

## Sensorveiledning til eksamensoppgaver HLED1102 høst 2019

Eksamensoppgavene ligger i kjernen av pensum. Alle temaer er dessuten tatt opp på forelesninger og/eller i seminar. Læringsmålene for HLED1102 sier at studentene skal lære å gjengi hovedtrekkene i velferdsstatens oppbygning, beskrive ulike forståelser av demokratiet, gjøre rede for oppbygningen av forvaltningssystemet og styringen av offentlig sektor, anvende sentrale begreper for å forklare styringsutfordringer i helsetjenesten, og anvende sentrale teoretiske tilnærminger for å forklare reformene i helsetjenesten. I tråd med dette har forelesningene vært delt opp i tre hovedbolker: 1) Organisering og styring av velferdsstaten, der utforming av helsepolitikk og organisering av helsetjenester og helseforvaltning har stått sentralt; 2) Reformen i helsesektoren, der utviklingen siden 1980-tallet har vært spesielt viktig, med helseforetaksreformen, innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) samhandlingsreformen, fastlegeordningen og vektlegging av pasientrettigheter har vært viktige elementer; 3) Styringsutfordringer i helsesektoren, som har omfattet prinsippal-agent tilnærmingen, en instrumentell organisasjonsteoretisk tilnærming, NPM, privatisering, internasjonalisering, og finansiering og regulering av helsesektoren, herunder forholdet mellom stat og kommune. Med dette som utgangspunkt forventes studentene å kunne drøfte hvordan samfunnet fordeler makt og ressurser til helsetjenesten og hvordan helsetjenesten styres. De forventes videre å kunne forstå hvordan studiet av politikk generelt, og av helsepolitikk og helsetjenester spesielt, kan bidra med kunnskap som kan anvendes til å beskrive og forklare ulike styringsutfordringer og til å utrede mulige tiltak innenfor helsetjenesten.

Kombinasjonen av pensum, forelesninger og seminar bør ha gitt studentene et solid grunnlag for å besvare eksamensoppgavene, både mht. å redegjøre for faktakunnskaper og for å kunne drøfte problemstillinger ved å kombinere kunnskap fra de ulike bolkene i emnet.

Den skriftlige prøven bestod av to oppgaver: **Oppgave 1:** Et lengre essay – valg mellom to oppgaver. **Oppgave 2:** Fem spørsmål hvorav tre valgfrie oppgaver skulle besvares. Spørsmålene teller likt. Oppgave 1 og 2 teller 50% hver. Det er ingen standard for hvor lange de ulike svarene skal være, men det ligger i kortene at oppgave 1 - essayet – forventes å være atskillig mer omfattende enn svarene under hvert av spørsmålene i oppgave 2. Kandidater som kun besvarer oppgavene med kulepunkter og/eller stikkord må trekkes betydelig. Det gis ikke ekstra uttelling for å trekke inn momenter som ikke er relevante for oppgaven, men selvstendighet i vurderingene og det å se koplinger og sammenhenger mellom ulike deler av pensum, bør belønnes godt. Ved vurdering av eksamensoppgavene bør man i tillegg til å gi uttelling for *omfang* og *presisjon* i faktakunnskaper, legge særlig vekt på evnen til å *drøfte* problemstillingene. Karakteren skal settes i tråd med anbefalte normer for karakterfastsetting (jf. Vedlegg 1).

## Oppgave 1

**A: Gi en kort beskrivelse av sentrale mål i den norske helsepolitikken. Redegjør for sentrale elementer i New Public Management (NPM) som styringsform. Vis med eksempler hvordan reformer i helsesektoren er inspirert av NPM. Diskuter deretter hvordan markeds- og konkurransemekanismer kommer til uttrykk i den norske helsesektoren. Relater diskusjonen til helsepolitiske mål og hvorvidt markeds- og konkurransemekanismer kan komme i konflikt med disse. Trekk inn skillet mellom «kostnadseffektivitet» og «allokeringseffektivitet» i diskusjonen.**

