små fødeinstitusjoner er farlige, uten at vi til nå har sett faktisk dokumentasjon på dette. Store og travle fødeavdelinger og kvinneklinikker, er ingen garanti for trygge fødsler. I de berørte områdene er det lang veg til andre sykehus med legeberedskap. Erfaringen viser at en del av kvinnene ikke når frem til større sykehus i tide. Fødsler kan komme brått på. Uventede komplikasjoner kan oppstå, og været kan forhindre transport. Hvordan kan det være bedre å overlate ansvaret for slike situasjoner til ambulanspersonale eller ”legevakt lege”, som ikke har nødvendige ressurser eller kompetanse.

Et annet argument, er at regjeringens vedtak også er et angrep på distrikts-Norge, fordi det svekker mulighetene for lokalsamfunn, til å kunne beholde og rekruttere flere fagfolk, for å kunne gi gode helsetilbud og andre nødvendige velferdstjenester. I tillegg undergraver det arbeidet for at flere av de unge som reiser bort for å ta utdanning eller jobb, skal kunne komme tilbake. (Uttalelser fra Landssamlingen oktober 2011)³⁸.

38. Uttalelser fra Landssamlingen oktober 2011 – ”Vi krever stedlig ledelse på alle lokalsykehus”

3. Metodebruk og teori

3.1 Ulike regnskapsregler i offentlig og privat sektor

Kort innledning:

Det er interessant og studere om slike store omstillinger innen fødselsomsorgen, som skissert overfor, fører til billigere drift i Helseforetaket. Da dette er høyst usikkert, fører dette til at det er viktig å analysere forskjellene mellom regnskapsreglene for god kommunal regnskapsskikk, og god regnskapsskikk i privat sektor. Videre må en analysere hvordan budsjettene og regnskapene har endret seg før, og etter at helsereformen ble innført, og før og etter at en har videreutviklet driften innenfor foretaket, ved at man har samlet fødselsomsorgen.

I tillegg til ovenstående, utarbeider RHF⁷ ene egne styringsdokumenter for hvert enkelt datterforetak. Her konkretiseres tilsvarende krav og retningslinjer, som pålegger dem å utføre prioriterte oppgaver, og i tillegg til at de skal nå de mål det er enighet om å oppnå innenfor gitte, økonomiske rammer.

3.2 Økonomiske rammer for driften av de regionale helseforetakene

Det er Helsedepartementet som legger rammene for driften av de regionale helseforetakene gjennom lover, forskrifter og **et årlig styringsdokument**. Sammen fastlegger disse de mål og rammer og retningslinjer, som skal gjelde for spesialisthelsetjenesten i hver region. I det **årlige styringsdokumentet** redegjøres det for hvilke økonomiske rammer RHF-et får til disposisjon innenfor et år, og hvilke oppgaver som de pålegges å utføre innenfor disse rammene. Helsedepartementet bruker også styringsdokumentet til å stille ulike krav til økonomiske og organisatoriske forhold, og om forholdet RHF-ene skal ha til private aktører og ulike myndighetsorganer.

I styringsdokumentene fra departementet til RHF-ene for 2003 heter det, sitat:

”...styringsbudskapet til de regionale helseforetakene (er) knyttet til tre overordnede styringskrav og styringsutfordringer: - De regionale helseforetakene må gjennomføre en tilstrekkelig avklaring av innholdet i det regionale ”sørge-for”-ansvaret i sin region og de må sørge for at det må etableres et opplegg for oppfølgingen av dette ansvaret. – De regionale helseforetakene er ledere av de regionale helseforetaksgruppene (det regionale helseforetaket, egne helseforetak og eventuelt andre eide selskaper). Det er den regionale

helseforetaksgruppen som står for den klart dominerende andelen av de helsetjenestene som ytes når det regionale "sørge-for"-ansvaret skal oppfylles.

Det regionale helseforetaket har et overordnet ansvar for at oppgavene som løses av helseforetakene er i samsvar med helsepolitikkenes prioriteringer og skjer med god og riktig kvalitet, service og gjennom effektiv ressursbruk. – Foretaksmodellens suksess er avhengig av at de regionale helseforetakene på en god måte klarer å kombinere de to ansvarsposisjonene:

Det regionale "sørge for"-ansvaret og rollen som leder av helseforetaksgruppen som leverer størsteparten av helsetjenestene som inngår i det regionale "sørge for"-ansvaret. Det helt sentrale er at det siste skal brukes for å oppfylle "sørge for"-ansvaret på en god måte. Det er altså i strid med modellen dersom beslutningskompetansen som er knyttet til "sørge for"-ansvaret brukes til å "understøtte eller hjelpe" egne helseforetak – der kjøp av tjenester fra andre leverandører ville vært bedre for pasientene" (Styringsdokumentet fra departementet til RHF-ene for 2003, s. 4)³⁹.

Det er et faktum at etter årevis med overforbruk av investeringer, har norske sykehus opparbeidet seg gjeld på enorme 52 milliarder kroner. 7,7 milliarder er kortsiktig kassekreditt.

Halvparten av den totale gjelden på 52 milliarder kroner har kortsiktig løpetid, noe som vanligvis innebærer høyere rentekostnader. Den gjelden som har økt mest det siste året er såkalt kassakreditt fra 2009 til 2010 gikk den opp med 60 prosent, fra 4,7 milliarder kroner til 7,7 milliarder kroner. (Styringsdokumentene fra departementet til RHF-ene for 2003)⁴⁰.

³⁹. Styringsdokumentet fra departementet til RHF-ene for 2003, s. 4

⁴⁰. Styringsdokumentet fra departementet til RHF-ene for 2003

3.3 Metode

For å finne ut reliabiliteten i hvordan den finansielle informasjon i budsjett og regnskap ble påvirket av sykehusreformen i Fonna HF, kan man bruke ulike metoder, fordi det finnes forskjellige metoder som det er mulig å benytte innen ulike forskningsområder. Yin (1994)⁴¹ deler en forskningsstudie inn i tre forskjellige kategorier:

1. den utforskende metode - 2. den beskrivende metode - 3. den forklarende metode

Formålet med den utforskende metode, er at den blir brukt når problemet er vanskelig å begrense, og når forskeren er usikker på hvilke modeller som bør tas i bruk, og hvilke karakteristikk og relasjoner som er viktige.

Formålet med den beskrivende metode, er at den tas i bruk når det foreligger et klart strukturert problem, og forskeren vet nøyaktig hva han/hun vil finne ut noe om, men ikke vet hva svaret vil bli.

Formålet med den forklarende metode, er at den er hensiktsmessig å bruke når en metodisk skal gi svar på ”Hva er det som påvirker sammenhengene i denne studien? Hva er årsaks-/virkningsforholdet i denne studien? Dette kalles også kausal forskning.

Formålet med min studie, er at jeg skal bevise og gi en forståelse av hvordan den finansielle informasjonen i budsjettet og regnskapet blir påvirket av sykehusreformen i Fonna Helseforetak, og spesielt om den spesielt har påvirket området omhandlet i pressemelding, datert 1. april 2011⁴², med overskrift: ”**Går inn for jordmorstyrte fødestuer i vest**”, sitat: *”Regjeringen går inn for jordmorstyrte fødestuer ved sykehusene Odda og Nordfjord. Det samme kan bli etablert i Lærdal dersom de klarer å rekruttere jordmødre i samarbeid med kommunene. Vi ønsker på denne måten å sikre god kvalitet, forutsigbarhet for den fødende og stabile fagmiljøer. Regjeringen ber helseforetakene legge Helsedirektoratets krav til kvalitet til grunn for fødselsomsorgen. Disse bygger på klare faglige råd om at kompetansen og bemanningen i fødetilbudet må styrkes.*

41. Yin (1994) – Case study research, side 80

42. Pressemelding, datert 1. april 2011, med overskrift: ”**Går inn for jordmorstyrte fødestuer i vest**”

Gjennom å sikre gode rutiner og kompetent personell som får mulighet til å bygge erfaring sikrer vi et trygt fødetilbud. Høy grad av vikarer og usikre beredskapsordninger kan skape utrygge situasjoner, det er derfor viktig at vi i størst mulig grad unngår dette. Ordningen med forsterkede fødestuer blir som en følge av kvalitetskravene avviklet. På dette punktet er rådene fra flere fagmiljøer entydige. For Helse Vest gjelder dette Odda og Lærdal.”

Den ovenstående beslutningen, som ble fattet, har ført til konsekvenser, og derfor blir det viktig å studere om denne beslutningen ble tatt på grunnlag av den finansielle informasjonen, og om det virkelig var en beslutning, som gir et trygt fødetilbud. Som det går frem har denne oppgaven spørsmål, som gjør at jeg kategoriserer den som en beskrivende studie.

Yin (1994)⁴³ beskriver fem ulike fremgangsmåter for innsamling av empiriske bevis. Det er eksperimenter, spørreskjema, komparative studier, historie og casestudier.

Utfordringen er å være klar på i hvilke situasjoner den enkelte av dem kan benyttes, fordi grenseoppgangen mellom dem er uklar. Det er gjort forsøk på å klassifisere strategiene, og de områder de kan benyttes for å finne ut av:

Relevante situasjoner for forskjellige forskningsstrategier

Forskningsstrategi	Form av forskningsspørsmål	Behov for kontroll av atferd?	Fokuset på dagens hendelser
Ekspertiment	Hvordan, hvorfor?	Ja	Ja
Spørreskjema	Hvem,hva,når,hvor	Nei	Ja
Komparative studier	Hvem,hva,når,hvor	Nei	Ja/nei
Historie	Hvordan, hvorfor	Nei	Nei
Case studie	Hvordan, hvorfor	Nei	Ja

Tabell 8.: Relevante situasjoner for forskjellige forskningsstrategier (Yin, 1994 – side 80)

43. Yin (1994) - Case study research, side 80

I min oppgave er formålet med studien klart definert, og studien krever ikke behov for kontroll av atferd. Fokuset skal være på dagens hendelser og historiske data, og spørsmålet i oppgaven er ”hvordan”. Videre går det frem at det i studien ikke er behov for kontroll av atferd. Det er dagens hendelser som skal studeres. Oppgaven skal sammenligne ”nå situasjon” med ”før situasjon”, derfor brukes både case studie med historisk forskningsstrategi.(Yin 1994)⁴⁴.

I min oppgave tar jeg utgangspunkt i data utarbeidet etter bestemte lover og regler. Derfor er det naturlig å bruke analytiske fremgangsmåter for å få frem essensen i oppgaven. Dataene som brukes i studien må betraktes som objektivt sammensatt. Konklusjonene i oppgaven vil bli basert på den informasjonen, som de ulike komponentene skaper sammen, og som til slutt utgjør en helhet på den analysen jeg vil ha frem informasjon om.(Yin 1994)⁴⁵.

3.4 Datakilder brukt i studien

Datakilder brukt i studien er årsregnskap, årsrapporter, budsjetter, statsbudsjett, lovsamlinger, tidsskrifter, boklitteratur og data fra statistisk sentralbyrå. (Riksrevisjonen)⁴⁶ og (Nasjonal folkehelse – Medisinsk fødselsregister – årsstatistikk – tabeller 2009, side 14)⁴⁷.

3.5 Beskrivelse av studieobjektet

Jeg har valgt å studere kun ett studieobjekt i oppgaven. Studieobjektet er ”samlet fødselsomsorg” i Fonna HF. Saken vedrørende ”Trygge fødetilbud” er mye debattert og diskutert i både aviser og pressen for øvrig. Området er ennå ikke nøye analysert, slik at det å gå inn i dette området er nybrottsarbeid, ved at det historisk ikke er praksis over lang tid å hente ut informasjon fra. Dessuten har forslaget om forankring av jordmortjenesten i regionale helseforetak medført behov for lovendringer. Det er også fattet vedtak om å opprette Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

44. Yin (1994) - Case study research, side 80

45. Yin (1994) - Case study research, side 80

46. Riksrevisjonen

47. Nasjonal folkehelse – Medisinsk fødselsregister – årsstatistikk – tabeller 2009, side 14

Status i dag er at det er **uklar** avgrensning mellom rådets mandat og etablerte ansvarsstrukturer, der helsedirektoratet har en faglig, normerende rolle med ansvar for å utarbeide faglige retningslinjer og standarder, og Helse Vest RHF, som er det regionale helseforetaket, og som har et ansvar for å tilby forsvarlige tjenester innen vedtatte, økonomiske rammer.

Det jeg har å forholde meg til, er regnskapstallene fra før og etter sykehusreformen, og deretter ta i bruk av budsjett- og regnskapstallene, etter omorganisering til spesialiserte fødestuer, for så å studere om det har gitt utslag i at spesialiserte fødestuer er en driftseffektiv måte å gi et bedre fødselstilbud på, og som etter en tid ble opplevd som et bedre tilbud for brukerne av spesialtilbudet, de ansvarlige for driften av helseforetaket og de ansvarlige politikerne. Ved en overføring av jordmortjenesten til helseforetak, vil prinsippene for fordeling av inntekter til spesialisthelsetjenesten legges til grunn også for jordmortjenesten. Dette innebærer flytting av midler fra rammetilskuddet til kommunesektoren, til basisbevilgningen til regionale helseforetak. Refusjonene fra folketrygden sin konto: ”refusjon for jordmorhjelp”, rettes inn mot regionale helseforetak, og legges inn i ISF-ordningen. Dersom en viderefører jordmortjenesten som et kommunalt ansvar, men med overføring av ansvaret for følgetjenesten til regionale helseforetak, medfører dette at takstene for dekning av jordmors deltakelse ved følgetjeneste, vil bli rettet inn mot regionale helseforetak og disse takstene vil legges inn i ISF-ordningen. Beredskap for følgetjeneste må dekkes innenfor rammen til regionale helseforetak. Ved dagens organisering av lokal jordmortjeneste, er det anslått at kommunenes utgifter til beredskap for følgetjeneste er ca. 3 millioner kroner i året, i tillegg påløper kostnader over folketrygden når jordmor følger den gravide til fødested, slik at samlede utgifter anslås til høyst 10 millioner kroner årlig.

Budsjettallene fra før reformen var vanskelige å finne, og noen budsjettall var mulig å finne. Disse var heller ikke tilgjengelige gjennom referater fra styremøter, som også finnes på Internet. Dette resulterte i at det var umulig å dra sammenligninger som var korrekte. Styreferatenes tall var brutt ned på avdelingsnivå, og hadde andre utgifts-/kostnadsgrupper enn i regnskapstallene.

Det har vært et stort arbeid å få ut korrekte tall fra før reformen og de overordnede tallene etter reformen. Jeg har kontaktet Fonna HF uttallige ganger for å få budsjettall fra før 2002, før lov om helseforetak trådte i kraft og fra tiden etter at lov om helseforetak trådte i kraft, uten å lykkes. Arbeidet med innsamling av data har gjort oppgaven komplisert. Det har vært

vanskelig å fremskaffe disse dataene, og sporbarheten i tallmassene er uklare. På grunn av ovenstående, har oppgaven, i all hovedsak, blitt en teoretisk oppgave.

3.6 Valg av teori brukt som referanseramme i studien

Dette kapitlet omhandler økonomisk teori, for å belyse problemstillingene fremsatt i oppgaven. Videre vil jeg gjennomgå en del regnskapsprinsipper i kommunal og privat regnskapsføring. Oppgaven vil legge stor vekt på teori som omhandler virkemidler innen styring.

Definisjon av styring:

”Styring er strategier innen produksjon, markedsføring, rekruttering, bemanning og finansiering, og gjennomføringen og oppfølgingen av disse strategiene.” (upublisert Jan Bergstrøm)⁴⁸.

Definisjon av styring: (definert av Regjeringen)

”Det samlede sett av tiltak som en overordnet instans benytter seg av for å sikre at en underliggende enhet opptrer i samsvar med de formål som er fastlagt, holder seg innenfor de rammer som er trukket opp, overholder de regler som gjelder, og på en mest mulig effektiv måte løser de oppgaver som følger av formålet og av de mål som er fastlagt. Styring omfatter også spørsmålet om rollefordelingen mellom offentlige og private aktører, og hvordan forvaltningsorganenes ulike roller fordeles internt.”(Fornyings- og administrasjons og kirke departementet – ”Hva er styring og organisering i offentlig sektor?”)⁴⁹.

3.7 Framveksten av ulike demokratiteorier

I forhold til ovenstående, er det viktig å studere framveksten av moderne demokratier, såkalte organiserte demokratier. Utgangspunktet i framveksten av moderne demokratier er en kompleks prosess, som springer frem fra ulike trender, og som har basis i ”Individuell frihet” og ”personlige rettigheter”, der folkestyret skal avveie disse hensynene. Stikkord for denne avveiningen, blir selvstyre gjennom representasjon og rettsikkerhet.

48. Jan Bergstrøm, upublisert

49. Fornyings- og administrasjons og kirke departementet – ”Hva er styring og organisering i offentlig sektor?”

Framveksten av et økonomisk system er forankret i marked og markedsorganisering. Stikkord her blir forutsigbarhet, likebehandling og rettsikkerhet. I tillegg kommer fremveksten av en kapitalistisk produksjonsmåte med fokus på effektivitet. Stikkord er Byråkrati, som den overlegne organisasjonsform. Staten blir et nøkkelbegrep, når man er opptatt av hvordan vi skal organisere politisk felleskap og styre oss selv.

Den moderne staten bygger på tre hovedprinsipp Territorialprinsippet, Funksjonsfordeling og Suverenitet. Østerud definerer statlig organisering⁵⁰, slik:

”Statlig organisering er en form for sentralisert kontroll over et avgrenset territorium. Der de politiske institusjonene har formelt monopol på tvangsmakt, og de er atskilt fra andre sosiale institusjoner”.

Det er ulike perspektiv på staten: Staten som makt, Staten som Rett, Staten som legitimitet. Styresystemet bygger på et sett av ulike legitimitetsgrunnlag. Legitimitet i denne forbindelsen innebærer at det oppleves som rettmessig og akseptabelt av menneskene som skal styres av systemet. **Det demokratiske elementet** vektlegger representasjon og ansvarlighet.

Effektivitetshensynet vektlegger at lederne må produsere ønskede resultater på en effektiv måte. Rettsikkerhetshensynet vektlegger lederne evne til å ivareta individuelle rettigheter, mindretallets rettigheter mot flertallet. Disse prinsippene gjør at Administrasjonen (staten) kan samlet vurderes eller gis legitimitet med utgangspunkt i tre perspektiv:

1. Et økonomisk - med vekt på effektiv ressursutnytting
2. Et politisk - med vekt på hvordan politisk ledelse får gjennomslag og folkets vilje blir fulgt
3. Et juridisk - med vekt på forutsigbarhet, likebehandling og maktspredning

50. Østeruds definisjon av statlig organisering

Lundquist⁵¹ er opptatt av Det offentlige Etos, som representerer et sett av verdier som må følges opp samtidig.

DEMOKRATISKE VERDIER	ØKONOMISKE VERDIER
Politisk demokrati	Funksjonell rasjonalitet
Rettsikkerhet	Kostnadseffektivitet
Offentlig etikk	Produktivitet

Tabell 9: Lundquist sin modell om demokratiske og økonomiske verdier

3.8 Velferdsstaten under press - problemer og dilemmaer

Det er tre typer ansvar som er definert gjelder Velferdsstaten:

1. **Det rettsstatlige** – med det menes etablering av rettigheter som enkelt individer og beskyttelse mot maktbruk
2. **Det sosialstatlige** – med det menes sosiale og økonomiske rettigheter og hjelp til de som ikke klarer seg selv
3. **Det velferdsstatlige** – med det menes utvikling og ansvar for kollektive goder til alle, eks. kan være innen helse, idrett, skole osv.

Stikkord for problemene, er at det kan oppstå økonomisk stagnasjon. Spørsmålet som da melder seg er, hvem skal betale denne store og dyre offentlige sektoren. Politikerne føler avmakt, og de som arbeider innenfor de ulike områdene, føler at de ikke strekker til. Det blir også diskutert om det finnes gratispassasjerer.

Hvis en skal prøve å svare på disse problemene, blir det ofte hevdet at det er Statens oppgave å regulere markedet, der markedet ikke virker, og at Staten selv benytter seg av markedsmekanismen som styringsstrategi. Hvordan skal man så klare å styre Velferdsstaten, Det klassiske idealet?

51. Lundquist – ”Det offentlige Etos”

Weber har helt klare idealer, og prøver å svare på dette, ved å fremheve viktigheten av å ha et klart skille mellom politikk og administrasjon. Den politiske logikk og handlemåte, det vil si de politiske aktørene, er preget av ”Tro og egne meninger” om hva som er rett og galt. Politikk er ”den muligens kunst”, og politikken blir å kjempe for det man tror på. Videre er politikk konsentrert om målrasjonalitet og utforming av mål og generelle regelverk samfunnet skal styres etter. Videre er Webers idealer, at den administrative logikk og handlemåte er preget av kjølig vurdering og analyse uten følelser, basert på kunnskap og tydelig mål/-middelrasjonalitet.

Administrasjonenes funksjon er å finne fram til hvordan de politiske målene skal oppnås på beste mulig måte. Dette skjer, mener Weber, gjennom håndhevelse av de generelle regelverk og retningslinjer som politisk er besluttet. Generelt ivaretas disse idealene best, ved at administrasjonen gis en byråkratisk organisasjonsform med gode mekanismer for sosialisering, disiplinering og kontroll.(Weber)⁵².

Lundquist utvider Webers byråkrati syn ved å se på embetsmannsrollen og vekterrollen. Hans mening er at offentlige tjenestemenn har et ansvar både som tjenestemenn, og som de borgere de er, i den forstand at de er både demokratiets tjenere og herrer.

VEKTERROLLEN	
EMBETSMANNSROLLEN	BORGERROLLEN
DEMOKRATIETS TJENERE	DEMOKRATIETS HERRER
INDIVIDUELT ANSVAR	KOLLEKTIVANSVAR

Tabell 10: Lundquist's modell vedrørende embetsmanns-/vekkerrollen

52. Max Weber 1971, side 145

Kjennetegn ved dagens styreform, er at styringsidealene er blandet, og konfliktene mellom dem kommer ofte til uttrykk i politiske diskusjoner, og i påpekninger av svakheter ved gjeldende organisering av samfunnet. De meste generelle konflikter som går igjen, er hensynet til økonomisk effektivitet, satt opp mot hensynet til likebehandling og omfordeling. Videre har man hensynet til deltagelse og medbestemmelse, som kan defineres som tidskrevende og er uforutsigbart, og i tillegg til dette, hensynet til faglig, korrekt beslutning. Dette kalles ekspertstyre. Evnen til å påvirke formen og blandingsforholdet mellom de regulerende prinsipp, blir kanskje den viktigste nøkkelen til politisk makt. Dette vil føre med seg at skillet mellom det offentlige og private svekkes. Evne til gode forhandlinger, og gode sonderinger og konsekvensutredninger, sammen med lobbyvirksomhet og ulike Governance strategier, har kommet inn som nye, viktige former for styring. Staten som institusjon er også under press i forhold til flernasjonale og overnasjonale strukturer, som legger føringer for nasjonalstatens styringsmuligheter.

