

Spill og strategi i helsesektoren – eksempler fra Østfold

Helge Ramsdal

Spill og strategi i helsesektoren - eksempler fra Østfold

Helge Ramsdal

Spill og strategi i helsesektoren - eksempler fra Østfold

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

© 2019 Helge Ramsdal.

Dette verket omfattes av bestemmelsene i Lov om opphavsretten til åndsverk m.v. av 1961. Verket utgis Open Access under betingelsene i Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Denne tillater tredjepart å kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format, og å remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle, under betingelse av at korrekt kreditering og en lenke til lisensen er oppgitt, og at man indikerer om endringer er blitt gjort. Tredjepart kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller tredjepart eller tredjeparts bruk av verket.

Boka er utgitt med støtte fra Høgskolen i Østfold.

ISBN trykt bok: 978-82-02-66334-6
ISBN PDF: 978-82-02-61659-5
ISBN EPUB: 978-82-02-63256-4
ISBN HTML: 978-82-02-66688-0
ISBN XML: 978-82-02-66689-7
DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.86>

Dette er en fagfelleverdert monografi.

Omslagsdesign: Cappelen Damm AS

Cappelen Damm Akademisk/NOASP
noasp@cappelendamm.no

Forord

Da jeg flyttet til Østfold i begynnelsen av 1980-årene, var en av de store overraskelsene at «sykehus-striden» i fylket var minst like opphetet som der jeg da kom fra: Nordland. Det første som slo meg, var at avstander er et kulturelt fenomen; de avstandene man oppfattet som uakseptable i Østfold var ca. tidelen av de avtandene en opplevde mellom sykehusene i Nord-Norge. Spørsmål om lokalisering og nedleggelse av sykehus, avvikling av sykehusavdelinger og andre tilhørende problemstillinger hadde enorm oppmerksomhet. Og når lokale sykehusaksjoner mobiliserte titusener av innbyggere i Halden, Sarpsborg og Indre Østfold, fikk helsedebatten i fylket preg av å være det viktigste regionalpolitiske spørsmålet. Den politiske kraften som kjennetegnet disse prosessene, skal ikke underverdes. De viser at innbyggere identifiserer seg med sitt lokalsamfunn, at de er villige til å kjempe for sine interesser. Og at de anser nærhet til helsetjenestene som et viktig uttrykk for denne viljen. De konfliktene som preget det politiske landskapet i dette fylket, reflekteres i tilsvarende konflikter i andre deler av landet, og det er ingen grunn til å tro at en vil kunne finne en endelig og for alle parter optimal løsning på disse spørsmålene.

Jeg fikk etter hvert anledning til å gjennomføre mange små eller større forskningsarbeider og utredninger der jeg tok for meg ulike aspekter ved utviklingen av helsetjenestene, også i Østfold. I tillegg har jeg, sammen med noen kolleger, studert overgangen fra «gammelt til nytt sykehus», der de organisasjons- og ledelsesformer som ble etablert i forbindelse med åpningen av det nye østfold-sykehuset i 2015, har vært i fokus for vår del av prosjektet. Jeg stiller til sist spørsmål ved om hvorvidt spesialisttjenestene i Østfold derved har funnet sin endelige form.

Min interesse for temaet i boken er preget av at jeg opplevde at mange av de viktigste, noen ganger avgjørende, endringsprosesser i tjenestetilbudet skjedde i skyggen av, men selvsagt sterkt påvirket av, de konfliktene som utspilte seg i det offentlige rom. Dette dreide seg om ulike måter å finne måter å organisere, styre og lede sektoren på som kunne bidra til å

skape gode og effektive tjenester, samtidig som konfliktnivået ble dempet. Dette utviklet seg etter hvert til en kunst: Noen aktører, med et overordnet ansvar for planlegging og styring av sektoren, søkte å balansere ulike hensyn gjennom å foreslå omstrukturering av tjenestetilbudet, nye organisasjonsformer, nye styringssystemer og nye ledelsesformer. Sakte, men sikkert endret styring og organisering av sektoren seg radikalt i løpet av en 40-årsperiode. Det er hvordan dette skjedde, og hvordan sykehussektoren fremstår i dag – og kan tenkes å bli – som jeg er opptatt av i denne boken.

Mange venner og kolleger har bidratt til denne boken. Noen må nevnes spesielt: Kjeld Qvortrup, som var kollega og også direktør ved Halden Sykehus, har vært særlig viktig i forhold til kapittelet om konsernorganisasjon. Bård Halvorsen, som i mange år var journalist i Halden Arbeiderblad, samlet inn et omfattende avismateriale om Østfolds helsepolitiske debatt, som er sammenfattet av Lena Reis. Vigdis Velgaard skrev en masteroppgave om fristilling av sykehus i Østfold som har vært den viktigste kilden i kapittel 10. Mine kolleger ved masterstudiet i samordning i helse- og velferdssektoren har vært mine viktigste faglige diskusjonspartnere i mange år. Catharina Bjørkquist har bidratt særlig, ved at vi sammen har skrevet de to kapitlene om organisasjons- og ledelsesformer i det nye sykehuset. Takk til min sønn Kjetil, som har hjulpet med faglige råd og språklige forbedringer, og til min datter Maria, som har hjulpet med kvalitetssikring av referansene. Og en stor takk til Anne og Rakel for alltid å stille opp. Og ikke minst takk til en ukjent fagfelle for konstruktiv kritikk og nyttige råd til forbedringer i teksten.

Tidsskriftet Public Management Review har velvilligst latt oss publisere en norsk versjon av artikkelen «Value-based innovations in a Norwegian hospital: from conceptualization to implementation», her som kapittel 13.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke Høgskolen i Østfold, som har gitt meg optimale arbeidsvilkår for arbeidet med boken. Blant annet ved å legge til rette for at jeg kunne oppholde meg ved University of California, Santa Cruz, der jeg kunne konsentrere meg fullt ut om arbeidet med boken.

Kråkerøy, oktober 2019

Helge Ramsdal

Innhold

Forord	5
Del 1 Bakgrunn og teoretiske perspektiver	11
Kapittel 1 Innledning, disposisjon av boken	13
1.1 Innledning	13
1.2 Disposisjon	19
Kapittel 2 Bakgrunn og teoretiske perspektiver	25
2.1 Bakgrunn	25
2.2 Institusjonelle organisasjonsteorier	34
2.3 Hvordan analysere institusjonalisering og institusjonell endring i helsesektoren?.....	42
Kapittel 3 Design, metode og datagrunnlag	47
3.1 Opplegget for analysene i boken	47
3.2 Datagrunnlaget.....	50
Del 2 Fra helsepolitiske spill til radikal rasjonalisme	55
Kapittel 4 Bakteppe: Østfolds helsepolitiske debatt 1987-1997	57
4.1 Nærmere om «helsepolitiske spill»	57
4.2 Noen glimt fra Østfolds helsepolitiske debatt.....	60
4.3 Lokal aksjonisme og helsepolitiske spill i Østfold.....	67
Kapittel 5 Harlem-utvalget	71
5.1 Innledning	71
5.2 Bakgrunn	72
5.3 Utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad.....	74
5.4 Forholdet mellom faglig-medisinske og økonomiske hensyn.....	76
5.5 Harlem-utvalgets arbeid – en kort drøfting.....	78
Kapittel 6 Ekspertstrategi: «Struktur-utvalget»	81
6.1 Bakgrunn	81
6.2 Strukturutvalgets arbeid.....	83
6.3 En kortfattet drøfting av Strukturutvalgets arbeid.....	89
Kapittel 7 Prosjekt Samarbeid - et helsepolitisk eksperiment	93
7.1 Bakgrunn	93
7.2 Prosjekt Samarbeid - organisering og gjennomføring.....	94
7.3 Prosjekt Samarbeid - drøfting.....	97

Kapittel 8 Å bryte med helsepolitiske spill – konsernet som radikal rasjonalisme	101
8.1 Bakgrunn og problemstilling	101
8.2 Den gamle og nye organisasjonsmodellen.....	102
8.3 Teoretiske perspektiver på konsern-organisasjon	105
8.4 Bakgrunnen for konsernorganisasjonen.....	106
8.5 Implikasjoner av vedtaket om konsernorganisasjon i Østfold.....	112
8.6 Konsernorganisasjon: «Ved veis ende, på kanten av stupet»?.....	117
Kapittel 9 Iverksetting av konsernmodellen	121
9.1 Innledning	121
9.2 Barnevern.....	124
9.3 Nyetableringer	125
9.4 Drøfting	126
9.5 Konklusjoner.....	129
Kapittel 10 Fristilling – «ett sykehus med fem dører».....	133
10.1 Innledning	133
10.2 «Indre fristilling og funksjonsorganisering»	135
10.3 Beslutningsprosess, konsekvenser av fristillingen.....	140
10.4 Oppsummering	143
Del 3 En «ny» helsetjeneste – konsentrasjon og samarbeid.....	145
Kapittel 11 Nytt sykehus – supersykehuset?	147
11.1 Innledning	147
11.2 Planlegging og organisering av det nye sykehuset.....	151
11.3 Om «fremtidens utfordringer»	155
Kapittel 12 Lederstruktur i det nye sykehuset	159
12.1 Innledning	159
12.2 Om sykehusledelse.....	159
12.3 Teoretiske perspektiver	164
12.4 Endringer i overordnet ledelsesstruktur i sykehus.....	167
12.5 Fra klinikkjefstruktur til «flat struktur»	168
12.6 Fra «flat struktur» til klinikkstruktur med modifikasjoner – «hybridmodell».....	176
12.7 Drøfting	182
Kapittel 13 «Verdi-baserte» innovasjoner i sykehus – mellom konseptualisering og implementering.....	185
13.1 Bakgrunn	185
13.2 «Verdi»-perspektiv på sykehusorganisering	186
13.3 Stabell og Fjeldstad – utgangspunkt for overordnet konseptualisering i Sykehuset Østfold	188
13.4 Innovasjonsteoretiske perspektiver.....	190

13.5	Kjennskap til Stabell og Fjeldstads konfigurasjoner	192
13.6	Identifisering av organisasjonsløsninger på operativt nivå som kan koples til konfigurasjonene	194
13.7	Drøfting	198
Kapittel 14 Samhandling i det moderne «helsesystemet»		203
14.1	Helsesystemet - samhandling og samarbeid	203
14.2	Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold - og tilknytningen til samhandlingsreformen	204
14.3	Samhandlingsreformen	208
14.4	Samhandlingsreformens strategier for utvikling av helsesystemet	212
14.5	Pasientforløp: «eksogen standardisering og endogen innovasjon»	213
14.6	Velferdsteknologi	218
14.7	Helsefremmende og forebyggende arbeid - folkehelsearbeid	222
14.8	Diskusjon	226
14.9	Samhandlingsreformen: å temme uregjerlige problemer med innovasjon?	229
Del 4 Fra «helsepolitiske spill» til «supersykehuset i helsesystemet»		231
Kapittel 15 Fra helsepolitiske spill til radikal rasjonalisme		233
15.1	Analytiske perspektiver - innledning	233
15.2	Institusjonell endring - faser	234
15.3	Institusjonell dynamikk - mellom helsepolitiske spill og helhetlig planlegging	237
15.4	«Strukturendringene» - fra marginal inkrementalisme til synoptisk samordning?	242
15.5	Aktørene i endringsprosessene	246
15.6	Oppsummering	249
Kapittel 16 Trender i utviklingen i organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i helsesektoren		255
16.1	Innledning	255
16.2	Avbyråkratisering: «fleksibilisering og kontraksjon»	256
16.3	«Fra ledelse til styring»	259
16.4	«Radikal økonomisme»	260
16.5	Forvaltningssystemet i helsesektoren: På vei mot ny radikal reform? ...	262
16.6	Sykehusene som vi kjenner dem idag: «Ved veis ende, på kanten av stupet?»	265
Kapittel 17 Litteratur		271

Del 1

Bakgrunn og teoretiske perspektiver

KAPITTEL 1

Innledning, disposisjon av boken

1.1 Innledning

I forbindelse med utbyggingen av det nye sykehuset i Moss i slutten av 1960-årene uttalte helsedirektør Karl Evang at oppdelingen av sykehusstrukturen i Østfold i mange og små enheter ikke lenger kunne anses tilfredsstillende, verken ut fra faglig-medisinske eller økonomisk-personellmessige betraktninger: *«Befolkningsmengden og de relativt korte avstander innen Østfold gjør det i dag mulig å basere sykehusstrukturen på færre, men større enheter»* (Brev fra helsedirektør Karl Evang 31.7.67).

20 år senere – i 1987 – het det i en rapport om måten helsesektorens organisasjon fungerte i Østfold på, at den var karakterisert av *«manglende politisk styring, kompliserte beslutningsprosesser, interessekonflikter mellom deler og helhet, manglende samordning og manglende kontroll over de økonomiske ressursene»*. Samtidig pekes det på at det ennå ikke er foretatt noen grep om sykehusstrukturen i fylket, og at problemstillingene om dette kan betegnes som en *«ørkenvandring»* for fylkeskommunens politiske organer (SPRI-consult 1987a:2).

I november 2015 ble det nye sykehuset på Kalnes åpnet, med Hans Majestet Kongen og helseminister Bent Høie til stede. Høie hevdet i sin åpningstale at *«Kalnes-sykehuset – var et sykehus for fremtiden og et eksempel til etterfølgelse»*. Det nye sykehuset var helt i samsvar med de politiske ideene i den nylig fremlagte sykehusplanen om *«pasientens sykehus»*, og, sannsynligvis som en referanse til fylkets sykehusstrid: *«Å flytte er på en måte å starte på nytt. Vi kvitter oss med det som ikke fungerer. Vi tar med oss det som fungerer»* (tale av helseminister Bent Høie 20.11.2015).

Disse tre utsagnene fra Østfolds nyere helsepolitiske historie danner rammen for denne boken. Den handler om organisasjon, styring og

ledelse i helsetjenesten, og om hvordan en rekke ulike faktorer har spilt inn i utviklingen av disse tjenestene. Min ambisjon er å vise dynamikken i sektoren, hvordan ulike ideer, båret frem av skiftende aktører, innenfor ulike politiske, økonomiske og organisatoriske rammer, gjennom beslutninger fattet på ulike tidspunkt, har endret helsetjenestene i fylket på viktige områder. Min påstand er at vi nå er i en bruddfase når det gjelder organisasjons- og ledelsesformer – noe som jeg vil illustrere med et par kapitler om noen særegenheter ved organisering og ledelse av det nye «supersykehuset» som ble åpnet i 2015. Men samtidig er det mange kjennetegn ved tjenestene som ikke er endret, og det er også et mål å vise hvordan «det gamle har vokst inn i det nye», og at mange av dagens problemstillinger ikke kan ses isolert fra de verdier, normer og aktiviteter som har sin rot i den nære fortid.

I denne boken tar jeg for meg endringer i helsesektoren i Østfold, med hovedvekt på sykehussystemet. Mange har beskrevet endringene i dette systemet både på nasjonalt og internasjonalt nivå (Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009; Neby, 2008; Berg, 1987). De fleste som har studert utviklingen i det norske systemet, har konsentrert seg hovedsakelig om tiden etter sykehusreformen i 2002. Dette er naturlig, i og med at denne reformen er anerkjent som den viktigste endringene i organisasjons- og styringsformer i sektoren de siste 50 årene. Så hvorfor denne boken? Helsesektoren preges av mange dilemmaer og konflikter, men fremstår også som preget av dynamisk utvikling, med utvikling av ny kunnskap, og betydningsfulle faglige og teknologiske innovasjoner som kontinuerlig påvirker tjenestene (Grund, 2006). Mitt mål med boken er å vise hvordan en gjennom analyser av endringsprosesser i et langt tidsperspektiv – ca. 50 år – kan få bedre forståelse av de kreftene som har skapt dagens situasjon i sektoren. Min ambisjon er også å vise hvordan en gjennom teoretiske perspektiver basert på det som betegnes som (ny-)institusjonalisme og historisk institusjonalisme kan få et bedre innblikk i disse endringsprosessene (Meyer & Rowan, 1977; Thelen & Steinmo, 1992; Neby, 2008). Gjennom analyser av utvalgte strategier og beslutninger vil jeg diskutere hvordan endringene som har skjedd i spesialisttjenestenes organisering – med hovedvekt på somatiske tjenester – har tilrettelagt for at sykehusstriden i fylket tilsynelatende er lagt død, og at nye organisasjons- og

ledelsesformer er etablert. Et aspekt ved denne utviklingen er også å vise hvilke organisasjons- og styringsformer som sykehusreformen fra 2002 har lagt til rette for, og hvilke implikasjoner disse vil kunne få for fremtidens helsetjeneste.

Helsesektoren er et krevende forskningsfelt, preget av stor kompleksitet og mange utfordringer. Det finnes ikke enkle løsninger. Utfordringene vil ikke bli mindre i fremtidens «nye» helsetjeneste. Samtidig som vi har lagt bak oss noen problemer, har nye kommet til. Og det er mest sannsynlig at de nye utfordringene vil være like komplekse, og kanskje vanskeligere å finne entydige svar på, som de utfordringene en bakset med i tidligere beslutningsprosesser om organisering, styring og ledelse av sektoren. Dette skal jeg drøfte nærmere i siste del av boken.

Boken er dermed basert på to problemstillinger: *Hvordan har den historiske utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer lagt grunnlaget for dagens utforming av tjenestene, og hvilke utfordringer står en overfor i utformingen av «den nye» helsetjenesten som nå er i fremvekst?*

Selv om eksempler fra Østfold danner grunnlaget i boken, er den ikke primært ment som en helsepolitisk historie fra ett fylke. Slik jeg ser det, kan det anføres to grunner til at de prosessene som har funnet sted i fylket, er interessante fra et mer prinsipielt og allment synspunkt: For det første er det et faktum at en i fylket, innenfor rammen av et helseforetak, har lyktes i å samle hovedtyngden av spesialisttjenestene i to sykehus, Kalnes og Moss. Derved skiller sykehusstrukturen seg fra de opprivende og uavklarte konfliktene om sykehusstruktur og lokalisering som en finner i mange andre deler av landet. For det andre har en i mange sammenhenger vært tidlig ute med organisatoriske innovasjoner og nye styrings- og ledelsesformer, og flere av disse har vært forløpere for endringer som har skjedd i andre regioner, og også for nasjonal politikk på området. Tre eksempler skal nevnes spesielt: vedtaket om å etablere en konsernmodell i 1987, etableringen av «Administrativt Samhandlingsforum» i 1998 og strategien med å utvikle formaliserte behandlingslinjer fra begynnelsen av 2000-tallet. Den første beslutningen foregrep de endringer i organisasjons- og ledelsesformer som sykehusreformen i 2002 innebar. Samhandlingsforum foregrep utformingen av krav om samhandling og samarbeid mellom helseforetak og kommuner som samhandlingsreformen fra 2012

krever. Behandlingslinjer var en tidlig versjon av det som etter hvert er blitt en nasjonal strategi for «prosessbaserte virksomhetsmodeller» og «pakkeforløp».

Et av hovedpoengene i denne boken er at endringsprosessene i sektoren ikke kan ses isolert, men at det eksisterer et dynamisk samspill mellom ulike aktører og de verdier, normer og interesser som preger «relevante omgivelser», slik insitutsjonelle teorier vektlegger (Meyer & Rowan, 1977; Scott, Ruef, Mendel & Caronna, 2000). Det har vært en dynamisk vekselvirkning mellom organisasjons- og styringsmodeller på den ene siden og endringene i sykehusstruktur og tjenestenes utforming på den annen side. Dette har medført at de politiske, økonomiske og faglige endringsprosesser som har skjedd i den perioden vi tar for oss, ofte har skjedd parallelt og i vekselvirkning med hverandre. Det innebærer også at makt- og innflytelsesforhold har endret karakter. Noen ideer, holdninger og verdier har måttet vike plassen for nye ideer, Noen aktører har blitt skjøvet ut til periferien, mens andre har kommet i sentrum i den helsepolitiske innflytelsessfære. Min ambisjon er å vise hvordan disse prosessene kan forklare hvordan den helsepolitiske debatten i fylket har endret karakter, og samtidig vise hvordan struktureringen og fordelingen av tjenestene har sammenheng med dette.

Da det nye sykehuset på Kalnes ble åpnet høsten 2015, markerte det en avslutning på én epoke i helsesektorens utvikling i regionen, og starten på en ny. Denne begivenheten er viktig av flere grunner: For det første representerer sykehuset noe av det mest moderne når det gjelder medisinsk-teknologisk virksomhet i Norge. For det andre endrer det rammebetingelsene for utøvelse av alt helsearbeid i fylket, i og med at en forutsetter nye samarbeidsrelasjoner mellom de ulike delene av helse- og velferdssektoren. Disse faktorene er viktige nok, og antyder retning for det fremtidige helsearbeid i regionen – med de muligheter og utfordringer som ligger i denne utviklingen.

Men det er også et tredje viktig punkt: Etableringen av det nye sykehuset har en viktig symbolsk betydning: Det er for mange et sluttpunkt i utviklingen av spesialisthelsetjenestene i regionen, der ett sykehus foretak for fylket fremstår som et resultat av en lang, konfliktfylt prosess. Sammenliknet med den turbulente historien fylkets spesialisttjenester har

opplevd, med striden om sykehusstruktur som det mest synlige uttrykket, er det påfallende at fasen frem mot åpningen av de nye sykehuset de siste årene var langt mer harmonisk. Også sett i lys av at en mange steder i landet nå som tidligere har hatt minst like sterke konflikter mellom lokalbefolkning, politikere, helsepersonell og helsebyråkrater de siste årene, er det interessant å konstatere at tilsynelatende har «freden senket seg» over spørsmålet om sykehusstruktur og overordnet helseplanlegging i Østfold. Dagens problemstillinger dreier seg primært om hvorvidt det nye sykehuset har for liten kapasitet i forhold til pasienttilstrømmingen, og om regionale beslutninger – som nytt sykehus i Oslo – vil kunne redusere mulighetene for planlagte tiltak i helsefortaket (Myhrvold, 2019).

Fra et samfunnsvitenskapelig og helsepolitisk synspunkt er det interessant å spørre hvilke ideer, aktører og prosesser som har medvirket til at denne tilstanden har kunnet opprettes? Videre kan en stille spørsmål om hvorfor etableringen av det nye sykehuset på Kalnes er så viktig i forhold til det fremtidige arbeidet med pasientbehandling i regionen. Og hvordan har det vært mulig å organisere en beslutningsprosess der man – på en tilsynelatende målrettet, og til tider med sterk indre uro – med et sterkt fokus på faglig-organisatoriske betingelser har lagt til rette for det nye sykehuset?

I dette arbeidet skal jeg drøfte fremveksten av det en kan kalle en «moderne» helsesektor i fylket, og prøve å finne noen svar på de spørsmål som ble stilt ovenfor. Det er imidlertid ikke lett å gi enkle og kortfattede svar på disse spørsmålene, til det er sektoren for kompleks, preget av så mange ulike tiltak og tjenester, aktører og hensyn. Begreper som «moderne», «effektiv», «pasienttilpasset», som preger den helsepolitiske diskursen, er tvetydige eller mangetydige, med innhold som varierer over tid. Det kan jo også tenkes at det er nettopp ved å ha disse egenskapene de kan fungere som retoriske forutsetninger for at tjenestene endres i bestemte retninger, uten at de interesser som er bygget inn i de løsningene som blir valgt, er så lett å få øye på. Å forstå, forklare og problematisere de endringene som finner sted i et lengre utviklingsperspektiv, er, slik jeg ser det, nødvendig for å kunne gripe de prosessene som ligger til grunn for dette bildet. Å avklare hvilke konsepter som anvendes for å skape en «moderne» helsesektor, og hvilke samfunnsmessige rammebetingelser

og sammenhenger som strategiske beslutninger om organisering av tjenestene bygget på, er hovedhensikten med denne boken.

Bakgrunnen for denne boken er derfor min interesse for å forstå utviklingen av helsesektoren i «et helhetlig grep», ved å studere en avgrenset case; helsesektoren i Østfold. Jeg har vært opptatt av utviklingen av sektoren i dette fylket i flere tiår. I denne boken fokuserer jeg særlig på den nære historie – det vil si de siste 40–50 år. Dette er selvsagt ikke mulig uten å foreta en prioritering av det omfattende tilfanget av data som foreligger om dette. Jeg har som statsviter med hovedinteresse for organisasjonsteoretiske tema vært særlig interessert i hvordan en gjennom ulike tiltak har søkt å styre og lede utviklingen av helsetjenestene. Hvilke problemstillinger har en vært opptatt av? Hvilke organisasjons-, styrings- og ledelsesideer og -former har vært anvendt i møtet med disse problemstillingene? Hvor har disse ideene og organisasjonsformene kommet fra? Hvordan har de blitt gjennomført, og hvilke endringer i tjenestene har de medført?

For å svare på disse spørsmålene har jeg benyttet noen teoretiske innfallsvinkler, først og fremst innenfor det som betegnes som (ny-)institusjonell teori, for å sette rammer for analysen, og for å kunne prioritere tema og hendelser denne teoretiske referanserammen inviterer til å studere nærmere.

Det er derfor noen klare avgrensinger i min fremstilling: Den pretenderer ikke å være en historisk fremstilling av alle de hendelser, aktører og beslutninger som er fattet i fylkets helsesektor i den tidsperioden som analyseres. Tvert imot er det en tolkning av noen hendelser og beslutninger som – i tråd med det teoretiske perspektivet – kan fremstå som strategisk viktige ved at de har pekt fremover mot det som kjennetegner dagens situasjon for tjenestene. Det innebærer at det bare sporadisk refereres til enkeltpersoner som kan anses å ha vært bærere av ideer og beslutningsprosesser som har hatt særlig betydning for det videre hendelsesforløp. For det andre er det klare begrensninger når det gjelder tema: Jeg studerer ikke primærhelsetjenestenes utvikling; de er gitt en underordnet rolle i forhold til utviklingen av spesialisttjenestene/sykehusutviklingen. Men de har selvsagt en helt avgjørende rolle for samspillet mellom tjenestene. Dessuten gir jeg liten plass til de særegne utfordringene

rus- og psykiske helsetjenester har stått – og fremdeles står – overfor. Disse begrensningene skyldes ene og alene tid og kapasitet, ikke at mine interesser for disse delene av sektoren er mindre.

1.2 Disposisjon

Boken er inndelt i fire deler: Den første tar for seg teoretiske perspektiver, data og metode, samt forvaltningspolitiske kjennetegn og reformer i sektoren i den perioden jeg skriver om. Den andre delen beskriver ulike strategier for å tilrettelegge for en helhetlig utvikling av tjenestene i Østfold, innenfor rammen av den fylkeskommunale forvaltning, og med en tiltakende økonomisk, faglig og organisatorisk kriseopplevelse som bakteppe. Den tredje delen gir innblikk i noen utvalgte kjennetegn ved dagens situasjon når det gjelder organisasjons- og ledelsesformer i helseforetaket med det nye sykehuset som ble åpnet i 2015. På denne bakgrunn diskuterer jeg i den fjerde delen hvordan en kan se for seg fremtidens helsesektor, preget av utfordringer mellom spesialisering og sentralisering på den ene siden og utvikling av et moderne, komplekst «helsesystem», der både lokale allmenne helsetjenester og høyspesialiserte tjenester inngår.

I første del skal jeg i *kapittel 2* presentere teoretiske perspektiver og noen sentrale inspirasjonskilder fra forskningen om organisering, styring og ledelse i helsesektoren. De perspektivene som presenteres, er forankret i statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske tradisjoner der (ny-)institusjonelle tilnærminger og historisk instusjonalisme er mest fremtredende. Disse perspektivene er knyttet til forskning på helsesektorens utvikling i en rekke land. I USA foretok Scott, Ruef, Mendel og Caronna (2000) en omfattende analyse av utviklingen av helsetjenestene i San Fransisco Bay-området i et 60-årsperspektiv. Analysen har hatt stor innflytelse på forskningen om helsetjenestene også i andre land. I min fremstilling av disse analysene er det i tillegg særlig erfaringer fra Canada og de skandinaviske land som har vært inspirasjonskilder. De studiene vi her taler om, har både vært viktige for de teoretiske innfallsvinkler jeg senere benytter i analysene, og for de empiriske resultatene av disse prosjektene. Her gir jeg også en oversikt over metode og data som er benyttet i mine analyser.

Del 2 dreier seg om hvordan problemstillinger, prosesser, beslutninger og iverksettelsesprosesser skjedde i de ulike fasene som jeg har strukturert utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i. I *kapittel 3* tar jeg ganske kortfattet for meg noen av utviklingstrekkene som helsesektoren har gjennomgått både i Norge og internasjonalt, som en ramme for de helsepolitiske spill og strategier som fant sted i Østfold fra slutten av 1960-årene og frem til sykehusreformen i 2002. Denne fremstillingen er ment som et bakteppe, nærmest som et stemningsbilde, og baserer seg primært på måten den helsepolitiske debatten ble fremstilt på i media. Det er viktig å understreke at dette ikke er en analyse av den helsepolitiske debatten, men snarere en innramming av de analysene som presenteres i de kapitlene som følger. *Kapittel 4* dreier seg om den fasen jeg i tråd med flere andre studier har betegnet som «institusjonalisering og profesjonalisering». Dette var en fase som var preget av «vekst og fremgang» (Berg, 2009; Hansen, 1979). Her tar jeg utgangspunkt i de rammebetingelsene som preget etterkrigstidens oppbygging av den norske velferdsstaten, der helsesektoren var en sentral arena. I perioden vi her snakker om, var det særlig politiske ambisjoner om vekst og utvikling i tjenestetilbudet som la premissene for de styringsformene som ble utviklet. Denne fasen var preget av en sterk tro på institusjonalisering, forstått som utbygging av bl.a. somatiske og psykiatriske sykehus og sykehjem, og fagprofesjonenes – det vil særlig si legeprofesjonens – sterke innflytelse over måten tjenestene skulle organiseres og hvordan helsearbeid skulle utføres. I norsk sammenheng er denne utviklingen knyttet til betegnelsen «det evangiske system» – etter helsedirektøren i to tiår fra slutten av 1940-tallet, Karl Evang. Det som er i sentrum for analysen i dette kapitlet, er de planer for utviklingen av tjenestene i Østfold som ble utredet i det såkalte «Harlem-utvalget». Det skjedde i to omganger, og innebar primært at en mente det var nødvendig å styrke tilbudet i fylket på alle de helsefaglige områdene. De forslagene som ble lansert, og i stor grad besluttet politisk og deretter iverksatt, er viktige for den videre fremstillingen av to grunner: For det første la forslagene grunnlag for struktureringen av tjenestetilbudet. For det andre: Harlem-utvalgets innstillinger, og den politiske debatten om disse, innebar at en utviklet, og konsoliderte, en sykehusstruktur, og tilhørende styrings- og ledelsesformer, som i neste

fase fikk store konsekvenser. Og kanskje like viktig: Det innebar en mental tilrettelegging for de forventninger til helsetjenestene som befolkning og ansatte i tjenestene tok med seg inn i de neste fasene. Kapitlet bygger på en upublisert rapport om Harlem-utvalgets arbeid som jeg utarbeidet i begynnelsen av 1990-årene, og som da dannet grunnlag for de analysene jeg foretok om det som her er neste fase i fremstillingen.

Denne andre fasen har jeg betegnet som «*Beslutningskrisen: Sparing, omprioritering og omstrukturering*». Her er det særlig snakk om de belastninger det fylkeskommunale styringssystemet ble utsatt for i denne perioden, som jeg har avgrenset, litt omtrentlig, til årene mellom 1976 (da fylkeskommunen ble etablert som et selvstendig forvaltningsnivå) og ca. år 2000 (i tiden da sykehusreformen kom).

Mine analyser fra denne perioden har sammenheng med at jeg dels gjennomførte en følgeevaluering av arbeidet med å omstrukturere psykiatritjenestene i fylket, dels at jeg ble bedt om å gjennomføre en analyse av organiseringen av Halden sykehus (Hansson & Ramsdal, 1991). I *kapittel 5 og 6* viser jeg til to – svært ulike – strategier for å etablere en helhetlig plan der økonomiske rammebetingelser, faglige ambisjoner og geografiske hensyn skulle ivaretas. Kort sagt var disse strategiene mislykkede, og dette la grunnlaget for lanseringen av en konsern-modell, som ble vedtatt i 1987. I løpet av de årene denne fasen omfatter, skjedde det en endring i synet på velferdsstatens utfordringer, som blant annet innebar at en ble opptatt av at offentlige tjenester ikke kunne fortsette veksten etter den takt som hadde skjedd i etterkrigsårene. Dette var samtidig en del av en internasjonal trend, der Margaret Thatcher kom til makten i Storbritannia (1978), og Ronald Reagan ble president i USA (1980).

Som jeg skal komme tilbake til, innebar dette også at det ble politisk gjennomslag for nye styringsformer i offentlig sektor, basert på det som ble betegnet som «New Public Management» (NPM) (Hood, 1991). Offentlig sparing, effektivisering og en kritikk av profesjonenes innflytelse i bl.a. helsesektoren kjennetegner denne fasen. Konsern-organisasjonen behandles i *kapittel 7*, og iverksettingen av den i *kapittel 8*. Jeg har betegnet denne tredje fasen som preget av «*Radikal rasjonalisme/New Public Management*» – og tidfester den (som delvis overlappende med forrige fase) til perioden mellom 1987 til 2015. De utredningene og analysene jeg

foretok om organisering og utvikling av psykiske helsetjenester og lokalsykehus, falt sammen med at SPRI-consult, et svensk konsultentselskap som hadde foreslått større omorganiseringer i helsesektoren i Sverige, også foretok en parallell analyse av organiseringen ved Moss sykehus, og deretter foreslo en radikal omlegging av styringsstrukturen for hele den fylkeskommunale helsesektor basert på en konsernmodell (SPRI-consult 1987b/c). Sammen med Kjeld Qvortrup, tidligere kollega og også direktør ved Halden Sykehus, diskuterte vi forholdet mellom den teoretiske konsernmodellen, den måten konsernmodellen ble organisert på i Østfold, og hvordan iverksettingen av modellen skjedde i de neste årene.

Konsernmodellen var, slik jeg ser det, et skritt på veien mot en omorganisering som etter hvert viste seg mer dyptgripende: etableringen av et «fristilt» sykehus – kalt «et sykehus med fem dører» – i 1998. Dette kapittelet (*kapittel 9*) viser prosessene og konsekvensene av denne omorganiseringen. Et viktig poeng er her at disse prosessene tilrettela for den utviklingen som skjedde i tiden etter at de forvaltningspolitiske rammebetingelsene ble radikalt endret gjennom sykehusreformen i 2002. *Kapittel 10* oppsummerer og drøfter de endringene i rammebetingelser, strategier og løsninger som preget den tiden del 2 tar for seg.

Del 3 tar for seg egenskaper ved dagens – og noen synspunkter på fremtidens – helsesektor, med et fokus særlig på det nye helseforetaket som ble etablert gjennom sykehusreformen. *Kapittel 11* er en relativt kortfattet oversikt over de nye rammebetingelsene for organisering av helsesektoren som nå er etablert. Fylkeskommunens formelle rolle som helsepolitisk aktør (bortsett fra når det gjelder folkehelsearbeid) er bortfalt, og den styringsstruktur som nå er gjeldende, er tilsynelatende svært ulik det som har vært tilfellet i de foregående faser. De neste to kapitlene, som er skrevet sammen med Catharina Bjørkquist, tar for seg to ulike, men sammenvevde tema: først, i *kapittel 12*, om utviklingen av ledelsesstruktur i det nye «supersykehuset», og i *kapittel 13* om hvordan en har introdusert nye prinsipper for organisasjons- og arbeidsformer i det nye sykehuset, basert på en variant av det som betegnes som «verdbaserte modeller». Slike modeller er i dag en del av en internasjonal trend for å utvikle mer kostnadseffektive sykehus basert på strukturering etter hvilke pasientgrupper som behandles (Porter & Teisberg, 2006).

Sykehuset Østfold valgte en særegen variant av denne tilnærmingen, og vi drøfter i hvilken grad og hvordan denne ble implementert i et innovasjonsteoretisk perspektiv. *Kapittel 14* viser hvordan fokus etter hvert endrer seg gjennom at nye samarbeidsformer mellom sykehus, spesialisttjenester og lokale/kommunale helsetjenester blir utviklet – i Norge særlig knyttet til samhandlingsreformen som ble iverksatt fra 2012. Her vises det til at begrepet «helsesystemet» i økende grad benyttes for å ivareta et helhetlig perspektiv der spesialisttjenester og primærhelsetjenester ses i sammenheng.

Del fire gir en oppsummering og diskusjon av de prosessene som er presentert i de tidligere delene av boken. I *kapittel 15* diskuterer jeg de erfaringene som den historiske gjennomgangen viser, og drøfter disse på grunnlag av de teoretiske perspektivene som ble presentert innledningsvis. Et spørsmål her er i hvilken grad, og på hvilken måte, en kan tale om radikale endringer i måten sykehussystemet har utviklet seg på i tiden før og etter sykehusreformen i 2002. Jeg oppfatter dette som et grunnleggende spørsmål i relasjon til institusjonelle teoriers fokus på forholdet mellom etablerte organisasjons- og styringsformer på den ene siden, og de endringsprosessene som jeg har fokusert på i de foregående kapitler. I *kapittel 16* spør jeg hva man kan lære av denne analysen, og hvilke vurderinger av den fremtidige organisering av helsetjenestene en kan tenke seg på grunnlag av de utviklingsprosessene som er beskrevet foran. Jeg skiller mellom et kortsiktig perspektiv, der jeg tar for meg noen av de alternative forvaltningsformer som nå diskuteres, og et mer langsiktig perspektiv. Selv om en kan være kritisk til å tro at en kan forutse en lineær utvikling – for eksempel basert på teknologiske og medisinsk-faglige fremskritt – bør de dilemmaer og utfordringer som ligger innebygget i dagens kunnskapsutvikling, kunne utsi noe også om fremtiden. Kan en identifisere noen grunntrekk i utviklingen av organisasjons- og styringsformer i sektoren de siste tiårene som kan peke mot fremtidens helsetjeneste?

KAPITTEL 2

Bakgrunn og teoretiske perspektiver

2.1 Bakgrunn

De prosessene jeg har studert, strekker seg over et langt tidsrom – tilbake til slutten av 1960-årene. De «spill» og «strategier» som er beskrevet her, må forstås innenfor rammen av nasjonale utviklingstrekk i helsepolitiske mål og tiltak. Østfold-casen illustrerer og utdyper hvordan disse overordnede rammene manifesterer seg på lokalt og regionalt nivå. Flere forfattere har vært opptatt av hvordan rammene for helsesektoren har endret seg: Ole Berg har særlig knyttet den historiske utviklingen med ulike faser til endringer i makt- og innflytelsesforhold mellom ulike kunnskapsregimer og profesjonsgrupper i Norge (Berg, 1987, 2009). Internasjontalt har for eksempel Scott et al. (2000) analysert utvikling i amerikansk helsevesen. Og andre igjen har vært særlig opptatt av reformer i helse- og forvaltningssystemet, ofte med et særlig fokus på de siste årenes radikale endringer knyttet til sykehusreformen i 2002 (Opedal & Stigen, 2005; Byrkjeflot & Neby, 2008; Melberg & Kjekshus, 2012; Tjora & Melby, 2013; Bukve & Kvåle, 2014). Magnussen, Vrangbæk og Saltman (2009) har sett endringsprosesser i sektoren i et nordisk perspektiv. Her gjennomgår de likheter og ulikheter mellom de nordiske land sett i relasjon til ideen om en «nordisk modell» i helsesektoren. Sammen med mange andre arbeider er det imidlertid også i deres analyse særlig de siste tiårene som er i fokus, noe som er naturlig ettersom en her har opplevd både omfattende og til dels radikale endringer i helsesystemet i disse landene. Og det er fremdeles relativt usikkert i hvilken grad de reformene som har vært iverksatt, har fått de effekter en har ønsket fra politisk hold (Hagen & Vrangbæk i Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009).

Med utgangspunkt i de spørsmål jeg er opptatt av, er det noen helsepolitiske rammer som er viktige å fokusere på: Det første er egenskaper

ved det norske forvaltningssystemet. Og det andre er reformene som har funnet sted innenfor de forvaltningspolitiske rammene som tjenestene er organisert innenfor. Jeg skal her – relativt kortfattet – skissere noen momenter innenfor disse temaene.

Forvaltningspolitiske perspektiver

De forvaltningspolitiske rammene for helsetjenestene i Norge har historisk vært sterkt preget av ønsket om å kombinere likhet i tilgang på helsetjenester, desentralisering av tjenestene til politisk styrte lokale organer og faglig kvalitet i utførelsen av helsearbeid (Byrkjeflot & Neby, 2008; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009). Disse verdiene står i et spenningsforhold – og potensielt motsetningsforhold – til hverandre. Historisk har helsetjenestene i Norge vært kjennetegnet av *desentralisering* av forvaltningssystemet. Ideen om det lokale selvstyret har stått sterkt – selv om dette selvstyret har vært «undergravet» av en rekke prosesser der statlige myndigheter har fått stadig sterkere innflytelse – for eksempel gjennom finansiering av tjenestene, faglige minstekrav, kontroll- og tilsynsordninger (Aarsæther & Vabo, 2002). Frem til sykehusreformen i 2002 var forvaltningssystemet kjennetegnet av at fylkeskommunen var et selvstendig politisk system som hadde ansvaret for planlegging, organisering og – i utgangspunktet – finansiering av disse tjenestene. Frem til 1976 var den sterke lokalpolitiske forankringen uttrykt ved at fylkestinget var sammensatt av blant annet ordførerne og andre politikere fra samtlige kommuner i det enkelte fylke. Som en kan se for seg, innebar denne modellen at helsepolitiske avgjørelser ofte dreide seg om å kjempe for lokale interesser, finne kompromisser og derved balansere lokale hensyn når det gjaldt fordelingen av tjenester (også sykehus og sykehusfunksjoner) innenfor fylkets grenser.

Denne situasjonen endret seg i første omgang gjennom etableringen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan i 1976. Dette innebar bl.a. egne fylkestingsvalg, der altså fylkespolitikerne var valgt fra egne valglister. I prinsippet skulle dette borge for en større grad av «frikopling» fra kommunale interesser. Men fylkestingspolitikerne opplevde å komme i en vanskelig mellomposisjon, mellom statlige krav og

kommunale forventninger og krav. En ekstra utfordring var, som Balderheim (1990) har formulert det, at etableringen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan i 1976 var «*unnfanget på en søndag men født på en mandag*» – forstått slik at de økonomiske rammene for fylkespolitisk arbeid ble trangere enn forutsatt da denne endringen i forvaltningssystemet ble utredet. Etter hvert fikk fylkeskommunen problemer med nasjonal politisk oppslutning, og flere partier mente at en burde avvikle dette mellomnivået i forvaltningen. Og gjennom sykehusreformen i 2002 ble det gjennomført en radikal endring i forvaltningen av helsepolitikken, i og med at staten overtok ansvaret for spesialisttjenestene inkludert sykehus. Sykehusreformen 2002 innebar at fylkeskommunene mistet oppgaver som representerte ca. 65–70% av deres budsjetter. Dette ble senere et argument for å slå sammen flere fylkeskommuner til større enheter, som skulle få flere oppgaver overført fra statlige myndigheter. Statsovertakelsen av spesialisttjenestene innebar en – i norsk sammenheng – radikal forvaltningsreform, som brøt med den historiske – riktig nok ganske kortvarige – tradisjon med desentralisert ansvar for helse-tjenestene (Byrkjeflot & Neby, 2008; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009).

Et reformperspektiv – hvorfor og hvordan reformer?

De forvaltningspolitiske rammene som er beskrevet ovenfor, manifesterte seg i særlig grad når det gjaldt utviklingen i spesialisttjenestene og sykehusstruktur. Reformene i helsesektoren har vært mange, men frem til statsovertakelsen i 2002 dreide de seg om endringer innenfor den forvaltningspolitiske rammen som fylkeskommunen representerte. Som jeg skal diskutere nærmere i neste kapittel, har helsesektoren sin egen logikk, knyttet til historiske, institusjonaliserte særtrekk. Disse trekkene kjenneretegner også reformene i sektoren. Martinussen og Magnussen (2009, s. 21) skiller mellom reformer forankret i strukturelle og institusjonelle særtrekk på den ene siden, og endringer i mål og ambisjoner på den annen side. De sammenholder fem tema reformene har kommet til uttrykk som: forholdet mellom stats- og markedsløsninger, grad av sentralisering og

desentralisering, utvikling i pasientrettigheter, rollen som forebyggende helsearbeid gis, og finansiering og betalingsordninger. I vår sammenheng er det særlig diskusjonen av nye politiske mål og ambisjoner, desentralisering/sentralisering sett i lys av nye styringsbehov, faglige og teknologiske forutsetninger, nye styrings- og organisasjonsprinsipper for tjenestene og nye ledelsesformer som er interessante.

Hovedutfordringen med den desentraliserte, fylkeskommunale modellen ble etter hvert knyttet til den økende statlige de-facto-finansieringen av helsetjenestene på den ene siden og de fylkespolitisk styrte beslutningene om utvikling av tjenestene på den annen side. Gjennom flere reformer søkte statlige myndigheter å effektivisere, regulere og samordne tjenestene. Dette skjedde gjennom lovreguleringer, som sykehusloven som ble gjeldende fra 1969. I 1974 ble det opprettet fem sykehusregioner (de som opprinnelig ble lagt til grunn for de fem regionale helseforetakene i forbindelse med sykehusreformen i 2002). Disse regionene var forutsatt å samordne sykehusenes virksomhet innenfor hver sin region, først som relativt frivillige pålegg, senere – i 1994 – som obligatoriske krav til regional samordning.

Parallelt med disse administrative reformene kom det også endringer i finansieringssystemet, med innføring av aktivitetsbasert finansiering og DRG (Diagnose-relaterte grupper) i 1997. Det siste er et system for klassifisering av behandling i sykehus, som fremdeles er gjeldende. Systemet innebærer at det nå er definert ca. 900 grupper av behandlinger, som gruppevis forventes å kreve en bestemt mengde ressurser. Systemet ble opprinnelig utviklet for det amerikanske Medicare, senere innført i norsk helsevesen (Kjekshus, 2012; Neby, 2008).

Da sykehusreformen ble vedtatt iverksatt fra 2002, var bakgrunnen at statlige myndigheter ikke lenger mente at fylkeskommunene var i stand til å håndtere de utfordringene og dilemmaene helsesektoren stod overfor. Sykehusreformen innebar at fylkeskommunene ble fratatt ansvaret for spesialisttjenestene, et radikalt reformtiltak som skjedde gjennom et «Big Bang» – et raskt hierarkisk grep som brøt med den norske forvaltningstradisjonen (Martinussen, Neby & Vrangbæk, 2017). Resultatet var at desentralisering nå kan betegnes som «dekonsentrasjon», det vil si at lokale politiske myndigheter ikke lenger involveres i styringen av

sykehussektoren. Kort sagt innebar dette at en desentraliserte ansvaret for tjenestene til administrative organ; regionale helseforetak og innenfor disse til semi-autonome lokale sykehusforetak. Hvert sykehusforetak kan ha ansvar for flere sykehus. Sett i vår sammenheng er det viktig å understreke de grunnene som ble oppgitt for reformen: For det første behovet for likhet i helsetilbudet for hele landet. For det andre at forholdet mellom statlige og fylkeskommunale myndigheter hadde utviklet seg til et spill om ansvar – en såkalt «blame game», der alle skyldte på alle andre (Opedal & Stigen, 2005; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009; Byrkjeflot & Neby 2008; Halvorsen, 2019). De økonomiske relasjonene mellom statlige og lokale myndigheter innebar at en i fylkeskommunene valgte å opprettholde eller videreutvikle tjenestene til tross for at de økonomiske rammene som statlige myndigheter i all hovedsak vedtok, ikke ble fulgt. Resultatet ble omfattende og akkumulerende budsjettunderskudd, som i sin tur innebar at press på dekning av underskuddene ble sendt tilbake til staten. I den perioden jeg har studert, kom dette i tillegg til at innstramminger med redusert vekst i overføringen også medførte manglende omprioriteringer (for eksempel fra somatikk til psykiatri) (Ramsdal, 2013, s. 214–233). Til tross for dette var Stoltenberg-regjeringen i 2001 tydelige på at ingen lokalsykehus skulle nedlegges – men uten at det ble gitt eksplisitte formuleringer av hvilke funksjoner et lokalsykehus skulle ha – noe som gjorde at forsvarerne av lokalsykehusene var i tvil om hva dette utsagnet innebar i praksis (Kvåle & Torjesen, 2014, s. 155).

Jeg vil i del 3 komme tilbake til de organisasjons- og ledelsesformene sykehusreformen innebar. Men det er interessant å konstatere at helsemyndighetene tok initiativ til å utrede disse formene i flere sammenhenger før reformen. I NOU 1999:15 «Hvor nært skal det være?» tok et ekspertutvalg for seg ulike tilknytningsformer for sykehusene. På mange måter var diskusjonen utvalget foretok, et frempek mot organiseringen sykehusreformen innebar. Blant de spørsmål utvalget stilte, var om alternative tilknytningsformer ville være mer hensiktsmessige enn den som eksisterte. Her ble både statsforetak, aksjeselskapsformen og stiftelsesformen utredet. Utvalget konkluderte ikke, men viste til at ulike helsepolitiske og faglige hensyn kunne ivaretas på ulike måter innenfor disse modellene. Det som er viktig her, er at utredningen viste til alternativer

som alle innebar en avvikling av den forvaltningsmodellen som da eksisterte.

Som Neby diskuterer i sin doktoravhandling, er «reform-begrepet» sterkt forbundet med «endring» og utviklingsprosesser. Reform er vanligvis definert som bevisste forsøk på å endre mål, styrings- og kontrollformer (Neby, 2008, s. 107). Derved skiller en mellom de mer løpende endringsprosesser som finner sted i sektoren, knyttet til for eksempel organisatoriske og styringsmessige tilpasninger til ny (medisinsk-faglig) teknologi, eller justeringer i finansieringssystemet der en for eksempel endrer vektingen av DRG-baserte overføringer fra sentrale myndigheter til helseforetakene (Neby, 2008).

Noen reformer hadde i løpet av den tiden denne boken omfatter, viktige konsekvenser for sykehussystemet og spesialisttjenestene: sykehusloven 1969, etableringen av fylkeskommunene (som selvstendig forvaltningsorgan) i 1976), sykehusreformen 2002 og samhandlingsreformen i 2012. I forbindelse med velferdsstatens oppbygging etter andre verdenskrig var det vanlig å hevde at helse- og velferdsreformer var preget av relativt spesifikke kjennetegn. Basert på omfattende «reformkompetanse» i nasjonalpolitiske og -administrative miljøer benyttet man seg av en slags verktøykasse der en avklarte om mål og målgruppe for reformen, anvendelse av legale, økonomiske, organisatoriske og ideologiske virkemidler, og et iverksettningssystem som var hierarkisk – fra stat til lokale forvaltningsnivå (Ramsdal, 2012). Sykehusloven fra 1969 fremstår som en viktig reform basert på kraften i lovendringer, mens omorganisering av fylkeskommunen er et eksempel på en organisatorisk forvaltningsreform som endret rammebetingelsene for beslutninger innenfor spesialisttjenestene, blant annet ved å til en viss grad «frikople» det fylkeskommunale politisk-administrative systemet fra sine tidligere direkte bindinger til primærkommunene.

De siste årene har en ofte vektlagt tre – til en viss grad sammenvevde – reformer innenfor denne sektoren: For det første endringer i styrings- og ledelsesreformer basert på det som betegnes som New Public Management (NPM). NPM har vært forstått som en bredt anlagt tilnærming for å «modernisere» offentlig sektor (Hood, 1991). Blant de virkemidler en taler om, er «fristilling», «konsernorganisasjon», mål- og rammestyring,

management-ledelse og et «kunde»-fokus (det vil her si pasientfokus) (Ramsdal & Skorstad, 2004; Lian, 2003; Pollitt & Bouchaert, 2000). For det andre sykehusreformen i 2002, som er ansett som en radikal, omfattende forvaltningsreform som endret rammebetingelsene for styring og ledelse av sektoren (Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009). Og for det tredje samhandlingsreformen fra 2012, som dreide seg om samordning og samarbeid mellom de ulike delene av tjenestene, særlig forholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenestene (Bukve & Kvåle 2014; Tjora & Melby, 2013). Det har vært hevdet at reformstrategier i vestlige velferdsstater har endret form i løpet av de siste par tiårene, fra hierarkiske til dialogiske reformdesign (Salamon, 2002; Lascoumes & Le Gales, 2007; Eliadis, Hill & Howlett, 2005). Samhandlingsreformen kan hevdes å ha et slikt preg, som en «retningsreform» der samspill og avtaler mellom forvaltningsnivåene er et kjennetegn (Ramsdal, 2012).

Et viktig kjennetegn ved de reformene som er gjennomgått, er at de dreier seg om forvaltningspolitiske endringer. Det vil si at det er endringer i ansvars- og samordningsforhold, økonomistyring – særlig overføringsordninger mellom stat og fylkeskommune/foretak – og ulike tilsyns- og kontrollordninger (Neby, 2008). *Målene* for helsepolitikken – «innholdet» i tjenestene – har vært påfallende stabile gjennom mange tiår. Dette kan synes som et paradoks – de konflikter, utfordringer og dilemmaer som en har opplevd i denne sektoren, dreier seg derfor i stor grad om hvordan forvaltningspolitiske rammer endrer betingelsene for å realisere målene – ikke om målene som sådan.

De prosessene jeg har studert, dreier seg dels om endringer innenfor rammene av de tidsepokene som fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan var gjeldende, dels om reformprosesser lokalt og regionalt som skjedde i tidsrommet til, eller etter at de tre sistnevnte reformene (NPM, sykehusreformen og samhandlingsreformen) ble gjennomført. I hvilken grad er utviklingen i helsesektoren i Østfold representativ for det som har skjedd og skjer i andre deler av landet? På et overordnet, teoretisk og strukturelt nivå mener jeg det finnes likhetspunkter med andre regionale prosesser om de tema som denne boken tar for seg. Østfold-casen kan derved fremstå som et «reflekterende speil» for tilsvarende prosesser andre steder. Likevel er det særpreg og lokale variasjoner – til tross

for at begrepsbruk, organisasjons- og styringsformer har mange likheter. Kanskje kan mine studier av de lokale endringsprosessene inspirere til tilsvarende analyser andre steder i landet – på samme måte som jeg har blitt inspirert av slike analyser både i Norge og i andre land.

Om «helsepolitiske spill»

«Helsesektoren» kan forstås som et konglomerat av tiltak og tjenester. Her er det særlig relasjoner mellom ulike ideer og aktører som påvirker utformingen av tjenestene som er i fokus. Tradisjonelt har en vært opptatt av tre forhold om dette: For det første den faglig-profesjonelle påvirkning, knyttet til ulike kunnskaper om hvordan helsearbeid skal utføres, og hvilke organisatoriske rammebetingelser som bør være til stede for å optimalisere anvendelsen av disse kunnskapene. For det andre påvirkning fra de politiske aktører, knyttet til helsepolitiske prioriteringer og økonomiske rammer og styringssystemer, og for det tredje organisatoriske forhold, knyttet til læring gjennom erfaringer og gjennom importering av organisasjonsløsninger fra andre sektorer. På et makronivå har en vært opptatt av hvordan aktører som representerer disse perspektivene, har kjempet om innflytelse, inngått allianser, skapt helsepolitiske konflikter og nye organisatoriske løsninger. På et slikt overordnet plan kan disse prosessene dreie seg om prioritering av helsetjenester i relasjon til andre (offentlige) tjenester, sykehusstruktur, funksjonsfordeling mellom sykehus, mellom sykehus og primærhelsetjenester, og mellom ulike faglige perspektiver og arbeidsformer. Dette makroperspektivet er preget av diskusjoner om det som ofte betegnes som «helsepolitiske spill».

Begrepet «helsepolitiske spill» ble benyttet allerede i St.m. nr. 24 (1996–97) «Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996). Her ble begrepet knyttet særlig til «tautrekking mellom forvaltningsnivåene»; økonomiske analyser av måten fylkeskommunene reduserte sine bevilgninger til helsesektoren på når statlige myndigheter økte sine. Begrepet ble utvidet til å dreie seg om de beslutningsprosessene som fant sted mer generelt mellom aktørene i sektoren i Helseplan 2000 (Grund & Hjort, 2000). Selv om planen ble utarbeidet av disse to forfatterne, ble den utgitt som en selvstendig bok og hadde derfor en noe uklar status mellom en «offisiell» plan fra

helsemyndighetene og en gjennomgang av utfordringer og krav til tiltak fra en gruppe kvalifiserte helsebyråkrater (Berg, 2009). Begrepet «helsepolitiske spill» fikk etter hvert en status som en overordnet beskrivelse av de beslutningsprosesser – og beslutningskriser – som en definerte innenfor denne sektoren (Halvorsen, 2019). Men disse prosessene hadde også tidligere blitt studert, som ledd i fremveksten av statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske analyser av sektoren. En av de tidligste var Finn Henry Hansen, som publiserte en artikkel om helsesektoren som «Velferdsstatens dronning» – og en utvikling i sektoren som han betegnet som «kjempevekst og fordelingskrise» (Hansen, 1979). Denne var i sin tur basert bl.a. på hans hovedoppgave fra 1974 om beslutningsprosesser i forbindelse med sykehusstriden i Møre og Romsdal (Hansen, 1974). Det ble i disse analysene vist til at ulike aktører – som representanter fra legeprofesjonen, andre helsefaggrupper, aksjonister i lokalsamfunnet, politiske og administrative aktører i fylkeskommuner og andre forvaltningsnivåer, ekspertgrupper og akademikere, og media – søkte å påvirke beslutninger om utviklingen av tjenestene, ikke minst sykehusstruktur, gjennom å delta i disse «helsepolitiske spillene». Her ble saker, synspunkter, aktører og løsninger koplet sammen eller fra hverandre i komplekse prosesser. En viktig dimensjon i disse prosessene var forholdet mellom de som arbeidet for å finne legitime løsninger som koplet faglige, økonomiske og lokalpolitiske interesser sammen i «helhetlige» strategier, versus de prosesser der noen få aktører, verdier og mål ble ivaretatt – det som ofte ble betegnet som «særinteresser».

«Helsepolitiske spill» er kanskje det viktigste inntaket til å forstå dynamikken i moderne helsetjenester, og det er gjort en rekke undersøkelser av hva som kjennetegner slike spill. Dette perspektivet er viktig for vår analyse, som et gjennomløpende tema for flere av kapitlene om Østfolds helsepolitiske utvikling.

Ved siden av de mer overordnede problemstillinger som blir assosiert med begrepet «helsepolitiske spill», er også spørsmål om organisering, styring og ledelse innenfor rammen av den enkelte institusjon gjenstand for tilsvarende analyser. Her er det med andre ord sykehuset som organisatorisk ramme som jeg er opptatt av. Sykehuset som organisasjonsform har vært gjenstand for utallige studier, noe som selvsagt har

sammenheng med dets viktige funksjon i helsetjenesten, men også fordi det representerer et viktig symbol for profesjonalitet, avansert kunnskap og teknologi, og ivaretagelse av livsviktige samfunnsfunksjoner. Også her gjør «spill» mellom ulike aktører og hensyn seg gjeldende, innenfor det som Berg (1987) betegnet som «autoritetsmangfold og beslutningskrise» i sykehusene. Sykehusstyret, som oftest hadde et flertall av fylkeskommunalt utpekte politikere fra det aktuelle helsedistrikt, bidro til å sementere sykehusets interesser i egenskap av en forsvarsskanse for lokalbefolkningen, direktøren kom i en klemme mellom sykehusstyre og fylkeskommunal administrasjon, og de relativt autonome profesjonsgruppene og andre «vetogrupper» sto derfor ofte på lokalbefolkningens side.

I vår sammenheng er de to nivåene nødvendige for å forstå hvilke hensyn som har vært gjeldende når helsesektoren i fylket har utviklet seg. For å forstå hvordan helsesektoren utvikler seg, må en forstå hvordan sykehusorganisasjonen endres. Men de helsepolitiske spill dreier seg om et større bilde, der sykehuset inngår som en sentral, noen vil hevde avgjørende faktor, for hvordan helsesektoren organiseres. De endringene jeg studerer her, er skapt i samspillet mellom de to nivåene. Det er imidlertid en krevende øvelse å skulle forklare det dynamiske samspillet mellom hensyn, interesser og faktorer som gjør seg gjeldende på de to nivåene – noe som er en begrunnelse for å konsentrere analysen om ett fylke.

2.2 Institusjonelle organisasjonsteorier

Min tilnærming er forankret i «institusjonelle» organisasjonsteorier. Den klassiske tilnærmingen innenfor denne teoritradisjonen vektla de etablerte rutiner, vaner og verdier som er bygget inn i organisasjoner, og som gir organisasjoner et relativt stabilt preg. Etter hvert har en blitt mer opptatt av dynamikken mellom stabilitet og endring innenfor denne teoritradisjonen – og hvordan endringer skjer innenfor relativt stabile rammer, og hvordan stabile trekk kan gjenkjennes der det tilsynelatende skjer endringer (Meyer & Rowan, 1977; Brunsson & Olsen, 1993). Mine analyser er forankret særlig i det en kan kalle historisk institusjonalisme, og utviklingen i de institusjonelle logikker som definerer og eventuelt endrer feltet (Thelen & Steinmo, 1992). Når jeg har studert utviklingen

av sykehussystemet i Østfold, ser en hvordan denne utviklingen skjer innenfor nasjonale rammer der helsemyndigheter på ulike nivå samspiller (eller motarbeider) hverandre. Som vist til ovenfor preges utviklingen i sektoren av helsepolitiske spill – som fremstår som et etablert, her forstått som «institusjonalisert», kjennetegn ved måten beslutninger tradisjonelt ble fattet på – og som fremdeles preger – sektoren. Fokuset på endringsstrategier dreier seg i min sammenheng om hvordan en har søkt å finne «helhetlige», synoptiske løsninger som bryter – eller avklarer – de problemstillingene som de helsepolitiske spill karakteriseres ved: særlig forholdet mellom faglig-medisinske, økonomiske og geografiske hensyn.

Å studere forholdet mellom endring og stabilitet her er en utfordring: Hvilke initiativ til helhetlige løsninger skaper grunnlag for reell endring? På hvilken måte er slike initiativ «absorbent» inn i institusjonaliserte organisasjons- og beslutningsformer, og hvordan kan en identifisere det «nye i det gamle» og «det gamle i det nye»? Den tilnærmingen som er valgt for å svare på disse spørsmålene, tilsier at søkelyset rettes mot konkrete initiativ, og ser i hvilken grad og på hvilken måte disse initiativene lykkes i å endre sykehussystemet og sektoren i tråd med sine intensjoner. Innenfor denne teoritradisjonen er endring potensielt knyttet til tre ulike prosesser: For det første «små, inkrementelle» (skrittvis) endringer som ikke berører de mønstre og beslutningsformer som er etablert. For det andre «transformative» inkrementelle endringer, der en faktisk endrer etablerte mønstre og prosesser relativt grunnleggende, men gjennom utvikling som skjer gradvis, med små endringer for hvert skritt. Og for det tredje gjennom det som betegnes som «critical junctures» – best forstått som der en kan identifisere bestemte «tidspunkt for avgjørende veivalg» – og som skaper radikal endring (Thelen & Steinmo, 1992; Capoccia & Keleman, 2007).

Om helseorganisatoriske felt og institusjonelle logikker

Scott et al. (2000) hevder at feltbegrepet er velegnet for å studere forholdet mellom enkeltorganisasjoner, populasjoner av organisasjoner og relasjoner, horisontalt og vertikalt, mellom organisasjoner innenfor populasjonen. Feltbegrepet har vist seg særlig nyttig i studier av endringsprosesser

der en ikke kun er opptatt av å forklare hvordan bestemte organisasjonsformer etableres og vedlikeholdes gjennom isomorfisme – dvs. etterlikninger av tidligere etablerte former. Et for oss viktig punkt er derfor at feltbegrepet gir mulighet til å studere dynamikken i endringsprosesser også der hvor en observerer brudd med etablerte organisasjonsformer og -løsninger som blir tatt for gitt som institusjonaliserte normer og vaner. Det er, hevdes det, gjennom feltbegrepet mulig å ta i betraktning både de normative påvirkninger som skaper stabilitet, og de dynamiske faktorene som skaper endring.

I et institusjonelt perspektiv oppfattes helseorganisasjoner – inkludert sykehus – som enheter innenfor et organisatorisk «felt» (Reay & Hinings, 2005). Sykehus blir studert innenfor dette feltet, som en av flere aktører. Derved blir analysene mer åpne for sykehusenes samhandling med sine omgivelser, noe som innebærer et fokus på det helsesystemet som sykehuset er en del av. Innenfor dette perspektivet er det særlig forholdet mellom drivkrefter for å hierarkisere styrings- og ledelsesfunksjoner på den ene side og ambisjoner om å etablere nettverksorganisasjoner der sykehuset oppfattes som et av flere elementer i et mer omfattende helsesystem på den andre side som har vært i fokus (Scott et al., 2000; Jespersen, 2005; Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Sykehus er – som del av et felt – å anse som organisasjoner mellom tradisjon og fornyelse. Her er utgangspunktet at det eksisterer et dynamisk samspill mellom etablerte, historisk utviklede normer for adferd og organisasjon, styring og ledelse og dagens organisasjoner. Innenfor sykehusets vegger har arbeidsformer og organisasjon alltid vært kjennetegnet av endringer. Sykehus har vært oppfattet som lite endringsvillige – ja, som «geriatrike pasienter» (Kjekshus, 2012). Den klassiske fag- og funksjonsbaserte «siloorganisasjonen» har eksistert lenge, men likevel har det skjedd store endringer i form av nye behandlingsformer og organisering av helsefaglig arbeid – der ny kunnskap, ny teknologi og nye profesjoner/faggrupper har blitt introdusert (Berg, 1987). Slike utviklingsprosesser har sitt utspring i global kunnskapsutvikling, og innebærer samtidig at styrings- og ledelsesformer som er etablert gjennom historien, modifiseres og tilpasses til disse utviklingstrekkene gjennom endring «innenfra» forankret i ulike fagfelt (Abbott, 1988). Slike endringsprosesser er derved en «naturlig»

del av helsetjenestenes dynamikk. Sykehus fremstår derfor også som dynamiske og innovative organisasjoner, der kunnskapsutviklingen i medisinfaget er den viktigste drivkraften (Levesque, 2012; Lega & DePietro, 2005).

Både organisasjonsstruktur og institusjonelle logikker blir ansett som viktige faktorer for å forklare forholdet mellom stabilitet og endring i et felt. Både organisasjonsstrukturer og institusjonelle logikker må forstås dels som veletablerte «naturlige» fenomen (det vil si at det ikke stilles spørsmålstegn ved dem), dels som resultater av maktrelasjoner, og endringer i disse maktrelasjonene (Dacin, Goodstein & Scott, 2002; Reay & Hinings, 2005). Innenfor ulike aktørgrupper etableres og utvikles institusjonelle logikker.

Med institusjonelle logikker tenker vi på de organisasjonsprinsippene som dominerer i et felt. Dominans kommer til uttrykk ved at noen organisasjonsstrukturer, løsninger og maktrelasjoner tas for gitt, og skaper en følelse av samforstand mellom de aktørene som er de viktigste premissgiverne i feltet. Begrepet «institusjonell logikk» dreier seg derved om maktrelasjoner som er «skjult» i de organisasjonsstrukturene, arbeidsformene og styrings- og ledelsesformene som reproduseres i den daglige virksomheten på feltet. En slik dominans innebærer imidlertid at andre logikker, ofte representert ved andre, nye aktører, søker å påvirke organisering i feltet. Når det gjelder analyser av endringsprosesser, vil det derfor være behov for å identifisere både ulike institusjonelle logikker og ulike aktørgrupper. Et poeng er her at ulike logikker kan eksistere samtidig over lengre tid – i en slags samforstand og i samarbeid, i noen tilfeller bekrefte og styrke hverandre. Men i andre sammenhenger kan det eksistere en mer eller mindre permanent konkurranse mellom ulike logikker, noe som innebærer at institusjonaliserte ordninger blir utfordret igjen og igjen, og at feltet ikke får fred til å konsolidere seg (Friedland & Alford, 1991; Powell & DiMaggio, 1991).

Reay & Hinings (2005) viser hvordan analyser av endringsprosesser preget av konkurrerende logikker i et felt kan gjennomføres ut fra disse teoretiske overveielser. Fire momenter skal fremheves her:

1. For å forstå hvordan endringer skjer på et institusjonalisert felt, må en studere både de strukturelle kjennetegn ved feltet og de institusjonelle logikker som dominerer.

2. Endringer skapes gjennom *re-institusjonalisering* – der en kjemper om hvilke problemer som er viktige, og hvilke løsninger en skal velge på disse problemene, og til slutt hvilke løsninger som re-etableres som «varige».
3. Løsninger som velges, kan fremstå som at en ny institusjonell logikk overtar feltet, men også som hybridløsninger mellom tidlige (og gjerne også latent konkurrerende) logikker.
4. For å analysere dette kreves at en identifiserer institusjonelle logikker, og de aktørene som representerer dem, i ulike faser av endringsprosessene.

Mange av de analysene som er foretatt innenfor denne rammen, er preget av at en er særlig opptatt av forholdet mellom en medisinsk-faglig logikk på den ene siden og fremveksten av en ny styringslogikk, New Public Management, på den andre siden. I den internasjonale litteraturen har møter mellom disse to logikkene vært et fellestrekk, og også i skandinaviske og norske studier har dette vært tilfellet – noe jeg kommer tilbake til senere i kapitlet. Det er likevel et poeng å nevne her at vår analyse dreier seg om et mer langsiktig perspektiv, og søker å fange opp endringsprosessene i flere påfølgende faser – selv om også her er de siste års fokus på etableringen av NPM-relaterte styringsformer viktig.