**Bruk som overskrift: Helsepolitiske mål, NPM og effektivitet**

Sentrale helsepolitiske mål omfatter det å sikre at hele befolkningen mottar helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Videre kan følgende mål nevnes: øke behandlingsskapitet, prioritere pasienter i tråd med garantiordning/pasientrettighetene, geografisk spredt sykehusvesen, ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver, sikre effektivt sykehusvesen. Det er viktig at besvarelsene viser til at helsepolitiske mål legger sentrale premisser for organisering, finansiering, regulering og styring av helsetjenestene. Det er videre viktig at studentene vektlegger spesielt målet om at alle innbyggere skal få helsehjelp og at det skal være tilbud om mest mulig likeverdige tjenester uansett hvem man er og hvor man bor, og at det offentlige har ansvar for den overordnede styringen. Det er også relevant å trekke inn universalismeprinsippet her. Poenget er at universalismeprinsippet innebærer at hele befolkningen har rett til velferdstjenester (herunder helsetjenester), at staten garanterer denne rettigheten, og at systemet er basert på innbetaling via skatteseddelen som så utløser rett til velferdsgodene. Et viktig poeng er at alle skal kunne nyte godt av godene. Videre er det relevant å vise til målet om et effektivt helsevesen, dvs. at man skal få mest mulig ut av pengene og bruke de på de rette tingene, dvs. der pasientenes behov er størst. Store deler av pensum er relevant her og poengene har dessuten vært godt dekket opp på forelesninger. Når det gjelder NPM, er spesielt pensumbidragene Christensen, T. m.fl. (2010) («Forvaltningspolitikk og moderne reformer») relevant, i tillegg til Hagen og Tjerbo (2013), Opedal (2005) og forelesninger. Videre vil bidragene i Fiva et al. (2014): *Kommunal organisering*, bidraget til Askildsen og Brekke (2001) i kompendiet og forelesninger være relevant for drøftingen. Studentene må kunne forstå hovedelementene i NPM, dvs. at det dreier seg om en reformbølge/styringsideologi som siden 1980-tallet har hatt som mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor. Studentene bør kunne trekke fram (og vise at de forstår) fire hovedelementer som har vært spesielt relevante for Norge: mål- og resultatstyring, fristilling (indre og ytre), markeds- og konkurransemekanismer (herunder brukerorientering), og vektlegging av profesjonell ledelse. De gode besvarelsene vil kunne vise mer detaljert hva disse elementene går ut på og hvordan de er relevante i en norsk sammenheng. Det kan vises til en rekke eksempler på reformer i helsesektoren som er inspirert av NPM – eks. foretaksreformen (jf. fristilling og foretaksmodell som inspirert fra styringsmodeller i privat sektor), fritt sykehusvalg/behandlingsvalg (jf. konkurranse- og markeds-elementer), ISF (jf. markeds- og konkurranselementer og mål- og resultatstyring), fastlegeordningen (jf. markeds- og konkurranselementer) m.m. Poenget er her at det ikke holder å nevne reformer og deretter hevde at disse er inspirert av NPM. For å få god uttelling er det et absolutt krav at studentene kan relatere reformer til konkrete NPM-elementer (som for eksempel mål- og resultatstyring