3.9 Økonomistyring

I alle organisasjoner, både i privat og offentlig sektor, er økonomistyring viktig, for slik til enhver tid, ha full oversikt over den totale driften i virksomheten. Det gjelder å ha kontroll med ressursbruken, for å ivareta styringen av organisasjonen mot organisasjonenes fastsatte, økonomiske mål. Det betyr at den økonomiske styringen må være i samsvar med den strategien, som organisasjonen skal styre etter. Strategien må inkluderes i økonomistyringens faser, slik at denne strategiske måten å tenke på er med, når aktiviteter skal planlegges, koordineres, iverksettes, oppfølges og korrigeres. Strategien kan komme på kollisjonskurs med hva som er planlagt, og da kan dette være begrunnet med at strategien var uhensiktsmessig, eller at rammebetingelsene for organisasjonen har endret seg. Innen økonomisk styring, er det viktig å utarbeide god beslutningsinformasjon, for å gjøre bruk av denne informasjonen i neste fase, som er å skape verdier for organisasjonen. Gode økonomistyringssystemer er suksesskriterier i enhver bedrift. Det er viktig at det gjennomsyrrer organisasjonen fra topp/ned og bunn/opp. Da har alle ansatte den samme forståelsen av hva som er status i organisasjonen, og hvorfor status er akkurat slik den er, i øyeblikket. Derfor er budsjett og regnskap viktige redskap for å være i stand til å fatte korrekte og gode beslutninger.

I kapitalkravforskriften § 45 -1, første ledd: ”Informasjon som anses egnet til å påvirke beslutningen til brukere av informasjonen i forbindelse med økonomiske forhold.”

(Kapitalforskriftens § 45 - 1 – ”Offentliggjøring av finansiell informasjon”) ⁵³

3.10 Teorien om Prinsipal- og Agentrollen

Prinsipal-Agent tenkningen, er en teori som utviklet seg som følge av at eier og leder i et foretak ikke lenger er en og samme person. Tidligere var det vanlig at eier og leder var en og samme person. Da vet man at lederen arbeider for foretakets beste. Når eier og leder er forskjellige personer, oppstår det behov for gode kvalitetssystemer, som sikrer at eieren (prinsipalen) til enhver tid, har oversikt over hva som foregår i foretaket. I tillegg til dette er det viktig at den nye lederen (agenten), kjenner til hvilke insentiver som er riktige, for å kunne levere resultater til eierens beste. (Opstad og Berg, 1992)⁵⁴. I dette tilfellet, er det viktig at det er utviklet gode systemer for kontroll, og at man har gode kvalitetssystemer, som på en korrekt og effektiv måte, gjør det lett for eieren å ha den fulle og hele oversikten i foretaket til enhver tid. I motsatt tilfelle, dersom agenten ikke arbeider aktivt for å oppnå de mål og resultater som eieren har bedt om, må det finnes rutiner for negative insentiver, som har i seg elementer av straff. Imidlertid er det viktig at agenten hele tiden blir fulgt opp med oppfordring til å gjennomføre prinsipalens krav om mål og resultater. Slik ser man hvor viktig det er å få til effektive metoder, for å få til gode og riktige insentiver. Dette kan gjøres ved bruk av bonusbaserte lønninger, aksjer, partnerskap osv.. Det er foretakets økonomi, som avgjør hva agenten kan motta i belønning. Det er derfor i agentens interesse, at foretaket får størst mulig inntjening, og derved best mulig økonomisk resultat. Dette må også ses i nær sammenheng med foretakets forventede langsiktige lønnsomhet, slik at agenten ikke bare har et kortsiktig fokus på gevinst, men ser dette i et mer langsiktig perspektiv. I store byråkratiske, private bedrifter, og også i offentlig organisasjoner, vil budsjettet også kunne gi andre problemer enn vridningseffekter. Disse problemene kan oppstå, fordi de ansatte i virksomheten får tildelt midler fra ledelsen ved styret, eller ut fra politikernes prioriteringer.

53. Kapitalforskriftens § 45 - 1 – ”Offentliggjøring av finansiell informasjon”

54. Opstad og Berg, 1992, side 1 - 218

For å opprettholde bevilgningene fra år til år, kan det være nødvendig for de ulike avdelingene å bruke opp årets bevilgninger, slik at ledelsen ved styret, eller de folkevalgte ikke ser grunnlag for å redusere bevilgningene. Slik "blåses" utgiftene opp av forskjellige begrunnede årsaker. Dette blir en "lek med tall" som kan gjøre foretakene ineffektive, fordi de ansatte ikke har tilgang på korrekte insentiver til å bruke organisasjonens ressurser på, på best mulig effektiv måte. (Opstad og Berg, 1992). Et annet viktig element i de krav de forskjellige nivåene stiller til økonomistyringssystemer, knytter seg til kontroll med nivået under og rapportering til nivået over. Det er slik at et nivå i en organisasjon er agent i forhold til nivået over, og prinsipal i forhold til nivået under. En slik relasjon gir utfordringer på tre områder:

1)Prinsipal og agent kan ha forskjellig målstruktur. Det kan for eksempel være at prinsipalen har et større fokus på å holde de økonomiske rammene, mens agenten er mest opptatt av å levere tjenester med best mulig kvalitet.

2)Den andre er asymmetrisk informasjon, og bygger på at agent og prinsipal vil ha forskjellig informasjon, og dette i seg selv kan føre til en målforskyvning.

3)Risikoaversjon. Det betyr at agenten er villig til å ta større risiko enn prinsipalen. Dette kan igjen føre til en målforskyvning. Innen "public-choice teorien" hevder man at ethvert menneske handler mest mulig rasjonelt i forhold til egen nytte.

Dette er det som gjerne kalles agentkostnader. Dette defineres som de kostnadene som oppstår, fordi prinsipalen bruker en agent istedenfor å gjøre det selv. Dette fordeler seg på de direkte kontrollkostnadene, som utledes av det kontroll- og styringssystem prinsipalen har, for å holde kontroll med agenten. Dette fører til et resttap, som skyldes at prinsipalen opplever en annen måloppnåelse, fordi agenten handler på en annen måte enn det prinsipalen selv ville ha gjort. Det å redusere agentkostnadene mest mulig stiller også ulike krav til økonomistyringsmodellene på de forskjellige nivåene.

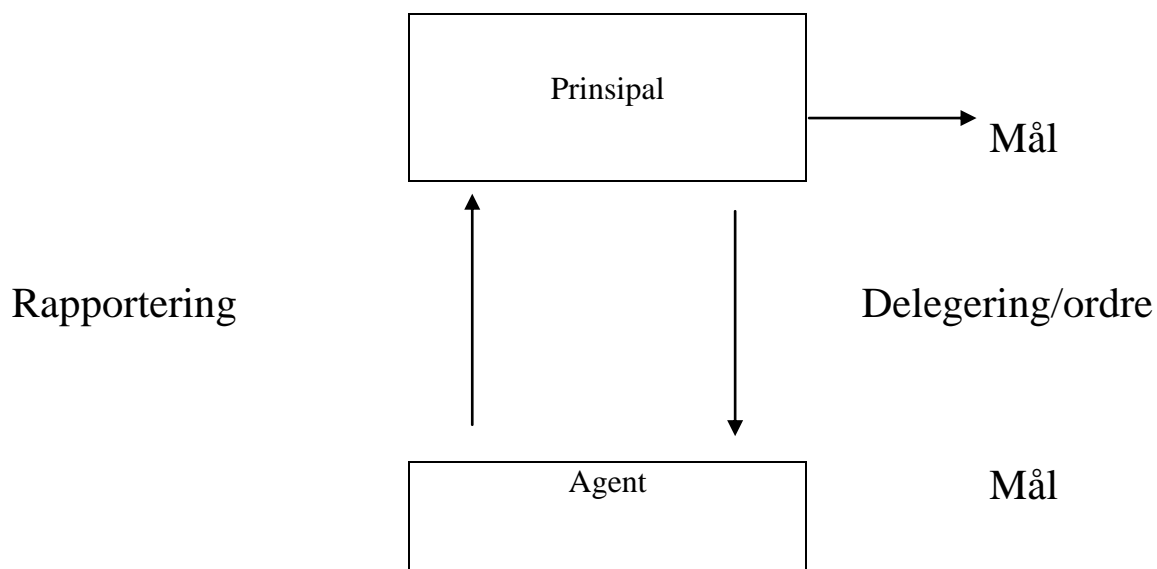
De tre ovenfor omtalte modellene, er en styrking av kontrollen med agent. Dette er spesielt viktig mellom de øverste nivåene, siden resultatområde-/seksjonslederne normalt vil ha et faglig informasjonsovertak på sine ledere. Dette er ikke like kritisk mellom seksjonslederne/ faglederne og deres nærmeste medarbeidere, da disse gjerne jobber innen samme fagfelt. Derfor trenger ikke resultatområde-/seksjonslederne skyve like mye ansvar for budsjettoverholdelse nedover i egen organisasjon, som det topplederne må. I tillegg er det en

rekke forutsetninger og viktige punkter man må ha fokus på, når man ønsker å endre komplekse organisasjoner, som norske helseforetak er, hvor det klages på manglende inntekter, derfor er det viktig å lage gode målformuleringer for å redusere utgifter, og i tilknytning til det, øke inntekter, og slik tilpasse seg ny, ønsket situasjon.

I faglitteraturen bruker man å si, at en organisasjon kan befinne seg i en av tre finansielle situasjoner:

1. **Finansiell slakk** – det er rom i økonomien
2. **Finansielt stress** – det er behov for innstramming i økonomien
3. **Finansiell krise** – det er krise i økonomien, og man er i utgangspunktet ikke i stand til å finansiere sin virksomhet

Oppsummert under dette punktet, ser man hvor viktig det er å ha fokus på prinsipal og agent teori i perioder med organisatorisk uro. Både fordi opportuniste kan forsterkes, og fordi kontrollkostnadene kan ha en tendens til å vokse i trange tider, så når ledelsen føler behov for kontroll, og kan dette skje på bekostning av tillit.



Figur 1: Prinsipal-Agent teori (Opstad og Berg, 1992)

3.11 Teorien omkring interessentmodellen

Innenfor helsesektoren er det mange interessenter. De fødende er eksempler på interessenter, og er derfor en gruppe eller individer som kan påvirke eller blir påvirket av hvordan virksomheten oppnår sitt formål. Dette kan være innbyggere, eiere, ansatte, kunder, leverandører, fagforeninger, myndigheter, politikere, media, interessegrupper osv. Interessentledelse har som formål å administrere relasjonene til de ulike interessegruppene på en proaktiv måte (Freeman, 1984)⁵⁵. Dette betyr i praksis av enhver virksomhet er avhengig sine interessenter for å kunne drive virksomheten. Derfor må den ta hensyn til sine ansatte, sine kunder og sine leverandører. Interessentteorien går ut på, at dersom en virksomhet ikke tar vare på og pleier forholdet til sine interessenter/stakeholdere, vil eiernes utbytte reduseres og den positive følgen av det, er at det er økonomisk lønnsomt å utvikle og opprettholde et godt forhold til virksomhetens interessenter og ta deres ønsker, behov og interesser med i forretningsmessige vurderinger. (Freeman 1984)⁵⁶.

3.12 Formål med drift av organisasjoner i privat sektor

Formålet med drift av organisasjoner i privat sektor, er å maksimere virksomhetens lønnsomhet, og dermed sikre et størst mulig utbytte til eierne. Som beskrevet i avsnittet over, er det imidlertid viktig å se organisasjoner i sameksistens med bedriftenes interessenter, som er de ansatte, andre bedrifter i verdikjeden, myndighetene, lokalsamfunnet osv.. Men man kommer ikke bort fra det faktum, at de som er ansatt som bedriftsledere, har som oppgave å serve bedriftseierne, som en årsak vil hovedformålet dermed alltid vil være å ta i vare eiernes interesser. (Freeman 1984)⁵⁷.

3.13 Formål med drift av organisasjoner i offentlig sektor

Formålet med driften av organisasjoner i privat sektor, er ulikt formålet i offentlig sektor. Offentlig sektor blir styrt av prioriteringene til det valgte politiske flertall. Det valgte politiske flertall og sammensetningen av politiske partier, endres over tid. I tillegg er det mange ulike meninger i det politiske systemet. Derfor har kommunene flere enn ett formål.

55. Freeman, 1984, side 9 - Freeman strategic management

56. Freeman, 1984, side 10 - A stakeholder approach

57. Freeman, 1984, side 18 - Freeman strategic management

Formålet kan defineres, som hva som vil maksimere nytten til alle innbyggerne i en kommune på valgdagen. Politiske prioriteringer må gjøres fortløpende mellom de ulike sektorene, for eksempel skole, helse, vegbygging osv., og det er nytteverdien til innbyggerne, og hva innbyggerne individuelt opplever som nytte, som er det viktigste fokuset til enhver tid. (Prof. B. Jensen, forelesning høsten 2010)⁵⁸.

3.14 Økonomistyringssystemet

Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen gjennomgår flere perspektiver innen økonomisk styring:

1. *”Aktivitetsnivå perspektiv, som defineres ut i fra rutinestyring, ekspertstyring, intuitiv styring og skjønnsmessig styring, alt ut i fra hvilken aktivitet det handler om*
2. *Normativt perspektiv, som defineres ut i fra et perspektiv med klare resultatmål og kausalkunnskap, preget av rasjonell beslutningstaking, hvor budsjetter og regnskap er de viktigste styringsinstrumentene*
3. *Organisatorisk perspektiv, som også er kjent som politisk organisasjon og handlende organisasjon, hvor det resultatstyrte og atferdsstyrte styringsmetoder”*
(Professor Monsen)⁵⁹

Regnskap og budsjett er viktige virkemidler, for å kunne foreta korrekte beslutninger, både i offentlig og privat sektor. Regnskapet skal gi korrekt informasjon til brukerne, og må da ha et innhold som kan bidra til å påvirke avgjørelser innen organisasjonen. Informasjonen som til enhver tid brukerne har behov for, vil være avhengig av hvilke avgjørelser brukerne skal fatte beslutning om. Den finansielle informasjonen må inneholde en direkte og umiddelbar sammenheng mellom regnskapsstørrelser og regnskapsprinsipper, da er finansielle informasjonen brukbar for organisasjonen, og vil støtte organisasjonens formål.

Budsjettplanene og regnskapsrapportene, er viktige redskaper for å følge kravene om resultatmål innarbeidet i budsjettet.

58. Prof. B. Jensen, forelesning høsten 2010

59. Professor Monsen - 3 perspektiver innen økonomisk styring

I tillegg må det utarbeides maler for gode rutiner, når det gjelder å utføre kontroll med at rutinene i budsjettplanene blir fulgt. Videre er det viktig å utarbeide gode månedsrapporter, som hele tiden følger med på utviklingen mellom budsjett og regnskap, og som til enhver tid gir gode analyser og begrunnelser for hvorfor avvik oppstår. Dersom dette ikke blir gjort, har man ikke gode forklaringer på hvorfor resultatene organisasjonen blir gode eller dårlige.(Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen – forelesninger høsten 2010)⁶⁰.

3.15 Budsjettering

Formålet med budsjettering er, til enhver tid å gi oversikt over forholdet mellom inntekter og utgifter, og skal i tillegg ha kontroll over hva inntektene i organisasjonen brukes til. Det er politikerne som beslutter hvilke tjenester offentlig forvaltning skal prioritere, og hvor mye penger som blir fordelt til de forskjellige formål. I regnskapet blir de registrerte fakta brukt til videreutvikling av regnskapet, og for å få til korrekt statistikk. I tillegg skal regnskapet måle og kommunisere korrekt informasjon til brukerne. Internt i virksomheten brukes løpende rapportering som grunnlag for å fatte gode solide beslutninger rundt kostnadskontroll, kostnadsplanlegging og resultatvurdering. Den finansielle informasjonen, som kommer frem, blir benyttet i strategiutforming og planlegging. Også eksternt, er regnskapsinformasjon viktig. Informasjonen hjelper brukerne til å vurdere hvordan ressursene forvaltes. Den eksterne, finansielle informasjonen er viktig for aksjonærer, ansatte, kredittyttere, lokalsamfunnet, storsamfunnet osv.. Analysen av den historiske utviklingen, slik den kommer til uttrykk i regnskapet, er av interesse, som en viktig del av beslutningsgrunnlaget.(Granlund og Lukka, 1997)⁶¹. Finansregnskapet har verdi, fordi den gode informasjonen en kan lese ut i fra dette regnskapet, reduserer usikkerhet rundt bedriftens fremtidige lønnsomhet og økonomiske status. Finansregnskapet gir også informasjon angående kvaliteten på jobben ledelsen utfører, og deres evne til å oppfylle krav som virksomheten å oppfylle under ulike omstendigheter. Finansiell informasjon blir etterspurt, fordi den gir informasjon som hjelper interessenter til å ta bedre beslutninger, eller å gjøre det mulig å overvåke ledernes prestasjoner.(Revsine,2005)⁶².

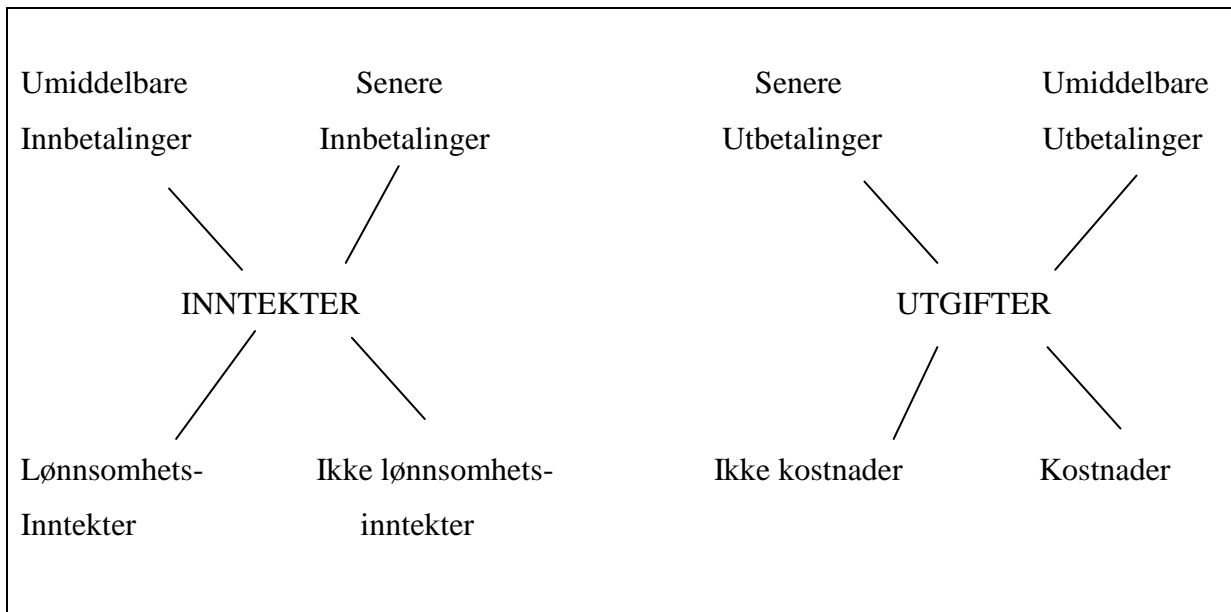
60. Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen – forelesninger høsten 2010

61. Granlund og Lukka, 1997 – Rationale for qualitative research, side 67

62. Revsine, 2005

3.16 Finansielt regnskap versus lønnsomhetsregnskap

Dette avsnittet vil presentere ulike begreper, som er benyttet i forretnings- og kommuneregnskapet. Riktig utgifts- og kostnadsklassifisering, utgjør et beslutningsproblem og bruk av kostnadsinformasjon krever særskilte analyser. Skillet presenteres ved hjelp av Mülhaupt ⁶³ sin klassifisering, og er illustrert i figur 2.



Figur 2 Inntektenes og utgiftenes regnskapsmessige karakter (Mülhaupt 1987)

Figuren viser et skille i hvordan man klassifiserer penger som kommer inn, og penger som går ut av virksomheten. Øverste del av figuren viser penge inn- og penge utstrømmingen. Dette kan ses på som penger som går ut og inn av den totale kassabeholdningen i virksomheten. Den nedre delen av figuren viser inntekter og kostnader som periodiseres i regnskapet. Disse beløpene kommer frem, når risiko og kontroll på en vare eller tjeneste overføres til eller fra virksomheten. Dette gir resultater, som virksomheten benytter, ved blant annet fastsettelse av utbytte. Begrepet inntekter og utgifter, omfatter begge disse delene av figuren, og det er derfor nødvendig å klassifisere transaksjonene riktig. Det er viktig å skille klart mellom begreper brukt i privat og offentlig sektor.

63. Inntektenes og utgiftenes regnskapsmessige karakter (Mülhaupt 1987)

I begge sektorene pådrar man seg utgifter for å kunne produsere varer og tjenester, ytelser. Verdien på ytelsene, når de er omsatt, bør alltid være større enn verdien på det som forbrukes, for å kunne fremstille ytelsene.

En resultatoppfatning finnes følgelig i begge sektorene, men er svært forskjellige. I offentlig sektor utarbeider man et finansielt resultatregnskap, i privat sektor utarbeider man et lønnsomhetsresultatregnskap. Forskjellen fremkommer ut fra hvordan de to sektorene genererer inntekter og kostnader. I offentlig sektor tilbyr man befolkningen visse ytelser som regnes for å være offentlige oppgaver. Disse ytelsene selges som oftest ikke til kostpris. I stedet kreves det kun betaling i form av gebyrer eller egenandeler. (Professorene Jensen og Monsen, forelesninger 2010)⁶⁴.

I privat sektor er de pådratte kostnadene avspeilet i prisen på varen eller tjenesten. Gebyrene eller egenandelene i offentlig sektor, har ofte liten eller ingen sammenheng med kostnadene, som oppstår for å fremstille ytelsene. Kostnadene dekkes ikke inn via priser, men blir dekket inn på annen måte, i all hovedsak gjennom beskatning. En skattebetaler vil ikke bli innkrevd det samme beløpet, som denne benytter av offentlige tjenester, i et gitt år.

For eksempel vil en innbygger som oftest benytte seg av helsetjenester i større grad mot slutten av livet, sammenlignet med tidligere i livet. Dermed vil ikke innbyggeren til enhver tid betale det samme beløpet, som er blitt pådratt for å fremstille de offentlige ytelsene (Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen, forelesninger 2010)⁶⁵.

3.17 Bokføringsmetoder

Det er to ulike former for bokføringsmetoder. Jeg velger å presentere disse to formene, fordi begge har hatt en sentral betydning for utvikling av praksis innenfor kommunal regnskapsføring.

64. Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen, forelesninger 2010

65. Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen, forelesninger 2010

Kort om Kjøpemannens dobbel- bokføringsmetode

Hovedtrekk ved denne bokføringsmetoden er, at hver transaksjon posteres to ganger på to ulike kontoer. Samme beløp skal føres på debetsiden, som på kreditsiden. Summen av debet og kredit skal være lik. Dermed får man kontroll på, at alle transaksjoner er bokført. Konti er klassifisert i to grupper:

- 1. Betalingskonti som påvirker balansekonti**
- 2. Aktivitetskonti som påvirker lønnsomhetsresultatet**

Lønnsomhet rapporteres gjennom både betalingsiden og ytelsessiden. Dermed er det sammenheng mellom resultatregnskapet og balansen. Balansen fokuserer på lønnsomhet, og ikke på finansielt resultat (penger og transaksjoner). Lønnsomhetsresultatet fremkommer i resultatregnskapet, og viser differansen mellom inntektene og kostnadene som inntreffer i regnskapsperioden (Jensen og Monsen, forelesninger 2010)⁶⁶. For private foretak, som har til formål å skape profitt, vil kjøpemannens dobbelte bokføringsmetode være godt egnet. Private bedrifter fokuserer på lønnsomhetsstyring ut fra hva som rapporteres i lønnsomhetsresultatet. Blant annet blir utbytte vedtatt ut fra lønnsomhetsresultatet.