Scott et al. (2000) bruker begrepet «institusjonelle omgivelser» som et inntak til sin analyse av utviklingen av helsesektoren i SF Bay-area. Institusjonelle omgivelser er sammensatt av regulative, normative og kulturell-kognitive strukturer som skaper sammenheng, mening og stabilitet på et felt. Det pekes på at en har opplevd dramatiske endringer i institusjonelle omgivelser for helsetjenester, og hevder at tre forhold er særlig viktige: endringer i institusjonelle logikker, aktører og styringssystemer.

«Institusjonelle logikker» defineres som «*sets of material practices and symbolic constructions which constitute a field's organizing principles and which are available to organizations and individuals to elaborate*» (Friedland & Alford i Powell & DiMaggio, 1991, s. 232–263).

“Institusjonelle aktører” fungerer som både bærere og skapere av institusjonelle logikker, og endringer i de institusjonelle omgivelser skjer bl.a. ved at nye aktører påvirker feltet med nye verdier og kunnskaper.

«Styringsystemer» dreier seg om de «*arrangements which support the regularized control – whether by regimes created by mutual agreement, by legitimate hierarchical authority or by non-legitimate cohesive means – of the actions of one set of actors by another*» (Scott et al., 2000, s. 21). Scott et al. hevder at i helsesektoren er det tre aktører som påvirker styrings-systemet: profesjonsgrupper (særlig legeprofesjonen), offentlige styringsorgan og (i økende grad) management-orienterte ledere.

Institusjonell endring

De endringer som påføres – eller pålegges – sykehusorganisasjoner utenfra, er ofte ment å skulle effektivisere driften, forenkle styringssystemer og gjøre ledelse mer profesjonell og transparent. Dette blir ofte knyttet til fremveksten av New Public Management-inspirerte styrings- og ledelsesreformer fra 1980-tallet, symbolisert ved uttrykk som «fra ledelse av profesjoner til ledelse som egen profesjon» (Ramsdal & Skorstad, 2004; Byrkjeflot & Grønlie, 2005; Jespersen, 1999). Forskningen viser imidlertid at slike endringer – påført «utenfra og ovenfra», kan ha en tvetydig form, ved å både bekrefte og forsterke allerede etablerte handlingsmønstre og maktrelasjoner, eller ved å bryte radikalt med disse – med større fokus på kostnadseffektivitet («mer helse for hver krone»), og nye kvalitetskrav til arbeidsprosesser og styring av faglig arbeid (Dent, 2003). Dette skaper nye konfliktlinjer, og noen ganger vanskelige beslutningsprosesser, slik noen case-studier av innføring av NPM-inspirerte styrings- og ledelsesreformer har vist (Jensen, 2013; Lindquist & Aidemark, 2005; Byrkjeflot & Torjesen, 2010; Reay & Hinings, 2005).

Den klassiske referansen til den forskningstradisjonen jeg her knytter an til, er som nevnt innledningsvis Scott et al.'s analyse av utviklingen av sykehusstrukturen i SF Bay-området frem til 1990-tallet (Scott et al., 2000). Analysen viste hvordan den historiske utviklingen kunne deles i fire ulike faser, der endringene som skjedde var et samspill mellom hel-sepolitiske rammebetingelser, utvikling i faglig-profesjonelle kunnskaper og endringer i ledelses- og økonomistyringssystemer. Greenwood og Hinings (1996/2005) gjorde en studie med noen års mellomrom av introduksjonen av nye styrings- og ledelsesprinsipper (det vi i dag ville kalt

New Public Management) i Alberta-provinsen i Canada. Begge disse studiene var opptatt av hvordan «institusjonelle logikker» – knyttet til ulike fagprofesjoners responser på de nye krav til organisasjon og ledelse – påvirket endringsprosessene. Med inspirasjon fra bl.a. disse analysene ble det i Danmark etablert et større forskningssenter (FLOS) som gjennomførte en rekke analyser av utviklingen av nye styrings- og ledelsesformer på sykehus, med et særlig fokus på de responsene NPM-inspirerte reformer ble møtt med blant profesjonelle og ledere i sykehusene (Borum, 2003). De mest kjente analysene dreide seg om det titlene på to bøker fra forskningsprosjektene i denne perioden viste: «*Når styringsambisjoner møder praksis*» (Borum, 1999) og «*Mellem profesjon og management*» (Jespersen, 2005).

Også i Norge har en hatt en tradisjon for å studere endringer i et historisk perspektiv, der en har vært særlig opptatt av sykehusorganisasjonen, sykehusstruktur og reformer i helsesektoren mer generelt (Berg, 1987; Berg, 2009). De siste 20 årene har en også sett et mer eksplisitt fokus på styring, organisasjon og ledelse. Dette har særlig vært knyttet til moderniseringen av offentlig forvaltning generelt, men der helsesektoren har vært fremhevet (Christensen, Lægread, Roness & Røvik, 2004; Byrkjeflot & Neby, 2005; Ramsdal & Skorstad, 2004), og etter hvert større forskningsprosjekter der en har studert bakgrunnen for, iverksettingen av og konsekvensene av sykehusreformen i 2002 (Opedal & Stigen, 2005). Et av de viktigste prosjektene innenfor denne rammen var ATM-prosjektet («Autonomy, Transparency, Management») ledet av Haldor Byrkjeflot. En rekke analyser i tilknytning til dette prosjektet viste hvordan mange trekk ved reformen ikke ble gjennomført slik en forutså fra politisk hold, og forklaringene ble knyttet til de institusjonelle særtrekk sykehusorganisasjoner preges av (Byrkjeflot & Gulbrandsøy, 2013). Andre prosjekter har konsentrert seg om hvordan sykehusene søker å kle seg opp gjennom ulike tiltak knyttet til det en kan kalle «performative management» (Angell & Byrkjeflot, 2007).

Selv om en ikke kan trekke en logisk, entydig linje mellom disse studiene, preges de alle av det en kan betegne som ny-institusjonelle perspektiver. Betydningen av dette perspektivet er åpenbart: Det har bidratt til å nyansere relasjoner mellom etablerte, historisk nedfelte

institusjonaliserte særtrekk ved sykehusorganisasjoner på den ene siden, og på den andre siden endringsdynamikken som sykehusorganisasjoner preges av, slik som antydnet ovenfor. Drivkreftene for disse endringene har vært identifisert på tre nivå: For det første «indre» prosesser knyttet til det en kan betegne som epistemologiske grunnlag, med fokus på utviklingen i (medisinsk-)faglige kunnskaper og endringer i behandlingsformer og teknologi. For det andre endringer i sykehusenes funksjonsmåte i et større helsesystem, med vektlegging av samhandling og samarbeid mellom sykehus/spesialisttjenester og mellom spesialisttjenester og andre helseaktører, som kommunehelsetjenestene. Og for det tredje drivkrefter for å endre sykehusenes indre organisasjon med hensyn til styrings- og ledelsesformer. Disse prosessene har funnet sted i form av politiske reformer, de senere år særlig ved at nye styrings- og ledelsesprinsipper er blitt preget av et sterkere management-perspektiv også på sykehus.

Det er nettopp i analyser av brytningspunkter mellom disse ulike, men sammenflettede, dynamikkene – i samspillet mellom disse kreftene – at ny-institusjonelle teorier har sin styrke.

Faser i helsektorens utvikling

Scott et al. (2000) identifiserer tre faser i helsesektorens utvikling i USA, knyttet til hvordan ulike institusjonelle logikker har dominert: Den første fasen (1945–1965) var preget av profesjonell dominans – dvs. å utvikle tjenestene kvantitativt og kvalitativt, noe som ga legeprofesjonen forrang som premissleverandører for utviklingen av tjenestene. Den andre fasen (1965–1982) var preget av føderale myndigheters involvering, med et hovedfokus på behovet for økt likhet i fordeling av helsetjenester. I den tredje fasen (1983–d.d.) er det behovet for kostnadskontroll og ledelsesformer i samsvar med dette hensynet som dominerer.

I norsk sammenheng er slike faser i utviklingen av helsesektoren og -tjenestene blitt presentert på noe ulike måter – selv om det er stort sammenfall i de grunnleggende kjennetegn. Berg (2009, s. 12–18) har knyttet sin faseinndeling primært til styrings- og forvaltningsregimer – med tilhørende dominante profesjonsgrupper som har dominert i helseforvaltningen – mellom «medikrati, jurokrati og økonokrati». Byrkjeflot og

Neby (2008, s. 201), på sin side, peker på at den «desentraliserte» forvaltningsmodellen som er hevdet å prege Skandinavia, kun var gjeldende i et relativt kort periode – mellom 1970 og 2002 i Norge, og skiller mellom tre perioder: 1) etablering av den desentraliserte modellen (før 1970), 2) høydepunktet for denne modellen (1970–2002) og utfordringene for modellen, som i Norge særlig kjennetegnes ved sentraliseringen av styringssystemet gjennom sykehusreformen 2002. De peker samtidig på at «desentralisering» har hatt ulike uttrykk og implikasjoner i de ulike skandinaviske land – og at ideen om en felles desentralisert modell for helsesektoren er i ferd med å bli undergravd.

Ved å sammenkople den samfunnspolitiske bakgrunn, og de nasjonale, regionale og lokale rammebetingelser for de endringsprosessene som er studert, har jeg har stilt spørsmål ved om det er mulig å strukturere utviklingen av helsetjenestene i Østfold. Innenfor rammene av de mer overordnede faseinndelingene som er nevnt foran, diskuterer jeg i avslutningsvis – i kapittel 15 – hvordan en kan identifisere fire slike faser knyttet til min analyse av endringsprosessene i Østfold.

2.3 Hvordan analysere institusjonalisering og institusjonell endring i helsesektoren?

D'Aunno (2014) gjennomgår ulike perspektiver på institusjonelle endringer i helsesektoren, og foreslår en fremgangsmåte for å studere slike endringer. For å kunne gjennomføre slike analyser må en a) forstå hvordan institusjonell endring finner sted, b) hvorfor slike endringer skjer, og c) vise hvordan en kan gjennomføre analyser av reformer i helsesektoren ved hjelp av et slikt analyseopplegg. Et vanlig syn var ifølge DiMaggio og Powell (1983) at institusjonell teori opprinnelig var sterkt preget av å skulle forklare hvordan eksisterende institusjoner og institusjonelle ordninger ble etablert og bevart gjennom samfunnsmessig støtte og legitimitet – i den grad de var tilpasset utbredte oppfatninger om hvordan slike institusjoner skulle opptre. Med andre ord, institusjonell teori var fokusert på å forstå forhold som skapte likhet og homogenitet mellom organisasjoner, mens radikale endringer ikke fikk plass i analysemodellene. Dette preget av å kunne forklare institusjonell status,

men ikke endringer i institusjonell praksis og organisasjonsformer, ble kritisert av en rekke forfattere som var opptatt av institusjonelle teorier (Powell & DiMaggio, 1991; Christensen et al., 2004; Røvik, 1998/2007). Dette førte, på den ene siden, til sterkere interesse for dynamikken mellom de prosesser som fant sted når organisasjonsformer og praksiser ble etablert og institusjonalisert, og hvorfor og hvordan *de-institusjonaliseringsprosesser* og også *re-institusjonaliseringsprosesser* fant sted, på den andre siden. De-institusjonalisering dreide seg da om prosessen der institusjoner svekkes og forsvinner, og blir erstattet – helt eller delvis – med nye institusjoner. Re-institusjonalisering dreier seg om hvordan disse nye institusjonene befestes som de normale, legitime og innarbeidete organisasjonsformer og praksiser.

Til tross for et økt fokus på endringsprosesser er det, ifølge D'Aunno (2014), fremdeles i forståelsen av grunnleggende verdier, normer og vaner for etablering og vedlikehold av institusjonaliserte organisasjonsformer og praksiser at denne teoritradisjonen har sin styrke. Han presenterer derfor en tilnærming til å studere reformer i helsesektoren som – slik jeg tolker det – dreier seg om to forhold:

For det første å studere endringsprosesser i et helhetlig grep – der en innbefatter hele organisasjonspopulasjonen på feltet, og der en identifiserer endringsprosesser som en mener er betydningsfulle for det feltet en studerer. Dette krever en avklaring av grensene for feltet, og en apriorisk prioritering av noen endringsprosesser innenfor dette. Dette har vært utgangspunktet for de prosessene jeg har studert i del 2 og 3 i denne boken.

For det andre at en stiller spørsmål ved om *hvorfor* radikale endringer finner sted. Her peker D'Aunno på tre mulige grunner: Med henvisning til Smets, Morris og Greenwood (2012) peker han på tre potensielle perspektiver på hvorfor institusjonell endring finner sted: «eksogene sjokk», «innebygde motsetninger i feltet», og «intra-organisatoriske dynamikker».

Det første perspektivet, «eksogene sjokk», dreier seg om hendelser der eksisterende organisasjonsformer kolliderer med nye verdier, arbeidsformer, teknologier, demografiske endringer eller politiske eller økonomiske modeller som blir utviklet utenfor eller i periferien av feltet. Disse

faktorene vil kreve svar i form av nye organisasjonsformer, styringsformer eller praksiser. I utgangspunktet tenker en seg at dette skaper konflikter og legitimitetsproblemer i relasjon til omgivelsene, men ikke nødvendigvis.

Det andre perspektivet, «innebygde motsetninger i feltet», skaper endringer ved at det er situasjoner med inkonsistente krav og motsetninger mellom ulike verdier, normer og hensyn innen feltet. Da vil sannsynligheten for at en blir tvunget til å velge, øke. Betydningen av språkbruk, politiske konflikter og alliansebygging dominerer. Ofte vil slike motsetninger spilles ut i lokale beslutningsprosesser, og bare senere innebære at en må foreta omfattende, helhetlige radikale endringer. Kort sagt: I lys av forklaringer om endring basert på indre motsetninger hevder en at slike ofte finner sted når feltet preges av heterogene, konfliktfylte, eller motsetningsfylte logikker; ulike verdier, holdninger og preferanser (D'Aunno, 2014, s. 85). På hvilket tidspunkt indre motsetninger skaper grunnlag for institusjonelle endringer, er derfor avhengig av en rekke faktorer som krever nærgående analyser av de beslutningsprosessene som skjer i organisasjonen.

«Intraorganisatoriske dynamikker», som er det tredje perspektivet, knytter an til hvordan disse endringene blir gjennomført – og om de da medfører de-institusjonalisering og re-institusjonalisering. En kan tenke seg at veletablerte aktører i feltet innser at det er behov for nye løsninger, og at det fremtrer et «entreprenørsjikt» – aktører som fortolker og formidler nye løsninger. D'Aunno (2014) hevder at under bestemte forutsetninger kan slike entreprenører være mer sannsynlige å spille en viktig rolle. Det gjelder bl.a. der en taler om organisasjonsfelt som er umodne, med mer heterogene verdier og normer, og der konfliktfylte relasjoner i feltet eksisterer fra før av. Her vil organisasjoner, i likhet med felt, være preget av inkonsistente, konfliktfylte og ukoordinerte institusjonelle logikker (Reay & Hinings, 2005). Hvordan ledere og sterke profesjonsgrupper responderer på slike konfliktfylte situasjoner, kan forsterke eller løse dem. Én strategi er å etablere løse koplinger mellom aktører i organisasjonen, mellom retorikk og realiteter (Meyer & Rowan, 1977; Brunsson, 1989). Slike løse koplinger er en av flere mekanismer som kan bidra til å dempe konflikter; utsettelse og sekvensiell problemløsning.

Som D'Aunno peker på, er det imidlertid grenser for bruken av slike mekanismer. For eksempel kan eksternt press for å øke effektiviteten i organisasjonen innebære at en må håndtere konfliktene gjennom valg og prioriteringer mellom ulike logikker og hensyn.

D'Aunno oppsummerer spørsmål som forskningen om institusjonell endring bør konsentrere seg om, og nevner fem forslag til tema som bør underlegges flere studier: Han hevder vi behøver studier som undersøker når institusjonell endring finner sted ovenfra-og-ned, og når det skjer «bottom-up». Det er behov for å studere betydningen av organisatoriske entreprenører som promoterer institusjonell endring, og hvilke faktorer som fremmer eller hemmer individer som endringsagenter. I hvilken grad skjer det konfliktfylte maktkamper i relasjon til endringsprosesser, og i hvilken grad skjer endringer «under radaren» for disse konfliktene? Og til slutt: Hvilke retoriske tilnærminger – hvilket språk – skaper grunnlag for endring, og hvilke utløser konflikter?

KAPITTEL 3

Design, metode og datagrunnlag

3.1 Opplegget for analysene i boken

Gjennomgåelsen ovenfor er ment å gi en ramme for analysene jeg har foretatt. Siste avsnitt viser hvordan en eksplisitt organisasjonsteoretisk tilnærming til analyser av endringsprosesser i helsesektoren kan gjennomføres. Slik jeg leser denne litteraturen, kan en utkrystallisere noen krav til analyseopplegget når en skal ivareta de organisasjonsteoretiske perspektivene som institusjonelle teorier forutsetter. Jeg vil konsentrere meg om fem slike krav: en nærmere avklaring av problemstilling(er), en avgrensing av «feltet» og organisasjonspopulasjonen som utgjør feltet, en strukturering av ulike faser som institusjonelle endringsprosesser preges av, en identifisering av de mest relevante aktørene («interessenter») og en klargjøring av hvordan en kan analysere maktrelasjoner, knyttet til ulike (konkurrerende) institusjonelle logikker og aktører.

Problemstillinger

I tråd med D'Aunno er jeg opptatt av *hvordan* endringer i helsesektoren har funnet sted, med andre ord: Hvilke endringsprosesser har en sett? Og hvilke faktorer kan forklare *hvorfor* endringene har fått den form de har, og derved endret institusjonelle særtrekk ved organiseringen av feltet?

Dynamikken mellom helsepolitiske spill er karakterisert av at ulike ideer, interesser og aktører søker å påvirke tjenestene, organisasjons- og styringsopplegg. Dette fører vanligvis til allianser og/eller konflikter, der en tendens i det norske beslutningssystemet er pragmatiske kompromisser. Men noen ganger skjer det radikale brudd med denne tradisjonen – der helhetlige løsninger, preget av synoptisk planlegging med et overordnet, prinsipielt blikk, får gjennomslag. Det gjennomløpende temaet i

denne boken er, på den ene siden, å vise og forklare denne dynamikken mellom de helsepolitiske spillenes tendens til å falle ned på kompromisser og skrittvis (inkrementelle) (del-)løsninger, og forsøk på å skape nye organisatoriske rammebetingelser for helhetlig (synoptisk) planlegging på den annen side.

Innenfor rammen av disse hovedspørsmålene er det en rekke under-spørsmål: om relasjoner mellom ulike institusjonelle logikker, om hvilke aktørgrupper som har hatt størst betydning for de beslutningene om endring som har funnet sted, om hvordan dynamikken mellom de institusjonelle omgivelser, felt og organisasjoner i feltet utspiller seg. Disse spørsmålene skal jeg komme tilbake til i avslutningskapittelet.

Avgrensing av feltet

Feltet jeg studerer, er avgrenset til helsetjenester i Østfold. Innenfor denne regionale avgrensingen er det primært spesialisttjenestenes utvikling – med planlegging og organisering av somatiske sykehus – som er i fokus. Analysene jeg har foretatt, kan ikke oppsummeres som en gjennomgåelse av «Østfolds helsepolitiske historie». Det dreier seg om noen avgrensede spørsmål, knyttet til overordnede beslutninger om endringer i strukturer og prinsipper for organisering, styring og ledelse. De kommunale tjenestene og de særlige spørsmål om ulike medisinske fagområder, f.eks. om psykiske helsetjenester, er bare indirekte berørt, selv om slike spørsmål selvsagt har stor betydning for hvordan helsetjenestene totalt sett fungerer.

Dynamikken mellom institusjonelle omgivelser, organisasjonsnivå og feltnivå

Et viktig poeng med feltbegrepet er at det åpner for analyser mellom ulike analytiske og empiriske nivåer. «Felt» konstitueres som en organisasjonspopulasjon, preget av verdier, normer, vaner og praksiser. Innenfor denne rammen er de enkelte organisasjoner (i populasjonen) gjenstand for endringsprosesser som påvirker den aktuelle organisasjonen, men som har potensial til også å påvirke feltet. Slike påvirkninger kan skje

ved at nye verdier, vaner og praksiser, fundert i nye kunnskaper, aktører eller maktrelasjoner, får gjennomslag også på et overordnet nivå. På samme måte vil institusjonelle omgivelser, i vår sammenheng særlig politiske og økonomiske påvirkninger, kunne endre feltet, slik for eksempel statlige helsereformer kan. Analysen vil derfor ha dynamikken mellom endringspåvirkninger på disse nivåene i fokus.

Institusjonelle aktører

Her er vi opptatt av de interessenter som søker å påvirke tjenestene, og organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i feltet. Her skal det nevnes noen slik aktører: politiske myndigheter, administrative organ, ansattes organisasjoner, profesjonsrepresentanter, representanter for pasientene, media og befolkningen (for eksempel de lokale sykehusorganisasjoner). Analysen vil ta utgangspunkt i hvordan aktører som ivaretar nasjonal helsepolitikk, knyttet til nye politiske initiativ, reformer og endringer i økonomiske rammebetingelser, søker å påvirke regionale og lokale beslutninger og prosesser. Her vil en også være opptatt av profesjonenes strategier for å påvirke feltet, og aktører og prosesser i de enkelte organisasjoner på feltet: sykehus, politiske og administrative organ, andre styrende organ, og lokale aktører, inkludert lokale profesjonsrepresentanter.

Institusjonelle logikker

Endringer i de institusjonelle omgivelser skjer bl.a. ved at nye aktører påvirker feltet med nye verdier og kunnskaper. Vi er opptatt av hvilke verdier, holdninger og praksiser som anses som institusjonaliserte, og hvilke som søker å påvirke, og representerer alternativer til de dominerende logikker. Særlig er vi opptatt hvordan profesjonenes kunnskapsmessige og ideologiske perspektiver påvirker feltet, og hvordan politiske og administrative logikker påvirker og eventuelt endrer organisasjons-, styrings- og ledelsesformer. I hvilken grad er det motsetninger mellom ulike logikker, i hvilken grad oppstår det samforstand, og på hvilken måte konstrueres og endres feltet når nye verdier, holdninger og praksiser søkes etablert?

3.2 Datagrunnlaget

De empiriske analysene som det refereres til i de neste kapitlene, ble gjennomført i ulike perioder. Det dreier seg om oppdrag fra ulike offentlige myndigheter; fylkeshelsesjefens kontor, det som nå heter Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, i tillegg til samarbeidsprosjekt med Sykehuset Østfold HF. Noen av analysene hviler dessuten tungt på ulike forskningsprosjekter finansiert av Norges forskningsråd. Det som er felles for de prosjektene det rapporteres fra, er at de i all hovedsak benytter kvalitative data, i samsvar med det meste av forskningen som tar utgangspunkt i institusjonell teori (Byrkjeflot & Neby, 2008).

De tre første arbeidene det refereres til, har til felles at de er basert primært på oppdragsrapporter til Fylkeshelsesjefens kontor. Det dreier seg om kapitlet om Harlem-utvalgets arbeid, og de påfølgende kapitler av helsepolitiske strategier knyttet til sparing, omprioriteringer og omstrukturering i helsesektoren i Østfold. Det er tre oppdragsrapporter (Ramsdal & Hanson, 1987; Ramsdal, 1993; Ramsdal & Qvortrup, 1992). Alle disse var oppdrag for Fylkeshelsesjefen i Østfold, og ble utarbeidet som oppdragsrapporter av Stiftelsen Østfoldforskning. De tre rapportene ble også publisert samlet under tittelen «Strategier for strukturendringer i helsesektoren» (Ramsdal, 1993). Arbeidene var basert på omfattende gjennomganger av offentlige dokumenter i fylkeskommunens arkiv, der ulike utvalgsinnstillinger og saker til fylkeskommunale beslutningsorgan ble drøftet. Dette strekker seg over en lang tidsperiode, fra årene da Harlem-utvalgets innstillinger ble utarbeidet (1968, 1969, 1971), til de siste forslagene til endringer i styringsstrukturen for helsesektoren i Østfold som fylkeskommunen hadde hånd om før sykehusreformen. I tillegg er det i forbindelse med saksgjennomgangen også blitt gjennomgått intervjuer med sentrale beslutningstakere, særlig i ledelsen for ulike sykehus, og ved fylkeshelsesjefens kontor. Samlerapporten fra 1993 omfattet også to analyser av beslutningen om å innføre konsern-organisasjonen i Østfolds helsesektor fra 1987. Den første av disse tok for seg bakgrunnen for, og mulige implikasjoner av, denne beslutningen, mens den siste gjennomgikk iverksettelsesprosessen.

I 1987–1988 ledet jeg prosjektet «Ny organisasjonsmodell for Halden Sykehus». Prosjektet var todelt, første del en analyse av den eksisterende modell, den andre om forslag til endringer i modellen, basert på en analyse av erfaringene med innføring av målstyring/virksomhetsplanlegging ved sykehuset. Analysen tok også for seg relasjonene mellom sykehusledelsen og den overordnede styringsstruktur inkludert en vurdering av fylkeskommunens styringskapasitet. I tillegg til dokumenter, særlig gjennomgåelse av ulike instruksverk, ble det gjennomført intervjuer med ledere og ansatte ved sykehuset og Fylkeshelsesjefens kontor (25 intervjuer) og observasjon av møter i sykehusets ledergruppe (Ramsdal & Hanson, 1991).

I 1994 gjennomførte jeg en omfattende analyse av «Prosjekt Psykiatri». Dette prosjektet hadde som mål å utvikle en helhetlig og samlet plan for psykiatritjenestene i fylket, både spesialisttjenester og kommunale tjenester. Analysen var basert på saksdokumenter, intervjuer med 55 ledere og fagansatte i ulike deler av tjenestene samt observasjon av leder- og prosjektgruppene møter i en toårsperiode. Her var også problemstillinger knyttet til den overordnede planlegging og organisering av helsetjenestene mer generelt i fylket sentrale (Ramsdal, 1996, 2013).

I tillegg til rapporter og publikasjoner fra egne arbeider hviler kapittel 10 tungt på Vigdis Velgaards masteroppgave fra den Nordiska Helsevårdhøgskolan, der hun tar for seg den perioden der jeg selv ikke gjorde analyser av utviklingen i sektoren: Her ble det vedtatt en organisering av sektoren basert på prinsippet om et «fristilt» sykehus med fem dører. Dette la nye rammer for styring og ledelse av sektoren, innenfor de prinsipper for styring og ledelse som var blitt vedtatt i forbindelse med konsernmodellen (Velgaard, 2002).

I deler av perioden som omhandler etableringen av konsernorganisasjonen, samarbeidet jeg med amanuensis Kjeld Qvortrup, som da hadde vært direktør for Halden sykehus i 7 år. Sammen med ansatte ved fylkeshelsesjefens kontor utgjorde vi en liten «statsvitergruppe» som gjennom flere år diskuterte styringsutfordringene i helsesektoren, deltok på seminarer og konferanser, og fikk tilgang til dokumenter og data i departementer og i fylkeskommunen.

I tillegg til de dataene som er samlet inn i tilknytning til prosjekter og analyser, har jeg også fått tilgang på en omfattende samling avisartikler

– hovedsakelig fra Halden Arbeiderblad – som tidligere journalist Bård Halvorsen har stilt til disposisjon. Det dreier seg om ca. 600 sider, og dette materialet har gitt et godt inntrykk av hvilke beslutninger som ble gjort i fylkesting og andre politiske og administrative organer i fylkeskommunen, og hvordan de lokale sykehusaksjoner arbeidet. Mens dette materialet har gitt enestående innsikt i de konfliktfylte helsepolitiske spill denne perioden var preget av, er bare en liten del av det brukt her for å illustrere hvor traumatiske disse prosessene ofte var for de involverte.

Kapitlene 11, 12 og 13 i del 3 er i hovedsak basert på et 2-årig forskningsprosjekt ved Sykehuset Østfold HF, med oppstart i 2015. I forbindelse med planleggingen av det nye sykehuset på Kalnes ble det tatt initiativ til et forskningsprosjekt som et samarbeid mellom sykehuset og Høgskolen i Østfold, kalt «Fra gammelt til nytt sykehus». Dette prosjektet omfattet en rekke problemstillinger om mulige endringer i pasienttilfredshet, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, organisering, styring og ledelse. Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2015 om situasjonen før utflytting fra det «gamle» sykehuset i Fredrikstad, som ble fulgt opp av en tilsvarende datainnsamling ca. et år etter innflytting i det nye sykehuset. Den delen av prosjektet vi var engasjert i, tok for seg organisasjons- og ledelsesformer – med fokus på hvordan ledere på ulike nivå opplevde situasjonen like før åpningen av det nye sykehuset, og hvordan erfaringene var et år senere, da en var etablert i de nye sykehusene på Kalnes og Moss. I vår del av prosjektet ble det gjennomført 20 intervjuer med ledere i sykehuset i to omganger.

Tre av kapitlene tar for seg grunnlaget for det nye sykehuset (kapittel 11), endringer i lederstruktur (kapittel 12) og den overordnede «konseptualisering» av sykehusorganisasjonen (kapittel 13). Analysene er basert på kvalitative data. Først en dokumentgjennomgang, der fokus var å a) identifisere mål og virkemidler knyttet til organisering, styring og ledelse slik disse fremsto i planer for det nye sykehuset – særlig innenfor Prosjekt Nytt Sykehus – og i saksdokumenter fra Helse Sør-Øst og Sykehuset Østfold HFs styresaker. I tillegg intervjuer med ledere i sykehuset om deres vurderinger av utfordringer med ledelse, organisasjon og styring i gammelt og nytt sykehus

Fase 1 ble gjennomført høsten 2015, like før flytting til nytt sykehus fant sted. Her var fokus både erfaringer med den etablerte ledelsesformen, og forventninger til det nye sykehusets organisasjons-, styrings- og ledelsesformer. Til sammen ble det gjennomført 19 intervjuer i første runde. De som ble intervjuet, var adm.dir., fire stabsdirektører/viseadministrerende direktører, lederne for de kliniske avdelingene og to tillitsvalgte. I fase 2, høsten 2016 – etter at det nye sykehuset hadde vært i drift i ca. et år – ble de samme lederne, samt noen nye, intervjuet på nytt – her var det satt særlig søkelys på hvordan det nye sykehuset fungerte, sett i relasjon til forventningene en hadde før åpningen, og til sammen 20 personer ble intervjuet. I andre fase – da overordnet ledergruppe var endret – var det med noen unntak de samme personene som ble intervjuet. Unntak skjedde av to grunner: Det var etablert en ny overordnet lederstruktur, og en av dem som var intervjuet i første runde hadde sluttet, mens et par hadde fått nye stillinger.

Det innebærer at samtlige ledere for medisinske virksomheter, inkludert avdelingsledere og et par seksjonsledere, er intervjuet. I første runde ble det gjort en avgrensning mot ledere i divisjon rus- og psykiske helsevern, ettersom disse allerede var flyttet til det nye sykehuset da undersøkelsen startet. I siste runde ble også to avdelingssjefer fra rus- og psykisk helseklinikken intervjuet. Intervjuene var individuelle med gjennomsnittlig varighet av ca. 1 time (mellom 48 min. og 1 ½ time). Intervjuene omhandlet ikke personopplysninger ut over nåværende stilling/utdanning og karriereforløp, og synspunkter/vurderinger ble behandlet konfidensielt. Intervjuene ble tatt opp digitalt og ble slettet da prosjektet ble avsluttet i 2018. Første intervjurunde ble gjennomført i løpet av september/oktober 2015. Intervjuene ble transkribert i løpet av høsten 2015. Godkjenning fra NSD ble gitt august 2015 sammen med godkjenningen av de øvrige delprosjektene. Intervjudataene ble analysert ved hjelp av metoden «Systematic text condensation» (Malterud, 2012). En systematisering av funn fra den første fasen i datasamling 2015 – særlig om erfaringer med det «gamle» og forventninger til det «nye» – dannet grunnlag for de spørsmål som ble stilt i fase 2 høsten 2016. Her ble de samme ledere intervjuet (eller de som da fyller de lederposisjoner som ev. er utskiftet). I tillegg ble de tre lederne for divisjon for rustjenester og psykisk helsevern intervjuet.

I *kapittel 14* er søkelyset satt på samhandlingsformer og strategier for å omstrukturere helsetjenester i et bredere perspektiv. Allerede i 2008 gjennomførte jeg, sammen med Gunnar Vold Hansen, en evaluering av «administrativt samarbeidsutvalg i Østfold», som var et forum som hadde som formål å bidra til bedre samhandling mellom spesialisttjener og lokale/kommunale helsetjenester. Gjennom dokumentgjennomganger, intervjuer og observasjoner av utvalgets arbeid siden 2005 studerte vi erfaringene med utvalgets organisasjons- og arbeidsformer. Erfaringene med utvalgets arbeid ble etter hvert et bidrag til de forslag som ble lagt inn i samhandlingsreformen, og kapittelet konsentrerer seg særlig om hvordan en har ønsket å utvikle samarbeidet i sektoren gjennom ulike innovative strategier. I 2007 gjennomførte jeg et prosjekt – om «organisatoriske innovasjoner i helsesektoren» (Ramsdal & Ramsdal, 2007), der vi, på grunnlag av at behandlingslinjer ble valgt som et strategisk satsingsområde i Sykehuset Østfold – foretok et review av den internasjonale litteraturen om dette temaet. Flere masterstudenter tilknyttet sykehuset skrev også oppgaver om dette temaet, og kunnskapen om disse prosessene ble senere grunnlag for diskusjoner med kvalitetsavdelingen ved sykehuset tilknyttet iverksetting av samhandlingsreformen (Sundstøl, 2008; Finnanger & Sletvold, 2006; Fineide & Ramsdal, 2014). I tillegg hviler kapittelet på et prosjekt om iverksetting av velferdsteknologi i kommunene, som ble gjennomført i tidrommet 2011–2013) (Bjørkquist, Ramsdal & Ramsdal, 2015).

Del 2

Fra helsepolitiske spill til radikal rasjonalisme

KAPITTEL 4

Bakteppe: Østfolds helsepolitiske debatt 1987–1997

4.1 Nærmere om «helsepolitiske spill»

Denne delen av boken tar utgangspunkt i forholdet mellom «helsepolitiske spill» og strategier for å etablere «helhetlige» løsninger der faglige, økonomiske og geografiske hensyn skulle ivaretas. Begrepet helsepolitiske spill ble introdusert for å betegne ulike aktørers arbeid for å fremme sine interesser i sektoren, og de motsetninger og allianser som oppsto i dette arbeidet.

Målene som er formulert for de norske helsetjenestene er ambisiøse – å sikre likeverdige tjenester, geografisk balanse og høy kvalitet (Helseplan for 2020–2030). Samtidig er det knyttet en rekke vanskelige verdivalg til å oppnå disse målene. «*De fleste av de moderne samfunnspolitiske, teknologiske, økonomiske og sosiale konflikter, interessenmotsetninger og dilemmaer viser seg i helsevesenet*» (Grund, 2006, s. 107). Som nevnt foran pekte Jan Grund allerede i 1991 på at styringen av helsepolitikken preges av forhandlinger, interessekonflikter, usikkerhet og at det foregår et «spill» mellom ulike aktører som søker å influere på de helsepolitiske beslutningene. Han identifiserte helsepolitikkenes hovedaktører som «befolkningen», pasientene og deres organisasjoner, helsearbeidere/-profesjonene og fagorganisasjoner, administratorer, politikere, sykehus og legemiddelfirmaer. Han betegner dette som et «maktspill» (Grund, 2006, s. 113–116). En rekke forfattere – og offentlige dokumenter – har på ulike måter bekreftet og utdypet hvordan dette «maktspillet» utfolder seg (St.m. nr. 24, 1996–97; Hansen, 1979; Neby, 2008). Vanligvis har en hevdet at slike maktspill har kommet til uttrykk i lokale helsepolitiske prosesser, knyttet til det en har ment har vært den særpregete desentraliserte «nordiske modell»

i helsetjenestene (Martinussen & Magnussen, 2009). Det kan riktignok hevdes at denne «modellen» kun har vært fullt ut gjeldende i noen tiår før århundreskiftet, og også da med mange variasjoner mellom landene som gjør at en enhetlig betegnelse på de nordiske helsesystemer ikke nødvendigvis er dekkende (Byrkjeflot & Neby, 2008). Neby og Byrkjeflot peker på at det de siste årene har skjedd en sentralisering av styringen av helsetjenestene – ikke minst i Norge. Denne sentraliseringen manifesterte seg særlig gjennom sykehusreformen i 2002, og innebærer at rammene for de helsepolitiske spill har endret karakter, uten at konfliktnivået er redusert. De prosessene som er beskrevet senere i denne boken, dreier seg i stor grad om hvordan en gjennom ulike strategier prøvde å tilrettelegge for «helhetlige» løsninger, og gjennom disse prøvde å bryte logikken som de helsepolitiske spill kjennetegnes ved.

Fra midten av det 19. århundre frem til ca. 1970 var de fleste somatiske sykehus eiet og administrert av organisasjoner som hadde sin forankring i lokalsamfunnet. I perioden mellom 1970 og 2002 ble sykehusene eiet og ledet av fylkeskommunene, og det var fylkeskommunens politiske og administrative organer som eide og forvaltet de enkelte sykehus, og vedtok planer og budsjetter for dem. Dette innebar at styringen av sykehus ble avhengig av den politiske sammensetning i helse- og sosialutvalg, fylkesutvalg og fylkesting. Et viktig punkt er at mens fylkeskommunenes viktigste politiske organer (fylkesting/fylkesutvalg) opprinnelig var sammensatt av representanter fra fylkets kommuner (ordførere), ble fylkeskommunen i 1976 et «selvstendig forvaltningsorgan», med egne politiske valg og en administrativ struktur som var ansvarlige til disse organene. Gjennom sykehusreformen i 2002 overtok staten ansvaret for å eie og drive de somatiske og psykiatriske sykehusene, som en hoveddel av spesialisttjenestene. Dette eierskapet ble organisert med regionale foretak, som i sin tur ble organisert med underordnede helseforetak, bl.a. de enkelte sykehus med tilliggende spesialisttjenester. Oppnevning til styrene i foretakene blir foretatt av statlige myndigheter. Denne utviklingen, som altså følger en bestemt retning fra desentraliserte, lokalsamfunnsforankrede sykehus til den statlige forvaltningen som preger dagens situasjon, gir en forvaltningspolitisk ramme som gjør det lettere å forstå de problemstillinger som preget debatten om sykehusstruktur. Den

institusjonelle forankring i lokalsamfunnet og hos lokale aktører som har lagt grunnlaget for dagens sykehustjenester, preger fremdeles det mentale kartet for befolkningens engasjement i disse spørsmålene.

Det utviklingsmønsteret vi har skissert ovenfor, har også vært gjeldende i Østfold. Østfolds nyere helsepolitiske historie dreier seg om problemstillinger som har sitt opphav i den sykehusstrukturen som ble etablert gjennom lokale beslutninger fra tiden etter århundreskiftet i 1800. Smaalenenes Amt Sygehus ble etablert i 1795 med 10 senger i Fredrikstad. Dette var Østfolds første fylkessykehus. I 1841 ble det åpnet et nytt sykehus i Gamlebyen, og i 1888 ble St. Joseph, det katolske sykehus i sentrum av Fredrikstad, åpnet i samme området som Sentralsykehuset senere ble bygget. Dette sykehuset var initiert av Sykehusforeningen i Fredrikstad i 1928, men det tok over 30 år før sykehuset ble åpnet i 1956 med 207 ansatte. I 1979 ble det vedtatt å utvide sykehuset med Serviceblokken, som ble åpnet i 1983.

Moss sykehus ble opprinnelig bygget etter en gave fra en privat forretningsmann i 1899. I 1901 ble sykehuset ytterligere utvidet (til 17 senger), og fikk bl.a. operasjonsstue. I 1914 forærte Moss Sparebank midler til et fullt innredet sykehus med 24 senger og operasjonsstue. I 1968 vedtok fylkestinget Harlem-utvalgets innstilling om å bygge et nytt sykehus «omgående». Det tok likevel 10 år før det nye sykehuset i Moss ble åpnet i 1978.

I Sarpsborg nedsatte kommunestyret i 1897 et utvalg for å utrede hvordan en kunne få et sykehus i byen. I 1901 ble det nye sykehuset innviet. Dette ble senere utvidet ved at Østfold Mødre- og barsel hjem, som ble åpnet i 1917, etter hvert ble til Føde- og gynekologisk avdeling ved Sarpsborg sykehus. I 1962 vedtok bystyret å bygge et åtte-etasjers sykehus, og dette sto ferdig i 1967. Sykehuset hadde da 252 pasientsenger, inkludert 64 senger på Føde- og gynekologisk avdeling.

I 1921 vedtok Askim kommunestyre å bygge en sykestue, som etter hvert ble utvidet tre ganger. I 1933 fikk Eidsberg og Askim kommuner en testamentarisk gave fra E. Ruud i USA. I 1946 vedtok fylkestinget å bygge Edvin Ruuds Hospital, et geriatrisk sykehus med 52 senger. Sykehuset ble innviet på Slitu (mellom de to byene) i 1964. Dette året ble det også bygget et nytt «tre-delt» sykehus i Askim – Indre Østfolds Sykehus – med 125 senger i sentrum av Askim.

I Halden ble St. Josephs Hospital innviet i 1900. I 1952 ble et nytt sykehus, Halden sykehus, åpnet. Dette sykehuset hadde 60 senger på indremedisinsk avdeling og 60 senger på kirurgisk avdeling. Fødeavdelingen ble åpnet i 1955, og stengt i 1985.

De kortfattede beskrivelsene av etableringen av sykehusene i Østfold viser hvordan de problemstillingene knyttet til sykehusstruktur som vi er opptatt av, har sitt opphav i lokale beslutninger, der samspill mellom private mesener og kommunale initiativ flere hundre år tilbake i tid la grunnlaget. Det vi vet, er at sykehusene ble ansett som viktige symboler og identitetsmerker for lokalbefolkningen, noe som bl.a. kommer til uttrykk ved at lokale frivillige foreninger, etter hvert særlig Sanitetsforeningen, bidro med ulike former for støtte til driften av sykehusene.

Et trekk ved utviklingen i 1970-årene, da fylkeskommunene overtok ansvaret for de offentlige sykehusene i sine respektive fylker (med unntak for privateide og statssykehus), var at den opprinnelsen sykehusene hadde, slik som i Østfold, på sett og vis ble videreført gjennom det fylkeskommunale styringssystemet. Det som bidro til forankringen i de ulike lokalsamfunn/byer, var nettopp måten fylkeskommunenes politiske organ var sammensatt på – med ordførerne fra fylkets kommuner som de folkevalgte i fylkets politiske organer (fylkesting/fylkesutvalg). Dette bidro til å fasttømre den sykehusstrukturen som var etablert i tiden før fylkeskommunen overtok ansvaret, og ingen ordfører kunne unngå å forsvare «sitt» lokalsykehus i denne perioden dersom man ønsket å bli gjenvalgt. (Denne fremstillingen bygger på en «kort historie om sykehusene i Østfold», Sykehuset Østfold 2015.) Det er denne forankringen i det lokale som er et av utgangspunktene for analysen som følger i de neste kapitlene.

4.2 Noen glimt fra Østfolds helsepolitiske debatt

Sjokkmelding om nedleggelse (1988–1989)

Det store sykehusunderskuddet er bakgrunnen for at fylkesrådmann Kurt Mosbakk i 1988 vil redusere antall sykehus i Østfold. Sarpens avis (24. oktober 1988) beskriver det som en «sjokkmelding» da han

presenterer forslaget om å legge ned tre sykehus. De to sykehusene som skal bestå bør, ifølge ham, være i Fredrikstad og Moss eller Askim. I samme avis siteres han på at «fylkeskommunens ledelse har levd i en drømmeverden».

Det blir generalstreik mot sykehusnedleggelse i Halden og etterkrigstidens største folkesamling i Halden sentrum, «Ti tusen i protest» (Halden Arbeiderblad, 3. november 1988, s. 1). Fylkesutvalget vedtar å utrede sparekonsekvensene frem til mars 1989.

32 500 protestunderskrifter overleveres fra Halden og Indre Østfold til fylkesvaraordfører (KrF).

I 1989 legger Mosbakk og fylkeshelsesjef Larsen frem forslag til innsparinger, med blant annet samkjøring av Sasy og SØF under én ledelse. Fusjonen skal resultere i Østfold Sentralsykehus. Halden sykehus må kutte flest stillinger og må legge ned intensivsen, men skal drive hofteoperasjoner.

Folk protesterer sterkt mot nedskjæringene, og spesielt i Halden. Tune-ordføreren uttaler at «det er jamgodt med politisk selvmord å stemme for nedlegging av beredskapen ved lokalsykehusene» (HA, 16. mars 1989). Senere i mars er 15 000 mennesker samlet i gatene utenfor ved fylkestingets møte på Folkets Hus i Sarpsborg.

Det borgerlige flertallet og SV blir av Ap beskyldt for å ha gått inn for «en sniknedlegging av Halden sykehus», men de snur og går nå inn for å opprettholde dagens driftsnivå. Under valgkampen i september er likevel overskriften i Halden Arbeiderblad «Folk som stemmer Høyre stemmer for sykehusnedleggelse» (HA, 9. september 1989).

Fylkestinget vedtar at fylkets helse- og sosialutvalg får fullmakt til å ta seg av videre omorganisering av sykehusene med ytterligere innsparinger i forhold til 89-budsjettet. Prosjekt Hasy-Sasy-Søf er dermed satt i gang.

Innsparinger og sykehus i krise (1990-1991)

Lederne av sykehusaksjonen i Halden og Sarpsborg, Audor Nygård og Trygve Hansen, «mener sykehusinnsparingene i Østfold nå

nærmer seg en skandale» (Halden Arbeiderblad, 22. mars 1990). 21. mars blir det kunngjort en «Hospital Aid» – en kjempekonsert 6. mai med kjente lokale artister. Tusen mennesker samles på Sarpsborg torg, og Samorgleder Jan H. Johansen melder at Halden og Sarpsborg skal stå sammen om å berge lokalsykehusene (HA, 24. april 1990).

På fylkets helse- og sosialutvalgsmøte 27. april hever Tunes tidligere Ap-ordfører Oddmund Hansen krykkene mot taket idet han sier: «Jeg kaller dere for det dere er – en gjeng med judaser!» (HA, 27. april 1990).

Sarpsborgoverlege Sverre Baarstad skriver i et avisinnlegg (SA, 12. mars 1991) at det beste alternativet for fylket vil være å samle all ekspertise og beredskap på ett sted. Ap's helsepolitiske talsmann svarer til dette at det ikke er akseptabelt. Et enstemmig helse- og sosialutvalg gir klarsignal for nye nedskjæringer ved sykehuset i Sarpsborg. Budsjettproblemene ved Østfold Sentralsykehus vokser og vokser (Fredriksstad Blad, 19. juni 1991).

I juli starter valgkampen med at Høyre foreslår å bygge nytt sykehus ved Tunevannet. Fylkespartiet har programfestet mål om et nytt sykehus mot år 2000, i tillegg til et avlastningssykehus langs den andre hovedfartsåren, E18 (HA, 1. juli 1991).

Halden Arbeiderblad skriver om sykehuskrisen og årets underskudd som vil bli på 55 millioner kroner, helsekøene som vokser, men at det ikke finnes noen spareløsning. Reaksjonen på sparepolitikken til fylkesrådmannen er store. Fagfolkene på sykehusene reagerer og føler seg overkjørt av uklare og urealistiske vedtak (Halden Arbeiderblad, 1. oktober 1991). Fylkeshelsesjef Hans O. Larsen skriver om de drastiske konsekvensene for tilbudet ved fylkets somatiske sykehus, som fylkesrådmannens rammer og sparekurs vil føre til. Det blir også levert inn protester mot reduksjon i antall liggedøgn ved barselavdelingen i Østfold.

I behandlingen av 1992-budsjettet blir det lagt frem seks ulike forslag til sykehusinnsparinger. Ap får flertall for sitt forslag om at Halden må spare inn ytterligere 4 millioner kroner. Høyre kom

med et forslag på innsparinger på 60 millioner. Unni Gangnæs (H) brukte uttrykk som «mangel på bakkekontakt» under debatten. Hun mener det er naivt å tro at Stortinget vil bevare fem sykehus i et fylke med korte avstander (Halden Arbeiderblad, 10. desember 1991).

Ny helseplan og nye protester (1992)

Fylkesrådmannen varsler drastisk omlegging av sykehusdriften, og Halden sykehus skal få ny toppledelse (HA, 2. januar 1992). Arne Øren (AP), som nå er fylkesordfører, sier han vil stå fast ved valgløfter om å sikre lokalsykehusenes fremtid (HA, 16. juni 1992).

Ny helse- og sosialplan fører til at kirurgisk beredskap blir samlet i Moss og Fredrikstad. Protestene kom, men ikke fra politikerne. Halden Arbeiderblad kommenterer denne tilbakeholdenheten. Redaktøren mener det kommer dels av det store innsparingsbehovet og dels av løftene fra valgkampen om å beholde fem lokalsykehus (HA, 1. august 1992).

Ifølge Fredriksstad Blad må partiene ha jobbet i det skjulte etter at helseplanen for perioden 93-96 ble vedtatt, og at det er historisk at Høyre har slått seg sammen med Ap, Sp og Krf (Fredriksstad Blad, 2. september 1992).

Det blir folkemøte i Halden om helseplanen som ble arrangert på bakgrunn av uoverensstemmelse mellom Østfold Arbeiderparti og fagbevegelsen i store deler av fylket (HA, 8. september 1992).

Fylkeshelsesjef og Haldens varaordfører inviterer til en felles uttalelse, der de hevder at alternativet til helseplanen er nedleggelse av Halden sykehus. Høyres Alf Ege mener denne innstillingen uansett betyr en rasering av sykehusene (HA, 9. september 1992).

Busslass med folk fra Indre Østfold, Halden og Sarpsborg møtte opp på fylkestinget i Rakkestad, og protestunderskrifter ble overlevert. Politikerne brukte 8,5 timer på å debattere helseplanen (HA, 17. september 1992).

Vedtaket fra fylkestinget sier at all akutt sykehuskirurgi skal utføres i Fredrikstad eller Moss dersom innleggelse er nødvendig. De øvrige sykehus beholder medisinsk døgnberedskap.

Intern strid i Østfold Ap (1993–1994)

Høyre foreslår at Østfold skal være prøvefylke for en ny finansiering av sykehusdriften, der pengene skal følge pasientene, og sykehusene skal konkurrere om «kundene». Arbeiderpartiet går hardt ut mot forslaget og ser på utspillet som en alvorlig trussel mot lokalsykehusene (HA, 2. september 1993).

Pasientombudet i Østfold, Anne Ording Haug, mener at det ikke finnes sikkerhet ved Østfold Sentralsykehus. Hun mener at Østfold fylkes styring med sykehuset er dramatisk dårlig, og at staten nå må overta (FB og Dagsrevyen, 8. september 1993).

På årsmøtet vedtar Fredrikstad Arbeiderparti en uttalelse om at sykehusdriften bør omorganiseres til ett sykehus. Fylkesordføreren stemte også for dette (HA, 8. februar 1994). I Sarpsborg stemte flertallet i AP for å beholde vedtatt helseplan, og ikke gjennomføre rokeringer ved fylkets fem sykehus. Spesielt haldenserne tok sterk avstand fra Fredrikstad-forslaget om økt satsing på Sentralsykehuset (HA, 12. mars 1994).

Det blir skifte av fylkets helseledere. Fylkeshelsesjef Hans O. Larsen fratrer av helsemessige årsaker. Leder for helse- og sosialutvalg, Dag Johansen, ønsker fritak fra vervet. Til våren skal Østfold Sentralsykehus få ny direktør (HA, 4. mars 1994).

Norsk Gallups undersøkelse med 1200 østfoldinger viser at folk i beskjeden grad er opptatt av avstanden til sykehus i fylket. Østfoldingene er misfornøyde med den lange ventetiden, og er mer opptatt av rask behandling (HA, 19. mai 1994).

Representantskapet i Sarpsborg Ap ønsker utredning av nytt sentralsykehus. Leder i Østfold Høyre jubler over beslutningen (SA, 1. desember 1994). SV lanserer 3-sykehusmodell. Østfold Ap er splittet, Fredrikstad, Moss og Indre fikk flertall for at dagens struktur er den beste (HA, 12. desember 1994).

Politisk splid – et sykehusvalg (1995)

Pressen blir informert om at prosjektgruppen (som skal fortelle hvordan Østfold-sykehusenes årlige driftsnivå kan reduseres med

80 millioner kroner) vurderer tre sykehusmodeller: a) ett sykehus i Østfold, b) to sykehus, C) tre sykehus. En arbeidsgruppe med leger foreslår å bygge et nytt sykehus, noe som fører til overskriftene om at anonyme eksperter vil legge ned sykehuset (HA, 7. januar 1995), og at fagmiljøene ved sykehusene i Østfold mener at i mellomtiden bør helsetilbudet samles i to akuttsykehus, det ene i Moss (Øvre, 7. januar 1995). Prosjektgruppen avgjør at utredningen om et nytt sykehus skal være ferdig innen 1. januar 1998, og det blir derfor ingen endringer av sykehusstrukturen i 1995.

Ny legevakt åpnes i Moss, et tilbygg til Moss sykehus (Moss avis, 13. januar 1995).

Fylkesrådmannen presenterer et overskudd av driften i 1994, det til tross for at sykehusene alene brukte ukentlig en million kroner mer enn de hadde (HA, 2. februar 1995).

Rundt 2000 mennesker går i fakkeltog i Askim sentrum mot nye nedskjæringer ved Indre Østfold Sykehus, etterfulgt av debattmøte med 500 til stede.

Sykehusdirektør ved ØSS, Eddie Sjøborgs, som er rekruttert fra en større industribedrift i Fredrikstad, lanserer prosjekt «ØSS 96», som skal spare 20 millioner kroner i Østfold Sentralsykehus, uten å ramme pasientene. Fredriksstad Blad mener dette betyr at «sykehuset nå for første gang skal behandles som en hvilken som helst industribedrift» (FB, 3. mars 1995).

Østfold Ap vedtar å utsette omstrukturering av fylkets sykehusdrift i fire år, noe fagmiljøene ved Østfold Sentralsykehus er oppgitt over (Fredriksstad Blad, 8. mars 1995). Høyre «kommer til å kjøre beinhardt mot Arbeiderpartiet i valgkampen», og vil ikke holde kunstig i liv fem fullverdige sykehus (Moss Avis, 13. mars 1995). Det er full splid om sykehusenes fremtid, seks ulike forslag ligger på bordet, og politikerne må forsøke å sy sammen noen av forslagene (Indre, 24. mars 1995). Problemet blir ikke løst, og i påvente av nye utredninger vedtar Østfold fylkesting å drive dagens sykehus videre som før (HA, 31. mars 1995). Østfold Høyre vil ha akuttsykehus i Askim, Moss og Fredrikstad (Øvre, 8. september 1995).

Ifølge Sarpsborg Arbeiderblad ble valget et sykehusvalg. Oddmund Hansen sikret plasser for sitt nye parti, mens Ap gjorde et dårlig valg (SA, 13. september 1995).

Østfolds sykehuspolitikk får refs av Stortingspresidenten, som mener det er lite hensiktsmessig å opprettholde alle lokalsykehusene i Østfold.

Ledelsen ved Østfold Sentralsykehus forteller med sin «konsekvensanalyse» hvor drastisk de må gå frem på barsel- og andre ØSS-avdelinger. Det blir store medieoppslag om dette, blant annet førstesideoverskriften «Mor og barn kan bli sendt hjem etter seks timer» (FB, 23. november 1995). Det meldes også om overbelastning og «krise i hjemmesykepleien i Askim: – Vi makter ikke mer» (Øvre, 11. desember 1995). Fylkeshelsesjef Hans O. Instefjord sier at Østfold nå må ta en avgjørelse, og at resultatet må bli færre akuttsykehus (Moss Avis, 22. desember 1995).

Budsjettsprekk, nøddrop og vedtak om to akuttmottak (1996–1997)

Demokraten melder om uverdige forhold og pasienter som rammes av sykehuskrisens akutte og dramatiske overbelegg: «Kreftsyk på gangen» (Demokraten, 11. januar 1996). Moss avis følger opp dagen etter om den medisinske avdelingen ved Moss sykehus: «Overlegg på 50%». Fylkeslegen Elisabeth Markus vil følge opp og kikke nærmere på forholdene ved det overbelastede ØSS (Demokraten, 12. januar 1996).

Begeret er fullt for fylkespolitikkerne i forhold til ledelsen ved Østfold sentralsykehus. De er lei av Eddie Sjøborgs soloutspill i mediene og mangelen på budsjett disiplin. Men Sjøborg får sitte på nåde, skriver Sarpsborg Arbeiderblad i oppslag på førstesiden (SA, 27. januar 1996).

Til tross for at Østfold Sentralsykehus får sterk kritikk for budsjettsprekk og overtidsbruk, gir arbeidstilsynet grønt lys for bruk av «ubegrenset med overtid for å bringe 1996-budsjetet i balanse» (Demokraten/SA, 1. februar 1996). I førsteoppslaget i Demokraten dagen etter kommer det et «nøddrop fra sykehuspresten», og hans dype bekymring

for de ansattes psyke og pasientenes psykiske helse (Demokraten, 2. februar 1996). Politikerne beskyldes så for å gamble med folks liv på grunn av manglende kapasitet til å ta imot pasientene fra Østfold (Øvre, 8. februar 1996). Plasskrisen på Veum blir omtalt som en «brannfelle» for pasientene, og direktør Kåre Høye sier situasjonen er faretruende (Demokraten, 19. februar 1996).

Hauglin-utvalget anbefaler at Østfold driver sykehusene videre kun med akuttmottak i Fredrikstad og Moss (HA, 22. juni 1996). Haldenserne går i fakkeltog mot ytterligere innsparinger ved Halden sykehus. «Med lenkede hender og brennende fakler slo nærmere 2000 fremmøtte dette fast under gårsdagens massemønstring på Stangeberget (HA, 30. oktober 1996).

Fylkestinget vedtar (12. desember 1996) utvalgets forslag, og flertallet går inn for utredning av ett, nytt høykompetent sykehus sentralt plassert i Østfold.

I januar 1997 er status underbemanning og ventelistegarantien er brutt for 1562 personer ved årsskiftet (HA, 24. januar 1997).

4.3 Lokal aksjonisme og helsepolitiske spill i Østfold

De konfliktene om sykehusstruktur og fordeling av ulike spesialiteter (som akuttkirurgi og fødetilbudet) som det her er gitt noen «glimt» av, er på ingen måte særegent for Østfold. Allerede i 1974 viste Hansen hvordan tilsvarende helsepolitiske «spill» utfoldet seg i Møre og Romsdal – som et preludium til de konflikter om sykehusstrukturen der i våre dager. Som kjent skjedde tilsvarende konflikter i mange fylker – ikke bare i Nord-Norge og på Vestlandet der avstandene er store – også før sykehusreformen i 2002. En kunne tenke seg at rammene for lokalpolitisk mobilisering om sykehusstrukturen ble endret etter denne reformen, men så er ikke tilfellet.

Kvåle og Torjesen (2014) beskriver hvordan konflikter om sykehusstruktur og -tjenester gjør seg gjeldende over hele landet – også i Oslo-regionen. De konsentrerer seg om tiden etter sykehusreformen i 2002,

og viser til at bevegelsen, for å forsvare eksisterende tilbud i hele landet, kommer til uttrykk på to måter: som lokale protestaksjoner og gjennom «Folkebevegelsen for lokalsykehusene», som koordinerer og argumenterer lokalpolitisk mobilisering på nasjonalt nivå. De peker på nettopp de grunnleggende egenskapene ved disse aksjonene, sett i et ny-institusjonelt perspektiv: Det dreier seg om mobilisering tuftet på grunnleggende verdier om lokal tilhørighet, der en både er opptatt av tjenestetilbudet som sådan, men også at en ikke aksepterer det mindrevord som avvikling av det lokale tilbudet kan anses å være. Disse verdiene er dypt forankret i den nasjonale forståelsen av at tiltak og tjenester skal leveres mest mulig desentralt, slik begrepet «velferdslokalisme» er uttrykk for (Grønlie, 2004).

Som nevnt innledningsvis kom disse verdiene til uttrykk gjennom konfliktene om sykehusstruktur og -tilbud, også i Østfold. Aktørene her var lokalbefolkningen generelt, som krevde at tilbudet skulle opprettholdes, samtidig som det også var et potensielt skille mellom befolkningen generelt og de pasientene som primært kunne ønske at kvaliteten på de helsetjenestene de hadde behov for, var tilgjengelig uavhengig av lengre reiseavstand. Også fagfolk, som legene, kunne være uenige i lokalisering av tilbudet, slik også Østfold hadde flere eksempler på. Et dilemma som i liten grad fikk oppmerksomhet, var spørsmål om en omprioritering fra somatiske til psykiske helsetjenester (Ramsdal, 1996, Ramsdal 2013). I tråd med det Kvåle og Torjesen finner, er det massiv oppslutning fra nesten alle lokalpolitisk forankrede aktørgrupper i disse prosessene: lokalbefolkningen generelt, lokalpolitiske partier, fagforeninger, lokalaviser, noen – men ikke alle – representanter fra helseprofesjonenene, kommunens politiske organ. Og i mange situasjoner kommuniseres det at nedbyggingen av tilbudet dreier seg om «liv eller død for lokalsamfunnet» (Kvåle & Torjesen, 2014:159).

De konfliktene som skjedde over et langt tidsrom – i Østfold frem til sykehusreformen – danner bakteppet for de strategiene som en jevnlig initierte for å skape helhetlige løsninger der økonomiske begrensninger og faglig-medisinske ambisjoner kunne ivaretas – og der en på ulike

måter måtte ta hensyn til – eller overse – de geografiske dimensjonene i struktureringen av tjenestene. Det er dette som er hovedspørsmål i Del 2 i boken. Det som etterfølger dette kapitlet tar for seg grunnlaget for den veksten i helsetilbudet som skjedde i tiden før striden om fordelingen av tjenestetilbudet ble utløst – det vil si fra slutten av 1960-tallet og frem til fylkeskommunen ble et selvstendig forvaltningsorgan i 1976. Dette kapitlet dreier seg om arbeidet som ble gjennomført for å planlegge for denne veksten av det såkalte «Harlem-utvalget».

KAPITTEL 5

Harlem-utvalget

5.1 Innledning

Dette kapittelet dreier seg om den fasen jeg i tråd med flere andre studier har betegnet som «institusjonalisering og profesjonalisering» (Berg, 2009). Dette var en fase som var preget av «vekst og fremgang». Grunnlaget for dette preget er å finne i etterkrigstidens oppbygging av den norske velferdsstaten, der helsesektoren var en sentral arena. I perioden vi her snakker om, var det derfor de politiske ambisjonene om vekst og utvikling i tjenestetilbudet som la premissene for styringsformene som ble valgt. Denne fasen var preget av en sterk tro på institusjonalisering, forstått som utbygging av bl.a. somatiske og psykiatriske sykehus, og sykehjem. Fagprofesjonenes – det vil særlig si legeprofesjonens – sterke innflytelse over måten tjenestene skulle organiseres på og hvordan helsearbeid skulle utføres, var et kjennetegn (Berg, 2009; Borum, 2003). I norsk sammenheng er denne utviklingen knyttet til betegnelsen «det evangiske system» – etter helsedirektør Karl Evang, som i mer enn to tiår fra slutten av 1940-tallet preget utviklingen av tjenestene. Det som er i sentrum for analysen i dette kapittelet, er eksempel på hvordan en tenkte seg denne utviklingen i Østfold, slik denne ble utredet i det såkalte Harlem-utvalget. Det skjedde i flere omganger, og innebar primært at en mente det var nødvendig å styrke tilbudet i fylket på alle de helsefaglige områdene – samtidig. De forslagene som ble lansert, og i stor grad besluttet politisk og deretter iverksatt, er viktige for den videre fremstillingen i denne boken av to grunner: For det første la forslagene grunnlag for struktureringen av tjenestetilbudet, også sykehusstrukturen. For det andre, og i vår sammenheng like viktig: det innebar en mental tilrettelegging for de forventninger til helsetjenestene som befolkning, fagprofesjoner og ansatte i tjenestene tok med seg inn i de neste fasene.

5.2 Bakgrunn

I 1946 ble det utarbeidet en sykehusplan for Østfold fylke. Denne planen forutsatte at det skulle bygges sykehus med spesialavdelinger i byene og Indre Østfold. Man beregnet behovet for sengeplasser ved de somatiske sykehusene til 1236 totalt i Østfold. I 1967 var denne målsettingen nådd, idet en da disponerte 1233 sengeplasser i fylket. I forhold til planene for fordelingen av sengeplasser på lokalsykehusområdene var imidlertid den eksisterende struktur skjev: Mens Moss-området hadde ca. 100 færre senger enn planen fra 1946 innebar, hadde Fredrikstad-distriktet ca. 100 plasser flere enn planen foreskrev. Moss kommune tok derfor et initiativ til en utbygging av sykehuset der, og foreslo etablering på et nytt tomteområde like utenfor sentrum av byen. Helsedirektoratet ble i forbindelse med disse planene forespurt av Fylkesmannen i Østfold om en der «hadde noen synspunkter å meddele vedrørende sykehusutbyggingen i Østfold». (Brev fra Fylkesmannen til Helsedirektoratet, 23. 2.1967).

Helsedirektøren ga i sitt svar til Fylkesmannen en omfattende redegjørelse for sitt prinsipielle syn på sykehusutbyggingen i landet, der han i hovedsak presenterte de synspunkter på utbyggingen av sykehusstrukturen som senere kom til uttrykk i utredningen om regionalisering av sykehusvesenet (Sosialdepartementet St.m. nr. 9 (1974–1975)).

Avslutningsvis pekte helsedirektøren på de særegne forhold ved Østfold fylke og om planene ved Moss sykehus. Om disse planene het det – under henvisning til § 12 i den nylig vedtatte Sykehusloven, at *«før fylket tok standpunkt til spørsmålet om å bygge et nytt sykehus i Moss, burde det foretas en nærmere utredning av fylkets samlede sykehusplaner på lang sikt»* (brev fra helsedirektør Karl Evang, 31.5.1967).

Den 2.9.1967 vedtok fylkesutvalget i Østfold å nedsette et utvalg med sikte på å foreta den av helsedirektøren anbefalte utredning. Utvalget ble bedt om å foreta en vurdering av sykehusstrukturen «på lang sikt», og så vidt mulig presisere «hvilke hovedtrekk som karakteriserer utviklingen». I mandatet ble det dessuten angitt et funksjonsfordelingsprinsipp for forholdet mellom lokalsykehusene og sentralsykehuset, og ut fra dette ble utvalget bedt om å vurdere de krav som måtte stilles til sentralsykehuset mht. avdelinger, deres sannsynlige størrelse, utstyr og bemanning, herunder også hvilke krav som skulle stilles til fylkets sentrale

sykehuslaboratorium. Dernest ble utvalget bedt om å vurdere hvilke oppgaver fylkets øvrige sykehus skulle dekke *«ut fra en klar arbeidsdeling mellom disse sykehus og i forholdet til sentralsykehuset, idet en legger faglige og økonomiske hensyn til grunn for vurderingen og tar med i sin vurdering alle sykdomsformer og alle de behandlingsformer som kan være tjenlige»*. (Sitert fra innstillingens mandat, s. 3)

Som vi ser var mandatet omfattende, og forutsatte utarbeidelse av en helhetlig plan for sykehusstrukturen og det totale fylkeskommunale tjenestetilbudet i sektoren. Mandatet var sterkt preget av den funksjonsfordeling Helsedirektoratet forutsatte i et «regionalisert helsevesen», og også av de sosialmedisinske strømninger som da gjorde seg gjeldende, slik det bl.a. fremgikk av mandatets formulering om at utvalget skulle legge til grunn at *«sykehusene er et ledd i det samlede apparat fylket og samfunnet for øvrig søker å bygge ut for å sikre befolkningens helse, arbeidsevne (og annen utfoldelse og aktivitet), selvstendighet og tilpasning til sine omgivelser»*. (Sitert fra innstillingens mandat, s. 3)

Utvalgets medlemmer ble dels hentet utenfra fylket, dels var dets medlemmer sentrale politiske og helsefaglige representanter fra fylket. Utvalgets formann var Gudmund Harlem, som var overlege ved Statens Institutt for folkehelse, men også arbeiderpartipolitiker. Han hadde bl.a. vært sosialminister i 1955–1961, og senere forsvarsminister til 1965. De øvrige medlemmer i utvalget var fylkeslege H. Bjelke, Moss, fylkesordfører R. Gundersen, Fredrikstad, sosialleder J. Sveeggen, Oslo, og sykehus-sjef J. Øie, Molde.

Ut fra sitt omfattende mandat startet utvalget med en befaringsreise ved de fleste av fylkets helseinstitusjoner, og med møter med fylkesmann, de fleste av sykehusenes leger, de fleste distriktsleger og en del representanter fra kommunale myndigheter. I tillegg samlet man inn materiale fra inn- og utland, og tok deretter sikte på å ta for seg organiseringen og utbyggingen av fylkets helsetjeneste under ett.