etc.). Det kan hende at bruk av eksempler på NPM-inspirerte reformer vil overlappe noe med diskusjonen om hvordan markeds- og konkurransemekanismer kommer til uttrykk i den norske helsesektoren, noe som er helt greit. I denne diskusjonen vil de gode besvarelsene vise til at ulike NPM-inspirerte reformer, som for eksempel fritt behandlingsvalg kombinert med foretaksmodellen og ISF, samlet kan gi grunnlag for etablering av en form for "kvasi-marked" for sykehustjenester. I diskusjonen om mulige konflikter mellom helsepolitiske mål og markeds- og konkurranseelementer er det viktig at studentene viser til at sistnevnte kan bidra til å utfordre både likhetstankegangen og universalismeprinsippet som tradisjonelt har stått sterkt i norsk helsepolitikk. Skillet mellom kostnadseffektivitet ("gjøre ting riktig") og allokeringseffektivitet ("gjøre de rette tingene") er relevant her. Kostnadseffektivitet viser til effektivitet som er relatert til å «gjøre ting på rett måte». Konkret handler det om at kostnader ved å produsere et gitt produksjonsnivå minimeres. Dette er bestemt både av produksjonsforhold og pris på innsatsfaktorer. Det sentrale er her at studentene får fram at det her handler om å få mest mulig ut av hver krone! Allokeringseffektivitet handler om å «gjøre de rette tingene», der riktig prioritering vil stå sentralt. Denne formen for effektivitet handler om at ressurser skal produseres/fordeles optimalt ut fra konsumenters verdisetting. I en helsepolitisk kontekst betyr det at man ved allokering av ressurser bør prioritere riktig og bruke pengene der de har størst effekt! De beste besvarelsene vil kunne stille spørsmålstejn ved effektivitetsmål når disse blir «subjektive», dvs. hvordan måle hva som er «optimalt»? Hva skal ha «verdi»? Noen vil trekke inn problemet med å "skumme fløten", som er relevant i denne sammenheng. De beste besvarelsene vil kunne problematisere innføring av markeds- og konkurranseelementer i helsesektoren opp mot både helsepolitiske mål og ulike effektivitetsmål.

### ***Oppgave 1***

***B. Beskriv hvordan ansvaret for norske helsetjenester er fordelt mellom statlig og kommunalt nivå. I forlengelsen av dette, gi en kort redegjørelse for hvordan sentrale reformer i helsesektoren kan sies å være uttrykk for hhv. sentralisering eller desentralisering. Beskriv kort hvordan kommunene finansierer helse- og omsorgstjenestene. Diskuter hvordan kommunenes inntektssystem kan begrense kommunenes handlefrihet i denne sammenheng. Vis også til andre forhold som kan begrense denne handlefriheten. Pek til slutt på noen hensyn som kan ligge til grunn for å begrense eller eventuelt utvide kommunenes handlefrihet når det gjelder levering av helse- og omsorgstjenester.***

***Bruk som overskrift: Helsetjenester, finansiering og kommunal handlefrihet***

Igjen er store deler av pensum relevant. Bidragene i Hatland et al. (red.) (2011): *Den norske velferdsstaten*, kapittel 9 i Halvorsen et al. (2013): *Innføring i helse- og sosialpolitikk*, og bidragene i Befring (2015): *Helsepolitikk og ledelse* og Fiva et al. (2014): *Kommunal organisering*, er alle relevante for hovedtrekk ved det norske helsesystemet, diskusjonen om sentralisering/desentralisering og statlig og kommunalt ansvar for levering av helsetjenester, og for de deler av oppgaven som handler om inntektssystem og kommunal handlefrihet. Studentene har dermed godt grunnlag fra pensum og forelesninger for å kunne besvare oppgaven. Besvarelsen må som et minimum kunne vise til hva hhv. primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er for noe og at kommunene har ansvar for den første og staten for den andre. De gode besvarelsene vil inkludere detaljerte beskrivelser av hvilke tjenester som inngår i hhv. primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studentene må som et