Kort om Kameralregnskapet

Kameralregnskapet har sin opprinnelse tilbake til 1500-tallet. Denne formen for bokføring ble skapt, for å holde oversikt over innbetalinger og utbetalinger. Dette regnskapet bestod av to konti: en for innbetalinger og en for utbetalinger. Dette regnskapssystemet er blitt videreutviklet, der grunntanken om innbetalinger og utbetalinger, samt at man til enhver tid kunne holde kontroll over likvidene, altså pengebeholdningen, har vært i hovedfokus. I dag består Kameralregnskapet av to konti:

1. inntekter
2. utgifter

66. Professorene Jensen og Monsen, forelesninger 2010

Disse to kontiene er delt opp i fire:

1. rest brakt frem
2. anordning
3. virkelig utfall
4. rester overført

3.18 God regnskapsskikk

Regnskapslovens kapittel 4 inneholder bestemmelser om grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk. Innholdet i god regnskapsskikk er utformet av Norsk Regnskapsstiftelse (NRS)⁶⁷, som arbeider med utviklingen av norsk praksis. Bestemmelsene i regnskapsloven er styrende for inntekts/- og kostnadsføringen i resultatregnskapet. Regnskapsloven angir at årsregnskapet skal utarbeides i samsvar med grunnleggende regnskapsprinsipper som er følgende: (Finansdepartementet 1. januar 1999, kapittel 4: ”Grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”⁶⁸:

1. transaksjonsprinsippet betyr at transaksjonen må ha økonomisk innhold, regnskapsføres til verdien av vederlaget, og at transaksjonen regnskapsføres på transaksjonstidspunktet
2. Opptjeningsprinsippet innebærer at inntekt skal resultatføres, når den er opptjent
3. Sammenstillingsprinsippet sikrer at utgiftene skal kostnadsføres i samme periode, som tilhørende inntekt
4. Forsiktighetsprinsippet sier at regnskapsmessig verdi av foretakets eiendeler, må testes mot virkelig verdi på oppgjørstidspunktet
5. Fortsatt drift prinsippet betyr at vurderingen i regnskapet, er gjort under forutsetningen av at foretaket skal fortsatt eksistere, til neste årsoppgjør

Norsk Regnskapsstiftelse (NRS) bygger på historisk kost modellen. Denne modellen blir ofte beskrevet, som en transaksjonsbasert modell, hvor salgstransaksjoner er grunnlaget for regnskapsføring og måling. En transaksjon består av en overdragelse og et vederlag.

67. Norsk Regnskapsstiftelse (NRS)

68. Finansdepartementet 1. januar 1999, kapittel 4: ”Grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”

Overdragelsen skjer mellom to eller flere parter og vederlaget i transaksjonen, skal i henhold til prinsippet, fastsettes til verdien på transaksjonstidspunktet. Transaksjonstidspunktet inntreffer, når risiko og kontroll knyttet til overdratte ressurser, er overført fra den ene part i transaksjonen til den annen part (Finansdepartementet 1. januar 1999, kapittel 4: ”Grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”)⁶⁹. Forretningsregnskapet bruker dobbelt bokføringsprinsipp. Det innebærer, at alle beløp føres to ganger. En gang til debet og en gang til kredit, på to ulike kontoer. Hensikten med forretningsregnskap, er blant annet å fremstille lønnsomheten angående produkter, produktgrupper og kundeforhold. Det foregår når en bruker prosess for å innføre like regler på internasjonal basis. Det innebærer at reglene vil bli innført i mange land. Hensikten med en internasjonalisering av regnskapsreglene, er å bedre og standardisere den finansielle informasjonen. (Finansdepartementet 1. januar 1999, kapittel 4: ”Grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”)⁷⁰.

3.19 Kommuneregnskapet

I dette kapittelet presenteres prinsipper for kommuneregnskapet, i tillegg vil jeg vise hvordan formålet med kommuneregnskapet kan ses i sammenheng med kameralbokføring.

Kommuneloven regulerer kommunenes aktiviteter, inkludert regnskapsføringen. I artikkelen: *”Utviklingen av kommuneregnskap i Norge om påvirkning fra kameralistens og kjøpmannens bokføringsmetoder”*, fremhever professor Norvald Monsen⁷¹, at de kommunale og fylkeskommunale regnskapsreglene i Norge baseres på en kombinasjon av formålene til forretningsregnskapet og kameralregnskapet (Monsen, 2001)⁷². I offentlige regnskap, gikk man fra den kameralistiske kontoen, med inntekter og utgifter, over til å benytte kjøpmannens dobbelte konto, med debet og kredit. Dette skjedde i 1924. I senere tid har det kommunale regnskapet og balansen i økende grad blitt påvirket av privat regnskapsrapportering. Til tross for dette finner vi fortsatt en sterk kameralistisk påvirkning på de kommunale regnskapsforskriftene i Norge.

69. Finansdepartementet 1. januar 1999, kapittel 4: ”Grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”

70. Finansdepartementet 1. januar 1999, kapittel 4: ”Grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”

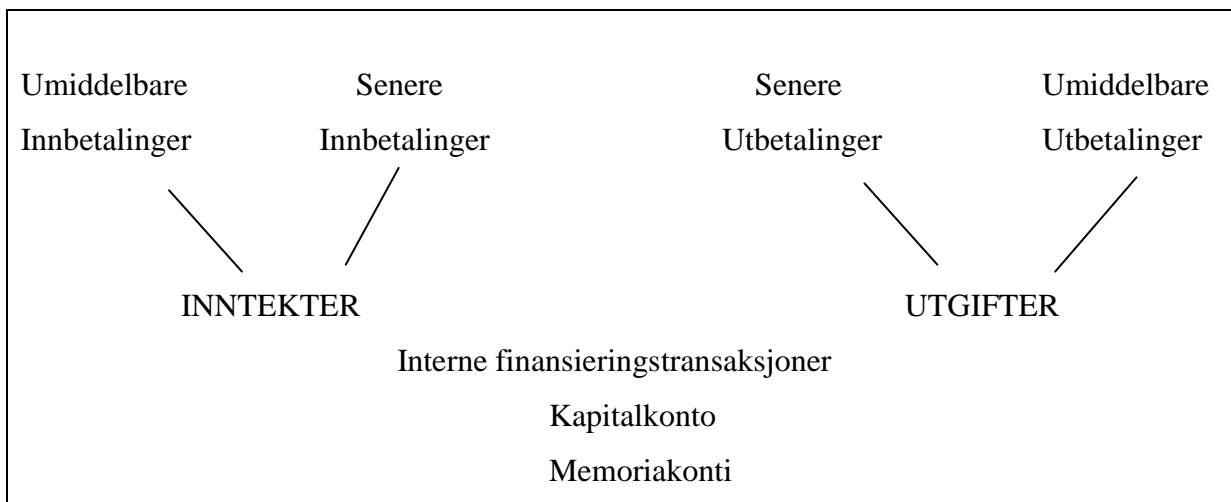
71. Artikkel: *”Utviklingen av kommuneregnskap i Norge om påvirkning fra kameralistens og kjøpmannens bokføringsmetoder”*, av professor Norvald Monsen

72. Artikkel: *”Utviklingen av kommuneregnskap i Norge om påvirkning fra kameralistens og kjøpmannens bokføringsmetoder”*, av professor Norvald Monsen

Det eksisterer en sterk kobling mellom budsjett og regnskap og fokus ligger på inntekter og utgifter i stedet for lønnsomhetsinntekter og kostnader (Bjarne Jensen og Norvald Monsen, 2010, forelesningsnotater)⁷³.

Kommuneregnskapet har som formål å styre pengetransaksjoner, og kontrollere inntekter som oppstår, herunder også skatteinntekter, budsjettkontroll og betalingskontroll. Dermed trenger kommuneregnskapet andre prinsipper, enn de en kan finne i regnskapsloven. Blant annet vil anordningsprinsippet være til hjelp, for å oppnå disse formålene.

Kommuneregnskapet må vise de anordnede inntektene og forpliktelsene. Det er nødvendig med tallmessig registrering av overensstemmelse og avvik mellom de innbetalinger og de utbetalinger, som er anordnet til forvaltning og de som er utført av forvaltningen.



Figur 3 Det norske kommuneregnskapet (Norvald Monsen, 2008)

Brukergrupper av kommuneregnskapet:

Eksempler på brukergrupper av kommuneregnskapet er innbyggere, skattebetalere, investorer, gebyrbetalere, politikere, administrasjonen og offentlige ansatte. Kommuneregnskapet er regulert av kommuneloven og forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 7 (Forskrift om årsregnskap osv. § 7 – Grunnleggende regnskapsforskrifter og god kommunal regnskapsskikk)⁷⁴.

73. Bjarne Jensen og Norvald Monsen, 2010, forelesningsnotater

74. Forskrift om årsregnskap osv. § 7 – Grunnleggende regnskapsforskrifter og god kommunal regnskapsskikk

Gjennomgangen av de kommunale regnskapsprinsippene i forskriftens § 7, er ikke like omfattende som prinsippene for forretningsregnskapet i regnskapsloven:

1. Anordningsprinsippet
2. Arbeidskapitalprinsippet
3. Bruk av lån
4. Anslått beløp (det beste estimatet)
5. Bruttoprinsippet
6. God kommunal regnskapsskikk

1. Anordningsprinsippet innebærer at alle kjente utgifter, utbetalinger, inntekter og innbetalinger i året, skal tas med i årsregnskapet for vedkommende år, enten de er betalt eller ikke, når regnskapet avsluttes. Dette skal likevel ikke medføre at avleggelsen av årsregnskapet må forskyves utover de frister som er bestemt, jf. Kommunelovens § 10. Anordningsprinsippet er viktig i kommunalregnskapet, og fremstår i dag som en blanding mellom den kamerale bokføringsmetoden, der man gir anvisning til utbetaling, og kjøpmannens forretningsregnskap med debet og kredit. (Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskapet i stat og kommune”)⁷⁵. Anordningsregnskapet, for de grupperte inntektene og utgiftene, angir hva som skal betales til de forskjellige formålene. Dette er uavhengig av om betalingen skal skje straks, eller på et senere tidspunkt. Regnskapsføringen blir gjennomført så snart en inntekt eller utgift oppstår. Anordningsregnskapet kan betegnes som skyldighet, slik at man snakker om inntekts/- og utgiftsskyldighet, eller om inntektsanordning og utgiftsanordning. Denne skyldigheten eller anordningen sammenstilles med betalingsbeløpet, slik at den gjennomførte betalingen korrigerer for skyldigheten. Hvis betalingen ikke er gjennomført, oppstår en rest. Enhver anordning må etter hvert bli utlignet av et tilsvarende betalingsbeløp.(Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskap i stat og kommune”)⁷⁶.

75. Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskapet i stat og kommune”

76. Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskapet i stat og kommune”

Kameralregnskapet med sin spesielle bokføringsmetode viser kun realiserte innbetalinger og utbetalinger. Spesielle konti utgjør en selvstendig regnskapsførsel, som ble utviklet for bruk i offentlige organisasjoner, hvor forvaltningen av offentlige midler i stor grad er skatteinntekter. Kameralregnskapet kan benevnes som et inntekts/- og utgiftsregnskap (Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskapet i stat og kommune”). Formålet med offentlige regnskap slik de fremstår i dag, stammer nettopp fra kameralregnskapet. Kommuneregnskapet brukes som et budsjettstyrings/- og kontrollverktøy for beslutningstakere og innbyggere. (Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskapet i stat og kommune”)⁷⁷.

Historisk sett har offentlige virksomheter benyttet kontantprinsippet. Det er en utvikling mot å følge regnskapslovens regler, og på den måten benytte periodiseringsprinsippet, som finnes i regnskapene til private foretak. Bokføringsutviklingen i Norge har gjennom tidene gått fra kameralistens bokføring til dobbel bokføring, det betyr at man i Norge har beveget seg fra kontantprinsippet til periodiseringsprinsippet. Argumentasjonene for denne endringen er, at den skal gi økt fokus på effektivitet, og bedre styring med ressursbruken i staten. Det skal også gi bedre oversikt over statens økonomiske forpliktelser i et langsiktig perspektiv. I tillegg skal det dekke et behov for større transparens og pålitelighet til offentlige finanser. (Kommunelovens §10 lovlighetskontroll. Statlig godkjenning av økonomiske forpliktelser)⁷⁸.

2. Arbeidskapitalprinsippet, som er en konsekvens av anordningsprinsippet, sier at all tilgang og bruk av midler i løpet av året, som vedrører kommunens og fylkeskommunens virksomhet, skal fremgå av driftsregnskapet eller investeringsregnskapet. Det skal **ikke** forekomme, at tilgang og bruk av midler kun blir ført i balanseregnskapet. (Kommuneloven - lovlighetskontroll. Statlig godkjenning av økonomiske forpliktelser)⁷⁹.

77. Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Regnskapet i stat og kommune”

78. Kommunelovens §10 lovlighetskontroll. Statlig godkjenning av økonomiske forpliktelser

79. Kommunelovens §10 lovlighetskontroll. Statlig godkjenning av økonomiske forpliktelser

3. Bruk av lån. Forskriften angir at for lån, skal kun den delen av lånet som er brukt i løpet av året, føres i investeringsregnskapet. Investeringsregnskapet er en egen oppstilling i årsrapporter oppstilt etter kommuneloven, som viser årets investeringer. Den delen av lånet som ikke er brukt, registreres som memoriapost. (Kommunelovens - lovlighetskontroll. Statlig godkjenning av økonomiske forpliktelser)⁸⁰.

4. Anslått beløp, betyr at i den grad de enkelte utgifter, utbetalinger, inntekter eller innbetalinger ikke kan fastsettes eksakt ved tidspunktet for regnskapsavleggelsen, skal det registreres et anslått beløp i årsregnskapet for vedkommende år. Justering i henhold til eksakt beløp, foretas i det påfølgende regnskapsår. (Forskriftens § 7 for årsregnskap for kommuner)⁸¹.

5. Brutto prinsippet, betyr at alle utgifter, utbetalinger, inntekter og innbetalinger skal regnskapsføres brutto. Dette gjelder også for de interne finansieringstransaksjonene. Det skal ikke gjøres fradrag for tilhørende inntekter til utgiftene, og heller ikke skal inntektene fremstå med fradrag for eventuelle tilhørende utgifter. (Forskriftens § 7 for årsregnskap for kommuner)⁸².

6. God, kommunal regnskapsskikk. Betyr at årsregnskapet skal føres i overensstemmelse med god, kommunal regnskapsskikk, både når det gjelder selve regnskapsføringen, og når det gjelder den økonomiske informasjonen årsregnskapet gir.

Denne grupperingen tar utgangspunkt i forskriftens § 7 for årsregnskap for kommuner⁸³. Grupperingen kan klassifiseres inn i grupper, ut i fra hvilket fokus de har i regnskapet:

1. Finansielt fokus
2. Lønnsomhetsfokus

80. Kommunelovens - lovlighetskontroll. Statlig godkjenning av økonomiske forpliktelser

81. Forskriftens § 7 for årsregnskap for kommuner

82. Forskriftens § 7 for årsregnskap for kommuner

83. Forskriftens § 7 for årsregnskap for kommuner

Når det gjelder, **punkt 1 Finansielt fokus**, er det fokuset som ligger til grunn ved anordningsprinsippet, og er prinsippet som omhandler bruk av lån og bruttoprinsippet.

Når det gjelder, **punkt. 2 Lønnsomhetsfokus**, er det dette fokuset som omhandles i prinsippet **anslått beløp**.

I kommuneloven er det ikke gitt retningslinjer som tilsvarer forsiktighet og fortsatt drift, slik det er krav om i Regnskapsloven § 4 – 1⁸⁴.

3.20 Kontroll og oppfølging

Enhver bedrift må opprette gode rutiner og manualer for å etablere en god intern kontroll, slik at man på den måten kvalitetssikrer alle ledd i virksomhetens drift. Intern kontroll omfatter alt hva virksomheten gjør for å sikre sine verdier, og i tillegg hva virksomheten gjør for å tilrettelegge for en forsvarlig drift, for å nå de planlagte mål. Intern kontroll skal være en integrert del av ledelsens totale styringssystem for å få til total kvalitetsledelse innad i organisasjonen. Den interne kontrollens form og omfang påvirkes av bransje, selskapets størrelse og tekniske hjelpemidler. Intern kontroll er selve grunnlaget for revisjon gjennom året, og er en av faktorene revisor legger vekt på ved kontrollen av regnskapet. (Professor Bjarne Jensen, forelesning 2010)⁸⁵. I både privat og offentlig sektor kan kontrollen benyttes til å vurdere ressursbruk registrert i regnskapet i forhold til det som er planlagt i budsjettet. I offentlig sektor er det dessuten viktig å føre kontroll over at alle oppgaver som skal betjenes blir betjent. For et sykehus vil de relevante kontrollene skje på flere nivåer. Faglig tilsyn med innholdet i helsetjenesten utøves av Helsetilsynet i hvert enkelt fylke. Det regionale helseforetaket utøver forvaltningskontroll og har interne kontrollere som følger opp inntektene og utgiftene, som oppstår gjennom året.

Budsjettkontroll vil være det fremste verktøyet de folkevalgte og ansvarlige i forvaltningsorganene har for å kontrollere ressursbruken i for eksempel sykehusene.

84. Regnskapsloven § 4 – 1

85. Professor Bjarne Jensen, forelesning 2010

Budsjettet kan ses på som en instruks for sykehusene der midlene går til forskjellige formål. På den måten får budsjettet en særskilt rolle i offentlig sektor. (Professor Bjarne Jensen, forelesning 2010)⁸⁶.

3.21 Innføring av New Public Management (NPM) tenkning i helsevesenet

New Public Management (NPM) kan defineres som en ny retning innen forvaltningen av offentlig sektor. NPM inspirerte til reformer som preges av at de har dilemmaer og motsetninger innebygget i målene, enten i den enkelte reform eller Reformene seg i mellom.

I Europa har det i de siste to tiår vært store omlegginger innen helsevesenet, noe som førte til at sykehusene tok i bruk markedsøkonomisk tenkning. Dette, trodde man, skulle øke effektiviteten, og skape større valgfrihet for brukerne av sykehustjenestene. Imidlertid viste det seg at dette førte til stadig økende kostnader og større ulikheter i tilgang på helsetjenester. Den markedsbaserte tenkningen i offentlig sektor, er en kopi av privat sektors tanker om organisasjon og ledelse. Offentlig sektor møter utfordringer rundt problemer som modernisering, omstilling, effektivisering og kunde/- og markedsorientering. Dette gjelder også for privat sektor. Diskusjonstemaet er om offentlig sektor er konkurransedyktig, sammenlignet med privat sektor. Spørsmålet blir: ”Utfører privat sektor bestemte funksjoner mer effektivt enn offentlig sektor og innfrir privat sektor kravet om effektivitet?”

Derfor blir det viktig å sørge for innovasjon og fleksibilitet, samt at en oppnår økt tillit og legitimitet blant befolkningen. Videre er det også viktig å sørge for innsparing og økt kvalitet og kapasitet, samt økt politisk kontroll og økt ansvarliggjøring av medarbeidere/ledere. Det må ses i sammenheng med at økt politisk styring er ment å føre til økt delegasjon til administrasjonen, som igjen er ment å føre til økt motivasjon hos de ansatte. Som en naturlig motkraft, fører dette igjen til nedbygging og reduksjon i offentlig virksomhet. Om mer spesialisering fører til økt koordinering, må ses i sammenheng, og i slike prosesser er det er viktig ikke å underkommunisere budskapet.

86. Professor Bjarne Jensen, forelesningsnotater 2010

En må huske på at det er den politiske ledelsen som er toppledelsen. Dette er en annen logikk enn den man følger i det private arbeidsliv, hvor styring for å oppnå mål og resultater, generelt er ledelsesstyrt, altså gjennomfører man, og kravet til effektivitet gjelder følgende spørsmål:

1. Utfører offentlig sektor de riktige og viktige oppgavene, eller bruker offentlig sektor ressurser på aktiviteter den ikke skulle vært engasjert i?
2. Utnyttes ressursene i offentlig sektor optimalt?
3. Holder produktivitsutviklingen i offentlig sektor følge med produktivitsutviklingen i privat sektor?

I det offentlige kan man ha mange og uklare nivåer, og kan ha for mange formelle rutiner. Dette kan skape en viss rigiditet innad i virksomhetene, og kan føre til problemer i visse situasjoner. Dette kan føre til feile prioriteringer, som kan defineres som at ressursene benyttes til å fremme den enkeltes avdelings resultater, i stedet for å benytte ressursene best mulig effektivt, for å fremme alle avdelingenes resultater. Det kan også nevnes at det i dag er en økende globalisering av økonomien, og den sterkt voksende levealderen i verden, øker behovet for pensjonsutbetalinger, og som en konsekvens at dette, fører dette igjen til et behov for at kapasiteten i tilbud av helsetjenester, øker. Dette fører også til høyere forventninger om at offentlig sektor forvalter sine ressurser ytterst effektivt. I tillegg vil høyere levestandard gi høyere forventninger til velferdsstaten. Dette er utfordringer som er en del av en global trend hvor staten i økende grad betraktes som uegnet til å håndtere en rekke viktige og nødvendige oppgaver (Professor Bjarne Jensen, forelesninger 2010)⁸⁷.

I Norge har det vært problemer med økt vekst i offentlig sektor. I Norge har salg av naturressurser, vært en betydelig del av statens inntekt siden 1970 tallet. Store oljefunn har ført til at Norges befolkning har oppnådd en høy levestandard, og man har fått en kraftig oppjustering av offentlig sektor. Dette har ført til en kostnadskrevende, offentlig sektor. For å løse dette har offentlig sektor i Norge, utviklet seg til å bevege seg mot en markedstilnærning, hvor anbud, konkurranseutsetting og privatisering, er midler som blir tatt i bruk i denne prosessen.

87. Professor Bjarne Jensen, forelesninger 2010

Dette kommer til uttrykk blant annet ved at spesialisthelsetjenesten er blitt overført til staten. I staten er spesialisthelsetjenesten blitt organisert i helseregioner som er ansvarlige foretak med staten som eiere. I tillegg skal kostnader som avskrivninger tas med i regnskapet, slik at prisene på tjenestene vil være mer lik prisene i privat sektor. (Professor Bjarne Jensen – forelesninger 2010)⁸⁸.

Ved overgang til privatøkonomiske regler, vil fokuset gå fra kontantstrøm til lønnsomhet, og ettersom det i Norge ikke finnes flere tilbydere av en del tjenester, som staten utfører, er det vanskelig å finne markedspriser på disse tjenestene, dermed kan prisen, som blir satt, være kunstig. Med forretningsprinsipper vil også kapitalkostnader bli tatt med i beregningen. Tanken bak dette er å vise et mer riktig bilde av statens reelle kostnader, noe som vil gjøre det lettere å sammenligne offentlig sektors konkurransevne over tid med privat sektor (Professor Bjarne Jensen ”Kommune Norge – Velferd og finansiering”⁸⁹).

4. Situasjonen før sykehusreformen

Spesialisthelsetjenesten har vært preget av store budsjettoverskridelser og store underskudd. I NOU 1996:5 ”Hvem skal eie sykehusene?”⁹⁰ går det frem i kapittel 5, kritikk mot den gamle ordningen. Formålet med NOU 1996:5- ”Hvem skal eie sykehusene”, var å se om det ville være hensiktsmessig å overføre kapitalkostnadene som oppstod i sykehusene til staten, eventuelt overføre eierskapet i sin helhet til staten. I den gamle ordningen var sykehusene underlagt fylkeskommunene, der fylkestinget er øverste, politiske myndighet. De fleste fylkeskommunene bortsett fra Sør-Trøndelag og Oslo utnevnte en fylkesadministrasjon med en fylkeshelsesjef. Fylkeshelsesjefen hadde ansvar for både det faglige og administrative arbeidet innen sektoren. Det faglige bestod av å føre tilsyn med at lover og forskrifter rundt den faglige gjennomføringen ble fulgt, og det administrative bestod av budsjettmessig styring og resultatoppfølging (NOU 1996:5 – ”Hvem skal eie sykehusene”)⁹¹.