To forhold forstyrret imidlertid utvalgets opprinnelige arbeidsplan. Kort etter at utvalget var kommet i arbeid, fikk det videresendt et brev av 13.12.67 til Fylkesmannen i Østfold fra et større ingeniørfirma vedrørende mulig videreutbygging av Sentralsykehuset i Fredrikstad. Firmaet ble underrettet om at denne utbyggingen kunne gjennomføres. Videre

ble utvalget i brev av 8.1.1968 fra Moss kommune bedt om snarest mulig å vurdere størrelse og utforming av nytt sykehus i Moss. Utvalget ble bedt om å avgi en utredning om disse to forholdene snarest mulig, og helst innen oktober 1968, da saken skulle tas opp til fylkeskommunal behandling. Utvalget valgte derfor å avlegge en delinnstilling der en delvis ga en generell utdyping av sykehusstrukturen i et regionalisert helsevesen i Østfold fylke, Sentralsykehuset i Fredrikstad og en (eventuell) utbygging av Moss sykehus. Delinnstilling I ble avgitt i oktober 1968. I august 1969 avla utvalget Delinnstilling II, som i hovedsak omfattet pleiesektoren, og behov for utbygging og organisering av sykehjem i fylket. Innstilling III ble avgitt i februar 1971, og omhandlet den lokale helsetjenesten, spesielle forhold ved de enkelte lokalsykehus, psykiatrisk behandling og omsorg, «åndsvakeomsorgen», annen helsetjeneste og personell-behovet.

I vår forbindelse er det særlig to trekk ved Harlem-utvalgets arbeid som er interessant. Dette gjelder for det første forholdet mellom de aktuelle planer og politiske utspill vedrørende utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad. Dette må ses i sammenheng med Harlem-utvalgets mandat, som innebar en helhetlig vurdering av sykehusstrukturen på lang sikt. Det andre er det innbyrdes forholdet mellom de ulike tiltak utvalget foreslo i sine tre delinnstillinger, og der de økonomiske og faglig-medisinske vurderingene ifølge mandatet også skulle sees i sammenheng.

5.3 Utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad

Spørsmålet om utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad ble, som nevnt tidligere, tatt opp til behandling ganske umiddelbart. Grunnlaget for de vurderinger utvalget kom med, finner en i Delinnstilling Is kapittel om «sykehusstrukturen». I dette kapitlet hevder utvalget at den faglig-medisinske utvikling i retning av spesialisering og behov for kostbart utstyr innebærer at en må sikre at sentralsykehuset er stort nok til bl.a. å sikre rekrutteringen av helsepersonell, særlig leger. Ut fra en analyse av de behovsstandarder som ble benyttet i de nordiske land, konkluderte utvalget med at det ville bli en mangel på senger i spesialavdelinger i 1980. Det het videre at det eksisterte et sentraliseringskrav for etablering av enkelte

serviceavdelinger, samtidig som det burde vises tilbakeholdenhet med oppbygging av spesialavdelinger i sykehus som ikke fikk et tilstrekkelig befolkningsunderlag. Utvalget vurderte ut fra internasjonale normer og uttalelser fra sentrale faglig-medisinske fagkyndige hvilke avdelinger som burde etableres i sentralsykehuset. Samtidig drøftet utvalget hvilket av sykehusene som burde bli sentralsykehus, og på basis av kommunikasjonsforhold og befolkningsunderlag sto en igjen med Sarpsborg og Fredrikstad. Ut fra sengeantall, tomteareal og utvidelsesmuligheter ble deretter Fredrikstad anbefalt. Det interessante med disse vurderinger er at de i hovedsak skjedde «i ettertid» – i forhold til den helsepolitiske debatt som konkluderte med at Fredrikstad skulle få sentralsykehusfunksjonen.

Når det gjaldt utbyggingen av sykehuset i Moss, var det særlig spørsmål om opptaksområde, og derigjennom befolkningsunderlaget for utvidelsesplanene, som var i fokus. Ved forhandlinger med Moss kommune i forbindelse med byens innlemmelse i fylkeskommunen fra 1.1.1964 forpliktet Moss kommune seg til å bygge ut sitt sykehus til 200 senger. Etter fullførelsen skulle fylkeskommunen stå for driften. I brev fra ordføreren i Moss av 23.05.68 ble Harlem-utvalget på det «innstendigste» bedt om å gi klarsignal til planlegging og utbygging av Moss sykehus. Det ble særlig henvist til behovet for å bedre legenes arbeidsvilkår. Harlem-utvalget kom i tidsnød, særlig pga. prosessen i forbindelse med utbyggingsplanene i Moss. Fylkesutvalget hadde særlig vært opptatt av å utvide opptaksområdet til de sørlige deler av Akershus fylke. Gjennom henvendelser til Akershus ble det imidlertid klargjort at dette ikke uten videre var aktuelt.

13.3.68 stilte representanten Listerud et spørsmål i spørretimen i Stortinget der han ba om at sosialminister Egil Aarvik (Kr.f.) medvirket til at det ble sett bort fra fylkesgrenser når det gjaldt «et naturlig samarbeid om bygging av sykehus for nabokommuner, men hvor fylkesgrensene nå hindrer dette». I et tilleggs svar til dette – i utgangspunktet – generelle spørsmålet opplyste Aarvik at det også «forelå andre planer» med sikte på å dekke behovet for Follo-befolkningen. Det viste seg senere at Aarvik selv hadde tatt initiativ til et samarbeid mellom Akershus fylke og Menighets-søsterhjemmet om et sykehus på Skullerud. På bakgrunn av dette initiativet ga helsedirektør Karl Evang (i brev til Fylkesmannen 24.6.68) uttrykk for at grunnlaget for et samarbeid mellom de to fylkene ville bortfalle.

Det het videre at: «Helsedirektøren er videre enig i at dette sammen med en befolkning på ca. 40.000 i Moss-området er et for svakt befolkningsmessig underlag for et differensiert sykehus. En utvidelse av befolkningsgrunnlaget for Moss sykehus må i tilfelle skje på bekostning av opptakelsesområdene for andre eksisterende sykehus i Østfold». Helsedirektøren pekte deretter på at det var nettopp slike problemer Harlem-komiteen skulle utrede, og ville derfor ikke komme nærmere inn på spørsmålet.

Harlem-utvalget uttalte etter dette at utvalget var i sterk tvil om det faglig og økonomisk var riktig å bygge ut sykehuset i Moss etter de foreliggende planer, og pekte bl.a. på «faren for at Mossedistriktets befolkning allerede om få år ville se det slik at den ville være tjent med å ta belastningen med en kort reise til et større, mer spesialisert sykehus (som da kunne spesialiseres ytterligere, og gis enda bedre «beredskap»»). (Harlem-utvalget, Delinnstilling II, s. 21)

Til tross for dette konkluderte utvalget med å foreslå utbygging. Forutsetningen måtte da være at laboratorie- og øvrige medisinske servicefunksjoner ved Sentralsykehuset ble utbygget, og at de nødvendige kommunikasjoner til dette ble etablert. Begrunnelsen for utbygging var at det ved enkle undersøkelser kunne gis fordel av å være i nærheten av pårørende, og at alternativet var å bygge ut Sentralsykehuset til 900 senger.

5.4 Forholdet mellom faglig-medisinske og økonomiske hensyn

De tre delinnstillingene Harlem-utvalget avga, konkluderte hver for seg med forslag til omfattende utbygginger av helsesektoren i Østfold. Som vist i forrige avsnitt gikk utvalget inn for etablering av Sentralsykehuset i Fredrikstad og utbygging av sykehuset i Moss. Planene for Sentralsykehuset krevde betydelige investeringer, samtidig som de ferdigstilte sykehusene ville medføre økte driftsutgifter. Når det gjaldt Delinnstilling II, var denne utarbeidet på bakgrunn av de nye oppgavene fylket stod overfor etter iverksettingen av den nye sykehusloven. Disse oppgavene var særlig knyttet til ansvaret for sykehjemsutbyggingen, og iverksettingen av loven «sammen med de presserende behov for utbygging i denne sektor» førte til at utvalget behandlet sykehjemmene med særlig sikte på

utbyggingsoppgavene (Delinnstilling II, s. 23). Hoveddelen av innstillingen ble derfor en dokumentasjon av behovet for nye sykehjemsplasser, beregnet dels ut fra internasjonale og nasjonale standarder, dels ut fra de konkrete forhold i Østfold.

Behovsanalysene konkluderte med at det totalt i fylket var et utbyggingstakten ville være i en «menneskelig sett akseptabel situasjon» (Delinnstilling II, s. 32). Utvalget beregnet at fylkets utgifter til driften (etter statlige refusjoner) ville bli ca. 3 mill. kroner. Utvalget gikk inn for planene om utbygging av sykehjem i Fredrikstad og Sarpsborg og at sykehjemmet ble sett i sammenheng med nybygget for sykehuset i Moss. Sykehjemssituasjonen i Halden ble vurdert som relativt tilfredsstillende.

I Delinnstilling III vurderte utvalget den lokale helsetjenesten og særlige forhold ved de enkelte sykehus. Når det gjaldt Halden, mente utvalget at fødeavdelingen kunne erstattes av en mulighet for å motta fødende ved kirurgisk avdeling. Når det gjaldt de øvrige sykehus (i Sarpsborg, Askim og Moss), listet utvalget dels opp de behov som var fremkommet ved sykehusene om forbedringer, dels ga utvalget uttrykk for at de opprinnelige planene for Moss sykehus måtte opprettholdes – men med muligheter for utvidelser dersom deler av Akershus likevel skulle bli aktuelt som opp-taksområde. Tilsvarende mente utvalget at det også var et sterkt behov for en opprusting av «åndssvakeomsorgen» (HVPU) og konkluderte med at det var 630 personer som hadde behov for institusjonsplasser, vernet sysselsetting, vernet bolig og pleie. Utvalget gikk bl.a. inn for en betydelig utbygging av sentralinstitusjonen Østerbo.

Ser en de tre delinnstillingene under ett, er det påfallende hvor sterkt de faglig-medisinske behov dominerer vurderingene. Alle innstillingene uttrykker store mangler ved helsetjenestetilbudet i fylket, og vurderer disse behov dels ut fra lokale forhold, dels ut fra nasjonale og internasjonale standarder. Utvalget gikk inn for en betydelig utbygging av somatiske sykehus (Sentralsykehuset og sykehuset i Moss), av sykehjemmene og av åndssvakeomsorgen. De økonomiske forhold som ble trukket inn, må sies å være langt svakere dokumentert. Utvalget vurderte noen delløsninger som økonomisk rimeligere enn andre, og viste til ulike

finansieringsmuligheter og særlig statlige refusjonsordninger. Utvalget vurderte overhodet ikke de økonomiske kostnadene ved utbyggingen av somatiske sykehus og «åndssvakeomsorgen», kun det som gjaldt driftsutgiftene til sykehjemsutbyggingen. Det ble aldri foretatt noen økonomiske vurderinger basert på fylkets faktiske økonomiske situasjon.

Interessant er det imidlertid at utvalget – i et avsluttende avsnitt av Delinnstilling II – kom inn på «innbyrdes prioritering innen helsesektoren». Det het her at utvalget var oppmerksom på at forslagene om utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad, sammen med utbygging av sykehjemmene, ville belaste fylkeskommunens budsjett meget sterkt. Utvalget pekte også på at utbyggingen av åndssvakeomsorgen etter de første fem år (med en gunstig finansieringsordning) ville belaste driftsbudsjettet. Utvalget mente at det ikke var *«oppmerksom på andre helseformål eller utbyggingsoppgaver (som) kan gis prioritet på linje med disse tre oppgaver»*.

Om innbyrdes prioritering het det i innstillingen:

«Når det gjelder forholdet mellom utbyggingen av Sentralsykehuset og utbyggingen i sykehjemssektoren, finner Utvalget det vanskelig å prioritere dem innbyrdes, idet de oppgaver som skal løses er vesensforskjellige, og en kan like godt stille spørsmålsteget prioritering av sykehjemsutbygging i forhold til utbygging av veier, skoler, boliger og annet». (Delinnstilling II, s. 34)

Utvalgets faglig-medisinske referanseramme basert på hensynet til pasienter og andre brukere av helsetjenesten kom klart frem i neste avsnitt: *«Hensikten med utbyggingen av Sentralsykehuset for Østfold i Fredrikstad ... er å etablere bedre muligheter for undersøkelse og behandling av pasientene, samtidig som utbyggingen skjer for å kunne komplettere undersøkelse og behandling ved de øvrige sykehus i fylket. Utbygging av sykehjemmene er nødvendig for å gi hjelpeløse pleiepasienter en mer menneskeverdig tilværelse, og samtidig avlaste en rekke hjem for en belastning som i dag kan være meget stor.»* (Delinnstilling II, s. 34)

5.5 Harlem-utvalgets arbeid – en kort drøfting

Som vist kom initiativet til nedsettelsen av Harlem-utvalget fra statlig fagmyndighet ved helsedirektøren. Utgangspunktet var behovet for å se

utbyggingsplanene for Moss sykehus i en helhetlig sammenheng, og det mandat utvalget arbeidet etter, markerte at det var ønsket en samlet plan for sykehusstrukturen, en detaljering mht. behov for utbyggingen av Sentralsykehuset, og hvilke oppgaver de øvrige (lokal-)sykehus skulle dekke. I samsvar med sitt mandat definerte utvalget sine oppgaver svært vidt, bl.a. ved å vurdere sykehjemsbehovet, utbyggingen av åndssvakeomsorgen og den lokale («primær-»)helsetjeneste.

Når de statlige myndigheter hadde gått inn for utarbeidelse av en helhetlig plan, hadde dette sammenheng med behovet for å påtvinge fylkeskommunen en prioritering av sine utbyggingsplaner i helsesektoren. Men to trekk viser det manglende synoptiske preg ved utvalgsarbeidet. For det første ble arbeidet virvlet inn i den pågående helsepolitiske debatt i fylket. Når utvalget la frem sin første delinnstilling, skjedde dette på grunn av begivenheter utvalget ikke hadde herredømme over: Den pågående strid om utbyggingen av sykehuset i Moss førte til at utvalget ble bedt om å ta standpunkt til denne uten å ha foretatt den samlede, langsiktige vurdering som nettopp var utgangspunktet for at utvalget ble nedsett i første instans. For det andre reflekteres dette i at utvalget tok opp sykehjemssituasjonen i egen innstilling, da på bakgrunn av at den nylig vedtatte sykehusloven ga fylkeskommunen ansvar for disse. Ønsket om å få innflytelse over aktuelle, løpende begivenheter medførte at utredningsarbeidet resulterte i delinnstillinger som hver for seg tok opp ulike tjenestetilbud i sektoren. Det er uklart hvorvidt utvalget fikk innflytelse over de endelige beslutninger om de saker innstillingene hver for seg tok standpunkt til i et lengre tidsperspektiv. Det som imidlertid er klart, er at Harlem-utvalgets arbeid ble en «skrittvis» prosess – der delinnstillingene som ble fremlagt i løpet av 2 1/2 år, i seg selv viser hvordan utvalgets arbeid ble trukket inn i de helsepolitiske spill som da foregikk i fylket.

Det andre trekket ved Harlem-utvalgets arbeid som er av interesse i denne forbindelse, er den referanserammen utvalget la til grunn for sitt arbeid. Utvalget besto av en politiker (fylkesordfører), de øvrige var tilknyttet sektoren enten i administrative eller faglige stillinger. Alliansen mellom politiske og profesjonelle vurderinger representerer en stor mulighet til innflytelse. Det er en samfunnsvitenskapelig trivialisitet å peke på politikernes tvetydige forhold til planlegging, bl.a. ved at planer lett

kan binde fremtidige beslutninger. Og for de helsefaglige representantene ville det være vanskelig å foreta avveiiinger mellom positivt registrerte behov for nye tiltak – der én pasientgruppe settes opp mot en annen.

Disse forhold synes å ha gitt seg utslag i Harlem-utvalgets manglende vilje til prioriteringer. Totalinntrykket av innstillingen er en uprioritert liste over nødvendige tiltak, uten at utvalget vurderte de totale økonomiske utgifter forslagene representerte. Som ledeiråd for helsepolitiske prioriteringer innenfor fylkeskommunens økonomiske rammer kunne derfor Harlem-utvalgets innstillinger ikke gi særlige bidrag.

I en totalvurdering kan en tvert imot hevde at både arbeidsformen og forslagene fra utvalget snarere bidro til å styrke de ulike interessegruppens argumentasjon for sine lokale og/eller faglige krav, i tillegg til å få frem i lyset pasientgrupper som tradisjonelt ikke har hatt sterke interessegrupper i ryggen. En foreløpig konklusjon kan derfor være at intensjonene om helhetsstyring gjennom utvalgets arbeid nedfelte seg i en styrking av de ulike særinteressenes helsepolitiske aktiviteter. Dette må imidlertid sees på bakgrunn av den sterke veksten i offentlige budsjetter i begynnelsen av 70-årene, som skapte optimisme mht. å kunne realisere svært ambisiøse helsepolitiske mål (Berg, 1987). Slik sett kan en hevde at Harlem-utvalgets arbeid var kompatibelt med de politiske og økonomiske rammebetingelsene som hersket på det tidspunkt. Men etter hvert som fylkeskommunens budsjettunderskudd ble tydelig, skapte utvalgets arbeid grunnlaget for de helsepolitiske spill og konfliktfylte prioriteringer som etter hvert dominerte den helsepolitiske debatten i fylket.

KAPITTEL 6

Ekspertstrategi: «Struktur-utvalget»

6.1 Bakgrunn

I Harlem-utvalgets innstilling av 1971 og i fylkestingssak nr. 8 av 10. august 1971 ble det pekt på et vesentlig problem i den daværende sykehusstruktur, nemlig samarbeidsforholdet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset i Fredrikstad. Om dette anbefalte Harlem-utvalget følgende:

«Utvalget vil tilrå at en legger særlig vekt på å videreutvikle samarbeidet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset. Det bør være mulig å etablere et meget intimt medisinsk faglig og praktisk samarbeid, hvor de spesialiteter som er representert ved begge sykehus gradvis organiseres i en hensiktsmessig funksjonsfordeling innenfor vedkommende disiplin, gjeldende både for Nedre Glomma-regionen og for fylket forøvrig.» (Delinnstilling I, s. 2)

Det daværende Statens sykehusråd anbefalte i to betenkninger i 1970 og 1972 en oppdeling av Østfold i to sykehusområder. Her het det at Østfold fylke burde basere sin sykehusplan på en todeling, med et sentralsykehus i søndre del, Fredrikstadområdet, og et lokalsykehus i nordre del av fylket, som også burde ta med en del av befolkningen i søndre Akershus som opptaksområde. Videre het det at Sarpsborg og Fredrikstad sykehus burde slås sammen under én administrasjon, og at sykehusene i Askim og Halden kunne «omprogrammeres til helsesenter med poliklinikk/legevakt, noen få akuttenger og senger for fødsler, og tilliggende sykehjem av høy standard». De i helseplanen anførte argumenter for opprettholdelse av eksisterende lokalsykehus måtte etter Statens sykehusråds mening «vike til fordel for en større konsentrasjon av sykehustjenestene, da det her dreier seg om et fylke med korte avstander og gode kommunikasjoner. Disse forhold bør etter sykehusrådets mening nettopp tilsi at Østfold fylke baserer sin fremtidige sykehusutbygging på moderne prinsipper, dvs.

at man bør søke andre alternativer for medisinsk service enn akuttsykehus innenfor et lokalt område.» (Statens sykehusråd, brev til Østfold fylkeskommune, desember 1973)

Anbefalingen møtte stor motstand i fylket, og heller ikke på sentralt hold vant den særlig gjenklang. Det ble derfor ikke aktuelt å videreføre nevnte utspill fra sykehusrådet. Konsulentfirmaet Nosyko la i januar 1974 frem en rapport vedrørende samarbeidet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset. Hovedformålet med rapporten var å se videreutviklingen av de to sykehusene i sammenheng, spesielt i forbindelse med sentralsykehusutbyggingen i Fredrikstad. Forslagene i denne rapporten ble bare i mindre grad fulgt opp. En del av tiltakene ble også etterhvert uaktuelle. Men i skriv fra Sosialdepartementet av 9. januar 1981 i forbindelse med helseplanen for fylket (4-årsplanen 1982–84) er følgende anført om forholdet mellom Sentralsykehuset og Sarpsborg sykehus:

«For å oppnå en jevnere geografisk fordeling av sykehussengene i Sarpsborg og Fredrikstad sykehusområder, arbeider fylkeskommunen med planer om å slå sammen disse områdene til ett lokalsykehusområde (Nedre Glomma-regionen). Planene omfatter også at fylkets behov for sentralsykehus-funksjoner blir dekket både ved Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset for Østfold. Dette skjer under henvisning til at den faglige standard og antall spesialister ved Sarpsborg sykehus i realiteten medfører at det allerede i dag er en rekke sentralsykehusfunksjoner som dekkes ved Sarpsborg sykehus. Departementet stiller seg positivt til disse forslagene, som også medfører endringer i forhold til Kgl.res. og fylkets helseplan. Før eventuell godkjenning er det behov for en dokumentasjon av ressursbruken ved de ulike alternativene, og det må videre også finnes frem til en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset i Østfold. Departementet mener at det finnes muligheter for rasjonalisering av sykehusvesenet i Østfold.»

Fra fylkeskommunale organer ble de forskjellige tilrådinger og utspill som er nevnt ovenfor, vurdert som at de dels bygget på ulike forutsetninger, og dels var preget av lite presise målsettinger, og forslagene ble i første omgang ikke fulgt opp.

På bakgrunn av bygningslovens krav om utarbeidelse av fylkesplan ble det i oktober 1975 lagt frem et omfattende førsteutkast til fylkesplan for Østfold. Det nye fylkestinget (valgperioden 1976–79) tok opp arbeidet

med utarbeidelse av fylkesplan sommeren 1976, og denne forelå som Kgl. res. 10.2.1978. I 1979 ble det satt i gang arbeid med en ny fylkesplan, som bl.a. var forutsatt bygget på egne sektorplaner. Helseplan for Østfold ble godkjent i Kgl.res. i slutten av 1979, og var ikke klar til å inntas i fylkesplanen for Østfold for perioden 1980–83. Det ble i fylkesplanen kun gitt en kortfattet oversikt over sektoren, og noen få tilrådinger og prioriteringer. Av disse fremkom det at det var delvis behov for en utbygging for å nå normtallene på enkelte sektorer, dels behov for kvalitetsforbedringer av tilbudet ved Sentralsykehuset («Serviceblokken»), i HVPU og i psykiatrisk sektor. Når det gjaldt de somatiske sykehusene, het det bare at en tilråde en sterk opp-prioritering av den polikliniske virksomhet (som reduserer sengeplass-behovet og samtidig gir fylkeskommunen inntekter), i tillegg til investeringene ved Sentralsykehuset.

Spørsmålet om tilråding i saker som sengedekning, strukturendringer, spesialiseringsgrad osv. burde utstå til fylkets helseplan forelå, het det.

6.2 Strukturutvalgets arbeid

Det såkalte «Strukturutvalget» ble nedsatt av fylkeskommunens helse- og sosialutvalg 10.2.1981. Bakgrunnen for etableringen av utvalget var ifølge utvalgets innstilling flere:

1. Gjentatte ønsker fra politisk hold i fylkeskommunen om en bred helsepolitisk debatt, med særlig vekt på en revisjon av sykehusstrukturen i fylket
2. Kgl.res. om fylkets helseplan av 10.9.79 med Sosialdepartementets merknader og anbefalinger, herunder de krav som det nye planleggingssystemet for institusjonshelsetjenesten stilte
3. Sosialdepartementets påpeking i godkjenningsskriv av 9.1.1981 til langtidsplanen 1980–84 av en noe uklar helsepolitisk målsetting for institusjonshelsetjenesten i Østfold
4. Krisen i fylkeskommunens økonomi, med krav om strengere prioritering innen institusjonshelsetjenesten, effektivisering og nedskjæringer på kort sikt – og langsiktig kostnadsdempende effekter (Struktur-utvalget II, s. 1)

Utvalget fikk følgende sammensetning: fylkeslege Odd Lien, fylkespsykiater Ole Petter Lossius, overlege Trond Reinschou, overlege Audor Nygård, direktør Hans O. Larsen og direktør Knut Okkenhaug. Utvalget besto derved av representanter fra ulike deler av helsesektoren i fylket. De to direktørene var fra henholdsvis Askim og Moss sykehus, overlegene fra Fredrikstad og Halden sykehus.

Mandatet ble utformet slik:

«1. Utvalget skal innen 10. februar 1981 utarbeide et skissemessig utformet diskusjonsgrunnlag for en helsepolitisk debatt i Østfold fylkeskommune.»

Diskusjonsgrunnlaget skulle primært inneholde en «helsepolitisk målsetting for Østfold fylkes sykehusstell, slik det bør videreutvikles de nærmeste 10–15 år, med angivelse av så vel kapasitet som innhold (medisinske spesialiteter). Herunder søkes anvist, gjerne i alternativer, et mønster på en sektorisering av det psykiske helsevern knyttet til (integrert) i lokalsykehusene.

2. Utvalget skal vie forholdet mellom Sentralsykehuset og Sarpsborg sykehus spesiell oppmerksomhet og anwise, om mulig i alternativer, en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Sentralsykehuset og lokalsykehusene.

3. Under sitt arbeid skal utvalget ta nødvendig kontakt med de berørte sykehus og fagkrefter, herunder innhente faglige råd utenifra.»

Utvalget utarbeidet i første omgang en rapport som var ment å være et diskusjonsgrunnlag for den brede helsepolitiske debatt politikerne hadde ønsket. Rapporten ble fremlagt 5.2.1981. Utvalget presiserte formålet med rapporten slik:

«Rapporten skal være kort og i en skissemessig form danne grunnlag for den ønskede helsepolitiske debatt, først og fremst konsentrert om sykehusstrukturen og sykehusfunksjonene (sykehusbegrepet her brukt til dels i en utvidet betydning)». Det het at utvalget forventet at «denne debatt, som antas å foregå over et lengre tidsrom», etter hvert ville føre til slike avklaringer mht. den helsepolitiske målsetting i fylkeskommunen

at nødvendig registrering av konkrete tiltak (driftsomlegginger og ny-anlegg) kunne foretas i ettårsplanene, i de rullerende fireårsplanene og i perspektivplanen – den siste med et tidsperspektiv frem mot 1995.

Formelt bindende politiske vedtak om aktuelle strukturendringer og tiltak ble forutsatt å skje i forbindelse med behandlingen av forannevnte planer. Utvalget gikk derfor ut fra at rapporten ikke ville bli gjenstand for noen formell behandling – utover det å «tjene som en katalysator for den helsepolitiske debatt» (Innst. II, s. 2).

Denne helsepolitiske debatten mente utvalget ville finne sted forut for gjennomføringen av tiltak som måtte ha kortsiktige mål om å lette budsjettbehandlingen for 1982. For å kunne få overblikk over konsekvensene av de mer omfattende innstrammingsiltakene som måtte bli aktuelle, ville det bli nødvendig å se disse med bakgrunn i den helsepolitiske målsetting som fylkeskommunen ønsket å komme frem til. Som antydnet foran var rapporten ment å være et skritt i retning av avklaringen om denne målsettingen (Innst. II, s. 2).

De forutsetningene utvalget la til grunn for rapporten, var at det somatiske sykehussystemet også i fremtiden skulle bestå av fem sykehus, at helsetjenestetilbudet i størst mulig grad skulle være like i alle de fem lokalsykehusområdene, at sengeavdelinger for spesialiteter hvor pasientgrunnlaget er lite, ble samlet ett sted i fylket, og at forslaget til ny struktur i minst mulig grad skulle medføre investeringsutgifter. Det ble videre forutsatt at utbyggingsoppgavene ved Halden sykehus og sykehjem, Sarpsborg sykehus, SØF (Service-blokken) og Østfold Psykiatriske Sykehus (ØPS) skulle gjennomføres.

Utvalget foreslo at det somatiske sykehussystemet også i fremtiden skulle bestå av fire lokalsykehus og et sentralsykehus. Det ble videre presisert hvilke avdelinger og spesieltjenester de fire lokalsykehusene burde ha, og hvilke funksjoner med sengeavdelinger for hele fylket SØF skulle dekke. Når det gjaldt psykiatrien, foreslo utvalget opprettet psykiatriske enheter i alle sykehusområdene, knyttet til sykehuset. Disse enhetene burde bestå av dagavdeling og poliklinikk. Det ble videre foreslått opprettet en ny avdeling ved ØPS og at psykiatrisk avdeling ved SØF skulle dekke behovet for voksenpsykiatriske sentralsykehussenger. I tillegg burde det

etableres en psykiatrisk legevakt/poliklinikk for tjeneste utenom vanlig arbeidstid.

Det som fra vårt synspunkt i første rekke er interessant i den første rapporten, er de vurderinger om økonomi utvalget gjorde. Det het her at dersom utvalgets forslag til endret struktur ble vedtatt som helsepolitisk målsetting, ville dette i seg selv ikke medføre økonomiske innsparinger, men sikre en mer lik fordeling av helsetjenestetilbudet. Det ble hevdet at forslaget ville føre til mer effektiv poliklinisk virksomhet, og at en derved ville få «mer helse for hver krone». Det het videre:

«I den grad fylkeskommunen ikke økonomisk makter å gjennomføre full helsepolitisk måloppfyllelse, vil utvalget anbefale at den grad av måloppfyllelse man kan makte, blir mest mulig lik i alle sykehusområdene. Sagt på en annen måte: Eventuelle innskrenkninger bør foretas i forhold til målsettingen slik at skadevirkningene blir tilnærmet jevnt fordelt på alle de fem lokalsykehusområdene.» (Innst. II, s. 5)

Den første rapporten fra Strukturutvalget ble sendt til en rekke instanser. Den helsepolitiske debatten rapporten var ment å utløse, ble imidlertid ikke så omfattende som forventet, og resulterte heller ikke i den avklaring av de helsepolitiske målsettinger man hadde ventet. Stort sett fikk rapporten tilslutning fra de instanser som var blitt orientert. Hovedårsaken til det manglende engasjementet i debatten om rapporten mente utvalget selv lå i at de «forventninger man – i første rekke fra politisk hold – hadde stilt til at rapporten skulle inneholde anvisninger om hvordan man på kort sikt skulle komme ut av det økonomiske uføre fylkeskommunen befant seg i, var ikke blitt innfridd».

Utvalget mente at dette heller ikke hadde vært hensikten med rapporten.

Helse- og sosialutvalget vedtok i møte 23.4.81 å ta rapporten til etterretning. Videre fikk utvalget et revidert mandat: å utrede/utdype følgende spørsmål:

1. Forholdet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset
2. Justering av opptaksområdene for de fem somatiske sykehusene
3. Styring av pasientstrømmen, eventuell opprettelse av en innleggelsessentral

4. Vaktberedskapen ved de somatiske sykehusene
5. Poliklinikkvirksomheten, dag- og lettpleieavdelinger

Samtidig vedtok helse- og sosialutvalget å slutte seg til forslaget om prinsipper for hovedstruktur for psykiatrien.

Det mandatet utvalget nå skulle arbeide etter, ble ikke bare utvidet (som utvalget pekte på) men også konkretisert. Utvalgets dilemma ble derved enda klarere: I innstillingen som fulgte, het det om dette:

«Strukturutvalgets arbeid under det utvidete mandat har fortsatt vært sterkt preget av to motstridende hensyn: på den ene siden ønskeligheten av å komme frem til en klargjøring av grunnleggende helsepolitiske målsettinger i form av en mest mulig hensiktsmessig sykehusstruktur – noe som innebærer en arbeids- og tidkrevende prosess – og på den annen side hensynet til det sterke ønske om at Strukturutvalgets arbeid skulle føre til vesentlige innsparinger i det fylkeskommunale budsjett både på kortere og lengre sikt.» (Innst. II, s. 8)

I møte 26.6.81 gikk helse- og sosialutvalget med på en utsettelse av fristen for innlevering av innstillingen til 1.12.81, men i møte 10. september vedtok utvalget bl.a. følgende:

«Av økonomiske grunner må det allerede fra og med 1982 foretas en viss struktur-rasjonalisering av sykehusene i Østfold. Skal strukturutvalget ha noen innflytelse på disse tiltakene, må deres innstilling være avlagt senest 1. oktober 1981.»

Den praktiske organiseringen av arbeidet ble overlatt sykehussjefen, og fylkesrådmannen og sykehussjefen ble bedt om å vurdere ytterligere konsulentbistand. Strukturutvalget gikk etter dette med på å fungere som et ad hoc-budsjettutvalg, for å komme med forslag om, og prioritering av mulige innsparingstiltak med sikte på balanse i helsebudsjettet for 1982. Utvalget la deretter frem en oppgave over 27 innsparingstiltak i prioritert rekkefølge. Det heter i innstilling II at det *«ble antatt at tiltakene ikke ville få noen nevneverdig betydning for utvalgets endelige innstilling»*. Implisitt innebar dette at forslagene ikke hadde betydning for strukturen i helsevesenet i Østfold.

Etter å ha fungert som ad hoc-utvalg i forbindelse med budsjettarbeidet for 1982 fortsatte utvalget sitt arbeid i tråd med det reviderte mandatet.

Utvalget pekte på at hovedårsakene til at det i det hele var kommet på tale å utrede endringer i sykehusstrukturen, var å finne i skjevheter i dekningsgraden for de fem sykehusområdene, lite befolkningsunderlag i Halden lokalsykehusområde, korte avstander i fylket generelt og i Nedre Glomma-området spesielt, stor overdekning av fødeplasser, spredning av enkelte sentralsykehusspesialiteter på flere sykehus, behov for omprioriteringer innen institusjonshelsevesenet og innstramming i de økonomiske rammebetingelser og utsikten til dempet vekst, ev. stagnasjon, i nærmeste fremtid. De forutsetninger utvalget la til grunn for sitt arbeid, var stort sett de samme som tidligere.

Når det gjaldt hovedspørsmålet om sykehusstruktur, delte utvalget seg i et flertall og et mindretall. Utvalgets flertall (alle unntatt sykehussjef Okkenhaug) gikk inn for at opptaksområdene skulle endres, slik at Halden lokalsykehusområde ble utvidet med Degernes og deler av Skjeberg kommune, til sammen 9000 personer. Sarpsborg lokalsykehusområde ble tilsvarende redusert, men skulle i stedet få deler av Borge og Rolvsøy kommune, tilsammen 10 000 personer. Fredrikstad lokalsykehusområde ville få sitt befolkningsunderlag redusert også med 10 000 personer. Dette forslaget innebar at alle de fem lokalsykehusområdene skulle opprettholdes, men at Halden sykehus ville bli redusert med 36 senger, Sarpsborg sykehus ville få en reduksjon på 20 senger, men at noen sentralsykehusfunksjoner skulle flyttes til Sarpsborg (geriatri og sosialmedisin, eventuelt ortopedisk kirurgi og revmatologi). Sentralsykehuset ville få 63 nye senger, og SØF ville få 165 «lokalsykehussenger» og 321 «sentralsykehussenger», pluss 60 psykiatriske sengeplasser. Moss sykehus ville i dette forslaget få redusert sengetallet med 11, og Indre Østfold ville opprettholde sitt sengetall.

Sykehussjef Okkenhaug foreslo på sin side at lokalsykehusområdene ble redusert til fire, og at det skulle være fire tradisjonelle sykehus og et sykehus som dekket føde, gynekologi og pediatri. I samtlige av strukturutvalgets forslag var fødevirksomheten og gynekologi sentralisert, og begge forslagene innebar et totalt sengetall på 1186, det vil si en moderat reduksjon.

I vår sammenheng er særlig spørsmålet om forholdet mellom SØF og Sarpsborg sykehus interessant. Som vist tidligere gikk Harlem-utvalget

inn for å utvikle et «intimt samarbeid» mellom de to sykehusene, etter hvert også en felles administrasjon. I sin første innstilling la Strukturutvalget opp til et mønster for funksjonsfordelingen mellom SØF og Sarpsborg «*som i prinsippet var det samme som mellom Sentralsykehuset og de øvrige lokal-sykehus*». (Innst. II, s. 21)

I de ulike alternativer Strukturutvalget skisserte, var det bl.a. foreslått at Halden/Sarpsborg skulle slås sammen til ett lokalsykehusområde (Alt. II), eller at Sarpsborg og (størstedelen av) Fredrikstadområdet ble slått sammen, eller – som foreslått av Statens sykehusråd – at fylket ble delt i to lokalsykehusområder (Alt. V). Alle disse forslagene innebar at et eller flere lokalsykehus (opptil 3 i alt. V) ble omgjort til rehabiliteringssykehus, eller sykehus for føde, gynekologi og pediatri. Men ingen av disse forslagene, som ville innebære omfattende endringer i sykehusstrukturen, ble foreslått av utvalget.

6.3 En kortfattet drøfting av Strukturutvalgets arbeid

Bakgrunnen for opprettelsen av Strukturutvalget var dels Sosialdepartementets påpeking av uklare helsepolitiske mål, dels behovet for en debatt om strukturen i helsesektoren i sin helhet (noe som bl.a. må ses på bakgrunn av den heftige diskusjon og politiske mobilisering om «fødesaken» og investeringene ved Sentralsykehuset), og dels krisen i den fylkeskommunale økonomi. Igjen ser vi at de statlige myndigheters misnøye med «organiseringen av helsetjenestene» i fylket var en viktig drivkraft bak forsøkene på helhetlig planlegging i sektoren. Men i tillegg var nå også det lokale behovet for omstrukturering og sparing erkjent i det politiske miljøet. Derved kunne en anta at betingelsene for vellykket synoptisk samordning var til stede. Utvalgets sammensetning bar preg av ønsket om geografisk spredning, samtidig som representantene i utvalget dels var leger, dels administrative ledere ved sykehusene. Sykehussjefen kan hevdes å være den eneste i utvalget som ikke hadde en bestemt geografisk/faglig tilknytning. Utvalget fikk uansett et sterkt preg av å være et «ekspertutvalg».

Strukturutvalgets dilemma mellom på den ene siden geografisk og faglig balanse og på den andre siden kravet om omstrukturering med

sikte på omfattende sparetiltak kom umiddelbart til syne. Allerede i premissene for sitt arbeid prioriterte utvalget hensynet til regional og faglig balanse. Dette kom til uttrykk i formuleringen om at helsetjenestetilbudet skulle være mest mulig likt i alle sykehusområdene, samtidig som målet måtte være å ikke foreslå tiltak som ville gi vesentlige investeringsutgifter. De forslagene utvalget lanserte, baserte seg bl.a. på en oppfatning om at «sykehusstrukturen var ideell», uten at dette ble nærmere begrunnet. Derved var grunnlaget for omfattende strukturendringer mht. antallet sykehus borte, og den første innstillingen kom i hovedsak til å bekrefte den eksisterende struktur helsevesenet i fylket hadde. At en slik bekrefteelse ikke kunne skape grunnlag for en «bred helsepolitisk debatt», er ikke overraskende. For de sentrale styringsorganer i fylket var den første innstillingen fra utvalget åpenbart utilstrekkelig: Den la verken grunnlag for helsepolitisk debatt, sparing eller omstruktureringer. Helse- og sosialutvalget grep inn i prosessen på to måter: ved å presse utvalget til å «tenke i nedskjæringer», og ved å utvide og konkretisere mandatet for det videre arbeid slik at utvalget måtte ta konkrete standpunkt til oppgitte strukturelle problemer (forholdet SØF/Sarpsborg sykehus og justering av opptaksområdene).

Når det gjaldt spørsmålet om omstrukturering, la utvalget i sin andre innstilling frem forslag som anga en moderat endring av funksjonsfordelingen mellom Sarpsborg sykehus og SØF, og en justering av opptaksområdene som i praksis innebar at SØFs lokalsykehusområde ble redusert, samtidig som SØFs sentralsykehusfunksjoner ble styrket. Dessuten skulle sengetallet ved lokalsykehusene reduseres, mens SØFs sengeantall tilsvarende økes, slik at det totale sengeantall ikke ble redusert. Når en ser dette i sammenheng med forslagene om opprusting av psykiatrien både ved lokalsykehusene og ved ØPS/SØF, innebar dette en total utgiftsøkning av ukjent omfang: Utvalget vurderte selv ikke de totale økonomiske utgiftene av sine forslag.

Når det gjaldt utvalgets arbeid med utgiftsreduksjoner, var dette delvis knyttet til ad hoc-funksjonen i forbindelse med budsjettforslaget for 1983, dels med forslagene til strukturendringer i innstilling II. De forslag til innsparinger utvalget foreslo, var av relativt beskjedent omfang (ca. 3 mill. kr) og spredt på 27 ulike sparetiltak. Ingen av disse berørte strukturen i

sektoren. I innstilling II overlot utvalget i praksis til de sentrale politiske organer å foreta innsparinger. Utvalget markerte sin «fordelingspolitiske» tenkning ved å henstille til disse organer å sørge for at dersom fylkeskommunen ikke kunne nå sine helsepolitiske mål, måtte en sørge for at skadevirkningene av de økonomiske sparetiltak ble mest mulig likt fordelt på de fem lokalsykehusområdene. Mens Strukturutvalgets mandat var å utvikle helsepolitiske mål innenfor fylkeskommunens økonomiske rammer, «løste» utvalget sin oppgave ved å skille mellom disse «helsepolitiske» og økonomiske hensynene. Etter alt å dømme må dette sees på bakgrunn av utvalgets sammensetning, der den helsefaglige og helseadministrative ekspertise i spenn med geografisk representasjon dominerte.

«Strukturutvalget» representerte et viktig forsøk på synoptisk samordning. Forutsetningene for å komme frem til omfattende strukturrendringer og sparetiltak var gode – en kombinasjon av statlig press og lokalt initiativ. Men sammensetningen av utvalget la grunnlaget for sonderinger og bytte innenfor utvalgets lukkede rom: Representantene fra de ulike lokalsykehusregioner fordelte skadevirkningene jevnt over den eksisterende struktur – SØF ble styrket, lokalsykehusene «mistet» noen senger hver, men «fikk» nye, og også nye psykiatriske tilbud. Psykiatrien «fikk» en opprustning og omstrukturering, mens somatikken «beholdt» sitt totale sengetall. Bare sykehussjefen selv – som var den eneste som representerte «helhetstenkningen» innen fylkeskommunen i utvalget – la frem en dissens der han gikk inn for noe mer omfattende strukturrendringer når det gjalt opptaksområdene, men heller ikke denne gikk særlig langt. Strukturutvalgets arbeid kom derved til å representere et mislykket forsøk på synoptisk samordning, strukturrendringer og sparing; utvalget fulgte den minste motstands vei: å bekrefte strukturen i sektoren og gjennom inkrementalistiske bytter opprettholde regional og faglig balanse. Men som vist i kapittel 3 raste den helsepolitiske debatten for fullt utenfor utvalgets møterom. Og i forhold til problemene med akselererende budsjettunderskudd i fylkeskommunen, og krav om omstrukturering og omprioriteringer som statlige helsemyndigheter stilte, ble det snart opplevd som et behov for nye forsøk på å «rydde opp». Neste kapittel omhandler det viktigste initiativet til å foreta denne «oppryddingen» – «Prosjekt Samarbeid».

KAPITTEL 7

Prosjekt Samarbeid - et helsepolitisk eksperiment

7.1 Bakgrunn

Fylkestinget vedtok på sin samling 13. og 14. juni 1984 at det skulle arbeides med en rekke tiltak innen helsesektoren som skulle bringe budsjettet i nærmere balanse. Vedtaket innebar bl.a. at det skulle opprettholdes fem akutt-somatiske sykehus, at det ikke skulle foretas innsparinger innenfor HVPU-sektoren som kunne forringe det nåværende tilbud, og at det «*ble forutsatt at det ikke*» skulle kunne foretas oppsigelser som følge av innsparingstiltakene. Samtidig ble det i vedtaket angitt en rekke punkter som skulle bidra til målet om å komme nærmere budsjettmessig balanse. I vår sammenheng er det interessant at blant de forhold som skulle vurderes, var det flere som også tidligere var utredet. Dette gjaldt bl.a. en samordning av beredskapen ved de fem somatiske sykehus og forholdet mellom ØPS og psykiatrisk avdeling ved SØF, grensene for helsedistriktene og samarbeidet mellom SØF og Sarpsborg sykehus. I tillegg skulle det startes et prosjekt for å komme med forslag til fremtidens helsetilbud i fylket.

Erling Loraas (medlem av helse- og sosialutvalget, SV) utarbeidet en skisse til prosjektet, der han foreslo en sentral styringsgruppe og fem arbeidsgrupper for ulike deler av helsesektoren i fylket. Prosjektets deltakere skulle være sentrale helsepolitikere og noen ledere. Da skissen ble underlagt politisk behandling, ble det vedtatt at den sentrale styringsgruppen skulle utvides til også å omfatte hovedtillitsvalgte, i tillegg til politisk og administrativ ledelse i sektoren.

I den sentrale styringsgruppen satt Finn Johansen (formann i helse- og sosialutvalget, A), Petter Kuran (H), Erling Loraas (SV), hovedtillitsvalgte fra Norsk Kommuneforbund, Hans O. Larsen (direktør ved Indre

Østfold Sykehus), R. Elsveen (direktør ved Moss Sykehus), og Kristian Hjortkjær Hansen, assisterende – senere fungerende – sykehussjef. De tre sistnevnte utgjorde et arbeidsutvalg som utredet sakene for de politiske representantene og de hovedtillitsvalgte.

For å vurdere de enkelte punktene i vedtaket ble det vedtatt å nedsette en sentral styringsgruppe, bestående av hovedtillitsvalgte og politisk og administrativ ledelse i helsesektoren. Helse- og sosialutvalget fikk fullmakt til å organisere det videre arbeidet, og det var forutsatt at forslagene til tiltak skulle tas med som besparelser på helsebudsjettet for 1985. I tråd med dette vedtaket besluttet helse- og sosialutvalget på møte 28. juni 1984 å organisere prosjektet slik at det ble opprettet en sentral prosjektledelse, en sentral styringsgruppe, og at fylkestingets vedtak med de punkter om innsparingstiltak som der ble nevnt, skulle være den sentrale styringsgruppens mandat.

Hovedmålsettingen for prosjektet ble formulert slik:

«Gjennom aktivt samarbeid mellom alle grupper ansatte – og mellom institusjonene – skal en søke å finne tiltak som kan redusere driftsutgiftene i helsesektoren med det formål å bringe budsjettet nærmere i balanse.» (Prosjektbeskrivelse HSU 28.6.84)

Forutsetningene for prosjektet ble presisert slik at ingen ansatte skulle sies opp som følge av prosjektet, og at tiltakene så langt som mulig ikke skulle redusere det samlede tilbud av helsetjenester. Det ble videre satt som mål å redusere driftsutgiftene i helsesektoren med 40 millioner kroner.

7.2 Prosjekt Samarbeid – organisering og gjennomføring

Prosjektet ble gjennomført i to faser. I den første fasen ble seks «horisontale» arbeidsgrupper satt til å vurdere funksjoner og problemområder som berørte flere institusjoner/fagfelt i fylket. De horisontale gruppene var sammensatt med både representanter for faglig-medisinske områder, administrative enheter og fagforeninger. Samtidig ble det i hvert lokalsykehusområde, innen HVPU og psykisk helsevern, opprettet lokale prosjektledelser til å vurdere bemanningsproblematikken

(økt grunnbemanning) med tanke på innsparinger. Fase I ble avsluttet 1.12.1984 gjennom overlevering av innstillinger fra de horisontale arbeidsgruppene og de lokale prosjektledelser. Etter dette ble de lokale prosjektledelser og de horisontale arbeidsgruppene oppløst.

På grunnlag av de mange innstillingene som forelå fra fase I, ble det i desember 1985 utarbeidet mandater til lokale prosjektledelser ved de sju hovedadministrasjonene (fem somatiske sykehus pluss HVPU og Østfold Psykiatriske Sykehus). Her ønsket en å få vurdert på lokalt plan de forslag som var fremkommet under Fase I, gruppert slik at en skulle ta standpunkt til strukturendringer, organisasjonsendringer, ressursfordeling, og tiltak av lokal karakter. Etter dette foretok den sentrale styringsgruppen en vurdering av det samlede materialet. Hovedkonklusjonene ble deretter fremlagt som sak til behandling i helse- og sosialutvalget og senere fylkestinget.

Som en ser, var Prosjekt Samarbeid en relativt stor og komplisert organisasjon. De seks horisontale arbeidsgruppene omfattet til sammen 43 personer, og de lokale prosjektledelser 49 personer. I tillegg ble det under de lokale prosjektledelser etablert arbeidsgrupper til å se på særlige forhold, slik at en alt i alt kan anta at nesten 500 personer var direkte involvert i Prosjekt Samarbeid.

Den prosessen som førte frem til den sentrale styringsgruppens konklusjoner, skal ikke tas opp i denne forbindelse. I hovedkonklusjonene het det at grunnlaget for en revisjon av fylkets helse- og sosialplan skulle være at fylket ble delt inn i fem helse- og sosialdistrikter tilsvarende lokalsykehusområdene, at institusjonsstrukturen skulle utvikles slik at det i størst mulig grad skulle gis et likt tilbud i alle distrikter, og at fylkeskommunens egne sykehus samlet i størst mulig grad burde dekke eget og kommunehelsetjenestens behov for røntgen- og laboratorietjenester.

I denne forbindelse er det styringsgruppens forslag om dimensjonering av de somatiske sykehus, spørsmålet om sentralisering av fødevirksomheten og desentralisering av psykiatrien som er viktigst. Når det gjaldt fødevirksomheten, foreslo styringsgruppen at fødeseksjonene ved Halden, Moss og Indre Østfold ble nedlagt fra 1.10.1985, og gyn./fødeavdelingen ved Sarpsborg sykehus ble nedlagt senest 1.10.1986 (ett av medlemmene, Sigrun Degnes, ønsket å opprettholde fødeseksjonen

ved Indre Østfold sykehus). Det ble videre foreslått opprettet «adferdsfaglige enheter» i alle helse- og sosialdistrikter i takt med nedbyggingen av de sentraliserte tilbudene. De adferdsfaglige enhetene skulle ta hånd om problemer innen voksen-, barne- og ungdomspsykiatri, sosialmedisin, rusmiddelomsorg, HVPU og barnevern. Det ble dessuten slått fast at hvert av lokalsykehusene skulle gi tilbud i form av øre-nese-hals-, pediatri- og intensivavdelinger.

Når det gjaldt de styrings- og organiseringsproblemer Prosjekt Samarbeid hadde tatt opp, ble det anbefalt å arbeide videre med disse, og det ble ikke gitt konkrete anbefalinger. Dette gjaldt forholdet mellom Sarpsborg/SØF, intern organisasjonsmodell for de enkelte sykehus og hele styringsstrukturen for helsetjenesten i Østfold.

Sykehussjefen vurderte at de økonomiske konsekvensene av en oppfølging av innstillingen fra den sentrale styringsgruppen ville gi innsparinger på det årlige driftsbudsjettet på 17,9 mill. kroner, samtidig som forslagene til investeringer og utstyr samlet ville beløpe seg til ca. 45 mill. kroner. Til tross for til dels sterke innvendinger mot de enkelte forslag til tiltak fra ulike høringsinstanser gikk sykehussjefen inn for styringsgruppens forslag.

Styringsgruppens forslag var til en viss grad en «pakkeløsning», som innebar at føde-/gyn. virksomheten ble erstattet av de adferdsfaglige enhetene ved lokalsykehusene. Om dette skrev sykehussjefen i sin innstilling:

«De tiltak som får den mest inngripende innvirkning på det bestående driftsmønstre, og som er mest omdiskutert, er innbyrdes avhengig av hverandre. Man kan for eksempel vanskelig få gjennomført et desentralisert system av adferdsfaglige tjenester i lokalsykehusene uten en sentralisering ved Sentralsykehuset av fødetjenester.» (Sykehussjefens tilråding, 2.5.85)

Sykehussjefen fremhevet at det i en årrekke hadde vært gjort forsøk på å komme frem til en mer hensiktsmessig sykehusstruktur i fylket. «Radikale forslag er blitt avvist.» Resultatet av Prosjekt Samarbeid ville bevare den eksisterende hovedstruktur samtidig som det ble lagt opp til en helsetjeneste som var bedre i samsvar med tidens krav, ble det hevdet. I den avsluttende kommentar het det:

«En forkastelse av hovedkonklusjonen i 'Prosjekt Samarbeid' uten at det samtidig blir anvist alternative løsninger, vil uvilkårlig føre den helsepolitiske debatt ut på en ny ørkenvandring.»

Helse- og sosialutvalget behandlet Prosjekt Samarbeid i møte 5.6.1985 og vedtok hovedtrekkene i innstillingen fra styringsgruppen/sykehussjefen. Fylkestinget sluttet seg til helse- og sosialutvalgets vedtak 18.6.1985.

7.3 Prosjekt Samarbeid – drøfting

Prosjekt Samarbeid må anses som et enestående helsepolitisk eksperiment. Initiativet ble tatt lokalt av sentrale helsepolitikere, og bakgrunnen var først og fremst frustrasjonen over mangelen på strukturelle endringer og innsparinger i Strukturutvalgets arbeid, kombinert med den stadig mer krisepregede fylkeskommunale økonomi. Mandatet var nå knyttet til målet om å redusere driftsutgiftene for å bringe budsjettet nærmere balanse, og de tiltak som skulle drøftes, var konkretisert i detalj, slik at deltakerne i prosjektet ikke kunne «løpe fra» innsparings- og omstrukturingsdrøftinger. Målet for prosjektet var likevel gjenstand for ulike tolkninger. På den ene siden skulle en gjennomføre innsparingstiltak i en størrelse av ca. 40 mill. kroner. Fra en slik synsvinkel må prosjektet sies å være mislykket. Sykehussjefens vurderinger var at resultatene under de gitte forhold likevel var positive, i og med at så mange representanter fra de berørte parter i systemet hadde gått inn i et reelt samarbeid med vilje til å løse felles problemer. Det er likevel den omstrukturering og konsolidering av helsetilbudet i fylket prosjektet la opp til som er mest interessant i denne sammenheng.

Gjennom Prosjekt Samarbeid – og fylkestingets behandling av forslagene fra prosjektet – ble den eksisterende sykehusstruktur konsolidert, innenfor rammen av fem helse- og sosialdistrikter. På mange måter var både organisering og innhold i prosjektet en bekreftelse av den eksisterende regionale balanse. Rammene for prosjektet var dessuten stramme; driftsreduksjoner og omlegginger måtte skje uten at noen ble oppsagt. Derved ble både regionale og arbeidsplasshensyn ivaretatt. Den mest åpenbare endring prosjektet medførte, var nedleggelsen av

fødeavdelingene og opprettelsen av adferdsfaglige enheter ved lokalsykehusene. Nedleggelsen av fødeavdelingene var resultatet av en meget lang og komplisert prosess. Når det gjaldt desentraliseringen av psykiatrien (som det viktigste element i de adferdsfaglige enheter), var dette problematisk idet denne forutsatte en nedbygging av sentralinstitusjonene. Fra faglig hold ble det påpekt at forslaget innebar en reduksjon av det sentraliserte tilbudet før de adferdsfaglige enheter var etablert og kommet i drift, og at disse enhetene heller ikke kunne erstatte det eksisterende tilbud til «tyngre» pasienter i fylket. Fagutvalget for psykiatri beklaget at Prosjekt Samarbeid «*som i utgangspunktet skulle rasjonalisere den somatiske sykehussektor i fylket*», ikke hadde klart dette, men i stedet foreslått store nyinvesteringer innen somatikken. Derimot var det ikke funnet plass for utbygging av HVPU, ungdomspsykiatri eller avdeling for særlig farlige/vanskelige sinnslidende ved ØPS (Ramsdal, 1996). I konklusjonen fra faggruppen for psykiatris høringsuttalelse til den sentrale styringsgruppens innstilling det det at:

«Resultatet av Prosjekt Samarbeid så langt er at det igjen er den delen av Østfolds befolkning som har psykiske lidelser som skal rammes av nedskjæringer og manglende tilbud.»

Et viktig (og i den helsepolitiske debatten ofte ignorert) poeng er også at lokalsykehusenes servicetilbud innen øre-nese-hals-, pediatri- og intensivtilbud ble presisert.

Sett utenfra ga prosjektet først og fremst to effekter:

Strukturen i helsesektoren i fylket ble konsolidert innenfor eksisterende rammer, men det ble foretatt et «bytte» mellom fødevirksomheten og de adferdsfaglige enheter, som på lengre sikt innebar at lokalsykehusenes særtrekk ikke var utelukkende knyttet til somatiske sengeplasser. Lokalsykehusene gikk derved på mange måter styrket ut av prosjektet, i og med at de fikk flere faglige ben å stå på. Slik sett ble det lagt grunnlag for en organisering av helsetilbudet innenfor distriktsrammen som var mer fleksibel enn tidligere. Som vi skal se, var dette en viktig forutsetning for de forslagene til ny overordnet styringsstruktur som ble lansert senere, slik dette er beskrevet i neste kapittel. For det andre ble helsepersonellet

på alle plan mobilisert til å drøfte sektorens problemer, noe som kan ha hatt en læringseffekt på lengre sikt.

Prosjekt Samarbeid tok utgangspunkt i erfaringene fra bl.a. arbeidet med Strukturutvalget, og representerer i styringssammenheng først og fremst en erkjennelse av at de endringer som skulle skje, måtte ta hensynet til regional balanse og arbeidsplasser som gitte forhold. Slik sett kan prosjektet representere et motstykke til synoptisk samordning; det var her tale om å søke endringer gjennom bred deltakelse faglig og regionalt. Det er interessant å konstatere at dette skjedde bl.a. ved at de politiske organer i fylkeskommunen utvidet deltakelsen i prosjektet i forhold til den opprinnelig fremlagte skisse for organiseringen av prosjektet.

Innholdet i endringene som ble fremlagt, bar preg av dette; det var sonderinger, bytter og marginale tilpasninger som preget arbeidet i prosjektet. Gjennom denne prosessen lyktes en i noen viktige endringer når det gjaldt innholdet i lokalsykehusenes tjenestetilbud. De økonomiske sparetiltakene som et resultat av dette var imidlertid ikke store i forhold til underskuddet i driftsbudsjettet, mens de forslag til nyinvesteringer prosjektet fremla, representerte betydelige utgifter for fylkeskommunen. Paradoksalt nok ble derved resultatet av prosjektet en moderat strukturendring fra somatikk til lokale psykiatritjenester (og med de forbehold som er nevnt fra faggruppen for psykiatris side), mens prosjektet ble et instrument for krav om utgiftsøkninger i stedet for sparetiltak. Kuran (H) uttalte senere at prosjektet hadde «20 i stil og null i innhold» (Fredriksstad Blad, 29.4.87). Denne tolkningen kan være riktig når det gjelder målene om økonomiske sparetiltak. Men en annen tolking vil være at prosjektet la det mentale grunnlaget for de omfattende strukturendringer som skulle komme.

KAPITTEL 8

Å bryte med helsepolitiske spill – konsernet som radikal rasjonalisme

8.1 Bakgrunn og problemstilling

I forbindelse med behandlingen av helse- og sosialplanen for 1988–91 for Østfold ble det i 1987 vedtatt innføring av «konsernorganisering» i den fylkeskommunale helse- og sosialsektor. Utgangspunktet for dette vedtaket var et arbeid utført av et svensk konsulentfirma – AB SPRI-consult – som et ledd i et forslag til etablering av nytt overordnet styringssystem for sektoren. Gjennom en uvanlig rask beslutningsprosess ble de viktigste forutsetninger for innføring av den nye styringsmodellen tilrettelagt. Som vi skal se, innebar denne prosessen til dels grunnleggende endringer i helse- og sosialsektorens styringsfilosofi og organisasjonsform.

Den organisasjonsmodellen som i Østfold fikk betegnelsen «konsernorganisasjon», foregrep på flere måter utviklingstendenser i helse- og sosialsektoren andre steder i landet. Også i andre deler av offentlig forvaltning var det blitt foreslått å benytte konsernorganisasjon som et element i moderniseringen og effektiviseringen av styringssystemene. Fra samfunnsvitenskapelig hold ble det først ofte hevdet at innføringen av denne organisasjonsformen representerte et motefenomen, der en i løpet av 1980-årene så en tendens til ukritisk å importere organisasjonsløsninger fra privat sektor (Olsen & Læg Reid, 1993; Ramsdal & Skorstad, 2004). Samtidig var innføring av denne organisasjonsformen så ny at en ennå ikke hadde foretatt empiriske analyser av hvordan modellen fungerte i offentlig sektor. Men med utgangspunkt i generelle organisasjonsteoretiske resonnementer om begrensningene ved innføring av slike «rasjonalistiske» modeller, og i analyser av problemer og muligheter ved innføring av konsernorganisasjon i private bedrifter, forutsatte en at

vanskelighetene med iverksetting av konsernorganisasjon i offentlig sektor ville være store (se f.eks. Gammelsæther & Strand, 1989).

I et organisasjonsteoretisk perspektiv innebærer innføring av nye organisasjonsmodeller et fokus på «design». I dette ligger en tro på at det er mulig å endre organisasjonsadferd gjennom endringer i de strukturelle rammebetingelsene adferd spilles innenfor. Reorganisering oppfattes med andre ord som et virkemiddel for å skape en mer «effektiv» og «moderne» forvaltning (Egeberg, 1984). Da konsernmodellen ble vedtatt, ble det stilt spørsmål ved om det faktisk kunne være slik? Vil det være mulig å benytte nye organisasjonsmodeller som et instrument for å oppnå politiske mål? Og under hvilke betingelser vil dette i så fall være tilfellet?

Jeg skal i dette kapitlet ta for meg tre forhold som har sammenheng med innføringen av konsernorganisasjon i Østfolds helse- og sosialsektor. For det første skal jeg forklare hvorfor denne organisasjonsformen ble ansett som en «løsning» på styringsproblemene i sektoren. Dette skal gjøres ved å relatere forslaget om ny organisasjonsmodell til de styringsproblemer som preget sektoren da forslaget ble lansert. For det andre skal jeg vise hvilke implikasjoner innføringen av denne modellen hadde for styringen av den fylkeskommunale helse- og sosialsektor. For det tredje skal jeg drøfte i hvilken grad denne modellen ble en realistisk strategi for å realisere de politiske mål som er utgangspunktet for valg av konsernorganisasjonen. Et hovedanliggende er å vise hvordan de dominerende beslutningsmåter i fylkets politisk-administrative system sto i sterk kontrast til de forutsetningene konsernmodellen bygget på. Dette må ses i sammenheng med det mer allmenne spørsmålet om mulighetene for at en slik organisasjonsform kunne bidra til å redusere styringsproblemene i offentlig sektor i det store og hele.

8.2 Den gamle og nye organisasjonsmodellen

Den organisasjonsstrukturen som var gjeldende i 1986 da forslaget til ny modell ble lansert, var et uttrykk for en historisk prosess der de enkelte elementer var bygget inn i etablerte strukturer uten at det var foretatt noen helhetlig analyse av styringssystemet. Som vist i de foregående kapitler var kontrasten mellom de moderate strategier tilpasset konfliktene i den helsepolitiske debatten og de økonomiske utfordringene

fylkeskommunen sto overfor, markant. Konsernmodellen ble, da den ble vedtatt, oppfattet å være en måte å overkomme denne konstrasten gjennom organisatorisk design.

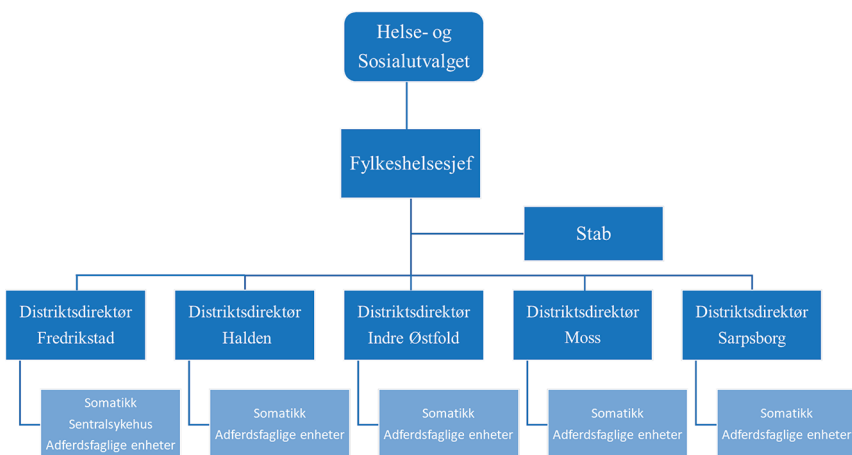
Da konsernmodellen ble vedtatt var den formelle organiseringen av fylkeskommunen helse- og sosialsektor slik: overordnet politisk nivå, sektornivå (helse- og sosialutvalg), distrikts- eller delsektornivå (sykehusdirektører) og lokalt nivå (ulike helsefaglige ledere). I tillegg var det på sentralt nivå i fylkeskommunene andre politiske og administrative organ. Administrasjons- og byggeutvalget hadde f.eks. en direkte kopling til helse- og sosialutvalgets virksomhet. Administrasjonsutvalgets rolle som stabsorgan til fylkesutvalget fikk i praksis en operativ innretning med økonomiske konsekvenser som ikke ble vurdert i sammenheng med sektorens budsjett. Det var også ni fagutvalg og rådgivende utvalg som hadde overgripende oppgaver på sine fagfelt for hele fylkeskommunen. På lokalnivå var det til sammen over 60 styrer innenfor ulike fagområder i spesialisttjenestene. Overføringen av sykehjemmene til kommunene reduserte riktignok dette tallet til ca. 30 (SPRI-consult, 1987b).

Den organisasjonsmodellen som er skissert ovenfor, var karakterisert ved en «dobbeltstruktur»: På den ene siden var det dominerende inndelingsprinsippet fagsektor, med en linjeorganisasjon fra sektornivå (sykehussjefens kontor) til delsektor- og lokalt nivå. På en annen side en distriktsinndeling, der sykehusstyrer for hvert av sykehusene var sentrale, oftest rekruttert av lokalpolitiere og tillitsvalgte fra lokalsykehusområdet. En implikasjon var at administrative ledere noen ganger fikk to herrer: Sykehusdirektørene var for eksempel ifølge sine instruksjoner «underordnet» sykehussjefen og «underlagt» det lokale sykehusstyret. Det lokale sykehusstyret besto av et flertall politikere fra helsedistriktet, utnevnt av fylkestinget. Direktørene ved lokalsykehusene kom dermed i en klemme mellom de overordnede fylkeskommunale beslutninger og sykehusstyrenes tendens til å opptre som regional- og institusjonsforsvarere.

Det svenske konsulentfirmaet SPRI-consult fikk i 1986 oppdrag med å utarbeide forslag til intern organisasjonsmodell for Moss sykehus. I forlengelsen av dette fikk firmaet så oppdraget med å utarbeide en styringsmodell for helse helse- og sosialsektoren i fylkeskommunen. SPRI-consult utarbeidet to alternativ til ny organisasjonsmodell. I det ene alternativet

ble de lokale sykehusstyrer beholdt, i det andre ble de tatt bort. SPRI-con-sult anbefalte det siste, og denne anbefalingen ble fulgt. I korthet gikk forslaget ut på følgende:

Sektorinndelingen innenfor helse- og sosialsektoren skulle oppheves, og det skulle etableres fem helse- og sosialdistrikter, basert på lokalsykehusenes opptaksområder, disse representerte de viktigste «divisjonene» i konsernmodellen. Samtlige politiske institusjonsstyrer (inkludert sykehusstyrene) ble foreslått nedlagt, og de fem helse- og sosialdistriktene skulle gis *en* administrativ ledelse. Det skulle innføres mål- og ram-mestyling i sektoren gjennom utvikling av et system der planlegging, budsjettering og resultatvurdering ble de viktigste lederoppgaver. Som nevnt var distrikt det overordnede divisjonaliseringsprinsipp. Dette var basert på organiseringen av andrelinjetjenesten innenfor de tidligere fagsektorene. Dette skapte imidlertid problemer for Sentralsykehuset i Fredrikstad, som også hadde lokalsykehusfunksjon. Sykehuset ble derfor foreslått utskilt som en egen divisjon med både overgripende (tredjelinje) og lokalsykehusfunksjoner (andrelinje). For tredjelinjepsykiatrien ble det foreslått en samordning mellom psykiatrisk avdeling ved Sentralsykehuset og Østfold Psykiatriske Sykehus (ØPS). Dette innebar at den overordnede strukturen for tredjelinjepsykiatrien var uavklart da modellen ble vedtatt, ettersom dette ble utsatt på grunn av den «historiske» konflikten mellom de to delene av psykiatrien (Ramsdal, 1996).



Figur 1. Konsernmodellen - Overordnet styringsmodell for helse- og sosialsektoren i Østfold 1987.

8.3 Teoretiske perspektiver på konsern-organisasjon

Hva innebar så etablering av en «konsern-organisasjon»? Den modellen som er presentert i figur 1, knytter an til en bestemt organisasjonsform, som i organisasjonsteorien vanligvis betegnes som den «divisjonaliserte form» (Mintzberg, 1983). Dette begrepet dekker imidlertid en rekke ulike modeller og organisasjonsløsninger. Som Gammelsæther og Strand (1989) pekte på, kan derfor konsernbegrepet fortone seg som temmelig uklart. Likevel må en, for å kunne drøfte de teoretiske implikasjonene av modellen, ha et mer presist utgangspunkt. Gammelsæther og Strand hevder at divisjonalisering kan ses på som en prosess der startpunktet er etablering av en divisjon, til et teoretisk sluttpunkt, med en fullstendig divisjonalisert struktur. I det siste ligger at divisjonene er selvforsynt, dvs. at alle stabsaktiviteter, servicefunksjoner og tjenesteyting eller produksjon er etablert i den enkelte divisjon. Den modellen som Østfold fylkeskommune valgte, var derfor å oppfatte som nær opp til en idealmodell, dvs. som et sluttprodukt av divisjonaliseringsprosessen. En kan derved anlegge to ulike perspektiv i en analyse av den nye styringsmodellen: En kan vurdere idealmodellen i forhold til de oppgaver helse- og sosialsektoren er satt til å løse, eller en kan se på selve iverksettingsprosessen, der intensjonene med modellen nedfeller seg i beslutninger og forventninger om endret organisasjonsadferd. Her skal jeg konsentrere meg om det første perspektivet og komme tilbake til det neste i neste kapittel.