minimum kunne vise til at fastlegene og fastlegeordningen inngår som en sentral del av primærhelsetjenesten og at sykehusene inngår som en sentral del av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder hvordan sentrale reformer i helsesektoren kan sies å være uttrykk for hhv. sentralisering eller desentralisering, kan studentene komme med en rekke eksempler. Det sentrale er her at de for det første har en klar forståelse av hva sentralisering og desentralisering innebærer og for det andre kan argumentere for hvorfor og hvordan konkrete reformer i helsesektoren kan betegnes som det ene eller det andre. Det er nærliggende at studentene viser til sykehusreformen/foretaksreformen som en sentraliserende reform ved at staten overtok ansvaret fra fylkeskommunene. De gode studentene vil kunne vise til at innføring av foretaksmodellen innebærer et desentraliserende element ved at de regionale helseforetakene kom på ”armlengdes avstand” fra departementet og samtidig fikk relativt stor frihet til å styre sin egen virksomhet. Foretaksmodellen innførte slik sett en ”buffer” mot politisk styring. De gode besvarelsene vil i denne sammenheng kunne redegjøre for forskjellen mellom etatsstyring og eierstyring. HVPU-reformen som innebar at kommunene overtok ansvar fra fylkeskommunene, er eksempel på desentralisering. Kommunehelsetjenesteloven, som ble iverksatt i 1984, er også eksempel på desentralisering ettersom kommunene da fikk utvidet ansvar for primærhelsetjenestene. Videre er Samhandlingsreformen eksempel på desentralisering ettersom noe av formålet med denne reformen var at pasientene raskere skulle overføres fra sykehus (stat) til kommunalt ansvar. I diskusjonen om kommunenes finansiering av helse- og omsorgstjenester, forventes det at studentene gjengir hovedelementene i kommunenes inntektssystem (egne skatteinntekter, overføringer fra staten – rammetilskudd og øremerkede tilskudd – og avgifter/brukerbetaling). Handlefriheten kan med utgangspunkt i inntektssystemet begrenses gjennom både kommunenes generelle økonomiske evne/inntektsmuligheter (herunder svak skatteinngang som følge av demografi, svakt næringsliv, lite naturressurser etc.) og statens mulighet til å legge føringer gjennom de statlige tilskuddene (jf. øremerkede tilskudd). Når det gjelder andre forhold som kan begrense handlefriheten, er det særlig viktig at studentene nevner lovgivning og rettighetsfesting av helsetjenester, noe som er vektlagt både i pensum og på forelesninger. Når det gjelder hensyn som kan ligge til grunn for å begrense eller eventuelt utvide kommunenes handlefrihet når det gjelder levering av helse- og omsorgstjenester, forventes det som et minimum at studentene kan komme inn på diskusjonen om likeverdige tilbud på den ene siden og behov for nærhet til pasientene og lokal tilpasning på den andre. Flere vil trekke inn LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) og/eller BEON-prinsippet (beste mulige omsorgsnivå) i denne diskusjonen, noe som er klart relevant. Demokratihensyn (lokaldemokrati) og effektivitetshensyn vil også være relevant å trekke inn i diskusjonen, herunder hvordan få til mest mulig effektiv prioritering av ressurser. Det er naturlig at besvarelsene trekker inn i diskusjonen sentrale mål i den norske helsepolitikken, ikke minst knyttet til likhetstankegangen som ligger til grunn for norsk helsepolitikk (likeverdige helsetilbud av god kvalitet til alle).

## **Oppgave 2:**

- a) Hva går «forsvarlighetsprinsippet» ut på? Vis med eksempler hvordan prinsippet kommer til uttrykk i norsk helsesektor.**

Relevant pensum er bidragene i Befring (2007): «Lovgivning, jus og etikk» og forelesninger. Forsvarlighetskravet er et grunnleggende prinsipp i norsk helserett, både som grunnlag for helsepersonellens faglige vurderinger i daglig praksis og for organisering og styring av tjenestene. De gode besvarelsene vil kunne påpeke at forsvarlighet er en faglig, etisk og

rettslig norm for hvordan både den enkelte og helsesektoren (individ, system) generelt bør utøve arbeidet. Hovedhensynet som ligger til grunn for forsvarlighetskravet er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med en norm for faglig forsvarlighet. Eksempel på kriterier for å vurdere om det er gitt «forsvarlig behandling» kan være: Følges gjeldende faglige standarder? Utøves tjenesten i tråd med helsepersonellens faglige kvalifikasjoner? Er det forsvarlig rekvirering av legemidler? Er det hensiktsmessig samhandling med pasienten? Er det respektfull behandling av pasienten? Poenget er at det som utgangspunkt er slik at alle helsetjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. Dette er en minstestandard på alle nivåer, både privat og offentlig. De aller beste besvarelsene vil kunne påpeke at forsvarlighet er utgangspunktet for vurdering av hvilke oppgaver helsepersonellet kan og skal utføre, hvilke metoder som kan brukes, instruksjoner som følges, hvordan tjenestene skal organiseres, hva som kan delegeres etc. De vil også kunne vise til at forsvarlighet gjenfinnes i lovgivningen.