88. Professor Bjarne Jensen – forelesninger 2010

89. Professor Bjarne Jensen ”Kommune Norge – Velferd og finansiering

90. NOU 1996:5 – ”Hvem skal eie sykehusene”

91. NOU 1996:5 – ”Hvem skal eie sykehusene”

Finansieringen av sykehusene bestod av rammetilskudd fra fylkeskommunen. Fra 1980 ble finansieringsordningen for institusjonshelsetjenesten lagt om. Da gikk man over fra et system basert på statlige refusjoner av deler av fylkeskommunenes faktiske utgifter, til et system der staten fordelte en ramme eller et sektortilskudd til fylkekommunenes helse- og sosialtjenester. Endringen fra 1980 ble gjort for å forbedre fordelingen mellom fylkene. Det ble lagt større vekt på de demografiske faktorene som for eksempel alderssammensetning og fødsels- og dødsrater (NOU 1996:5)⁹².

NOU 1996:5⁹³ konkluderte med at helsetjenestene var nokså jevnt fordelt i befolkningen. Den beskriver mange ulike faktorer som kunne bli påvirket i positiv retning ved endringer i forhold til datidens ordninger, og diskuterer forhold som nivået på ressursinnsats, befolkningens forventninger, organisasjon, finansieringsmåte og eierstruktur. En hovedutfordring, som man ønsket å løse med en ny reform, var å bedre det regionale samarbeidet. Reformen måtte ta for seg mange perspektiver, og viktig var det at man måtte sørge for at pasientens perspektiv ble ivaretatt gjennom tilgjengelighet og kvalitet. Det var også viktig at opplæringen av nytt helsepersonell ble tatt hensyn til i tillegg måtte man vurdere hvilke konsekvenser reformen ville få for de ansatte. Et problem var at det var lite samsvar mellom mål og midler. Staten hadde mange mål for helsepolitikken, men i og med at sykehusene og spesialisthelsetjenestene lå under fylkeskommunene hadde staten direkte styring. Dette førte til at bevilgninger staten hadde øremerket til spesielle formål, kunne bli brukt til andre formål i fylkeskommunene. Finansieringen av sykehusene kom hovedsakelig fra fylkeskommunene, men som tidligere nevnt, også direkte fra staten. Dette ble organisert og utført gjennom ulike ordninger. For eksempel ble det gitt tilskudd til polikliniske undersøkelser, og behandling og forskjellige tilskudd til prosjekter av ulik varighet. Dette førte til spillsituasjoner der pasienter kunne ende opp som tapere, for eksempel ved at midler til behandling ble overført til andre formål. Et annet problem var at bevilgninger til sykehusene fra staten ble foretatt fra to ulike departementer (Sosial og helsedepartementet og Kommunal og arbeidsdepartementet)⁹⁴, noe som også åpnet for spillsituasjoner (NOU 1996:5).

92. NOU 1996:5- "Hvem skal eie sykehusene"

93. NOU 1996:5- "Hvem skal eie sykehusene"

94. Helse- og sosialdepartementet og Kommunal og arbeidsdepartementet

4.1 Sykehusreformen – en kort redegjørelse av hva spesialisthelsetjenesten er

Jeg vil kort gi en beskrivelse av hva spesialisthelsetjenesten i Helse Vest RHF inneholder. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Videre skal spesialisthelsetjenesten gi veiledning til pasienter og kommunalt helsepersonell, drive undervisning og medisinsk forskning. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig og spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitaltjenester, ambulansetjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

4.2 Lov om Helseforetak

Da det i Fonna HF er Helse Vest RHF som har ansvar for spesialisthelsetjenesten, innebærer dette at de har ansvar for den offentlig eide, og drevne delen av spesialisthelsetjenesten og tjenestene som ytes av privatpraktiserende spesialister og klinikker etter avtale med det offentlige. Det er også Helse Vest RHF som har det overordnede ansvaret for at befolkningen i regionen får tilgang til de tjenestene de har krav på enten, ved at de utfører tjenestene eller ved kjøp av tjenester fra private aktører. Med endring av eierskap fulgte også endring av organisasjonsform. Dette innebar at Helse Vest RHF og Fonna HF ble organisert som private foretak, med styre, budsjetter osv.. Dette betyr også en endring av rapporteringsform, fra kommuneloven til regnskapsloven. I praksis vel dette si at det ble en overgang fra kontantprinsippet til periodiseringsprinsippet i regnskapene. Dette har ført til at kapitalkostnadene nå kommer frem i regnskapene i stedet for som utgiftsføring av investeringer.

4.3 Finansieringen av helseforetakene

Det er staten regulerer de helsepolitiske målsettingene og rammeverk, som er utgangspunkt for helseforetakene. Etter sykehusreformen, kanaliseres statens bevilgninger direkte til de regionale helseforetakene. Det er Helse Vest RHF som har som oppgave å fordele midlene mellom helseforetakene i regionen. Finansieringen i spesialisthelsetjenesten foregår gjennom basisbevilgninger og aktivitetsavhengige bevilgninger og innsatsstyrt finansiering (ISF). Derfor er deler av finansieringen avhengig av hvor mange pasienter som blir behandlet, og hvilken type behandling de mottar, definert ut fra deres diagnoserelaterte gruppe (DRG).

Dette er en nasjonal standardkostnad pr. behandling. (Helsedirektoratet – Finansiering av DRG-systemet, datert 27. november 2011, side 1)⁹⁵.

4.4 Budsjetter

Budsjetter for Fonna HF ble utarbeidet både før og etter reformen. Frem til og med 2001 presenterte Haugesund sykehus, Odda sykehus og Stord sykehus både sine budsjetterte og virkelige inntekter og utgifter sammen i både budsjett- og årsrapporten.

Etter sykehusreformen i 2001 er ikke slik informasjon sammenstilt i den offentlige rapporten, som avgis ved regnskapsårets slutt. Fonna HF sitt budsjett finnes nå i styrereferatene, som ligger tilgjengelig på nettsiden til sykehusene, men budsjettene gjengir ofte bare budsjettet for deler av organisasjonen, for eksempel på avdelingsnivå. Dette gjør det vanskelig å foreta en sammenligning mellom regnskapene i årsrapportene, som omfatter Fonna HF som helhet.

4.5 Årsberetninger

I årsberetningene fra 2000, går det frem at det er oppnevnt styrer, og at regnskapene ble avlagt etter kommunale regnskapsforskrifter, og at årsregnskapet gir alle opplysninger som kreves i lovverket. Det går frem hvilke økonomiske midler som disponeres gjennom året, hva de er brukt på, og i tillegg opplyses det om alle kjente inntekter og utgifter. Årsberetningene er viktig for å bedømme sykehusenes økonomiske tilstand og omfatter opplysninger som ikke kommer frem i årsregnskapet. I årsberetningene informeres det om aktiviteter, ventelister, kvalitet, personalutdanning og forskning. Videre vurderes situasjonen i klinikkene, i tillegg avlegger også styret en egen årsberetning, som for øvrig ikke er lovpålagt.

Den 6. juni 2001 vedtok Stortinget Stoltenberg regjeringens forslag til Lov om helseforetak. Fra og med 1. januar 2002 trådte lov om helseforetak m.m. i kraft, og da var sykehusreformen et faktum. Fra og med 2002, er årsregnskapene ført og satt opp i samsvar med regnskapslovens forskrifter, og i samsvar med god regnskapsskikk. De offentlige årsrapporter inneholder fra nå av administrerende direktørs beretning, styrets beretning og årsregnskap med noter til regnskapet, og revisors beretning om regnskapsavslutningen.

⁹⁵. Helsedirektoratet – Finansiering av DRG-systemet, datert 27. november 2011, side 1

4.6 Analyse

I denne studien har jeg valgt å bruke Fonna HF som eksempel, for å bevise om sentralisering av fødselsomsorgen gir en mer kostnadseffektiv drift enn tidligere. For å få frem dette, har jeg analysert de grunnleggende regnskapsprinsippene i kommunal og privat sektor. Disse vil jeg gå nærmere inn på og sammenligne dem med hverandre. For å få dette klart frem er det viktig å forstå at både private og offentlige sykehus har lignende virksomhet. Men formålet er svært ulikt. Det offentlige sykehuset har et forvaltningsformål, mens det private sykehuset har som formål å være lønnsomt for sine eiere. Dette fører til at forskjellige strategier blir valgt, for å oppnå de ulike målsettingene. Et offentlig sykehus har pålagte oppgaver innenfor behandling, undervisning og forskning. Et privat sykehus har som målsetting å tjene penger og vil dermed velge å tilby de oppgavene som er mest lønnsomme. Når en stor del av finansieringen av sykehusene består av innsatsstyrt finansiering (ISF), vil dette si at det private sykehuset vil velge de mest lønnsomme behandlingene. Et offentlig sykehus har ikke muligheten til å velge hvilke behandlinger det vil utføre, men må både behandle alle, og også utføre andre ulønnsomme aktiviteter, slik som for eksempel undervisning og forskning. Innsatsstyrt finansiering er beregnet ut fra et gjennomsnitt av estimert kostnad ved behandling av et spesielt tilfelle. Ved tilfeller som er kostnadsmessig enklere å behandle enn hva gjennomsnittet er beregnet til, vil sykehuset få en økonomisk gevinst, mens ved mer kompliserte tilfeller, vil sykehuset få et økonomisk tap. Tanken bak denne modellen er, at hver behandlingstype i sum skal ha samme gjennomsnittskostnad både i det offentlige og i det privateide sykehuset, dersom begge drives kostnadseffektivt. Men de private sykehusene har den fordel i forhold til det offentlige, at de kan velge hvilke pasienter de ønsker å behandle, og dermed blir denne fordelingen skjev. De private beregner en gevinst, mens de offentlige må ta et tap i forhold til den innsatsstyrte finansieringen (ISF). Dette betyr at i tilfeller der et privat sykehus vil kunne maksimere nytten ved å velge å behandle pasienter med mindre kompliserte utfall av en diagnose, vil det offentlige sykehuset måtte behandle alle pasienter uansett hvor lønnsomme de er. Dette er noe som må tas hensyn til ved utarbeidelse av budsjetter og finansieringsmodeller, og i vurderingen av om de private sykehusene i virkeligheten er mer effektive som helsetjenesteytere enn de offentlige sykehusene, er.(Finansdepartementet, Innsatsstyrt finansiering(ISF))⁹⁶.

96. Helsedirektoratet – Finansiering av DRG-systemet, datert 27. november 2011, side 1

I en rekke år har offentlige sykehus hatt som formål å styre virksomheten i balanse mellom inntekter og utgifter, for å imøtekomme fylkeskommunens bestilling, og for å prøve å redusere ventelistene og effektivisere driften. I følge kommunelovens § 45⁹⁷ skal kommunestyret innen årets utgang vedta budsjett for det kommende kalenderåret. Budsjettet skal inneholde oversikt over mottatte bevilgninger, og anvendelse av disse i budsjettåret. Årsbudsjettet skal være realistisk, og skal omfatte bare de inntekter og utgifter, som kommunen forventer vil oppstå, i det respektive året. Poster som påvirker arbeidskapitalen, skal registreres i budsjettregnskapet. Dette medfører en del spesielle føringer, som for eksempel, at alle investeringer skal registreres som utgifter i budsjettregnskapet på investeringstidspunktet (Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Perspektiver innen økonomisk styring”)⁹⁸.

Fonna HF mottar midler i henhold til oppsatt budsjett. Dette gjaldt også for Haugesund sjukehus, Odda sykehus og Stord sykehus før reformen. Det er flere viktige punkter som er svært usikre i denne prosessen. Inntekten kommer delvis fra antallet pasienter sykehuset behandler, og delvis fra tildelinger fra staten. Dette tilføres gjennom statsbudsjettet hver høst, og revidert nasjonalbudsjett. Budsjettet blir dermed utgangspunktet for inntekten, sammen med kalkulerte inntekter fra den innsatsstyrte finansieringen. Personer med beslutningsmyndighet vil anvende finansiell informasjon, som grunnlag for sine beslutninger. I budsjettprosessen er det foretaksadministrasjonen som har overordnet innsikt og tilgang til informasjonen. Budsjettarbeid i sykehuset utføres av styret. Styret for Fonna HF utnevnes av Helse Vest RHF. Fonna HF avholder styremøter hver måned med enten formelle eller muntlige orientering, som dreier seg om budsjettet. Budsjetteringen i sykehuset skjer ved at man statistisk fastsetter neste års mål gjennom et budsjett som følger kalenderåret og med utgangspunkt i fjordårets tall, justert for endringene i de rammemessige tildelingene som kommer fra Helse Vest RHF for det nye året. Oppstillingen av budsjettet er påvirket av finansregnskapet som sykehuset utarbeider. Dette benyttes til å kontrollere hvordan sykehuset har utnyttet sine ressurser i en periode, og man ønsker å sammenligne forbruk med det som var budsjettet.

97. Kommunelovens § 45

98. Professorene Bjarne Jensen og Norvald Monsen, ”Perspektiver innen økonomisk styring”

Dette medfører at regnskapet er knyttet til utførte handlinger. I budsjettregnskapet registrerer sykehuset utgifter i stedet for kostnader. Formen på budsjettet ble ikke endret med sykehusreformen.(Fonna HF sine styringsdokumenter 2011)⁹⁹.

4.7 Teoretisk analyse vedrørende kommuneregnskap contra forretningsregnskap

Periodiseringsprinsippene i kommuneregnskap og forretningsregnskap kan kategoriseres med hensyn til hvordan transaksjonene periodiseres og måles. Periodisering gir i hovedtrekk regler vedrørende når økonomiske hendelser og transaksjoner kan og skal registreres i regnskapet. Fokuset er på anleggsmidler, omløpsmidler, egenkapital, gjeld, opptjente inntekter og oppståtte kostnader. Inntekter og kostnader danner grunnlag for resultatberegning. Periodisering i det offentlige regnskapet reguleres av forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner. Prinsippene i de offentlige regnskapene som styrer periodisering er anordningsprinsippet og bruk av lån. Av Kommuneloven går det frem at alle kjente inntekter og utgifter, som oppstår i løpet av året, skal tas med i årsregnskapet for vedkommende år, enten de er betalt eller ikke når årsregnskapet avsluttes. Det er noen vesentlige forskjeller mellom anordnings- og periodiseringsprinsippet. Den viktigste forskjellen er at skatteinntekten i kommuneregnskapet baserer seg på innbetalt skatt, ikke utlignet skatt, slik periodiseringsprinsippet tilsier. Anordningsprinsippet gir regningslinjer for registrering av viktige balanseposter, som anleggsmidler og omløpsmidler. Derfor er det vesentlig med en definisjon av hva som regnes som anleggsmidler i de to typene regnskap. I forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 8 defineres anleggsmidler¹⁰⁰, som: ”i balanseregnskapet er anleggsmidler eiendeler bestemt til varig eie eller bruk for kommunen eller fylkeskommunen”.

Anleggsmidler inndeles i 3 kategorier:

1. varige driftsmidler
2. finansielle anleggsmidler
3. immaterielle eiendeler

99. Fonna HF sine styringsdokumenter 2011

100. Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 8 defineres anleggsmidler

God kommunal regnskapsskikk gir en definisjon på varige driftsmidler. Ifølge ”god kommunal regnskapsskikk, er et varig driftsmiddel, en anskaffelse som forventes brukt mer enn en regnskapsperiode, nemlig 1 år. Videre må driftsmiddelet ha en anskaffelseskost på minimum kr. 100.000,-, og ha en økonomisk levetid på minst 3 år, regnet fra anskaffelsestidspunktet. Beløpsgrensen på kr. 100.000,-, er tilpasset kommunenes finansielle orienterte system, hvor endringen av arbeidskapital, anskaffelse og anvendelse av midler, samt bevilgningskontroll, vektlegges fremfor resultatet, regnskapsmessig mer-/mindreforbruk). (Jf. Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 8)¹⁰¹.

Av forskriftene går det frem at i kommuneregnskapet, skal anskaffelser av varige driftsmidler utgiftsføres i sin helhet i anskaffelsesåret. Dette fører som regel til en ubalanse mellom inntekter og utgifter. Ubalansen salderes ved at bruk av lånemidler inntektsføres i bevilgningsregnskapet. I tillegg blir varige driftsmidler aktivert i balanseregnskapet i anskaffelsesåret. I følge budsjett og regnskapsforskriftene, skal kommunene foreta ordinære avskrivninger av varige driftsmidler i balanseregnskapet. Hensikten med disse avskrivningene, er primært å synliggjøre verdiforringelsen av de varige driftsmidlene. Kommunene er pålagt å føre ordinære avskrivninger i sine driftsregnskaper, tilsvarende regnskapet, som føres i privat sektor, men disse avskrivningene gir ikke resultateffekt. Det har hendt at det har vært foretatt kalkulatoriske avskrivninger av anleggsmidler i kommuneregnskapet.(jf. Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 8)¹⁰².

Definisjon av anleggsmidler i god regnskapsskikk og regnskapsloven, er lik definisjonen i de kommunale forskriftene, men i regnskapsprinsippene legges det vekt på at anleggsmidler som har begrenset økonomisk levetid, skal avskrives etter en fornuftig avskrivningsplan.

Johnsen og Kvaale¹⁰³ beskriver følgende avskrivningsmetoder:

101. Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 8

102. Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 8

103. Johnsen og Kvaale - Avskrivningsmetoder

1. Lineær metode: driftsmidler avskrives med like store beløp over den økonomiske levetiden
2. Degressiv metode: kjent som saldoavskrivninger, anleggsmiddelet avskrives ved bruk av fast prosentsats over hele levetiden
3. Progressiv metode: det vil si at avskrivningen øker over tid. Også kalt annuitetsmetoden

Periodiseringen av kostnader som er forbundet med bruk av varige driftsmidler, bestemmes gjennom valg av avskrivningsplan. Den mest benyttede periodiseringsmetoden er lineære avskrivninger.

Både regnskapsloven og kommuneloven tilsier at anleggsmidler skal nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som forventes, ikke være forbigående. Nedskrivningen skal reverseres i den utstrekning av grunnlaget for nedskrivningen ikke lenger er til stede. Avskrivninger har tradisjonelt innenfor regnskapsteori vært sett på som en fordeling av anskaffelseskost over driftsmidlene levetid.

I kommuneloven er det skrevet en veiledning til hvordan avskrivningskostnader skal behandles i regnskapet. Anleggsmidler skal avskrives direkte over balansen parallelt med avskrivninger i budsjettregnskapet. Dette kan tolkes som at bokførte verdier skal avskrives kalkulatorisk.

(Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner)¹⁰⁴.

4.8 Føring av regnskap før sykehusreformen

Før sykehusreformen da sykehusene førte regnskap etter kommuneloven, ble investeringer periodisert, men ikke fullt ut. Dette skyldes i hovedsak at avskrivningen ikke hadde noen resultateffekt, og at anskaffelsen av varige driftsmidler ikke ble periodisert over den økonomiske levetiden. Øvrige kostnader som personalkostnader og driftskostnader ble i det kommunale regnskapet periodisert på samme måte som i forretningsregnskapet. Lønnen var kjent ved periodeavslutning, og sykehuset bokførte også påløpte feriepenge og påløpt pensjonskostnad som en del av lønnen.

104. Forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner

Anordningsprinsippet gjaldt også for inntekter som sykehuset mottok. Disse kom i form av innsatsstyrt finansiering og bevilgninger. Periodisering av inntekter var dermed ikke avhengig av utgifter og omvendt. Det betyr at inntekten ble beregnet ut fra aktivitetsnivået og basisbevilgninger som ble mottatt fra staten for å dekke daglig drift, investeringer og personalkostnad. Betalingsanordningen ble gitt av fylkeskommunen. Anordningsprinsippet gir også retningslinjer for periodisering mellom løpende utgifter og investeringer.

Investeringer av forskjellig karakter er klassifisert som utgiftsposter i kommuneregnskapet, og de vises i investeringsregnskapet. I tillegg føres en balansetransaksjon mellom omløpsmidler og anleggsmidler. Etter dobbelt bokholderis prinsipp kreves det at det føres en motpost til utgiften. Den vil bli ført motkapitalkontoen. Saldoen på kapitalkontoen viser kommunens egenfinansiering av investeringer i anleggsmidler målt etter bokført verdi og er inkludert eventuelle investeringstilskudd mottatt fra andre.

Investeringsregnskapet viser også låneforbruk. Grunnleggende regnskapsprinsipper for kommunen, gir flere regler for periodisering av låneopptaket. Reglene tilsier at kun den delen av lånet som er benyttet skal føres i investeringsregnskapet. Den delen av lånet som ikke er benyttet, registreres som memoriapost. Dette innebærer at ved regnskapsføringen må man skille mellom låneopptaket og tidspunkter for inntektsføringen, dvs. bruk av lån i investeringsregnskapet. Dette medfører sammenstilling med den investering lånet er ment å dekke. Regnskapsføring av bruk av lån kan også ses på som et unntak fra det styrende periodiseringsprinsippet, anordningsprinsippet. I praksis innebærer bestemmelsen at periodisering skjer i form av sammenstilling mellom inntekt og investeringsutgift. Lånet skal ikke tas til inntekt før det brukes til investering, og man oppnår da at inntekt og utgift knyttet til investeringen, resultatføres i samme periode (Norvald Monsen, forelesninger 2010)¹⁰⁵. I kommuneregnskapet er det viktig å fremstille en sammenheng, slik at det finansielle regnskapsresultatet etter kommunale regnskapsregler skal vise differansen mellom ressurstilgang og ressursanvendelse i løpet av året. Grunnleggende regnskapsprinsipper for kommuneregnskapet sier at all tilgang og bruk av midler skal regnskapsføres brutto. Dette prinsippet innebærer at alle anskaffelser og anvendelser av midler føres atskilt uten å gjøre fradrag for tilhørende poster.

105. Professor Norvald Monsen, forelesninger 2010

Når sykehuset mottar tilskudd i form av offentlige overføringer, føres dette til inntekt uten å komme til fradrag for utgiften. Ved nettoføring ville dette vært tilfelle. Dersom overføringen er et investeringstilskudd, vil den heller ikke bli periodisert med avskrining etter dette prinsippet. Som målregel i kommunens forskrifter står det som kalles ”anslått estimat”. Når enkelte inntekter eller utgifter ikke kan fastsettes ved regnskapsperiodens slutt, bokføres de etter anslått beløp. Det betyr at i tilfeller når anskaffelse har skjedd, men bokføringsgrunnlaget ikke er mottatt, sier forskriftene at man skal anslå beløpet. Det betyr at når sykehuset ikke vet nøyaktig hvor høy aktivitet det har hatt, skal utgiftsbeløpet anslås. Kommunelovens bestemmelser angående anslått beløp finnes også i regnskapslovens bestemmelser. Der kalles det ”beste estimat”. Det er flere likhetstrekk i begge prinsippene, selv om de også har noen ulikheter.(Kommuneloven – ”det beste estimat”)¹⁰⁶.

4.9 Opptjeningsprinsippet i forretningsregnskapet

I forretningsregnskapet styres periodiseringen av opptjeningsprinsippet, sammenstillingsprinsippet, forsiktighetsprinsippet og sikringsprinsippet.

Opptjeningsprinsippet styrer regnskapsføringen av inntekter, mens sammenstillingsprinsippet regulerer periodisering av kostnader. Disse to prinsippene kan sees i sammenheng, fordi det ene styrer det andre, periodisering av inntekter styrer periodisering av kostnader. En slik sammenheng finnes ikke etter periodiseringsreglene i de kommunale forskriftene.