Det særegne ved konsern- (eller «divisjons»-modellen) er at det ikke er en enhetlig modell, men en modell som legger en «super-struktur» over etablerte organisasjonsformer (Mintzberg, 1983). Ifølge Mintzberg er hovedprinsippet i konsernorganisasjonen at en minimaliserer den gjensidige avhengigheten mellom divisjonene, slik at hver enkelt av dem fungerer som en delvis autonom enhet. Hver enhet må i minst mulig grad behøve å samordne sine daglige aktiviteter med de øvrige divisjoner, og kommunikasjon formidles i størst mulig grad direkte til hovedkvarteret. Modellen innebærer at den enkelte divisjon får myndighet til å ta beslutninger innenfor et område definert og avgrenset av hovedkvarteret. «Delvis autonomi» for divisjonene innebærer altså to ting: at den enkelte

divisjon er klart adskilt, og at hver divisjon har en relativ selvstendighet i forhold til hovedkvarteret. Som organiserende prinsipp innebærer konsernmodellen at det er lite behov for horisontal samordning mellom konsernets divisjoner, og at det gjennomføres en utstrakt desentralisering av oppgaver til de enkelte divisjoner fra hovedkvarteret. Den viktigste samordningsmekanismen i organisasjonen er «standardisering av resultater», det vil kontroll av resultater i forhold til på forhånd oppsatte mål for divisjonenes virksomhet. Målutvikling og fastsetting av rammer for virksomheten i de enkelte divisjonene, utvikling av standarder for resultatmåling og gjennomføring av resultatkontroll blir de viktigste oppgavene for hovedkvarteret. Gjennom hovedkvarterets fastsetting av mål og rammer, og gjennomføring av resultatkontroll, blir den desentralisering en taler om i konsernmodellen høyst begrenset, ofte ikke annet enn delegasjon fra et lite antall ledere i hovedkvarteret til et bare noe større antall ledere i divisjonene.

Mintzberg hevder – stikk i strid med den dominerende retorikken som ofte følger innføring av denne organisasjonsformen – at mål- og rammestyring og standardiserte resultatkontrollsystemer innebærer en sterk grad av sentralisering gjennom anvendelsen av de viktigste styringsmekanismer.

Den organisasjonsmodellen som her er presentert i en relativt abstrakt form, ble altså lagt til grunn for forslaget til ny organisasjonsmodell i den fylkeskommunale helse- og sosialsektor i Østfold. Som nevnt innledningsvis opplevde en på 80-tallet at konsernorganisasjon ble lansert som et virkemiddel for effektivisering og modernisering også andre steder i offentlig forvaltning. Etter min oppfatning må dette forstås på bakgrunn av de styringsproblemer offentlig sektor generelt, og helse- og sosialsektoren spesielt, sto overfor – og for Østfolds vedkommende er dette illustrert i de foregående kapitler. Hovedformålet er å skape balanse mellom økonomiske rammer og faglig virksomhet.

8.4 Bakgrunnen for konsernorganisasjonen

Forklaringene på de styringsproblemer helsesektoren sto overfor ble på det tidspunktet da konsernmodellen ble vedtatt i Østfold, basert på to

ulike, men gjensidig forsterkende argumenter. For det første ble det gitt en forklaring på makronivå. Her ble det pekt på at styringsproblemene var resultat av det «spillet om helsetjenesten» som er beskrevet foran – mellom ulike interessegrupper og potensielle brukere av helsetjenester, yrkesgrupper, private organisasjoner, kommuner, fylkeskommuner og statlige organer. Dette spillet har hatt en iboende tendens til å drive sektoren i retning av nye vekstområder, uten at prioriteringer av enkelttiltak skjer etter en samlet plan, der økonomiske rammebetingelser og helsepolitiske mål ses i sammenheng (Hansen, 1979; Grund & Hjort, 2000). Grund hevder at utviklingen i helsesektoren ikke formes gjennom planer der filosofien bak planleggingen er et ønske om å treffe rasjonelle beslutninger. Prosessen foregår i et samspill der alle ser det som sin oppgave å fremme sine interesser. Ut fra dette blir en av helsepolitikkenes største utfordringer å motstå kravet fra pressgruppene når disse kommer opp enkeltvis. Dette beslutningssystemet har vært betegnet som et løst kopledd system, der resultatene blir preget av mer eller mindre tilfeldige konstellasjoner av deltakere og problemer til enhver tid (Olsen, Cohen & March, 1972). Og det er nettopp dette systemet som la et teppe av konflikt og beslutningsvegring over mange av de prosessene som er beskrevet i de tre foregående kapitlene.

For det andre gis det forklaringer på mikronivå. Det blir påpekt at det overordnede prinsipp for helseinstitusjonenes organisering er profesjonell autonomi, der særlig legenes mandat til å treffe faglige beslutninger om behandlingen av den enkelte pasient aggregeres til uhåndterlige vekstprosesser frikoplet politiske prioriteringer og økonomiske rammer. På det enkelte sykehus er medisinsk autoritet plassert på det operative nivå, der legene møter pasientene. Men økonomisk-administrativt ansvar er på sin side tillagt de øverste styringsorganer, i den modellen som eksisterte i Østfold da konsernmodellen ble foreslått, institusjonsstyre og direktør. Fra legenes synspunkt kan sykehuset først og fremst fremstå som et «hjelpesystem» for medisinsk-profesjonell yrkesutøvelse, mens det økonomisk-administrative systemet ser styringsproblemene som en utfordring om å bringe legene og annet helsepersonell inn i det totale sykehussystemet.

Ifølge de analysene av sykehus som ble foretatt på den tiden konsernmodellen ble vedtatt, hadde legenes klassiske autoritet blitt supplert gjennom multiprofesjonalisering og forsterket administrativ styring. Men

derved har det moderne sykehus blitt preget av at de viktigste aktørene i sykehuset ofte mangler gjensidig legitimitet (Berg, 1987). Derved genereres konflikter i mange daglige beslutningssituasjoner i den enkelte institusjon. Resultatet ble organisatoriske hybrider og kompromisser om ressursfordeling, som i sin tur førte til dyre og uhensiktsmessige løsninger i driften, het det. I en tid med sterkere krav til økonomistyring, og med helsepolitiske mål om «mer helse for hver krone», nedfelte ønsket om å endre rammebetingelsene for de foran beskrevne prosesser seg i krav om reorganisering av beslutningssystemene – både på makro- og mikroplan.

Som vist i kapitlene foran manifesterte de styringsproblemene som er beskrevet i generelle vendinger, seg i en tiltakende beslutningskrise og et akkumulerende underskudd i Østfold fylkeskommune. Og som vist ble det tatt en rekke initiativ fra de politiske myndigheter i fylket med sikte på å forbedre økonomistyring, også ved å skape strukturendringer i sektoren. Et hovedelement i reformstrategien var å kombinere budsjettinnsparinger med overføringer av ressurser fra somatisk til andre deler av helse- og sosialsektoren. De forsøk på sparing og omstrukturering som ble igangsatt i disse årene, må imidlertid i hovedsak sies å være mislykkede, for så vidt som det fylkeskommunale budsjettunderskuddet økte jevnt og sikkert, samtidig som omprioritering av helse- og sosialtjenestetilbudet viste seg svært vanskelig. En viktig grunn til dette var den relativt svake posisjonen fylkeskommunens øverste politisk-administrative system hadde i befolkningen generelt, og blant de ansatte i sektoren spesielt. Kombinasjonen av sterk lokalpolitisk mobilisering for bevaring av lokalsykehusene og somatiske helsetjenester der, og de ansattes forsvar for faglige posisjoner og arbeidsplasser, brøt effektivt ned alle forsøk på å gjennomføre omfattende reformer.

I siste halvdel av 80-årene endret imidlertid arbeidet med omstruktureringer og sparing karakter. Ønskene om å styrke helhetlig planlegging gjennom større grad av toppstyring ble klarere formulert. Konkret kom dette til uttrykk på to gjensidig avhengige områder:

For det første ble det, i Helse- og sosialplanen for 1988–91 lansert en teoretisk modell for fordelingen av helse- og sosialtjenester i fylket, basert på forekomst av ulike sykdomstilfeller, pris og vanskelighetsgrad i behandlingen av de ulike sykdommer eller sosiale problem. Denne modellen var

inspirert av de forslag til nivåstrukturering av helsetjenestene som var lansert allerede i St.meld. 9 (1974–75) om et regionalisert helsevesen. For det andre ble det lansert et system for innføring av målstyring i staten, som fremsto som en modell også for styring av de fylkeskommunale tjenestene.

Og innenfor denne forvaltningspolitiske rammen ble forslaget om konsernorganisasjon, tuftet på SPRI-consults erfaringer med denne fra svensk helsesektor, vedtatt. Til sammen skaper dette inntrykk av at en – vel å merke parallelt med den dominerende inkrementalistiske beslutningsmåte – ønsket å benytte reformstrategier preget av synoptisk planlegging og radikal rasjonalisme i overgangen mellom 80- og 90-årene. Forslaget om konsernorganisasjon, sammen med de to øvrige tiltak (som ble gjort før vedtaket om konsernorganiseringen) som er nevnt foran, avfødte en styringspolitisk optimisme som sto i klar kontrast til oppfatningen om at helse- og sosialsektoren i Østfold var preget av en nærmest permanent beslutningskrise de siste 10–15 årene. Behandlingen av konsernforslaget i de fylkeskommunale organer var svært rask, og analysen av fylkespolitikernes kunnskapsgrunnlag om modellen viste at den var relativt beskjedent. Troen på konsulentfirmaets evne til å løse den gordiske knute i helsesektoren var imidlertid stor (Ramsdal & Quotrup, 1992).

Det sentrale spørsmål er da: Hvorfor lanseres nettopp disse strategiene? Hvorfor anses de som løsninger på styringskrisen? Hvilke konkrete organisatoriske elementer i konsernmodellen var det som skapte grunnlag for denne styringsoptimismen?

Den rapporten SPRI-consult utarbeidet i 1986, konkluderte med at fylkeskommunens helse- og sosialsektor var preget av «*manglende politisk styring, kompliserte beslutningsprosesser, interessekonflikter mellom deler og helhet, manglende samordning og kontroll med de økonomiske ressursene*» (SPRI-consult, 1987b, s. 3). Analysen deres viste til at forsøkene på helhetsstyring som de fylkeskommunale planleggere hadde lansert, ikke hadde klart å «beskytte» disse planene mot de politiske spill som er beskrevet foran. Forslaget til ny organisasjonsmodell ville ifølge konsulentfirmaet innebære en politisk sentralisering, klart administrativt ansvar, distriktsvis administrativ ledelse og samordning, og klar rollefordeling mellom politiske og administrative instanser. Det het videre

at modellen ville skape «integrasjon og konkurranse», idet den ville gi bedre forutsetninger for lokal integrasjon av ulike deler av helse- og sosialtjenesten i distriktene, og bedre grunnlag for samarbeid mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjeneste. Fordelene med organisasjonsformen var altså hevdet å være at den kunne eliminere de svakheter det gamle styringssystemet representerte, særlig mulighetene for lokalpolitisk mobilisering og for å spille ulike politisk-administrative og faglige særinteresser ut mot hverandre. De viktigste implikasjoner av det nye styringssystemet ble oppsummert slik: «*Mindre politisk engasjement lokalt, og derigjennom styrking av helhetstenkningen i helse- og sosialsektoren i fylket. Endret maktfordeling, idet administrative organer ville få større innflytelse, særlig lokalt*» (SPRI-consult, 1987b, s. 36).

Det nevnes som en fare med den nye organisasjonsmodellen at mindre virksomheter, som HVPU, psykiatri, barnevern og rusomsorg, kunne komme i en mer utsatt konkurransesituasjon om ressursene i det enkelte distrikt enn tidligere, for så vidt som en hadde erfart at de lokale myndigheter hadde hatt en tendens til å prioritere akuttberedskaper ved lokal-sykehusene ved tidligere anledninger.

Begrunnelsene for innføring av den nye modellen var derved knyttet til overgangen fra en organisasjonsstruktur preget av den særegne hybriden mellom byråkratisk, profesjonell og demokratisk autoritet helsesektoren hadde vært preget av, til en modell der andre verdier og hensyn var bygget inn. Konsernmodellen er en idealtypisk modell, og det er denne idealtypen som i praksis presenteres som den fremtidige organisasjonsstrukturen for Østfold fylkeskommunes helse- og sosialsektor. Ut fra erfaringer med denne organisasjonsformen i private bedrifter mente SPRI-consult at bestemte forutsetninger måtte være til stede for at en skulle kunne opprettholde styringsprinsippene i konsernmodellen over tid. Disse forutsetningene var direkte koplet til den teoretiske modellen, slik denne var presentert av Mintzberg – stikkordsmessig oppsummert slik:

Det måtte sikres:

- en klar arbeidsdeling mellom hovedkvarter og divisjoner
- at kommunikasjonen mellom hovedkvarter og divisjoner er mest mulig formell

- at hovedkvarteret avviser detaljsaker
- at hovedkvarteret konsentrerer seg om strategiske oppgaver og resultatkontroll
- at hovedkvarteret etablerer økonomisk-administrative og faglige støttesystemer, f.eks. databaser og rapporteringssystemer der informasjon fra divisjonene kan bearbeides.

Hovedpoenget i dette styringssystemet er altså at faglige og økonomiske hensyn integreres på alle beslutningsnivåer i organisasjonen, bl.a. manifestert ved prinsippet om straff og belønning i relasjon til (manglende) måloppnåelse. Først og fremst innebærer dette at faglige mål må gjøres eksplisitte – og ikke overlates til de enkelte profesjonsutøveres «skjulte» disposisjoner. Når denne prosessen kan beskrives som en byråkratisering, har det altså sammenheng med at den profesjonelle autonomi reduseres på bekostning av økt økonomisk-administrativt ansvar. Med utgangspunkt i Mintzberg kan dette illustreres slik:

Kjennetegn	Gammel organisasjonsstruktur	Ny organisasjonsstruktur
Org. prinsipp	Prof. byråkrati	Konsernorg.
Samordning	Faglige ferdigheter	Mål- og rammestyring
Makt/styring	Operativt nivå	Divisjonsledelse
Design-parametre	Horisontal spesialisering, begrenset vertikal byråkratisering	Sentralisering byråkratisering

Tabell 1. Forholdet mellom den gamle og nye organisasjonsstrukturen.

Når den etablerte og vedtatte organisering settes i relieff på ovenstående måte, ser en klart hvorfor konsernorganisasjon velges som et fremtidig organisasjonsprinsipp ut fra de kjennetegn de helsepolitiske spill innebærer. På organisasjonsnivå – dvs. på sykehusnivå – reduseres preget av profesjonell autonomi, adskilt fra økonomisk-administrativt ansvar. Samtidig er muligheter for å mobilisere lokale sykehusstyrer eliminert. På samfunnsnivå – dvs. for helse- og sosialsektoren – reduseres preget av et løst koplet system med store muligheter til å mobilisere faglige eller geografiske særinteresser. En kan trygt si at det er de hensyn som er fremhevet her, som var de viktigste mål for reorganiseringen som ble vedtatt i Østfold i 1987.

8.5 Implikasjoner av vedtaket om konsernorganisasjon i Østfold

I det følgende skal forutsetningene for, og implikasjonene av, innføring av de styringsprinsipper det her er tale om, drøftes mer inngående. Etter min oppfatning er det to elementer i modellen som var vesentlige for dets styringspotensial. Det gjaldt for det første valg av divisjonaliseringsprinsipp og organisering av divisjonene, og for det andre valg av ledelsesstruktur og forventninger til lederadferd. Disse to elementene henger naturlig nok sammen i den praktiske utformingen av modellen.

Valg av divisjonaliseringsprinsipp og organisering av divisjonene

Et hovedelement i konsernorganiseringen i Østfold var etableringen av fem helse- og sosialdistrikter. Divisjonaliseringsprinsippet i den nye konsernorganisasjonen var dermed geografi/region. Regionaliseringsprinsippet kommer klarest til uttrykk gjennom den før omtalte avvikling av den vertikale sektororganisering av HVPU, barnevern, rusmiddelomsorg og psykiatri. Dette innebar f.eks. at direktøren for HVPU i fylket mistet sine funksjoner. Innenfor konsernmodellens tankeskjema innebærer regional divisjonalisering at en skal utvikle mål og sette rammer for virksomheten i hvert distrikt.

Ut fra de overordnede mål som er formulert i helse- og sosialplanen, skulle en skape et mest mulig likt helsetilbud i alle deler av fylket. Som et teoretisk utgangspunkt innebærer dette at en benytter «blåkopi» i fordelingen av tjenestetilbudet og at en lar helse- og sosialdistriktene utføre samme type tjenester for hver sin befolkning. Divisjonen i Fredrikstad-distriktet var som antydnet foran unntaket til dette, i og med at denne hadde de fylkesdekkende tjenestene (tredjelinjen) i tillegg.

Valget av geografi som divisjonaliseringsprinsipp var knyttet til en politisk forutsetning om at alle lokalsykehusområdene skulle bevares, og innebar først og fremst at man på politisk hold hadde innsett at den sterke lokalpolitiske mobiliseringen til forsvar for lokalsykehusene måtte tas hensyn til dersom modellen skulle bli vedtatt. Modellen la samtidig

opp til en bedre samordning av de fylkeskommunale og kommunale helse- og sosialtjenester, uten at innholdet i dette samarbeidet ble nærmere konkretisert – en implisitt forutsetning var at gjennom distriktsorganiseringen ville beslutninger lokalt kunne tilpasses bedre mellom de to nivåene. I tillegg til dette var det et vesentlig poeng at modellen la opp til en oppløsning av det somatiske sykehuset som et slags lokalt tempel for de fylkeskommunale helsetjenester i distriktet. Gjennom utbyggingen av andre «adferdsfaglige» tjenester – barnevern, rusomsorg, psykiatri og HVPU – kunne en opprettholde fylkeskommunens innsats i volum (både antall ansatte og økonomisk innsats) samtidig som omstrukturering fra somatikk til andre helse- og sosialtjenester potensielt ville bli enklere. Slik sett kunne valget av region som divisjonaliseringsprinsipp være en knipetangsmanøver der en pakket den ønskede omstruktureringen av helsetjenester – særlig fra somatikk til psykiatri – inn i den lokalistiske ideologien striden om helsetjenestene i fylket ble dominert av.

Organiseringen av den enkelte divisjon ville være avgjørende for om styringssystemet modellen forutsetter, kunne fungere effektivt. Mintzberg hevder at kravene om intern resultatkontroll tvinger divisjonen til å utvikle en styringsstruktur som «kinesiske esker». Dette innebar at distriktssorganisasjonen måtte organiseres med relativt selvstendige driftsenheter, under en direktør for helse- og sosialdistriktet.

Det knytter seg imidlertid flere problemer til det å benytte et regionalt divisjonaliseringsprinsipp innenfor helse- og sosialsektoren. For det første er som kjent helse- og sosialtjenester ikke bare geografisk fordelt, en skiller også mellom ulike nivåer i tjenesteytingen, i fylkeskommunal sammenheng var dette mellom andre- og tredjelinjetjenester. Fordelingen av tjenester geografisk og på nivå var et av de viktigste kjennetegn ved den helsepolitiske debatten i Østfold. Gjennom helse- og sosialplanen ble det som nevnt utviklet en modell for fordelingen av tjenestene. Prinsippet innebar at sjeldne, kompliserte og dyre helseproblemer skulle løses på tredjelinjenivå, og at disse tjenestene skulle betjenes for hele fylket under ett. De mer alminnelige, mindre kompliserte og billigere tjenester skulle helse- og sosialdistriktet ta seg av. Samtidig ble det imidlertid også åpnet for at de enkelte lokalsykehus i distriktet kunne få fylkesfunksjoner i ytelse av bestemte tjenester. Modellen for fordelingen av helse- og

sosialtjenester var imidlertid ikke operasjonalisert, og også her ble det åpnet for forhandlinger om lokalisering av de ulike helsetilbud. For at helseplanens fordelingspolitiske modell skulle bli et instrument i styringen av helsesektoren i fylket, var det derfor nødvendig med en klargjøring av hva som var ment med «sjeldne, kompliserte og dyre» tjenester. Det paradoksale var at det var nettopp dette som var kjernen i den helsepolitiske debatten i fylket.

Prinsipielt kan en tenke seg en lokalt utformet organisasjonsstruktur i divisjonene uavhengig av den overordnede konsernorganiseringen. En kan altså organisere de ulike helse- og sosialdistrikter etter ulike prinsipper, under forutsetning av at relasjonene mellom hovedkvarter og divisjonsledelse er likt organisert. Likevel vil konsernorganisering virke som en sterk drivkraft i retning av etablering av tilsvarende organisatoriske prinsipper – det som ligger i prinsippet om «kinesisk eske» – innenfor de ulike divisjonene. I de utredninger som var foretatt om organiseringen av helse- og sosialdistriktene, ble dette prinsippet bekreftet. Forslaget innebar at de ulike virksomheter i distriktet skulle organiseres som selvstendige driftsenheter, med eget budsjett, med mål og rammer for sin virksomhet, og med ledelsen som ansvarlig for resultatene. Disse selvstendige enhetene ble betegnet som basisenheter, og omfattet f.eks. en avdeling på sykehuset, eller HVPU i distriktet.

Ledelsesstruktur og forventet lederadferd

Den nye modellen forutsatte at ledelsesstrukturen ble endret, og at den adferd ledere utviste, er i samsvar med forutsetningene i modellen. Som jeg skal komme tilbake til, er utvikling av lederadferd i samsvar med modellens forutsetninger en nøkkel til suksess, ifølge teorien, men også det kanskje mest problematiske ved modellen.

I utgangspunktet opererte modellen med en politisk og administrativ ledelse. De viktigste elementene i modellen ble politisk ledelse gjennom helse- og sosialutvalget, stabsfunksjoner ved fylkeshelsesjefens kontor, divisjonsledelsene (distriksdirektørene) og avdelingsledelsene.

Organiseringen av helse- og sosialutvalget var det samme i konsernmodellen som tidligere. Det er først og fremst markeringen av

utvalgets strategiske oppgaver som var det nye. Disse oppgavene var knyttet til utformingen av konsernets hovedmål, etablering av standarder for måling av resultater i divisjonene, resultatkontroll og iverksetting av straff og belønning på basis av resultatene i divisjonene. Forutsetningen for effektiv strategisk ledelse er klare mål, enkle men relevante resultatindikatorer, effektive resultatkontrollsystemer, og tilstrekkelig autoritet til iverksetting av straffe- og belønningstiltak. Det er grunn til å påpeke at målene med innføring av konsernorganisasjon først og fremst ble knyttet til behovet for bedre kontroll med utgiftsveksten i fylkeskommunens helse- og sosialsektor. Helse- og sosialutvalget var det eneste politiske sektororgan, og hadde derved et overordnet ansvar for fastsetting av helhetlige mål, økonomiske rammer og resultatkontroll. Å operere med politiske organ på lavere nivå ville være en måte å desintegre politisk styring på, og ville være uforenlig med konsernmodellen. Konsernorganisasjon i offentlig sektor setter derfor store krav til den sentrale politiske styringen. Behovet for klare mål, strategisk planlegging og politisk styrke til å motstå krav fra faglige, lokalpolitiske eller andre «særinteresser» er enda større i denne styringsmodellen enn i det gamle systemet.

De erfaringene som helse- og sosialstyret i Østfold fikk i løpet av særlig valgperioden 1985–88 førte til en stadig sterkere markering av ønsket om å ivareta de foran nevnte behov for sterkere politisk styring i sektoren. Konkret kom dette til uttrykk ved at helse- og sosialutvalget selv overtok arbeidet med utformingen av helse- og sosialplanen, og engasjerte utenforstående konsulenter for å reorganisere sektoren. Dette må oppfattes som en klar markering av ønsket om å skape større avstand til lokalpolitiske og faglige særinteresser. Denne utviklingen i helse- og sosialutvalgets styringsambisjoner og styringsmåter må sees på bakgrunn av de erfaringene utvalget etter hvert fikk med å engasjere sektorens egne ansatte til å reorganisere og spare, slik dette er vist i tidligere kapitler.

De erfaringene et samlet helse- og sosialutvalg fikk i løpet av siste periode, kunne imidlertid gå tapt, ved at nesten hele utvalget ble skiftet ut etter kommunevalget i 1987. Kun to av de ni representantene ble gjenoppnevnt i utvalget. I forhold til de åpenbare behov for erfaring og politisk styrke som i praksis var en forutsetning for å gjennomføre konsernmodellen,

innebar dette en stor fare for at en ikke ville lykkes i å iverksette de tiltak som styringsmodellen forutsatte.

For å kunne ivareta både hensynet til faglige vurderinger og økonomisk styring i konsernhovedkvarteret ble det foreslått å reorganisere fylkeshelsesjefens kontor etter en «blandingsmodell». Denne modellen innebar at de ansatte ved kontoret skulle arbeide hovedsakelig med problemstillinger knyttet til faglige funksjoner, dvs. somatikk, psykiatri, barnevern, HVPU etc. I tillegg skulle det ansettes nytt personell med plan- og økonomifunksjoner. Det mest interessante med denne modellen var at det grunnleggende styringsproblem i sektoren, forholdet mellom økonomiske rammer og helsefaglige krav, ble bygget inn i hovedkvarteret (det vil si fylkeshelsesjefens kontor).

Den vesentligste nyvinningen i konsernmodellen på sentralt nivå var etableringen av et konsernråd. Dette rådet besto av direktørene i helse- og sosialdistriktene («divisjonsledelsen») og fylkeshelsesjefen. I tillegg ble representanter for ansatte, faglige virksomheter eller andre innkalt for å supplere rådet i konkrete saker. I tillegg ble det etablert fagråd for de ulike deler av helse- og sosialtjenesten for å gi konsernledelsen råd i forhold til sine respektive fagområder. Heller ikke fagrådene hadde beslutningsmyndighet.

Den største utfordringen for å få til effektiv konsernledelse er hvordan de overordnede oppgavene løses. Spørsmålet var her hvordan fylkets helse- og sosialstyre med fylkeshelsesjefens kontors hjelp kunne opprettholde kontroll og samtidig overlate operativt ansvar til distriktsledelsen. De viktigste styringsinstrumentene ble nå mål- og rammestyring, med resultatkontroll og muligheter for «straff og belønning». Ifølge Mintzberg er tilsettingsmyndigheten over distriktslederne en nøkkel for å få til overordnet styring. Ved å systematisk rekruttere distriktsledere med en klar forståelse av den ideologien konsernorganiseringen bygger på, ville det være mulig å styre virksomheten i divisjonene etter intensjonene. Ja, det kan hevdes at dyktiggjøring av divisjonsledere, det vil her altså si direktørene for helse- og sosialdistriktene, var avgjørende for at modellen skulle fungere. Riset bak speilet var muligheten til å kunne straffe – eventuelt si opp – distriktslederne som ikke oppnådde de resultater hovedkvarteret fastsatte. I arbeidet med innføring av konsernmodeller ble dette sterkt

fremhevet av SPRI-consult, særlig på bakgrunn av de erfaringene en hadde hatt med de lokale sykehusstyrer som ikke fulgte pålegg om nedskjæringer i driften.

Både med hensyn til mulighetene for rekruttering og oppsigelse av distriktslederne møtte organisasjonsprinsippet på visse problemer i møtet med realitetene: Det var de tidligere direktørene ved sykehusene som overtok distriktslederstillingene, og dermed arvet den nye organisasjonen ledere som hadde arbeidet i, og tilpasset seg, de beslutningskamper og den styringsstrukturen som sektoren inntil da hadde vært preget av. Hittil hadde kompetansen for sykehusdirektørene snarere vært basert på å beherske de politisk-administrative spill som med den nye styringsformen var forutsatt avviklet. Når det gjaldt mulighetene for å si opp ulydige eller udyktige distriktsledere, ble det etter hvert klart at en ikke hadde tilstrekkelige muligheter til å gjøre det innenfor rammen av oppsigelsesvernet som gjelder i norsk arbeidsliv. Dette ønsket en å løse ved å ansette direktørene på åremål.

Et viktig poeng i det styringssystemet som ble etablert, var at konsernledelsens styring ville være indirekte og generell. Dette innebar at de sanksjonsmidler som hovedkvarteret hadde til disposisjon, først og fremst var etterkontroll av resultater. At hovedkvarterets styring vil være av generell karakter, innebar at detaljstyring skulle falle bort, og erstattes med mål- og rammestyring. *Hvordan* divisjonene nådde sine mål, skal hovedkvarteret prinsipielt ikke bry seg med. Et alternativ til indirekte styring er løpende, direkte overvåking. Forutsetningen for at dette skal skje, er at en etablerer gode informasjons- og rapporteringssystemer mellom divisjonsledelse og hovedkvarter, eller at en har uformell kontakt mellom hovedkvarteret og divisjonsledelsene. Som nevnt vil dette bryte med styringsprinsippet konsernorganisasjonen hviler på.

8.6 Konsernorganisasjon: «Ved veis ende, på kanten av stupet»?

I sin bok om ulike organisatoriske «konfigurasjoner» har Mintzberg (1983) en underskrift om den divisjonaliserte form, der det heter: «*The divisionalised form: at the end of the road, on the edge of the cliff*». Bakgrunnen

for denne påstanden er at konsernorganisasjonen bærer i seg egenskaper som kan bidra til dens egen oppløsning.

Som jeg skal vise i neste del, var det dette som skjedde med konsernmodellen i Østfold. Den fylkeskommunale helse- og sosialsektoren i Østfold hadde gått en lang vei gjennom økonomisk krise og politisk frustrasjon da en vedtok konsernmodellen i 1987. Modellen representerte en ny tilnærming til de styringsproblemene en opplevde i sektoren, nå basert på prinsipper om å bryte de helsepolitiske spill gjennom reorganisering av styringssystemet. I forhold til de problemene som var nedfelt i den etablerte styringsmodellen, hadde konsernorganisasjonen et teoretisk potensial for bedre styring. Likevel må det understrekes at selv om den vedtatte organisasjonen hadde fungert etter hensikten, ville en ikke løse de grunnleggende, innebygde dilemmaer og konflikter helse- og sosialsektoren står overfor. Poenget er at disse konfliktene ble satt inn i nye organisatoriske rammer. Valg av organisasjonsstruktur og styringssystem er i bunn og grunn et maktfordelingsspørsmål – noen mister, andre får, økt innflytelse over beslutningene i sektoren. Noen måter å definere problemene på blir organisert ut av de avgjørende beslutningssituasjonene, andre blir definert inn i beslutningenes sentrum. For den profesjonelle helsearbeider er «sannhetens øyeblikk» møtet mellom den enkelte pasient og helsearbeideren. For den som i sitt daglige arbeid observerer det akkumulerte underskudd i offentlige budsjetter, blir «sannhetens øyeblikk» der hvor en i beslutningssituasjonene velger dyre fremfor billige løsninger, eller der en tar mer hensyn til lokalpolitiske særinteresser fremfor løsninger som gagnar sektoren i hele fylket. Den ene er ikke mindre rasjonell enn den andre; det er tale om ulike former for rasjonalitet. Gjenopprettelse – eller snarere opprettholdelse – av administrativ og/eller politisk detaljstyring kan bli et resultat av at de sentrale politisk-administrative organer i fylket føler at tapet av styringsrett blir for stort i den nye styringsmodellen.

En tredje mulighet var at konsernmodellen hadde tatt for lite hensyn til de spesifikke krav til faglig organisering helsesektoren fordrer. To elementer ved modellen var sentrale i denne forbindelse: For det første ville enkelte av de «små» sektorene, som barnevern, rusomsorg og til dels psykiatri, bli så fragmentert i distriktsorganiseringen at det kunne

avstedkomme at en mobiliserte krefter for å samle virksomhetene etter funksjonelle prinsipper. For det andre kan det hende at behovet for en samordning av somatikken – som helsepolitisk er den viktigste utfordringen i fylket – forutsatte en annen organisering enn distriktsorganisasjonen ga anledning til.

Alt tydet derfor på at konsernmodellen bar i seg kimen til både desintegrasjon og rebyråkratisering. Det kreves sterk vilje og store kunnskaper til å opprette, og opprettholde, konsernorganisasjon i en så komplisert virksomhet som helse- og sosialt arbeid. Mintzberg (1983) hevder derfor at konsernorganisasjon er en «idealtipe» og at en vanskelig kan finne belegg for at den fungerer effektivt i offentlig sektor. Dette har i siste instans sammenheng med de grunnleggende egenskaper rasjonelle organisasjonsmodeller generelt er kjennetegnet ved: at de er for gode for denne verden. Sannsynligheten for å lykkes med en slik reorganisering som ble vedtatt for Østfold fylkeskommunes helse- og sosialektor, måtte derfor i det store og hele anses for små, selv om prosessen frem mot målet under gitte betingelser kunne bedre styringen av sektoren. Dette skal tas opp i neste kapittel, som nettopp dreier seg om utfordringene som iverksettingen av konsernmodellen i fylket innebar.

KAPITTEL 9

Iverksetting av konsernmodellen

9.1 Innledning

Som nevnt i forrige kapittel er det gjennom iverksettingsprosessen at den «teoretiske», formelle organisasjonsmodellen står foran sin avgjørende prøve. Jeg skal her gjennomgå en del av de vedtakene og tiltakene som på ulike måter har hatt betydning for graden av iverksetting av modellen, sett i forhold til de teoretisk definerte intensjonene. En slik gjennomgåelse innebærer at jeg – i strømmen av politiske og administrative prosesser – har trukket ut noen som særlig relevante. De fem årene etter vedtaket er vårt tidsperspektiv, ettersom det i denne tiden ble gjennomført en rekke reorganiseringstiltak som fikk betydning for modellens status i styringssystemet. Disse omfattet både strukturelle endringer, utvikling av økonomistyringssystemer, lederopplæring og faglig baserte endringer i tjenestetilbudet. Ingen i sektoren var uberørt av disse prosessene. Tvert imot er inntrykket at det skjedde en lokal «reform-revolusjon» av omfattende karakter. Disse prosessene hadde sammenheng med det ytre presset sektoren ble utsatt for på denne tiden, som igjen hadde sammenheng med at nye krav om kostnadseffektivisering fra statlige myndigheter, nye kvalitetskrav i tjenestene og den politiske turbulensen om nedlegging av lokalsykehusene kom opp samtidig med full styrke. Noen av de prosessene som påvirket iverksettingen av konsernmodellen, var knyttet til etableringen av den formelle strukturen, først og fremst gjennom direktørenes rolle og utarbeidelsen av organisasjonsplaner for distriktene. På begge disse punktene viste det seg at det trakk ut med klargjøringen av hvordan disse forholdene skulle løses. Det samme gjaldt iverksettingen av målstyringssystemet som modellen hvilte på, særlig i forbindelse med samordningsprosesser,

distriktsorganisering og funksjonsbaserte, faglige planer. I forhold til den senere utvikling av organisasjons- og styringsformer i sektoren er det tre prosesser knyttet til den manglende iverksetting av konsernmodellen som jeg vil peke på: etablering av fagråd, innføringen av virksomhetsplanlegging og organisering av ulike prosjekter innenfor tjenstefeltet. Det viktige er her at alle disse tiltakene satte den vedtatte distriktsorganisering under press.

Etablering av fagråd

Fylkeshelsesjefen tok på et tidlig tidspunkt etter SPRI-vedtaket opp spørsmålet om etablering av fagråd for å sikre at faglig-medisinske vurderinger ble ivaretatt, og sikre at fylkeshelsesjefen kunne innhente råd direkte fra faglig kompetent organ uten å måtte gå den lange veien via de lokale distriktsadministrasjoner. I diskusjonene om hensiktsmessigheten av etablering av fagråd var meningene på ledermøtene sterkt delte, og mange var svært kritiske. Det ble uttrykt bekymring for at den nyvunne, formelt sett styrkede autoritet som divisjonaliseringen hadde gitt distriktene, ville bli svekket allerede før den hadde satt seg. I forlengelse av dette ble det gitt klart uttrykk for at etablering av fagråd ville, med mindre det ble gitt klare forutsetninger i mandats form, raskt utvikle seg til en konkurrerende autoritetsstruktur, med undergraving av den økonomisk-administrative ledelse i «grunnmodellen» som resultat.

Ideen om etablering av fagråd ble fulgt opp, men det ble gitt klart uttrykk for at fagrådene utelukkende skulle ta stilling til spørsmål som fylkeshelsesjefen ba om svar på, og at disse svarene skulle bringes tilbake til ledelsesmøtet (konsernledelsen). Etter dette ble det etablert fagråd i somatikk, voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, rusmiddelomsorg og informasjonsteknologi.

Erfaringene med fagråd viste imidlertid at disse ikke nøyet seg med å være passive, reagerende organ, som svarte når de ble bedt om det (fra fylkeshelsesjefen). Det ble utarbeidet detaljerte mandater for virksomheten, det ble avholdt faste regelmessige møter og deltakerne oppfattet rådene som permanente, selvstendige organer, som høringsinstanser og legitime initiativtakere til egne vedtak (Ramsdal & Qvortrup, 1992).

Virksomhetsplanlegging

I siste halvdel av den da gjeldende helseplanperioden, våren 1991, tok fylkesrådmannen initiativ til å arbeide med virksomhetsplanlegging for hele Østfold fylkeskommunes virksomhet. Fylkesrådmannens initiativ kan betraktes som en forlengelse av de tanker om målstyring som preget så vel offentlig som privat virksomhet siden etableringen av New Public Management-inspirerte styrings- og ledelsesformer. Det som fra vårt synspunkt er sentralt i opplegget fra fylkesrådmannen, var at det tok utgangspunkt i funksjoner som omfattet hele Østfold. En ønsket å planlegge vertikalt, f.eks. all kirurgisk virksomhet, uavhengig av hvor den fant sted. Dette impliserte helt grunnleggende koordineringsproblemer i møtet med det horisontale, geografisk baserte styringsprinsipp som divisjonaliseringen i helse- og sosialsektoren representerte. Hvem skulle ha det endelige ansvar for faglige prioriteringer med dertil hørende økonomisk ansvar? Skulle det være en faglig sjef på toppen av det enkelte funksjonsområde, eller skulle det være en lokal styringsenhet i distriktet?

For den fremtidige styring og ledelse var det nødvendig at dette ble avklart. Forslaget til organiseringen av virksomhetsplanarbeidet kan tolkes som en sterk skepsis overfor den geografisk baserte styringsstruktur som SPRI-modellen innebar. Dette pekte, som vi skal komme tilbake til i neste kapittel, mot at grunnlaget for distriktsorganiseringen ble truet.

Prosjektarbeid

I løpet av 1980-årene ble det tatt flere initiativ til etablering av prosjekter som arbeidsform for endringer i helse- og sosialsektoren i fylket. Som vist foran i kapittel 6 var det første initiativet basert på denne strategien det omfattende «Prosjekt Samarbeid». Mens resultatet av dette prosjektet var beskjedne, fikk imidlertid prosjektarbeidsformen vind i seilene, og ble siden benyttet både innenfor det enkelte helse- og sosialdistrikt og i forhold til de store utfordringene innsparingene og omstruktureringene innebar. En tendens var at prosjektene ble mer lukket enn Prosjekt Samarbeid, med til dels få deltakere og med klare mandat om å nå resultater innenfor oppgitte rammer. De prosjektene som ble etablert, hadde enkelte fellestrekk: De var alle orientert mot

samordningsoppgaver på tvers av distriktene, og hadde en funksjonell og faglig basert innretning.

Eksempler som er særlig viktige i forhold til utfordringene med iverksettingen av konsernmodellen, var Prosjekt Hasy-Sasy-SØF, som skulle se på samordning mellom sykehusene i Halden, Sarpsborg og Sentralsykehuset. Prosjektet resulterte i sammenslåingen av Sarpsborg Sykehus og Sentralsykehuset – til «ØSS». Også andre samarbeidsprosjekter innen somatikken ble initiert. Disse hadde imidlertid relativ kort varighet og må ses i sammenheng med rent økonomiske problemer, om enn med strukturelle implikasjoner.

Det såkalte «Østfold-prosjektet» hadde som formål å omstrukturere rusomsorgen, og utvikle et nærmere samarbeid mellom fylkeskommunene og kommunene om dette feltet. Dette prosjektet var finansiert av Sosialdepartementet, og hadde en tidsramme på fem år. Da Østfold-prosjektet ble avsluttet, ble rusvirksomheten inkorporert i distriktsmodellen, men underveis i prosjektet oppsto det stadig vekk problemer mht. det daglige styringsansvar: Lå det hos prosjektledelsen eller hos distriktsadministrasjonen?

Prosjekt Psykiatri ble etablert i 1988, og hadde som formål å utvikle en samlet strategi for en omstrukturering av Østfold-psykiatrien, særlig med henblikk på utvikling av andrelinjetjenester. Prosjektet førte til at det ble etablert voksenpsykiatriske poliklinikker i fire av de fem helse- og sosialdistriktene. Disse klinikkene ble underlagt distriktsledelsen, og var opptatt av å sikre seg faglig autonomi fra tredjelinje-psykiatrien gjennom sin integrasjon i distriktene. I motsetning til samordningen som skjedde i somatikken på tvers av distriktene, ble dette prosjektet en støtte til distriktsmodellen. Debatten om hensiktsmessigheten av å opprettholde denne autonomien mellom andre- og tredjelinjetjenester var imidlertid stadig tilbakevendende. Særlig førte mangelen på psykiatere i tredjelinjen til et press om å se fagressursene i den fylkeskommunale psykiatrien som en samlet helhet (Ramsdal, 1996).

9.2 Barnevern

Et tilbakevendende tema i forhold til konsernmodellen var organiseringen av barnevernsarbeidet i fylkeskommunen. Ved etablering av

distriktsadministrasjonene ble også barnevernsarbeidet en del av det lokale ansvar. Distriktskonsulenter i barnevern ble ansatt, og de lokale barne- og ungdomshjem inngikk som et normalt innslag i de lokale barnevernsbasene. Barnevernet opprettholdt imidlertid et innslag av sektorstyring tilknyttet fylkeshelsesjefens kontor. Denne formaliserte blandingsadministrasjon på to nivåer skapte store uklarheter. Løsningen på denne uklarheten ble at barnevernet, etter initiativ fra sektoren selv og med fylkeshelsesjefens og helse- og sosialutvalgets godkjenning, utarbeidet en organisasjonsanalyse. Denne analysen munnet ut i at en for barnevernets vedkommende burde fravike hovedmønsteret for helsevesenets organisering og etablere en ren funksjonell organisasjon. Begrunnelsen for dette var først og fremst den faglige isolasjonen de enkelte fagkonsulentene følte gjennom sin relativt ensomme posisjon i distriktene. Forslaget møtte motstand fra enkelte distriktsadministrasjoner og politikere, men fikk gjennomslag som en prøveordning.

Det fylkeskommunale barnevern fikk etter dette faglig og administrativt forankring i Sarpsborg helse- og sosialdistrikt, med avvikling av sektoradministrasjonen hos fylkeshelsesjefen og det distriktsvise ansvar som resultat.

9.3 Nyetableringer

I forbindelse med den planlagte avvikling av HVPU vokste erkjennelsen av fylkeskommunens ansvar for habiliteringstjenesten. Forholdet mellom HVPU og psykiatri var et gråsonefelt. Teoretisk sett kunne en tenke seg dette feltet spredt ut på andrelinjenivåene – dvs. distriktene. Det ble imidlertid definert som en tredjelinjetjeneste og administrativt tilknyttet det nyopprettede Sarpsborg helse- og sosialdistrikt, med den konsekvens at ressurser ble trukket ut av andre distrikter, spesielt Fredrikstad og Halden.

Det vil være upresist å karakterisere denne organisering som et avvik fra modellens grunnforutsetninger, men slik som utfallet ble, var det uttrykk for at det funksjonelle aspektet vant frem på bekostning av det geografiske.

Et annet og tilsvarende eksempel er etableringen av rehabiliteringstjenesten, selv om konsekvensene her ble annerledes. Sosialmedisinsk

avdeling ved ØSS ble avvirket, og en ny funksjon ble vedtatt etablert i Indre Østfold, administrert av ØSS.

9.4 Drøfting

Tre spørsmål er etter min vurdering av vital interesse for å forstå i hvilken grad, og på hvilken måte, den vedtatte konsernmodell ble iverksatt:

- 1) *I hvilken grad var etableringen av konsernorganisasjonen et element i en konsistent strategi for å innføre management-ideologien i sektoren?*

Gjennomgåelsen ovenfor indikerer at det ble iverksatt flere tiltak som støttet opp under og bekreftet modellen. Dette gjaldt særlig distriktsorganiseringen og direktørens sentrale rolle i styring og ledelse av distriktene. Samtidig ble helse- og sosialutvalgets rolle som strategisk styringsorgan styrket, i hvert fall ved at antallet enkeltsaker ble drastisk redusert.

Samtidig var det en rekke forutsetninger i modellen som ikke ble fulgt opp gjennom en systematisk strategi. Dette gjaldt særlig utarbeidelsen av organisasjonsplaner for de enkelte helse- og sosialdistriktene og sentralsykehuset, og av instruksverk som bekreftet lederoppgaver i tråd med modellen. I tillegg ble det fattet en rekke vedtak som først og fremst hadde som hensikt å løse substansielle og akutte problemer mht. det akkumulerende budsjettunderskuddet, eller faglige samordningsproblemer. Dette omfattet bl.a. det viktige, og helsepolitisk spektakulære, spørsmålet om sammenslåing av Sarpsborg Sykehus og Sentralsykehuset. Det er påfallende at SPRI-konsulenten som hadde utarbeidet konsernmodellen, umiddelbart etter vedtaket om etableringen av den nye modellen ble engasjert til å gå inn som konsulent for denne sammenslåingen.

Virksomhetsplanlegging som styringssystem ble ikke initiert før fem år etter at modellen ble vedtatt. Tatt i betraktning den sterke koplingen mellom design og styringsformer management-ideologien foreskriver, måtte dette skape problemer. Det innebar blant annet at det ikke ble utviklet et grunnlag for et troverdig evalueringssystem.

Det må kunne konkluderes med at etableringen av konsernmodellen bare delvis ble fulgt opp gjennom iverksettingsfasen. Iverksettingen av modellen reflekterer tvert imot en betydelig usikkerhet og ambivalens om

modellens rasjonale. Enkelte tiltak bekreftet strukturen, andre avkreftet den. I denne sammenheng er det tilstrekkelig å påvise at det ikke ble etablert en strategi for iverksettingen av modellen, og at de tiltak som var nødvendige for at modellen skulle bli operativ, ikke ble iverksatt.

2) I hvilken grad, og på hvilken måte, har iverksettingen av modellen, eller andre relevante tiltak, støttet opp under de krav det geografiske divisjonaliseringsprinsippet forutsatte?

Som tidligere nevnt er det to krav til divisjonaliseringsprinsippet i konsernmodellen, slik denne presenteres som en idealtypisk konfigurasjon: at en ikke etablerer tversgående lojaliteter, og at en ikke kombinerer flere divisjonaliseringsprinsipper. Dette innebærer at en må sikre at organisasjonsendringer og etablering av styringsformer støtter opp under det valgte divisjonaliseringsprinsipp. Den ambivalensen som er påpekt foran, kommer i særlig grad til uttrykk på dette punktet. Konkret manifesterer det seg i innføringen av virksomhetsplanlegging, i organiseringen av prosjektene og i ulike reorganiseringer av tiltak og tjenester.

Når det gjelder virksomhetsplanlegging, er det grunn til å understreke viktigheten av at denne ville følge lederstrukturen i organisasjonen. Det er nettopp gjennom sammenkoplingen av mål og rammer for virksomheten på ulike nivåer grunnlaget for helhetsledelse, resultatevaluering og planlegging legges.

Virksomhetsplanleggingen ble initiert fra fylkesrådmannens side, og i utgangspunktet gjaldt den for alle virksomheter i fylkeskommunen. Til tross for at det blir pekt på inkonsistens mellom organisasjonsstruktur og lederansvar på den ene side og de programområder virksomhetsplanleggingen skulle gjennomføres for på den andre siden, valgte en å gjennomføre opplegget etter rådmannens pålegg. Dette innebar kort sagt at mens organisasjons- og ledelsesstruktur var distriktsbasert, var det styringsystemet som for øvrig ble etablert funksjonsorganisert. Dette må sies å være et fundamentalt brudd i utviklingen av et konsistent styringssystem basert på elementære krav til konsern- organisasjon.

Når det gjaldt organisering av ulike prosjekter, som i denne perioden ble et stadig viktigere virkemiddel for å endre organisasjonen, var samtlige basert på funksjonelle kriterier. Dette gjaldt Prosjekt Hasy-Sasy-SØF,

som nettopp hadde som mål å spare 40 mill. kr på driftsbudsjettet gjennom tiltak for samordning og samarbeid på tvers av distriktene. Også Prosjekt Psykiatri ble funksjonelt organisert, og hadde som mål å utarbeide en samlet plan for den fylkeskommunale psykiatrien. Men dette prosjektet var i stor grad basert på løsninger innenfor rammene av distriktsorganiseringen.

Det viktigste kan likevel være at noen av disse prosjektene var i virksomhet i mange år, og en mulig konsekvens av dette kan være at de kom til å representere en alternativ, funksjonell autoritetsbase på tvers av linjeorganisasjonen.

Reorganiseringer av tiltak og tjenester omfattet bl.a. opprettelsen av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og reorganiseringen av barnevernet. Fylkesdekkende tjenester innen habilitering, barnevern, ungdomspsykiatri og barnepsykiatri ble plassert i Sarpsborg helse- og sosialdistrikt, sammen med adferdsfaglige virksomheter hovedsakelig innenfor lokaldistriktet. Dette innebar at Sarpsborg helse- og sosialdistrikt fremsto som en hybrid, der noen, men ikke alle, adferdsfaglige virksomheter ble lokalisert. Sett utenfra kan det virke som at Sarpsborg helse- og sosialdistrikt ble ansett som et velegnet sted å plassere ulike adferdsfaglige aktiviteter mer bestemt ut fra pragmatiske og praktiske hensyn enn ut fra en overordnet organisasjonsstrategi. Grunnen til dette var sannsynligvis en blanding av at en i Sarpsborg hadde ledige lokaler og en ledelse fratatt mange av sine funksjoner, og at en «byttet» somatikken, som gikk til ØSS, med adferdsfaglige virksomheter som kompensasjon.

De forhold som er påpekt ovenfor, innebar at en rekke tiltak ble organisert på tvers av det vedtatte divisjonaliseringsprinsippet. Sett i sammenheng virker det som om det var en understrøm av funksjonell organisering som slo igjennom når en traff enkeltvedtak eller initierte nye ledelsesopplegg. I sin tur medførte dette at divisjonaliseringsprinsippet ble undergravd på to måter: for det første ved at de praktiske implikasjonene av disse vedtakene skapte faktiske autoritetsstrukturer preget av tvetydighet, for det andre ved at konsernmodellens status ble undergravd blant ledere og ansatte i de ulike deler av organisasjonen. Det underliggende spørsmålet her var i hvilken grad en distriktsbasert divisjonalisering – som altå konsoliderte lokalsykehusenes eksistens i sektoren – ville

vedvare. I tråd med Pedersen (2013) var den manglende iverksetting av modellen et frempek mot sykehusovergripende divisjoner – slik kapittel 9 vil beskrive.

3) I hvilken grad er den modellen som er innført, basert på allmenngyldige prinsipper om organisering på bekostning av substansiell rasjonalitet?

Selve konsernorganiseringen ble importert gjennom SPRI-consult. Forslaget ble lansert uten noen grundig analyse av de særtrekk helsesektoren eller Østfolds kulturelle og politiske historie er preget av. Analysen som lå til grunn var en overfladisk spørreundersøkelse, som først og fremst legitimerte behovet for sterkere overordnet politisk og administrativ styring. Selve organisasjonsmodellen var en rendyrket anvendelse av idealmodellen, med to referansepunkter som ble gjort eksplisitte: Modellen var basert på erfaringer fra konsernorganisering i privat næringsliv, og på organisering av svenske sykehus. De modifikasjoner fra den «rene» modellen som ble vedtatt, hadde sammenheng med elementære kjennetegn ved norsk helsevesen og arbeidsliv: Opprinnelig ble det foreslått at leger skulle være avdelingsledere (ledere for «basisenheter»), og at direktørene i siste instans skulle kunne avsettes dersom de ikke oppnådde de resultater som var forventet. Disse forslagene ble ikke vedtatt.

Det må også påpekes at konsulenten, og representanter for fylkeshelsetsejerskontor, mente at å velge distrikt som divisjonaliseringsprinsipp var uhensiktsmessig. Dette var imidlertid det eneste spesifikt uttalte kravet politikerne satte til organisasjonsmodellen. Dette var i sin tur basert på det sterke politiske ønsket om å opprettholde de fem sykehusene. Ut fra premisset om distriktsorganisering ble det så utarbeidet en «ren» konsernmodell. Derved ble de faglige vurderinger om hvordan helsesektoren som sådan ville utvikle seg, og hvilke faglige utfordringer sektoren sto overfor, ikke konsekvensgivende for organiseringen av sektoren.

9.5 Konklusjoner

Den konsernmodellen som ble vedtatt for Østfolds helse- og sosialsektor var et resultat av en hierarkisk planleggingsprosess, der en presenterte en totalmodell som skulle finne det optimale punkt mellom ønsker om

sparing, omstrukturering og omprioriteringer i helsesektoren, og samtidig sikre lojalitet og beslutningseffektivitet gjennom en hierarkisk autoritetsstruktur. Perspektivet var «synoptisk», men liten oppmerksomhet ble knyttet til hvordan denne idealmodellen skulle iverksettes.

Iverksettingen av modellen ble derfor mangelfull. En rekke av de tiltak som kunne bekrefte og styrke modellens gjennomslagskraft i praksis, ble utsatt for en tilfeldig behandling. Dette må som nevnt ses i sammenheng med at det ikke ble utviklet en strategi for gjennomføring. Ulike situasjonsbestemte forhold, bl.a. den økonomiske krisen i fylkeskommunen, førte til at oppmerksomhet, tid og ressurser ble anvendt på andre saker enn iverksettingen av modellen. Det er likevel påfallende at en rekke vedtak om organisering av tiltak med stor relevans for helse- og sosialsektorens virksomhet ble utformet slik at de aktivt underminerte modellens gjennomslagskraft – og at dette var basert på bevisste valg fra de beslutende politiske og administrative myndigheters side.

Det kan være grunn til å se de avvikene fra idealmodellen som skjedde i perioden etter at forslaget var vedtatt, som utgangspunkt for at et annet teoretisk perspektiv på organisering og reorganisering enn en rasjonell, målrettet beslutningsform er vel så fruktbart. I tråd med et institusjonelt perspektiv, der institusjonelle logikker er sentralt, anser en organisasjonsstrukturen som en avhengig variabel, som tilpasser seg krav og særtrekk ved omgivelsene. I dette perspektivet vil en – som vist i kapittel 3 – først og fremst se organisasjon, og i særlig grad faktisk adferd i organisasjoner, som ikke bare styrt av strukturelle føringer, men også av f.eks. kulturelle og politiske forhold. På mange måter kan disse avvik fra modellen, og den manglende iverksettingen av vesentlige elementer i den, anses som resultater av de krav fra omgivelsene som ikke var tatt hensyn til, eller bevisst holdt utenfor, i valget av organisasjonsstruktur. I konkurransen mellom distriktshensyn, faglig-medisinske (funksjonelle) hensyn og økonomiske hensyn var de avvikene som er redegjort for her, uttrykk for at det var de faglig-medisinske hensyn, sammen med økonomiske samordningsgevinster, som vant igjennom på bekostning av den vedtatte konsernmodellens forankring i distriktsorganiseringen.

I denne sammenhengen er det fire grunner til modellens manglende iverksetting som kan nevnes:

For det første var det uklarhet om hvem som eide modellen, og som derved følte seg forpliktet overfor iverksettingen av den. På den ene side var det en forutsetning at planer og vedtak skulle iverksettes etter intensjonene. Disse intensjonene hadde klare forutsetninger om et styrket sentralnivå samtidig som betydningen av autonome divisjoner med understreket. På den annen side er det mye som tyder på at aktører forankret i ulike maktbaser hadde uklare og til dels sprikende synspunkter på hvordan dette kunne gjennomføres.

Mye tyder på at mange oppfattet konsernvedtaket som et «alminnelig» politisk vedtak som en kunne forholde seg avslappet til, eventuelt tolke på egen måte når det ble aktuelt. Erfaringene fra tidligere forsøk på å reorganisere sektoren var jo nettopp at vedtak ikke overlevde neste politiske debatt eller budsjettbehandling. Denne noe avventende holdning gled over i en usikkerhet både sentralt og lokalt om hvordan planens enkelte punkter skulle konkretiseres og følges opp.

Et annet fenomen som må tillegges en viss vekt, var tilsetting av ny fylkesrådmann etter at vedtaket var fattet. Fylkesrådmannen hadde ikke deltatt i prosessen som førte frem til vedtaket. Inntrykket er at den nye fylkesrådmannen ikke hadde et nært forhold til vedtaket. Dette kan også forklare fylkesrådmannens gjentatte omstruktureringsforslag innen den somatiske sektor, i noen grad i motsetning til klare politiske signaler. Uklarhet om hvem som eide modellen, må antakelig suppleres med uenighet, ikke om konsernmodellen som styringsprinsipp, men om divisjonene skulle bygges opp med basis i geografi eller i funksjon.

For det andre var mange av de vedtak og tiltak som avkreftet modellen basert på helt enkle hensiktsmessighetsvurderinger preget av situasjonsbestemt oppmerksomhet. Kriser krever tiltak som virker fort. Nedgang i skatteinntekter, manglende polikliniske inntekter og vekst i gjestepasientutgifter krevde raske tiltak, tiltak som ikke nødvendigvis ses i sammenheng med mer langsiktige tendenser, utledet av en vedtatt organisasjonsstruktur. Inkrementalismen overtar.

For det tredje kan en ikke se bort fra at de enkelte divisjoner falt sammen med allerede eksisterende distrikter. Det politiske rasjonale som lå bak valget av divisjonaliseringsprinsipp, førte samtidig til en forlengelse av den konflikten som hadde pågått i en årrekke mellom distriktene.

Distriktsdivisjonene hadde politisk legitimitet, men det er mye som tyder på at de savnet både administrativ og faglig legitimitet i forhold til fylkeskommunens toppledelse. Om så er tilfellet kan det være forklaringen på at distriktene i stedet for aktivt å utnytte den nyvunne autonomi i hovedsak ble en salderingspost for beslutninger truffet andre steder, av statlige myndigheter og på sentralt plan i fylkeskommunen.

For det fjerde kan det hevdes at det var et motsetningsforhold mellom de viktigste problemene sektoren sto overfor, og distriktsorganiseringen. De etter hvert mange tiltakene og vedtakene som ble koplet til funksjonell samordning, indikerer at viktige aktører i det politisk-administrative systemet oppfattet at for å få utgiftene under kontroll, og samtidig ivareta kravet om faglig forsvarlig virksomhet, måtte en se de ulike virksomheter innen somatikk, psykiatri og andre atferdsfag under ett. De små avstandene og ønsket om å bryte distriktsmotsetningene innebar at funksjonell organisering fremsto som mer tjenlig enn distriktsorganiseringen.

Denne fremstillingen av bakgrunn, særtrekk og iverksetting av konsernorganisasjonen viser at de egenskaper som kjennetegnet de helsepolitiske spill, fremdeles gjorde seg gjeldende i beslutningsprosesser i fylket. På mange måter var modellen et uttrykk for at en organiserte styrings- og ledelesesformer basert på en radikal, rasjonell og økonomistisk ideologi, samtidig som en bevarte den geografiske forankring i distrikt som skapte legitimitet lokalt for modellen. Men i denne innebygde motsetningen lå også kimen til oppløsning av den konsernmodellen Østfolds helse- og sosialsektor var tuftet på. Neste kapittel dreier seg om hvordan en omorganiserte divisjonaliseringsprinsipp samtidig som de øvrige kjennetegn ved styringsmodellen ble bevart.

Fristilling – «ett sykehus med fem dører»

10.1 Innledning

Konsernmodellen ble lansert som et kinderegg der tre mål kunne oppnås samtidig: økonomisk kontroll gjennom mål- og rammestyring, omstrukturering og omprioritering gjennom de bytter/utvekslinger som kunne iverksettes innenfor rammen av divisjonaliseringen til helse- og sosialdistrikter, og ikke minst politisk legitimitet, ved at det geografiske divisjonaliseringsprinsippet var lagt til grunn. Men som vist ovenfor møtte konsernmodellen to fundamentale problemer i iverksettingsfasen: Styringsmodellen ble kun iverksatt på et overordnet strukturelt nivå, ikke når det gjaldt de styringsprinsippene som er forutsatt for at konsernorganisering skal fungere. Den manglende iverksetting av modellen som er vist i forrige kapittel, kan forklares blant annet med at divisjonaliseringsprinsippet inviterte til videreføring av lokalpolitisk mobilisering – med vedvarende problemer i det overordnede fylkeskommunale styringssystemet.

Modellen var bedre egnet til å skape politisk legitimitet, i og med at endringer nå skulle skje innenfor rammen av relativt autonome helse- og sosialdistrikter. I all hovedsak var derfor modellen en bekreftelse på, snarere enn et brudd med, de helsepolitiske spill som var etablert i tiden før vedtaket om konsernmodellen. Men modellen hadde to viktige implikasjoner: for det første det byttet som var foretatt som resultat av Prosjekt Samarbeid; avviklingen av lokalsykehusenes fødevirksomhet og etableringen av «atferdsfaglige enheter» ved de fem lokalsykehusene, noe som var svært kontroversielt, men viste at styringssystemet nå tross alt kunne foreta strukturelle endringer innenfor bestemte rammer. Og for det andre at en gjennom konsernmodellen hadde konsolidert geografi – med fem helse- og sosialdistrikter – som det grunnleggende

divisjonaliseringsprinsippet. På sett og vis kan en tale om en formalisering – og derved en styrking – av de institusjonaliserte særtrekk ved helsesektoren i regionen.

Samordningsproblemene mellom helsedistriktene, og særlig motsetningsforholdet mellom på den ene side organisasjonsstruktur og på den annen side både økonomiske og medisinsk-faglige behov for effektivisering og samordning av tjenestene, ble etter hvert åpenbare. Det varte derfor ikke lenge før nye ideer og forslag om endringer i styringsstruktur ble lansert. Her ble svakhetene ved det kompromisset som var valgt – mellom en radikal styringsmodell som få hadde utdypende kunnskaper om – og fordelingen av tjenestene koplet til helse- og sosialdistriktene, tatt opp igjen. Til tross for – eller kanskje på grunn av – konsolideringen av helse- og sosialdistriktene, var det likevel mulig å foreta tre viktige grep i tjenestetilbudet: sentraliseringen av fødevirksomheten til Sentralsykehuset, avvikling av akuttberedskapen ved lokalsykehusene, og sammenslåingen (noen mente nedlegging) av Sarpsborg sykehus med sentralsykehuset. Disse tre grepene skjedde under sterke protester. For de dominerende politiske eliter i fylkeskommunen hadde imidlertid noe skjedd, og det viste seg mulig å samle politisk flertall for disse endringene. En av grunnene til dette var at en gjennom opprettholdelse av helse- og sosialdistriktene som konsernvedtaket sikret, var tilbøyelig til å akseptere de «nødvendige» strukturendringer som økonomiske og faglig-medisinske hensyn talte for. Samtidig var det mange som etter hvert innså at denne strukturen kunne legge grunnlag for en omprioritering fra somatikk til psykiatri, ettersom psykisk helsearbeid ville ekspandere primært i de ulike helse- og sosialdistriktene, innenfor rammen av de nye adferdsfaglige enheter.

Men den politiske belastningen ved disse vedtakene var stor, mange sentrale fylkespolitikere ble skiftet ut, og også fylkeskommunens helse- og sosialsjef og sykehusdirektørene opplevde utskiftninger og sterke belastninger i denne tiden. Likevel ble endringene vedtatt, gjennomført og konsolidert i løpet av en femårsperiode etter konsernvedtaket. Men utfordringene var fremdeles store. Den økonomiske rammen for fylkeskommunens virksomhet ble strammere, den faglig-medisinske misnøye med tungvinte arbeidsprosesser mellom helse- og sosialdistriktene var

uttalt, og en tiltakende opplevelse av at også psykisk helsearbeid måtte kvalitetsforbedres gjennom sterkere hierarkisk samordning – på tvers av helse- og sosialdistriktene – ble stadig sterkere fremhevet i den helsepolitiske debatten. I en større sammenheng dreide krav om omstrukturering seg om at en mente at funksjoner – dvs. overgripende faglige styring – burde prioriteres fremfor geografi – slik konsernmodellen innebar. Det at barnevernet ble utskilt og fikk en funksjonsbasert styringsmodell, var første skritt på veien mot funksjonsorganisering for sektoren i sin helhet.

Summen av de synspunktene som var dominerende i denne debatten, førte etter hvert til nye ideer om ytterligere omstrukturering av helsesektoren i regionen. En av de nye ideene som ble lansert, og etter hvert vedtatt, var en modell for «indre fristilling» for sykehusene – innenfor rammen av det fylkeskommunale eierskapet. Hva innebar denne ideen, hvordan ble den iverksatt, og hvordan opplevde aktørene som var involvert at den nye organisasjonsmodellen ivaretok de intensjonene som vedtak om å gjennomføre fristillingen var begrunnet i?

10.2 «Indre fristilling og funksjonsorganisering»

Som nevnt i forrige kapittel innebar konsernvedtaket at de enkelte direktører hadde ansvar for driften i sine helse- og sosialdistrikt. De hadde imidlertid ikke, slik den teoretiske konsernmodellen tilsier, mandat i tråd med prinsippene for en totalledelsesmodell. Blant annet hadde de ikke myndighet til å opprette nye stillinger. Og beslutninger som omfattet mer enn ett sykehus måtte vanligvis til politisk behandling. Gjennom vedtaket om fristilling ble det foretatt en endring i formell organisasjonsstruktur, med to viktige kjennetegn: Samtlige fire sykehus ble organisert som ett sykehus, og direktøren for det nye Sykehuset Østfold fikk mandat til å treffe avgjørelser som gjaldt samtlige sykehusenheter i fylket. Dessuten ble han delegert ansvaret for en del andre funksjoner som tidligere lå under fylkesrådmannen (bl.a. gjestepasientoppgjør, legespesialister utenfor sykehus, kjøp av private laboratorietjenester og røntgentjenester samt eiendomsforvaltning). Sykehusdirektøren fikk derved det «totalansvar» som konsernmodellen forutsatte. Det innebar også at sykehusdirektøren kunne foreta omdisponering av ressurser mellom de tidligere

sykehusene/distriktene, og mellom sykehusdrift og tjenester kjøpt utenfra, uten politisk behandling. Han/hun fikk også myndighet til å opprette nye stillinger. Som nevnt innebar ikke dette en endring av sykehusenes tilknytningsform til fylkeskommunen som eier og driftsansvarlig, men hadde likevel store implikasjoner, både for fylkeskommunens styringspotensial, og for sammensetning og fordeling av spesialisthelsetjenestene i fylket.

Initiativet til omorganiseringen – «fristillingen» – ble etter det vi vet tatt i fylkeskommunens administrasjonsutvalg i 1996. En av Arbeiderpartiets representanter i utvalget fremla et forslag om å få en vurdering av eksisterende samordning mellom sykehusene, *«herunder den administrative og medisinsk-faglige samordningen»* (Adm.utvalgssak 30/96). Som begrunnelse ble det vist til *«situasjonen som var oppstått i helseavdelingen i fylkeshuset, den vanskelige situasjonen for ventelistepasientene og situasjonen på sentralsykehuset»*. Vedtaket i administrasjonsutvalget, der også de ansatte var representert, var enstemmig.

Ifølge Velgaard (2002) kunne ingen av de intervjuede huske at det i den første fasen generelt var spesielt stor motstand mot forslaget, bortsett fra blant ansatte ved sykehuset i Askim. Etter hvert ble imidlertid lokal motstand mobilisert blant ansatte ved Halden sykehus, men det viste seg at både ansattes organisasjoner i Fredrikstad og i Moss, som utgjorde det store flertallet av ansatte i sektoren, var positive til strukturendringene. Her var det heller ikke lagt opp til forslag om å fjerne akuttberedskap, tvert imot ville disse sykehusene få et større opptaksområde når det gjaldt akuttisykehusfunksjoner. Samtidig innebar forslaget at en skulle legge fylkesovergripende ortopedi til Halden, noe som skapte mindre generell motstand mot forslaget også der. I denne første fasen, da forslaget ble lansert i administrasjonsutvalget, ble ikke de lokale sykehusaksjonene – særlig i Indre Østfold og Halden – aktivisert. I denne fasen var ikke selve «fristillingen», det vil si den organisasjons- og styringsstrukturen som ble foreslått, i fokus, men motstand mot at lokalsykehusene/helse- og sosialdistriktene skulle tappes for funksjoner, særlig akuttberedskap. Resultatet var at mens den helsepolitiske debatten raste, kom endringen i styringsmodell på sett og vis «under radaren» for politisk oppmerksomhet. Dette endret seg imidlertid senere i prosessen.

Forslaget som ble fremmet, må også ses på bakgrunn av at en etter hvert fikk dårlige erfaringer med driftsstyrenes rolle i relasjon til distriktsorganiseringen. Driftsstyrene hadde i utgangspunktet en overgripende koordinerende rolle, som gjerne sto i motstrid til den teoretiske konsernmodellen – slik denne er beskrevet ovenfor. Driftsstyrenes funksjon innebar at jo flere saker som ble tatt opp der, jo vanskeligere ble det å opprettholde autoriteten til direktørene i helse- og sosialdistriktene.