***b) Beskriv kort EØS-avtalen. Vis hvordan avtalen har fått betydning for norsk helsepolitikk og norsk helsesektor.***

Relevant pensum er Veggeland (2017), NOU 2012: 2 Utenfor og innenfor, kapittel 17: «Velferd og helse» og forelesninger. Her bør studentene kunne vise konkret til hva EØS-avtalen er – en avtale mellom EU og tre EFTA-land (Norge, Island Liechtenstein). Det betyr samtidig at avtalens virkeområde inkluderer alle disse landene. De må videre kunne vise til at EØS-avtalen innebærer at de tre EFTA-landene med noen unntak (som fiskeripolitikk og landbrukspolitikk) blir en del av EUs indre marked. Videre må de i denne sammenheng kunne vise til at EU (og EØS-avtalen) bygger på de såkalte fire friheter, dvs. fri bevegelse av varer, tjenester, mennesker og kapital, og at disse prinsippene ligger til grunn for EUs regulering av det indre marked. Det forventes at studentene gjennom besvarelsen kan demonstrere at de forstår både hva EØS-avtalen er for noe, herunder at Norge som følge av avtalen kontinuerlig innfører en rekke av EUs lover og regler (på områder som er dekket av avtalen). Ettersom oppgaven spør om at studentene skal redegjøre for hvordan EØS-avtalen har fått betydning for norsk helsepolitikk og norsk helsesektor, forutsettes det at de skal kunne gjengi de sentrale punktene som i denne sammenheng er dekket opp på pensum (og forelest over). De beste besvarelsene bør kunne gi følgende eksempler: EØS-avtalen har felles regler for a) gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner for helsepersonell – forenklede prosedyrer (fri flyt av mennesker); b) autorisasjon av legemidler som tillates solgt i Europa (fri flyt av varer); c) produktstandarder knyttet til mattrygghet, hygiene, medisinsk utstyr etc. (fri flyt av varer); og d) rett til behandling i andre EU/EØS-land (fri flyt av tjenester og mennesker). De beste besvarelsene vil kunne gå mer detaljert inn på hvert av disse punktene, herunder kunne skille mellom Pasientrettighetsdirektivet fra 2011 og koordinering av offentlige trygdeordninger ("Social Security Coordination") og grunnleggende trekk ved disse (herunder forskjellene). EUs helsetrygdekort er del av det siste og bør nevnes.

***c) Redegjør kort for forskjellen på «pliktetikk» og «konsekvensetikk». Illustrer gjennom eksempler fra helsesektoren.***

Pensum er primært bidragene i Befring (2007): «Lovgivning, jus og etikk» og forelesninger. Det er i tillegg forelest om dette, også med henvisning til eksempler. *Konsekvensetikk* kan relateres til nyttebasert og resultatorientert helsehjelp. I tråd med dette vil Lover kunne tillate uetiske handlinger så lenge konsekvensen er god. Dette innebærer en avveining mellom grad av uetisk handling og grad av nytte. Poenget er at man vurderer om en handling er rett eller ikke basert på konsekvensene av handlingen = hvis konsekvensene er gode, så er handlingen rett. Eks.: ulempene ved bruk av tvang på pasienten er mindre enn den samlede nytten for pasienten og andre = konsekvens styrer. *Pliktetikk* kan relateres til normbasert helsehjelp.