4.10 Anordningsprinsippet

Anordningsprinsippet gjelder både for inntekter, innbetalinger, utgifter og utbetalinger. Konsekvensen av disse ulike prinsippene blir en ulik periodisering i private og kommunale regnskap. Videre finner vi at regnskapsprinsippene for private foretak har et annet innhold enn anordningsprinsippet. Etter opptjeningsprinsippet skal inntekter resultatføres, når de er opptjent. Kravet for at inntekten skal være opptjent sier implisitt at periodisering ikke alltid er sammenfallende med gjennomført transaksjon. Inntektene kan være opptjent både før og etter transaksjonstidspunktet. Der møter man en viktig målregel i regnskapsloven som også styrer inntektsføringen.

106. Kommuneloven – ”det beste estimat”

Prinsippet som er fastsatt i regnskapsloven sier at leveringstidspunkt er utgangspunkt for inntektsføring. Man finner ikke et slikt krav i kommuneforskriftene. I private foretak kan transaksjonsbasert inntekt normalt ikke anses opptjent før salgstransaksjonen er gjennomført. I praksis betyr dette at varer er levert eller tjenesten ytt. Om transaksjonen er gjennomført avgjøres av om det har funnet sted en overføring av risiko og kontroll, men overføring av risiko og kontroll vil nødvendigvis ikke skje samtidig. Slik dette regnskapsprinsippet er tolket for private foretak, er det vanskelig å tilpasse til virksomheter uten økonomisk formål. Dette er også årsaken til at regnskapspliktige organisasjoner, som ikke har økonomiske formål, kan fravik de grunnleggende prinsippene om transaksjon, opptjening og sammenstilling ettersom regnskapet stilles opp etter en blanding av prinsipper for to ulike metoder.

4.11 Forsiktighetsprinsippet

Forsiktighetsprinsippet er et av de grunnleggende regnskapsprinsippene for private foretak, og defineres i regnskapsloven ved at urealisert tap skal resultatføres. Dette prinsippet kan ses i sammenheng med vurdering av omløpsmidler og anleggsmidler, der det benyttes laveste verdis prinsipp, mens det blir benyttet høyeste verdi for gjeld og kostnader. Ved sikring benyttes symmetrisk resultatføring. Det vil si at gevinst og tap resultatføres i samme periode. For kommuneregnskapet gjelder en annen periodiseringsregel med samme navn, forsiktighetsprinsippet, men med ulikt innhold.

Prinsippet er ikke omtalt i den kommunale regnskapsregulering, men kan leses fra forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner. Her er det presisert at regnskapsføring av tilgang og bruk av midler, ikke skal forekomme bare i balanseregnskapet. Dette innebærer at anleggsmidler blir utgiftsført i sin helhet i anskaffelsesåret. Det resulterer i at nedskrivning av anleggsmidler ikke kan resultatføres, men må føres direkte mot egenkapitalen. Nedskrivningen fører dermed til lavere egenkapital, men får ingen effekt på årets resultat.

En kommunal definisjon av forsiktighetsprinsippet, kan være at urealisert tap skal regnskapsføres. Det er ingen bestemmelser i regnskapsloven for privat foretak, som tilsvarer periodiseringsprinsippet i kommunalregnskapet vedrørende bruk av lån. De private foretak sine årsregnskap bygger på en underliggende forutsetning om fortsatt drift. Dette kommer ikke til uttrykk i kommunal regnskapsregulering. En nødvendig betingelse for at periodisering mellom perioder skal være meningsfullt er at virksomheten kan antas å vedvare i det

tidsrommet som det periodiseres over, dette er prinsippet som vedrører fortsatt drift.(Kommuneloven – ”Forsiktighetsprinsippet”)¹⁰⁷.

4.12 Kostnadseffektiv drift

I oppgaven velger jeg å betrakte Fonna HF som en helhet, med det mener jeg ledelsen og de faktorer som kan påvirke denne enhetens nytte. Grunnen til at jeg velger å avgrense det på denne måten, er at det innad i et sykehus finnes mange individuelle grupper, for eksempel ledelsen sykepleierne og legene, som alle kan ha ulike mål på hva som avgjør deres nytte. For en gynekolog kan det viktigste være forskning på ny kunnskap innen fagfeltet, mens det for en sykepleier vil være helt andre faktorer som spiller inn. Derfor mener jeg det er mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i sykehuset som en enhet. Det er en rekke faktorer som kan bety noe. Det er grunn til å tro at ethvert sykehus vil være opptatt av å drive sykehuset med et størst mulig overskudd, eller minst mulig underskudd. Dette målet innebærer, at man ønsker å drive sykehuset mest mulig kostnadseffektivt. Dette betyr at billigste alternativ blir valgt, når alle forhold ellers er like. Et mål som ikke er enkelt å oppfylle, kan være å tilby best mulig kvalitet på sine tjenester som presise diagnoser og god behandling. Det kan være mange grunner til at den fødende ikke blir tilbudt det beste. Stort arbeidspress kan føre til at tilsynet til hver pasient blir mindre enn det som er forsvarlig, eller at man ikke rekker å få tatt de nødvendige testene som burde vært tatt. Dårlige rutiner med hensyn til kommunikasjon mellom ulike aktører, som behandler den samme pasienten, kan føre til at viktige beskjeder angående pasienter ikke kommer frem til rette vedkommende. Med god kvalitet og god behandling for den fødende, mener jeg at sykehuset skal tilby ”gode nok” helsetjenester pr. fødsel, slik at utbyttet av den fødende blir opplevd som sikker og forsvarlig behandling.

5. Diskusjon av problemstillingene

I denne delen skal jeg drøfte hvilke implikasjoner den økonomiske modellen, gir med hensyn til prioriteringseffektivitet, og oppfyllelse av god effekt ved samlet fødselsomsorg. Jeg gjør dette, for å si noe om hvordan ulike finansieringsmodeller kan brukes for å oppnå ønskede prioriteringer.

107. Kommuneloven – ”Forsiktighetsprinsippet”

Så vil jeg beskrive ulike svake sider eller forutsetninger ved modellen, og jeg vil prøve å argumentere for de valg jeg har gjort, og i noen tilfeller skissere hvordan det kunne ha vært om sykehuset hadde foretatt andre prioriteringer.

I Norge har man fulgt to prioriteringssystem. For det første det som var gjeldende fra 1987 og ble foreslått i Lønning I utvalget og bygde på kriteriene **alvorlighetsgrad og nytteeffekt**. For det andre det mange følger i dag som ble utredet av Lønning II utvalget våren 1997, at man i tillegg til de kriteriene over, også skulle vektlegge **kostnadseffektivitet**. (NOU 1997:18, s.145)¹⁰⁸. I noen tilfeller skal behandlingen gjennomføres uansett kostnader. Dermed vil man ikke ha noen konflikt mellom valg av finansieringsmodeller og prioriteringseffektivitet. Modelldrøftingen viser at økonomiske virkemidler påvirker tilpasningen. Grunnen til dette, er at drøftingen ikke sier noe om kriteriene som legges til grunn for utvelgelsen av de prioriterte fødslene. Skulle jeg ha modellert de ulike kriteriene, måtte jeg ha endret formen på målfunksjonen. Når det skal prioriteres etter kriterier, kan det lønne seg å ta i bruk andre virkemidler, som pedagogiske eller juridiske, for å oppnå effekt.

Innføring av sanksjon vil rette oppmerksomheten mot de prioriterte grupper, og at flest mulig av disse vil bli behandlet. For begge finansieringsmodellene vil dette føre til en vridning bort fra ikke prioriterte grupper. Med et rammebudsjett, vil sykehuset kunne bli mer opptatt å behandle pasienter til rett tid enn å sette det riktige antallet på listen. Et kombinert ramme-/ stykkprisbudsjett, gir incentiv til å øke antall. Det vil si, at en kombinert finansieringsmodell med sanksjon i større grad, kan ha muligheten til å få flere prioriterte pasienter satt på liste og behandlet, enn et rammebudsjett både med og uten sanksjoner.

Konklusjonen blir at sanksjon virker positivt inn på oppfyllelsen av behandlingsgarantien. En innføring av et kombinert budsjett med stykkpris og ramme, kan føre til at faktisk prioritering både nærmer og fjerner seg fra de ønskede prioriteringene, det vil si i forhold til prioriteringseffektivitet. Ut i fra mine konklusjoner skulle alt peke i retning av å innføre sanksjoner. Da kan det være at fødeavdelingen blir belønnet som et økonomisk virkemiddel, eller motsatt, for å nå sine oppsatte mål, og at det blir ilagt bøter for ikke å nå målene avdelingen har satt seg.

108. NOU 1997:18, s.145

Begrunnelsen på hvorfor dette ikke er gjort, er at i Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997)¹⁰⁹, ble det foreslått å innføre sanksjon som et virkemiddel, men det ble stilt to krav: ”Det må utarbeides klarere kriterier for tildeling av ventetidsgaranti og ventelisten må være reelle.”(Stortingsmelding nr. 24 (1996 - 1997, side 64,65))¹¹⁰. I troen på at dette skulle bedres, foreslo departementet å innføre sanksjon fra 1. januar 1998. I denne saken gikk Stortinget mot Regjeringens forslag om å innføre sanksjoner. Argumentene var slik: ”I stedet for sanksjoner mot sykehuseierne ved brudd på garantien, skal pasientene få rett til behandling ved et annet sykehus. Dette setter press på helsevesenet, og bidrar til å gi pasienten en sterkere stilling”(Innst.nr.237(1996-1997,s.29))¹¹¹. Her legges det opp til at man i stedet for å bruke økonomiske virkemidler, bør lage bedre regler som kan sikre pasientenes stilling, hvis de skulle bli utsatt for garantibrudd. Ved innføring av stykkpris, vil dette føre til at man setter flere pasienter på liste, på bekostning av antallet, som får overholdt sin garanti.

Det som skader denne måten å tenke på, er at det stadig blir avdekket sykehus som er tatt for systematisk kodejuks. Små skader hos pasienter, blir oppført som multitraumer og svært alvorlige skader. Nå blir det drøftet om alle sykehus i hele landet skal bli gransket for å utelukke samme type kodejuks. På denne måten får sykehusene urettmessig utbetalt for mye penger per pasient. Dette er veldig alvorlig fordi feilkodingen er systematisk. Med bakgrunn i dette, har ledelsen for Avregningsutvalget anbefalt overfor myndighetene, at kodepraksisen gjennomgås ved alle landets sykehus for 2010. Avregningsutvalget er et medisinsk utvalg som gir Helsemyndighetene råd om utbetaling av ISF-midler(innsatsstyrt finansiering). Det er de som har gjennomgått og konstatert feilkodingen ved sykehusene. Den systematiske feilkodingen er avdekket ved gjennomgang av pasientopplysninger fra Norsk Pasientregister. Det er vanskelig å se at feilkodingen er foretatt ut fra andre motiver enn økonomi. Kodingen er ikke i overensstemmelse med hva legene skal ha kunnskaper om, det hevdes derfor at kodingen har skjedd bevisst og systematisk, mens det påstås at regelverket i forhold til kodingen er uklar. Denne skal nå gjennomgås fordi, jo flere pasienter sykehuset klarer å behandle, jo mer penger tjener de.

109. Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997)

110. Stortingsmelding nr. 24 (1996 -1997), side 64,65

111. Innst.nr.237(1996-1997,s.29)

Dersom sykehuset skal behandle to pasientgrupper med to forskjellige sykdommer, gitt relative kostnader og de tilpasser seg til budsjettene, så skal sykehuset vurdere kriteriene; alvorlighetsgrad, nytteeffekt og kostnadseffektivitet når de skal prioritere. Dette vil ikke endre på de relative kostnadene, i tillegg må det tas hensyn til at hvert enkelt sykehus er utstyrt på forskjellige måter, med hensyn til teknisk utstyr, kvalifisert personell og moderne bygninger. Dette er noen av grunnene til at det kan være stor forskjell i kostnadene per behandling mellom sykehusene. Det kan derfor tenkes at et sykehus har muligheten til å redusere kostnadene sine relativt mye mer i produksjonen av tjenester. Det som blir viktig i fremtiden, er for det første at det er nok ressurser tilgjengelig med for eksempel helsepersonell. Å rekruttere nok faglig personell blir en av de store utfordringene for fremtiden.

På bakgrunn av dette, ble det fremmet følgende forslag: ”Stortinget ber Regjeringen gi pasientene ved norske sykehus økonomisk garanti for rett til behandling ved annet offentlig eller godkjent privat sykehus i Norge eller i annet EØS-land ved brudd på ventelistegarantien”. (Innst.nr. 237 1996-1997, s.29)¹¹². Ved dette ønsker man å løse problemene ved hjelp av juridiske virkemidler. Denne måten å tenke på, er også kjent som New Public Management. Fokuset er å skape en bedriftskultur som analyserer lønnsomhet og økonomiske resultater. Helseforetakene har i den forbindelse hentet inn styremedlemmer og ledere fra det private næringsliv, for å få gjennomslag for denne måten å organisere og styre etter. Imidlertid førte dette til at de sykehusansattes oppfatning av sin oppgave i samfunnet ikke stemte med hvordan de oppfattet sitt faglige ansvar for at pasienten skal få den behandlingen de har krav og rett på. Så det må nok stadfestes, at dette i praksis har ført til alt annet enn effektivitet og god kostnadskontroll. Faktum er at foretaksreformen har ført til at økonomien i sykehusene er ute av kontroll. De store underskudd som er basert på god regnskapsskikk, gjør det umulig å følge opp Stortingets vedtak om at helseforetakene skal drive i balanse. Da må sektoren tilføres flere milliarder i tilskudd, eller så må flere sykehus legges ned og bemanningen reduseres med flere tusen årsverk.

112. Innst.nr. 237 1996-1997, s.29

5.1 Produktivitets-/effektivitetsanalyse

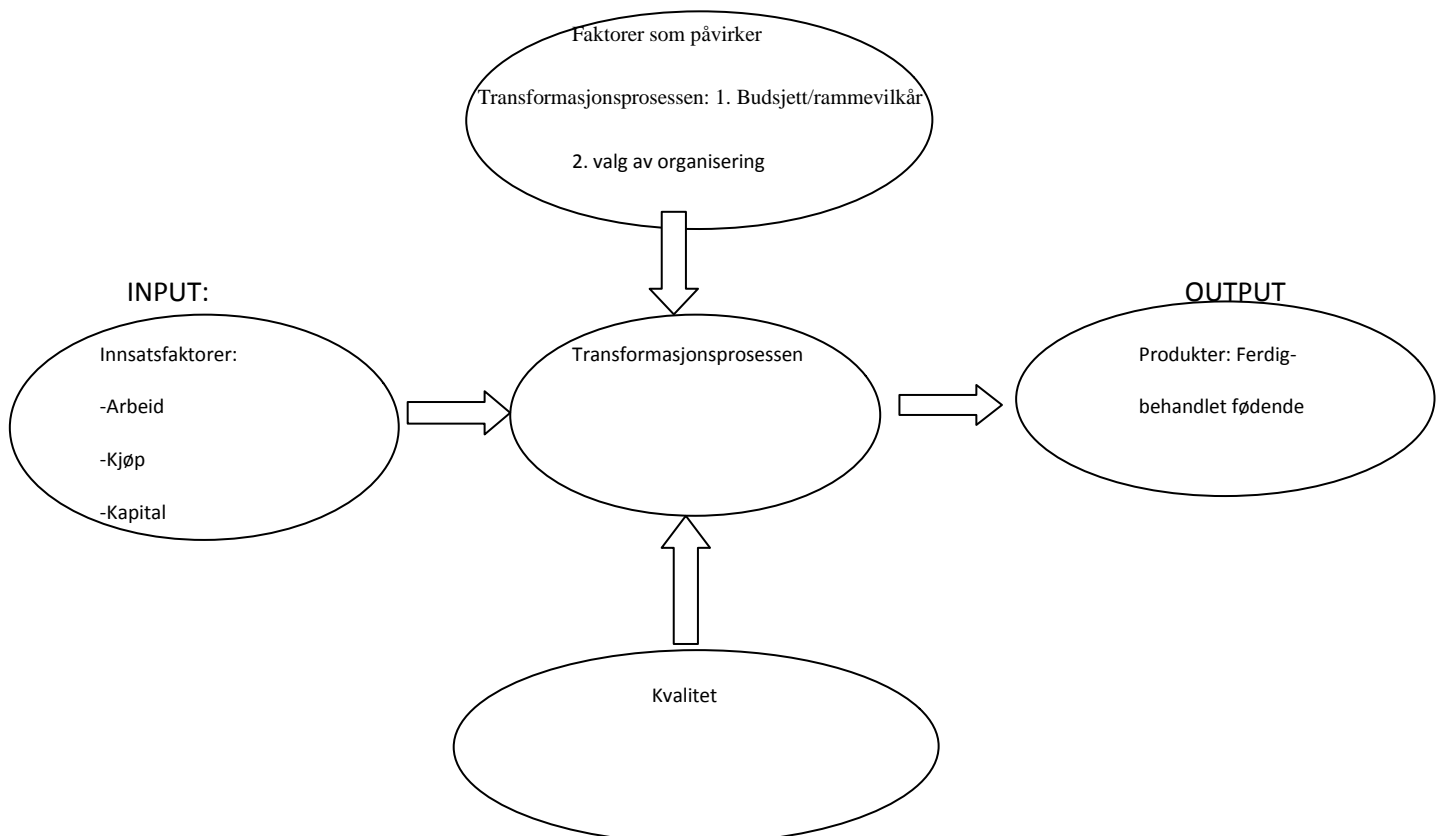
Produksjonsprosessen belyser en kombinasjon av ulike innsatsfaktorer som inngår for å produsere produktene. Input og output er de vanligste betegnelse som brukes for å beskrive innsatsfaktorer og produkter. Innsatsfaktorbruken er avhengig av enhetens valg av organisering. Kostnadene for tjenesteproduksjonen er avhengig av miljøet de opererer i, både faktorer som enhetene selv har kontroll over, og utenforliggende faktorer, kan påvirke kostnadene. Produktivitet og effektivitet er begreper de fleste kjenner til fra diskusjoner i media, politiske debatter og ofte i sammenheng med begrepene konkurranseutsetting og kostnadsbesparelser i offentlig sektor. Begrepene produktivitet og effektivitet blir brukt om hverandre, og det kan være vanskelig å forstå forskjellen.

Produktivitet er forholdet mellom oppnådd produksjon(output) og bruk av innsatsfaktorer (input)

Produktivitet = Output (Produksjon)

Input (Ressursbruk)

Tjenesteproduksjon kan beskrives slik:



Figur 4 Tjenesteproduksjon – Fonna HF

Produktive enheter har et bedre forhold mellom output og input, enn enheter som er mindre produktive. De fleste enheter benytter seg av flere innsatsfaktorer, og produserer flere typer produkter. Det er derfor hensiktsmessig å benytte flere ulike innsatsfaktorer og flere ulike produksjoner for å måle produktiviteten. Ved utregning av totalfaktorproduktiviteten (TFP) veies alle inputer og outputer sammen ved å benytte ISF-priser på de ulike inputene/outputene. Årsaken til at alle inputer og outputer skal være med, er for å kunne få en best mulig, nøyaktig gjengivelse av produksjonen. Dette kan imidlertid være komplisert å få til i praksis, på bakgrunn av usikkerhet omkring hvilke variabler som skal inngå i produktivitetsberegningen. Tallene som beregningene er basert på, kan ha mangler for enkelte av variablene, som gjør at beregningene blir feilaktige. Produktiviteten må betraktes i forhold til tidligere produksjon eller andre sykehus sin produktivitet.

5.2 Produksjon og effektivitet

I offentlig sektor, og særlig i helsesektoren, har lover og krav fra befolkningen ved politikerne gjort produksjon mer eller mindre gitt. Det finnes minstestandarder som til enhver tid skal oppfylles. Det er viktig ikke å glemme at innen helseforetakene er det behandling av mennesker det hele tiden dreier seg om, og det er viktig å huske på at mennesker lar seg ikke alltid regne om i penger og tidsbruk. Når man ser på budsjettstyringen innen helseforetakene, så starter rammebudsjett på toppen og bygger seg nedover i organisasjonen. Dette egner seg ikke alltid for de laveste nivåene i organisasjonen. Rammebudsjett er velegnet mellom det øverste nivået og komitéene, men det kan også være et budsjett for bruk mellom komitéene og resultatområdene/avdelingene. Der trenger man et system som viser hva man forventer å få inn av inntekter, og hvordan man planlegger å bruke disse, for å få en mest mulig kostnadseffektiv produksjon. På denne måten kan man lett følge med, og løpende foreta korrigeringer, dersom inntektene ikke kommer inn som forventet, eller om utgiftene er større eller mindre enn forventet. Rammebudsjett stiller detaljerte krav til nøyaktig rapportering.

”Siling” av informasjon: På forskjellige nivåer i en organisasjon, kan det virke fornuftig å sile informasjonen både oppover og nedover i systemet. Det kan være mange grunner til dette. Man kan for eksempel ønske å svartmale situasjonen i håp om å få mer midler, eller man kan omvendt holde tilbake informasjon om hvor dårlig det egentlig står til, for på den måten å posisjonere seg selv, for å komme i et bedre lys.

Slakkmaksimerende adferd: Dette bygger på at enheter innen en virksomhet har en tendens til å bygge opp slakk i økonomien, som gir muligheter for alternativ drift. Dersom man klarer å kartlegge og påvise slakk i tjenesteflyten, er dette innsparinger som lett kan hentes ut.

Berørte parter: Dette er de som rammes av tiltak man iverksetter. Det kan være ansatte som får sparken, blir omplassert, eller det kan være innbyggere som ikke lenger får det tjenestetilbudet de tidligere har hatt. Det er viktig at disse partene blir behandlet på en korrekt måte, og at avtaleverket som regulerer enkelte slike tiltak, blir fulgt. Dette for å unngå at pressen blir involvert, og at vanskelige saker blir håndtert i all offentlighet. Enkelte interessegrupper er sterke og klarer å bli hørt. Disse kan være med å stoppe nødvendige tiltak. Disse er det nødvendig å få til en god dialog med, slik at de spiller på lag i vanskelige beslutninger.

Human resources (HR) medarbeiderne: En organisasjon under sterkt press, vil se at enkelte medarbeidere tar et stort ansvar, mens andre som tidligere gjorde det samme, forsvinner. Det er også fare for at man legger veldig stort press på dyktige medarbeidere. Slik kan det bli fare for å miste de dyktigste ansatte som virksomheten har. Det betyr i tillegg at virksomheten taper dyr og nødvendig kompetanse, som det kan bli vanskelig å erstatte.

Situasjonen krever en samlet forståelse fra både ansatte og politikerne i organisasjonen, og helst også fra innbyggerne i kommunen. Derfor er informasjon det første en må ta fatt i. Sjansene for og lykkes blir bedre, ved god håndtering av informasjonsflyten, og en viktig gruppe her, er politikerne. Det er de som skal vedta de økonomiske og organisatoriske endringene. Det er i stor grad de som skal stå ute i offentligheten og forsvare beslutningene på de forskjellige arenaene. Det er viktig at politikerne klarer å legge partipolitikken til side, og står samlet om de endringene som kreves. Hvis ikke kan det oppstå beslutningsvegring. For å lykkes med en snuoperasjon, er det viktig å involvere og motivere de ansatte. Dette forutsetter god kommunikasjon og åpenhet omkring prosessene.

5.3. Betydning av medvirkning i budsjett- og økonomistyringsprosessene:

For å få til reell medvirkning må:

1. målene må være kjent blant de ansatte
2. målene må være akseptert som verdifulle
3. de ansatte må være målorienterte

I Fonna HF blir økonomiske planer utarbeidet av økonomidirektør i samarbeid med klinikkdirektørene. Dersom medvirkning er et krav, må det settes i gang prosesser som i større grad engasjerer alle med budsjettansvar. Dette skaper forpliktelse til budsjettmålene, i tillegg bør en trekke inn andre medarbeidere. Dette er ressurskrevende, men gevinsten i form av bedre planer, større grad av forpliktelse og større engasjement, vil langt overskride dette. I praksis betyr dette, at det drives økonomistyring hver gang det fattes en beslutning som fører til økonomiske konsekvenser for foretaket, og beslutningen får frem opplevelsen innad om, at dette gjelder alle ansatte.