I et av intervjuene med en sentral politisk leder heter det om dette:

«Vi følte at den modellen vi hadde da med selvstendige sykehus og selvstendige administrasjoner fem forskjellige steder, var ikke mulig å gå videre med hvis vi skulle få resultater av de politiske strukturvedtakene som vi dels hadde gjort og som vi dels kom til å gjøre. Samordning og flytting av akuttberedskapen i medisin og kirurgi.» (Velgaard, 2002, s. 12)

Som Velgaard viser, var strategien med å fremme forslaget gjennom administrasjonsutvalget basert på at en ønsket først å få tverrpolitisk oppslutning i et organ der også de tillitsvalgte deltok. Forslaget innebar å foreta en utredning, ikke et konkret forslag om strukturendringer. Denne strategien var vellykket. Som det heter: *«Den politiske og administrative toppledelsen i fylkeskommunen drev saken frem, med støtte fra blant annet de hovedtillitsvalgte.» (Velgaard 2002, s. 13)*

I mars–april 1996 ble saken om omorganisering lagt frem for helse- og sosialkomiteen, administrasjonsutvalget, fylkesutvalget og fylkestinget, om «de somatiske sykehusenes administrative og medisinsk-faglige samordning og ledelse». I saksfremlegget til Fylkesrådmannen pekes det på følgende utfordringer:

- Øke behandlingsskapiteten og redusere ventetiden uten tilførsel av penger
- Man klarer ikke å utnytte samlet kapasitet mellom faglig selvstendige institusjoner
- Sykehusene tilpasser aktivitetene etter fagfolkens behov for faglig interessante og utviklende oppgaver, heller enn til det samlede sykeomsbildet og behovet i befolkningen.

Dette kan kort oppsummeres: «*Det var problemer med samordning av tjenestene mellom sykehusene, som ble ansett å kjempe for sine særinteresser og ikke for helheten.*» (Velgaard, 2002, s. 15)

I fylkeskommunens administrative og politiske toppledelse ble det oppfattet at felles styring var nødvendig, og at dette krevde at direktørene for de fem helse- og sosialdistriktene måtte erstattes av et annet overordnet styringssystem. I intervjuene som Velgaard foretok, ble det om dette henvist til det umulige i å videreføre den «kranglingen mellom sykehus» som forekom. Et viktig poeng var at det både i den politiske debatten og i de saksutredningene som ble utarbeidet, ble henvist til at den eksisterende styringsmodellen førte til at legene kunne «ta seg til rette», og maksimere sine faglige særinteresser under beskyttelse av distriktsorganiseringen.

Fylkesrådmannens forslag til løsning var å legge forholdene organisatorisk bedre til rette for en mer effektiv, helhetlig drift av sektoren. Dette kunne oppnås ved at det ble en overordnet driftsansvarlig direktør for somatisk sektor, og gjennomgående faglig «klinikkledelse» for hele fylket. Det het likevel i forslaget at den geografiske strukturen ikke skulle endres, det vil si at sykehuset fortsatt skulle være lokalisert i fylkets fem byer. Den nye ledelsen skulle ikke være lokalisert til fylkeskommunens sentraladministrasjon.

Den politiske behandlingen av fylkesrådmannens forslag i mars 1996 viste at det var ulike oppfatninger blant partiene. Høyre ønsket å utsette behandlingen til etter at det såkalte «Hauglin-utvalget» hadde kommet med forslag til ny helseplan for Østfold. I forslaget deres, som også KrF og FrP sluttet seg til, het det blant annet at en avviste å organisere somatisk sektor under en drifts- og resultatansvarlig direktør nå, og at rekkefølgen måtte være at en først bestemte seg for hvilken sykehusstruktur/organisering av somatisk tilbud en skulle ha, for deretter å etablere en administrasjon tilpasset den struktur som er valgt. FrP hadde tidligere foreslått at somatisk sektor fortsatt skulle ha lokale «avdelingsdirektører» med selvstendig budsjett- og resultatansvar. Venstre på sin side foreslo å «fisjonere» – det vil si splitte opp – sykehusene i Fredrikstad og Sarpsborg som noen år tidligere var fusjonert, og at alle sykehusene skulle ha selvstendig budsjett- og resultatansvar. Fylkesrådmannen ble samtidig bedt om å omdanne Sarpsborg sykehus til et offentlig eid AS, etter modell av

St. Gørans sykehus i Stockholm. AP sluttet seg på sin side til hovedprinsippene i fylkesrådmannens innstilling, og ba om at rådmannen fikk i oppdrag å iverksette ansettelse av direktør og forberede ansettelse av medisinsk-faglig ledelse («klinikkledelse»). Dette forslaget ble vedtatt med stemmene fra AP, Senterpartiet og SV. Men det var en jevn avstemming i fylkestinget, forslaget ble vedtatt med 23 mot 20 stemmer til Høyres forslag.

Det ble deretter satt i gang en prosess med å rekruttere ny direktør for somatiske spesialisttjenester i fylket. Det viste seg imidlertid at det var uklarhet og uenighet om hvilken rolle den nye direktøren skulle ha. Mange mente at direktøren skulle plasseres sammen med fylkesrådmannens administrasjon, noe som ble sterkt imøtegått av fylkesrådmannen. Det var samtidig kontroversielt at direktørstillingen ble lyst ut eksternt – et grep som gjorde at mange mente at en ikke ønsket at noen av de daværende direktører fra helse- og sosialdistriktene var egnet for jobben.

Det var i det hele tatt mange i det politiske miljøet som ikke var tilfredse med måten den nye direktørfunksjonen skulle ivaretas. På dette grunnlag ba fylkestinget om en nærmere avklaring av den nye sykehusdirektørens oppgaver og myndighetsforhold, både i forhold til fylkesrådmann/fylkeshelsesjef og den eksisterende administrative og faglige ledelsen ved det enkelte sykehus. I november/desember 1996 ble det så lagt frem en ny sak der disse spørsmålene ble tatt opp. Av denne fremgikk det at mens de folkevalgte først og fremst skal styre gjennom mål, rammer og resultatkrav, skal fylkesrådmannen (og fylkeshelsesjefen) legge premisser for de folkevalgtes styringsprinsipper, samt for oppfølging av at styringsvedtak blir iverksatt. Den nye direktøren og hans administrative og faglige medarbeidere skal først og fremst lede den faktiske (daglige) utøvelsen av tjenestetilbudet. Et viktig prinsipp, het det, var at bedre samordning mellom klinikkene skulle oppnås ved å etablere ordningen med gjennomgående faglig ledelse. «Divisjonsledelsen» (klinikkjefene) skulle være faglig kompetent og ha nødvendig autoritet til å styre den faglige virksomheten på tvers av de tidlige sykehusenhetene. Dette ble ansett å være en forutsetning for å gi reformen et reelt resultat, hvor styring av den faglige virksomheten var essensielt. Dette innebar også at direktøren ikke kunne være lokalisert sammen med fylkesrådmannens administrasjon.

Under behandlingen i fylkesutvalget foreslo Frp å utsette saken, men dette falt mot partiets ene stemme. I fylkestinget ble rådmannens innstilling vedtatt med 36 mot 7 stemmer. Etter vedtaket i fylkestinget ble det etter hvert tilsatt ny eksternt rekruttert direktør, og han fikk i oppdrag å etablere klinikkledelser og nye tiltak for å samordne den faglige virksomheten etter helhetlige, funksjonsbaserte opplegg.

10.3 Beslutningsprosess, konsekvenser av fristillingen

Beslutningsprosessen som er beskrevet ovenfor, var sterkt preget av hierarkisk styring. Det var en liten gruppe politiske og administrative toppledere som i stor grad formulerte problemstillinger, foreslo og fikk vedtatt løsninger. Mest påfallende er at de lokale aktørene knyttet til de fem helse- og sosialdistriktene ikke ble aktivisert dels fordi det ikke var spesielle interesser som ble truet (Moss/Fredrikstad), dels at en «nøytraliserte» Halden-distriktet ved at en her foreslo tillagt fylkesdekkende funksjoner i ortopedi – et fagområde som sto sterkt i distriktets forsvar for sykehusets eksistens. Et annet viktig trekk er at den mest kontroversielle saken – som er betegnet som den viktigste fylkeskommunale problemstillingen i 90-årene: akuttberedskapen ved lokalsykehusene – allerede var avklart gjennom sentraliseringen av denne til Moss/Fredrikstad før fristillingen ble vedtatt. Velgaard viser også at fagprofesjonene i liten grad ble mobilisert mot forslaget, selv om sykepleierforbundet innledningsvis var kritiske til fristillingsmodellen, med den begrunnelse at det ikke var styringsmodellen, men legenes manglende lojalitet til vedtak som var problemet. Dels kan det virke som om fagprofesjonene – og da særlig legeforeningen – var opptatt av at den funksjonsbaserte modellen der klinikkjefer skulle erstatte de tidligere sykehusdirektører, innebar større fokus på faglig-profesjonell kompetanse. Det ble da også etablert todelt ledelse med krav om at leger skulle være klinikkjef med sykepleiefaglig kompetanse i klinikkledelsen.

Et interessant trekk ved prosessen er at eksterne konsulenter ikke ble benyttet nå – i motsetning til den omfattende og betydningsfulle rolle SPRI-consult hadde i prosessen rundt vedtaket om konsernorganisasjonen

noen år tidligere. Det var heller ingen referanser til selve konsernmodellen, slik denne var forutsatt iverksatt. Det som ble definert som hovedproblemet i styringssystemet, var likevel knyttet til denne modellen – nemlig valget av geografi som divisjonaliseringsprinsipp (som SPRI-consult var kritiske til, men som lå i forutsetningene for etablering av modellen – se kapittel 8 og 9).

Derved fremsto vedtaket om «fristilling» som dels et brudd med konsernmodellen når det gjaldt valg av divisjonaliseringsprinsipp, dels som en videreføring av den mål- og rammestyringstenkning som konsernmodellen hadde bidratt til å tilrettelegge for.

Iverksettingen av den nye «fristilte» styringsmodellen skilte seg derimot radikalt fra den skjebne vi tidligere har beskrevet for konsernmodellen. Nå ble det tvert imot kraftfull iverksetting: Straks fristillingen var et faktum og den nye ledelsen var på plass, startet arbeidet med å omstrukturere og refordle faglig-medisinske funksjoner mellom de tidligere helse- og sosialdistriktene, med samordning av kreftbehandling som et viktig eksempel. Konsekvensene av vedtaket om fristilling ble derfor raskt materialisert, og i Velgaards analyse av utfallet av prosessen fremgår det at mange av de intervjuede politikerne var blitt overrasket over konsekvensene med hensyn til beslutninger som ble fattet. På samme måte som da konsernmodellen ble vedtatt nesten ti år tidligere, var politikerne også denne gang preget av manglende bevissthet eller oppmerksomhet om implikasjonene av endringer i styringssystemet. Og denne gang, mest åpenbart fordi det var bedre samsvar mellom problemstruktur (manglende samordning mellom sykehusene) og styringsmodell (overgangen til funksjonsbaserte divisjoner/klinikker), ble også konsekvensene oppfattet som langt mer inngripende både i politiske prosesser og i rollen fylkespolitikkerne var vant til. Dette kom blant annet til uttrykk ved at mange av de intervjuede i Velgaards analyse uttrykker at deres engasjement i fylkespolitikken var knyttet til helsepolitikken, men at en nå opplevde at en ikke lenger hadde innflytelse på disse sakene. Noen hevdet at politikerne gjennom sitt fristillingsvedtak hadde «abdisert», og at fylkespolitikken ikke lenger fanget interesse:

«Fullmaktene som der er i dag – til å gjennomføre tiltak, er noe helt annet enn vi hadde tidligere. Det som er feilen i dette, er at man har gitt ut fullmakter uten å

ha et system for oppfølging av det man har gitt fra seg. Man har fått en ansvarsfraskrivelse på dette.» (Velgaard 2002, s. 28)

Det ble uttrykt flere kritiske synspunkter på dette:

«Man gikk fra en veldig detaljorientert styringsmodell i driftsstyret, til en modell som var nesten motsatt. Hvor politikerne nesten abdiserte fullt og helt. Til den motsatte ytterlighet. Det er der vi er i dag.» (Velgaard, 2002, s. 28)

For politikerne var dette et dilemma – de var ofte utsatt for et sterkt press fra befolkningen og ansatte, fordi de ikke grep inn når sykehusledelsen fattet vedtak som tidligere var blitt avvist av politiske organ. Rammebetingelsene for å fatte kontroversielle beslutninger var nå endret, sykehusledelsen sto fritt i forhold til politiske programmer og trengte heller ikke se mot neste valg (Velgaard, 2002, s. 22).

På samme måte var tillitsvalgte opptatt av at deres rolle også var endret – der de tidligere kunne ta opp saker eller respondere direkte til fylkes helsesjefen eller det politiske nivået, måtte de nå ta opp sakene med sykehusdirektør eller klinikkjefer.

Et interessant forhold er at hele fristillingsprosessen ble gjennomført uten at en aktiviserte spørsmål om behovet for økonomiske innsparinger, til tross for at fylkeskommunens økonomiske situasjon ble forverret i løpet av denne tiden. Dette innebar at i første omgang var det de faglige samordningsproblemene som var i fokus. Etter hvert ble også økonomiske innsparinger knyttet til samordning tatt frem.

Et viktig spørsmål, ikke minst tatt i betraktning de mange resultatløse eller mangelfulle iverksettingsprosesser vi har gjennomgått foran, er hvorvidt styringsmodellen faktisk ble anvendt. I intervjuene hevder samtlige at sykehusledelsen nå tok beslutninger om det faglige tilbudet som tidligere var gjenstand for sterke politiske kontroverser.

Dette må ses som uttrykk for at sykehuset nå var reelt «fristilt» – nettopp i tråd med intensjonene til de som hadde utviklet modellen. Styringsmodellen påvirket forholdet mellom politikk, administrasjon og fag. Løsningene som nå ble vedtatt, innebar strukturelle endringer i tjenestetilbudet som hadde vært motarbeidet fra lokalmiljøer og/eller fagmiljøer i mange år. På samme måte reagerte også andre deler av helse- og sosialsektoren, som psykiaritjenestene og andre adferdsfag, på at de somatiske

helsetjenestene nå fungerte «fristilt» også i forhold til dem. Her kan en tale om at den interne samordning i somatikken – den vertikale samordning – hadde så sterk forrang at en ikke prioriterte den distriktstvis, horisontale samordning.

10.4 Oppsummering

At «fristilling» er en utfordring for et demokratisk system er velkjent – og i dette tilfellet var det altså politiske eliter som i samarbeid med den administrative ledelsen i fylkeskommunen selv hadde brakt det politiske systemet i denne situasjonen. Sett fra et instrumentelt perspektiv var denne prosessen svært vellykket.

«Fristillingen» kunne oppfattes som en videreføring og presisering av de styringsprinsippene som konsernmodellen bygget på. Og i motsetning til da denne modellen ble vedtatt, var styringssystemet nå rigget for å implementere de styringsprinsippene som lå i strategisk politisk styring, sammen med et mål- og rammestyringssystem som i hvert fall i prinsippet kunne fungere. Selv om det i ettertid ble uttrykt en viss overraskelse om at disse prinsippene endret politikernes rolle, og noen mente at en nå hadde opplevd at politikerne hadde «abdisert» i helsepolitikken, var det også en form for lettelse i det politiske miljøet over at en ikke lenger skulle konfronteres direkte med de vanskelige avveieingene krav fra lokalbefolkning, faginteresser og økonomiske rammer representerte. Kort sagt innebar fristillingen at en lyktes i å skape et beskyttende lag til det en oppfattet som lokalpolitiske og faglige særinteresser, og at en maktet å opprettholde denne «forsvarsmuren» som det nye styringssystemet representerte også i møtet med disse særinteressene. Dette må ses i sammenheng med det andre organisatoriske grepet: at en nå foretok en radikal omdreining – en slags 180 graders snuoperasjon – fra geografisk divisjonalisering til funksjonell – det vil si faglig-medisinsk divisjonaliseringsstruktur. De nye klinikkjefene var nå ledere for gjennomgående fagområder, som omfattet faglig virksomhet på ulike geografiske lokaliseringer. Resultatet var at en relativt umiddelbart satte i gang et arbeid med å rasjonalisere, samordne og effektivisere den medisinsk-faglige virksomheten på tvers av de eksisterende sykehus.

Et aspekt ved denne omorganiseringen var at det også ble nødvendig å foreta en tilsvarende strukturendring for de «resterende» faglige virksomhetene, blant ved at psykiatrien (og senere spesialisert rusbehandling) ble trukket ut av distriktene og fikk en tilsvarende funksjonsbasert organisering.

Til sammen skapte disse prosessene grunnlag for en ny helsepolitisk situasjon, både med hensyn til definisjon av problem, aktører som deltok i prosessene, og hvilke løsninger en fant. Problem ble definert innenfor rammene av nye krav til effektivitet og kvalitet. Politikernes rolle, særlig knyttet til lokalpolitiske interesser, ble i stor grad definert ut av prosessene. Profesjonenes rolle ble også endret – allianser mellom lokale fagprofesjonsinteresser og lokalpolitiske aktørgrupper ble brutt. Samtidig ble faglig-medisinske vurderinger relativt umiddelbart de viktigste premissleverandører. Her var medisinsk spesialisering, og derav følgende aktører med kompetanse innenfor ulike spesialistfelt, de viktigste tilretteleggerne for fordeling og prioritering av helsetjenestene. Disse prosessene skjedde innenfor rammen av klinikkene og sykehusorganisasjonene, og andre aktører ble i liten grad trukket inn i beslutninger før en hadde en «omforent faglig løsning». Dette innebar også en tilrettelegging av en fortetning, konsentrasjon og spissing av arbeidet innen ulike spesialiteter. Geografisk avstand ble ikke vurdert uten at det var et element i kvalitetsvurderingene. Resultatet kan oppsummeres som en bekreftelse av at de «sentrípetale» krefter nå hadde forrang, og at de «sentrífugale» krefter i strukturering av spesialisttjenestene nå – i første omgang – hadde tapt. Dette la premisser for måten en et par år senere organiserte tjenestene på innenfor de nye rammene som sykehusreformen i 2001 innebar.

Del 3

En «ny» helsetjeneste – konsentrasjon og samarbeid

Nytt sykehus – supersykehuset?

11.1 Innledning

I sine analyser av helsesystemet i San Fransisco Bay-området hevdet Scott et al. (2000, s. 217) at man i midten av 1980-årene opplevde en ny fase i organiseringen av helsesektoren, preget av et hovedfokus på «managerial control» og introduksjon av nye markedsmekanismer. Den grunnleggende logikken var at organisasjons-, ledelses- og styringsformer måtte bidra til sterkere kontroll med de eskalerende utgiftene. Dette innebar også mindre tro på at helseprofesjonene og helsebyråkratene var i stand til å effektivisere sykehusdriften. Nye aktører, gjerne konsulentfirma med ekspertise i organisasjons- og ledelsesformer basert på management-teorier, fikk økende innflytelse over måten sektoren skulle organiseres og ledes på. I lys av institusjonelle teorier kunne dette gi inntrykk av en «critical juncture», et radikalt nytt perspektiv som fikk gjennomslag i organiseringen av helsetjenestene.

I vår analyse av de strategier som ble valgt i Østfold, kan en hevde at disse kjennetegnene som preget de beslutninger som ble tatt om organisasjons- og styringsprinsipper fra slutten av 1980-tallet, fulgte de samme sporene som tilfellet var i Scott et al.'s analyse. Vedtaket om å etablere konsernorganisasjonen i 1987, og senere prinsippet om «ett sykehus med fem dører», var utvilsomt preget av den samme underliggende logikken som er beskrevet om utviklingen i USA. Særlig viktig var det at nye aktører – konsulenter med organisasjons- og ledelseskompetanse – fikk stor innflytelse over de prinsippene for styringen av sektoren i fylket som ble valgt. Men som en rekke studier basert på institusjonelle organisasjonsteorier har vist, var denne utviklingen verken entydig eller rettlinjert. Tvert imot var det mange viktige modifiseringer og tilpasninger til lokale, kontekstuelle forhold som påvirket konkret organisering (Byrkjeflot &

Neby, 2005; Neby, 2008; Torjesen, 2007). Likevel har de underliggende premisser for endring i organisasjons-, ledelses- og styringsformer endret på noen viktige parametere, knyttet til ideer om at en kunne etablere mer helhetlige, «rasjonelle» modeller for helsesektoren enn det som tidligere hadde vært mulig under de «helsepolitiske spill» som her er redegjort for i del 2. Den skrittvis utviklingen basert på disse premissene la likevel til rette for endringer som, slik jeg ser det, har hatt stor betydning for den videre utvikling av tjenestene. Dette reflekteres også i denne delen av boken, der tiden etter sykehusreformen i 2002 er satt i fokus.

Da statsovertakelsen av sykehusene/spesialisttjenestene skjedde i 2002, så en hvordan Østfolds desentraliserte helsesektor med fem sykehus – riktignok innenfor rammen av det fristilte «ett sykehus med fem dører» – var uløselig knyttet til fylkeskommunens særegne balansegang mellom økonomiske, geografiske og faglige hensyn. En slik balanse ville åpenbart være vanskelig å opprettholde uten medvirkning av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan. Mange av de styringsproblemene som plaget helsetjenestene i fylket, ble gjennom reformen tilsynelatende organisert ut av den helsepolitiske agendaen. Likevel er det grunn til mene at de endringsprosessene som hadde skjedd tidligere, manifestert gjennom konsernorganisasjonen og det «fristilte» sykehuset fra 1999, pekte mot et slags sluttpunkt i de stridighetene som hadde preget fylkets helsepolitiske historie. Mange av de aktørene som hadde hatt sentrale roller tidligere var da allerede organisert ut av styringssystemet på det tidspunktet sykehusreformen ble gjennomført. Men det var fremdeles tale om sykehusvirksomhet i alle de tidligere fem helse- og sosialdistriktene. En kan derfor hevde at sykehusreformen tilrettela for utviklingen mot *ett sykehus* i et helseforetak, og *et helhetlig, synoptisk grep om planlegging, organisering og styring av dette foretaket*.

Dette bringer diskusjonen frem til det som er dagens situasjon: at Østfold fylkeskommune opphører å eksistere (fra 1.1.2020), at spesialisttjenestene nå finnes innenfor et helseforetak, og at grunnlaget for helsepolitisk mobilisering og faglige utviklingsprosesser skjer innenfor radikalt nye rammer. De nye sykehusene på Kalnes og Moss innebar en konsentrasjon i spesialisttjenestetilbudet, men også nye organisasjons-, styrings- og ledelsesformer. Dette må ses i sammenheng med den eksplisitt formulerte

styringsideologi sykehusreformen representerte: horisontal og vertikal integrasjon, mål- og rammestyringsideologi preget av bestiller–utfører-relasjoner mellom statlig nivå (helseministeren som generalforsamling), regionale og lokale helseforetak. Gjennom de årlige bestillingsbrev – som senere ble omdøpt til «årlig melding», ble det etablert et nasjonalstatlig «konsern», der viktige kjennetegn var ledelse på distanse, totalansvarsholdelse til sykehusdirektørene og relativt autonome relasjoner når det gjaldt hvordan driften ved de enkelte sykehus skulle organiseres (Opedal & Stigen, 2005).

I det regionale foretaket som ble etablert gjennom sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst 1. juni 2007, er det nå 11 sykehusforetak, hvorav Sykehuset Østfold HF er et. Når jeg fremdeles konsentrerer analysen om Østfold, innebærer dette likevel at fokus endres. Når det gjelder spesialisttjenestene, er det da dette ene sykehusforetakets utvikling jeg skal konsentrere meg om. Og med dette følger også at mange av de faglige perspektivene som er diskutert ovenfor forankret i teorier om «helsepolitiske spill» også får en annen karakter. «Feltet» endres. Nå blir det nye måter å organisere sykehusvirksomheten på. Utfordringen er mer ensidig knyttet til spørsmålet om hvordan en skal kunne etablere helsetjenester av høy kvalitet som samtidig er kostnadseffektive. Byggingen av flere nye sykehus har vist at dette er en utfordring, og evalueringer viser at det er vanskelig å omsette ideer om nye måter å organisere på til praksis. De grunnleggende utfordringene mellom kvalitet på tjenester, effektiv økonomistyring og ansattes arbeidsvilkår innebærer nå som før at det kreves en særegen balansegang å organisere og lede sykehus (Bode, Lange & Märker, 2017).

I Norge har nå ny sykehus- og helseplan blitt en ramme for helseforetakenes utvikling. Her har politiske slagord om «pasientens helsetjeneste» og «pasienten først» fått forrang (Helsedepartementet, 2015–2016). Både i Norge og internasjonalt er dette fokuset i sin tur blitt knyttet til nye perspektiver og begreper om organisering og ledelse. En av de mest kjente nyvinningene i denne forbindelse, og som har fått enorm utbredelse i den vestlige verden, er knyttet til begrepet «verdibaserte helsetjenester» (Porter & Teisberg, 2006). Etersom dette begrepet ble lagt som en teoretisk og organisatorisk overbygning i planleggingen av det nye østfold-sykehuset, vil vi i den videre fremstillingen vise hvordan dette har vært anvendt her.

Det andre temaet vi konsentrerer oss om, er knyttet til ledelsesstrukturen i det nye sykehuset. Gitt at lokalpolitiske organ er borte, at foretakstyrene forutsettes å lede på distanse basert på strategiske overveielser, og at sykehusdirektøren fremstår som en CEO, med stor frihet til å organisere og lede for å nå de mål som er satt til organisasjonen, er et viktig spørsmål hvordan denne friheten benyttes. Vi skal i de neste to kapitlene vise hvordan ledelsesformer og ledelsesstruktur i helseforetaket i Østfold har blitt utviklet innenfor denne rammen.

I denne avsluttende delen endres derved fokus fra de samfunnspolitiske, bredt anlagte og offentlige debatter til spørsmål om hvordan og hvorfor en fatter beslutninger om organisasjons-, styrings- og ledelsesformer innenfor nye rammer. I kontrast til de konfliktfylte forsøkene på omorganiseringer som er redegjort for i del 2, er mange av de prosessene der nye organisasjons-, styrings- og ledelsesformer nå ble lansert, i hovedsak utenfor befolkningens og medias søkelys. Likevel er de endringene som skjer viktige, ikke minst fordi de legger premisser om hvordan fordeling av helsetjenester eller samarbeid med andre deler av helsetjenestene vil skje. Til tross for den avpolitiserede karakter som disse prosessene gir inntrykk av, er det fremdeles beslutninger i skjæringspunktet mellom politikk, fag og økonomi som bygges inn de organisasjons-, styrings- og ledelsesformene som nå gjelder. Men utgangspunktet her er at helsesektoren som organisatorisk «felt» likevel har endret karakter. Dette skjer særlig gjennom nye prinsipper for organisering – at spesialisttjenestene i hovedsak er forankret i ideen om den «moderne» sykehusorganisasjon. Men denne organisasjonen må samtidig relatere seg til at det har en rolle innenfor et mer bredt definert «helsesystem».

Mange av de problemstillingene som er drøftet i forrige del av boken, kan gjenfinnes i det nye. Men de ideer og det språket som nå anvendes er nytt. Hvordan formes så den «moderne» helsesektor? Hvilke utfordringer står en overfor når det gjelder organisering, styring og ledelse?

Her skal jeg først identifisere noen kjennetegn ved den moderne sykehusorganisasjonen. Organiseringen av det nye sykehuset på Kalnes (og Moss) representerer et inntak til å illustrere hvordan denne kan bli. Derfor har vi trukket frem to aspekter ved denne organiseringen: om endringer i ledelsesstruktur i det nye sykehuset, og om «konseptualiseringen» av

sykehuset tuftet på organisering av faglig-medisinsk arbeid. Det siste er en variant av ideen om «verdbasert» organisering som er nevnt ovenfor. Avslutningsvis vil jeg peke på noen av de kjennetegn som preger organisering av «helsesystemet» som sykehuset inngår i, og hvordan en ser for seg fremtidig samhandling mellom spesialisttjenester og kommunale allmenntjenester.

11.2 Planlegging og organisering av det nye sykehuset

Årene mellom etableringen av det «fristilte» østfoldsykehuset (med «fem dører») og åpningen av det nye sykehuset i 2015 var preget av store endringer i rammebetingelsene for helsesektoren i Norge. Mest avgjørende var sykehusreformen i 2002, som på mange måter endret alle forutsetningene som de helsepolitiske spill som er gjennomgått foran, dreiet seg om. Sykehusreformen innebar ikke bare at eieforholdet til spesialisttjenestene, inkludert sykehusene, ble overført til staten (Opedal & Stigen, 2005). Det var også en bekreftelse på og en forsterking av de organisasjons-, styrings- og ledelsesprinsipper som var introdusert i Østfold gjennom konsernmodellen i 1987 og det «fristilte» sykehuset ti år senere.

Selv lenge før fristillingen var vedtatt, ble det arbeidet med å samle alle sykehusfunksjoner i ett sykehus for hele østfoldbefolkningen. Østfold fylkeskommune fattet i desember 1997 vedtak om å opprette en prosjektorganisasjon for å utrede den fremtidige sykehusstrukturen i Østfold. Her var krav til behandlingsskapitet, behandlingsskvalitet, effektivitet, produktivitet og «totaløkonomi» i fokus. Utredningen ble lagt til grunn for et forslag til ny struktur, der det neste år ble enighet om at Østfold skulle satse på å organisere spesialisttjenestene for somatikk i ett sykehus, og det ble opprettet et eget prosjektkontor for det nye Østfoldsykehuset. Fylkestinget valgte modell for Østfoldsykehuset, som skulle stå ferdig til 2010. I vedtaket het det at alle akutfunksjonene skulle samles i ett nytt sykehus som både skulle ha ordinære senger og syke-/pasient-/hotellsenger. Det ble også vedtatt, i kontrast til det opprinnelige forslaget, at voksenalderpsykiatriske sykehusavdelinger skulle integreres i sykehuset. Planen ville derved innebære at det nye sykehuset ble det første i landet som samlet somatikk

og psykiatri i ett bygningskompleks, og under felles ledelse. Dette må ses på bakgrunn av at en gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som et av sine mål å bidra til avstigmatisering av psykiske lidelser, og at «normalisering og integrering» skulle gjennomsyre organiseringen av tjenestene (St.meld. nr. 25 (1996–97)).

I mai 1999 besluttet derved fylkestinget en modell som innebar at det nye sykehuset skulle erstatte de seks sykehusene (inkludert Østfold Psykiatriske Sykehus på Veum) som den gang var operative i Østfold. Utredningen og vurderingen av mulig lokalisering av det nye sykehuset endte opp med vedtak om plassering på Kalnes i Sarpsborg. Det var i siste omgang en snuoperasjon i Østfold Arbeiderparti som var avgjørende for dette lokaliseringsvalget. Samme konklusjon ble trukket i konsekvensutredning fra høsten 2001. Selve lokaliseringen innebar at en bygde sykehus på den tomten Smaalenenes Amt hadde kjøpt til dette formålet allerede i 1864.

Arbeidet med «hovedfunksjonsprogram» for det nye sykehuset ble påbegynt høsten 2000, og dette ble godkjent i Østfold fylkesting i mars 2001 og deretter i Helseregion Øst i mai 2001. Som nevnt var forutsetningen da at det nye sykehuset skulle stå ferdig i 2010. Invitasjon til begrenset designkonkurranse ble utlyst sommeren 2001, og vinneren ble kåret våren 2002. På dette tidspunkt var ansvaret for spesialisthelsetjenestene og prosjektet overført til ny eier, Helse Øst RHF. Prosjektet ble derfor vurdert i sammenheng med øvrige investeringsprosjekter og tilgjengelige rammer innen det nye regionale foretaket, og utsatt i tid.

Arbeidet med prosjektet startet opp igjen i 2005 i regi av Sykehuset Østfold HF. Det ble da gjennomført en idéfaseutredning som konkluderte med at nytt sykehusbygg på Kalnes kombinert med avvikling av driften i Fredrikstad og Østfold Psykiatriske Sykehus på Veum hadde best økonomisk bæreevne. På dette grunnlag ble konseptfasen startet i 2006 i regi av Helse Øst RHF og fullført sommeren 2007.

Som en følge av sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF til et nytt regionalt helseforetak (Helse Sør-Øst RHF) ble det behov for å vurdere investeringsbehovene i regionen på nytt, på bakgrunn av nye rammebetingelser og forutsetninger. I styremøte i Helse Sør-Øst (etter at helseregionene Helse Øst og Helse Sør var slått sammen i 2007). 18.12.07

(sak 066–2007) ble kapasitet, opptaksområder og struktur/oppgavefordeling i regionen vurdert i forhold til behov for nye sykehusprosjekter. I denne saken la styret i Helse Sør-Øst RHF til grunn at det var behov for nye sykehusbygg ved Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF. I februar 2008 fikk Sykehuset Østfold HF et nytt mandat fra Helse Sør-Øst RHF for utvikling av nytt østfoldssykehus. Mandatet la til grunn at det skulle utarbeides en revidert konseptrapport i regi av Sykehus Østfold HF. Hovedmålet med det nye mandatet var at det nye konseptet skulle ta opp i seg de endringer som fulgte av den nye strukturen i Helse Sør-Øst RHF.

Konseptrapporten for nytt østfoldsykehus ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i møte 18.12.09 (sak 132–2008). Styret sluttet seg til det anbefalte alternativ 2, en to-strukturmodell hvor fremtidig sykehusvirksomhet skulle fordeles mellom Moss og Kalnes, ble lagt til grunn for det videre arbeid. Det ble forutsatt at konseptet skulle legges frem for ny behandling når kvalitetssikring av dette var gjennomført.

Kvalitetssikringen ble gjennomført våren 2009, og konseptrapporten ble behandlet på nytt i møte 17.06.10 (sak 54–2009). Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i dette møtet konseptrapporten og la den til grunn for utarbeiding av forprosjekt. Styret la i samme sak en rekke føringer for det videre arbeidet, blant annet at eierskapet til utbyggingsprosjektet skulle overføres fra Sykehuset Østfold HF til Helse Sør-Øst RHF fra og med forprosjektfasen. Sykehuset Østfold HF skulle også etablere et organisasjonsutviklingsprosjekt med et helhetlig ansvar for å utvikle den nye sykehusorganisasjonen (Nytt østfoldsykehus Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.2010:10–181).

16. desember 2010 kom vedtaket fra styret i Helse Sør-Øst, der styret godkjente forprosjektet for det nye sykehuset. 5. september 2011 tok statsminister Jens Stoltenberg og helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen de første spadetakene på sykehusomtå på Kalnes.

I løpet av planprosessen ble det klart at de økonomiske kalkylen ikke var realistiske. Det ble besluttet at det skulle arbeides for å redusere usikkerheten i investeringskalkylen slik at opprinnelig estimat ikke ble overskredet. Prosjektet skulle derfor *«ta opp i seg de føringer og forutsetninger som følger av plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst RHF og sikre god tilpasning til samhandlingsreformen»* (Sykehuset Østfold HF, 2011). De økonomiske

rammene for det nye sykehuset ble redusert med ca. 10%, og en fant deretter at en ombygging av Sykehuset i Moss ville redusere utgiftene. Det nye Sykehuset Østfold HF ble etter dette ett foretak med enheter på Kalnes, i Fredrikstad, Moss, Sarpsborg og Halden. Sykehuset eies av Helse Sør-Øst. Det meste av virksomheten er samlet i Sykehuset Østfold Kalnes – altså på ett sted. Noen avdelinger og fasiliteter knyttet primært til elektiv behandling (planlagte operasjoner) ble lokalisert til dagens Moss sykehus.

Ifølge konseptet for «Nytt Sykehus» ble det besluttet at *samfunnsmålene* for Prosjekt nytt østfoldsykehus ble definert som at dette etter at hovedutbyggingen var ferdig, skulle være:

- et sykehus som sikrer et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehustilbud til befolkningen i Østfold og i regionen samlet sett.
- et sykehus tilpasset de føringer som fremkommer av nasjonal helseplan og Helse Sør-Øst RHF sin utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering, driftskonsept samt oppgave- og funksjonsfordelinger blir ivaretatt i dette fremtidige helseperspektivet.

Effektmålene er knyttet til prosjektets virkninger for brukerne (pasienter, befolkningen og ansatte). Effektmålene for nytt østfoldsykehus er definert som følger:

Nytt østfoldsykehus skal etter hovedutbyggingen sikre at «alle pasienter får rask diagnostikk og behandling styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform», at ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur skal gi en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet, at sykehuset gjennom forskning, utdanning og kompetanseutvikling «er konkurransedyktig innenfor definerte områder nasjonalt og internasjonalt», og at samhandling med kommunehelsetjenesten og andre helseforetak «er en naturlig del av pasientforløpene og av handlingsmønsteret til alle medarbeidere». Det het samtidig at dette skulle skje ved at en samtidig skulle oppnå en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende 180 mill. kroner. (Kilde: Nytt østfoldsykehus, Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.2010:12)

Det het videre at:

«Driftskonseptet for nytt østfoldsykehus bygger på fleksibilitet, standardisering, generalisering og samhandling. Løsninger i bygget gir gode utviklingsmuligheter for endring av arbeidsprosesser og utvikling av nye pasientforløp» ... Det het videre at de strategiske føringene for OU-prosjektet «henger sammen og skal hver for seg og sammen bidra til at pasientene får best mulig diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering».

(Kilde: Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10
Tittel: Forprosjekt 15.11.2010: 20)

11.3 Om «fremtidens utfordringer»

Det het videre om *«fremtidens utfordringer at demografi, sykdomsbilde og medisinsk teknologisk utvikling vil øke behovet for innovative og robuste driftskonsepter for spesialisthelsetjenesten»*. Gapet mellom befolkningens forventninger og spesialisthelsetjenestens tilgjengelige økonomiske rammer for å møte disse forventningene måtte antas å øke. Oppgavene må derfor i større grad løses gjennom samhandling med kommunehelsetjenesten og andre tjenesteytere. Bruk av moderne kommunikasjonsteknologi vil være en forutsetning for å forbedre samhandling og i arbeidet med å styrke pasientenes mulighet for egenomsorg. Og:

«En reduksjon av forventningsgapet mellom hva som er medisinsk og ressursmessig mulig vil kreve at Sykehuset Østfold:

- *Styrker innsats for og finner nye måter å ivareta store pasientgrupper på*
- *Arbeider med kunnskapsbasert pasientbehandling*
- *Ivaretar rask problemløsning, gode pasientforløp og pasientsikkerhet*
- *Videreutvikler en kostnadseffektiv drift og samhandlingsmodeller*
- *I større grad utvikler en kultur for brukerstyrte endringsprosesser»*

(Kilde: Sykehuset Østfold HF, Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.201020).

I vår sammenheng er det noen nøkkelbegreper i beskrivelsene ovenfor som kan danne en ramme for de analysene av det nye sykehuset vi skal

konsentrere oss om: innovative løsninger, effektive pasientforløp, bruk av ny avansert teknologi. Sykehuset er sterkt preget av dette: Arkitektoniske løsninger er koplet til nye arbeidsformer. Blant annet var det planen at alle pasienter skulle ha enerom. Det ble også valgt å organisere sengeposter som «tun», noe som innebar reelt store endringer særlig i det pleiefaglige arbeidet (Bringa, 2018), elektronisk kommunikasjon, blant annet bruk av elektronisk tavle, prinsipper om «lean hospitals», bl.a. med et fåtall kontorer for både medisinsk-faglig og administrativt arbeid. Sykehuset kjennetegnes også av lange, pregløse korridorer, i tråd med det en oppfatter som «lean» prinsipper. Det viste seg også raskt at kapasiteten på flere avdelinger (særlig akuttmottaket) har vært for liten, og det ble i denne tiden en rekke utfordringer med arbeidsmiljøet.

Det er etter vår vurdering særlig to forhold ved organisasjonsform, styring og ledelse som peker mot mer prinsipielle utviklingstrekk ved de løsninger og prosesser som sykehuset har vært kjennetegnet av: for det første lederstrukturen – og hvordan denne har vært gjenstand for revisjoner underveis, og initiativet til å organisere sykehuset etter «verdi-baserte» arbeidsprinsipper. Slik dette fremstår, viser endringsprosessene knyttet til disse to temaene til en ny måte å nærme seg organisasjons- og ledelsesspørsmål på – som både peker fremover mot fremtidens helsetjeneste og samtidig viser kontrasten til beslutningsformer innenfor «det gamle regimet» der de helsepolitiske spill dominerte. Neste kapittel tar for seg lederstruktur i det nye sykehuset, og kapitlet deretter viser hvordan verdibaserte organisasjonsformer ble introdusert i sykehuset.

Som Lippestad, Harsvik og Kjekshus (2011) viser i sin evaluering av det nye Ahus, er det flere skjær i sjøen når planene skal iverksettes i en så kompleks organisasjon, og det er også klart at nye innovative teknologiske og medisinske løsninger har potensial for å endre for makt- og innflytelsesrelasjoner mellom pasienter og ulike grupper blant de ansatte (Mørk, Hoholm, Ellingsen, Edwin & Aanestad, 2010). Også i forbindelse med det nye sykehuset på Kalnes viste det seg at en møtte på noen utfordringer som ikke var forutsett. Det tok ikke lang tid etter at det nye sykehuset var åpnet før problemene meldte seg: Som nevnt var utgangspunktet for planleggingen av sykehuset på Kalnes at det skulle være et stort sykehus i Østfold. Men gjennom reduksjonen i rammebevilgningen som skjedde i

løpet av planprosessen, fant en at det var mest hensiktsmessig å også ta i bruk det gamle sykehuset i Moss, som så ble ombygget til å fungere som sykehus for planlagte operasjoner, dagkirurgi og rus/psykiske helsetjenester. Etter åpningen viste det seg raskt at målet om at sykehuset ikke skulle ha korridorpasienter, ikke ble nådd. Tvert imot måtte 3800 «ligge på gangen» i 2017, og i 2018 var tallet på korridorpasienter økt til 4500 (Aftenposten, 17.3.2018, 11.2.2019). Noen av de polikliniske rommene ble omgjort til sengeposter for medisinske pasienter, det ble åpnet en midlertidig sengepost på Moss sykehus, enerom ble midlertidig omgjort til tomannsrom.

Krisen ble beskrevet slik: *«Ansatte sier opp i protest, akuttmottaket er overfylt og kapasiteten er sprengt. Sykehuset skulle være prakteksemplaret på et moderne sykehus, men siden åpningen i 2015 har problemene stått i kø»* (Aftenposten, 9. februar 2019). I 2018 – etter 9 år i stillingen – sluttet administrerende direktør. Han begrunnet dette med at det hadde vært *«en økende uro rundt sykehuset i offentligheten som handler om korridorsenger og negative pasientopplevelser. Fokuset den siste tiden har dreid mot meg som leder. Jeg ser at Sykehuset Østfold ikke er tjent med at organisasjonen skal lide under et slikt press»* (Aftenposten, 23. april 2018). Det er likevel ingen tvil om at han hadde vært en drivkraft i arbeidet med planlegging og organisering av helseforetaket. Som det vil fremgå av de to neste kapitlene, var dette ikke minst tilfellet i forbindelse med organisering av lederstrukturen (kapittel 12), og «konseptualiseringen» av sykehuset (kapittel 13).

Det har vært stilt en rekke spørsmål ved om hvordan denne nedturen i driften av sykehuset kunne skje. Først og fremst har en ment at sykehuset er «for lite» i forhold til den pasienttilstrømmingen som har kommet. Dette er selvsagt en sentral utfordring i helsetjenestene i fylket, ettersom det ikke bare setter de ansatte i en krevende situasjon, men også setter krav til lokale helsetjenester. Mens de problemene som er skissert ovenfor er åpenbare, er det mer underliggende ideer om organisasjons-, styrings- og ledelsesformer som denne siste delen av boken skal konsentrere seg om. Her er det tre tema jeg skal drøfte: For det første nye måter å strukturere sykehus på, der kombinasjon av pasientenes individuelle behov for behandling og kostnadseffektiv drift blir satt i søkelyset. For det

andre nye ledelsesformer, som reflekterer de endrete rammebetingelser for ledelse som sykehusreformen representerer. Og for det tredje, nye samhandlingsformer mellom spesialisttjenester og lokale helsetjenester, manifestert først og fremst i samhandlingsreformen. Slik jeg ser det, er de endringene som skjer innenfor disse tre temaene indikasjoner på en fremtidig utvikling der ideen om det nye «supersykehuset» forventes å smelte sammen med nye samarbeids- og samordningsformer i det moderne «helsesystemet». Fokuset her er derfor hvordan «det nye» relaterer seg til det «etablerte» innenfor disse temaene, og det faglige perspektivet blir orientert om hvordan innovative løsninger lanseres når det nye materialiseres. Hva kan en lære av de østfoldske innovasjonsprosessene på disse områdene? I de tre neste kapitlene skal jeg ta for meg utviklingstrekk knyttet til disse tre temaene. I kapittel 12 tar vi for oss ledelsesformer i det nye sykehuset – nettopp for å vise kontrasten til de beslutningsprosessene som er beskrevet i del 2. I kapittel 13 tar vi for oss «konseptualiseringen» av det nye sykehuset, knyttet til fremveksten av verdibaserte organisasjonsformer i sykehus, som i dag er et av de mest aktuelle begrepene for planlegging av nye sykehus i den vestlige verden. Og i kapittel 14 diskuteres muligheter og utfordringer for samhandling og samarbeid i det moderne helsesystemet, basert på en drøfting av innovasjonspotensialet som samhandlingsreformen fra 2012 legger grunnlaget for.

KAPITTEL 12

Lederstruktur i det nye sykehuset

Helge Ramsdal og Catharina Bjørkquist

12.1 Innledning

Dette kapitlet er basert på forskningsprosjektet «Fra gammelt til nytt sykehus», som er beskrevet innledningsvis. Fokus er overgangen fra Sykehuset Østfold HFs lokaliteter i Fredrikstad til det nye sykehuset på Kalnes og Moss. Målet med prosjektet er å sammenlikne særtrekk ved dagens situasjon med de endringer som nye rammebetingelser i det nye sykehuset representerer. Avviklingen av det gamle og innflyttingen i det nye sykehuset dreide seg altså ikke bare om en fysisk endring, men innebar også å skape radikalt nye rammebetingelser for pasientbehandling, gjennom ny teknologi, nye arbeidsformer og nye styringsprinsipper. Som vist i forrige kapittel er dette understreket blant annet i konseptrapporten som lå til grunn for byggingen av det nye sykehuset (Sykehuset Østfold/Helse Sør-Øst, 2008), og ble kommunisert av prosjekt- og sykehusledelsen gjennom hele byggeprosessen. Vårt delprosjekt dreide seg om i hvilken grad, og på hvilken måte, «det nye» skiller seg fra «det gamle» når det gjelder overordnet ledelse, organisasjon og styring. Det viste seg at overordnet ledelsesstruktur endret seg til dels radikalt i løpet av de årene dette kapitlet omhandler. Vi er i dette kapitlet opptatt av hvordan og hvorfor overordnet styringsstruktur endret seg i løpet av den tiden der en planla og gjennomførte flyttingen til nytt sykehus, og hvordan lederne erfarte endringene i styringsstruktur.

12.2 Om sykehusledelse

Spillet om helsetjenestene, og forsøk på å bryte med disse spillene, dreier seg primært om konflikter og allianser mellom ulike aktører på

samfunnsnivå. Men også innenfor sykehusorganisasjonen har ledelse og styring vært kontroversielle temaer. Allerede i sin doktoravhandling fra 1982 hevdet Ole Berg at sykehusene var preget av beslutningskriser, og forklarte dette med utviklingen av et «autoritetsmangfold», der ulike krefter og interesser i sykehuset brøt ned den beslutningsevnen som var tillagt de formelle hierarkiske strukturene (Berg, 1987). I praksis var den formelle, hierkiske “grunnstrukturen” mer å anse som en av mange måter å fatte beslutninger på. I denne strukturen – der det lokale sykehusstyret og direktøren og hans stab representerer topp-punktet, ble utfordret både av det medisinsk-faglige og pleiefaglige hierarkiet, samtidig som ansatte også kunne benytte det «demokratiske» elementet i styringsstrukturen – for eksempel arbeidsmiljøutvalget – for å forhindre tiltak en var uenige i. Berg hevdet at det fantes en rekke veto-grupper i sykehusets beslutningssystem. Dette må ses i sammenheng med at sykehuset – som profesjonsorganisasjon – i utgangspunktet var prisgitt beslutninger som den enkelte fagperson eller faggruppe tar om hvilken behandling den enkelte pasient skal få. I denne organisasjonen blir sykehusets reelle utgifter resultatet av en rekke «mikro-beslutninger» innenfor fagets lukkede rom – der relativt autonome profesjonsgrupper med legene i spissen foretar disposisjoner som er best mulige ut fra faglige overveielser, men som for overordnet ledelse fremstår som et mer eller mindre ustyrlig aggregat. I praksis innebar dette at sykehuset fremsto som en organisasjon der sparing og reduksjoner i aktivitetsnivå ble møtt med det eneste logiske svar – bruk av de kanaler for nedleggelse av veto som «autoritetsmangfoldet» åpnet opp for, samtidig som en bidro til opprettholdelse av ulike allianser gjennom å støtte hverandre, og gjennom konfliktunngåelse.

Sykehusene ble lovpålagt å innføre enhetlig ledelsesansvar ved alle avdelinger innen 2001 (Kjekshus, 2012). I forbindelse med sykehusreformen fikk sykehusdirektøren et overordnet resultatansvar for drift av sykehuset. Dette kravet innebar at todelt avdelingsledelse måtte avvikles, og også at «autoritetsmangfoldet» mellom legefaglig og sykepleiefaglig ledeshierarki, med sjefsleger og sjefssykepleiere, måtte erstattes. Til sammen innebar dette at trykket «nedenfra» i sykehusorganisasjonen skulle bli tilsvarende redusert – og at «beslutningskriser» som helsepolitiske spill lett genererte, kunne avverges i fremtiden. Dette peker frem

mot den situasjonen vi tar for oss i dette kapittelet – et potensial for at en sterk sykehusdirektør – i allianse med sitt foretaksstyre og innenfor rammene av overordnede regionale helseforetak og helsemyndigheter – kunne regulere rammene for beslutninger i sykehuset. Dette innebar at sykehusledelsen i prinsippet sto relativt fritt i å organisere ledelsen ut fra egne vurderinger om hvilken lederstruktur som var hensiktsmessig. Dette er i tråd med den ledelsesfilosofien som preger konsernorganisasjoner forankret i NPM: relativt autonome ledere som har et totalansvar for å frembringe resultater på sitt ledernivå i et «kinesisk eske-system», slik vi har beskrevet foran i kapittel 8.

Ut fra de utfordringer ledelse representerer i sykehus, er det ikke uventet at spørsmål om rekruttering til og utformingen av lederroller er sentralt i diskusjoner av organisasjonsspørsmål knyttet til sykehus. Hvilke beveggrunner har en for å bli leder, hvilke karriereveier har lagt grunnlaget for å bli leder, hvordan opplever en arbeidet med å være leder, og i hvilken grad vil en ønske å fortsette som leder også i det nye sykehuset. Dette spørsmålet er interessant også fordi en kan tenke seg at ulike profesjonsgrupper (særlig leger/sykepleiere), kan forventes å få nye roller, og reflekterer den «store debatten» om hvilke kompetanser en anser som viktige i rekruttering av ledere i sykehus (Jespersen, 2005; Kjekshus, 2012).

Ledelse i sykehus er tradisjonelt knyttet til den lederstrukturen som er beskrevet foran. Den «profesjonsbyråkratiske» organisasjonsmodellen innebar at legene hadde forrang gjennom å besette lederroller på alle (eller et hvilket som helst) nivå. Sykehusene ble derfor betegnet som «legestyrte» organisasjoner, med et sterkt fokus på at ledelse på det operative nivået (det vil si hovedsakelig ledelse av klinisk arbeid) ble ansett som nøkkelen til å forstå hvordan lederrollen ble utformet (Scott et al., 2000; Kjekshus et al., 2013; Jespersen, 2005). I Norge har legenes sentrale posisjon i det som ble betegnet som «det evangelske system» ytterligere forsterket helsesektorens preg av å være legestyrt fra topp (den sentrale helseforvaltning) til bunn (det kliniske arbeidet). I denne tiden var lederrollen integrert med det kliniske arbeid, bl.a. ved at legene i slike posisjoner stort sett alltid kombinerte ledelse med klinisk arbeid. Denne modellen er fortsatt gjeldende i sykehus, men har vært utfordret av to – til dels sammenfildrede – forhold: for det første multi-profesjonalisering, der særlig sykepleiere

har ønsket, og til dels fått, en rekke nye lederstillinger på sykehus, og for det andre gjennom fremveksten av ledelse som eget kompetanseområde. Flere studier har vist at mens leger ønsket å lede, men ikke i like stor grad å utforme en utskilt lederrolle, har nye krav til ledere knyttet til New Public Management skapt grunnlag for en klarere adskilt lederrolle – det som innebærer en overgang til «ledelse som eget fag» (Kjekshus, 2014; Kjekshus, Byrkjeflo & Torjesen, 2012; Jespersen, 2005).

Et interessant trekk ved utviklingen av lederrollen ved sykehus er at både internasjonale og norske studier viser at sykepleiere ikke bare har fått mulighet til å tre inn i lederstillinger, men også at en har ment at deres utdannelse og ambisjon om å utføre ledelse som et eget fag har vært langt mer eksplisitt formulert enn tilfellet er for legegruppen. Et stort antall sykepleiere har tatt lederutdanning, og fremstår som mer tilpasset de krav til lederkompetanse som NPM-baserte styringsformer innebærer, enn tilfellet er med leger som kombinerer klinisk arbeid og ledelse (Kjekshus et al., 2012; Dent, 2003; Torjesen, 2007). Det utkrystalliserer seg derved tre hovedmodeller for rekruttering og utforming av lederrollen på sykehus: den «klassiske» legeleder, den «nye» sykepleieleder og den «rene» management-leder (i tråd med idealene fra NPM). Norske studier fra INTORG-databasen ved Universitetet i Oslo viser at det blant divisjons-/klinikksjefledere er 41% leger, 22% sykepleiere og andre 37%. Når det gjelder avdelingsledere, er under halvparten leger, og legene fungerer fremdeles som deltidsledere. Dette kan gi inntrykk av at legenes rolle er i ferd med å svekkes i ledelsen av sykehus gjennom dette, men dette modifiseres imidlertid ved at den sterke identifikasjonen med fag gir høy legitimitet i utøvelsen av lederrollen (op.cit., s. 113). Men gjennom nye økonomi- og styringssystemer endrer forutsetningene for «deltidsledere» seg, noe som innebærer at opprettholdelsen av denne lederrollen nødvendigvis medfører enorme arbeidsbelastninger på de som velger denne kombinasjonen.

Studier av innføring av NPM-baserte ledelsesformer («management-ledelse») viser at denne formen ikke har fått gjennomslag i sin «rene» form i praksis (Byrkjeflot & Jespersen, 2014). Som vist ovenfor er sykehusledere stort sett fagprofesjonelle, primært leger eller sykepleiere. For sykepleiernes vedkommende synes det å utvikle seg en profesjonell,

fulltids lederrolle der mange av de krav som stilles til kompetanse i økonomi- og administrative styringssystemer blir ivaretatt. Poenget er at det ansettes stort sett helseprofesjonelle i lederstillinger på sykehus, og at også legene fremdeles spiller en viktig rolle som ledere til tross for at deres praksis strider mot de ledelsesidealene som NPM-ideologien foreskriver. Dette er forklart med at det utvikles en blandingsform – hybridledelse – der en kombinerer faglig-profesjonell kompetanse og de nye ledelseskrav. Det handler om å «binde sammen» og integrere forskjellige ledelsesverdener, for eksempel å finne en balanse mellom krav om økonomisk effektivitet og faglige verdier, kunnskaper og holdninger (Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Men også denne kombinasjonsløsningen i utforming av lederrollen kan utfordres. Et poeng når det gjelder konseptet om «the care-focused hospital», er at det også forutsetter endringer i ledelse og ledelsesverktøy og lederroller. Ifølge Lega & Di Pietro (2005) dreier dette seg for det første om plasseringen og status som ledelse vil få, knyttet til økt fokus på resultater og etablering av nye kontrollsystemer. For det andre dreier det seg om individuelle forutsetninger for å kunne gjennomføre de teknologiske og kunnskapsmessige endringene som finner sted knyttet til for eksempel fokus på pasientforløp. I tråd med de underliggende ideene som konseptet bygger på, er det tre utfordringer for ledelse: å ivareta hensyn til den pågående spesialisering av medisinskfaglig arbeid, behov for integrasjon og samhandling, og ivaretagelse av ressursstyring og styring av klinisk arbeid. Det hevdes at disse forholdene til sammen innebærer et klarere skille mellom ledelses-/management- og klinisk arbeid, og innebærer bl.a. krav om sterk avdelingsledelse. Utfordringen er derved å ivareta disse nye rollene, og samtidig sikre at avdelingsledere har legitimitet blant fagpersonalet, ikke minst legene. I tråd med de endringene som skjer gjennom konseptet om «care focus»/pasientfokus vil også sykehuset endres fra sin tradisjonelle arketype som «profesjonsbyråkrati» til en situasjon preget av «byråkratiserte profesjonelle» – der en utvikler et eget sjikt ledere som har sterkere koplinger til de nye kunnskapsområdene (standardiserte behandlingsopplegg og pasientforløp, nye teknologiske løsninger og nye styringssystemer) enn det som tidligere var tilfellet. Tiden for å fungere som «deltidsleder» og «hybridleder» vil da være forbi.

12.3 Teoretiske perspektiver

Grunnlaget for dette kapitlet er prosjektet som dreide seg om organisering av overordnet ledergruppe, og forholdet mellom måten styrings- og ledelsesstrukturer er organisert på i «gammelt» og «nytt sykehus». Det teoretiske utgangspunktet er knyttet til sammenheng mellom de krav som stilles til ledelse og styring innad i sykehuset, og fra omgivelsene. Det organisasjonsteoretiske inntaket til analysen er «contingency»-teori. Selv om det er ulike måter å forstå og anvende denne teoritradisjonen på, er det noen grunnleggende likhetspunkter i den klassiske tilnærmingen om dette: Det finnes ikke en «beste måte» å strukturere og lede organisasjoner på – den optimale måten er avhengig (contingent) av den eksterne og interne situasjonen. Organisasjoner forstås som åpne systemer, og ledelsens oppgave er å balansere interne behov for styring og ledelse med tilpasning til relevante omgivelser (Chandler, 1962/1998; Mintzberg, 1983; Hersey & Blanchard, 1969). Fiedler (1964) utviklet en «Contingency Management Theory», der han blant annet fokuserte på at ledere måtte være i stand til å kunne variere mellom ulike lederstiler basert på en analyse av interne og eksterne kjennetegn ved den situasjonen organisasjoner til enhver tid er i. Imidlertid er denne teorien kritisert for å være en svært enkel og åpenbar forståelse av for eksempel omgivelsenes betydning for ledelse. Som Farnsworth og Thygeson (2014) peker på, er sykehus komplekse organisasjoner, og det krever særlig kompetanse for å lede sykehus på en effektiv og legitim måte. Det avgjørende er hvordan forholdet til omgivelsene i kopling med interne forhold blir fortolket i konkrete situasjoner. Det er derved åpnet for at ledelses- og styringsformer må vurderes i relasjon til institusjonaliserte kjennetegn ved den enkelte organisasjon. Kort sagt: Ulike organisasjonsformer krever ulike ledelsesformer, og hvorvidt det er samsvar mellom særtrekk ved den organisasjonen som skal ledes, og de valg som gjøres av ledelses- og styringsform, er et avgjørende kriterium for å lykkes (Mintzberg, 1983). Derved bringes oppmerksomheten over mot de spesifikke kjennetegn ved organisasjons-, styrings- og ledelsesformer som preger sykehusorganisasjoner.

Den klassiske, «profesjonsbyråkratiske» ledelsesmodellen i sykehus tok utgangspunkt i medisinske spesialiteter, og fikk derved en flat struktur med sterk integrasjon mellom klinisk arbeid og avdelingsledelse innad, en

«silo-organisering» mellom klinikker, og samtidig stor grad av frakopling fra den overordnede ledelsen med administrerende direktør og hans stab. Symptomatisk var også at det var relativt vanlig med fysisk adskillelse av toppledelse og avdelingsledelser, for eksempel ved at toppledelsen var plassert i bygninger utenfor hovedbygningene for den kliniske virksomheten (Kjekshus et al., 2012). Denne måten å organisere den overordnede styringsstrukturen på ble brutt gjennom adoptering av noen prinsipper fra New Public Management-inspirerte organisasjonsformer også i helsesektoren, slik vi skisserte i kapittel 8, der konsernorganiseringen gjennomgås. Som diskutert i dette kapitlet har dette ofte vært betegnet som en divisjonsbasert «konsernorganisering» i flere norske sykehus (Tjora & Melby, 2013; Ramsdal & Skorstad, 2004). Som vist i kapittel 9 var Østfolds helsesektor tidlig ute med å vedta konsernmodell, samtidig som en gradvis omstrukturerte modellen frem til sykehusreformen i 2001, da premisene for ledelsesstrukturen ble endret. Overgangen innebar at det Mintzberg (1983) betegner som den arketypiske divisjonaliserte form ble vanlig – med nye krav til ledelse basert på at divisjonene/klinikkene skulle være kontraktstyrt, og med fokus på mål-/resultatstyring, slik dette er beskrevet i kapittel 8.

Prosessen mot divisjonaliserte organisasjonsformer innebar at de fleste sykehus i landet fikk flere ledernivå enn tidligere. I 2003 – før reformen hadde satt sitt preg – var det vanlig med tre ledernivå, etter reformen hadde 71% av sykehusene fire ledernivå (seksjonsledere, avdelingsledere, divisjonsdirektører/klinikksjefer og toppledelse) (Kjekshus et al., 2012). I denne strukturen rapporterer seksjonsledere til avdelingsledere, avdelingsledere til klinikksjefer, som igjen rapporterer til direktøren. I prinsippet etableres det en «kinesisk-eske»-struktur basert på at de samme styringsprinsippene blir anvendt på de ulike nivåene i organisasjonen (Mintzberg, 1983). Samtidig har sykehusvirksomhet blitt preget av økt kompleksitet, med nye krav til personalledelse, økonomistyring, kvalitetssystemer og IKT-systemer. Dette kan forklare økningen i stabsfunksjoner og stabsledere som har skjedd i samme tidsrom.

Men erfaringene har vist at den relativt enkle «superstruktur» som den divisjonaliserte form representerer, ikke lett lar seg anvende i ren form i sykehus. I praksis har det derfor skjedd modifikasjoner både i selve lederstrukturen og i krav til ledelse – der fokuset på klinisk arbeid har blitt

sterkere (se nedenfor). Dette betegnes som fremvekst av hybride organisasjonsformer og hybridledelse (Jespersen, 2005; Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Vi vet at organisering av ledelse varierer mellom sykehus, selv om det eksisterer en «standard-struktur» knyttet til overordnet ledelse (foretaksstyre, adm.dir.) med stab(er), et mindre antall klinikksjefer (ev. kalt divisjonsledere), avdelingssjefer og deretter seksjonsledere. Denne modellen er blitt utfordret både internasjonalt og i Norge, og i hovedsak dreier alternative modeller seg om måter å bryte opp eksisterende (medisinsk-faglige) hierarkier på.

Et viktig forhold – som har særlig stor betydning for vår studie – er at den styringsideologien som konsernorganisering innebærer, har som et bærende prinsipp at administrerende direktør har stor grad av frihet til å velge hvordan organisatoriske løsninger – inkludert lederstruktur – skal være. Dette skjer riktignok innenfor noen rammer som er nedfelt i helseforetaksloven, blant annet krav om enhetlig ledelse på avdelingsnivå. Mens foretaksstyret forutsettes å skulle ivareta strategiske beslutninger og evaluere driften, har administrerende direktør derved etter hvert fått en sentral rolle i styring og ledelse av sykehuset – som en kontrast til tidligere, hvor direktøren fungerte nærmest som en «vaktmester» i relasjon til de sterke medisinsk-faglige lederne (Berg, 1987). Men på hvilken måte endres sykehusets lederstruktur, hvorfor skjer det, og hvordan opplever lederne selv disse endringene? Det er som nevnt innledningsvis dette vi skal drøfte her.

Det er ulike oppfatninger av i hvilken grad og på hvilken måte sykehus påvirkes av krav om å finne nye, innovative ledelses- og styringsformer. På den ene siden har en hevdet at sykehus er «som geriatriske pasienter», ute av stand til å tilpasse seg de krav til kostnadseffektiv organisering og ledelse som moderne helsesystemer krever (Kjekshus, 2012). Det pekes her på at profesjonenes makt over organiseringen medfører at endringer i ledelses- og styringsformer må skje innenfor stramme rammer, definert av – særlig – legeprofesjonen (Dent, 2003). På den annen side har mange som studerer innovasjoner i sykehus pekt på at det skjer en kontinuerlig utvikling i medisinsk-faglig kunnskap, ny teknologi og nye arbeidsformer i det kliniske arbeidet, og at dette i sin tur genererer endringer oppover i organisasjonen til nye, tilpassede organisasjons- og ledelsesformer – «nedenfra» eller «innenfra» (Levesque, 2012). Det hevdes at slike endringsprosesser

ofte skjer nærmest kontinuerlig og umerkelig – i tråd med institusjonelle organisasjonsteorier der en fokuserer på inkrementelle endringer som det «normale» i utviklingen av (sykehus)organisasjonen (Andersen, Gårseth-Nesbakk & Bondas, 2015; Fuglsang, 2010). Forholdet mellom disse prosessene og de overordnede «globale» styrings- og ledelseskonseptene skaper et spenningsforhold som blir møtt med ulike løsninger i sykehusene. Forstått i et contingency-perspektiv dreier dette seg om ulike måter å fortolke og tilpasse organisasjon og ledelse til omgivelser og interne forhold. Hvordan dette skjer, er avhengig av lokale fortolkninger og lederstiler.

De prosessene vi studerer her, skjedde da sykehuset sto overfor radikale endringer i rammebetingelsene (betegnet som «nytt sykehus»). Det nye sykehuset innebar planlegging og implementering av ny arkitektur, nye teknologier og ny arbeidsorganisering, basert på innhenting av kunnskaper om hvordan det mest moderne sykehus burde være for å møte fremtiden. Det dreide seg med andre ord om en enestående mulighet til helhetlig, synoptisk planlegging, der en kunne designe det nye sykehuset i sin helhet – som en kontrast til skrittvis («inkrementelle») endringsprosesser som vanligvis skjer i helsesektoren.

Våre data er strukturert ved at vi først beskriver *hvilke* endringer i overordnet styringsstruktur som vi kunne observere skjedde. På grunnlag av denne beskrivelsen stiller vi spørsmål om *hvorfor* endringene skjedde, og *hvordan lederne opplevde* disse endringene.

12.4 Endringer i overordnet ledelsesstruktur i sykehus

Som vist i del 2 dreide den helsepolitiske debatten i Østfold gjennom mange tiår seg i stor grad om sykehusstruktur, og prinsipper for organisering og ledelse innenfor denne strukturen. Det er vist at utviklingen i organisering, styring og ledelse har gjennomløpt ulike faser, fra vekstperioden i de første tiårene etter krigen, via ulike svar på beslutningskrisen i slutten av -70-årene og 80-årene frem til de nye styrings- og ledelsesprinsippene preget av «radikal rasjonalisme» og NPM-ideologi på slutten av 80-tallet. I Østfold var beslutningen om å bygge det nye sykehuset på Kalnes i 2006 den viktigste premiss for den analysen vi har foretatt i dette kapittelet (Ramsdal & Skorstad, 2004).

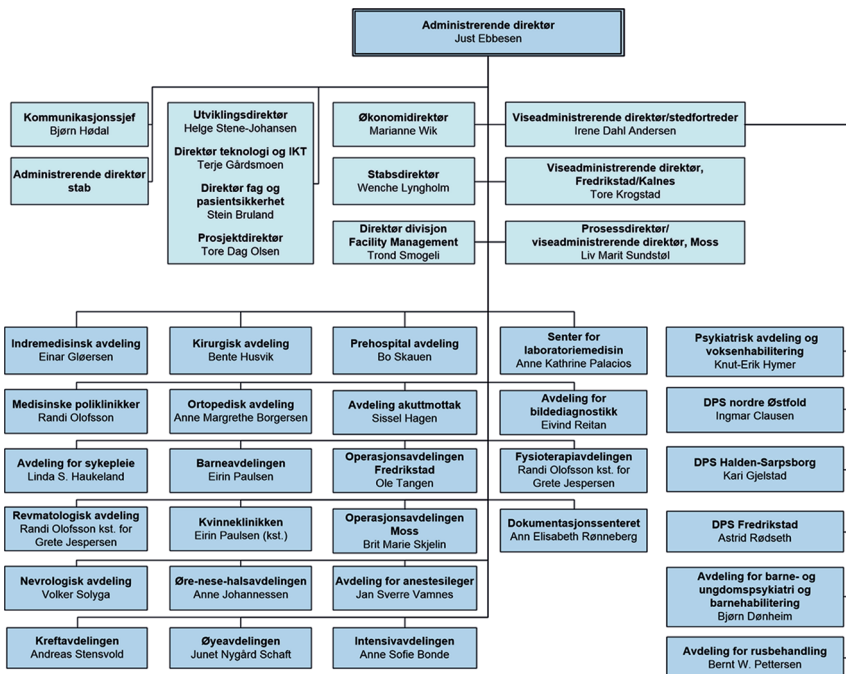
Også ved Sykehuset Østfold har man hatt en utvikling i ledelsesstruktur fra den «profesjonsbyråkratiske» til den divisjonaliserte modellen – med modifikasjoner. Som vist ble det allerede i 1987 vedtatt en konsernmodell for de da fylkeskommunalt eide spesialisttjenestene i fylket – selv om det i praksis tok flere tiår før en divisjonalisert ledelsesmodell basert på funksjonelle prinsipper ble iverksatt. Mens styrings- og ledelsesstruktur (ofte betegnet som «overordnet styringsmodell») var omsluttet av sterke og politisk kontroversielle debatter om sykehusstruktur og fordelingen av helsetjenester i fylket, ble de prosessene som vi her studerer, preget av å være «avpolitiserte» reorganiseringer som i all hovedsak ble gjenstand for interne beslutningsprosesser i sykehuset. Dette skjedde gjennom omorganiseringer av styringsstrukturen i to faser: I løpet av arbeidet med planlegging av det nye sykehuset på Kalnes, valgte administrerende direktør å avvikle klinikk-nivået (divisjonsledelsen), og i stedet ble det overordnede styringsnivået under administrerende direktør *avdelingslederne* – med ca. 30 ledere (og en stab knyttet til administrerende direktør). Dette skjedde i november 2009. Denne organiseringen betegner vi som «falt struktur». Etter at det nye sykehuset ble åpnet i 2015, gjeninnførte en ny divisjonsledelsesstruktur i 2016, med klinikkjefer og tre avdelingsledere – det vi betegner som en «hybridmodell», men med en grunnmodell som representerte en modifisert utgave av den «gamle» klinikkstrukturen. Derved reetablerte en den grunnleggende strukturen som en hadde hatt før endringsprosessene knyttet til organisering av det nye sykehuset ble igangsatt, men med endringer i klinikkstrukturen, og som sagt med noen modifikasjoner i forhold til klinikkjef-prinsippet i overordnet ledergruppe. Vi betegner derfor strukturen som en «hybridmodell» for overordnet ledelse. Vi skal her ta for oss bakgrunnen for disse beslutningene.