Denne er prinsiporientert, dvs. at det tas hensyn til konsekvenser utover kortsiktig resultat/nytte. Handlingers riktighet bestemmes dermed ikke alene av handlingens resultat. Handling skal heller være i overensstemmelse med korrekte etiske prinsipper/normer om hva som er riktig handling. Pliktetikkk innebærer ikke at konsekvensene ikke er viktige, men at riktig handling ikke alltid er den handling som ut fra en snever nyttebetraktning har best konsekvenser = noen handlinger er riktige eller gale uavhengig av konsekvensene. Her kan det for eksempel vises til situasjoner der man kan respektere pasientens ønske om å unngå bruk av medisiner, selv om konsekvensen for helsen er negativ. Poenget er da at man respekterer samtykkekravet/selvbestemmelsesretten/pasientens etiske normer. Det bør åpnes for ulike typer eksempler fra helsesektoren så lenge disse eksemplene klart illustrerer forskjellen mellom pliktetikkk og konsekvensetikkk. De gode besvarelsene vil samtidig problematisere forskjellene og påpeke at begge etikkvurderinger ofte vil inngå som del av beslutninger og at poenget er hvordan balansere ulike hensyn opp mot hverandre.

***d) Hva går «universalismeprinsippet» ut på? Relater prinsippet til den norske velferdsstaten og norsk helsesektor.***

Relevant pensum er særlig Kuhnle og Kildal (2018) og forelesninger, men også andre pensumbidrag på fra boka "Den norske velferdsstaten" (2018), så vel som Askildsen og Brekke (2001) og Halvorsen m.fl. (2013) er relevante. Universalismeprinsippet tilsier at alle borgere i et land har samme rett til velferdsgoder som ytes av offentlige myndigheter. De gode besvarelsene vil knytte prinsippet til den norske (evt. skandinaviske/nordiske) velferdsmodellen som tar utgangspunkt i et likhetsprinsipp (alle uavhengig av sosial status, økonomisk evne etc. skal ha samme rett) og et prinsipp om omfattende offentlig ansvar for folks velferd. For å få god uttelling er det viktig at studentene kan vise til at universalismeprinsippet står sentralt som idegrunnlag for den norske velferdsstaten generelt (ikke bare for helsetjenester). Det er samtidig viktig at studentene viser til at prinsippet ligger til grunn for den norske helsesektoren (inkludert som grunnlag for sentrale helsepolitiske mål) ved at alle borgere har rett til grunnleggende helsetjenester uavhengig av bosted, sosial status og økonomisk evne. De gode besvarelsene vil videre kunne relatere prinsippet til type helsesystem (som offentlig helsesystem i Norge) og dessuten vise til systemer som ikke bygger på universalisme (som private helsesystemer). Noen vil også trekke inn Folketrygden som er relevant i denne sammenheng,

***e) Redegjør kort for hovedelementene i prinsippal-agent tilnærmingen, herunder former for kontroll som kan brukes til å redusere problemet med delegering. Vis i redegjørelsen kort til relevans av tilnærmingen for styringen av norske sykehus.***

Relevant pensum er særlig Rasch (2000), Hagen og Kjerstad (2001), Opedal (2005), samt forelesninger. Studentene har fått en grundig gjennomgang av prinsippal-agent tilnærmingen og hvordan denne kan relateres til styring av helsesektoren. Det er et minimumskrav at studentene kan redegjøre for at prinsippal-agent forhold handler om en relasjon med overordnet (prinsippal) og underordnet (agent) aktør, der prinsippalen overlater («delegerer») oppgaver til agenten, og der agenten er den som utfører oppgavene på vegne av prinsippalen. De må også kunne vise til at delegasjonsproblematikken særlig oppstår i situasjoner der det er interessekonflikter/informasjonsasymmetri. Sentrale elementer er informasjonsproblemet, skjult kunnskap (hvordan få informasjon om hva agentene gjør?), seleksjonsproblem (hvordan velge de som best kan utføre oppgavene?), skjulte handlinger (vanskelig for prinsippalen å