I Fonna HF vil man skape et miljø hvor de ansatte er interessert i å engasjere seg i bedre økonomistyring. Med vektlegging på medvirkning, fører dette til meningsfylt arbeidsinnhold for den enkelte, og skaper en mer spennende hverdag. Dette forutsetter imidlertid, at ansatte og ledelsen har tillit til hverandre, og det må være opplevd som reell medvirkning. Dersom de ansatte legger ned mye tid og krefter i planleggingen, som ikke får noen praktisk betydning, forsvinner engasjementet fort. I det offentlige er ansattes rett til medvirkning regulert i Hovedavtalen. Den gir de ansatte rett til innsyn og medbestemmelse på tre måter: informasjon, drøfting og forhandling.

5.4 Bedriftsøkonomisk analyse

Bedriftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske analyser sammen med gode beslutningsverktøy, er de metoder en beslutningstaker må ha kunnskap om for å kunne bidra til bedre og raskere beslutninger i lys av Fonna HF sine overordnede målsettinger. God kostnadsforståelse er nødvendig for alle strategiske beslutninger i et foretak. Når viktige avgjørelser skal tas, er analyse av lønnsomhet det viktigste i en bedriftsøkonomisk analyse.

Kostnadsforståelsen gir også viktig input til effektiviseringstiltak. Styret i Fonna HF må ha inngående kjennskap til hva som skaper lønnsomhet i foretaket. Kun derved settes de i stand til å bidra til økt verdiskapning i samfunnet, ved på den måten, være i stand til å fatte gode, kunnskapsbaserte beslutninger. Dette gjennomføres gjennom å vise til troverdige analyser og metoder for problemstrukturering og generering av beslutningsrelevant informasjon. Sentralt i en bedriftsøkonomisk analyse, som er en ren lønnsomhetsanalyse, er forståelsen av hva som forårsaker kostnader, og hvordan kostnadene kan relateres til aktiviteter, produkter og kunder.

Styret i Fonna HF, har samlet foreslått en radikal omlegging, på tross av Soria Moria 2-erklæringen, som tydelig har bestemt at den rød/grønne regjering går i mot nedleggelse av

lokalsykehus. Da må man anta at forslaget og beslutningsgrunnlaget er særs godt begrunnet ved at en har simulert, foretatt konsekvensanalyser og gjennomgått flerdimensjonale modeller som fanger opp beslutningens tidshorisont, foretakets ressursituasjon, relevant beslutningsinformasjon, av både finansiell og ikke-finansiell karakter, samt verdien av tilleggsinformasjon for beslutningstaker, som til sammen bidrar til å vise til økt lønnsomhet, ved å gå til et slikt drastisk tiltak.

Det må foreligge en strategisk kostnadsanalyse (SCA) som er modellert for å analysere hva som skaper verdier, ha gode oversikter over hva og hvem kostnadsdriverne er, og hva som blir foretakets konkurransefortrinn ved å gjennomføre nedleggelse av to fødeavdelinger. Dette må være godt begrunnet i og relatert til helseforetaksloven. I en bedriftsøkonomisk kalkyle, benytter man markedspriser for å vurdere lønnsomheten av en omorganisering, mens man i en samfunnsøkonomisk analyse av en omorganisering, benytter kalkulasjonspriser som skal reflektere alternativverdien av de ressursene som inngår i omorganiseringen. Dersom Fonna HF er perfekt fungerende, er disse kalkulasjonsprisene lik markedsprisene. Ulike former for markedssvikt medfører imidlertid en del kompliserende momenter. Videre går jeg ut i fra at det i beslutningsgrunnlaget går frem, forståelsen av viktigheten foretakets intellektuelle kapital har, som det også er viktig å analysere grundig i denne sammenhengen. Intellektuell kapital fanger opp verdier som ikke fremkommer i regnskapet, men som er bestemmende for verdi, fremtidig vekst og konkurranseposisjon. Man må også peke på at reliabiliteten i dette aktuelle beslutningsgrunnlaget er usikkert, da graden av uforutsigbarhet er høyst reell. Tidshorisonten er forholdsvis lang. 10 år er en langsiktig horisont i strategisk tenkning i dag. Demografien forandres i svært hurtig takt i dagens samfunn, slik at befolkningstilvekst/avgang er vanskelig å forutsi på en signifikant måte. Derfor kan det lanserte innsparingspotensialet fort bli et oppblåst estimat, og prognosen kan slå feil ut i praksis.

5.5 Kost-/Nytteanalyse

Fonna HF sine ressurser er knappe, og mange gode formål konkurrerer om tilgjengelige midler. Det er derfor viktig at prioriteringen mellom ulike formål, enten den foretas på administrativt eller politisk plan er velbegrunnet og rasjonell. At konsekvensene av alternative tiltak er undersøkt og godt dokumentert, er en grunnleggende forutsetning for fornuftig prioritering.

Anvendelsesområdene for nyttekostnadsanalyser er blant annet offentlige omorganiseringer/omstillinger. Hovedformålet med nyttekostnadsanalyser er å klarlegge og samfunnsmessig bredt synliggjøre konsekvensene av alternative tiltak før beslutninger fattes. Slike konsekvenser omfatter blant annet kostnader, som skal belastes offentlige budsjetter, inntektsendringer for foretak og virkninger for helse, miljø og sikkerhet. Kunnskap om konsekvensene muliggjør rasjonelle avveininger om bruken av offentlige midler, og kan også bidra til å klargjøre den offentlige debatten om omorganiseringene.

I en nyttekostnadsanalyse verdsettes alle effekter i kroner og øre. Kroneverdien brukes så til å veie betydningen av de ulike konsekvensene mot hverandre. Dersom en legger sammen den beregnede verdien av alle konsekvensene ved en omorganisering, og summen da blir positiv, sier en at omorganiseringen er samfunnsøkonomisk lønnsom. Kroneverdien av en positiv konsekvens, skal settes lik det befolkningen er villig til å betale for å oppnå den. At noe er samfunnsøkonomisk lønnsomt, vil derfor her bety at befolkningen til sammen er villig til å betale minst så mye, som tiltaket faktisk koster. Selv om samlet betalingsvillighet er større enn samlede kostnader, betyr ikke det at tiltaket er ønskelig sett fra samfunnets synsvinkel. Det er to hovedgrunner til det

1. det er ikke alle konsekvensene av et tiltak som kan måles på en god måte i kroner og øre
2. beslutningstakere er normalt ikke bare interessert i samlet netto betalingsvillighet for et tiltak, men også i hvordan virkningen blir fordelt i befolkningen

Som hovedregel kan en si at samfunnsøkonomisk lønnsomhet gir en bedre oversikt over en omorganiseringens konsekvenser. Jo mindre betydningsfulle fordelingsvirkningene er, jo flere konsekvenser finner man det faglig forsvarlig å verdsette i kroner, og jo mindre innslag det er av etisk vanskelige spørsmål, dess enklere blir det å få tilslutning for omorganiseringen. Nyttekostnadsanalyser kan derfor bidra til å gi et godt beslutningsgrunnlag, men man må være klar over at slike analyser ikke uten videre kan gi et fasitsvar for om en omorganisering virkelig er ønskelig. Nyttekostnadsanalyser er dermed en måte å systematisere informasjon på. Bruk av en systematisk metode, kan gjøre det lettere å sammenlikne konsekvenser ved flere ulike tiltak. En nyttekostnadsanalyse gjennomføres alltid før en eventuell beslutning om å sette i verk omorganiseringen. Resultatet fra analysen vil da inngå som en del av beslutningsgrunnlaget, og bidrar samtidig til å gjøre dette etterprøvbart. Nyttekostnadsanalyser kan imidlertid også gi verdifull informasjon for å sikre en best mulig

gjennomføring av den aktuelle omorganiseringen, og kan derfor også ha en funksjon etter at omorganiseringen er igangsatt. Det som i stor grad er interessant i nyttekostnadsanalyser, er å få fram den samfunnsøkonomiske verdien, da den er mangslungen og uforutsigbar og utrolig viktig å analysere. Da er det viktig å beskrive alle relevante alternativer en kan få fram ved å lage kasus og simulere en gjennomgang av kasuset, og se på de virkningene det aktuelle alternativet vil føre til av positive/negative virkninger både overfor brukerne og samfunnet forøvrig. En omstilling kan således vise, at den kan være lønnsom i forhold til å videreføre situasjonen slik den er i dag. Det betyr at basisalternativet står ved lag. Det er likevel mulig at det finnes andre alternativer som er mer lønnsomme. Å legge ned fødeavdelingen ved et lokalsykehus kan for eksempel være mer lønnsomt, enn å opprettholde de tre lokale fødeavdelingene, dersom det påvises kapasitetsproblemer og en dyr drift, men da er det nødvendig å analysere alle relevante alternativer før en bestemmer seg for et slikt tiltak. Slike alternativer kan være knyttet til ulike fysiske løsninger. En samfunnsøkonomisk lønnsomhetsanalyse skal beskrive alle de relevante virkningene for alle grupper som er berørt av det aktuelle tiltaket. I tillegg må en vurdere muligheten for fleksible løsninger, og være veldig kritisk til gjennomføringstidspunktet for omstillingen. Lønnsomheten kan bli høyest ved å utsette hele eller deler av investeringen, inntil befolkningen har økt ytterligere.

5.6 Kostnads-/Nytteprinsippet

De ulike nyttekostnadselementene for en omstilling, oppstår sjelden på samme tidspunkt. Derfor er det behov for en metode som gjør det mulig å sammenligne og summere nytteeffekter og nyttekostnader målt i kroner, som påløper i ulike år. Den vanligste metoden for en slik sammenlikning, er å omregne de årlige nyttekostnadselementene til nåverdi. Nåverdien er verdien i dag av samlede nytteeffekter og nyttekostnader som påløper i ulike perioder. Begrepet reflekterer at en krone i dag, ikke har samme verdi som en krone om ett år. Nåverdimetoden innebærer at det årlige overskuddet, nytte minus kostnader, neddiskonteres til investerings- eller iverksettelsestidspunktet. Netto nåverdi (NNV) er altså nettoverdien i dag beregnet ut av alle de verdsatte nyttekostnadselementene ved omorganiseringen. Et omorganiseringsprosjekt er lønnsomt, dersom netto nåverdi er større enn eller lik null. Dette innebærer at omorganiseringen gir en avkastning som er høyere enn avkastningskravet (K). I en nyttekostnadsanalyse måler vi alle nyttekostnadskomponenter i faste priser, slik at diskonteringsrenten er en realrente. For en slik omorganisering som oppgaven skisserer opp, kan en stor eller helt vesentlig del av konsekvensene ikke uten videre verdsettes i penger. Særlig innenfor helsesektoren. I dette tilfellet er det mindre

hensiktsmessig å gjennomføre en fullstendig nyttekostnadsanalyse. Ofte er måleproblemene begrenset til nyttesiden. Ofte står vi overfor ulike tiltak som er rettet mot samme problem, men der virkningene ikke blir helt like. Et eksempel på dette kan være bruk av ulike behandlingsformer eller medisiner innenfor helsesektoren. I slike tilfeller kan vi ikke uten videre velge det tiltaket som har laveste kostnader.

5.7 Risikohåndtering i nyttekostnadsanalyser

Offentlige omorganiseringer vil i de aller fleste tilfeller strekke seg over flere år, og tilstander som trekker inn i fremtiden, vil alltid være beheftet med en eller annen form for risiko. I forbindelse med omorganiseringen, vil det ikke være mulig å fastslå med sikkerhet hvordan disse størrelsene vil se ut om noen år. Det er vanlig å anta at risikoen øker med avstanden i tid, slik at kostnader og inntekter som inntreffer i fremtid, skal korrigeres mer enn dem som inntreffer den første tiden etter at omorganiseringen er iverksatt. Svaret på dette er, at en vet mest om hvilke tilstander som inntreffer i nær fremtid, mens det er mer usikkert hvilke tilstander som inntreffer senere.

Det kan i denne sammenhengen være naturlig å ta utgangspunkt i bruk av en konstant, risikojustert diskonteringsrente er en antagelse om at lønnsomheten i omorganisering er like utsatt for systematisk risiko i alle enkeltperiodene. Risikojustert diskonteringsrente kompenserer imidlertid bare for risikoen en bærer pr. periode. Dette innebærer at den samlede risikoen vil øke i takt med avstanden fra beslutningstidspunktet. Dette innebærer at den samlede risikoen vil øke i takt med avstanden fra beslutningspunktet for mange offentlige prosjekter. Dette er en rimelig antakelse, og en anbefaler derfor at en analytiker tar utgangspunkt i en konstant risikojustert diskonteringsrentesats, og foretar de nødvendige beregningene.

Analysen bør inneholde følgende sannsynligheter:

- 1) Fastsett sannsynlighet for risiko
- 2) Beregn forventet risikoverdi
- 3) Plasser omorganiseringen i en risikoklasse eller foreta en eventuell særskilt vurdering av risikoen
- 4) Vurder om omorganisering bør ha samme risikojusterte diskonteringsrente i hver periode
- 5) Milepælsrisiko tilsier bruk av ulike diskonteringsrenter i ulike perioder

6) Vurder om omorganiseringen bør igangsettes nå, eller om den bør utsettes

Som beskrevet tidligere omfatter Fonna HF, somatiske sykehus i Haugesund, Stord og Odda. Arbeidsgruppen som gikk igjennom deres fremtidige struktur tilrådte at Odda sykehus og at fødeavdelingen ved Stord sykehus skulle legges ned. Styret i Fonna Hf fremmet ikke disse forslagene. Dette førte til at dette ble oppfattet som en seier for lokale interesser, og at det var en sterk politisk mobilisering for lokalsykehusene. Det var stor strid rundt struktur og oppgavefordelingen innen Fonna HF. Konfliktene var særlig sterke i Odda og Stord kommune. Her skapte nedleggingsforslaget og forslag om sentralisering stor debatt.

I dette tilfellet er det interessekonflikter knyttet til omorganiseringen. I slike tilfeller bør fordelingsvirkningen for hver enkelt gruppe beskrives på en måte som gir beslutningstakeren et best mulig grunnlag for å ta hensyn til dette i vurderingen av omorganiseringen. Det må redegjøres for hvordan ulike mål om fordeling kan påvirke ønskeligheten av å gjennomføre omorganiseringen. Videre må det redegjøres for om de fordelingspolitiske målene kan oppnås vel så godt eller bedre, ved å gjøre andre omorganiseringer.

6. Situasjonsanalyse etter innføring av en samlet fødselsomsorg i Fonna HF med fokus på forbruk av kostnader, antall fødsler og kvalitetsindikatorer:

6.1 Budsjett/Regnskap Helse Fonna HF for årene 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 og 2010:

I det opprinnelige budsjettet for 2003 hadde Helse Fonna HF¹¹³ et underskudd på 367 millioner kroner på årsbasis. Etter 1. tertial ble det prognostisert med minus 516 millioner kroner, samtidig som det ble arbeidet med et budsjett for 2004, som i henhold til stortingets pålegg, skulle gå i balanse. Dette kunne bli vurdert som en umulig oppgave for Helse Vest, fordi det da må til omfattende bemanningsreduksjoner, nedlegging av avdelinger og tilbud på lokalsykehusene. Det eneste alternativ for å unngå dette er en økning i statens bevilgninger som kunne muliggjøre dette.

113. Rapport fra Brønnøysund registrene, 5. mars 2012 – Følger studien som vedlegg

REGNSKAP FOR FONNA HF :

<u>ÅR:</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>
DRIFTSINNTEKTER	1469764000	1551151000	1653580000	1786949000
Andre driftsinntekter	923231000	470634000	69761000	81455000
Vareforbruk	163783000	161653000	196886000	276508000
Lønn	1126279000	1115353000	1160013000	1253572000
Avskrivninger	158972000	156262000	14739000	153112000
Nedskrivninger	0	0	0	0
Driftskostnader, andre	154554000	217514000	234295000	248181000
DRIFTSRESULTAT	-133824000	-99631000	-85353000	-144424000
Sum finansinntekt	5761000	2044000	1533000	1448000
Annen finanskostnad	218000	176000	71000	195000
Sum finanskostnad	218000	1234000	3258000	7925000
RESULTAT FØR SKATT	-128281000	-98820000	-87077000	-150901000
Skatt ordinært resultat	0	0	0	0
<u>ORDINÆRT RESULTAT</u>	<u>-128281000</u>	<u>-98820000</u>	<u>-87077000</u>	<u>-150901000</u>

Tabell 11: Tall hentet fra Brønnøysundregistrene

REGNSKAP FOR FONNA HF :

<u>ÅR:</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>
DRIFTSINNTEKTER	2015836000	2277263000	2513427000	2420777000
Andre driftsinntekter	95389000	119737000	123244000	69217000
Vareforbruk	185603000	431226000	491769000	400900000
Lønn	1409041000	1511927000	1591434000	1415980000
Avskrivninger	134599000	121954000	123309000	124808000
Nedskrivninger	0	2148000	0	878000
Driftskostnader, andre	474725000	263970000	299980000	326813000
DRIFTSRESULTAT	-188132000	-53962000	6935000	151398000
Sum finansinntekt	2173000	2407000	990000	1565000
Annen finanskostnad	104000	20174000	12961000	30000
Sum finanskostnad	12019000	20174000	12961000	10818000
RESULTAT FØR SKATT	-197978000	-71729000	-5036000	142145000
Skatt ordinært resultat	0	0	0	0
<u>ORDINÆRT RESULTAT</u>	<u>-197978000</u>	<u>-71729000</u>	<u>-5036000</u>	<u>142145000</u>

Tabell 12: Tall hentet fra Brønnøysundregistrene

Fonna HF: Spesifikasjon av driftskostnader (eksklusiv avskrivninger)
for årene 2007 - 2010

Fonna HF	Driftskostnader (eksklusiv avskrivninger)	2007 (Løpende priser i mill. kr.)	2008 (Løpende priser i mill. kr.)	2009 (Løpende priser i mill. kr.)	2010 (Løpende priser i mill. kr.)
	Driftskostnader	2070	2209	2385	2145
	Forbruk av medisiner	145	153	195	218
	Kjøp av off. helsetjenester	173	203	200	83
	Kjøp av private helsetjenester	10	12	20	25
	Kjøp av behandling i utlandet	0	0	0	0
	Diverse andre kjøp	41	36	46	43
	Lønnskostnader	1398	1502	1581	1404
	Pasientkostnader	57	61	78	82
	Kjøp og Leie av medisinsk, teknisk utstyr	7	5	5	6
	Gjestepasientkostnader	0	0	0	0
	Andre driftskostnader	238	237	260	284

Tabell 13: Tall hentet fra Brønnøysundregistrene

Spesifisering av konto for Pensjonskostnader

Fonna HF	Pensjonskostnader (541)	2007 (Løpende priser mill. kr.)	2008	2009	2010
	Pensjonskostnader	230	252	249	-3

Tabell 14: Tall hentet fra Brønnøysundregistrene

6.2 Kommentar til regnskapet for Fonna HF

Analyse av historiske tall i regnskapet for Fonna HF, viser stabil drift. Av regnskapet går det imidlertid frem at driftsinntektene, som i stor grad utgjør omsetningen, er relativt stabil over år, mens lønn fra 2009 – 2010 går ned med ca. 176 millioner. Nærmere analyser viser at dette skyldes regnskapstekniske endringer, som gjør at Pensjonskostnadene blir redusert fra 2009 til 2010. For Helse Vest samlet ble pensjonskostnadene redusert fra 1768 millioner kroner til 82 millioner kroner, og det samme forholdet gjelder også for Helse Fonna HF. Jf.

spesifiseringskonto for Pensjonskostnader ovenfor, for årene 2007, 2008, 2009 og 2010.

Driftsregnskapet viser ingen stor kostnadsnedgang, slik at ut i fra det, må konkluderes med at foretaksmodellen ikke har ført til store innsparinger i Fonna HF. (Rapport fra Brønnøysund registrene, 5. mars 2012).¹¹⁴

Noen utvalgte kvalitetsindikatorer fordelt i prosent for Fonna HF i 2009:

2009	Haugesund	Stord	Odda
Keisersnitt	11,9	13,2	8,3
Vakuumband	12,9	10,6	6,9
Rifter grad III+ IV	3,8	2,7	0
Igangsetting av fødsel	21,3	13,0	0

Tabell 15: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister.

Oversikten ovenfor viser noen kvalitetsindikatorer fordelt på de ulike fødeenhetene i Fonna HF i 2009. Antall keisersnitt i Norge er tidoblet i løpet av de siste 30 år. Keisersnitt er en av de vanligste operasjonene som utføres på norske sykehus. Andelen keisersnitt har økt betydelig og i løpet av de siste 20 årene, og har brakt Norge på nivå med våre naboland. Registrering fødsler startet i Norge i 1967. I 1967 ble knapt 2 % av barna født ved hjelp av keisersnitt.

114. Rapport fra Brønnøysund registrene, 5. mars 2012

I 1990 hadde andelen økt til 12 – 13 %. Fra år 2000 har Norge fått en ytterligere økning til over 16 % i 2005. Jf. Norsk folkehelseinstitutt, Medisinsk fødselsregister, side 1 ¹¹⁵

Økning av antall keisersnitt i Norge fra 1998 til 2005

År	Antall keisersnitt	Prosent
1998	7973	13,6
1999	8020	13,4
2000	8111	13,5
2001	8883	15,4
2002	8899	15,7
2003	9142	15,8
2004	9064	15,6
2005	9482	16,4

Tabell 16: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister.

Det utføres årlig over 9000 keisersnitt i Norge. Et av seks barn kommer til verden ved hjelp av keisersnitt. I 2008 ble det utført 10392 keisersnitt. Dette utgjør 17,1 % av alle fødsler. Til sammenligning ble det i 1998 utført 7973 keisersnitt. Dette utgjør 13,5 % av alle fødsler. Oversikten over viser at keisersnittfrekvensen i Fonna HF ligger under landsgjennomsnittet, som var 15,9 % i 2009. Oversikten viser også at dette gjelder ved alle institusjonene i Fonna HF, både ved Haugesund sjukehus, Odda og Stord.

I våre naboland Sverige og Danmark har det også vært en økning i keisersnitt i de senere årene. De tre skandinaviske landene ligger nå på omtrent samme nivå. Jf. Norsk folkehelseinstitutt, Medisinsk fødselsregister, side 1 ¹¹⁶

Fødsler i Helse Vest i 2009

I Helse Vest var det i 2009 i alt 13630 fødsler, fordelt på 9 fødeinstitusjoner: 2 forsterkede fødestuer, 3 fødeavdelinger og 4 kvinneklinikker. Fødselstallet i regionen utgjorde 22,5 % av alle fødsler i landet i 2009.

115. Norsk folkehelseinstitutt, Medisinsk fødselsregister, side 1

116. Norsk folkehelseinstitutt, Medisinsk fødselsregister, side 1

Oversikt over fødselstall totalt i Norge i årene fra 2004 – 2008

Fødeinstitusjon	2004	2005	2006	2007	2008
Kvinneklinikk	38270	38839	40254	40178	41421
Fødeavdeling	15536	16434	16824	16688	17126
Forsterket fødestue	369	331	301	299	287
Fødestue	567	528	507	499	461
Andre fødesteder					
Hjemmefødsler, planlagt	128	108	111	72	87
Hjemmefødsler, ikke planlagt	147	144	153	192	192
Fødsler under transport	185	191	186	191	186
Fødsler utenfor institusjon, uspesifisert	60	37	48	64	44

Tabell 17: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister.