12.5 Fra klinikkjefstruktur til «flat struktur»

Utgangspunktet var at det ved reorganiseringen av ledelsesstrukturen ved omorganiseringen til funksjonsbasert konsern i 1997 etablerte en struktur med seks til syv divisjonsledere – mye i tråd med de prinsipper for styringsstruktur som var gjeldende ved sykehusene i landet etter

sykehusreformen i 2001. I 2012 ble denne strukturen fjernet, gjennom en rask, hierarkisk beslutning der adm.dir. var sentral. Det ble nå etablert en direkte linje mellom nærmere 30 avdelingsledere og adm.dir. – det som er betegnet som «ledergruppen». Samtidig fikk divisjonslederne/klinikksefene enten nye stabsdirektørstillinger, avdelingslederstillinger eller gikk over i andre faglige stillinger. Etter denne radikale endringen ble det så foretatt justeringer og endringer – særlig knyttet til organisering av stabsfunksjonene ved sykehuset. Divisjonsdirektøren for psykisk helsevern og rusbehandling ble beholdt (og fungerte som viseadministrerende direktør/stedfortreder), og hadde også seks avdelingsledere under seg. Det ble etter hvert også utnevnt egen viseadministrerende direktør med ansvar for Moss Sykehus – der elektiv behandling/dagkirurgi utgjør hovedoppgavene. Etter at adm.dir. fratradte sin stilling i april 2018, ble viseadm. direktør konstituert i stillingen.

Den organisasjonsmodellen som var gjeldende de siste årene før det nye sykehuset sto ferdig, og i et par år etter at det var åpnet i 2015, så slik ut:



Figur 2. Overordnet styringsmodell for Sykehuset Østfold HF pr. november 2015 (ved åpningen av de nye sykehuset). Kilde: Sykehuset Østfold HF 2015.

Vår studie dreier seg blant annet om de endringsprosessene i overordnet lederstruktur som skjedde mellom de to fasene med intervjuer. I forhold til valget av en «flat struktur» i 2012 var det relativt samstemte oppfatninger om hvorfor denne – sjeldne – strukturen ble valgt. I intervjuene var det en gjennomgående oppfatning at begrunnelsen var at direktør da fikk direkte tilgang til avdelingsledersjiktet, og at klinikksefenes potensielle siling av informasjon fra direktør ikke ville skje. Denne løsningen var på det tidspunkt endringen skjedde – etter det vi vet – kun etablert på ett annet sykehus i Norge (Haukeland HF), og var ment å skulle skreddersy ledelsesstrukturen til de oppgaver og utfordringer som planleggingen og implementeringen av nytt sykehus innebar.

Som det fremgår av organisasjonskartet var en rekke funksjoner organisert som stabstillinger under adm.direktør. Dette gjaldt dels funksjoner som er vanlige å organisere i stab, dels funksjoner som var knyttet til de oppgavene som lå til utviklingen av det nye sykehuset. Det siste gjaldt for eksempel prosjektdirektør og utviklingsdirektør. I tillegg var det organisert en direktørstilling som en delt stilling med ansvar som prosessdirektør/viseadm.direktør Moss. På samme måte ble det etablert en stilling som direktør for Fredrikstad/Kalnes. Det ble også opprettet en stilling som viseadministrerende direktør/stedfortreder for adm.dir., samt direktører for «Facility management», teknologi og IKT. Denne stabstrukturen innebar en relativt tung tilvekst på direktørsiden.

Hvorfor ble «flat struktur» valgt?

De intervjuede oppfattet at endringene som skjedde i toppledelsen gjennom avviklingen av divisjons-/klinikkstrukturen i 2012 hadde sin bakgrunn i et ønske fra direktørens side om å få bedre kontroll – på to nivåer: for det første med den daglige driften og for det andre tilretteleggingen av organiseringen av det nye sykehuset. Endringen av lederstruktur fra den opprinnelige med 7 (divisjons-)direktører/klinikksefer til den «flate» strukturen med ca. 30 avdelingsledere (beskrevet som at direktørsjiktet ble «tatt bort») skjedde i løpet av en uke i 2012 og fremstår som et illustrerende – og sjeldent – eksempel på et kongeslag – et «King's Hit» (Clegg & Walsh 2004) – i omorganisering av offentlig virksomhet. Det ble påpekt

at det var en «veldig kort prosess» da endringen skjedde: Beslutningen om å velge denne løsningen ble i intervjuene beskrevet som tatt på en fredag, de tillitsvalgte og hovedverneombud ble da straks informert, og på mandag ble klinikksjefene innkalt til omstillingssamtale. På onsdag skulle de så si om de tok imot tilbudet, og torsdag var det gjennomført. Dette ble i intervjuene betegnet som en «*typisk top-down lederprosess*», hvor beslutningen fremsto nærmest som et «smell».

Denne prosessen dreide seg om to problemstillinger: først å få aksept fra klinikksjefene om at de skulle «avsettes» og få nye funksjoner. Dette skjedde ved at direktørene ble omplassert (stor sett) som stabsledere, noen få gikk tilbake til klinisk arbeid, mens noen fikk stabsstillinger knyttet til prosjektorganisasjonen for planleggingen av det nye sykehuset. Dernest å få avdelingslederne til å akseptere at de nå ville bli del av det øverste styringsnivået i sykehusorganisasjonen. Her dreide det seg om å få avdelingslederne til å forstå og akseptere sin nye rolle som medlemmer av sykehusledermøtet (SLM).

Overgangen fra klinikksjefsmodellen til den «flate» avdelingsledermødelen ble gitt relativt entydige begrunnelser fra ledernes side: Den første var knyttet til ledelse av den daglige driften av sykehuset, den andre var spesifikt om hvordan en måtte tilpasse ledelsesstrukturen til den særegne situasjonen som planlegging og implementering av det nye sykehuset representerte. For begge disse begrunnelsene var den underliggende forklaringen den samme: Det ble pekt på at for dette nivået innebar klinikkstrukturen for mange interessekonflikter i fordeling av ressurser – både i forhold til den daglige driften og i forhold til planlegging av organisering og ressursfordeling i det nye sykehuset. Etter å ha prøvd ut en «team-organisering» av den øverste ledergruppen (klinikksjefene) erfarte adm.dir. at denne gruppen ikke fungerte optimalt i forhold til de oppgavene en stod overfor: først på grunn av utfordringene med samordning av virksomheten som er antydnet foran, men også fordi en mente direktørene hadde en tendens til å filtrere informasjon ut fra interesser knyttet til egen virksomhet. En annen begrunnelse var kapasiteten til klinikksjefnivået til å håndtere den store informasjonsmengden som ble produsert gjennom dobbeltarbeidet med daglig drift samtidig med et utall spørsmål som måtte avklares i planleggingen av det nye sykehuset. Dette ble ansett

som et særlig stort problem ettersom det var et kontinuerlig behov for at informasjon og strategier for planleggingen av det nye sykehuset ble tuffet i en helhetlig, overordnet plan, og at forståelsen av denne planen (og de mange justeringer som nødvendigvis måtte skje på detaljnivå) ble mest mulig enhetlig. Dette innebar at adm.dir besluttet å avvikle hele toppledergruppen. Sammen med medlemmer av adm.dir.'s stab som deltok på møtene utgjorde sykehusets ledergruppe til sammen opp til 50 personer.

Gjennom denne omorganiseringen fikk adm.dir. direkte kommunikasjon til avdelingsledersjiktet, og klinikksjefenes potensielle siling av informasjon fra adm.direktør ville da ikke kunne skje. Denne løsningen var primært ment å skulle skreddersy ledelsesstrukturen til de oppgaver og utfordringer som planleggingen og implementeringen av nytt sykehus innebar.

Sett i relasjon til de begrunnelsene som generelt gis for å organisere større virksomheter som «divisjoner i konsern» – som er å anse som relativt autonome resultatenheter innenfor en strategisk ramme – var dette en løsning i en situasjon der det var helhetlig planlegging og samordning av ressurser som sto i fokus når de overordnete spørsmål om det nye sykehuset skulle avklares. Omorganiseringen innebar at adm.dir og avdelingsnivået kom nærmere hverandre, men en implikasjon var også at seksjonslederne fikk kortere vei til de beslutninger som ble fattet på sykehusnivå.

Ledernes erfaringer med «flat struktur»

I intervjuene vi har gjort, uttrykkes det generelt stor forståelse for de endringene som ble foretatt (det må bemerkes at de fleste tidligere klinikksjefene også ble intervjuet). I intervjuene var det et gjennomgående synspunkt at klinikksjefledelsen ikke var tilpasset den særegne situasjonen der «full drift» av sykehuset skjedde samtidig og parallelt med planleggingen av det nye. Begge oppgavene her var komplekse og utfordrende, ikke minst fordi en valgte i planleggingen av det nye sykehuset å basere seg primært på interne krefter. Da adm.dir. begynte i stillingen, var noe av det første han gjorde å si opp avtaler med en rekke eksterne konsulenter, opprette stabsavdelinger hovedsakelig med internt rekrutterte

ansatte, og etablere en OU-enhet som koordinerte planleggingen med det nye sykehuset. Ifølge intervjuene ble også ca. 1500 ansatte trukket inn i planleggingen gjennom en rekke prosjektgrupper. Som vi skal ta opp i neste kapittel, ble «konseptualiseringen» av sykehuset også forankret i teoretiske modeller som dreide seg om ulike prinsipper for organisering av pasientforløp.

I første runde med intervjuer, før flyttingen var et faktum, var overgangen fra klinikkstruktur til den «flate» avdelingslederstrukturen særlig satt i fokus. Det er verdt å merke seg at flere av dem som i den nye strukturen fikk stillinger som viseadm.direktør eller stabssjefsstillinger, ble tildelt mange ulike ansvarsområder, med stort oppgavespenn. For eksempel ble det tilsatt en viseadministrerende direktør som fikk et særlig ansvar for drift og planlegging av det nye Moss sykehus – i tillegg til at hun var prosessdirektør/leder for kvalitetsavdelingen. Viseadm.direktør og stedfortreder for adm.dir. var tidligere klinikk-sjef for psykisk helsevern og rusbehandling. Begge disse lederne fikk i tillegg ansvar for viktige prosesser knyttet til planlegging og gjennomføring av flytteprosessene for det nye sykehuset – henholdsvis for rus- og psykiske helsetjenester som flyttet et år før somatikken, og de somatiske helsetjenestene. I intervjuene fremgår det at det hadde vist seg at de utfordringene en hadde i Moss, krevde ekstra lederoppmerksomhet, mens det i rus- og psykiatritjenestene allerede var foretatt relativt store omorganiseringer mellom ulike tjenester og at en derfor mente at det var nødvendig med egen oppmerksomhet om utviklingen på dette feltet. Sammen med en utvidelse av staben i 2014 innebar dette at det var en relativt tung overordnet organisering «over» det sykehusledermøtet som avdelingslederne utgjorde etter 2012, men da i stabsfunksjoner under adm.dir.

I intervjuene gis det uttrykk for at en generelt mente adm.dir. oppfattet klinikk-sjefsstrukturen som dysfunksjonell i forhold til de utfordringene sykehuset sto overfor. Et gjennomgående trekk ved formuleringene i intervjuene når den nye strukturen (og detaljeringen av den inkludert stabsorganiseringen) ble tatt opp, var at «*adm.dir. valgte den løsningen*» – og en tydelig oppfatning om at det var en top-down-prosess det dreide seg om. En av informantene beskrev dette på en måte som er illustrerende: «*Det kom jo veldig overraskende, men som forventet i en stor bedrift*

med moderne ledelse, så kommer jo ting ofte veldig overraskende». Dette ble også knyttet til en oppfatning om at adm.dir i sykehus har fått en endret, sterkere styringsrolle de senere år. Dette ble formulert slik: «... sykehus er en hierarkisk organisasjon, og maktmyndigheten som ligger hos adm.dir er blitt tydelig i hele foretaksgruppen – ikke bare i vårt sykehus ... det har skjedd et skifte de siste årene der det er blitt mye tydeligere at det er mer makt og myndighet, og forventninger på leveranser, for direktørene ...». Dette blir i sin tur sett i sammenheng med at detaljstyring fra helsemyndighetene økte, særlig med oppfølging av tidsbrudd og ventetider. For sykehuset ble det da ansett som nødvendig å øke staben for å kunne «ta unna» disse kravene – og det ble etablert et foretakssekretariat og ansatt kontrollere for å ivareta slike krav. Dette kan ses i sammenheng med vedtaket i Helse Sør-Øst om innføring av «god virksomhetsstyring», «corporate governance», som et supplerende styringsprinsipp til den mål- og rammestyring som sykehusreformens opprinnelige styringsregime innebar (Helse Sør-Øst, 2010).

Etablering av sykehusledermøtet med «flat struktur» kan også ses i sammenheng med flere hensyn, der behovet for detaljstyring i forhold til driften av avdelingene var et. Men samtidig ble det i intervjuene gitt en samstemt begrunnelse for denne lederstrukturen at det, særlig i forbindelse med planleggingen av det nye sykehuset kombinert med de mer ordinære driftsspørsmål (ut over behov for styringsdata til overordnet helsemyndighet), var behov for direkte kommunikasjon med de som satt nærmere det operative nivået i organisasjonen. Arbeidsformen var preget av dette, og adm.dir.'s ledelsesform innebar for det første at sykehusledermøtene ble benyttet primært som informasjon fra direktør til avdelingslederne – både i forhold til drift og planlegging av det nye sykehuset, og for det andre ved at han var generelt tilgjengelig for enkelthenvendelser fra avdelingsledere i forhold til konkrete saker/spørsmål som angikk avdelingsspesifikke spørsmål.

Hvordan fungerte så denne strukturen?

Avdelingslederne ga uttrykk for at det var klare fordeler med direkte kopling til adm.dir gjennom de to kanalene som er skissert ovenfor: Det

blir uttrykt at det «glavalaget» som klinikklederstrukturen innebar da ble borte, siling av informasjon var ikke lenger mulig, og avdelingslederne oppfattet seg som mer direkte informert om bakgrunnen for de beslutningene som ble gjort. Det hersket likevel usikkerhet om når en kunne henvende seg til adm.dir. om løpende, vanskelige saker som angikk den enkelte avdeling: når var en sak «stor nok» til at en burde gå direkte til direktør? Var det ulike terskler for henvendelse blant avdelingslederne? Det ble fra adm.dir. på den annen side gitt klart uttrykk for at «døren sto åpen», i saker som ble fremlagt. En generell oppfatning blant avdelingslederne var at det var en fordel å kunne formidle sakskomplekset selv, heller enn å måtte gå via klinikksjefene. Flere uttrykte at de erfarte at de «oversettelsene» av saker som skjedde fra klinikksjefenes side ikke ble gjenkjennelige når de ble tatt opp med direktøren på denne indirekte måten. Flere av de intervjuede fremhevet at denne direkte saksgangen innebar raske og bestemte beslutninger der tilsvarende saker tidligere tok lang tid, og der en som nevnt av og til tvilte på om saken var blitt korrekt fremstilt.

Likevel var det klare synspunkter på at sykehusledermøtet i flat struktur ikke var en bærekraftig løsning på ledelsesstrukturen på lengre sikt. Det var vanskelig å få til en god diskusjon i møtene, og det ble av samtlige intervjuede pekt på at innholdet i møtene i stor grad var preget av å være informasjonsmøter, fra adm.dir. og stabsdirektører til avdelingslederne: *«det er klart at det er en altfor stor gruppe ...»*. Diskusjoner var tilsvarende vanskelig å få til: *«... det er litt for tyst de møtene ...»* Derfor var det mange som mente at sakene var avgjort på forhånd, og at ledermøtet kun fungerte som en arena for å stadfeste disse beslutningene, og ikke var et reelt beslutningsforum.

Det som også ble nevnt var at det var en grunnleggende svakhet med «flat struktur» – at det var utfordringer med å samordne mellom avdelingene for å skape et «helhetlig» strategi: I en sammenlikning med den gamle klinikkstrukturen heter det: *«Jeg ser at i de gamle divisjonene var det mye byråkrati, og tungvinthet, også kamper mellom divisjonene, men jeg mener at ... nåværende struktur har litt for mye skott mellom seg»* (IP1–3).

Sett i relasjon til de begrunnelsene som generelt gis for å organisere større virksomheter som «divisjoner i konsern» – som er å anse som

relativt autonome resultatenheter innenfor en relativt løs ramme – kan organiseringen av sykehusledelsen som en «flat struktur» forstås som en løsning i en situasjon der det var helhetlig planlegging og samordning av ressurser som sto i fokus når de overordnede spørsmål om det nye sykehuset skulle avklares. Den innebar også at adm.dir. måtte være tilgjengelig for avdelingslederne. Her ble det pekt på at det var behov for høy grad av tilgjengelighet, i prinsippet i forhold til ethvert spørsmål enten det dreide seg om daglig drift eller planleggingen av det nye sykehuset. Adm. dir. betegnet dette som «situasjonsbasert ledelse, løsningsbasert ledelse» hvor han skulle fungere *«mere som coach, og de (avdelingslederne) har vide fullmakter også»*.

Denne lederstilen var utvilsomt arbeidskrevende, og også utfordrende fordi adm.dir. måtte ha stor kapasitet for å kunne være tilgjengelig og forholde seg til de mange henvendelsene som kom utenfor ledermøtene – i det løpende arbeidet. I intervjuene blir det uttrykt at en var imponert over at dette kunne gå så bra, og at saker så ofte fikk en rask og adekvat løsning.

Omorganiseringen til «flat struktur» innebar at adm.dir. og avdelingsnivået kom nærmere hverandre, men en implikasjon var også at seksjonslederne fikk kortere vei til de beslutninger som ble tatt på sykehusnivå. Dette ble hevdet å skape oppslutning for de strategier og arbeidsoppgaver som de skulle ta del i.

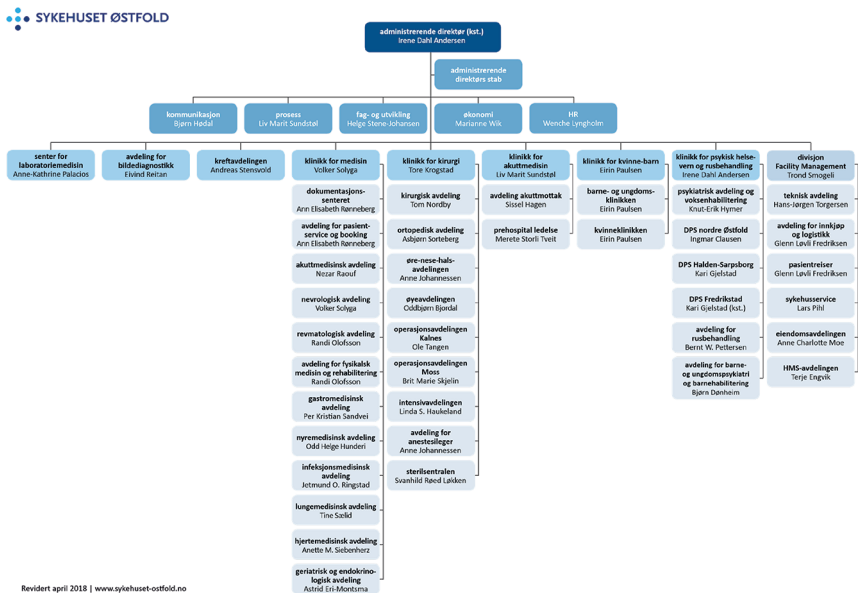
I intervjuene vi har gjort, uttrykkes det generelt forståelse for at endringene ble foretatt. Men samtidig ble det oppfattet som at denne strukturen var midlertidig, og at det dreide seg om å kombinere drifts- og planleggingsoppgaver på en mest mulig effektiv måte i en overgangsfase. Samtidig innebar disse endringene høyere status for avdelingslederne, og at de fikk en delaktighet i de prosessene som det nye sykehuset innebar.

12.6 Fra «flat struktur» til klinikkstruktur med modifikasjoner – «hybridmodell»

Etter at det nye sykehuset ble åpnet i 2015, gjeninnførte en ny divisjonsledelsesstruktur våren 2016, med fem klinikkjefer og tre avdelingsledere – en såkalt «hybridmodell». Derved reetablerte en i prinsippet den

grunnleggende strukturen en hadde hatt før endringsprosessene, men med endringer i klinikkstrukturen og med noen viktige modifikasjoner i forhold til klinikk-sjef-prinsippet i overordnet ledergruppe. Den ledelsesstrukturen som ble valgt, innebar at det ble etablert en sykehusledergruppe med ledere for de «kliniske» avdelingene (medisin, kirurgi, akuttmedisin, klinikk for kvinne/barn og psykisk helsevern og rusbehandling). Sistnevnte klinikk-sjef var den eneste som hadde sitt ansvarsområde også i den tidligere ledergruppen, samtidig som hun også fortsatte som viseadministrerende direktør. Generelt innebar dette en tilbakevending til fire ledernivåer: adm.dir., klinikk-sjef, avdelingsleder og seksjonsleder. Men ledergruppen ble som nevnt også supplert med tre avdelingsledere, fra henholdsvis kreftavdelingen, bildiagnostikk og laboratorieavd. Ledergruppen besto av åtte personer. Dette innebar at lederstrukturen ikke fulgte den tidligere klinikk-sjefstrukturen fullt ut, men at det ble valgt det som ble betegnet som en «hybridmodell».

Etter at den nye ledelsesstrukturen ble etablert i 2016, så sykehusets overordnede styringsmodell slik ut:



Figur 3. Overordnet styringsmodell for Sykehuset Østfold HF pr. 2018. Kilde: Sykehuset Østfold HF 2018.

I den nye strukturen ble det opprettet en overordnet ledergruppe på ni (ti) medlemmer. Ved siden av adm.dir. besto ledergruppen nå av fem kliniske klinikkdirektører supplert med en administrativ divisjonsdirektør. Men i tillegg ble avdelingslederne for kreftavdelingen og for avdelingen for laboratoriemedisin og bildediagnostikk tatt inn i den overordnede ledergruppen. Det ble nå totalt 36, hvorav 31 kliniske, avdelinger (Sykehuset Østfold, 2015).

Hvordan skjedde overgangen til «hybrid-modell»?

I kontrast til overgangen til «flat struktur» var forslaget til ny lederstruktur en (noe) mindre hierarkisk og rask beslutning. «... *når vi gikk tilbake igjen, den (prosessen HR) brukte vi god tid på. Vi satte oss ned, hadde samling med stab og ledere, hvordan ønsker vi å ha det*». Et forslag var å etablere en matrisestruktur, der deler av de «gamle» klinikkene ble spredt ut fra en pasientforløps-tenkning: «Men vi gikk bort fra det, fant ut at det ville være så vanskelig å administrere ... på tvers, så vi gikk tilbake til de store klinikkene for kirurgi, medisin, akutt og kvinne/barn». Spørsmålet om en endring i ledergruppen ble diskutert i stabsledelsen og tillitsvalgte, men (slik vi tolker data) ikke i sykehusledelsen (med avdelingslederne). Flere hevder at det ble et påtrykk fra Helse Sør-Øst og foretaksstyret om å foreta endringer i ledergruppen. At en burde gå vekk fra «flat struktur» var derfor klart, mens den konkrete organiseringen av ledergruppen var mer åpen. Avgjørelsen om sammensetningen av ledergruppen synes likevel i stor grad å være adm.dir.'s verk. Selv om det var et ytre påtrykk fra overordnede instanser, var likevel denne sammensetningen knyttet til hans egne behov for å komponere en ledergruppe som han mente var optimal – ut fra flere ulike hensyn.

Hvorfor kom omorganiseringen til «hybridmodell»?

Overgangen fra klinikkstruktur til «flat struktur» i 2009 bar preg av å være en enpersons-strategi fra adm.dir.'s side. Til tross for at omorganiseringen skjedde raskt og «brutalt» (som en av klinikkjefene betegnet det), hadde endringene stor grad av legitimitet, slik intervjudata viser, men også ved at tillitsvalgte sluttet opp om prosessen. Fra flere ble det pekt

på at denne lederstilen var i samsvar med ideer fra privat næringsliv og moderne konsernledelse – og at dette var innenfor rammen av den økte autonomi til å organisere som lå i dagens styringsfilosofi. Endringene vi har fokusert på, må også ses i sammenheng med beslutninger om å rekruttere til nye stabsavdelinger, og at en valgte å mobilisere bredt i organisasjonen blant ansatte som deltok i planleggingsprosessen for det nye sykehuset – med minimal bruk av eksterne konsulenter. Alle disse beslutningene var foretatt med adm.dir. som initiativtaker og pådriver – og med raske beslutninger også på de øvrige feltene som skulle bygge opp om strategien for å sikre forsvarlig drift av «det gamle» sykehuset parallelt med at en planla «det nye». En viktig premiss var – som både adm.dir. og de øvrige intervjuede påpekte – at den nye lederstrukturen var situasjonsbestemt og midlertidig. Begrunnelsen for denne løsningen ble generelt akseptert, og var tuftet på at det var behov for nærhet til de operative nivåene i organisasjonen. Generelt er data entydige på at det var høy grad av legitimitet da omorganiseringen skjedde.

Likevel var det mange som mente at den flate strukturen hadde flere svakheter, som særlig ville bli åpenbare når planleggings- og utprøvningsfasen i det nye sykehuset skulle erstattes av driftsfasen. Det var en oppfatning at strukturen innebar at toppledergruppen ikke var et beslutningsforum, men snarere ivaretok en hierarkisk informasjonsform fra direktør til avdelingslederne. Det var også en oppfatning om at denne ledergruppen etter hvert ble ansett som for stor og uhensiktsmessig. Et annet poeng er at det for noen ble påpekt at samordningen mellom mer enn 30 avdelingsledere var vanskelig, og at det i driftsfasen særlig var fare for revirtenkning – og etter hvert som økonomien ble presset til det ytterste, at det var behov for sterkere samordning ut over det adm.dir. kunne håndtere i direkte kontakter med de enkelte avdelingslederne. Dette var utgangspunkt for de endringene som skjedde i sykehusledelsen i løpet av 2016. En valgte da en delvis tilbakeføring til klinikkstruktur, men med noen viktige modifikasjoner.

Hvorfor den nye toppledelsen fikk den sammensetningen som ble vedtatt, er det gitt flere ulike forklaringer på i intervjuene. Det er imidlertid samstemthet om at en tilbakeføring til en ledelsesmodell som ville avlaste direktøren, var en hovedbegrunnelse. Etter at det nye sykehuset var kommet i drift, ble behovet for å informere om det konglomeratet av

aktiviteter som planlegging og flytting innebar, sterkt redusert. Samtidig ble det behov for sterkere styring av økonomien ved de ulike avdelingene, ettersom det raskt viste seg at en opplevde et økonomisk press både pga. finansieringen av det nye sykehuset, et press på sengeplasser som førte til korridorpasienter, og et påfølgende behov for å rekruttere vikarer. Det var derfor ikke en «rolig» driftsfase der en kunne konsolidere faglige og teknologiske løsninger som fulgte etter innflytting, snarere et økende press fra helsemyndighetene, opinionen og de ansatte om at en måtte ha sterkere «hands-on»-styring i forhold til de utfordringene det nye sykehuset sto overfor med både kapasitetsproblemene og økonomien. Dette mente en kunne oppnås gjennom klinikkstrukturen.

Begrunnelsene for at toppledelsen ikke bare besto av klinikkjefer, men også av tre avdelingsledere, var imidlertid knyttet til spesifikke kjennetegn ved de tre avdelingene. Grunnene til disse ganske markante avvikene fra den tradisjonelle klinikkstrukturen ble oppgitt å være at de tre avdelingene var vanskelige å plassere i noen av de fagområdene som ble dekket av de tre klinikkene, og ikke hørte naturlig hjemme hos en bestemt av dem. Det var også andre argumenter som ble trukket frem: For å ta kref-tavdelingssjefen inn i ledergruppen, var begrunnelsen dels at kreftbehandling var et satsingsområde – både i helseforetaket og nasjonalt, og at en hadde rekruttert en sterk fagperson som burde gis muligheter til å påvirke strategiene for utvikling av dette fagområdet. For laboratorievirksomheten og bildediagnostikk var begrunnelsen blant annet at de enhetene som leverte tjenester, var spredt over hele opptaksområdet, og hadde en kompleks struktur, samtidig som fagområdene var i dynamisk utvikling. Et annet argument som ble nevnt, var at legene fikk større representasjon i ledergruppen enn dersom en kun holdt seg til klinikkene, der sjefene for kirurgi, psykisk helsevern og rusbehandling og akuttklinikken samtlige var sykepleiere. To av de tre som supplerte klinikkjefene, var leger.

Hvordan ble «hybrid-modellen» oppfattet av lederne?

Som nevnt var oppfatningen om at den flate lederstrukturen var midlertidig og situasjonsbestemt, relativt allment akseptert blant lederne vi

intervjuet. Det var imidlertid ikke alle som delte oppfatningen om at en etter at «driftsfasen» var kommet, skulle forlate den flate strukturen. Av intervjuene fremgår det at flere avdelingsledere mente dette var et tap – i og med at den flate strukturen hadde hevet status for avdelingsledergruppen, og som noen sa: hadde gjort at avdelingslederne fikk en klarere rolle i forhold til ledelse i egen avdeling. Det ble også hevdet at i den flate strukturen ble avdelingslederne «privilegerte».

Men flere uttrykte at den flate strukturen var både en fordel og ulempe, og at en opplevde ambivalens til rollen som avdelingsleder. Den sterkere stillingen som avdelingssjefene opplevde i flat struktur, innebar også at «trykket» for å vise resultater ble langt større. Dette, ble det sagt, var på godt og vondt: *«På godt fordi du fikk muligheten til direkte kontakt med adm.dir., og sånn sett lettere også å nå gjennom med argumentasjon om tingenes tilstand. Men andre veien også at du blir mye mer direkte ansvarliggjort, for dette må faktisk du løse»*. Det het også at de lederkontraktene som avdelingslederne nå inngikk, hadde klarere formulerte resultatmål enn tidligere.

Når det gjaldt grunnene til at ledergruppens hybridmodell ble valgt, het det fra flere at de mente det hadde med problemer med å innpasse den faglige virksomheten i en del avdelinger til klinikkstrukturen på. Fra de som utgjorde ledergruppen, ble det gitt klart uttrykk for at arbeidsformen hadde endret seg radikalt fra den «flate strukturen». Innenfor rammen av den nye ledermodellen var den hierarkiske informasjonsstrømmen i stor grad erstattet av dialog, og strategiske diskusjoner ble betegnet som gode og konstruktive i den overordnede ledergruppen. Det er verdt å merke seg at de argumentene som ble benyttet mot klinikk-sjefstrukturen tidligere – revirtenkning og vanskelige samordningsprosesser – ikke er nevnt i intervjuene fra dem som deltok i den nye ledergruppen. På spørsmål om det har skjedd noe med innholdet i diskusjonene, knyttet til for eksempel strategiske spørsmål, budsjett og styring, ble det sagt at for eksempel budsjettprosessen ble bedre med en mindre ledergruppe. Men igjen påpekes det at det er fordeler og ulemper med de ulike modellene: *«Det er plus og minus med det meste, for alle avdelingene har nå fått et sparekrav på så og så mye innsparing og så og så mye inntektsbringende aktivitetsøkning. Og så kan du si at på en klinikk er det veldig greit som krav, men når dette*

kravet kommer en-til-en til avdelingene, så har man der ikke noe fleksibilitet å utlikne på». Dette kan tolkes slik at det er en større utfordring å skulle klare nedskjæringer i budsjettene/større aktivitet dersom en får krav om dette i hver enkelt avdeling, mens klinikkstrukturen gir større fleksibilitet i å finne løsninger der særtrekk ved den enkelte avdeling kan tas større hensyn til. Den generelle holdningen blant de intervjuede var at den hybridmodellen som ble valgt, fungerte godt, og at ivaretagelse av strategiske diskusjoner og åpne dialoger kjennetegnet arbeidsformen.

12.7 Drøfting

De to fasene vi fokuserer på her, er uttrykk for en aktiv, hierarkisk beslutningsprosess, der administrerende direktør har vært sentral i omorganiseringene som skjedde. I tråd med contingency theory kan omorganiseringene forstås som «svar» på ulike krav til organisering og ledelse i ulike faser knyttet til etableringen av det nye sykehuset. Et påfallende trekk er at endringene skjedde raskt og bestemt – særlig i forbindelse med vedtaket om «flat struktur» med klare likhetspunkter med måten en tenker seg at slike omorganiseringer kan foregå i privat næringsliv – men med få eksempler på tilsvarende beslutningsprosesser i offentlig sektor. Vi har i vår studie først og fremst vært opptatt av hvordan og hvorfor disse endringene kan forklares, og om hvordan de vi intervjuet, erfarte disse endringsprosessene.

Det mest slående trekket ved de endringsprosessene vi har studert, er at en hierarkisk beslutningsform dominerte. Å skulle endre den overordnede ledelsesmodellen på denne måten er utvilsomt en balansegang mellom effektivitet og legitimitet i overordnet ledelse. Situasjonen for helseforetaket i denne perioden endringsprosessene som vi har studert omfatter, var sterkt preget av de utfordringene det var å skulle opprettholde full drift på den ene siden, og å planlegge, bygge og åpne det nye sykehuset på den annen side. Sykehusledelsen – og de ansatte for øvrig – kunne ikke «ta en pause» i driften av sykehuset mens en tilrettela for det nye. I forhold til driften av sykehuset må det også påpekes at de resultatkrav som ble stilt gjennom det mål- og rammestyringssystemet som var etablert særlig i tiden etter sykehusreformen i 2002, ble ytterligere

fokusert gjennom innføring av «virksomhetsstyring» – det som internasjonalt betegnes som «corporate governance» – i 2010. Det er liten tvil om at dette innebar at kontroll med at resultatkrav ble innfridd, at budsjetter ble overholdt, og at det personlige ledelsesansvaret ble skjerpet. Det innebar også at nye stabsfunksjoner ved sykehuset måtte etableres for at sykehuset skulle ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne «svare på» de krav dette nye styringsregimet fra de regionale helseforetakene innebar.

Innenfor disse rammene hadde, slik vi ser det, den fleksible, situasjonsbestemte lederstilen som preget sykehusets overordnede ledelse, avgjørende innflytelse på de måtene en valgte å forholde seg til de komplekse oppgavene drift og nytt sykehus innebar. Det var ulike oppfatninger om disse endringene, særlig at organiseringen av ledergruppen ved sykehuset som «flat struktur» ikke var bærekraftig i et langsiktig perspektiv. Det er likevel påfallende at det blant lederne vi intervjuet, var relativt stor grad av legitimitet i de løsninger som ble valgt – og at dette særlig var knyttet til at en gjennom en definisjon av de oppgaver og den «situasjon» sykehuset sto overfor i den tiden vi studerte, hadde lyktes i å bygge det nye sykehuset med alle de utfordringene dette arbeidet innebar.

Det er likevel rimelig å peke på at de ansattes innflytelse på disse – og andre – prosesser i styring og ledelse av sykehuset stadig vekk ble problematisert. Dette var særlig knyttet til legenes posisjon i ledelsesstrukturen. I den perioden vi studerte, var legene ikke representert i foretaksstyret. I klinikksjefledelsen som gjaldt før omorganiseringen til «flat struktur» var også flertallet av klinikksjefer sykepleiere. Da en omorganiserte «tilbake» til klinikkledelse – pluss noen «ekstra» – var dette uttrykk for en pragmatisme i perspektiver på ledelse, og de som ble trukket inn i ledergruppen, var håndplukket av adm.dir. Her var to av de tre leger. Derved innebar også «hybridmodellen» en mer kompleks ledergruppe enn tidligere, med et sterkere fokus på strategisk lederkompetanse.

KAPITTEL 13

«Verdi-baserte» innovasjoner i sykehus – mellom konseptualisering og implementering

Helge Ramsdal og Catharina Bjørkquist

13.1 Bakgrunn

Det nye sykehuset som ble åpnet i november 2015, var som nevnt tidligere preget av ambisiøse løsninger både med hensyn til arkitektoniske, helsefaglige og teknologiske forhold. I planleggingen av det nye sykehuset ble det lagt vekt på at sykehuset skulle være forankret i et konseptuelt design som kunne legge premisser for organisering av arbeidet i de ulike avdelingene på sykehuset. I oktober 2015 ble styret orientert om at dette designet skulle forankres i slagordet «pasienten først», og i et «verdi»-perspektiv. I styrevedtaket het det at dette perspektivet var tuftet på et normativt-teoretisk driftskonsept basert på Stabell og Fjeldstad (1998). Det fremgår at sykehuset skulle organiseres i tråd med «verdikjede»-, «verdiverksted»- og «verdinettverks»-modeller (Sykehuset Østfold HF 2017, Sak 66/15 driftskonseptet i nytt østfoldsykehus, Styremøte 12.10.15). Utgangspunktet for organiseringen av tjenestene i sykehuset var derved eksplisitt basert på teoretiske konsepter som representerte en ambisjon om å skape «*det mest avanserte sykehuset i Skandinavia*».

Konseptualiseringen av det nye Østfold-sykehuset er, så langt vi har kunnet registrere, første gang de tre konfigurasjonene som er basert på Stabell og Fjeldstads «verdiperspektiv», eksplisitt blir lagt til grunn for organisering av driften i sykehus. At dette fremstår som en «innovasjon», slik for eksempel den Schumpeter-inspirerte forskningen definerer det, er derfor rimelig (Schumpeter, 1939). Men hva slags innovasjon er dette? Og på hvilken måte er disse konfigurasjonene utgangspunkt for organisering

av de konkrete arbeidsoppgavene som skal utføres i det nye sykehuset? Her kan en tenke seg at konseptene kan fungere på ulike måter: for eksempel primært som symbolske representasjoner – uten koplinger til de innovasjoner som finner sted i arbeidsorganisering, eller at de faktisk gir konkrete retningslinjer til de innovasjonsprosessene som skjer.

I dette kapitlet skal vi først drøfte bakgrunnen for etablering av «verdi-baserte helsetjenester», slik dette konseptet er lansert i ulike land. Både i USA og de skandinaviske land har dette konseptet – men ikke basert på Stabell og Fjeldstad versjon – hatt enormt gjennomslag. Deretter skal vi presentere Stabell og Fjeldstads verdikonfigurasjoner, og hvordan disse ble lagt til grunn for organisering av det nye sykehuset i Østfold. Til slutt i kapitlet skal vi drøfte i hvilken grad og på hvilken måte verdikonseptene var styrende for måten innovasjonsprosesser knyttet til driftsorganisering i sykehuset skjedde.

13.2 «Verdi»-perspektiv på sykehusorganisering

Vedtaket om å velge en «verdi»-basert tilnærming til organisering av det nye sykehuset i Østfold HF føyer seg inn i en tradisjon som etter hvert er blitt mer eksplisitt formulert de siste 20 årene. Det hevdes at sykehus er preget av kontinuerlig innovasjon, i hovedsak knyttet til fire tema: overordnede ledelsesformer (som NPM), økonomiske insentiver, teknologiske innovasjoner og innovasjoner knyttet til faglig-medisinsk kunnskap (Djellal & Gallouj, 2006). Levesque (2012) hevder imidlertid at det er de sistnevnte innovasjonene som har en sterk dominans som premissleverandør til endringer i driftsorganisasjonen, og at andre innovasjonsformer i praksis må tilpasses denne utviklingen.

Fra tidligere har Porters (1979) «verdikjede»-perspektiv vært inspirasjon og modellgrunnlag i helsesektoren i forhold til utvikling av evidensbaserte standarder for medisinsk-faglig arbeid, med fokus på pasientforløp, behandlingslinjer og pakkeforløp (Scheuer, 2003; Timmermans & Berg, 2003; Ramsdal & Ramsdal, 2007; Fineide & Ramsdal, 2014).

«Verdi-basert helsetjeneste» (VBHC) har i løpet av de siste årene etablert seg som et nøkkelbegrep i strategier for å forbedre kvalitet og effektivitet i helsetjenester – og særlig som grunnlag for å organisere sykehus.

Begrepet er ofte blitt presentert som et universalmiddel for å løse de utfordringene som helsetjenestene står overfor, og er blitt svært populært som utgangspunkt for organisering av helsesystemer i global sammenheng (585 mill. treff på Google i 2018) (Bonde, Bossen & Danholt 2018; Bartlett, Dash, Markus, McKenna, & Streicher 2017). Porter og Teisbergs (2006) utgangspunkt er at helsetjenester (særlig sykehustjenester), til tross for å være svært avanserte, er finansiert, organisert, styrt og ledet på «utdatterte» måter – slik det også i Norge er hevdet at sykehusorganisasjoner er som «geriatrike pasienter» (Kjekshus, 2012). I tråd med Porters teorier fra slutten av 1970-tallet hevdes det at det nå er et særlig behov for organisatoriske innovasjoner, der medisinsk-faglig arbeid blir innrammet på mer effektive, «moderne» måter. Selv om helsesystemene her er ulike det amerikanske, har det vært hevdet at det er mulig å legge prinsippene om verdi-organisering til grunn for nye organisasjonsformer også i de nordiske land (Høglund, Essen, Choi, Ernestam, Kaarme & Neovius, 2012).

Generelt er fokuset i «verdibasert helsetjeneste» å skape bedre resultater i forhold til kostnadene ved tjenestene. Ifølge Nilsson et al. (2017) er verdibasert helsetjeneste basert på tre prinsipper: å skape mer verdi for pasientene, basere organiseringen av praksis på medisinsk kunnskap og standarder for effektive pasientforløp, og utstrakt måling av medisinske resultater sett i forhold til kostnader. «Verdi-basert helsetjeneste» har utvilsomt potensial til å få grunnleggende implikasjoner for måten helseorganisasjoner utformes. Det er imidlertid ennå ikke helt klart hva dette innebærer for praktisk organisering (Nilsson et al., 2017).

Et aspekt ved Porter og Teisbergs bok (og deres utstrakte promotering av ideene den lanserer) er at den relaterer seg primært til det amerikanske helsesystemet, for eksempel når det gjelder finansieringsordninger, stor-skala-organisasjoner og politiske rammebetingelser for øvrig. Likevel er det mange skandinaviske sykehus som har adoptert deler eller hele konseptet. Men ettersom helsesystemet i disse landene er ulike den amerikanske modellen, har en her ansett verdibasert helsetjeneste primært som et strategisk konsept, og overlatt til lokale ledere og praktikere å «oversette» de generelt utformede prinsippene (Lønnroth, 2017). Når en ut fra disse ideene skal organisere spesifikke helsetjenester, er hovedkomponenten identifisering av «integreerte pasientbaserte praksiser», som innebærer å organisere

behandling og omsorg med grunnlag i pasientens medisinske tilstand i stedet for å levere helsetjenester gjennom spesialiserte avdelinger, det vil si i stedet for funksjonelt organiserte enheter (Nilsson et al., 2017, s. 2).

Som flere av de forfatterne som er nevnt ovenfor peker på, er det imidlertid ikke klart hva dette innebærer for hvordan en skal organisere konkrete oppgaver (Lønnroth, 2017). I Sverige har de to største sykehusene i landet (Karolinska og Sahlgrenska) adoptert VBHC som et nøkkelbegrep, noe som innebærer radikale endringer gjennom re-design av sykehusenes organisasjons- og arbeidsformer (Hellström, Lifvergren, Gustavsson & Gremyr, 2015; Karolinska Universitetsjukhuset, 2017). Dette innebar bl.a. at en har søkt å endre organiseringen basert på utvikling av «tema-organisasjoner» der Porter og Teisbergs prinsipper legges til grunn. Strategiene har begge steder vært basert på innleie av organisasjonskonsulenter og med sterke motforestillinger og motstand mot disse prosjektene fra leger og annet helsepersonell. Som en konsekvens har disse prosjektene enten stoppet opp eller blitt sterkt modifisert (Karolinska Universitetsjukhuset, 2017; Lundbäck, 2017). En implikasjon av dette er at en nå er mer opptatt av hvordan kople det konkrete helsearbeid for ulike pasientgrupper med den overordnede utformingen av sykehusorganisasjonen. Utfordringen er hvordan skape en konsistent, helhetlig designet organisasjon der de «mikro-prosessene» som finner sted i det daglige arbeidet og et overordnet sykehusdesign, er konsistente.

Det er nettopp denne sammenbindingen, mellom generelle organisasjonsideer på den ene side og praktisk helsearbeid på den annen, som også var fokus for «konseptualiseringen» som ble besluttet for det nye sykehuset i 2015. I dette kapitlet skal vi drøfte hvordan Stabell og Fjeldstads prinsipper for verdibasert organisering ble oversatt, og i hvilken grad de ble implementert i det nye sykehuset.

13.3 Stabell og Fjeldstad - utgangspunkt for overordnet konseptualisering i Sykehuset Østfold

Allerede i 1998 kritiserte Stabell og Fjeldstad Porters prosesstilnærming slik denne ble utformet i boken «*How competitive forces shape strategy*»

(Porter, 1979). Stabell og Fjeldstad tok utgangspunkt i Thompsons (1967) klassiske arbeid om ulike organisasjonsformer for å løse oppgaver. Thompson skilte mellom langsiktige, intensive og medierende (forhandlende) teknologier, og Stabell og Fjeldstad koplet disse til måten de representerte ulike forutsetninger for å «skape verdi». Her ble Porters teorier om prosessbaserte modeller oppfattet som en av flere organisatoriske svar på de krav til verdibasert effektivisering i helsesektoren som er stilt. Men her ble disse modellene grunnlag for organisering for å løse lineære, langvarige, stabile og forutsigbare problemer. Stabell og Fjeldstad lanserte i tillegg en «verkstedsmodell». Denne dreide seg om å gi svar på utfordringer på komplekse problemer, og oppgaver som krevde bruk av det Thompson betegnet som «intense» teknologier. I tillegg ble det lansert en «nettverksmodell» – som svar på oppgaver kjennetegnet av det Thompson betegnet som «medierende» teknologier. Her var kommunikasjon og samarbeid mellom ulike organisatoriske enheter i fokus. Disse modellene ble utviklet som tre alternative verdi-konfigurasjoner, der de viktigste kjennetegnene kan oppsummeres slik:

- **«Kjede»:** Produksjonslogikk, sekvensielle arbeidsoppgaver, stor-driftsfordeler, lineære arbeidsprosesser
 - **«Verksted»:** Løse kundens umiddelbare problemer, intensive oppgaver, sykliske arbeidsprosesser, tverrfaglig teamorganisering
 - **«Nettverk»:** Mekling mellom ulike aktører om problemløsning, forhandlinger, samtidige og parallelle prosesser
- (Avledet av Stabell & Fjeldstad, 1998, s. 415).

Disse tre konfigurasjonene representerte normativt forankrede idealmodeller, som rammeverk og analytisk utgangspunkt for å forstå hvilke organisatoriske løsninger som kan være grunnlag for å etablere konkurransedyktige fordeler for enkeltorganisasjoner («firm-level competitive advantage») (Stabell & Fjeldstad, 1998), og ble etterfulgt av en mer detaljert beskrivelse av de tre konfigurasjonene.

Stabell og Fjeldstads tilnærming innebar at en fikk flere alternative grunnmodeller for å strukturere arbeid med ulike problemer/oppgaver – verktøykassen ble supplert i forhold til Porters lineære (kjede-)konfigurasjon.

Sykehus er komplekse organisasjoner, og et allmennsykehus – som helseforetaket i Østfold er – skal ivareta en rekke ulike funksjoner for å dekke befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester. Stabell og Fjeldstad skisserer de tre konfigurasjonene som alternative organisasjonsformer, og i et sykehusperspektiv er det særlig mulighetene for å etablere ulike organisasjonsløsninger basert på en, eller kombinasjoner, av de tre, for å møte denne kompleksiteten. Dette krever en avklaring av kjennetegn ved ulike oppgaver, og derved tilpasning i organisering av arbeid for ulike pasientgrupper. Derved ble det – i teorien – etablert et normativt, idealtypisk grunnlag som var mer fleksibelt enn det Porters opprinnelige tilnærming var. I tillegg ville organisasjonsdesign basert på de tre konfigurasjonene samlet sett kunne endre fokus fra de allerede etablerte NPM-baserte styrings- og organisasjonsformer som preger norsk helsepolitikk til en sterkere kopling mellom det medisinsk-faglige arbeidet og overordnede strukturer, ettersom NPM-baserte styrings- og ledelseskonsepter hadde en tendens til ikke å «treffe» arbeidsorganisering på en (særlig for helseprofesjonene) troverdig måte. Dette innebar en bevegelse «back to the floor», slik de klassiske arbeidslivsstudiene var opptatt av (Skorstad & Ramsdal, 2009/2016). De tre konfigurasjonene var i prinsippet godt egnet til å ivareta behovet for fleksibilitet i valg av organisasjonsformer knyttet til de mangfoldige oppgavene et sykehus skal løse. I tillegg var vedtaket om å benytte de tre konfigurasjonene som konseptuelle grunnlag for å designe sykehusorganisasjonen en måte å signalisere en innovativ og original tilnærming som potensielt kunne bidra til å heve sykehusets omdømme.

13.4 Innovasjonsteoretiske perspektiver

Vedtaket om å strukturere driftsorganisasjonen etter de tre verdi-konfigurasjonene var et overordnet, administrativt vedtak. Vår problemstilling tar utgangspunkt i dette, og det er primært på hvilken måte implementeringen av vedtaket i driftsorganisasjonen skjedde, som er grunnlaget for denne studien. Å forstå innovasjonsprosessen som en lineær, top-down prosess er imidlertid ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å forstå hvordan koplinger mellom de overordnede begrepene og organisering av konkrete arbeidsorganisasjoner skjer på.

Beslutningen om å legge de tre verdi-konfigurasjonene til grunn for driftsorganisasjonen ved det nye sykehuset var fattet i HF-styret etter initiativ fra administrerende direktør høsten 2015. På tidspunktet dette vedtaket ble fattet på, var det allerede i mange år gjort et omfattende arbeid med å organisere de ulike deler av sykehuset – og en rekke premisser for driftsorganisasjonen var lagt da vedtaket ble fattet. Det er derfor legitimt å spørre om at det som skjedde, primært dreier seg om symboliske ledelsesforankrede grep for å styrke organisasjonens image som en dynamisk og innovativ virksomhet – såkalt «performative management» (Wæraas, Byrkjeflot & Angell, 2011). Et ny-institusjonelt perspektiv vil kunne hevde at mange ganger vil en oppleve at slike innovasjoner ikke uten videre materialiseres. Det skjer et skille mellom de overordnede ideene som kan legitimere organisasjonen som innovativ utad, og det som skjer «på gulvet» – der innarbeidete verdier, vaner og rutiner videreføres. En slik hypotese kan begrunnes ut fra ideer om dekopling mellom offisielle, retoriske grep for å skape den nye organisasjonen og utformingen i praksis (Powell & DiMaggio, 1991; Brunsson, 2004). Her er det vektlagt at selve implementeringsprosessen spiller en underordnet rolle, og at konseptene kan «leve sitt eget liv» som legitimering i omverdenen samtidig som arbeidet på operativt nivå fortsetter som før (og eventuelt endres gjennom bottom-up-innovasjoner knyttet til medisinsk-faglig og teknologisk utvikling, nå som tidligere).

Sett bort fra mulighetene for at det har skjedd en dekopling og symbolsk aktivitet knyttet til verdi-konfigurasjonene (noe som strengt tatt ikke kan defineres som «innovasjon» ettersom det også forutsetter implementering), har Fuglsang (2010, s. 9–10) vist at innovasjon skjer i (minst) tre ulike former: For det første som intensjonelle topp-lederes initiativ med en «abstrakt» interesse og med ansattes deltakelse i å utvikle en ny ide/konsept. Dette er det som kan anses som «top-down»-innovasjonsprosesser. Her er fokus på «strategic agency» – den visjonære entreprenøren som tar sjansen på å utfordre dyptgripende tradisjoner om hvordan arbeid skal organiseres, «*displaying at the same time a determination to gain support for new organizational concepts*» (Andersen, 2008, s. 55). Radikale innovasjoner skjer ofte ved hjelp av den heroiske innovatør. De abstrakte konseptene/ideene må først oversettes for å kunne benyttes i

konkrete sammenhenger av relevante personellgrupper – m.a.o. det som Røvik (1998/2007) ville betegne som en re-kontekstualiseringsprosess der translasjon (av en «global» konsept/ide) er stikkordet.

Oppfatningen av top-down-innovasjoner utfordres derved av et syn der innovasjoner forstås som «bottom-up»-prosesser, der en på grunnlag av institusjonaliserte vaner, normer og kunnskaper kontinuerlig er opp-tatt av å få det daglige arbeidet til å fungere (mer) effektivt. Dette er også tilfellet i de organisasjoner som er preget av «tykk institusjonalisering» – slik sykehus anses som eksempler på (Andersen, 2008). Innovasjoner i sykehus skjer kontinuerlig, og i et review som tar for seg forskning om innovasjoner i sykehus viser Levesque (2012) at innovasjoner knyttet til medisinsk-faglig kunnskapsutvikling dominerer. Slike innovasjoner legger i sin tur grunnlag for tilpasninger – gjerne gjennom nye styrings- og ledelsessystemer – der nye konsepter for måten arbeidet organiseres på, lanseres. Denne måten å forstå innovasjoner på betegnes ofte som «bricolage» (Andersen, 2008; Fuglsang, 2010). «Bricolage»-innovasjoner skjer uten noe overordnet «grand design» eller abstrakte konsepter/ideer som skal konkretiseres og implementeres (Fuglsang, 2010, s. 13; Andersen et al., 2015). Det dreier seg snarere om «tinkering» – et «do-it-yourself»-prinsipp, der en forbedrer arbeid gjennom små skritt basert på de ansattes erfaringer med å løse (daglige) arbeidsoppgaver (Fuglsang, 2010, s. 6).

Fuglsang presenterer imidlertid også et tredje alternativ: innovasjon som «semi-intentional management mediated problem-driven formalised activity» – der en søker å finne frem til nye løsninger på problemer/oppgaver, for eksempel gjennom pilot-prosjekter. Noen av disse pilotene blir implementert på permanent basis. Her er det en kopling mellom topp-ledelsens innovasjonsperspektiv og de ansattes mål om å forbedre arbeidsformer som er i fokus.

13.5 Kjennskap til Stabell og Fjeldstads konfigurasjoner

I analysen av intervjuene benyttet vi teoretisk basert kategorisering hvor hovedkategoriene var «verdi-kjeder», «verdi-verksted» og «verdi-nettverk» på operativt nivå (Elo & Kyngäs, 2008). I tillegg benyttet vi begreper

om «prosessmodeller», «behandlingslinjer», «pasientforløp», som alle er knyttet til «verdi-kjede»-konseptet, som tradisjonelt er ansett som «lineære» prosesser (Johansson, 2009; Timmermans & Berg, 2003; Ramsdal & Ramsdal, 2007).

Intervjudataene viste at det var et var et klart skille i kjennskap mellom de fire begrepene «pasientforløp», «behandlingslinjer», «pakkeforløp» og «prosessmodeller». Disse begrepene var velkjente og inngår så å si i det normale begrepsapparatet til ledere uansett avdeling og nivå. På den annen side er disse begrepene bare delvis koplet til konfigurasjonene vi fokuserer på. Av de 20 intervjupersonene var det et fåtall – både i første og andre intervjurunde – som hadde kjennskap til «Stabell & Fjeldstad», eller assosierte noe med de tre konfigurasjonene. De som oppga at de ikke hadde kjennskap, omfattet avdelingsledere og stabspersoner, så vel som tillitsvalgte, der nesten alle hadde arbeidet kontinuerlig med planlegging av det nye sykehuset i flere år. Av de sju som oppga at de hadde kjennskap til konfigurasjonene, var det et klart skille mellom tre, alle avdelingsledere, som hadde relativt generelle kunnskaper. Av de som kunne gi relativt entydige, omfattende og velinformerte svar på hvordan konfigurasjonene ble benyttet som grunnlag for konkret organisering, var tre tilhørende den øverste ledelsen ved sykehuset, mens den fjerde – som var avdelingsleder – hadde hatt en sentral rolle i planleggingen av det nye sykehuset. Det var også en klar oppfatning at det var administrerende direktør (som bl.a. hadde en mastergrad fra BI der Stabell og Fjeldstad var tilknyttet) som var den som introduserte konseptene, og drev frem disse som nøkkelbegreper i planleggingen av det nye sykehuset. Det var også enighet om at disse teoriene var normative, og hadde sitt opphav i økonomisk og industriell virksomhet. Likevel mente man at ideene om verdi-basert helsetjeneste og teoriene som dette begrepet baserte seg på, var nyttige redskaper som kunne bidra til å ivareta slagordet om «pasienten først»:

«De (konfigurasjonene) er veldig mye brukt i industrien ... fra en økonomisk modell, men vi bruker dem, og i stedet for å tenke økonomi, så tenker vi verdiskapning for pasienten. Og det er vel det viktigste med å holde på konseptet vårt – om hvordan, hvorfor bygger vi et nytt sykehus, det er for å skape mer verdi for pasientene våre».

Gjennom samtaler om dette ettertid fremkom det at ledelsen i planleggingen av det nye sykehuset hadde kommunisert det teoretiske grunnlaget og de aktuelle begrepene knyttet til det i sitt arbeid med å tilrettelegge organisering av de ulike oppgaver på avdelingsnivå/operativt nivå. Det ble hevdet at en gjennom en rekke møter og informasjonsmaterieell hadde kommunisert hva verdi-tankegangen innebar. Samtidig ble det fra den øverste ledelsen sagt at «... de (ansatte) må ikke skjønne det ... men de må forstå, i hvert fall leger og sykepleiere, hvilken plass de har i en verdikjede, eller hvilken rolle de spiller i et verdiverksted, eller hvordan et verdinettverk fungerer; hvorfor de skal dele informasjon på en annen måte enn de gjør i dag» (i det gamle sykehuset).

Intervjupersonene som hadde innarbeidet kunnskap om det teoretiske konseptet, var også svært opptatt av at det var måten man organiserte ulike arbeidsoppgaver på operativt nivå som var syretesten for om konfigurasjonen hadde nytteverdi, mens teoretisering og begrepsbruk var lagt noe mindre vekt på. Det er likevel påfallende at kjennskapet var såpass beskjedent, tatt i betraktning at «verdi-perspektivet» er fremhevet som sentralt i de presentasjonene av det nye sykehuset som ble utarbeidet i forbindelse med planleggingsprosessen.

13.6 Identifisering av organisasjonsløsninger på operativt nivå som kan koples til konfigurasjonene

En av de arbeidsgruppene som arbeidet med det overordnede designet på sykehuset, gjennomgikk alle sentrale pasientforløp, og identifiserte dem som var knyttet til kjeder, verksted og nettverk. «Nytt sykehus» var et helhetlig perspektiv, men der en gjennom et komplekst og mangfoldig planleggingsarbeid – med svært mange aktører fra ulike deler av sykehuset – fagansatte, arkitekter, IT-eksperter, etc. – arbeidet med løsninger der organisering av pasientforløp for ulike pasientgrupper var i fokus. Disse prosessene bærer preg av at en benyttet primært faglig-medisinske hensyn som premisser, men i en kopling til teknologi/arkitektur og økonomiske rammebetingelser, og innebærer et særlig fokus på arbeidsorganisering der de ansatte på operativt nivå hadde forrang i forslag til

løsninger. I våre intervjudata kan det identifiseres to nivåer knyttet til koplinger mellom konfigurasjonene og praktisk organisering for ulike pasientgrupper: På det ene nivået er det ingen eksplisitt kopling, mens en på det andre nivået ser en implisitt beskrivelse av konkrete organisasjonsløsninger som «passer inn» i forhold til de teoretiske begrepene.

I de fleste intervjuene finnes det et mangfold av detaljerte beskrivelser av de organisasjonsløsningene som er valgt i relasjon til ulike pasientgrupper, særlig basert på organisering av de avdelingene intervjupersonene var tilknyttet. Disse beskrivelsene var dypt forankret i de ulike medisinsk-faglige og pleiefaglige problemstillingene som de enkelte avdelingene var opptatt av. Etersom prosjektet dreide seg om overgangen fra «gammelt» til «nytt» sykehus, var det naturlig at intervjuene fokuserte på hvordan arkitektur, teknologiske løsninger, krav til kompetanse og nye samhandlingsformer påvirket arbeidsorganisering om de ulike pasientgruppene. Som nevnt foran var det kun et mindretall av intervjupersonene som knyttet disse forholdene direkte til konfigurasjonene.

På grunnlag av grad av gjenkjennelse av begrepene konsentrerte vi oss om å avklare hvordan de fire med best kjennskap til konseptene mente at operasjonaliseringer koplet til ulike pasientgrupper hadde skjedd i konkret organisering. På hvilken måte skjedde (en eventuell) kopling mellom de overordnede konseptene og endringer som ble bestemt i forbindelse med etableringen av den nye sykehusorganisasjonen?

«Verdikjeder» og organisasjonsutforming på operativt nivå

Det ble ansett som relativt uproblematisk å identifisere forløp som kunne organiseres på grunnlag av «kjede»-konfigurasjonen – og denne var jo i stor grad allerede etablert for mange pasientgrupper. Verdikjeder operasjonaliseres, som nevnt foran, som «pakkeforløp» og «behandlingslinjer» – som med en fellesbetegnelse kan kalles prosessbaserte virksomhetsmodeller (Ramsdal & Ramsdal, 2007). Verdikjeder ble assosiert med «planlagte pasientforløp», og det ble hevdet at dette var det «*som de bruker veldig mye i Moss*» ... «*vi plasserte verdikjeder i Moss*». Dette har sammenheng med at Moss-sykehuset primært skal arbeide med elektive pasienter,

og at en der har et særlig ansvar for dagkirurgisk virksomhet. Alle de som hadde godt kjennskap til konfigurasjonene, nevnte denne koplingen. Med henvisning til den debatten som foregikk de årene det nye sykehuset ble planlagt om måten behandlingslinjer fungerer, ble Moss-delen av sykehuset betegnet som «pølsefabrikken» – noe som peker tilbake på den masseproduksjonslogikken som har vært knyttet til verdikjeder (Lian, 2003; Fineide & Ramsdal, 2014). Her er, som nevnt foran, forutsetningen for at «kjede»-konfigurasjonen skal være aktuell, at arbeidsoppgaver er stabile, forutsigbare og der langsiktig planlegging av aktiviteter er mulig. Men også ellers i sykehuset er prosessmodellering mye benyttet, og ble oppfattet nærmest som rutinemessige forløpsbeskrivelser knyttet til ulike pasientgrupper, vel etablert på sykehuset.

«Verdi-verksted» og organisasjonsutforming på operativt nivå

Verdiverksted ble i intervjuene særlig koplet til tverrfaglig samarbeid. Av noen ble det nevnt som eksempel multiprofesjonelle team («MPT»). Argumentasjonen her var at dette var en etter hvert vanlig og stadig mer benyttet tilnærming i forhold til arbeidsoppgaver der en hadde behov for raske beslutninger. Her ble høykompetent ekspertise fra ulike (medisinske) spesialiteter samlet rundt vurderinger av pasienten – særlig der diagnosen var usikker eller behandlingsformer måtte avgjøres akutt i relasjon til flere, komplekse, men kjente diagnoser. Det ble hevdet at ny teknologi knyttet til blant annet bildediagnostikk gjorde sykehuset særlig godt egnet til å utvikle denne arbeidsformen. Multiprofesjonelle team kan være ad hoc-organiserte, eller fast organiserte team for innkalling, og innebærer at helsepersonellet som for øvrig arbeider med ordinære arbeidsoppgaver, noen ganger blir sammenkalt ut fra en situasjonsbestemt, men akutt beslutningssituasjon. Det ble hevdet at dette kunne skje som et ikke-planlagt beslutningspunkt innenfor rammen av de lineære forløpsmodellene som for øvrig var benyttet i forhold til enkeltpasienter.

Men også her ble det, fra de som hadde godt kjennskap til konfigurasjonene, identifisert mer spesifikke arbeidsoppgaver/pasientgrupper der «verksted»-modellen var relevant for mer permanent organisering. Dette

gjaldt mottaksenheten, akuttavdelingen, der noen henviste til modellen for dette som et «diagnostisk senter» – som enten mente disse funksjonene var modellert etter eller kunne danne grunnlag for å bli det. Det ble også hevdet at «*Kalnes (hele det nye sykehuset) i seg selv er et diagnostisk senter – det er det som skal skille Kalnes fra de andre sykehusene i Norge*» – og som en kontrast til Moss. I tillegg ble det nevnt som «typiske» verksted-modeller etableringen av tverrfaglige arbeidsgrupper på mer permanent basis. Et eksempel er samarbeid om demensdiagnostikk, der det samarbeides mellom geriater, nevrolog, alderspsykiater og andre. Her er det etablert en tverrfaglig poliklinikk som skal sikre rask avklaring av pasientens tilstand («*altså en typisk verkstedmodell ... samle spesialister på ett sted, avansert teknologi, samle informasjon, bli enig, finne riktig omsorgsnivå*»). Denne modellen blir også knyttet til bedre forutsetninger for samarbeid etter at en har brutt ned administrative skiller, og at poliklinikkene er samlet ett sted i sykehuset. Andre eksempler som blir nevnt, er en fedme-enhet – lokalisert i Moss, og der både kirurger, psykiatere og andre faggrupper samarbeider, også med økt tverrfaglig forsknings-samarbeid, et brystdiagnostisk senter, psykiatri/somatikk-samarbeid om ulike pasientgrupper, som barn og unge og eldre-/alderspsykiatri.

Verdinettnettverk og organisasjonsutforming på operativt nivå

Informantene tolker verdinettnettverk på noe ulike måter. Flere knytter nettverksbegrepet til informasjonsteknologien som innføres på sykehuset, som CSI/whiteboard-tavlene, iPhone og nettbrett. Derved er nettverket først og fremst et hjelpemiddel i relasjon til arbeid med enkeltpasienter (og som et administrativt informasjonsvektøy). Dette fremstår som en relativt avgrenset fortolkning i relasjon til de som oppfatter at denne teknologien inngår i utvikling av samhandlingsnettverk særlig mellom sykehuset og helsetjenester i det større helsesystemet. I intervjuene hevdet det at «*nettverk er der vi har kommet kortest ... der har vi ikke et ... ledelsesmessig konsept ennå annet enn at det ligger som et grunnkonsept*» – som særlig blir knyttet til den nye informasjonsteknologien som er innført. Det ble likevel hevdet at når det gjaldt teknologiske løsninger

for å dele informasjon, var det nye sykehuset «*lysår foran mange andre helseforetak*», men at denne teknologien også måtte bli tilgjengelig i hele helsesystemet, for at samhandlingen mellom primærhelsetjenester, andre helseaktører og spesialisttjenester skulle bli bedre.

13.7 Drøfting

Med utgangspunkt i de erfaringene en generelt har hatt med å introdusere management-orienterte teorier og begreper i helsesektoren – og verdi-baserte helsetjenester tilhører denne tradisjonen – spurte vi hvordan verdi-konseptene var styrende for måten innovasjonsprosesser knyttet til det nye sykehuset skjedde. Innledningsvis antydte vi at det var en viss mulighet for at konseptene som vi har fokusert på her, primært var å anse som symbolske representasjoner knyttet til image-bygging – som «performativ» adferd.

Det er liten tvil om at verdiperspektivene har fungert som symbol-tunge signaler om en innovativ og fremtidsrettet organisasjon for det nye sykehuset. Mangelen på kjennskap til konseptene kan indikere at man har hatt lite fokus om dette innover i organisasjonen. Og tilsvarende er det liten tvil om at begrepene har vunnet gjenklang som et varemerke utad: Det nye sykehuset har fått nasjonal oppmerksomhet, med mange besøk fra så å si hvert eneste helseforetak i Norge. Det har også vært internasjonal interesse, med en rekke besøk fra sykehus og helsemyndigheter i Europa og USA. Ledere fra sykehuset har også vært invitert til en rekke internasjonale konferanser, der organiseringen av pasientforløpene har vært i fokus, sammen med tun-organisering, enerom, ny teknologi, integreringen av psykiatri og somatikk og nye måter å organisere service-funksjonene på. Informasjonsmaterialet som har vært presentert i ulike fora, vektlegger verdi-perspektivet, der «pasienten først» konkretiseres som det overordnede konseptet basert på dette perspektivet og de tre konfigurasjonene. Et gjennomgående trekk ved intervjuene er at dette bildet av sykehuset fremheves uansett hvilket kjennskap intervjupersonen har til konseptene som sådan.