observere agentens handlinger), interessemotsetninger/moralsk risiko (risiko for at agenten bevisst handler i strid med prinsipalens interesser – på grunn av andre interesser, manglende kompetanse etc.), og agentkostnader (kostnadene forbundet med at agenten handler i strid med prinsipalens interesser). Spørsmålet er da hvordan utforme systemer som minimerer slike kostnader, dvs. hvordan redusere delegasjonsproblemet (jf. kontroll)? Her bør studentene kunne vise til skillet mellom *ex-ante kontroll* («kontroll i forkant»), der seleksjon gjennom rekruttering av agenter og kontroll over spilleregler gjennom f.eks. vedtekter, oppdragsdokumenter og kontraktsutforming står sentralt, og *ex-post kontroll* («kontroll i etterkant»), der ettersyn/etterprøving/sanksjoner står sentralt. Pluss for de som kan vise til at kontrollmekanismer innebærer transaksjonskostnader. Når det gjelder relevansen for styring av sykehus i Norge, forventes det at studentene kan beskrive systemet med Helse- og omsorgsdepartementet som eier av Regionale Helseforetak (som har et «sørge-for-ansvar» mht. levering av helsetjenester) som igjen eier en rekke Helseforetak (som har ansvar for utøvelse av helsetjenester), der sykehusene inngår. Prinsipal-agent tilnærmingen er relevant ved at ansvar for tjenestene delegeres fra departement til RHF og derfra til HF og det enkelte sykehus, der tjenestene utøves. Det er naturlig å trekke inn eierstyring og i den sammenheng vise hvordan departementet som eier kan utøve både *ex-ante kontroll* (eks. gjennom oppdragsdokumenter, utpeking av representanter i styrer etc.) og *ex-post kontroll* (eks. gjennom rapporteringskrav som ISF, foretaksmøter etc.) for å redusere delegasjonsproblematikken. De aller beste besvarelsene bør være innom alle disse elementene.

# Anbefalte normer for karakterfastsetting

- Fagspesifikke kriterier vedtatt i Det nasjonale fagråd for statsvitenskap 27.10.05

Karakter	Generell kvalitativ beskrivelse (UHR/UiO)	Fagspesifikk beskrivelse: Bacheloremner (statsvitenskap)	Fagspesifikk beskrivelse: Masteremner (statsvitenskap)	Fagspesifikk beskrivelse: Masteroppgaven (statsvitenskap)
<b>A</b> Fremragende	<b>Fremragende presentasjon som klart utmerker seg. Kandidaten viser svært god vurderingsevne og stor grad av selvstendighet.</b>	Kandidaten behersker pensum på en fremragende måte. Begreper, teorier og empirisk kunnskap anvendes svært sikkert, selvstendig og reflektert ved drøfting av faglige problemstillinger. Korrekt bruk av kilder og referanser.	Kandidaten har særdeles brede og solide kunnskaper innen emnet. Viser fremragende evne til å anvende kunnskapen på en selvstendig måte.	Fremragende oppgave med en original analyse, der problemstillingen er svært godt forankret i litteraturen på fagfeltet. Oppgaven utmerker seg også klart når det gjelder metodebruk og presentasjon av stoffet.
<b>B</b> Meget god	<b>Meget god prestasjon. Kandidaten viser meget god vurderingsevne og selvstendighet.</b>	Kandidaten behersker pensum meget godt. Begreper, teorier og empirisk kunnskap anvendes meget sikkert, selvstendig og reflektert ved drøfting av faglige problemstillinger. Korrekt bruk av kilder og referanser.	Kandidaten har meget brede og solide kunnskaper innen emnet. Viser meget god evne til å anvende kunnskapen på en selvstendig måte.	Meget god analyse med en klar problemstilling som er meget godt forankret i litteraturen på fagfeltet. Oppgaven er også meget god når det gjelder metodebruk og presentasjon av stoffet.