Fødsler i Norge i perioden 2004 - 2008

Av oversikten ovenfor går det frem at i perioden 2004-2008, er det registrert 521.769 fødsler etter 22 fulle svangerskapsuker på landsbasis. I 2008 er det registrert 60.604 fødsler etter 22 fulle uker. Av oversikten går det frem at trenden er, at fødsler i kvinneklinikk og fødeavdelinger, er stigende. Trenden er motsatt i forsterket fødestue og fødestue hvor antallet er synkende. Dette kan skyldes flere forhold, blant annet at kvinneklinikkene og fødeavdelingene er plassert på henvisningssykehusene som mottar fødende med økt risiko for komplikasjoner. Jf. Norsk folkehelseinstitutt, Medisinsk fødselsregister, side 1 ¹¹⁷

6.3 Gir fødestuer et bedre tilbud til fødende?

Forsker Ellen Blix ¹¹⁸ hevder at det er bedre med fødsler på fødestuer, fordi det i mange

117. Norsk folkehelseinstitutt, Medisinsk fødselsregister, side 1

118. Forsker Ellen Blix

tilfeller føles tryggere og bedre, enn opplevelsen man får på et stort sykehus, videre mener forskeren at disse fødslene ender sjeldnere med inngrep, og de fødende opplever sjeldnere store komplikasjoner som ender med keisersnitt. Kvinnene føler seg også tryggere, fordi jordmødrene holder seg mer i bakgrunnen, slik at hele atmosfæren er roligere, og den fødende kvinnen skiller ut de gode hormonene, som gjør at fødselen går smidigere og bedre. Det er kun lavrisikokvinner som føder på små fødeenheter.(Forbrukerinspektørene, 7. september 2011)¹¹⁹.

Jordmorforeningen støtter opprettelse av jordmorstyrte fødestuer

"Jeg synes det er flott at helseministeren anerkjenner jordmødrenes kompetanse ved å gå inn for opprettelse av jordmorstyrte fødestuer," sier leder i Den norske jordmorforening, Marit Heiberg.¹²⁰ *"Men jeg har stor forståelse for at jordmødrene i Nordfjordeid ønsker å opprettholde arbeidsplassen sin slik den er i dag. Jordmorstyrt fødestue er imidlertid et bedre alternativ for kvinnene enn nedleggelse, slik jeg ser det."* Regjeringen går inn for jordmorstyrt fødestue ved sykehuset i Odda. *"Vi ønsker på denne måten å sikre god kvalitet, forutsigbarhet for den fødende og stabile fagmiljøer"*, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.¹²¹ Regjeringen følger nå opp Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen ved å foreslå omgjøring av forsterkede fødestuer til jordmorstyrte fødestuer.

119. Forbrukerinspektørene, 7. september 2011

120. Uttalelse fra leder i Den norske jordmorforening, Marit Heiberg

121. Uttalelse fra helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

6.4 Nye kvalitetskrav til fødselsomsorgen

Helsedirektoratet publiserte i desember 2010 nye kvalitetskrav til fødselsomsorgen. ”Nye kvalitetskrav til fødselsomsorgen”.¹²² En av de klare anbefalingene som gis der, er at det ikke tilrådes fortsatt opprettholdelse av forsterkede fødestuer. Leder i Den norske jordmorforening, Marit Heiberg, påpeker at Den norske jordmorforening støtter kvalitetskravene til fødselsomsorgen. ”Vi ser at det er faglige argumenter for ikke å tilråde fortsatt opprettholdelse av et slikt tilbud.” De forsterkede fødestuene har vært en mellomting mellom fødeavdelinger og jordmorstyrte fødestuer.

Heiberg påpeker imidlertid at før disse endringene gjennomføres, må Regjeringen følge opp Stortingets vedtak fra 2009 om å styrke jordmortjenesten, både når det gjelder kvalitet og kvantitet. ”Helse- og omsorgsdepartementet, Fremtidens helsetjeneste, Trygghet for alle, datert, 28. mai 2009”¹²³

Sentralisering av fødetilbudene medfører at det vil være noen som får lenger veg til fødeinstitusjonen. Jordmortjenesten i kommunene er alt for dårlig utbygd til å kunne tilby gravide, fødende og nybakte foreldre et godt tilbud. Fødende med over en og en halv times veg til sykehuset, bør i følge kvalitetskravene, tilbys følge av jordmor eller lege med tilstrekkelig, oppdatert fødselskompetanse. For å få til det, må kommunejordmortjenesten styrkes vesentlig. «Trygghet for fødende må være krav nummer én. Men avgjørelser tatt på feil grunnlag, gir liten trygghet».(Nationens Drude Beer kommenterer onsdag 29. februar 2012)¹²⁴.” Alle vil ha trygghet for fødende. I kampen for å få lagt ned fødestuer, har Helse- og omsorgsdepartementet advart mot falsk trygghet. Nå er det på tide å advare mot falske tall om utrygghet. 1. april i 2011 vedtok regjeringen å avvikle ordningen med forsterkede fødestuer. Forsterkede fødestuer har fødselsleger og operasjonsberedskap. Bak regjeringens begrunnelse for nedleggelse, lå tall fra Statens helsetilsyn som viste at fødestuer med fødselsleger hadde flere skader og dødfødte enn fødestuer uten slike spesialister. Hvordan kan høyere spesialistnivå føre til lavere sikkerhet, spurte kvinner som har født, eller som går med planer om slikt.

122. Nye kvalitetskrav til fødselsomsorgen

123. Helse- og omsorgsdepartementet, Fremtidens helsetjeneste, Trygghet for alle, datert, 28. mai 2009

124. Nationens Drude Beer kommentar onsdag 29. februar 2012:”Trygghet for fødende”

Det hørtes ikke logisk ut. Men kvinnelogikk, kombinert med fødselsfølelser, blir lett avvist der såkalte realiteter diskuteres. Nå viser det seg at tallene om forsterkede fødestuer ikke var korrekte, og det kom frem at det finnes ikke statistisk grunnlag for helsetilsynets advarsler om forsterkede fødestuer. Dette var misvisende informasjon som bedro til nedlegging av tre forsterkede fødestuer. Det er svært alvorlig at det gjøres noe sånt fra vårt helsetilsyn, som skal kontrollere kvaliteten på våre helsetjenester. Helsedirektøren har uttalt at han ser ingen grunn til selvkritikk for konklusjonen om nedleggelse. En må kunne reise spørsmål om helsetilsynet sentralt har en politisk agenda som går ut på å sentralisere fødetilbudene. Har de lignende agendaer også for de små sykehusene og kan vi stole på et slikt helsetilsyn? Det kan se ut som at noen ganger kan det være bedre å stole på kvinnelogikk enn på statlig nedleggelsesmatematikk”. ”St.melding nr. 12(2008 – 2009)En gledelig begivenhet”.¹²⁵

Leder for Folkebevegelsen for lokalsykehusene, Bente Øien Hauge, oppsummerte nylig de nye opplysninger fra Helsetilsynet i en kronikk her i avisa¹²⁵, sitat: «Materialet dokumenterer det motsatte av hva direktøren ga uttrykk for. Tallmessig er risikoen for alvorlig skade eller død under fødsel i realiteten dobbelt så høy på en jordmorstyrt fødestue (uten lege) som på en forsterket fødestue (med lege).»

Fra de jordmorstyrte fødestuene var det i perioden (2006 - 2008) meldt om fire tilfeller av alvorlig fødselsskade eller død (med 1378 fødsler totalt blir det 0,29 %), mens det fra de forsterkede fødestuene var meldt om ett tilfelle av alvorlig fødselsskade eller død (med 890 fødsler totalt blir det 0,11 %).

Nedleggelsesvedtaket i april vakte raseri i Distrikts-Norge. Vi husker fakkeltog og fortvilelse. Vi husker Senterpartiets leder som lot sitt forsterkede temperament gå ut over skuffede lokalsjukehusforkjempere i Eid i Sogn og Fjordane.

«I denne saken har Senterpartiet stått for distriktsnedbygging», ropte en av aksjonistene mot Liv Signe Navarsete. Det fikk begeret til å flyte over for Navarsete. Hun nektet å ta skylden for at sjukehuset i Nordfjord mistet fødetilbudet. «Du veit ikkje kva du snakkar om» er blitt

125. Bente Øien Hauge, oppsummering av opplysninger fra Helsetilsynet

Navarsetes varemerke etter at hun sprakk på besøk i Eid. Nå ser det ut til at det var regjeringen, ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som ikke visste helt hva de snakket om, da de argumenterte for nedleggelse av de «risikofylte» forsterkede fødestuene.

Siden har debatten gått om hvem som visste hva når, hvilke tall som har betydd mest da avgjørelser ble tatt, og om hvorvidt nedleggelsesvedtakene for fødestuene i Lærdal, Lofoten, Nordfjord og Odda bør behandles på ny. Det misvisende materialet fra Helsetilsynet ble offentliggjort bare få dager etter fødestuedemonstrasjoner foran Stortinget. Det er liten tvil om at advarslene om større risiko ved forsterkede fødestuer, påvirket avgjørelsen.

Avviklingsvedtaket blir antakelig stående. HOD melder at andre faktorer, som nye kvalitetskrav, var utslagsgivende. Dessuten var tallene i Helsetilsynets rapport for små. Sier de nå. Prosessen rundt fødestuene tyder på at mektige helsebyråkrater og politikere får det som de vil, uavhengig av tall og protester fra annet hold. Sterke krefter har lenge villet sentralisere fødselsomsorgen.

Da når ikke argumenter fra lokalsamfunnene langt, til tross for at de bygger på kunnskap og erfaringer. Kompetente jordmødre, og kvinner som har født, vet at det ikke alltid er mulig å forutse hvilke fødsler som vil gå greit på en fødestue uten legehjelp, og hvilke som på forhånd må henvises til sykehus. Uventete komplikasjoner kan oppstå. Da kan spesialistkompetanse og mulighet til å ta keisersnitt, være forskjellen på liv og død.

Det er mange leger, som vikarierer på fødestuene, som også er ansatt ved større sykehus, blant annet i Sverige. Da må det være mulig å pålegge fødselsleger på norske sykehus, turnus på mindre steder. Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen har rett i at helsepolitikk ikke må baseres på falsk trygghet. Kvalitet må være krav nummer én. Men det gir lite trygghet at lokale krefter blir overhørt og overkjørt. Og det kjennes direkte utrygt at avgjørelser blir tatt på feil statistisk grunnlag. (Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen)¹²⁶.

126. Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen – Kvalitet må være krav nummer én

Fonna HF – Status og kvalitetskrav:

Foretak	Fødselstall 2009	Status	Forholdet til kvalitetskravene
Helse Fonna HF	2181		
Kvinneklinikken ved Haugesund sykehus	1505	Ingen strukturelle endringer planlagt	Trenger flere jordmødre for å nå kvalitetskravene. Legesituasjonen er vanskelig på grunn av vaktbelastningen. Legene må ha tilstedeværelsesvakt ved kompliserte fødsler. Pediater i bakvakt må komme på sykehuset innen 15 minutter etter tilkalling. De som bor lengre borte enn dette, må være på huset
Fødeavdelingen ved Stord sjukehus	604	Ingen strukturelle endringer planlagt	Har pr. i dag tre overleger. Vanskelig å rekruttere leger til avdelingen. Pediater til stede tre dager i uken. De foretar undersøkelse av nyfødte
Forsterket fødestue ved Odda sjukehus	72	Planlagt omstilling til jordmorledet fødestue	Pediater og seksjonsoverlege i Haugesund gjennomfører akuttkurs og gjenopplivningskurs av nyfødte for de ansatte

Tabell 18: Data er hentet fra analysefil fra Medisinsk fødselsregister.

Det var 6 transportfødsler i Helse Fonna HF i 2009.

6.5 Er desentralisert fødselshjelp og differensiert fødselsomsorg et paradigmeskifte?

Stortingets beslutning om en desentralisert fødselshjelp og differensiert fødselsomsorg i 2001 er blitt kalt et paradigmeskifte. Det er imidlertid fortsatt stor grad av risikofokusering og

”I verste fall” tenkning i fødselshjelpen i Norge. Det er en utfordring både i forhold til fagpersoner og brukerne av tjenesten, å få gjennomslag for at friske kvinner med et svangerskap som utvikler seg normalt har gode odds for å få en normal fødsel, og kan føde på en enhet, beregnet på kvinner med lav risiko. En normal fødsel krever ressurser og tilgjengelig jordmor som har tid, ro og mulighet til å konsentrere seg om fødselen, paret og det ufødte barnet. Et differensiert fødetilbud, slik det nå blir praktisert, har åpenbare svakheter. Dagens rammer og organiseringen av svangerskaps- og fødselsomsorgen medfører at fødeinstitusjonene bare har mulighet til å endre praksis på eget nivå og i forhold til egne ansatte. Helhetlige kjeder og pasientforløpstankegang har vært vanskelig å implementere. Flere fødeinstitusjoner har inngått avtaler med kommuner om salg av jordmortjenester. Dette kan bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og kvalitetssikring av kompetanse, informasjon og kan føre til samarbeid mellom institusjonene. Samhandlingsreformen vil understøtte en utvikling, som gir muligheter til å følge forløpet til kvinnene på en bedre og naturlig måte på tvers av tjenestenivåene.

Er det mulig med et differensiert fødetilbud på en og samme avdeling, hvor jordmødre og leger overvåker alle pågående fødsler, med høy og lav risiko? Er en hektisk avdeling det best egnede stedet å føde, for lavrisikofødende? Er det såpass krevende å gjennomføre en differensieringsmodell, at det forutsettes et geografisk skille? Disse spørsmålene finnes det ingen entydige svar på, og det er ikke konsensus i fagmiljøene om hvordan et differensiert fødetilbud best kan legges til rette både for kvinnen, hennes partner og fagpersonene.

Moderne fødselsomsorg har endret seg gradvis de senere årene. Det er i dag mer overvåkning av gravide med risiko, og flere kvinner med kompliserte lidelser og sykdommer som, føder barn. Dette krever god overvåkning og kompetente fødselsleger og jordmødre. Det er enighet i fagmiljøene om at dette er en riktig utvikling. Derimot kan avansert overvåkning og intervensjon under fødselen, ha uheldige sider hvis det overføres i for stor grad, ved fødsler som i utgangspunktet burde være normale.

Den økte overvåkingen under fødselen både av kvinnen og fosteret, medfører merarbeid for de ansatte på fødestuene. På grunn av knappe ressurser blir det en diskusjon om friske fødende, tar for mye av de knappe ressursene som er tilgjengelig. Det blir en prioriteringssituasjon, hvor syke og friske settes opp mot hverandre.

På fødeavdelinger og kvinneklinikker er det ikke uvanlig at en jordmor har ansvar for flere

fødende kvinner, både friske og syke som de må passe på samtidig. Særlig på større fødeinstitusjoner skjer det at jordmor kan ha flere fødende å passe på, når de er på vakt. Det foreligger i dag god dokumentasjon for at dersom fødekvinnes følges opp av en person som er til stede på fødestuen i fødselens aktive fase, vil det ha en rekke positive effekter.

Arbeidsgruppen mener, av faglige kvalitetshensyn, at alle kvinner i aktiv fødsel bør ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig, i aktiv fase og fram til fødselen. Både syke og friske kvinner skal prioriteres, og få den hjelpen og støtten de har behov for i den fasen. Statens Helsetilsyn anbefaler, at de små fødeavdelingene omgjøres til fødestuer.

Stortingsvedtaket fra 2001 kom også med en slik anbefaling. Arbeidsgruppen foreslår at de enkelte regionale helseforetakene gjør en vurdering av de minste fødeavdelingene i sin region, og ser på muligheten til å omgjøre disse til fødestuer. Dersom man identifiserer problemer finnes det prinsipielt flere mulige utfall: Avdelingen kan styrkes faglig og ressursmessig der det er et befolkningsmessig grunnlag for dette, avdelingen kan endre nivå eller fødetilbudet kan legges ned, eller flyttes. Det samme må skje med de forsterkede fødestuene.

Det er nødvendig at det foretas omfattende risiko- og konsekvensanalyse som grunnlag, for beslutninger. Den enkelte helseregion må vurdere om enkelte små fødeavdelinger unntaksvis skal bestå av geografiske hensyn. De må ta stilling til hvor disse skal plasseres og hvilken kompetanse som skal foreligge på de enkelte stedene og legge forholdene til rette, slik at kvalitetskravene innfris (St.melding nr. 12(2008-2009) ”Kvalitet i alle ledd”)¹²⁷.

6.6 Hvordan Fonna HF har løst fødetilbudet

Fødeavdelingene i Haugesund og Stord samt fødestuen i Odda betjener i alt 19 kommuner. Tre kommuner kjøper jordmortjenester fra sykehus. Odda og Ullensvang kommune kjøper jordmortjenester fra Odda sjukehus, og Tysvær kommune kjøper fra Haugesund sjukehus. I Odda går de gravide til svangerskapskontroll på sjukehuset, og opplever dermed kontinuitet i oppfølgingen gjennom svangerskap og fødsel.

127. St.melding nr. 12(2008-2009) ”Kvalitet i alle ledd”

Jordmor på fødestuen har ambulerende dager i Ullensvang kommune, dermed treffer de gravide jordmor i hjemmekommunen. Stord kommune har ansatt to jordmødre i 50 % faste stillinger. Disse to jordmødrene er i tillegg ansatt i 50 % faste stillinger ved fødeavdelingen på Stord sjukehus. Haugesund har en jordmor ansatt i til sammen 100 % stilling, på samme måte som Stord kommune. Slike sammensatte stillinger fremmer forståelsen for hverandres arbeid, og letter kommunikasjonen mellom ulike avdelinger. Det må imidlertid sies, at det i det lange løp er en utfordring for både jordmor og arbeidsgiver å forholde seg til to ansettelsesforhold, der det ene arbeidsforholdet involverer turnusarbeid.

6.7 Fonna HF – Krav til drift og bemanning av fødeinstitusjoner

Fødeavdelingene, spesielt de minste, har fått påvist områder som utgjør en kvalitetsbrist og som krever utbedring, og oppfølging. I 2008 utga Helsetilsynet en rapport med gjennomgang av alle tilsynssaker, ved alle små fødeavdelinger. Utfordringene er sammensatte og i stor grad knyttet til arbeidsforhold som eksempelvis rekrutteringsproblemer og utstrakt bruk av vikarer, ofte i form av vikarstaffetter med stadig nye vikarer som kommer for en svært kort tidsperiode. Dette gjelder først og fremst gynekologer, men også til en viss grad jordmødre. Ofte er det en eller to faste gynekologer som over mange år har utgjort kontinuiteten på avdelingen. Kvalitet på tilfeldige vikarers fagkompetanse og kommunikasjonsevne varierer. Muligheten for kompetanseheving og utvikling av gode fagmiljø er vanskelig under slike forhold. Det beskrives mangelfull opplæring av nyansatte, mangelfulle kvalitetssystemer og andre organisatoriske, svakheter. Videre fravær av tilstrekkelig forbedringsarbeid.

Forslag til organisatoriske krav

- Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger
- Korttidsvikarer er en løsning for kun kortere perioder
- Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer
- Faste vikarer må forpliktes til å delta i regionale og nasjonale fagfora
- Krav til språkkunnskaper hos vikarer, må beherske norsk eller skandinavisk språk
- Krav til kontroll av vikarers kompetanse
- Krav til opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, også vikarer
- Samarbeidsløsninger og nettverksutvikling med nærliggende fødeinstitusjoner bør vurderes

En betydelig utfordring, er å rekruttere spesialister. Rekruttering av spesialister er et

møysommelig arbeid, som sykehuseier må ta på alvor. Å utdanne egne spesialister med tilhørighet til stedet, bør ha fokus. Disse kravene vil oppfattes omfattende og ressurskrevende. Det er imidlertid helt nødvendig å sørge for bærekraftige fagmiljø for å endre nåværende situasjon, og for å gi driftsgrunnlag over tid. Et bærekraftig fagmiljø ved en fødeavdeling, vil kunne medføre en overbemanning i forhold til pasientgrunnet. Noe av denne overbemanningen er nødvendig for å ivareta krav om hospitering, og kan også sikre mulighet, for forskningsaktivitet. (Nasjonal helseplan – ”Fremtidens helsetjeneste”)¹²⁸.

6.8 Fonna HF sitt arbeid med seleksjon

Seleksjon innen fødselsomsorg har til hensikt at fødende kommer til riktig fødeinstitusjon, og for tilpasset overvåking, og behandling. Fødsel, som en normal fysiologisk prosess, må vektlegges, og muligheten for å bevare den normale fødselen må ivaretas. WHO's perinatale prinsipper, bør etterfølges. Det er ønskelig og viktig å kunne gi alle i pasientgruppen god helhetlig omsorg etter behov, hvor omsorgen også er tilpasset minoritetsbefolkningen. Både seleksjonskriterier og kvalitetskrav skal være håndterbare verktøy som sikrer kvaliteten ved alle tre nivåer, av fødeinstitusjoner. Hver enkelt fødeenhet må sette opp tydelige og begrunnede seleksjonskriterier som viser en kvalitetsmessig god sammenheng mellom seleksjonskriteriene, hjelp/omsorg, kompetanse og infrastruktur. Fødeenheten har ansvar for at seleksjonskrav, og kriterier følges. Kriteriene i forhold til kompetanse og seleksjonskriterier må godkjennes og revideres årlig av ansvarlige ved fødeinstitusjonene og det regionale helseforetaket, bør etablere systemer som sikrer at man vet at dette etterleves. Skriftlige seleksjonskriteriene må være kjent i kommunehelsetjenesten, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må være godt, slik at informasjonsflyt og korrekt selektering i svangerskapet, sikres. Seleksjonskriterier for fødeavdelinger må gjenspeile den kompetanse som finnes, i avdelingene. Det må være ulike seleksjonskrav avhengig av om sykehuset har barneavdeling med barnelege, i døgnvakt. Seleksjonen må foregå både under svangerskapet, ved innleggelse i fødeavdeling og fortløpende, under fødsel. Fødestuer og fødeavdelinger må ha skriftlige rutiner og prosedyrer som sier hvem som skal overflyttes til et høyere kompetansenivå.

128. Nasjonal helseplan – ”Fremtidens helsetjeneste”

6.9 Fonna HF sitt arbeid med differensiering

Størstedelen av fødslene i Norge foregår på større institusjoner. I 2009 foregikk 72 prosent av fødslene på kvinneklinikker. Mange fagfolk mener, at det er behov for å differensiere fødselsomsorgen også når det gjelder kvinneklinikker og fødeavdelinger. Det har av den grunn blitt et naturlig behov for å differensiere fødselsomsorgen innad i kvinneklinikker og fødeavdelinger. WHO's prinsipper for perinatal omsorg og National Institute for Health and Clinical Excellence i Storbritannia, anbefaler omsorg på lavest mulig omsorgsnivå.

Differensiering innad i klinikker og avdelinger har blitt organisert ulikt og er lite utviklet i Norge. Hensikten med et differensiert fødetilbud er å holde omsorgen på lavest mulig omsorgsnivå uten unødige inngrep, men også sikre et variert fødetilbud i tråd med befolkningens ønsker.

Det synes vanskelig å hindre medikalisering av den normale fysiologiske fødsel ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. De foreslåtte kvalitetsindikatorene, som gjelder standard førstegangsfødende, ukomplisert fødsel og tilstedeværelse av jordmor under fødselens aktive fase, vil kunne gjøre det mulig å sammenligne ulike fødeinstitusjoner.

Differensiering har blitt gjennomført rent fysisk ved enkelte institusjoner, ved at det har blitt opprettet egne separate normalenheter, eller jordmorstyrte enheter. Kvinnene som føder ved disse enhetene, må fylle gitte kriterier. Det finnes foreløpig ingen standardiserte seleksjonskrav eller overflyttingskriterier, utarbeidet på nasjonalt nivå.