Intervjudataene viste imidlertid at en avvisning av verdikonfigurasjonene som utelukkende symbolsk legitimering ikke er tilstrekkelig

for å forstå de innovasjonsprosessene som har foregått når det gjelder driftsorganisering i det nye sykehuset. Vi tok utgangspunkt i tre innovasjonsformer som Andersen et al. (2015) har presentert: for det første som en «top-down»-prosess – som topp-lederes initiativ med en «abstrakt» interesse og med ansattes deltakelse i å utvikle en ny ide/konsept. Dette står i klar kontrast til brukerdrevet innovasjon, slik dette er forklart av Hoholm og Huse (2008). For det andre som «bottom-up»-prosesser; «bricolage» – der innovasjoner skjer uten noe overordnet «grand design» eller abstrakte konsepter/ideer, men snarere som prosesser der en forbedrer arbeid gjennom små skritt basert på de ansattes erfaringer med å løse (daglige) arbeidsoppgaver – det som betegnes som «tinkering». Og for det tredje innovasjon som «*semi-intentional management mediated problem-driven formalised activity*» – der en søker å finne frem til nye løsninger på problemer/oppgaver, for eksempel gjennom pilot-prosjekter.

Den første formen – «top-down»-perspektivet med en heroisk entreprenør – er bare delvis aktuell. Beslutningen om å legge de tre verdi-konfigurasjonene til grunn for driftsorganisasjonen ved det nye sykehuset var et vedtak fattet i foretaksstyret etter initiativ fra administrerende direktør. Hva som menes med innovasjon er ofte uklart. Samtidig er det mange ulike innfallsvinkler til hvordan en kan studere innovasjonsprosesser (Johnsen & Pålshaugen, 2011). En måte er å studere innovasjonsprosesser som translasjonsprosess – der konkrete løsninger i tråd med en – eller kombinasjon av flere – av verdikonfigurasjonene ville gi disse konfigurasjonene et materielt innhold (Røvik, 2007). Som vist foran var kunnskapen til verdikonseptene begrenset også blant lederne for det nye sykehuset. Dette mener vi må ses i sammenheng med at på tidspunktet vedtaket om overordnet driftskonsept ble fattet, allerede var gjort et omfattende arbeid med å organisere de ulike deler av den nye sykehusorganisasjonen helt siden 2007 – og en rekke premisser for driftsorganisering av arbeid med ulike pasientgrupper var allerede lagt da vedtaket ble fattet i 2015.

Heller ikke «bricolage»-innovasjon dekker det som skjedde. Planleggingen av det nye sykehuset innebar snarere en radikal (re-)design av alle deler av sykehusorganisasjonen, med nye, innovative koplinger mellom arkitektur, avansert teknologi og medisinsk-faglige kunnskaper. Dette

var nærmest det motsatte av «bricolage» – det var en unik situasjon som krevde radikal nytenkning, der gamle vaner og historisk forankrede løsninger ble forkastet.

Den tredje innovasjonsformen kan være mer dekkende for å beskrive innovasjonsprosessen vi studerte. Her ser en innovasjon som «semi-intentional management mediated problem-driven formalised activity», der det skjer en kopling mellom topp-ledelsens innovasjonsperspektiv og de ansattes mål om å forbedre arbeidsformer. Men heller ikke denne innovasjonsformen kan være en fullverdig beskrivelse av innovasjonsprosessen knyttet til verdi-konseptene.

Vår analyse viser at det i stor grad er kompatibilitet mellom organisasjonsløsninger på operativt nivå og de overordnede konseptene. Dette er uttrykk for en gjensidig, sirkulær innovasjonsprosess: De overordnede konseptene blir «bekreftet» gjennom mange (men ikke alle) av de nye innovative, organisasjonsløsningene som blir utviklet ved hjelp av lokale prosesser knyttet til konkrete organisasjonsløsninger «på gulvet». Og disse organisasjonsløsningene blir i sin tur «bekreftelser» på at konfigurasjonene faktisk materialiseres. Som vist foran er det mange ulike enheter i sykehuset som er organisert ut fra de premissene som konseptene representerer. Koplingen mellom teoretiske konsepter og substansiell organisering er mer kompleks, og aktører plassert på ulike steder (primært ledelsesnivåer) synes å ha svært ulike oppfatning av hvordan disse koplignene har skjedd. Sett fra et overordnet perspektiv kan en hevde at en har skapt en teoretisk og konseptuell overbygning som bidrar til å strukturere det mangfoldet av komplekse arbeidsorganisasjoner som til sammen utgjør sykehuset. Sett fra et lavere ledernivå (og sannsynligvis i enda større grad fra medarbeiderne for øvrig) er det snarere noen spesifikke spørsmål tuftet på det teoretiske grunnlaget – for eksempel om kjennetegn ved arbeidsoppgaver som tilsier at en skal velge en av de tre konfigurasjonene som utgangspunkt for de konkrete løsningene. For eksempel ville planlegging av ulike arbeidsoppgaver bli knyttet til spørsmål om tidsperspektivet (langsiktige, kjente og standardiserte forløp) basert på lineære organisasjonsformer (slik elektive operasjoner i Moss var eksempel på), kritiske, intense og komplekse/usikre arbeidsoppgaver som krever tverrfaglig samarbeid i samtidige arbeidsoperasjoner

(organisering av akuttfunksjoner, tverrfaglig samarbeid i team, ideen om «Kalnes»), eller et stort informasjonsbehov mellom mange ulike aktører plassert for eksempel i ulike deler av helsesystemet – som ifølge teorien vil kreve nettverksorganisering.

Dersom en snur dette andre veien, vil altså det å arbeide konkret med organisering av ulike arbeidsoppgaver kjennetegnet av ulike beslutningssituasjoner kunne gis en mer prinsipiell retning ved å koples til konfigurasjonene. Denne gjensidigheten i relasjoner mellom top-down- og bottom-up-prosesser tilsier at innovasjonsreisen vi har studert, skjer som sykliske skifter mellom overordnede konseptualiseringer og lokale innovasjonsprosesser. Planlegging av sykehuset skjedde med stramme tidsrammer og økonomiske rammer, men med et ufravikelig handlingssimperativ. Den planorganisasjonen som ble etablert, var omfattende og kompleks, men også ambisiøs: å skulle lage Skandinavias mest moderne sykehus; «supersykehuset». Erfaringer fra andre sykehus viste at fallhøyden var stor, og faren for at en ikke ville klare å kople økonomiske rammer og faglige krav på en hensiktsmessig måte, var et stadig tilbakevendende tema. Et helhetlig «konseptuelt design» basert på optimalisering av pasientbehandling var et virkemiddel for å nå de politiske og faglige målene som var satt.

I disse prosessene deltok de ansatte gjennom arbeidsgruppene, slik et «bottom-up»-perspektiv forutsetter. Som vist i flere av de foregående kapitler ble mange av de NPM-baserte styrings- og ledelsesformer som ble introdusert, preget av å være initiert ovenfra, og med til dels betydelig (eksplisitt eller implisitt) motstand fra de ansatte «på gulvet». I motsetning til dette var prosessen knyttet til implementering av ulike innovasjoner i det nye sykehuset tvert imot en gjennomgående harmonisering mellom lokale organisasjonsløsninger og det overordnede konseptet. Det er imidlertid tale om prosesser som etter alt å dømme var usynlige for de fleste aktørene som arbeidet med konkrete løsninger om arbeidsorganisering i planleggingen av det nye sykehuset. Samtidig har introduksjonen av verksteds- og nettverks-konfigurasjonene skapt et mer fleksibelt handlingsrom ved planlegging av helsearbeid. Gjennom de tre konfigurasjonene har en også – i hvert fall i teorien – frigjort organiseringen av pasientforløp fra det optimaliseringsparadigmet som har vært assosiert

med lineær kjede-organisering av pasientforløp som helsesektoren har vært (og i stor grad er) preget av.

En tolkning av dataene er at den øverste ledelsen kjente relativt godt til verdikonfigurasjonene til Stabell og Fjeldstad. Disse konfigurasjonene ble imidlertid primært oppfattet som abstrakte modeller for organisering av arbeidsprosesser, mens det ble etablert en rekke ulike prosjektgrupper knyttet til seksjons-/avdelingsovergrepene arbeidsprosesser om pasientbehandling der en gikk mer konkret inn i hvordan en skulle sikre «verdi» for pasienten i ny organisering. Basert på intervjuene ble imidlertid ikke begrepsbruken forankret i konfigurasjonene aktivt benyttet på dette nivået. I neste omgang kunne likevel de som befant seg i den øverste ledelsen, identifisere konkrete løsninger til disse konfigurasjonene – og flere løsninger ble siden eksplisitt nevnt som eksempler på verdikjeder, -verksted og -nettverk. Dette fremstår derved som en sirkulær innovasjonsprosess, i tråd med de teoretiske poengene som er presentert foran.

KAPITTEL 14

Samhandling i det moderne «helsesystemet»

14.1 Helsesystemet – samhandling og samarbeid

De to foregående kapitlene omhandler noen av de strategiene som ble valgt for å strukturere og lede det nye sykehusforetaket etter 2015. Selv om svært mange av de ansatte deltok i organisasjonsutviklingen av det nye sykehuset, var endringene i lederstruktur (kapittel 12) og valg av overordnet konseptualisering for det nye sykehuset (kapittel 13) gjort gjennom beslutninger som var sterkt influert av den overordnede ledelsens ideer om hvordan et moderne sykehus måtte være. Mens en i mange år hadde tuftet tilnærmingen til helsetjenestene på det såkalte «LEON»-prinsippet om å fordele tjenestene for «lavest effektive omsorgsnivå» (St.meld. nr. 9 (1975–76)), var det påfallende at dette prinsippet ikke ble nevnt i forarbeidene til helseforetaksloven (sykehusreformen) (Ot.prp. 66 (2000–2001)) (Norges forskningsråd, 2016). Både sykehusreformen og den påfølgende prosessen i Østfold reflekterte tendensene til å hierarkisere beslutningssystem – i sterk kontrast til de helsepolitiske spill som er beskrevet i del 2.

Men utviklingen i helsesektoren er ikke entydig sentraliserende. For det første har somatiske og psykiske helsetjenester tatt ulike veier: Somatikken er blitt preget av kostnadseffektivisering gjennom stordriftsfordeler, inkludert sammenslåing av helseforetak og nedlegging av lokalsykehus. Psykiske helsetjenester – i spesialisttjenestene som i de kommunale tjenester etter hvert koplet til rustjenestene – er på sin side preget av desentralisering. De store sykehusavdelingene er blitt redusert, og utviklingen av distriktpsykiatriske sentra er nå markante strategier for denne delen av helsetjenestene. Samtidig er bedre samhandling og samarbeid mellom

spesialisttjenester og kommunale helsetjenester, og mellom helsetjenester og andre samfunnssektorer, et helt sentralt krav i helsepolitikken både i Norge og internasjonalt.

Denne åpnere tilnærmingen er i stor grad basert på ideen om de ulike helsetjenestene som del av et «helsesystem». Verdens helseorganisasjon definerer dette slik at det inkluderer «*all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health*». Dette er senere blitt presisert til at «system» her refererer til «*an arrangement of parts and their interconnections that come together for a purpose*» (WHO, 2000; Helsedirektoratet, 2015). Samhandling og samarbeid er med andre ord et mantra i ideen om «helsesystemet». Dette krever nye løsninger, også når det gjelder organisasjon og ledelse. En innfallsvinkel til å studere utformingen av dette systemet er ved å fokusere på det som «tjenesteinnovasjon» (Gallouj & Weinstein, 1995).

Parallelt med de siste års fokus på det nye sykehuset i Østfold fikk også samhandlingen med lokale helsetjenester et større fokus. Den desentraliserte strukturen med fem sykehus i fylket innebar at det oftest var et intimt samarbeid med fastleger, de kommunale helse- og omsorgstjenester – og også mellom lokalsykehuset og kommunalpolitiske aktører. Da helseforetaket ble etablert, var, som nevnt ovenfor, fokus primært knyttet til den interne organiseringen av det nye sykehuset, men det var likevel mange samarbeidsrelasjoner som ble opprettholdt. Noen av disse pekte frem mot de nye krav til samarbeid og samhandling som samhandlingsreformen stilte da den ble iverksatt fra 2012. Viktigste var det arbeidet som ble lagt i å formalisere samarbeidet mellom sykehus/spesialisttjenester, kommunale helsetjenester, pasientorganisasjoner og andre interessenter gjennom etableringen av det som ble kalt «Administrativt Samarbeidsutvalg».

14.2 Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold – og tilknytningen til samhandlingsreformen

En grunnleggende tanke i samhandlingsreformen var at det dreide seg om å utvikle bedre samordning og samarbeid mellom spesialisttjenestene – med helseforetakene og sykehusene som viktigste part – og de

kommunale helse- og velferdstjenester. Som vist i de to tidligere kapitlene var sykehusenes organisasjons-, styrings- og ledelsesformer etter sykehusreformen preget av at en primært var opptatt av interne prosesser. Og på samme måte som sykehuset var også kommunene preget av omfattende endringsprosesser – som innebar at relasjonene til spesialisttjenestene i flere år ble en salderingspost i lokale beslutningsprosesser. I Østfold skyldtes dette for det første at det ble gjennomført omfattende kommunesammenslåinger i 1994, der antallet kommuner ble redusert fra 25 til 18 – og for det andre at en i denne tiden også arbeidet med å omorganisere overordnede organisasjonsmodeller i svært mange kommuner. En oversikt fra 2006 viste at 13 av de 18 kommunene da var i en prosess der organisasjonsmodellen ble endret som et resultat av «fristillingen» med hensyn til organisering som revisjonen av kommuneloven i 1991 innebar (Kjellberg, 1991; Ramsdal, Jacobsen, Michelsen & Aarseth, 2000). Et trekk ved utviklingen av kommunal organisering var – til en viss grad parallelt med nye organisasjons- og styringsmodeller i helseforetakene – å etablere New Public Management-inspirerte modeller som to-nivå-modell, bestiller-utfører-modell eller varianter av det en kan betegne som konsernmodeller, diskutert i kapittel 8 og 9. Mange av disse modellene viste seg å ha som konsekvens en «enhets-egoisme», ettersom semi-autonome resultatenheter innebærer at en innenfor trange budsjettammer vil tendere mot å konsentrere seg om sine kjerneoppgaver (Naschold, 1996; Christensen & Lægred, 2006). En implikasjon av disse endringsprosessene var at kommunene ble «distrahert» i forhold til å utvikle samarbeidsrelasjonene med helseforetaket, på samme måte som helseforetaket hadde nok å gjøre med å konsolidere det styringsregimet som sykehusreformen innebar.

Til tross for disse rammebetingelsene ble det i Østfold allerede i 2004 tatt et initiativ til å etablere et Administrativt Samhandlingsforum (ASU) mellom kommunene og helseforetaket (Sykehuset Østfold HF). Initiativet kom fra enkeltpersoner i kommunehelsetjenestene og ved sykehuset som opplevde samarbeids- og samordningsproblemene på kroppen (Ramsdal & Hansen, 2009). Etter et års tid, i 2005, ble det så inngått en formell samarbeidsavtale mellom 17 av de 18 Østfold-kommunene og Sykehuset Østfold HF. (Den siste kommunen, Rømskog, tilhørte opptaksdistriktet til Follo.) Denne avtalen hadde en varighet på 4 år, og måtte fornyes

gjennom nye vedtak i kommunene og helseforetaket i løpet av 2009 – dette var grunnlaget for den evalueringen Ramsdal og Hansen foretok. Det samarbeidet som ble formalisert og utdypet gjennom Samarbeidsavtalen, var på dette tidspunkt på mange måter et pionerarbeid. Sammen med tilsvarende initiativ i Helse Vest (Helse Fonna HF) og Helse Midt-Norge (HF/Trondheim kommune) ble det formalisert samarbeidsrelasjoner som senere ble fulgt opp andre steder i landet, og som også ble lagt til grunn for at det i Samhandlingsreformen ble stilt krav om juridisk bindede avtaler mellom helseforetakene og kommunene. Selv om de samarbeidsavtalene som etter hvert ble vedtatt i landet, hadde samme mål og ble utarbeidet innenfor rammen av den nasjonale samarbeidsavtalen, var de ulike mht. struktur, sammensetning og forventede arbeidsformer. Et gjennomgående trekk ved analysene av avtalene var utfordringen med at helseforetakene ble oppfattet av kommunene som en sterk part som møtte mange, til dels små, kommuner som ikke hadde tilsvarende forhandlingskapasitet. For sykehusene var derimot utfordringen at kommunene var ulike både i størrelse og organisering av tjenestene (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015; Norges forskningsråd, 2016; Hansen, Helgesen & Holmen, 2014).

Da Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) i Østfold startet sitt arbeid i 2004–2005, var utfordringene knyttet til bedre samordning og samarbeid velkjente for helsepolitikere og ansatte i sektoren. De nasjonale satsingene på kvalitetsutvikling, sammen med evalueringene av kommunale organisasjonsmodeller og helseforetak, ga grunnlag for en sterkere satsing også på tverrfaglig samarbeid horisontalt (innad i helseforetakene og kommunene), og bedre samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester (Tjora & Melby, 2013).

Samarbeidsutvalget fikk en rekke oppgaver, som blant annet dreide seg om å utarbeide og følge opp samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold HF og kommunene, avklare samarbeidsrelasjoner knyttet til overordnede, prinsipielle samarbeidsspørsmål og godkjenne felles rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling omkring felles pasienter (Ramsdal & Hansen, 2009). Utvalget skulle også legge til rette for felles opplæring av helsepersonell som kunne utfylle hverandre i tjenestene – herunder å stimulere til etablering av felles møteplasser på tvers av forvaltningsnivåene.

Samarbeidsavtalen skisserte tre virkemidler for arbeidet: For det første struktur og sammensetning for Administrativt Samarbeidsutvalg (heretter kalt ASU). Videre etablering av kliniske samarbeidsutvalg, og for det tredje opprettelse av et «Samhandlingsforum» som en bredere arena for dialog og diskusjon om samhandlingsutfordringer i fylket.

Enkelte problemstillinger peker seg ut i forhold til disse virkemidlene. Blant disse var avtalens status, i og med at den regulerte samhandling gjennom et *partnerskap*, viktig. Dette innebar at ASU med sekretariat ble organisert som en egen selvstendig enhet, gjennom bidrag fra partene (kommuner og helseforetak). Partnerskapsorganisering var på dette tidspunkt et relativt nytt begrep for å organisere samarbeidsrelasjoner i helsesektoren, men er etter hvert blitt en stadig mer vanlig måte å organisere slike relasjoner på mellom flere offentlige og private parter, og i forbindelse med samhandlingsreformen hevder Hansen, Helgesen og Holmen (2014, s. 108) at partnerskapstenkingen representerer en «*dypere endring i styringslogikken mellom stat og kommune*». Da de første årene med ASU-samarbeidet ble evaluert i 2009, konkluderte en med at Samarbeidsavtalen som arbeidet bygget på, var et godt fundament for videreutvikling av samarbeidsrelasjonene mellom helseforetaket og kommunene i Østfold (Ramsdal & Hansen, 2009). Rapporten pekte samtidig på fire utfordringer for det videre samarbeidet: avklaring av hva som mer konkret lå i begrepet partnerskapsorganisering, forankring for samarbeidet blant de ansatte både i kommunene og sykehuset, mer effektiv iverksetting av tiltak som ble besluttet i utvalget, og at kommunene skulle oppleve større grad av likeverdighet i relasjonene mellom kommunene og sykehuset (Ramsdal & Hansen, 2009).

Som nevnt var samarbeidsavtalen og de virkemidlene som ble lansert, en av modellene for den nasjonale strategien som ble vedtatt som en del av samhandlingsreformen. Flere av de utfordringene som evalueringen pekte på, ble senere bekreftet og utdypet i evalueringen av Samarbeidsavtalene i forbindelse med analysene av iverksettingen av reformen, etter at samarbeidsavtaler var blitt lovpålagt. Hansen et al. peker på at samhandlingsreformen inngår som en del av utviklingen mot en endret styringslogikk i forholdet mellom stat og kommune, mot et «*mer egalitært, forhandlende og partnerskapsbasert forhold*» (Hansen et al., 2014, s. 108).

Innenfor rammen av denne nye styringslogikken kreves en annen politisk og administrativ kompetanse om hvordan samarbeidsrelasjoner kan utvikles.

I evalueringen av samhandlingsreformen fant Kirchhoff, Grimsmo og Brekk (2015) at mens det generelle samarbeidet mellom sykehus og kommunene ble opplevd som godt, hadde ikke avtalene i seg selv vesentlig innflytelse på samarbeidsrelasjonene. Kommunene opplevde ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Den viktigste grunnen til dette synes å være at kommunene er mange, til dels små og med særegne behov der sykehuset fremstår som på et høyere kompetansenivå, og med en mer enhetlig strategi i forhold til avtalene (Kirchhoff et al., 2015).

Sett i lys av erfaringene fra Østfold kan en konstatere at det er gjennom langsiktig tillitskapende samarbeid en kan bedre relasjonene mellom helseforetak og kommuner. Dette er også en av konklusjonene i Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen (Norges forskningsråd, 2016, s. 52). I Østfold, etter at ASU var etablert som et viktig instrument i utviklingen av samarbeidsrelasjonene mellom sykehuset og kommunale helsetjenester, kom samhandlingsreformen etter hvert til å stille ytterligere krav til bedre samhandling mellom tjenestene. Innenfor den fragmenterte struktur som reformen har, er det først og fremst tre delstrategier jeg skal konsentrere meg om her: om «helhetlige pasientforløp», om innovasjonsprosesser knyttet til introduksjon av velferdsteknologi (i kommunene), og om arbeidet med forebyggende og sykdomsforebyggende arbeid. Et påfallende trekk er at disse strategiene i stor grad har skjedd adskilt, og som nevnt ovenfor har samhandlingsreformen kun fungert som en løs overbygning over disse strategiene.

14.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er hevdet å være den mest omfattende politiske strategi for å utvikle helsetjenestene i Norge de siste tiårene (Veggeland, 2013). Reformen har som overordnet mål å fremme utviklingen av en mer samordnet og helhetlig tjenesteyting, samtidig som en skal redusere veksten i helseutgiftene gjennom styrking av det helsefremmende og

forebyggende arbeidet (Helsedepartementet, 2009). Reformen betegnes som en «retningsreform», det vil si at den angir langsiktige mål og strategier innenfor en tidshorisont på flere tiår, samtidig som den er splittet opp gjennom flere delmål som hver for seg har blitt gjenstand for egne strategier og endringsprosesser.

Gjennomføringen av reformen forutsetter en bred mobilisering av en rekke aktører som arbeider innenfor ulike institusjonelle rammer. På flere områder forutsettes det derfor at en finner gode løsninger gjennom bruk av nye kunnskaper og introduksjon av nye teknologiske og organisatoriske nyvinninger. Hovedresonnementet som ligger bak reformen, er viktig: at en gjennom økt forebyggende og helsefremmende innsats skal redusere behovet for (kurative) helsetjenester og redusere antallet liggedøgn på sykehus gjennom å styrke lokalbaserte tjenester. Ved siden av å forbedre folkehelsen vil dette også være en måte å redusere utgiftene til helsetjenester på, hevdes det.

Samhandlingsreformen ble først lansert som en stortingsmelding av helseminister Bjarne Håkon Hansen i Nasjonal helse- og omsorgsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Den presenterte en tentativ, men mangfoldig strategi for bedre koordinerte helsetjenester. Den kan forstås som et normativt rammeverk for etableringen av en dialogprosess hvor målet var å forbedre helsetjenestenes evne til å etablere en sømløs ansvarsfordeling, å definere felles, overordnede mål, og å maksimere evnen til å yte rasjonelt koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13).

Stortingsmeldingen vektlegger tre utfordringer som helsetjenestene står overfor: fragmenterte tjenester for pasientene, manglende fokus på forebyggende medisin, og demografiske og epidemiologiske endringer som vil utgjøre en trussel mot samfunnets finansielle grunnlag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et av målene med reformen er bedre utnyttelse av spesialisthelsetjenestene ved å strømlinjeforme samhandlingen med kommunale tjenester og ved å øke spesialisthelsetjenestenes fokus på å implementere forløpsorienterte organisasjonsformer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13–16).

Utgangspunktet var å styrke helhetlige pasientforløp særlig for eldre brukergrupper, og at flere pasienter skal tas hånd om i primærhelsetjenestene

og eventuelt i hjemmet. Fokus i studiene av reformen har særlig vært styrking av forebyggende og helsefremmende tiltak i kommunene, og etablering av øyeblikkelig hjelp-funksjoner og lokalmedisinske tjenester i kommunene. For å sikre at flere pasienter blir behandlet utenfor sykehus, ble det også innført et kommunalt medfinansieringsansvar for sykehusopphold fra 2012. I dette lå også at kommunene ble påført et «straffegebyr» dersom ferdigbehandlede pasienter ikke ble tilbakeført til kommunen. Alt i alt var dette uttrykk for en utvikling der sykehus- og lokalbaserte tjenester skulle samordnes, og at presset på sykehusene skulle reduseres (Torjesen & Vabo, 2014).

Samhandlingsreformen representerte på mange måter et brudd – eller kanskje rettere sagt et foreløpig slutt punkt – i en prosess der statlige styringsinstrumenter endrer sammensetning og karakter (Ramsdal, 2012). I egenskap av å være en «retningsreform» identifiseres noen overordnede mål, og knytter legale, økonomiske og faglige retningslinjer til disse målene, men uten å være helt presis verken i målformuleringer eller i hvordan komposisjonen av statlige virkemidler ville bli utformet i løpet av reformarbeidet. Det som kan betegnes som reformdesignet – det vil si sammensetningen av mål og styringsinstrument i reformen – representerte en politisk innovasjon som reflekterer tilsvarende utforminger av velferdsstatlige reformer i mange vestlige land (Salamon, 2002; Peters, 2002). Det vektlegges at lokale aktører gis frihet i konkret utforming av tiltak og tjenester, at styringsinstrumenter anvendes fleksibelt og dynamisk, blant annet at det åpnes for justeringer og endringer av disse underveis i reformperioden. Styringsinstrumenter er både svært presist utformet i forhold til noen aspekter ved reformarbeidet, men samtidig reduseres eller avvikles andre krav til lokale aktører.

Anvendelse av raffinerte økonomiske styringsmidler overfor kommuner og helseforetak for å stimulere til endringer i pasientstrømmer kan være et eksempel på dette. Et av kravene som ble stilt, var å inngå avtaler mellom helseforetakene og kommunene, som nevnt foran basert på de erfaringene en hadde fra tre helseforetak og tilhørende kommuner – hvorav som nevnt foran Østfold var ett. Det samme gjelder kombinasjon av legale reguleringer som styrker pasientrettigheter samtidig som spesifikke profesjonskrav avvikles. Det siste, som betegnes som «avviklingen

av profesjonsprotokollen», skjedde ved at tidligere profesjonskrav som har betydning for kompetansesammensetningen i de kommunale tjenestene, generelt ikke lenger blir stilt – for øvrig i tråd med de forvaltningspolitiske prinsipper som ble lagt til grunn for kommunelovsrevisjonen fra 1991 (Kjellberg, 1991; Ramsdal et al., 2000).

Et overordnet prinsipp om relativ autonomi i organisering av tjenestetilbudet til helseforetak og kommuner er forankret i den generelle forvaltningspolitikken. Denne setter en ramme for statlige myndigheters muligheter til å anvende ulike styringsinstrument overfor tjenestene, samtidig som det åpner for lokale prosesser der en må utvikle nye tiltak og tjenester i samspill med andre aktører. Derved åpnes det for lokale og regionale innovasjonsprosesser innenfor de ulike delstrategier som til sammen utgjør reformdesignet.

Samhandlingsreformen innebar derved et nytt reformregime, med mange og komplekse mål, et mangfold av målgrupper, men også en mer helhetlig tilnærming til utformingen av lokale tjenester. Reformen var utformet med en blanding av hierarkiske og dialogiske styringsinstrumenter, mye i tråd med det som internasjonalt betegnes som et nytt reguleringsregime i velferdsstaten, preget av at en anvender kunnskapsbaserte styringsinstrumenter, som i sin tur er begrunnet med høy kompetanse hos iverksetterne (Hood & Margetts, 2007; van Zanten & Ramsdal, 2011; Pons & van Zanten, 2007). Derved kan et fokus på styringsinstrumenter innebære at en vektlegger innovasjonsperspektivet på reformer, der høy styringskompetanse hos statlige reformentreprenører pares med høy lokal iverksettingskompetanse. Oppgaven blir da å utvikle nye innovative lokale løsninger innenfor fleksible og dynamiske rammebetingelser gitt gjennom reformdesignet (Eliadis, Hill & Howlett, 2005; Lascoumes & Le Gales, 2007).

Lokalt har reformen utløst en rekke aktiviteter, preget dels av at «veien blir til mens vi går», dels av at en der måtte antesipere statlige insentiver og politiske signaler – som en forholder seg mer eller mindre lojalt til. Resultatet ble et mangfold av lokale og regionale endringsprosesser, som forutsatte en grunnleggende tillit mellom statlige myndigheter og lokale aktører. Oppsplittingen av samhandlingsreformen i ulike delstrategier reflekterte denne situasjonen, og mangfoldet og kompleksiteten i

de lokale iverksettingsstrategiene var et resultat av dette. Endringsprosessene knyttet til reformen var forventet å skje i komplekse samspill mellom ulike aktører, det skulle etableres nettverksorganisasjoner for iverksetting av ulike delstrategier, og maktrelasjonene innenfor helsesektoren – for eksempel mellom ulike profesjonsgrupper og mellom spesialisttjenester og lokalbaserte tjenester – ville potensielt kunne endres når nye løsninger for tjenesteyting skulle etableres.

14.4 Samhandlingsreformens strategier for utvikling av helsesystemet

Evalueringene som ble foretatt på oppdrag fra Forskningsrådet, fulgte lojalt sporene som det fragmenterte reform-designet inviterte til. De seks evalueringsprosjektene dreide seg om erfaringene med samarbeidsavtaler og pasientforløp (Grimsmo et al., 2013, 2015), om statlige virkemidler og kommunale innovasjoner (NOU 2011:11), samhandling og bruk av IKT (Toussant, 2016), helseeffekter og samfunnsøkonomiske problemstillinger (Hagen, McArthur & Tjerbo, 2013), reformens konsekvenser for eldre (Holmås, Monstad & Steskal, 2015), og reformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør (Schou, Helgesen & Hofstad, 2014). Forskningsrådets oppsummering av disse evalueringene konkluderte at *«kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen»* (Norges forskningsråd, 2016, s. 51). I forhold til vår analyse av utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i helsesektoren er det de underliggende tendenser i reformens ideologi og strategier som er mest interessant.

De tre delstrategiene som er nevnt foran, kan brukes for å belyse disse – og peke på utfordringene i tilknytning til å nå målet om mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester: å etablere effektive og faglig gode pasientforløp/logistikk, innføring av omsorgsteknologi/velferdsteknologi og helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid (folkehelsearbeid). Det viktige her er at det gjennom mange år både før og under arbeidet med samhandlingsreformen ble arbeidet for å fremme disse tre strategiene. For hvert av de tre valgte delstrategiene vil jeg derfor strukturere drøftingen slik: om koplingen til samhandlingsreformens

overordnede mål, den «historiske» utvikling av strategien, kunnskapen om innovasjonsprosesser knyttet til denne utviklingen, og utfordringer i det videre arbeidet med å utvikle nye, «innovative» løsninger. Etter min oppfatning er det tre av disse strategiene som vil ha særlig stor innvirkning på den fremtidige organisering av helsetjenestene innenfor «helssystemet»: utvikling av «prosessbaserte virksomhetsmodeller» – der helhetlige pasientforløp er i fokus – utvikling av teknologiske innovasjoner i kommunene eller i samspill mellom tjenester i helseforetak og kommuner – velferdsstetnologi, og den sterkere fokusering på folkehelsearbeid – helsefremmende og sykdomsforebyggende strategier. Det er særlig tilknytningen til allerede institusjonaliserte ordninger innenfor disse tre strategiene jeg skal konsentrere meg om. Hvilken «historie» har disse, og hvilke utfordringer står en overfor i den fremtidige utviklingen av disse strategiene?

14.5 Pasientforløp: «eksogen standardisering og endogen innovasjon»

To formuleringer i St.meld. nr. 47 kan danne grunnlag for drøftingen av denne delstrategien: På den ene siden heter det: «*Gode, helhetlige pasientforløp bør i større grad ... bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten*» (Helsedepartementet, 2009, s. 14). Men i neste omgang sies det også at: «*Hva som er gode pasientforløp vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag*» (Helsedepartementet, 2009, s. 15). Derved illustreres utfordringene utviklingen av pasientforløp og behandlingslinjer som delstrategi som reformen står overfor.

På den ene siden er pasientforløp et sentralt begrep i reformen. Det umiddelbare formålet med å konseptualisere behandling i tråd med forløpsmodeller er å presisere pasientrollen og å integrere pasienten i beslutningsprosesser, både på et individuelt plan og på aggregert nivå, og i utviklingen og finjusteringen av behandlingsforløp (Helsedepartementet, 2009, s. 47). På individnivå er inkluderingen av pasienten i behandlingsforløpet ment å legge til rette for bedre koordinering mellom tjenesteytere slik at et helhetlig behandlingsprogram kan utvikles

når det er nødvendig. Det finnes allerede et slikt instrument, Individuell Plan, og pasientforløp er derfor å betrakte som et redskap på systemnivå, heter det i stortingsmeldingen. På systemnivå fungerer pasientforløp som en fellesnevner som definerer standarden for utformingen av samhandling mellom aktører og for hvordan finansielle insentiver skal utformes. I tillegg vektlegger meldingen betydningen av å dyrke frem en organisasjonskultur som bygger på en felles forståelse av hver profesjons- og organisasjonsmessig komponent som del av behandlingsforløpet. Utviklingen og evalueringen av spesifikke behandlingsforløp bør være inkluderende prosesser hvor et bredt tilfang av stakeholders inviteres til å delta, heter det (Helsedepartementet, 2009, s. 48).

Som det pekes på i meldingen, er formalisering av standardiserte pasientforløp et av de viktigste kjennetegn ved en moderne helsetjeneste, og det pekes ganske riktig på at:

«... spesialisthelsetjenesten har i de siste årene arbeidet med å utvikle gode pasientforløp/behandlingskjeder, men dette har ofte vært begrenset til det som skjer innad i det enkelte sykehus. Et viktig utviklingstiltak må være at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. I dette arbeidet må det skapes en arena der kommunalt nivå og foretakene er likeverdige partnere, herunder forutsettes at kommunene må ha nok faglig tyngde til å kommunisere og sette krav til sykehusene. Når forløpene legges til grunn vil spesialisthelsetjenesten måtte reorganisere sine strategier og planer og tydeligere legge pasientperspektivet til grunn. Pasient- og brukerorganisasjoner må trekkes inn i prosessene for å videreutvikle både metodikk og innhold.» (Helsedepartementet, 2009, s. 112–113)

Bakgrunnen for utvikling av standardiserte pasientforløp er å finne i utviklingen av evidensbasert medisin (Muir Gray, 2001). Allerede i 1972, i forbindelse med stortingsmeldingen St.meld. 9 (1973–74) om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen, ble det, slik Berg (2009) formulerer det, forutsatt at medisinsk behandling og omsorg «i stigende grad ville bli «brutt ned» til standardiserte, stadig mer presist beskrevne, tjenester eller prosedyrer». Berg peker på at dette antesiperte den «evidensbaserte» eller kunnskapsbaserte medisin; «ja, den industrialiserte klinikk, eller i hvert fall spesialistklinikk» (Berg, 2009, s. 435). Standardisering ble begrunnet

med at det ville legge grunnlag for overvåking og ledelse av tjenesteytelser, og for å kunne nivåplassere de ulike helsetjenestene. Det ble også påpekt at det var hensiktsmessig å etablere ulike flerfaglige råd. Disse rådene ble etter hvert ikke bare etablert på nasjonalt nivå, men i de ulike helsedistriktene (Berg, 2009, s. 436). I Østfolds tilfelle hadde dette likhetspunkter med de kliniske utvalg som ble opprettet under Administrativt Samarbeidsutvalg.

Innenfor (somatisk) medisin har en opplevd en eksplosjon av standardiserte forløp som anbefalinger (og internasjonalt i økende grad også som faglig-medisinske pålegg) i form av guidelines, protocols, clinical pathways etc. – det som kan forstås som en global, *eksogen standardiseringsprosess* (Timmermans & Berg, 2003). I et organisasjonsteoretisk perspektiv er det interessant å konstatere at dette innebar formaliserte atferdsnormer i tråd med byråkratiske styringsprinsipper, på den annen side kombineres dette med et økende krav til evidensbasert medisinsk kunnskap. Dette har internasjonalt fått betegnelsen «scientific-bureaucratic medicine» (Chan, Morton & Schelke, 2004; Harrison, Moran & Wood; 2002, Ramsdal & Ramsdal, 2007). Denne særegne kombinasjonen av byråkrati og (medisinsk-faglig) vitenskap fremmer først og fremst et positivistisk-naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag (gjennom vektlegging av såkalte RCT-studier som det mest legitime kunnskapsgrunnlag for evidensbaserte behandlingsopplegg) (Grimen & Terum, 2009). Videre er de standardiserte forløpene som utarbeides, et uttrykk for ønske om å forhindre at profesjonell autonomi (særlig for leger) medfører så store variasjoner i behandlingen at det påvirker kvaliteten på helsetjenestene – ved at behandlingen av likeartede sykdommer blir for stor (Timmermans & Berg, 2003; Panella, Marchisio & Di Stanislao, 2003).

Erfaringene viser at behandlingslinjer – fra dette utgangspunktet i et relativt avgrenset nedslagsfelt knyttet (særlig) til somatiske lidelser og behandlingsopplegg innenfor sykehus – har ekspandert både mht. medisinsk anvendelsesområde og ved at en har gått ut over sykehusenes vegger og inn mot samhandling og samarbeid i pasientbehandling på mer generelt grunnlag – ikke minst i forhold til samspillet mellom sykehus og lokale helsetjenester. Dette innebærer at betegnelsen behandlingslinjer/pasientforløp dels kan forstås som medisinsk-faglig atferdsregulering

i et relativt avgrenset rom, dels som bredt anlagte, men standardiserte prosedyrer for kompleks samhandling mellom ulike tjenester – det som vi tidligere betegnet som «collaborative management». Ekspansjonen av «pakkeforløp» som helsepolitisk strategi i Norge er en måte å legge til rette for bredt definerte forløp innenfor en rekke ulike diagnoser, også i psykiatri- og rustjenestene (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>).

Utfordringene knyttet til pasientforløp

Fra et innovasjonssynspunkt er sitatet ovenfor om at en må etablere «gode pasientforløp avhengig av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag» et uttrykk for at behandlingslinjer/pasientforløp som reformstrategi må anses som et programmatisk og generelt formulert mål. Det var gjennom arbeidet med å operasjonalisere dette målet i forhold til *ulike forløp i lokale sammenhenger* utfordringene kom til uttrykk. Det skyldes at behandlingsforløp må sammenkople a) et globalt kunnskapsgrunnlag (helst basert på evidensbasert vitenskapelig kunnskap), b) teknologier for å etablere prosedyrer/guidelines (i praksis IT-baserte standardprogrammer) og – helt sentralt for at slike behandlingslinjer skal fungere i praksis – c) en lokal utforming der prosedyrene setter navn på de aktiviteter/aktører/tjenesteenheter osv. som faktisk skal reguleres gjennom de standardiserte prosedyrene. En må med andre ord utarbeide egne prosedyrer for forløp basert på bestemte pasientgrupper eller diagnoser, disse må koples opp mot (IT-baserte) programmeringer, og de må begrunnes i forhold til et kunnskapsgrunnlag som aksepteres som legitimt i en lokal kontekst (Ramsdal & Ramsdal, 2007; Fineide & Ramsdal, 2014).

I vår sammenheng vet vi at Sykehuset Østfold HF var en av pionerene i Norge på satsing av behandlingslinjer (Fineide, 2012; Sundstøl, 2008; Finnanger & Sletvold, 2006; Ramsdal & Ramsdal, 2007), og samhandlingsreformen innebærer primært en støtte til videreutvikling og raffinering av perspektivet – særlig ved at det ekspanderes til samhandlingsprosedyrer mellom sykehus og lokale/kommunale tjenester. Samtidig bekrefter erfaringene fra regionen behovet for en viss nøkternhet

i utformingen av behandlingslinjer. Svært ofte viste det seg at implementeringen møtte på motstand og likegyldighet fra helsepersonellet side. Dette er også internasjonale erfaringer: Det amerikanske føderale senter for kvalitetsutvikling i helsetjenesten betegnet i 2000 det som en «avgrunn» mellom mål og praksis i anvendelsen av standardiserte prosedyrer i pasientbehandlingen (Sacket, Rosenberg, Muir Gray, Haynes & Richardson, 1996). Andre studier har vist at det er store variasjoner mellom ulike deler av helsesektoren og diagnosegrupper når det gjelder implementering av behandlingslinjer (Scheuer, 2003). Hovedproblemet er å etablere et troverdig kunnskapsgrunnlag for å kunne etablere prosedyrer, og ikke minst å sikre implementering av disse. Den mest kjente analysen av behandlingslinjer påpeker at ca. 70% av behandlingslinjer som er etablert i USA, ikke anvendes i praksis (Timmermans & Berg, 2003). På den annen side synes utforming av mer generelle samhandlingsprosedyrer å ha god effekt både ved å bedre samarbeidsklimaet mellom aktørene i sektoren og ved at en etter hvert utvikler gjensidige forventninger til ryddige prosesser i forbindelse med pasientens bevegelser mellom ulike deler av tjenestene (Ramsdal & Hansen, 2009).

Evalueringen av samhandlingsreformens strategi for å implementere helhetlige pasientforløp konkluderer paradoksalt nok med at for noen pasientgrupper har etablering av pasientforløp ført til mer oppstykkede helsetjenester (Norges forskningsråd, 2016, s. 30). En av de viktigste konklusjonene i evalueringen av reformen er at det viste seg et skille mellom sykehusenes fokus på diagnosebaserte forløp, men at disse ikke uten videre fungerte i kommunene, som har en tilnærming der pasienters og brukers *funksjon* er viktigere for det lokale helsearbeid (Grimsmo, 2013; Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). I Norges forskningsråds oppsummering av evalueringene av reformen heter det ganske tydelig om dette: «*Diagnosespesifikke pasientforløpsbeskrivelser har vist seg uhensiktsmessige for samhandlingen mellom foretak og kommuner fordi de aller fleste pasienter som skrives ut fra sykehus med behov for kommunale tjenester, har multisykdom. Forløpsbeskrivelsene bør derfor gjøres diagnoseuavhengige*» (Norges forskningsråd, 2016, s. 31).

Det som skaper et *innovasjonsbehov* knyttet til behandlingsforløp, kan derved identifiseres på to dimensjoner: For det første legger målet om at

helsesektoren skal gjennomsyres av forløpstenkning, grunnlag for utarbeidelse av et utall prosedyrer, basert på ulike mål/målgrupper/diagnoser, og med ulike faglige og organisatoriske nedslagsfelt. Særlig er innovasjoner i skjæringspunktet mellom moderne helseteknologi og ulike behandlingsopplegg tilpasset der kunnskapsfronten befinner seg til enhver tid, nødvendige for at målet skal nåes. Dette tilsier at det vil være behov for ulike former for prosesskompetanse knyttet dels til IT-teknologi, dels til organisasjon og ledelse – noe ikke minst private konsulentselskap har muligheter til å tilby. *I tillegg* vil det (dersom denne strategien realiseres etter sine intensjoner) være et nytt kompetansefelt å kunne samordne samhandlingsprosedyrene, med andre ord behov for organisatoriske innovasjoner som kan bidra til et overordnet perspektiv på ledelse og styring av arbeidsprosesser.

Et aspekt ved samhandlingsreformens fokus på pasientforløp er at det reflekterer et nytt paradigme i organisering av helsetjenester basert på verdikjedetenkning, importert fra private produksjonsbedrifter (Ramsdal & Skorstad, 2004; Skorstad & Ramsdal, 2009/2016). I forhold til diskusjonen om konseptualisering av det nye sykehuset i Østfold var, som vist i kapittel 12, «verdi-kjede» en av tre ulike organisasjonsformer som ble lagt til grunn i strukturering av sykehuset, men her primært forstått som organisering av arbeidsprosesser innenfor sykehusets vegger.

14.6 Velferdsteknologi

Den andre delstrategien dreier seg om behov for nye teknologiske løsninger til brukere, primært i eget hjem, omsorgsboliger eller sykehjem. Disse løsningene er knyttet til et hovedpoeng i samhandlingsreformen: at en ikke vil kunne ivareta de mange eldre/mennesker med pleie- og omsorgsbehov i kommunene uten at en tilfører større kapasitet i støttefunksjoner innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Ettersom rekruttering av pleie- og omsorgspersonell vil være en knapphetsressurs i fremtiden, vil innføring av ny teknologi – i hjemmet og innenfor ulike nivåer av pleie- og omsorgstjenester – være nødvendig for at reformen skal kunne realiseres.

I samhandlingsreformen pekes det på at en har arbeidet med å utrede på hvilken måte, og i hvilken grad, ny velferdsteknologi kan ivareta disse

målene, og arbeidet med å fastslå omfanget og karakteren av ny teknologi er særlig blitt forankret i det såkalte Hagen-utvalgets innstilling som ble offentliggjort i 2011.

I forlengelsen av samhandlingsreformen ble det tatt initiativ til en egen utredning om *Innovasjon i Omsorg* (Hagen-utvalget) (NOU 2011:11). Det ble i mandatet lagt særlig vekt på fire overordnede temaer knyttet til: ny teknologi; arkitektur og nye boformer; brukerinnflytelse; egenmestring og FoU. I tillegg ble det vektlagt et forebyggingsperspektiv som vi kjenner igjen fra samhandlingsreformen.

Utvalget peker på at den opprinnelige etableringen av omsorgssektoren i seg selv må sees på som en av samfunnets mest omfattende innovasjoner, og at det derfor ikke fremstår som noe nytt at man vil møte nye utfordringer med et systematisk innovasjonsprogram. De peker spesielt på «*at det er i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn noe av den mest spennende fornyelsen kan komme til å skje i årene som kommer*» (NOU 2011:11, s. 13).

Utvalget valgte å konsentrere seg om temaer som ikke er like godt dekket, eller som ligger utenfor tidsperspektivet i tidligere utredninger.

Som en illustrasjon og praktisk innfallsvinkel har man tatt utgangspunkt i tre av de vanligste problemene omsorgstjenestene møter: fall, ensomhet og kognitiv svikt. Disse påvirker hverandre gjensidig og berører de fleste fagområder i sektoren. En annen utfordring som utvalget vil belyse, er internasjonale trender som går i retning av internasjonalt personellmarked, fremveksten av internasjonale tjenesteyterkonsern og økende pasient- og brukermigrasjon. Det het også at utfordringene «*må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle mye former for engasjement og deltakelse fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter*» (NOU 2011:11, s. 14).

I utredningen heter det også at omsorg gjennom hele livsløpet for alle forutsetter en «*helhetlig institusjonalisering av synergimekanismer*», nedbygging av funksjonshemmende barrierer i samfunnet og en helhetlig og aktiviserende/mobiliserende seniorpolitikk. Stikkord var brukerstyring og aktiviserende teknologi/teknisk utforming, tilpasning til funksjonsevne i retning av høyest mulig grad av brukerautonomi og

mobilisering av pårørende/frivillig sektor. «Næromsorg» betegnes som «den andre samhandlingsreformen», og utvalget sier at «*Den andre samhandlingsreformen handler like mye om å mobilisere ressurser og setter samspillet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten*». Dette skal gjøres ved å etablere «alternative arbeidsmetoder, driftsformer og organisering som utfordrer til medborgerskap» (NOU 2011:11, s. 17). Dette forutsetter i sin tur en «*nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap mellom offentlig og frivillig virksomhet, nye driftsformer, brukerstyrte ordninger, nye metoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, gruppetodikk, kultur og trivsel, ny pårørendepolitikk, organisering av tjenester mot familie og nærmiljø, hjemmetjenester, åpne institusjoner og nettverkssamarbeid*» (NOU 2011:11, s. 17).

Hagen-utvalgets innstilling skapte et klima for et stort antall lokale prosesser der en utredet og prøvde ut ulike teknologiske løsninger. Stortingmeldingen ble også fulgt opp av en fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030 fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012). Utredningen var en utdyping og konkretisering av Hagen-utvalgets forslag om en «Teknoplan 2015», og er en bred gjennomgang av de mulighetene og utfordringene en står overfor i realiseringen av planen. Utredningen lanserte en rekke anbefalinger og tiltak, og foreslo en nasjonal satsing på velferdsteknologi som burde rettes mot kommunale tjenester og helsefremmende og forebyggende arbeid. Denne er senere realisert.

Utfordringer knyttet til innføring av velferdsteknologi

De innovasjonene som er aktuelle i forhold til etablering av mer effektive og kvalitativt bedre pleie- og omsorgstjenester, dreier seg dels om ny IT-basert teknologi som støtter opp om den enkelte brukers daglige gjøremål, pasientbehandling eller tjenesteinnovasjon – organisatoriske innovasjoner knyttet til å organisere arbeidet mer effektivt ut fra økonomiske og faglige hensyn. Tjenesteinnovasjon på dette feltet vil ofte ha preg av de samme tilnærmingene – logistikk og forløpstenkning – som

det en ser i det foregående punktet – og møte mange av de samme utfordringene (Bjørkquist & Ramsdal, 2014). Behovet for ny teknologi innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren er klart erkjent, men konkretiseringen av denne teknologien, dens rolle og omfang innenfor nye lokale rammebetingelser (de kommunale pleie- og omsorgstjenestene) er en stor utfordring. Som også Hagen-utvalget påpeker, knytter det seg etiske utfordringer til anvendelse av teknologiske løsninger innenfor hjemmet eller i forhold til tjenester til pasienter, og møtet mellom ny teknologi og profesjonelt pleie- og omsorgsfaglig arbeid vil også innebære etiske og profesjonelle utfordringer. Innføring av ny teknologi skjer i spennet mellom «teknologioptimister» og «profesjonspessimister», der de sistnevntes problematisering av faglige og etiske utfordringer, sammen med manglende kompetanse i å håndtere ny teknologi, ofte vil representere barrierer for å ta i bruk det potensialet som teknologiske kunnskaper representerer, slik et ensidig teknologisk perspektiv kan innebære.

Et hovedproblem ved innføring av ny teknologi/tjenesteinnovasjon er forholdet mellom det markedet – gjennom et utall produsenter – kan tilby av velferdsteknologi, og det behovet som defineres av brukere/innkjøpere – enten det dreier seg om mennesker med behov for teknologiske støttefunksjoner, deres pårørende eller de lokale tjenestene. Det potensialet markedsbaserte teknologiske løsninger representerer, utvides stadig, delvis gjennom omfattende globale nettverk som f.eks. «Living Lab»-bevegelsen (<http://www.livinglabproject.org>). På sett og vis er innovasjonsperspektivet på velferdsteknologi ikke primært de teknologiske løsningene i seg selv, men de kopleingene som skjer mellom tilbydere og innkjøpere – der innovasjonsreisen fra teknologi til implementering er det primære. I lokal sammenheng studerte vi lokale innovasjonsreiser knyttet til et omfattende prosjekt for innføring av velferdsteknologi i to kommuner, Sarpsborg og Fredrikstad. Dette prosjektet – eSenior – var et Interreg-prosjekt ledet av Borg Innovasjon og fire kommuner (Gøteborg og Oslo i tillegg til de to foran nevnte). Et av funnene var at det var store utfordringer å ivareta målet om at brukerne og pårørende skulle delta som likeverdige parter i utviklingen av den nye velferdsteknologien som ble introdusert (Bjørkquist, Ramsdal & Ramsdal, 2015).

14.7 Helsefremmende og forebyggende arbeid - folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid har lange tradisjoner i Norge og andre nordiske land, og har historisk utviklet seg fra et sektorspesifikt arbeid i helsesektoren til et mer allment perspektiv – manifestert gjennom begrepet om helsefremming og forebyggende arbeid: «helse i alt vi gjør». Denne bevegelsen har endret synet på hvilke mål og oppgaver som skal ivaretas gjennom folkehelsearbeidet, og det har de siste årene skjedd en gradvis tilpasning av lovverket til disse nye perspektivene. Samhandlingsreformen innebærer et foreløpig sluttpunkt i denne prosessen, og et element i reformen har vært beslutningen om et nytt lovgrunnlag for lokale folkehelsearbeid, gjennom ny folkehelselov gjeldende fra 2012. I den nye folkehelseloven legges ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene som sådan og ikke til en bestemt sektor. Det lokale folkehelsearbeidet skal være tverrsektorielt – derved altså omtalt som «helse i alt vi gjør» (Prop. 90 L (2010–2011)). Loven vektlegger et sektorovergripende ansvar hvor et sosiologisk kunnskapsperspektiv legges til det eksisterende helsevitenskapelige kunnskapsperspektivet (Hauge & Mittelmark, 2003).

Lovreguleringen på folkehelseområdet gjennomføres av et forebyggingsfokus. Dette skal sikre at helse spørsmål også tas hensyn til på områder utenfor de rent helsepolitiske, hvilket også bidrar til å sikre «helse i alt vi gjør». I tillegg til et slikt sektorovergripende prinsipp er det å bekjempe sosial ulikhet, bærekraftig utvikling, føre var-prinsippet og medvirkning også sentrale verdier i den nye folkehelseloven og som myndighetene har som mål skal prege utviklingen fremover (Prop. 90 L (2010–2011)).

Et overordnet mål for folkehelsepolitikken er å øke antall forventede leveår med god helse for befolkningen som helhet. Et annet er å redusere sosial ulikhet i helse (Helsedepartementet, 2003). Det siste krever at oppmerksomheten må rettes mot bakenforliggende faktorer og fordelingen av disse, heter det. Oppvekstbetingelser, risikofaktorer i arbeidsmiljø og effekten av sosial og økonomisk betinget helseatferd er eksempler på noen slike faktorer (Prop. 90 L (2010–2011)).

Nasjonale myndigheter har gitt fylkeskommunen ansvaret for å være pådriver med hensyn til å gjøre folkehelse spørsmål til en integrert del

av andre politikkområder og at folkehelse inngår i det generelle arbeidet med samfunnsplanleggingen. Samtidig har en understreket at også sykehusene har en viktig rolle i forebyggende arbeid. Folkehelsearbeidet er da tenkt å skulle forankres i de ordinære plan- og styringsdokumentene. Et slikt fokus på «helse i alt vi gjør» hevdes å være en forutsetning for å kunne møte helseutfordringene før de gir seg utslag i sykdomsutvikling. Loven viser slik sett at man legger til grunn et påvirkningsperspektiv der man er opptatt av gode oppvekst- og levevilkår og av å legge til rette for sunn livsstil, deltakelse og trygghet. Dette gjenspeiles også i strategier som «levende», «sunne», «trygge» og «rettferdige lokalsamfunn». Det å innta et påvirkningsperspektiv skal bidra til å tydeliggjøre sammenhengen mellom faktorer og den sosiale fordelingen av disse faktorene som påvirker helse. Dette skiller seg fra det tidligere rådende sykdomsperspektivet hvor man tok utgangspunkt i bestemte sykdommer eller tilstander.

Prinsippet om «helse i alt vi gjør» innebærer også en horisontal styring av helse (Kickbusch, 2010). Dette er en del av en mer generell trend hvor mer horisontale styringsmekanismer erstatter eller supplerer allerede eksisterende hierarkiske styringssystemer (Hill & Hupe, 2009). Offentlige virksomheter må jobbe på tvers av saksfelt eller portefølje for å nå felles mål og en samlet respons på bestemte saker. En slik *whole-of-government*-tilnærming (WOG) vil blant annet si at organisert samarbeid mellom ulike deler av forvaltningen, særlig mellom ulike enheter på samme nivå, kommer som en reaksjon på silotenking i offentlig sektor (Christensen & Læg Reid, 2006). Mye av folkehelsepolitikken er desentralisert ved lov. I tillegg benyttes mer resultatkontroll og mindre kontroll av regjefølgning slik at lokale myndigheter i større grad kan velge virkemidler og tiltak ut fra lokale behov og utfordringer. Men dette er en svak form for regulering (Bjørkquist, 2012; Ramsdal, 2012).

Folkehelsearbeid har de siste tiårene generelt vært betraktet som en relativt marginal aktivitet i de fleste kommuner, med lav status og manglende operasjonelle mål og virkemidler (Ramsdal & Aarvak, 2000). Det har derfor lenge vært ansett som nødvendig å vitalisere folkehelsearbeidet i kommunene. Gjennom samhandlingsreformen vektlegger statlige myndigheter nettopp innsats med hensyn til lokale utfordringer. I henhold til den nye loven om folkehelse har fylkeskommunen et overordnet

ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket. Løpende helseovervåking blir et sentralt virkemiddel regionalt og lokalt for å få kunnskap om sykdomsutbredelse og risikofaktorer. For å sikre at folkehelseperspektivet er ivaretatt i regionale og kommunale planer, er Fylkesmannen bedt om å foreta en vurdering av regionale og lokale folkehelseutfordringer slik at helseperspektivet kan ivaretas i konsekvensutredninger. Dette innebærer å inkludere en vurdering av helsemessige konsekvenser – folkehelse og sosial ulikhet i helse – av kommunal virksomhet i planverket (Helsedirektoratet, 2012). Noen kommuner har allerede vedtatt at folkehelsekonsekvenser skal inn i alle saksfremlegg.

Kommunene har ansvaret for å skaffe slik oversikt over helsetilstand og over faktorer som påvirker helsen. Nasjonalt utformede folkehelseprofiler skal støtte kommunene med å skaffe seg slik oversikt. Arbeidet skal knyttes til identifisering av viktige helseutfordringer og videre som grunnlag for planstrategier, målutforming og tiltak for å bedre folkehelsen lokalt. Folkehelseloven vektlegger fylkeskommunenes ansvar med hensyn til å «bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen» (§1).

Folkehelseprofilene er et ledd i utviklingen av et kunnskapsgrunnlag for folkehelse, i den forstand at helseprofilene utgjør en kartlegging av den enkelte kommunens utfordringer, og skal være et grunnlag for hva gjeldende kommune bør gjøre noe med, både på kort og lang sikt. De er ment å være et virkemiddel for å finne frem til tiltak som vil gi et bidrag til vesentlig forbedring av folkehelsen. Utgangspunktet for temaområder i helseprofilene er kjente folkehelseutfordringer. Lokalt vil informasjonen være begrenset av hva som er tilgjengelig statistikk på området.

Utfordringer knyttet til folkehelsearbeid

Det er viktig å merke seg at arbeidet med å styrke lokalt folkehelsearbeid ble koplet til samhandlingsreformen primært gjennom den nye loven som ble vedtatt i 2009. Samtidig har folkehelsearbeid og forebyggende arbeid hatt en tvetydig status i kommunenes arbeid på dette feltet: På den ene siden har en etablert sterkt institusjonaliserte og trygt forankrede virksomheter som helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og forebyggende helsearbeid mer generelt. Her har det skjedd en langsom

endring i arbeidsformer og faglige tilnærminger – helt siden helsestasjonsarbeidet ble reformert i 1970-årene (Jákupsstovu & Aarseth, 1996). Men denne forankringen har vært problematisk, og den andre siden av forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid – det som er sektornøytralt og bygget i større grad på sosiologiske og epidemiologiske perspektiver – har hatt en langt mer problematisk vei inn i de kommunale virksomheter. Dette arbeidet – ofte betegnet som «det nye folkehelsearbeidet» og «helsefremmende» aktiviteter som friskvård – har ofte vært gjennomført ved hjelp av statlig finansierte prosjekter med relativt svak forankring i de lokalpolitiske miljøene, og med til dels store problemer med å skape arbeidsformer på tvers av sektororganisasjonene i kommunene (Røise-land, 1999; Ramsdal & Aarvak, 2000). Folkehelseloven fra 2012 forutsetter at kommunene skal utarbeide oversikter over lokal helsetilstand, og det arbeides nå med å bygge opp databaser som kan gi kommunene disse kunnskapene. Et hovedproblem er imidlertid at kunnskapene om helse-tilstander og årsaksfaktorer for folkehelseproblemer er langt større enn oppmerksomheten og kunnskapene har vært om hvilke organisatoriske og relasjonelle forhold som representerer barrierer som må overvinnes for at folkehelsearbeidet skal bli effektivt. Det har derfor vært ansett som essensielt å legge forholdene til rette både for en mer offensiv folkehelsepolitikk i kommunene gjennom nytt lovverk og for å operasjonalisere arbeidet på måter som gir grunnlag for økt oppmerksomhet og effektivitet i dette arbeidet.

Samhandlingsreformen legger opp til at det styrkede kommunale ansvaret for folkehelsearbeidet skal utløse nye former for samarbeid og samordning både horisontalt i kommunene og i interaksjonen mellom kommunene og ytre helse- og sosialaktører, dvs. NAV, spesialisthelsetjenesten, brukere, pårørende osv. Reformens gjennomgående tosidighet kommer også her dels til uttrykk som eksogene standardiseringskrefter i form av regulert samordning, dels som systemiske insentiver til endogen innovasjon, spesielt mht. organisering og utarbeiding av nye prosessløp.

Som nevnt har en etter hvert fått en erkjennelse av kompleksiteten og omfanget av folkehelseproblemer. Internasjonalt blir utfordringene folkehelsen representerer, noen ganger benyttet som eksempel på det en betegner som mer grunnleggende problemer i velferdsstaten, det vil si

problemer som ikke har entydige årsaksforklaringer, der mål er komplekse og mangfoldige, og der instrumentelle metodikker og verktøy ikke (så lett) lar seg anvende (Rittel & Webber, 1973; Norman, 2009).

Til tross for dette er det liten tvil om at behovet for å etablere operasjonelle metodikker som kan anvendes til å forenkle og strukturere folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid, har medført at en utvikler stadig flere relativt avgrensede organisatoriske verktøy som kan benyttes for å håndtere det lokale arbeidet.

14.8 Diskusjon

Den gjennomgåelsen av samhandlingsreformen og de tre utvalgte temaene innenfor rammen av denne reformen som er presentert foran, viser at det er grunnlag for å konsentrere analysene om det som vi betegner som «interaktive prosessperspektiv». Her fremheves nettopp betydningen av å forstå hendelsesforløp knyttet til innovasjoner i komplekse relasjoner mellom ulike aktører, der særlig samspillet mellom handling og organisatoriske egenskaper er i fokus (Slappendel, 1996). Samhandlingsreformen er en politisk reform, som danner en overbygning og – i en viss grad – en premiss, for de innovasjonsprosessene som nå skjer. Som politisk reform er imidlertid ikke samhandlingsreformen kontekstuavhengig – tvert imot er den mer å anse som et forsøk på å samle en rekke endringsprosesser i helsesektoren (og også sektoruavhengige prosesser) innenfor en løst definert ramme. Sett fra et innovasjonsperspektiv er imidlertid disse prosessenes historie eldre enn reformen, og vi har i de tre avsnittene om disse temaene prøvd å vise at de hver for seg innebærer koplinger både i tid og rom til innovasjonsprosesser som har startet lenge før reformen gjorde disse temaene kopledd til en overordnet politisk strategi. Når vi har hevdet at samhandlingsreformen kan forstås som en politisk innovasjon, har dette sammenheng nettopp med dens karakter av retningsreform, der ulike virkemidler og nye organisatoriske og teknologiske løsninger forutsettes implementert for i et langsiktig tidsperspektiv å skape en bedre helsetjeneste. Vi har betegnet dette som et uttrykk for et nytt styringsregime, «new governance», kjennetegnet ved et komplekst samspill mellom ulike delstrategier i ulike lokale innovasjonsprosesser (Ramsdal, 2012).

Jeg har konsentrert meg om noen av disse delstrategiene der det etter min oppfatning kan identifiseres relativt klart definerte innovasjonsstrategier. Samtidig er det et fellestrekk ved disse strategiene at målene er løst definert, og at de inviterer til interaktive innovasjonsprosesser i tråd med det perspektivet som er presentert foran som det Slappendel (1996) betegnet som det «tredje» perspektivet innenfor analyser av innovasjoner i organisasjonsteoretiske sammenhenger. Innenfor denne generelt formulerte rammen har imidlertid hver delstrategi sitt særpreg, og de adresserer ulike kunnskaps- og tjenestefelt innenfor sektoren.

Arbeidet med å etablere prosessbaserte virksomhetsmodeller i form av *pasientforløp* innebærer anvendelse av kunnskapsgrunnlag som i seg selv er flertydige. Vi har hevdet at denne utviklingen er del av en tung trend innenfor helsesektoren, betegnet som fremveksten av «scientific-bureaucratic medicine». Kunnskapsgrunnlaget for denne tradisjonen er imidlertid mangfoldig og til dels omstridt, i og med at en kombinerer i den praktiske innovasjonsprosessen (i hvert fall) tre ulike kunnskapsfelt som hver er gjenstand for en rivende utvikling: medisinsk-faglig kunnskap, IT-teknologi og standardiserte guidelines forankret i Business Process Reengineering-tradisjonen etter Porter (1979) og Porter og Teisberg (2006).

Et viktig poeng er at denne kunnskapsmiksen varierer blant annet avhengig av hvilket helsefaglig arbeidsfelt og geografisk lokasjon en taler om, og i praksis vil en innenfor rammen av det bredt definerte området som prosessbaserte virksomhetsmodeller representerer, finne rom for et utall innovasjonsprosesser. I arbeidet med å standardisere samhandlingsmodeller må en kople globale kunnskaper og lokale kontekster for at en skal kunne etablere konkrete forløp (Ramsdal & Ramsdal, 2007). Disse innovasjonsprosessene berører derfor en rekke (potensielle og aktuelle) aktører, og preges ofte av usikkerhet om kunnskapsgrunnlag og noen ganger konfliktfylte beslutninger om design og implementering. Et kjennetegn er også at innovasjonsprosessene preges av at en gjennom organisatorisk læring re-designer, modifierer og reformulerer den opprinnelige forløpsmodellen (Fineide, 2012; Scheuer, 2003).

Det forsterkede fokus på utviklingen av *omsorgsteknologi* representerer et annet kunnskapsfelt som inviterer til lokale innovasjonsprosesser. Også her er imidlertid fragmentering, usikkerhet og ambivalens et kjennetegn.

Fremveksten av omsorgsteknologi er nå preget av en global teknologioptimisme, manifestert gjennom EU-strategien for Innovation 2010, og ulike internasjonale nettverk der universiteter, næringsliv og helseprofesjoner samarbeider – et eksempel kan være «Independent Living»-bevegelsen, som også har koplinger til norske aktører (<http://www.livinglabproject.org>). I norsk sammenheng er NOU 2011:11 Hagen-utvalgets innstilling et uttrykk for en bredt definert, pragmatisk nasjonal strategi, som har vært et viktig grunnlag for iverksettingen av samhandlingsreformen. Bakgrunnen for dette er at en forutsetter dels at antallet eldre og pleietrengende som bor hjemme vil øke sterkt, ikke bare av demografiske grunner, men også fordi samhandlingsreformens mål om at «spesialisttjenestene skal bli mer spesialiserte» innebærer at utskrivningsklare pasienter vil ha et større medisinsk, pleie- og omsorgsbehov enn tidligere. Mangel på pleiepersonell og kompetanse i kommunene vil, hevdes det, gjøre det påtrengende å erstatte pleie- og omsorgsfunksjoner, for eksempel knyttet til monitorering i boligen, til et felt hvor ny teknologi vil være helt nødvendig for at alle nye oppgaver skal kunne ivaretas lokalt (Helsedirektoratet, 2012).

Hovedutfordringen her er i første omgang at de behovene som skal dekkes, ikke er avklart. Verken eldre/pleietrengende selv eller kommunene har foreløpig kunnet definere hvilke teknologiske (og organisatoriske) innovasjoner som skal etterspørres lokalt. Statlige myndigheter styrer i svært liten grad disse prosessene ut over finansiell støtte til ulike kompetansemiljøer, og det er i dag som oftest lokale pilotprosjekter som skaper grunnlaget for utprøving av nye teknologiske løsninger. Private bedrifter som ønsker å selge en bestemt teknologi, er på sin side vanligvis ensidig orientert mot helt spesifikke produkter, og vil ha begrenset kunnskap om de helhetlige hensyn som skal ivaretas i den enkelte tjeneste/kommune. Resultatet er ofte et gap i innovasjonsprosessen mellom tilbydere og bestillere. Det er derfor stort behov for å organisere en type kompetansemekling mellom de ulike aktører som er involvert i disse prosessene. Også her er det forholdet mellom «globale kunnskaper og lokal kontekst» som er en hovedutfordring. Den enkelte kommune/tjeneste er utformet ut fra lokale og historisk genererte forhold som ikke nødvendigvis er tilpasset standardiserte løsninger. Derved vil en også her

måtte utforme tjenester som inkluderer omsorgsteknologiske løsninger ut fra lokale forhold, i skjæringspunktet mellom globale teknologier og lokale innovasjonsprosesser. Gjennom lokale translasjonsprosesser, og under hensyntaken til hvilke drivere og motstandere en finner i konkrete prosesser, vil en kunne belyse forutsetningene for at en skal etablere en omsorgssektor der ny teknologi spiller en nøkkelrolle i fremtiden (Nicolini, 2010).

Mens de to førstnevnte feltene som vi har identifisert i forhold til «samhandlingsreformens innovasjonspotensiale», har en eksplisitt kopling også til teknologiske løsninger, er folkehelsearbeid primært grunnlag for utvikling av organisatoriske innovasjoner. Utfordringen er først og fremst å finne metoder for å knekke koden om hvordan en skal implementere tiltak for å bøte på de omfattende og vanskelige oppgavene som folkehelsepolitikken beskriver: å skulle bidra til redusert ulikhet i folkehelsen, og bedre helsetilstand for befolkningen i stort, gjennom lokalbaserte tiltak. Her er mulighetene for å etablere et solid kunnskapsgrunnlag gjennom tilstandsrapportering gode, mens det stadig letes etter nye måter å angripe de generelle folkehelseproblemene på uten å intervensere for sterkt i enkeltmenneskers liv. Det er her en kan forvente at ulike konsepter/metoder vil bli et nytt marked der konsulenter og andre private aktører (også frivillige organisasjoner) kan spille en rolle.