<p><b>C</b> <b>God</b></p>	<p><b>Jevnt god prestasjon som er tilfredsstillende på de fleste områder. Kandidaten viser god vurderingsevne og selvstendighet på de viktigste områdene.</b></p>	<p>Kandidaten behersker pensum godt. Begreper, teorier og empirisk kunnskap anvendes sikkert og selvstendig ved drøfting av faglige problemstillinger. I hovedsak korrekt bruk av kilder og referanser.</p>	<p>Kandidaten har brede og solide kunnskaper innen emnet. Viser god evne til å anvende kunnskapen på en selvstendig måte.</p>	<p>En god oppgave på alle viktige punkter. Klar problemstilling og en godt gjennomført analyse som er godt forankret i litteraturen på feltet. Oppgaven er også god når det gjelder metodebruk og presentasjon av stoffet.</p>
<p><b>D</b> <b>Brukbar</b></p>	<p><b>En akseptabel prestasjon med noen vesentlige mangler. Kandidaten viser en viss grad av vurderingsevne og selvstendighet.</b></p>	<p>Kandidaten har ufullstendige pensumkunnskaper. Begreper, teorier og empirisk kunnskap anvendes ujevnt. Visse mangler når det gjelder bruk av kilder og referanser.</p>	<p>Kandidaten har ujevne kunnskaper innen emnet. Viser en viss evne til å anvende kunnskapen på en selvstendig måte.</p>	<p>Stort sett god oppgave med en brukbar analyse, men som også har noen vesentlige svakheter når det gjelder problemformulering, forskningsdesign, gjennomføring av analysen, metodiske ferdigheter eller presentasjon.</p>
<p><b>E</b> <b>Tilstrekkelig</b></p>	<p><b>Prestasjonen tilfredsstillende, men heller ikke mer. Kandidaten viser liten vurderingsevne og selvstendighet.</b></p>	<p>Kandidaten har klart mangelfulle pensumkunnskaper. Vesentlige feil eller mangler når det gjelder anvendelse av begreper, teorier og empirisk kunnskap. Viser også svak forståelse ved drøfting av faglige problemstillinger.</p>	<p>Kandidaten har svake pensumkunnskaper. Viser i liten grad evne til å anvende kunnskapen på en selvstendig måte.</p>	<p>En oppgave der analysen innfrir minimumskravene for vitenskapelig fremstilling og drøfting, men som har vesentlige mangler når det gjelder problemformulering, forskningsdesign, gjennomføring av analysen, metodiske ferdigheter eller presentasjon.</p>

<b>F</b> <b>Ikke bestått</b>	<b>Prestasjon som ikke tilfredsstillende faglige minimumskravene. Kandidaten viser både manglende vurderingsevne og selvstendighet.</b>	Kandidaten behersker selv ikke elementære deler av pensum. Store hull i kunnskapen eller feilaktig gjengivelse og anvendelse av sentrale begreper og teorier.	Kandidaten har meget svake pensumkunnskap er. Evner ikke å oppfylle minimumskrav i forhold til emnets læringsmål.	En oppgave der analysen ikke innfrir minimumskravene for vitenskapelig fremstilling og drøfting, og som har meget vesentlige mangler når det gjelder problemformulering, forskningsdesign, gjennomføring av analysen, metodiske ferdigheter, sitatbruk eller presentasjon, eller som ikke tilfredsstillende en forskningsetisk minimumsstandard.
---------------------------------	---	---	---	--

**Veiledende tabell** for forholdet mellom tidligere tallkarakterer og bokstavkarakterer som skal benyttes i henhold til ECTS-systemet. (Tabellen er basert på alle sensurvedtak ved Institutt for statsvitenskap (UiO) de tre siste årene som tallkarakterer var i bruk. Tabellen er utarbeidet av Bjørn Erik Rasch, og er ikke en offisiell konverteringsnøkkel el.l.)

BACHELOR	TALLKARAKTERER	MASTER
<b>A</b>	1,8	<b>A</b>
	1,9	
	2,0	
	2,1	
	2,2	
<b>B</b>	2,3	<b>B</b>
	2,4	
<b>C</b>	2,5	<b>C</b>
	2,6	
<b>D</b>	2,7	<b>D</b>

	<b>2,8</b>	
	<b>2,9</b>	<b>E</b>
	<b>3,0</b>	
<b>E</b>	<b>3,1</b>	
	<b>3,2</b>	
	<b>3,3</b>	
	<b>3,4</b>	
	<b>3,5</b>	
	<b>3,6</b>	
	<b>3,7</b>	
	<b>3,8</b>	
	<b>3,9</b>	
	<b>4,0</b>	