Gevinsten av en differensiert fødselsomsorg, vises gjennom studier og systematiske oversikter ved at det ved separate normalenheter er større sjanse for at fødselen foregår spontant uten inngrep, at det ikke oppstår alvorlige perinealrupturer, og at fødselen foregår med mindre bruk av kjemisk smertelindring. Videre er kvinnen mer tilfreds, og det er ikke-signifikante forskjeller i utfallet hos mor og barn etter fødselen. (St.melding nr. 12(2008-2009) "Kvalitet i alle ledd")¹²⁹.

6.10 Fonna HF sine fødestuer

Fonna HF's fødestuer viser til gode resultater. Rekker med studier har dokumentert effekten av kontinuerlig tilstedeværelse av en støtteperson på fødestuen, under fødselen.

129. St.melding nr. 12(2008-2009) "Kvalitet i alle ledd"

Det er generelt kunnskap om at en slik støtteperson reduserer varigheten av fødselen, øker sannsynligheten for spontan vaginal fødsel, reduserer risiko for keisersnitt, og for overhodet å ha behov for medikamentell smertelindring. Ved slik støtte på fødestuen er det dessuten mindre risiko for å oppleve manglende kontroll i fødselsforløpet, mindre risiko for problemer, med å klare fødselsopplevelsen. Det er rapportert om økt tilfredshet, med fødselsopplevelsen. Kunnskapen støtter seg til to typer av støttepersoner:

Støttepersoner med fagutdannelse som er ansatt på fødestedet, og støttepersoner uten utdannelse, som ikke er ansatt på fødestedet. Det er en tendens til at de positive effekter er størst ved bruk av personer, som ikke er ansatt på fødestedet. Utstrakt bruk av vikarer, har betydning for kvalitet, og det underkommuniseres ofte, at kvaliteten på vikarer varierer. Uheldige hendelser, som inntreffer når det er vikarer på vakt, gir spesielle utfordringer. Ofte dreier det seg om komplikasjoner, som alltid er vanskelige å håndtere, men som likevel kunne hatt et bedre utfall med kjente leger og jordmødre til stede.

6.11 Billigere med bevaring av fødestuer?

Fødeavdelingene skulle vært omgjort til fødestuer, fordi dette er svært hensiktsmessig og viser at jordmorstyrte fødestuer er et kvalitetsmessig godt og rimelig tilbud til de friskeste kvinnene, og at de er mye billigere i drift enn fødeavdelinger. Videre er kvaliteten ved jordmorstyrte fødestuer bevist å være like gode som ved fødeavdelinger.

Helseforetakenes gjeld ser bare ut til å øke og i 2011 var Helseforetakenes samlede gjeld, slik :

HELSEFORETAKENES GJELD

	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst	Hele Nord	Sum
Sum					
Driftsinntekter	19144317	15085199	55483823	12318075	102031414
Langsiktig gjeld	2850430	9163234	12439837	1727447	26180948
Kortsiktig gjeld	5427874	3955043	14710724	2168640	26262281
Driftskreditt	1879607	1200694	4575062	0	7655363
Rentekostnader	147166	137470	361624	47105	693365
Total gjeld	8278304	13118277	27150562	3896087	52443230

Tabell 19: Tall er hentet fra artikkel i VG fredag 8. juli 2011 om helseøkonomi, av Maria Lekve

Dette betyr i praksis, at når rentebærende gjeld ”spiser opp” mer av ressursene, innebærer det at sykehuset må velge bort pasienter. Det er økonomien som setter rammene for pasientbehandlingen, mens det bør være omvendt.

7. Videre forskning

Helseforetaksformen, hvor staten er eier, har vært mye diskutert. Statsministeren har sagt at han er trygg på at staten fortsatt skal være eier, og at vi fortsatt trenger foretak innenfor sykehussektoren. Hvordan vi videre skal organisere det, og hvordan vi skal fordele ansvaret, vil bli en kommende diskusjon. **En ting alle partene er enige om, er at en fremtidig organisering av helsevesenet må ha en klar politisk styring. Det er viktig at demokratisk valgte politikere, har både styringen, og det direkte ansvaret for utformingen av et så viktig velferdstilbud, som det offentlige helsevesenet er.** Vi kjenner alle til at det er økende kritikk innen helsevesenet, og misnøyen med sykehusforetakene er i ferd med å bre seg innad flere av de politiske partier. Det er sendt forslag fra flere partier, om å avvikle de regionale helseforetakene. Dette synet har for tiden bred politisk støtte, men det blir evalueringen som vil avgjøre hva utfallet blir. Bakgrunnen er begrunnet i stor grad med stadig økende gjeld. For 2011 får universitetssykehuset et underskudd på rett under en milliard norske kroner. Dette skyldes i stor grad bruk av vikarer og innleid hjelp. Helseforetakene har en samlet gjeld for de fire regionale foretakene på 52,4 milliarder kroner i 2010. Av gjelden var 26,2 milliarder kroner kortsiktig gjeld og 26,2 milliarder kroner langsiktig gjeld. Bevilgningene til sykehusene fra 2002 til 2011 økte med 16 milliarder kroner. Ved inngangen til 2011 er samlet driftskredittramme til helseforetakene 10,8 milliarder kroner.

I Norge snakker vi om ”helsegapet” som er gapet mellom etterspørselen og produksjon av helsetjenester. Mer penger og mer ressurser blir ofte brukt for å lukke gapet. Men større budsjetter er ikke alltid løsningen. Like viktig er det å optimalisere ressursbruken. Dette betyr i praksis å forbedre arbeidsprosessene ved operasjonsstuene. *”Derfor bygger forskerne på nytt opp operasjonsavdelingene i det tredimensjonale simuleringssystemet FlexSimHealthCare fra Utah, USA. Modelleringen har mange paralleller til det populære Sim City-Spillet, hvor spillerne kan bygge opp hele byer ved hjelp av tredimensjonal grafikk. Til nå er data fra rundt 9000 operasjoner lagt inn. Simuleringen gjør det mulig å følge operasjonen fra begynnelse til slutt, ved å se menneskene bevege seg rundt på skjermen. Funn, som er gjort, viser en mengde små og kjempeviktige prosesser som skulle skje ganske samtidig, utført av opptil ti yrkesgrupper, som hver organiserte seg selv. Viktig funn var at*

det manglet en leder for operasjonen, og avdekket altså en klar systemsvikt. Forskerne vendte blikket mot luftfarten, hvor flydriften ble revolusjonert for noen tiår siden. Fra at alle profesjoner styrte sin egen lille verden, ble det innført teamarbeid. I disse dager settes den praktiske delen av prosjektet i gang, basert på samme tankesett som i luftfarten. Effektiviseringen handler ikke om å jobbe raskere, men jobbe smartere, og enda mer målstyrt. Datasimuleringen hjelper oss til dette, og også til å sette kvalitet enda sterkere i sentrum for oppmerksomheten. Med datasimulering kan ledelsen ved operasjonsavdelingen se på skjermen hvordan prosessene rundt en operasjon forløper og simulere hvordan oppgavene kan utføres bedre og mer effektivt”(Artikkel fra bilag i Aftenposten om Helse-Norge, november 2011)¹³⁰.

Det er viktig å følge opp kvalitetsaspektet med tanke på effektivitet/ produktivitet, kvalitet og tilfredshet hos brukerne av tjenesten. Denne studien danner grunnlaget for 2011. Det blir viktig å se fremover mot 2012, slik at når 2012 er over, kan den sammenlignes med tall fra 2011. Videre blir det viktig å analysere om andre sykehus har fått økt eller redusert sin effektivitet/produktivitet i forhold til beste praksis, og så analysere hva som er årsaken til endringen.

I Aftenposten søndag 20. november 2011 er det følgende overskrift¹³¹: *”Vet ikke om helsereformene virket. Store reformer har forandret helsevesenet det siste tiåret, men de er ikke evaluert. Ble sykehusene egentlig bedre?”* Dette vet Norge for lite om, mener internasjonale eksperter. Regjeringen er enig i deler av kritikken. En internasjonal forskergruppe stiller seg hoderystende til at Norge ikke systematisk evaluerer konsekvensene av store helsereformer som sykehusreformen. Ekspertene slår fast at reformene i stor grad har endret helsetjenesten, og det er også grunnen til at de etterlyser en større interesse for hva som er blitt konsekvensene. Det bør være av største viktighet for Norge å evaluere effektene av disse endringene, for å få nok kunnskap til å kunne utnytte de positive effektene og håndtere feilene. Sykehusreformen må evalueres for å få frem kunnskap om hvordan det totale tilbudet forandret seg for pasienten, altså om samspillet mellom spesialist og primærhelsetjenesten har kommet bedret ut.

130. Artikkel fra bilag i Aftenposten om Helse-Norge, november 2011

131. Aftenposten søndag 20. november 2011 er det følgende overskrift –”Vet ikke om helsereformen virket”

8. Konklusjon

Dette kapittelet inneholder avslutning og konklusjon på oppgaven.

I studien: ”**Samling av Fødselsomsorg i Helse Fonna, virkninger på kvalitet for de fødende og helseforetakets økonomi**”, har jeg forsøkt å belyse problemstillingen:

1. Hvordan påvirker økonomiske virkemidler sykehusenes prioriteringer?

Andre land, som har prøvd å etablere rene markedsforhold i sykehussektoren, har blitt tvunget i retrett. I Norge vil kampen fremover stå mellom de som vil gå videre og rendyrke markedsmodellen, og de som vil reversere den. Det må vel kunne sies at status pr. i dag, er at dagens foretaksmodell ikke har løst de organisatoriske eller økonomiske problemene den var ment å løse.

Opgaven tar for seg tre hovedproblemstillinger:

1. Hvilke virkninger har samling av fødselsomsorg i Helse Fonna hatt på kvaliteten for de fødende?

Fonna HF er opptatt av at fødselstjenestene kontinuerlig må utvikles og forbedres. I Norge holder helsetjenesten høy kvalitet, også sett i et internasjonalt perspektiv. Dette gjelder også svangerskaps- og fødsels- og barselomsorgen. Til tross for dette, er innholdet i begrepet ”kvalitet”, ikke statisk, verken for dem som yter tjenesten eller for brukerne. Kvalitet og hva det skal inneholde, vil endre seg over tid. Fonna HF arbeider kontinuerlig for at kvalitetsmessige utfordringer må sees i sammenheng med at svangerskap og fødsel er en normal hendelse i livet, og ikke en sykdom. Samtidig er det en svært sårbar hendelse, hvor det i enkelte situasjoner kan stå om liv og død, både for mor og barn. Fonna HF har derfor kontinuerlig fokus på kvalitetsforbedrende arbeid, da det er nødvendig både for å opprettholde og høyne kvaliteten som følge av endringer i fagene, i helsetjenesten og i brukernes ønsker. Kvalitetsarbeid er lovpålagt gjennom forskrift om intern kontroll.(Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 6.5.3)¹³².

132. Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) – ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd, pkt. 6.5.3

Fonna HF har kalkulert med, at det innenfor en samlet fødselsomsorg, kan store, statistiske gevinster oppnås, derfor har Fonna HF satset målrettet på å kvalitetsheve fødeavdelingen, som er der de fleste fødsler skjer. Samtidig, har Fonna HF oppdaget, at de små fødestuene, i Odda og på Stord, har særskilte kvalitetsutfordringer, knyttet til rekruttering av fagpersonell, vikarbruk og lavt pasientvolum.(Fonna HF sine styringsdokumenter 2011)¹³³.

Fonna HF anser at det er viktig å videreutvikle kvalitetsindikatorer helt ned på virksomhetsnivå. Hyppighet av keisersnitt er en kvalitetsindikator. Flere undersøkelser har vist betydelig variasjoner i hyppighet ved keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra forhold hos de fødende og andelen kvinner som selv velger forløsning ved keisersnitt. Operativ forløsning med keisersnitt innbærer risiko for komplikasjoner for moren, samt har en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler. Variasjon i hyppighet av keisersnitt, behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv. I tillegg til ulik pasientsammensetning og ulik andel av kvinner som ønsker keisersnitt, kan forskjellig medisinsk praksis være faglig riktig, som følge av blant annet ulik kompetanse lokalt, og avstand til mer spesialisert sykehus. Store variasjoner kan imidlertid indikere kvalitetsforskjeller. (Stortingsmelding 12 (2008 – 2009) ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd)¹³⁴.

Som tidligere beskrevet i oppgaven, så skapte vedtaket om nedlegging av tre forsterkede fødestuer på feil statistisk grunnlag harme i befolkningen. Derfor er det viktig at det for ettertiden ikke blir fattet beslutninger, som ikke er godt fundamentert og dokumentert. Like viktig er det at alle parter er involvert og informert på en ryddig måte. Det er sterke faggrupper i Norge som mener at fødeavdelingene skulle vært omgjort til forsterkede fødestuer. Dette er med på å understreke at fødestuer er et kvalitetsmessig godt og rimelig tilbud til de friskeste kvinnene, og at de er mye billigere i drift enn fødeavdelinger.

Videre har kvaliteten ved jordmorstyrte fødestuer vist seg å være like gode som ved fødeavdelinger. Når man vet at hyppighet av keisersnitt er en kvalitetsindikator, og man i tillegg har kunnskaper om at antall keisersnitt i Helse Fonna øker, så er dette et område Helse Fonna må ha sterkt fokus på i tiden fremover.

133. Fonna HF sine styringsdokumenter 2011

134. Stortingsmelding 12 (2008 – 2009) ”En gledelig begivenhet” – Kvalitet i alle ledd

2. Hvilke virkninger har samling av fødselsomsorg i Helse Fonna hatt på helseforetakets økonomi?

Av tabell 4 på side 37, går det frem at det har vært en økning av keisersnitt fra 2003 til og med 2008, som har resultert i en total økning av kostnader på kr. 6.292.000,- .

Keisersnitt er en av de vanligste operasjoner på norske sykehus. Dersom man tar utgangspunkt i Innsatsstyrt finansiering (ISF-ordningen), kan det anslås hva ulike behandlinger koster i gjennomsnitt. Med dette som utgangspunkt, er det anslått at en fødsel med keisersnitt, inklusive operasjonskostnader, og ca. dagers liggetid i 2008 koster ca. kr. 55.000,-. En vanlig sykehusfødsel uten operasjonskostnad, og med en liggetid på ca. 4 dager, koster ca. kr. 22.000,-.

Trenden er at keisersnittsraten øker for hvert år. I 1998 var keisersnittsraten på 13,6 %, mens den i 2008 var på 17,1 %.¹³⁵ ”Medisinsk fødselsregister”. I 1998 var antall keisersnitt 7973, mens ti år etter, i 2008, hadde antall keisersnitt øket til 10392 keisersnitt. Konsekvensen av dette er, at når antall keisersnitt øker, så øker også kostnadene i helseforetaket, så er dette et av de viktigste områdene hvor det blir viktig å ha stort fokus på i tiden fremover.

Ovenstående er med på å drive opp kostnadene i Helse Fonna, slik at dette er med på å påvirke regnskapstallene i negativ retning. Dette viser at det ikke har hatt noen positiv, økonomisk effekt ved å samle fødselsomsorgen i Fonna HF.

3. Hvordan påvirker økonomiske virkemidler sykehusenes prioriteringer?

Det er ikke mulig å bruke private regnskaper i offentlig sektor for å oppnå full prioriteringseffektivitet, da det i offentlig sektor er mange andre hensyn å ta, som det er umulig å kostnadsberegne. Innbyggerne i Norge vil fortsatt kjempe for sykehusene sine, og argumenterte med at innbyggerne ikke får en så god spesialisthelsetjeneste som de har behov for og krav på. Det er viktig at lokalsykehusenes rolle nå diskuteres på en slik måte at de blir sett på som ledd i en omfattende, dynamisk samhandlings- og behandlingsskjede i helsevesenet. Ingen av leddene må isoleres fra hverandre i denne viktige studien og konsekvensanalysen, som vil avdekke at ”alt henger sammen med alt”.

135. Medisinsk fødselsregister

Videre blir det viktig i fremtiden å forstå den dynamikken som blir borte ved nedlegging av lokalsykehusene. Man kommer ikke bort i fra det faktum, at for at endringsprosesser skal få legitimitet, må de ta utgangspunkt i folkets behov. En må ikke isolert se på hvordan man skal organiseres helsetilbudet, bare for å spare penger. Man må bygge vedtak på et solid, faglig grunnlag. Det må kjøres pilotprosjekter, og foretas evalueringer i etterkant av prosjektene, for å få til et best mulig beslutningsgrunnlag.

Resultatet av studien stadfester, at privat og offentlig sektor har ulike formål. Offentlig sektor har ikke et lønnsomhetsfokus, og kan derfor ikke benytte lønnsomhetsregnskap som rapporteringsform.

Litteraturliste

- Andreassen og Lunde: ”NPM Dette er utfordringer som er en del av en global trend hvor staten i økende grad betraktes som uegnet til å håndtere en rekke viktige og nødvendige oppgaver” 2001
- Anthony R & Young D: ”Management Control in Nonprofit Organizations” Boston 7. edition
- Baldersheim, Harald and Rose, Lawrence E: ”Det kommunale Laboratorium” 2. utgave
- Bergstrøm, Jan: ”Definisjon av styring”: upublisert
- Busch, Johnsen & Vanebo: ”Økonomistyring i det offentlige”, Tano Aschehoug 4. utgave
- Busch, Tor, Johnsen Erik, Klausen Kurt Klaudi och Vanebo Jan Ole, red.: ”Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer”, Oslo: Universitetsforlaget. 2005
- Dommerud, Tine og Westerveld, June: ”65 prosent av fødslene var suboptimalt håndtert”. Artikkel i Aftenposten: onsdag den 30. november 2011
- Farrell, M.J.: ”The measurement of productive efficiency” 1957
- for å måle produksjonen”
- Freeman: ”Interessentmodellen” 1984
- Forvaltningsøkonomi MPA5 – Kompendium 2009
- Gilje og Grimen
- Granlund og Lukka: ”Analysen av den historiske utviklingen i regnskapet som en viktig del av beslutningsgrunnlaget” 1997

Helse-Norge : Artikkel i Aftenposten er det følgende overskrift: ”Vet ikke om helsereformene virket. Store reformer har forandret helsevesenet det siste tiåret, men de er ikke evaluert. Ble sykehusene egentlig bedre?
søndag 20. november 2011

Hetland: Per ”Prosjektledelse, utgave I og II” 1994

Innst.nr.237: s.29 1996-1997

Irwin/McGraw Hill, s. 200

Jensen, Bjarne – ”Kommune-Norge – Velferd og finansiering”

Jensen, professor Bjarne: Forelesningsnotater: høsten 2010

Jensen, Bjarne og Monsen, Norvald ”Perspektiver innen økonomisk styring”,
Forelesningsnotater: høsten 2010

Jensen, Bjarne og Monsen, Norvald Nytræ: ”Regnskap i stat og kommuner”

Johnsen og Kvaale: ”Avskrivningsmetoder”

Kapitalkravforskriften § 14 -1, første ledd:”Informasjon egnet til å påvirke
beslutningen til brukere av informasjonen i forbindelse med økonomiske forhold.”

Kommuneloven og forskrift om årsregnskap og årsberetning for kommuner og
fylkeskommuner § 7: ”Kommuneregnskapet er regulert av kommuneloven og forskrift om
årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner § 7”

Kommunelovens § 45 :”Kommunestyret skal innen årets utgang vedta budsjett for det
kommende kalenderåret”

Kåresen, Rolf kreftspesialist:VG, artikkel under Leder & kommentar:

”Kan tape i utredningstid det man vinner på behandlingsgaranti” datert fredag 24. juni 2011

Landssamlingens uttalelser: ” regjeringens vedtak er et angrep
på distrikts-Norge” oktober 2011

Lekve, Maria: ”Simuleringssystemet Flex Sim Health Care fra Utah, USA”

Artikkel i Verdens gang om helseøkonomi fredag 8. juli 2011

- Lundquist: ”Det offentlige Etos”
- Maulen, Helge og Aastvedt, Aillin: ”Kommuneregnskapet – rammeverk og prinsipper”
- Monsen, professor Norvald: ” Det norske kommuneregnskapet” 2008
- Mydske, Per Kristen, Claes, Dag Harald, Lie, Amund:”Nyliberalisme – ideer og politisk virkelighet”
- Mülhaupt: ”Utgifts- og kostnadsklassifisering utgjør et beslutningsproblem og bruk av kostnadsinformasjon krever særskilte analyser”
- Nasjonalt folkehelseinstitutt og Medisinsk fødselsregister 2011
- Newman, Janet – ”Modernising Governance - New Labour, Policy and Society”
- Norell PO: ”Budget och besparingsteori – kompendium/bokmanus.” 2003/2008
- Norsk Regnskapsstiftelse (NRS): ” Utviklingen av norsk praksis av god regnskapsskikk”
- NOU 1987:23, s. 17 ”Prioritering innen Norsk Helsevesen” 1987
- NOU 1987:23, s. 17 ”Hensynet til rettferdighet skal stå i sentrum” 1987
- NOU 1987:23,s.76: ”Helsetjenester tilbys slik at alle skal kunne blir så friske som de etter sine forutsetninger har muligheter for ” 1987
- NOU 1997:18, s.145: ” utredet av Lønning II utvalget” våren 1997
- Opstad og Berg: ”Agent/prinsipalteorien” 1992
- Pollitt, Christopher and Geert Bouckaert: “Public Management Reform – A Comparative Analysis”
- Rasch, Bjørn Erik – ”Demokrati – Ideer og organisering”
- Regjeringens ” 20 dagers kreftgaranti fra sykehushenvisning til behandlingsstart”
- datert fredag 24. juni 2011
- Regjeringen: ”Definisjon av styring”

- Regnskapslovens kapittel 4:” Bestemmelser om grunnleggende regnskapsprinsipper og god regnskapsskikk”
- Regnskapsloven § 4 – 1:” Retningslinjer som omhandler forsiktighet og fortsatt drift”
- Ringstad, Vidar: ”Samfunnsøkonomi og økonomisk politikk” 2000
- Skog
- Sosial- og Helsedep. rapport ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver” sept. 2001
- Stortingsmelding nr. 24:” Sanksjon som et virkemiddel” 1996-1997
- Strøm-Erichsen, Anne-Grete, ” Går inn for jordmorstyrte fødestuer i vest”
- Helse- og omsorgsministerens pressemelding datert 1. april 2011
- Sørensen, Rune J. og Grytten, Jostein, professorene:”Teknologi er viktigere enn ideologi, ved keisersnitt” – artikkel i BI Magasinet desember 2011 –
- Artikkelen presenterer resultater fra et aktuelt arbeidsnotat fra Universitetet i Oslo - des. 2011
- Vale, Per Halvor: ”Makroøkonomi - Har vi kontroll med utviklingen?” 2. utgave
- Weber :”Å styre Velferdsstaten Det klassiske idealet?”
- Yin ”Relevante situasjoner for forskjellige forskningsstrategier” 1994
- Østerud:” Definisjon av statlig organisering”
- Årsberetninger Fonna HF:” Oppnevning av styrer” 2000 - 2011

Internetthenvvisninger

www.regnskapsstifelsen.no

www.lovdata.no

www.riksrevisjonen.no

www.regjeringen.no

www.kommunesamarbeid.no

www.ssb.no

www.ssb.no/kostra/

Andre referanser

Alt materiale som er utdelt i forbindelse med undervisningen

Alle dokumenter utlevert i forbindelse med forelesningene

Vedlegg:

Vedlegg I : Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest. Utgitt av Helse Vest

Vedlegg II : ”Et trygt fødetilbud” – Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Utgitt av Helsedirektoratet

Vedlegg III: Årsregnskapet 2010 for Fonna HF - Rapport fra Brønnøysundregistrere