14.9 Samhandlingsreformen: å temme uregjerlige problemer med innovasjon?

Vi har tidligere vist at de samfunnsproblemene samhandlingsreformen adresserer, er komplekse, omfattende og langsiktige, og uten entydige og klare kunnskapsgrunnlag i forhold til å finne løsninger. Samhandlingsutfordringene fremstår derved som et godt eksempel på det en har betegnet som «uregjerlige problemer» – internasjonalt kjent som «wicked problems» (Vabø & Vabø, 2014; Rittel & Webber, 1973). Disse kjennetegnene ved at mulighetene for å «lykkes» avhenger av at problemene omdefineres til håndterbare størrelser. Et påfallende trekk ved samhandlingsreformen er at den i så liten grad er opptatt av de mekanismene som skaper samhandlingsproblemer i helsesektoren, og i så stor grad konsentrerer seg om

å splitte opp reformarbeidet – både i tid og rom. Dette skjer gjennom en implementeringsprosess der «veien blir til mens en går», innenfor rammen av det en har betegnet som en retningsreform. Oppsplittingen kommer til uttrykk gjennom konsentrasjonen om pasientforløp på sykehus og mellom sykehus og kommuner, etablering av nye lokale tiltak for å ivareta de nye behov for behandling, pleie og omsorgstjenester som en raskere utskrivning av pasienter fra sykehus medfører, og nye incitament for å styrke folkehelsearbeidet. En forventer at lokale og regionale endringsprosesser deretter vil utvikle tjenestene i «riktig retning». Ifølge Rittel og Webber vil en strategi for å møte «uregjerlige problemer» være å omdefinere dem til sin motsats – «tame problems». Ifølge den etter hvert omfattende litteraturen om slike problemer er noen av de mekanismene som anvendes å splitte slike problemer opp i enkeltdeler. Disse enkeltdelene – eller strategiene, om en vil – blir gjenstand for instrumentell rasjonalitet, (del-)mål og tiltak som initierer mangfoldet av lokale prosesser. Disse endringsprosessene blir utgangspunktet for det fokus på «innovasjon» som reformstrategiene er opptatte av, slik Helse- og omsorgsdepartementets utredning om *samhandlingsreformens forskning og innovasjonsbehov* (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012) er et eksempel på. Innovasjons-paradigmet kan kort sagt oppfattes som et uttrykk for de mekanismene som gjennom rasjonaliseringsprosessene forutsettes å kunne «temme» «uregjerlige problemer». Det er særlig i samspillet – eller det manglende samspill – mellom ulike styringsmekanismer utfordringene med å nå målene i samhandlingsreformen kommer til uttrykk. Samhandlingen påvirkes særlig av helsetjenestenes organisering og finansiering. For eksempel er oppsplittingen av finansieringssystemet – særlig mellom spesialisttjenester, primærhelsetjenester og fastleger – et markant hinder for å skape bedre samhandling. Samtidig er de nye tiltakene for å lette overganger mellom spesialisttjenester og primærhelsetjenester preget av at kommunene opplever at deres ansvar for utskrevne pasienter som har mer komplekse og alvorlige lidelser enn tidligere øker. Dette er et problem som er forsterket gjennom reformen (Grimsmo, 2013; Grimsmo et al., 2015; Norges forskningsråd, 2016).

Del 4

Fra «helsepolitiske spill» til
«supersykehuset i helsesystemet»

Fra helsepolitiske spill til radikal rasjonalisme

15.1 Analytiske perspektiver – innledning

Innledningsvis presenterte jeg de to problemstillingene denne boken er basert på: *Hvordan har den historiske utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer lagt grunnlaget for dagens utforming av tjenestene, og hvilke utfordringer står en overfor i utformingen av «den nye» helsetjenesten som nå er i fremvekst?* Med utgangspunkt i institusjonell organisasjonsteori har jeg fokusert på utvalgte helsepolitiske og -administrative endringsprosesser i løpet av de ca. 50 årene denne analysen omfatter. I kapittel 2 viser jeg hvordan Reay og Hinings' (2005) opplegg for en analyse av endringsprosesser preget av konkurrerende logikker i et felt kan gjennomføres ut fra et slikt perspektiv. De fremhever fire momenter: et fokus på strukturelle kjennetegn ved feltet og de institusjonelle logikker som dominerer, hvilke løsninger som re-etableres som «varige», hvordan koplinger skjer (eller ikke skjer) mellom ulike institusjonelle logikker, og til sist – at en identifiserer de ulike aktørene som representerer disse logikkene. Grunnleggende sett er dette tilsvarende den tilnærmingen som D'Aunno (2014) foreslår: å først foreta en avgrensning av feltet og avklare hvilke problemstillinger en har vært opptatt av i endringsprosessene, med et fokus på hvordan endringer har funnet sted. Deretter beskrive dynamikken mellom institusjonelle omgivelser, organisasjonsnivå og feltnivå. Hvilke makt- og innflytelsesrelasjoner endres, og hvilke aktører bærer frem ulike verdier og mål i endringsprosessene?

Jeg skal her konsentrere meg om noen av de spørsmålene og problemstillingene som disse forfatterne fokuserer på. Jeg tar som utgangspunkt at av-grensningen av det feltet jeg er opptatt av, er foretatt innledningsvis – se kapittel 1. Jeg vil derfor først diskutere ulike faser som karakteriserer

utviklingen i Østfold. Deretter skal jeg ta for meg institusjonell dynamikk – om forholdet mellom de helsepolitiske spill som karakteriserte utviklingen særlig – men ikke bare – frem til sykehusreformen i 2002, og de strategier som ble utviklet for å skape «helhetlige» løsninger på sektorens utfordringer i fylket. Så spør jeg hvilke aktører som på ulike tidspunkt søkte å påvirke endringsprosessene, og hvilke endringer i aktørenes posisjon som har skjedd.

15.2 Institusjonell endring – faser

Hvordan har institusjonelle endringer i helsesektoren funnet sted, med andre ord: Hvilke endringsprosesser har en sett? Innledningsvis viste jeg hvordan flere av de studiene som er foretatt i europeiske og amerikansk helsevesen, har vist til ulike faser i utviklingen av sykehus-/helsetjenestene. Her har jeg særlig pekt på Scott et al.'s analyse av utviklingen i San Francisco Bay-området, der de identifiserer fire faser i de siste tiårene frem til 1990-årene. Berg (2009), på sin side, faseinndeler utviklingen av den norske helsesektoren på en tilsvarende måte – selv om den nasjonale utviklingen naturlig nok er ulik den som gjelder for amerikansk helsevesen. Han fremhever at det særlig var statlige myndigheters påvirkning av rammebetingelsene for de disposisjoner fylkeskommunene gjorde som bidro til utviklingen i Norge. Et viktig poeng er at i Norge har sammenkoplingen mellom de faglige mål og strategier på den ene siden og de statlige finansierungsordningene på den annen side vært en avgjørende faktor for å forstå hvordan sektoren utviklet seg i etterkrigstiden. Kurpengesystemet (som gjorde at staten delfinansierte nye tiltak (sykehussenger, sykehjemssenger etc.) var viktige incitament for lokale beslutninger om å øke kapasiteten i sektoren. Overgangen til rammefinansieringssystem var på sin side et finanspolitisk tiltak som bidro til å stramme inn lokale beslutninger, og innebar også at budsjettarbeidet i fylkeskommunene i større grad ble et lokalt «nullsumspill». Når de fylkeskommunale helsebudsjettene likevel ble sprengt, ble regningen sendt tilbake til Stortinget – det som i sin tur utløste de helsepolitiske spill – «blame games» – som er diskutert i kapittel 2.

Ved å sammenkople de nasjonale, regionale og lokale rammebetingelser for de endringsprosessene som er studert, har jeg identifisert fire faser i utviklingen av helsetjenestene i feltet:

Fase 1. Vekst og profesjonalisering (1945–75): Institusjonalisering og profesjonsmakt

Den første fasen (1945–1975) betegner jeg som «Vekst og profesjonalisering». Berg (2009) peker på noen viktige trekk ved den nasjonale helsepolitikken som la rammer for regionale og lokale prosesser i tiden etter den andre verdenskrig: politiske ambisjoner om å styrke tjenestene både kvantitativt og kvalitativt, som ledd i det store velferdsstatlige prosjektet. Tre egenskaper ved denne fasen er særlig relevante for vår analyse: for det første de forvaltningspolitiske særtrekkene ved helsesektorens organisering; det som betegnes som utviklingen av det «evangiske system» (Berg, 2009; Slagstad, 1998; Nordby, 1989). For det andre et finansieringssystem som stimulerte til lokale vekstprosesser, gjennom bl.a. kurpengesystemet, som ga lokale helseaktører (som kommuner og sykehus) refusjon for utbygging av helsetjenester knyttet til sengeplasser eller liknende. Og for det tredje utbygging av helseinstitusjoner innenfor somatikk, psykiatri og helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Denne fasen preges også av at den medisinske logikk og legeprofesjonen hadde stor innflytelse, både som premissleverandør og som iverksettere av helsepolitikken i regionale og lokale sammenhenger. Den vertikale styringsstrukturen som ble etablert – mellom Helsedirektoratet, fylkeslegene, sykehuslegene og distriktslegene – preget utviklingen, og bekreftet den faglige dominansen som legeprofesjonen hadde i denne tiden. I kapittel 3 studerte jeg et eksempel på denne utviklingen i Østfold, knyttet til det såkalte Harlem-utvalgets to innstillinger om planer for helsetjenestene i fylket på slutten av 1960- og begynnelsen av 1970-årene.

Fase 2. Beslutningskrisen – (1975–2000): Sparing, omprioritering og omstrukturering

Den andre fasen dreier seg om «spillet om helsetjenestene». Den samfunnspolitiske bakgrunnen er tredelt: Skepsisen til legemakt – og den påfølgende nedbygging av «det evangiske system» er et aspekt ved dette. En annen er økonomiske forhold, i og med at vekstpolitikken dempes og erstattes med et press på å redusere veksten, omprioritere ressurser

til ulike helsetjenester og omstrukturere tjenestene, særlig knyttet til sykehusstrukturen. Denne fasen preges også av at fylkeskommunene har en sentral rolle i helsepolitikken, og at etableringen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan i 1976 faller sammen med politiske og økonomiske rammebetingelser som undergraver dens legitimitet både i befolkningen og blant fagprofesjonene.

Fase 3. Radikal rasjonalisme/New Public Management – (1987–2008): Konsernorganisasjon, fristilling og helseforetak

Denne fasen dreier seg om de «svar» på beslutningskrisen som ble presentert som omfattende og radikale løsninger. Jeg har betegnet denne tredje fasen som «*Radikal rasjonalisme/New Public Management*» – og tidfester den (som delvis overlappende med forrige fase) til perioden mellom 1987 til 2015. Denne fasen dreier seg i Østfold om vedtakene om etablering og iverksetting av konsernorganisasjonen og senere det «fristilte sykehus med fem dører», og de utfordringer som oppsto i kjølvannet av disse prosessene – som kulminerte med sykehusreformen i 2002.

Fase 4. Det moderne helsesystemet (2009–) «Supersykehuset» og samhandling

Denne siste fasen – som innbefatter dagens situasjon – dreier seg om to dominante trekk ved utviklingen av helsetjenestene i regionen: For det første beslutningen om å bygge et nytt sykehus på Kalnes i 2008, innenfor et helseforetak med to sykehus, noe som innebærer at det er satt et (foreløpig?) slutt punkt i debatten om sykehusstrukturen i fylket. Da sykehuset ble åpnet i november 2015, ble det betegnet som et høyteknologisk, moderne «supersykehus» (Helseminister Bent Høie ved åpningen). For det andre det en kan betegne som ideen om «helsesystemet» – der fremveksten av nye, mer ambisiøse og formaliserte samarbeidsrelasjoner mellom spesialisttjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre aktører er i fokus. I denne fasen er det det potensielle

motsetningsforholdet som kan utvikles mellom ideene om det effektive «supersykehuset» og om samhandling i det omfattende «helsesystemet», som er særlig interessant å studere.

15.3 Institusjonell dynamikk - mellom helsepolitiske spill og helhetlig planlegging

De forsøk på helhetsstyring som er gjennomgått i kapitlene foran, bærer preg av balansegangen mellom lokale og faglige «særinteresser» på den ene side og ambisjoner om helhetlig styring på den annen side. Det politiske «deadlock» i Østfold var erkjent av de fleste statlige og fylkeskommunale instanser. Fylkeslegen truet i forbindelse med fødesaken med å frasi seg ansvaret for fylkets helsevesen, og sykehussjefen betegnet den helsepolitiske debatt som «en ørkenvandring». Selv om inntrykket av en helsepolitikk «på stedet hvil» er sterkt, der velykkede strategier når det gjalt strukturendringer og sparing ikke lyktes, er dette etter min vurdering bare den ene siden av saken. For det skjedde gradvise og skrittvis endringer i organiseringen av den fylkeskommunale helse- og sosialsektor som fikk stor betydning for tjenestetilbudet på lang sikt. Det var først og fremst gapet mellom ambisjonene nedlagt i forsøkene på helhetlig styring og de faktiske endringer som skapte inntrykket av en fastlåst struktur i sektoren. Men et inntrykk av dynamikken mellom et helsepolitisk «deadlock» på den ene side og utviklingsprosesser som etter hvert radikalt endrer sektoren på den annen side får en ved å se på «gjengangerne», dvs. de problemstillingene som stadig dukker opp på nytt i alle de foran gjennomgatte utredninger i del 2 og del 3.

Jeg skal her først vise hvordan disse ulike perspektivene på utviklingen i sektoren er mulig; og deretter drøfte hvordan problemstillinger, arbeidsmåter og forslag til løsninger endret seg gjennom de tiltakene jeg har studert i kapitlene foran.

«Gjengangerne»

De fundamentale spørsmål i helsepolitikken i Østfold var forsøkene på «omprioritering», «omstrukturering» og «sparing». Konkret var disse

spørsmålene knyttet til forslag om å redusere somatisk sektor i lokalsykehusene, og øke tilbudet innenfor psykiatri, HVPU og barnevern. *Omstrukturering* dreide seg om å fordele tjenestene på nye måter innenfor fylkets grenser. Dette kunne skje gjennom å omorganisere og omfordele ulike faglig-medisinske tjenester, og/eller å redusere antallet lokalsykehus. *Sparing* dreide seg om å redusere veksten i fylkeskommunens helsebudsjett – og siden helsebudsjettet her etter hvert utgjorde nesten 70% av fylkeskommunens totale budsjett – å redusere fylkeskommunens akkumulerte underskudd.

Når det gjaldt målet om omprioritering – først og fremst mellom somatiske helsetjenester og psykiatri, HVPU og det som etter hvert fikk betegnelsen «atferdsfaglige tjenester» (som også inkluderte barnevern) – viste det seg i mange år umulig å oppnå dette. Det skyldtes først og fremst at fylkeskommunen var utsatt for et sterkt press om å bevare somatiske helsetjenester innenfor de stadig trangere budsjetttrammene. I den årlige budsjettbehandlingen viste det seg at somatiske tjenester – med sterke faggrupper og folkelige aksjoner i ryggen – stadig vekk førte psykiske helsetjenester nedover på prioriteringslisten. Denne nedprioriteringen var derved et indirekte resultat av de politiske prosessene, og ble til i skyggen av det enorme fokuset på akutt-tjenester, fødevirksomheten og andre somatiske helsetjenester. Først ved å foreta «byttet» med sentraliseringen av noen tjenester (fødevirksomheten) som Prosjekt Samarbeid la opp til i 1982, ble det mulig å få et visst fokus på oppbygging av desentraliserte psykiske helsetjenester for voksne – gjennom etablering av fem voksenpsykiatriske poliklinikker som et ledd i etableringen av de «atferdsfaglige enhetene» ved lokalsykehusene. Denne ordningen ble videreført, og i første omgang forsterket, gjennom konsernvedtaket i 1987. (Som vist ble barnevernet etter hvert trukket ut av disse enhetene og sentralisert.) En kan hevde at det først og fremst var et langsiktig og konfliktfylt arbeid gjennom et eget «Prosjekt Psykiatri» at en kunne legge grunnlaget for en fremtidig struktur for psykiske helsetjenester i fylket. Og denne strukturen ble ytterligere forsterket og videreført gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse da strukturen i psykiske helsetjenester fikk en ny form (Ramsdal, 1996; Ramsdal, 2012). Det er grunn til å merke seg at det i årene etter at sykehusreformen ble vedtatt, var et gjennomgående krav

at psykiske helsetjenester skulle ha relativt større vekst i bevilgningene gjennom helseregionenes fordeling av budsjettet enn somatikken (den såkalte «gylne regel»).

Strukturendringene dreide seg om endringer på to nivåer: i forhold til ulike helsefaglige funksjoner, og som sentralisering gjennom nedleggelse av noen lokalsykehus. Innenfor rammen av de helsepolitiske spill skjedde dette primært gjennom forsøk på å balansere geografi og fag. Dette kom til uttrykk gjennom at en inviterte til «desentralisert spesialisering» – ved at en sentraliserte fagfunksjoner, men fordelte ulike funksjoner slik at en kunne opprettholde, i hvert fall teoretisk sett, det samme omfanget av tjenester på hvert enkelt sykehus. Dette kunne være en alternativ organisasjonsstruktur til den desentraliserte modellen, men også til full sentralisering. Det fristilte sykehuset med fem dører hadde potensial til å fungere på denne måten. Men et hovedproblem er at en da får problemer med samordning både vertikalt og horisontalt: vertikalt ved at medisinske (eller andre faglige og administrative funksjoner) må samordnes på tvers av geografiske lokaliteter, horisontalt ved at moderne medisin krever at ulike tjenester på tvers av funksjoner i mange tilfeller er nødvendige når pasientene har sammensatte lidelser. Det tok da heller ikke lang tid før fagmiljøene fremholdt disse samordningsproblemene som omfattende, med et sterkt press på klinikkledelsene for å endre på strukturen.

Utgangspunktet for den analysen jeg har foretatt, var helsedirektørens påpeking om at befolkningsmengden og de korte avstandene tilsa færre, men større sykehus. Statens sykehusråd gikk inn for å slå sammen sykehusenes opptaksområder til to helsedistrikter, og fylkeslegen i Østfold spilte en viktig rolle for å sentralisere fødevirksomheten og øke bevilgningene til psykiatrien. Spørsmålet om sykehusenes opptaksområder og omstruktureringen av helse- (og sosial-) distriktene var derfor et fundamentalt problem ut fra ønsket om omstrukturering og sparing i sektoren.

Harlem-utvalgets arbeid ble initiert på bakgrunn av forslaget om utbygging av Moss sykehus. Problemet var da hvordan sykehuset skulle få et tilstrekkelig befolkningsunderlag for planene om et «differensiert» sykehus, og etter at mulighetene for å få Follo-regionen inn under opptaksområdet ble veltet, ble dette ytterligere aktualisert. Til tross for at de internasjonale normer for befolkningsunderlag for moderne

(«differensierte») lokalsykehus innebar at fylket ble delt i to eller tre helse-distrikter, ble disse normene ikke anvendt i utvalgets vurdering i Østfold. Som vist kom Strukturutvalget frem til små justeringer av opptaksområdene, men fastslo at det skulle opprettholdes fem lokalsykehusområder. Gjennom Prosjekt Samarbeid og den påfølgende helseplanen ble dette prinsippet ytterligere bekreftet.

Opptaksområdene og samarbeidet mellom helsedistriktene var særlig aktuelt i forhold til den mest påfallende «gjenganger» i helsepolitikken: forholdet mellom Sarpsborg sykehus og Fredrikstad sykehus (SØF). Allerede Harlem-utvalget tok opp dette spørsmålet, og tilrådte å videreutvikle samarbeidet. Det ble pekt på muligheten for å utvikle «et meget intimt medisinsk faglig og praktisk samarbeid» (Delinnstilling I, s. 41).

I Strukturutvalgets innstilling het det i flertallsinnstillingen at det alternativet disse gikk inn for, brøt «*minst med nåværende sykehusstruktur, som fungerer meget godt*» (Strukturutvalgets innstilling: 49). Flertallet gikk inn for at noen sentralsykehusfunksjoner skulle lokaliseres til Sarpsborg sykehus. Dette forslaget kan sies å være en oppfølging av Harlem-utvalgets anbefalinger. Mindretallsinnstillingen (sykehussjef Okkenhaug) innebar at Fredrikstad og Sarpsborg lokalsykehusområder ble slått sammen til ett («Nedre Glomma») og at Sarpsborg sykehus skulle opprettholdes i hovedsak som et rehabiliteringssykehus, pluss sentralsykehusfunksjonene geriatri, sosialmedisin og psykiatri. Helse- og sosialutvalget vedtok i møte 24. mars 1983 å anbefale at den «nåværende sykehusstruktur (med de fem somatiske sykehus)» ble opprettholdt og med dette utgangspunkt ble Prosjekt Samarbeid iverksatt. Når det gjaldt forholdet mellom Sarpsborg og Fredrikstad sykehus het det i fylkestingets vedtak at «videre samkjøring skal vurderes nærmere».

I fylkeskommunens helseplan ble også struktureringen med fem helse- og sosialdistrikter lagt til grunn. Om forholdet mellom Sarpsborg sykehus og Fredrikstad (SØF) ble det tatt utgangspunkt i fylkestingets vedtak om en «samordning» av de to sykehusene. På mange måter var de tre alternativer helse- og sosialplanutvalget lanserte om somatisk sektor, basert på tidligere forslag. Særlig synes alternativ 1 å være i tråd med Strukturutvalget («likt tilbud i alle de 5 helse- og sosialdistrikter»), alternativ II med de fylkeskommunale organers behandling av Strukturutvalget og

Prosjekt Samarbeid og alternativ III, som var det mest radikale forslaget («Sarpsborg/SØF organiseres som ett sykehus»), peker tilbake til de statlige fagmyndigheters anbefalinger i 60- og begynnelsen av 70-årene. Fylkestingets vedtak innebar at de to sykehusene skulle organiseres som ett sykehus, som skulle dekke den somatiske tredjelinjetjenesten (fylkesdekkende tjenester), samt andrelinjetjenesten for de to helse- og sosialdistriktene. Grunnlaget for opprettholdelse av begge sykehusene, men med en ny funksjonsfordeling, var dermed lagt – etter ca. 20 års debatt.

I løpet av de nesten 50 årene som er omfattet av denne undersøkelsen, fant det sted til dels drastiske endringer i fylkeskommunens økonomi. Disse endringene innebar en akkumulerende økonomisk krise. Det er blitt sagt at fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsnivå ble «unnfanget på en søndag men født på en mandag» (Baldersheim, 1990). Allerede da fylkeskommunen ble etablert, var økonomien presset, og budsjettunderskuddene økte år for år. De ulike tiltakene og prosjektene som er gjennomgått foran i del 2, var alle begrunnet i den vanskelige økonomiske situasjonen. Men som vist i del 2 var resultatene når det gjaldt «sparing» beskjedne. Harlem-utvalgets arbeid (som jo ble gjennomført før fylkeskommunen ble selvstendig forvaltningsorgan) tok utgangspunkt i et mandat der det også ble forutsatt at økonomiske hensyn skulle legges til grunn. Som påpekt ovenfor foretok Harlem-utvalget økonomiske beregninger i forhold til enkelte deler av helsesektoren, men totalinntrykket er at de omfattende utbyggingsforslag utvalget lanserte, ikke hadde en økonomisk referanseramme. Iverksettingen av forslagene innebar en sterk ekspansjon i det fylkeskommunale helsebudsjettet, noe som må ses på bakgrunn av den nasjonale oppbygging av helsetilbudet på dette tidspunkt.

Strukturutvalgets mandat tok utgangspunkt i betegnelsen «krisen i fylkeskommunens økonomi», med behov for nedskjæringer på kort sikt og langsiktige kostnadsdempende effekter. Til tross for den allment aksepterte krisesituasjonen var Strukturutvalgets arbeid preget av hensynet til regional og faglig «balanse», og forslagene fra utvalgets flertall innebar en økning i investeringsutgiftene på ca. 45 mill. kroner, og en beskjeden reduksjon i driftsutgiftene. Som sparetiltak var Strukturutvalgets arbeid mislykket, og i den etterfølgende behandling av noen av de

tiltak utvalget foreslo, skrev sykehussjefen at fordi man ikke hadde greid å styrke balansen mellom inntekter og utgifter, ville man være tvunget til å komme tilbake til nedskjæringsalternativer (sak nr. 12/83, fylkesutvalget). Gjennom den politiske prosess mellom Strukturutvalgets innstilling og iverksettelsen av Prosjekt Samarbeid ble det klart at de nedskjæringer som skulle foretas, måtte skje innenfor rammen av opprettholdelse av fem sykehus og uten at noen ansatte ble oppsagt. I forhold til målet om å oppnå «nærmere balanse» mellom fylkeskommunens inntekter og utgifter representerte Prosjekt Samarbeid et beskjedent bidrag. Som vist i kapittel 8 pekte SPRI-consult i 1987 sterkt på behovet for å rette opp fylkeskommunens økonomi, og foretok en eksplisitt kopling mellom utfordringene med økonomien og de styrings-, organisasjons- og ledelsesformer som kjennetegnet sektoren på dette tidspunktet.

15.4 «Strukturendringene» - fra marginal inkrementalisme til synoptisk samordning?

Gjennom de 25 årene som er gått mellom opprettelsen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan og sykehusreformen i 2002, gjennomgikk helsesektoren i Østfold store endringer. Utbyggingen av SØF, HVPU-institusjonene og etablering av desentraliserte atferdsfaglige enheter (som innebar at første- og andrelinjetjenester innen psykiatrien fikk en foreløpig avklaring) innebar at en så konturene av fremtidens helse- og sosialsektor i fylkeskommunal regi klarere for seg. Den konsensus som ble etablert om disse delene av tjenestetilbudet, er påfallende.

På den annen side var strukturen for de somatiske sykehusene i fylket ennå i støpeskjeen. De planer og tiltak som er gjennomgått, hadde som viktige mål å komme med forslag om dette. Som vist foran ble de ulike tiltakene gjennomført og organisert på ulike måter. Harlem-utvalget og Strukturutvalget arbeidet på mange måter innenfor en tradisjonell utredningsorganisasjon, delvis med eksperter utenfra. Arbeidsmåten innebar at de to utvalgene ble fanget opp av de pågående helsepolitiske debatter, og begge utvalgene valgte å tilpasse seg alliansen mellom de lokalpolitiske og lokale helsefaglige interesser som ble mobilisert.

Prosjekt Samarbeid representerer et klart høydepunkt i den marginale inkrementalismens politikk, i og med at en søkte å aktivisere alle aktører som var involvert (også det vi har betegnet som geografiske særinteresser), og samordne disse igjen i neste omgang (gjennom den sentrale styringsgruppens siste innstilling). Det viktige «byttet» mellom lokale føde-avdelinger og atferdsfag reflekterer denne tankegangen godt. Gjennom den politiske prosessen før, under og etter Prosjekt Samarbeid ble samtidig de lokalpolitiske interessene konsolidert: De fem helse- og sosialdistriktene ble nedfelt som et prinsipp – riktignok senere noe modifisert mht. Sarpsborg/Fredrikstad.

Som påpekt tidligere var de første tre tiltakene som er gjennomgått i del 2 foran, mislykkete forsøk på synoptisk samordning. Etter at det lokalpolitiske fordelingsprinsippet var nedfelt, var forutsetningene for å etablere vellykkete tiltak for helhetsstyring bedre. SPRI-consults arbeid med konsernorganisasjonen var i sterk kontrast til disse organisert som en typisk styring-fra-toppen-tiltak, med sterk vekt på en bestemt rasjonalitet: helhetlig styring innenfor rammen av det geografiske prinsipp som helse- og sosialdistriktene representerte. Den «radikale rasjonalisme», knyttet til prinsipper om divisjonalisering, mål- og rammestyring og resultatbasert ledelse, ble lansert innenfor den geografiske fordelingslogikken som var en arv fra de foregående års helsepolitiske spill – til tross for at det eksplisitt formulerte målet med den nye organisasjons- og styringsmodellen nettopp var å bryte med denne logikken.

Men det som i ettertid var den viktigste lærdommen ved etableringen av konsernorganisasjonen, var at en kunne legge nye rammer for helsesektorens utvikling – gjennom å endre spillereglene. SPRI-prosjektet viste hvordan styring gjennom endringer av beslutningssystemet ble aktualisert: Nå var problemet definert som hvordan en skulle organisere bort lokalpolitiske og faglige «særinteresser», og styrke den strategiske toppledelsen. Gjennomgåelsen viser dessuten at det var lagt en rekke forutsetninger for det arbeidet SPRI-consult gjennomførte i de prosessene som er referert her. Management-ideologien SPRI-consult representerte, falt godt inn i forhold til de erfaringene sentrale beslutningstakere i fylkeskommunen hadde tilegnet seg, særlig i spranget mellom den bredt og demokratisk anlagte prosessen knyttet til Prosjekt Samarbeid og den

etterfølgende svært lukkende, raske prosessen i forbindelse med utarbeidelsen av forslagene om ny organisering i 1987.

Slik jeg ser det, representerer vedtaket om konsernorganisasjon fra 1987 et paradigmeskifte i styringsfilosofien i helsesektoren i fylket. Mens de tidligere strategiene var knyttet til å foreta substansielle endringer i tjenestene, var konsernvedtaket resultatet av et fokus på endringer i forvaltningssystemet. Gjennom å endre styrings- og ledelsesstruktur, og introdusere nye krav til lederatferd, endret en spillereglene for de aktørene som var involvert i helsepolitikken i fylket. Dette vedtaket innebar en overgang til det som jeg har betegnet som «radikal rasjonalisme» – og som er forbundet med innføringen av New Public Management (NPM) som styringsfilosofi i den offentlige sektor i store deler av den vestlige verden på dette tidspunkt. Her ble organisasjons- og ledelsesformer fra private konsern benyttet som modell, og det er symptomatisk at SPRI-consults beskrivelse av styringsproblemene i Østfolds helsesektor, og forslaget om hvordan en skulle løse disse, nærmest var en blåkopi av Mintzbergs teoretiske utlegninger om «the divisionalised form» – anvendt først på sykehus i Sverige og deretter importert til Norge. Østfold ble derved det første fylket hvor en valgte konsernorganisering som en overordnet styringsmodell i norsk helsevesen (noen få enkeltsykehus, som Aker sykehus, innførte konsernorganisering omtrent samtidig).

Men to problemer ble åpenbare like etter at vedtaket var besluttet: For det første var kunnskapen om de krav til styrings- og ledelsesformer som modellen krevde, lite kjent. Vedtaket om konsernorganisering ble fattet etter en kort, intens utredningsfase og fremstår som et «kongeslag» i forvaltningspolitiske strategier (Clegg & Walsh, 2004). Svært få av politikerne som deltok i beslutningen, hadde kjennskap til implikasjonene for egen og andres atferd av det nye styringssystemet, enten det var deres egen politikerrolle (som var forventet å bli mer strategisk) eller sykehuslederne (som var forventet å bli evaluert som divisjonsledere etter mål- og resultatstyringsprinsipper). Derved ble iverksetting av de styrings- og ledelsesformer som konsernorganisasjon krever, i første omgang stort sett neglisjert.

Det andre problemet var strukturelt: Gjennom den prosessen som startet med de «bytter» av funksjoner som Prosjekt Samarbeid innebar,

og som helseplanen bekreftet, kan en si at distriktsorganisering ble det bærende «første inndelingsprinsipp» i organiseringen av helsesektoren i fylket. Til tross for at mange var misfornøyde med de funksjonsbytter som ble foretatt i forbindelse med Prosjekt Samarbeid, særlig at fødevirksomheten ble sentralisert, var konsernorganisasjonen en bekreftelse på dette inndelingsprinsippet. Ja, en kan hevde at konsernmodellen bidro til å konsolidere og styrke de fem helse- og sosialdistriktene, noe som innebar at legitimiteten til modellen ble stor blant distriktpolitikerne og de lokale sykehusaksjoner.

Men gjennom konsernvedtakets fokus på forvaltningspolitiske aspekter ved styringen av sektoren så en også kimen til de radikale endringene som kom noen år senere gjennom beslutningen om å etablere «ett sykehus med fem dører». Det viste seg snart at konsernorganisasjonen ikke kunne løse mange av de økonomiske og strukturelle problemene helsesektoren i fylket sto overfor. Et eksempel er at problemet (slik SPRI-consult forespeilte det) med små, oppsplittede tjenester som barnevern fordelt på de fem helse- og sosialdistriktene førte til at en her besluttet å gjøre et unntak fra distriktsdivisjonaliseringen. Barnevernet ble sentralisert etter et funksjonsprinsipp. Etter dette kom en rekke nye prosjekter som alle hadde som implikasjon at en søkte å samordne ulike faglig-medisinske tjenester på tvers av distriktene. Sammen med at en ikke gjennomførte de vedtatte tiltak for å fasttømre konsernmodellen når det gjaldt ledelsesformer og styringssystem, innebar det at modellen snarere fremsto som et problem enn som en mulighet for å skape de helhetlige løsningene en hadde behov for. Men modellen hadde introdusert reorganisering av styringssystemet som en måte å nærme seg utfordringene i sektoren på, og bar i seg kimen til en «180-graders» snuoperasjon – fra distriktsorganisering til en funksjonsbasert styringsmodell. Og vedtaket om et «fristilt» sykehus – med fem geografiske lokaliseringer – var et foreløpig slutt-punkt i denne prosessen.

«Fristilling» som organisatorisk løsning var en videreføring, og forsterking, av de styrings- og ledelsesprinsippene som konsernorganisasjonen var tuftet på. Nå skjedde to viktige forsterkninger: Det ble tilsatt en felles direktør for de fem sykehusene, og en slo fast den relative uavhengige rolle denne direktøren hadde når det gjaldt driften av sykehuset, ved å

plassere vedkommende utenfor den fylkeskommunale helseadministrasjon. Direktørene for helse- og sosialdistriktene ble omplassert, mens de nye klinikksjefene var leger og spesialister på de ulike faglig-medisinske tjenester som utgjorde grunnlaget for klinikkorganiseringen. Mandatet var å optimalisere og effektivisere den faglige driften, og om nødvendig foreta omfordelinger på tvers av geografisk lokalisering. Derved kom det «fristilte» sykehuset til å danne grunnlaget for en ytterligere sentralisering, ettersom en fra medisinsk-faglig hold stort sett var enige om at det var behov for å samle og koordinere virksomheten i klinikkene for å ivareta fagmiljøene. Slik var premissene for beslutningen om et funksjonelt organisert helseforetak lagt.

15.5 Aktørene i endringsprosessene

Jeg har i denne analysen tatt de grunnleggende kjennetegn ved beslutningssystemet i helsesektoren i Østfold som utgangspunkt: Mobilisering av lokale, faglig-profesjonelle og fagforeningsinteresser representerer en «bakvegg» for de forsøk på helhetlig samordning jeg har vært opptatt av. Det er de forsøkene som var ment å bryte igjennom disse interessene og skape strukturendringer og bedre budsjettbalanse, jeg har konsentrert oppmerksomheten om. Drivkreftene bak disse initiativene har i hovedsak vært statlige fagmyndigheter (Sosialdepartementet/Helsedepartementet, Helsedirektoratet og fylkeslegen) og sykehussjefens kontor og noen få sentralt plasserte fylkespolitikere.

Betingelsene for statlige fagmyndigheters intervensjon i sektoren endret seg imidlertid i løpet av de årene vi tar for oss her. Etter krigen (i 1946–47) ble det nedsatt planutvalg i hvert fylke med fylkeslegen som formann til å vurdere utviklingen av sykehusvesenet. Fylkeslegens rolle i institusjonshelsetjenesten var bl.a. hjemlet i lov om sykehus, lov om helsemessig beredskap og instruksverket til lov om psykisk helsevern. I 1959 uttalte helsedirektøren at:

«Helsedirektøren anser det for å være av vesentlig betydning og helt nødvendig at fylkeslegen som sådan tas med på råd under planlegging av sykehus.» («Innstilling om fylkeslegeembedet», Helsedirektoratet, 1959, s. 133, sitert fra Berg, 2009)

Dette må ses i sammenheng med det vertikalt oppbygde medisinsk-faglige styringsregime som «det evangske system» innebar (Berg, 1987). Arbeidsoppgavene for fylkeslegene fulgte delvis av det praktiske samarbeid med fylkeskommunen, delvis som resultat av pålegg i sentrale regelverk. Denne tosidige rollen kom bl.a. til uttrykk i at fylkeslegen både medvirket til utarbeidelse av fylkenes planer vedrørende institusjonshelsetjenesten, og samtidig skulle vurdere planene som grunnlag for sentrale myndigheters godkjenning. Denne dobbeltfunksjonen var markant i Østfold; ved siden av sin formannsrolle i sykehuskomiteen 1946 var fylkeslegen medlem av Harlem-utvalget og Strukturutvalget, og spilte en sentral rolle i forbindelse med de pågående helsepolitiske prosesser i fylket for øvrig, f.eks. i fødesaken.

Men fylkeslegens inkorporering i forsøkene på helhetlig samordning ble merkbart mindre de årene som er gjennomgått foran. Verken i forbindelse med Prosjekt Samarbeid eller i SPRI-prosjektet synes fylkeslegen å ha spilt noen rolle i utformingen av forslagene. Dette skyldes sannsynligvis flere forhold: Innføringen av rammefinansieringssystemet svekket fylkeslegens generelle styringsmuligheter, samtidig som en ny lov om statens faglige tilsyn i helsetjenesten innbar en markering av fylkeslegenes tilsyns- og veiledningsrolle, og en reduksjon av kontrollelementet (Berg, 2009). Fylkeslegens rolle ble derfor endret, og fylkeslegen var i liten grad aktivt engasjert som initiativtaker og deltaker i de tre siste tiltakene som er analysert her. Denne utviklingen må ses i sammenheng med de radikale endringer som skjedde i den regionale statsforvaltning gjennom at Fylkesmannen fikk et overordnet samordningsansvar for regional statlig virksomhet, noe vi tidligere har betegnet som «administrativ disiplinering» av helse- og sosialsektoren på fylkesnivå (Michelsen, Ramsdal & Aarseth, 2002).

Et påfallende trekk ved arbeidet for helhetsstyring er den sentrale rolle fylkeshelsesjefen (og hans stab) hadde som initiativtaker og organisator av de tiltakene som er presentert foran. Rollen som helhetlig samordner for sykehussjefens kontor, syntes ensom, og sykehussjefen gikk gjentatte ganger ut mot politikernes manglende prioriteringsvilje og faglige særinteressers kamp mot omstruktureringer på sine respektive områder. Men i den grad sykehussjefens kontor representerte det viktigste instrument for

helhetlig samordning av sektoren i fylket, er det mangelen på ressurser som (også) preget denne del av det administrative systemet. Kontorets bemanning i hele perioden var totalt på under 20 personer i Østfold, og ingen av de ansatte innen helsedelen hadde mulighet til å arbeide fulltid med enkeltsektorer (f.eks. somatikk eller psykiatri). Når de lokalpolitiske og faglige aktører var så systematisk sterke i Østfold, innebar dette også at de samordnende krefter ble tilsvarende svake i spillet om helsetjenestene i fylket.

En relativt liten gruppe *fylkespolitikere* søkte på sin side å skape grunnlag for helhetlige løsninger. Initiativene kom fra medlemmer av ulike partier, men til tross for at en lanserte til dels diametralt ulike strategier for å skape helhetlige løsninger i sektoren – fra ekspertarbeid i relativt lukkede rom (Strukturutvalget) til demokratiske organisasjonsutviklingsprosesser (Prosjekt Samarbeid) – lyktes en kun med å tilrettelegge for inkrementelle delløsninger. Ingen av dem kunne skape holdbare kompromisser mellom fag, økonomi og geografi. Det var først gjennom å bringe inn et eksternt konsulentfirma, som klart og eksplisitt diagnostiserte svakhetene i det eksisterende beslutningssystemet, at en fikk lansert et forslag som fremsto som radikalt nytt. Ideen om «et sykehus med fem dører» videreførte de samme styringsprinsippene innenfor en ny organisasjonsstruktur. Mange av de kjennetegnene sektoren ble preget av etter dette, pekte frem mot de endringene som ble stadfestet og forsterket gjennom sykehusreformen, som i tid falt sammen med planleggingen det nye sykehuset.

Innenfor rammen av det nye sykehuset viste vi i kapittel 12 og 13 at noen få sterke aktører, og særlig administrerende direktør ved det nye sykehuset, preger organisasjons- og ledelsesformer på en markant måte. Rollen som administrerende direktør fremstår etter modell fra måten ledelse i private konsern opptrer – med totalansvar og relativt stor frihet til selv å beslutte om hvordan mål og krav fra helsemyndighetene skal oppnås – forutsetningen er oppslutning av RHF og foretaksstyret. Denne rollen er utsatt – og ettersom økonomistyringen ble mer akutt, opplevde en at de vanlige NPM-inspirerte målstyringsoppleggene om «ledelse fra distanse» har blitt supplert med prinsipper om virksomhetsstyring – såkalt «corporate governance» – der detaljfokuserte «controller»-funksjoner styrkes.

Et aspekt ved dette er at detaljstyring, basert på registrering av pasientstrømmer og daglige aktiviteter, øker – og utgjør en ytterligere stressfaktor i ledelse og helsearbeid i sykehusene. Som vist i kapittel 13 var direktørens ledelse også kjennetegnet av initiativ til innovative løsninger i skjæringspunktet mellom ny teknologi, medisinsk-faglige og management-orienterte løsninger.

Fremveksten av nye samhandlings- og samordningsformer med primærhelsetjenestene skjedde på et tidlig tidspunkt i Østfold, knyttet til arbeidet i Administrativt Samhandlingsforum. Samhandlingsreformen tilfører nye dimensjoner til denne utviklingen. En måte å forstå initiativet til å gjennomføre en «samhandlingsreform» på kan nettopp være at sykehusenes interne effektivitetskrav økte og gjorde dem mer introverte i sine perspektiv – slik drøftingen i kapittel 11 og 12 kan indikere. Samhandlingsreformen er en kompleks og på mange måter oppsplittet og uklar reformstrategi (Ramsdal, 2013; Veggeland, 2013). Men den viste behovet for å fokusere på samhandlingen mellom de to nivåene i helsesystemet – og etter hvert avklare ansvarsforhold og kommunikasjon om pasienter og ressurser på en mer transparent måte. Samhandling og samordning mellom tjenestene – horisontalt og vertikalt – innebærer derfor nye krav til organisasjons-, styrings- og ledelsesformer også i sykehus.

15.6 Oppsummering

I løpet av de årene jeg har studert, ble det gjentatte ganger forsøkt å få til helhetlig samordning i helse- og sosialpolitikken i Østfold. Jeg har foran søkt å beskrive noen av de viktigste tiltak som er iverksatt for å oppnå strukturendringer og sparing i sektoren. I løpet av disse årene har forutsetningene for å oppnå helhetlig samordning endret seg. Mens Harlem-utvalget, Strukturutvalget og Prosjekt Samarbeid tilpasset seg de politisk/faglige «realiteter» som lokal- og særinteresser representerte, var helse- og sosialplanleggingen fra slutten av 1980-årene, og ikke minst SPRI-consults arbeid, sterkt preget av synoptisk samordning. Dette må forklares ved at de tre første tiltakene (Harlem-utvalget, Strukturutvalget og Prosjekt Samarbeid) – sammen med den løpende politiske prosess i det aktuelle tidsrom – slo fast prinsipper for den fremtidige organisering av

helse- og sosialsektoren som i all hovedsak tilfredsstilte kravene om mest mulig jevn geografisk fordeling av tilbudene (eller eventuelle sparetiltak), og at ingen ansatte skulle sies opp som følge av endringene. Med dette utgangspunktet var forutsetningene for synoptisk samordning bedre, noe som også kan forklare den oppslutning forslagene SPRI lanserte fikk.

Gjennomgåelsen av den helsepolitiske debatten kan gi inntrykk av at de tiltak som er gjennomført i den tiden som omfattes av del 2, ikke bidro til å løse helsesektorens grunnleggende problemer mellom geografi, fag og økonomi i Østfold. Når det gjelder disse strategiernes bidrag til å bringe fylkeskommunens budsjetter i balanse, var dette riktig. Men samtidig ble det gradvise endringer i tjenestetilbudet, slik både organiseringen av andrelinjetjenesten i psykiatrien, nedleggelsen av fødeavdelingene og akuttavdelinger og nedbyggingen av sengetallet ved lokalsykehusene viser. Disse endringene skjedde ved at forslag som ble lansert, «modnet» i den helsepolitiske debatt, og etter hvert nedfelte seg i enkeltvedtak i løpende beslutningsprosesser. Dette samspillet mellom «daglige» beslutninger og de synoptiske samordningstiltak som er analysert her, faktisk har foregått, illustrerer de dilemmaer som inkrementelle prosesser representerer – når problemdefinisjonen tilsier behov for radikale endringer. Men kanskje har de store forventningene om «endelige løsninger» knyttet til iverksettelsen av de ulike synoptiske samordningstiltakene blendet for innsikt i den retningen summen av inkrementelle beslutninger om strukturendringer og sparetiltak som ble gjort. Når radikale helhetlige løsninger – som konsernorganisasjonen, fristilling og etter hvert det nye sykehuset – ble gjennomført, var mange forutsetninger for disse løsningene allerede innebygget i eksisterende organisasjonsmodeller. Dette kan illustrere hvordan dynamikken mellom organisatoriske grunntrekk og endringsprosesser i et sterkt institusjonalisert felt kommer til uttrykk.

Avslutningsvis kan en konkludere med at det *har* vært ambisjoner om å etablere helhetlige planer for utviklingen av helsetilbudet i Østfold, og at ambisjonsnivået ble stadig høyere – i takt med den økonomiske krisen i fylkeskommunen, og der statlige helsemyndigheter presset på. Strategiene for å få utarbeidet slike planer endret seg over tid: De første forsøkene bar preg av tro på at faglige eksperter ville kunne komme frem til enighet om hvordan helsetilbudet burde organiseres. Gjennom Prosjekt

Samarbeid håpet en på å skape forståelse for helhetlige planer gjennom bred deltakelse av «alle involverte» parter i sektoren. Etter dette helsepolitiske eksperimentet skjedde det en klar tilstramming i organiseringen av planarbeidet, der sentrale politikere og organisasjonskonsulenter har utarbeidet planene. I tiden før sykehusreformen ble de fylkeskommunale planene preget av det politiske ønsket om at reduksjon i den økonomiske veksten i sektoren måtte skje innenfor et hovedmønster av fem helse- og sosialdistrikter, og at disse distriktene dannet basis for de omstruktureringer sektoren sto overfor.

Det fristilte «ett sykehus med fem dører» innebar at en opprettholdt aktiviteter i alle de gamle helse- og sosialdistriktene, men at en nå fikk etablert en overordnet styringsmodell der faglig-medisinske klinikker fikk forrang som «1. inndelingsprinsipp» i organisering av tjenestene. Potensialet for å kunne omfordele faglige funksjoner på tvers av geografi, ut fra en helhetlig, medisinsk-faglig plan, ble derved langt større. På sett og vis innebar dette at grunnlaget for at en i neste omgang kunne planlegge for ett sykehus, derved ble lagt.

Planleggingen av det nye sykehuset (som senere ble et helseforetak med to sykehuslokalteter) innebar en bekreftelse på dette. Interessant nok innebar det også at de opprinnelige forslag om «to sykehus i fylket» – et sentralsykehus (fortrinnsvis i Fredrikstad) og et sykehus i Moss – nå ble realisert, riktignok med en annen lokalisering av «det nye sykehuset». Resultatet av 50 års helsepolitisk debatt sluttet derved sirkelen ved å bekrefte helsedirektørens synspunkter fra 1969, slik jeg henviste til innledningsvis i boken. Men utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer har skjedd innenfor nye, til dels radikale endringer i styringsideologier – noen ganger som «eksogene sjokk» (D'Aunno, 2014), men likevel ved å være innrammet av institusjonelle grunntrekk som fulgte med i utviklingen gjennom hele den tidsperioden jeg har studert. Spørsmålet er da om en kan gjenfinne noen trekk ved denne utviklingen som peker på tendenser og trender i de endringsprosessene som har skjedd. Er det noen gjennomløpende kjennetegn ved utviklingen i Østfold som reflekterer generelle utviklingstrekk i organisasjonstenkning i det moderne samfunn? I det siste kapittelet vil jeg ta for meg disse spørsmålene.

Som nevnt i kapittel 2 er analyser basert på historisk institusjonisme opptatt av at endringer skjer gjennom ulike prosesser. Thelen og Steinmo (1992) skiller mellom tre slike endringsprosesser: inkrementell «små skritt», «transformativ» inkrementalisme og «critical junctures». Den siste formen er forstått som tidspunkt for «avgjørende veivalg» – som skaper radikal endring (Thelen & Steinmo, 1992; Capoccia & Keleman, 2007) Sykehusreformen i 2002 fremstår som så radikal at den lett kan oppfattes som et eksempel på «critical junctures». Men et slikt syn modifieres dersom en ser på noen av de endringene som skjedde de siste 10–15 årene før denne reformen. Vedtaket om konsernorganisasjonen i 1987 introduserte det jeg har betegnet som «radikal økonomisme» – med styrings- og ledelsesprinsipper som pekte frem mot sykehusreformen. Som vist i kapittel 9 var implementeringen av konsernvedtaket på mange måter mangelfull. Men to forhold sto fast: De lokale sykehusstyrer ble avvirket, og divisjonaliseringsprinsippet med administrerende direktører for hver divisjon (helse- og sosialdistrikt) ble etablert. Vedtaket om «et sykehus med fem dører» – det «fristilte» sykehuset – befestet disse prinsippene ytterligere. Nå ble også det geografiske divisjonaliseringsprinsipp erstattet med funksjonelle divisjoner – det vil si tversgående klinikker med enhetlig overordnet ledelse. Dette tilrettela ikke bare for de organisasjons- og ledelsesprinsipper som sykehusreformen innebar, men også for at den funksjonelle – og derved primært den faglig-medisinske – strukturering fikk forrang i forhold til geografiske fordelingsprinsipper. Dette pekte frem mot vedtaket om «ett sykehus», som altså etter hvert ble et helseforetak med to sykehus. Endringsprosessene før sykehusreformen pekte entydig i retning av sentralisering og effektivisering av spesialisttjenestene. (Her er riktig nok rus- og psykiatri-tjenestene et viktig unntak.) I et historisk-institusjonelt perspektiv vil en kunne hevde at de endringsprossene jeg her har fokusert på, i de siste årene før sykehusreformen fremstår som «transformativ inkrementalisme» – men hvordan dette fortøner seg kreves et noe lengre tidsperspektiv enn kun en analyse av sykehusreformen som sådan for å kunne belyse. En alternativ fortolkning av de prosessene som er gjennomgått, er at det dreide seg om et motsetningsforhold mellom geografisk og funksjonell organisering av sykehustjenestene. Prosjekt Samarbeid søkte å etablere et kompromiss

mellom geografiske og funksjonelle hensyn – lokalsykehusene mistet fødevirksomheten, men fikk flere nye funksjoner knyttet til blant annet rus/psykiatritjenester. Konsernorganisasjonen tilrettela på sin side for et nytt styrings- og ledelseskonsept, men ble av fylkespolitikernes struktur med fem helse- og sosialdistrikter. Det «fristilte» sykehuset innebar imidlertid at lokale tjenester ble bevart (i første omgang), men innenfor en enhetlig, funksjonell styringsstruktur i ett sykehus. Nå ble geografi klart underordnet funksjon. Dette illustrerer blant annet poenget med de krav som lokalsykehusaksjoner og helsetjenesteaksjonen har stilt om at helseforetak ikke skal omfatte mer enn ett sykehus, og at en er kritisk til klinikker med ansvarsområde på tvers av sykehus. Og i neste omgang tilrettela sykehusreformen i 2002 for sentraliseringen og funksjonsorganiseringen i sykehusstrukturen i det nye sykehusforetaket.

En slik fortolkning av utviklingen i et langsiktig perspektiv viser hvor vanskelig det er å definere et «avgjørende tidspunkt» («critical juncture») – og hvor viktig de transformativ endringer som skjedde inkrementelt er – men i en bestemt retning. Funksjonelle krav, forankret både i økonomisk-administrative og medisinsk-faglige argumenter, tvang geografiske hensyn i kne.

KAPITTEL 16

Trender i utviklingen i organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i helsesektoren

16.1 Innledning

Gjennom de prosessene jeg har tatt for meg i denne boken, er det fokus på organisasjonsstruktur, styrings- og ledelsesformer som er viktigst. Utgangspunktet var den analysen av utviklingen i amerikansk helsevesen som Scott et al. foretok i slutten av 1990-årene (Scott et al., 2000). Denne analysen har vært en inspirasjon for fremstillingen i de foregående kapitler, men slik jeg ser det, er de konkrete fasene for utviklingen i USA mindre relevant for diskusjonen av Østfold-eksemplene jeg har gjennomgått. Det har heller ikke vært min ambisjon å foreta en generalisering på grunnlag av de utviklingsprosessene jeg har beskrevet. Scott et al. foretok en dyptgripende analyse av utviklingen i helsetjenestene i et område i USA, som samtidig har gitt inspirasjon til både empiriske studier av denne sektoren og til anvendelsen av institusjonell teori mer allment. I min sammenheng har denne analysen hatt status gjennom å fungere som eksempel på at analyser av lokale endringsprosesser kan fungere som et prisme for også å forstå generelle utviklingstrekk i en sektor. Det viktigste ved Scott et al.'s bidrag har vært at det fungerer som en inspirasjonskilde for analyser av tilsvarende endringsprosesser i Norge. Det vesentligste ved det institusjonelle perspektivet på utviklingen i sektoren har vært å sette mine analyser av Østfolds helsesektor i perspektiv, og gi grunnlag for at disse analysene kan fungere som eksempler på mer allmenne utviklingstrekk i sektoren. Finnes det noen dype trender i organisering av helsesektoren som kan identifiseres gjennom de mange hendelser som er studert, og de ulike strategier som er lansert? Og på hvilken

måte har ulike ideer og aktører påvirket de løsningene som har vært lansert på ulike tidspunkt – finnes det et mønster i endringene – som kan si noe om makt- og innflytelsesformer i helsesektoren på grunnlag av det materialet som er gjennomgått her?

Jeg skal avslutningsvis diskutere disse spørsmålene med utgangspunkt i de perspektiver som er presentert av Røvik (2007) om «Trender og Translasjoner – om ideer som former det 21. århundres organisasjon». Her skal jeg konsentrere meg om noen hovedelementer i de teorier og analyser som blir fremstilt der: endringer i organisasjonsstruktur og i styrings- og ledelsesformer. Røvik hevder at han kan identifisere fem ulike trender; om avbyråkratisering, fra ledelse til styring, radikal økonomisme, fra silo- til prosessbasert organisering, og omdømmehåndtering. Av disse er det særlig de fire første jeg vil konsentrere meg om (ettersom det i mitt datamateriale ikke er gjort eksplisitte studier av omdømme-strategier – selv om slike utvilsomt kan gjenfinnes i de prosesser som er beskrevet foran).

16.2 Avbyråkratisering: «fleksibilisering og kontraksjon»

Når det gjelder tendensen til «avbyråkratisering», hevder Røvik at denne kommer til uttrykk hovedsakelig på to måter: gjennom ideer om «fleksibilisering» og ideer om «kontraksjon». *Fleksibilisering* dreier seg om stadig raskere ombygging av organisasjonsstrukturer og ledelsesformer. Dette indikerer en større bevissthet om betydning av organisering som et virkemiddel for styring av organisasjoner. Som vist i de to empiridelene synes dette også å være tilfellet i relasjon til organisasjonsstrukturer i de endringsprosessene som er gjennomgått foran. Dette gjør seg gjeldende særlig etter 1980-årene, og med et klimaks med hensyn til omorganiseringer i forbindelse med planleggingen og byggingen av de nye sykehuset på Kalnes. Det klareste uttrykket for «fleksible» organisasjonsløsninger er måten en tilnærmet seg verdibaserte prinsipper for arbeidsorganisering på i det nye helseforetaket – der grunnleggende ideer om ulike koplinger mellom problem og organisasjon fra klassisk organisasjonsteori ble anvendt.

I de to sektorene Røvik studerte særlig, Posten og Televerket, var det «relativt få» forsøk på å endre formell organisasjonsstruktur i 60- og 70-årene, noe som også kommer til uttrykk i de endringsprosessene som skjedde i helsesektoren i Østfold. Den grunnleggende organisering av sykehusene var relativt permanent. Bevisstheten om organisering var tilsvarende liten (selv opplevde jeg at da en skulle evaluere organiseringen av Sykehuset i Halden, måtte en først tegne organisasjonskartet – et slikt kart fantes ikke da prosjektet startet så sent som i 1986). Posten og Televerket gjennomgikk omfattende endringer særlig i 90-årene, og dette synes å være parallelt i tid til at en introduserte strategiene for å endre helsesektoren i Østfold. Men her ble i første omgang de formelle organisasjonsformene stort sett holdt intakte. Det er derfor ikke mulig å gjenfinne den store reformtakten når det gjaldt eieformer og store endringer i styringssystem som Røvik fant i de to sektorene han studerte.

Men kimen til disse endringene ble likevel lagt på slutten av 1980-tallet. Dette hadde sammenheng med at den reformbølgen Røvik betegner som radikal økonomisme også traff helsesektoren. Denne slo ned i helsesektoren i Østfold gjennom lanseringen av «konsernorganisasjonen» i 1987. Innenfor fylkeskommunens rammer innebar dette vedtaket relativt omfattende endringer i overordnet styringsmodell for sektoren, flytting av oppgaver og pasientgrupper mellom sykehusene, og beslutningen om å etablere helse- og sosialdistrikter som divisjonaliseringsprinsipp. Det viktigste kan likevel ha vært at det ble introdusert nye tanker om omorganisering som instrumentelt virkemiddel, og tilhørende nye begreper hentet fra private bedrifter – det som kan sies å være grunnlag for «privatisering fra innsiden» i offentlig sektor (Ramsdal & Skorstad, 2004).

Selv om det var mange utfordringer med å implementere denne modellen, var innføringen av den likevel en klar indikasjon på at en nå brukte organisasjonsstruktur som styringsredskap på en måte som en ikke tidligere hadde gjort i møtet med økonomiske og faglige utfordringer i sektoren. Modellen skapte imidlertid ikke færre beslutningsnivåer i sektoren, og den indre organisering av de enkelte sykehus var – med unntak av de nye funksjoner en fikk eller som en mistet, og med nye betegnelser på ledere – stort sett intakt.

I likhet med i de to sektorene som Røvik studerte, skjedde det imidlertid radikale endringer i organisasjonsformer på et senere tidspunkt, først og fremst omorganiseringen til «et sykehus med fem dører», og etter hvert organisering av det nye sykehuset i tiden frem til åpningen i 2015. Nå var den overordnede styringsstruktur radikalt endret gjennom etableringen av foretaksorganiseringen, noe som interessant nok har skapt mange likhetspunkter med de to sektorene som Røvik har studert. Samtidig har en innenfor denne overordnede styringsmodellen endret til et foretak («med to dører»), og skapt en fleksibilitet i ledelsesstrukturen internt ved foretaket. Dette markerte tydelig at det var makt og vilje til å benytte organisasjons- og ledelsesstruktur som et aktivt virkemiddel. På den annen side er tendenser til å utvikle «flat struktur» i formell organisering ikke å gjenfinne i den (fremdeles klart) hierarkiske ledelsesstrukturen som gjelder i sykehusorganisasjonen. En rekke av de institusjonelle særtrekk som preget sykehusorganisering i dens lange historie gjenfinnes derfor parallelt med de til dels radikale endringer som kan observeres.

Kontraksjon dreier seg på sin side om tendensen til at moderne organisasjoner søker etter å bli mer effektive gjennom «sammentrekning». Dette skjer dels horisontalt – ved at en forsøker å rendyrke konsentrasjon om organisasjonens «kjernevirksomhet», ved å kvitte seg med oppgaver og organisasjonsenheter som ikke er knyttet til denne kjernevirksomheten. En slik rendyrking av kjernevirksomheten er assosiert med teorier som Business Process Reengineering, LEAN etc., og som har vært et mantra for private bedrifter og en av de mest innflytelsesrike organisasjonsideer de siste 20–30 årene. Dette kan dels gjenfinnes i arbeidet med standardiserte pasientforløp, som var en tidlig satsing i helsesektoren i Østfold. Gjennom samhandlingsreformen ble disse prosessbaserte modellene utvidet til i større grad å omfatte forløp også mellom sykehus og kommuner.

Som ellers må disse ideene og trendene i organisering av helsearbeid konkretiseres gjennom et komplekst opplegg for fordeling av helsetjenester mellom ulike aktører i sektoren. Et hovedprinsipp – som etter hvert har blitt sentralt i norsk helsepolitikk – er at sykehus (primært) skal konsentrere seg om medisinsk «behandling» (Meld.St. nr. 16 (2010–2011)), og implisitt: at «omsorg» (care) skal utføres utenfor sykehusets vegger.

Som påpekt av Glouberman og Mintzberg (2001) er dette et av de viktigste spenningsfelt i organisering av helsetjenester, ettersom det – som det heter i deres artikkel om dette – innebærer at sykehusene har makt til å definere hvilke oppgaver de skal ta seg av, og derved også hvilke oppgaver som kan og bør overlates til andre (i all hovedsak vil dette være kommunene i Norge). Om dette skriver Glouberman og Mintzberg at «... *the hospital throws the rest of the system out of control*» (Glouberman & Mintzberg, 2001), der definisjonsmakten av hva som til enhver tid skal betegnes som «medisinsk behandling», skaper en rekke utfordringer for andre helseaktører – og altså særlig de kommunale helse- og velferdstjenester. I økende grad synes det som om presset på sykehusenes ressurser (personell, sengekapasitet og økonomiske rammer) fører til at sykehusene foretar det som kan betegnes som «strukturell ansvarsfraskrivelse» – det vil si avviser eller skriver ut stadig dårligere pasienter – og overlater til kommunale eller private helseaktører å finne løsninger på de behov disse pasientene har.

16.3 «Fra ledelse til styring»

En vanlig definisjon av «ledelse» er som «*desentralisert, direkte og gjerne dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjonen mellom den enkelte leder og ansatte*» (Røvik, 2007, s. 46). Ifølge Røvik blir ledelse forstått på denne måten i økende grad erstattet av «styring», som defineres som «*gjennom sentralisert, direktivliknende påvirkning utøvd indirekte, blant annet gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner*» (Røvik, 2007, s. 146). Også her finner en noen paralleller til andre sektorer, men ledelse og styringsformer har likevel en noe annen karakter i helsesektoren enn ellers. Det skyldes den langvarige diskusjonen mellom legeledelse og sykepleieledelse, og den vanligvis underordnede status ledelse har for leger i relasjon til deres kliniske arbeid.

Utviklingen til mer «styring» på bekostning av «ledelse» innebærer primært at de oppgavene som er knyttet til økonomistyring/budsjett, personaladministrasjon og mål- og rammestyring, har ført til at lederrollen i sykehus har endret karakter. Likevel er det ikke nødvendigvis slik at personlige lederegenskaper spiller en marginal rolle. Som vist i kapittel 11

og 12, der vi fokuserte på endringene i styrings- og organisasjonsstruktur ved det nye sykehuset, er dette tydelig. Gjennom den personlige påvirkningen, og den bevisste bruk av et arsenal av strukturelle og ledelsesmessige styringsinstrumenter, utøvde direktøren en «moderne» lederrolle, som kan sammeliknes med idealet om administrerende direktørs rolle i større bedrifter. Potensialet for at personer kan strukturere styringsformene innenfor den relativt autonome styringsstrukturen som foretaksformen legger opp til, kan ut fra erfaringene i det nye helseforetaket hevdes å være stort. Også den økende bruk av evaluerings- og kontrollsystemer – basert på prinsipper fra «corporate governance» – innebærer en utvikling der hierarkisk styrings av mikro-beslutninger øker. Som Røvik peker på, skjer det en «re-hierarkisering» gjennom sentralisering av beslutningsmyndighet. Dette har vi tidligere knyttet til begrepet «radikal rasjonalisme» i de organisasjons- og styringsformene som ble introdusert i helsesektoren i Østfold første gang gjennom konsernvedtaket i 1987. Denne rasjonalismen kjennetegnes ifølge Røvik av styringsoptimisme, top-down-orientering, vektlegging av tekniske aspekter ved styringssystemer og tro på at det eksisterer vitenskapelige kunnskapsgrunnlag for organisasjons- og styringsformer (Røvik, 2009, s. 159).

16.4 «Radikal økonomisme»

Endringene i ledelsesformer som er påpekt foran, må ses i sammenheng med den tredje tendensen som Røvik nevner – det han betegner som «radikal økonomisme» eller «forretningslogikk». Som nevnt foran er denne blant annet kjennetegnet ved at offentlige virksomheter skal organiseres som private bedrifter. Denne logikken er ikke et «motefenomen». Tvert imot er det i dag snarere en tenkning om hvordan organisasjoner generelt skal utformes, styres og ledes som også omslutter hele den offentlige sektor – knyttet til det forslitte begrepet «New Public Management» (Hood, 1991). Røvik snakker om radikal økonomisme som en «institusjonalisert standard» som etter hvert har fått ulike konkrete uttrykk i ulike sektorer og virksomheter. Generelt er det de organisasjonsstrukturer, styrings- og ledelsesformer som er forankret i «den divisjonaliserte form» (Mintzberg, 1983) som er grunnmodellen, slik vi har diskutert i kapittel 8.

Her er et mål- og rammestyringssystem basert på resultatenheter på ulike organisasjonsnivåer som i et kinesisk-eske-hierarki hovedsaken. Innenfor denne rammen er det en rekke ulike strategier og tiltak som ivaretar de hensyn til effektiv ressursforvaltning som kan anvendes.

I de kapitlene der jeg drøfter fremveksten av vedtaket og iverksettingen av konsernmodellen innenfor rammen av radikal økonomisme (eller «rasjonalismen» – jf. kapitlene 8 og 9), viser jeg hvordan denne tenkningen introduseres i helsesektoren i Østfold gjennom det svenske konsulentfirmaet SPRI-consult i 1986/87. Modellen som ble vedtatt, var utformet og begrunnet nærmest som en blåkopi av Mintzbergs beskrivelse av den divisjonaliserte form. Men imot konsulentenes primære ønsker ble det vedtatt at modellen skulle være tuftet på geografiske områder som det første inndelingsprinsipp – det som ble til fem helse- og sosialdistrikter med egne direktører. På sett og vis innebar dette valget at en søkte – og fikk – lokalpolitisk legitimitet, samtidig som premissene for styring og ledelse av sektoren ble radikalt endret.

I prosessene der en søkte å iverksette konsernmodellen, viste det seg imidlertid at de kreftene som preget de helsepolitiske spill, fremdeles gjorde seg gjeldende. Kort sagt lot det seg ikke gjøre å legge et økonomistisk, konsernbasert lokk over de krefter og argumenter som hadde dominert den regionale helsedebatten i årevis. Det innebar at en fremdeles ivaretok en rekke hensyn gjennom det politiske systemet i fylkeskommunen. Konflikten mellom en geografisk og en funksjonsbasert struktur kom til uttrykk i en rekke større eller mindre prosesser. Et hovedtrekk ved disse var at en – som en «kompensasjon» for den geografiske inndelingen – stegvis etablerte tversgående funksjons- og fagbaserte samhandlingsorgan. Etableringen av «ett sykehus med fem dører» på slutten av 1990-tallet var kulminasjonen i denne prosessen – til tross for de sterke lokalpolitiske interessene som var knyttet til opprettholdelse av de fem helse- og sosialdistriktene som overordnet organisasjonsmodell. Det «fristilte» klinikkbaserte sykehuset opprettholdt i første omgang sykehusstrukturen. Likevel var det mulig å arbeide for en styringsmodell som i det stille tilrettela for etablering av «ett sykehus på ett sted i Østfold» – gjennom en rekke skrittvis og fragmenterte beslutninger.

Sett i ettertid fremstår derfor organiseringen av «ett sykehus med fem dører» som en overgangsfase til det mest radikale uttrykket for økonomismen som skjedde gjennom sykehusreformen i 2002. Gjennom etablering av den nye strukturen ble fylkeskommunens rolle som sykehuseier eliminert. At beslutningen om å forlate forvaltningsmodellen skjedde relativt og raskt og «brutalt», er helt i tråd med den radikale økonomismens effektivitetslogikk og instrumentelle organisasjonstenkning. Her fulgte helsesektoren – det vil si spesialisttjenestene – i kjølvannet av de endringene som Røvik beskriver for Posten og Televerket noe tidligere. I vår sammenheng er det sammensmeltningen av prosessene for å etablere en ny *styringsmodell* – der grunnlaget for de helsepolitiske spill som preget sektoren i tiårene før, og arbeidet med å endre *sykehusstrukturen* gjennom beslutningen om et sykehus i Østfold – som er det viktigste premiss for denne utviklingen. Den dominerende organisasjonstenkning og de dominerende helsefaglige ideer om sentralisering av sykehusfunksjoner skjedde parallelt, men hadde, slik jeg ser det, hver for seg selvstendig kraft til å endre organiseringen av helsesektoren i fylket på grunnleggende måter.

16.5 Forvaltningssystemet i helsesektoren: På vei mot ny radikal reform?

Utgangspunktet i dette kapitlet er at alle helseplaner som har vært presentert de siste 20 årene, har hatt som utgangspunkt at en skal avklare sykehusfunksjonene innenfor rammen av spesialisttjenestene, og sykehusenes rolle og funksjonsfordeling sett i relasjon til utviklingen av primærhelsetjenestene. De politiske signalene har understreket at sykehusstrukturen skal ivareta også lokalsykehusene, selv om operasjonaliseringen av «lokalsykehus» ikke alltid har vært like entydig. I Stoltenberg 1-regjeringens helseplan som ble fremlagt i 2001, het det at ingen lokalsykehus skulle legges ned – mens definisjonen av lokalsykehus var lite presis (Kvåle & Torjesen, 2014, s. 155). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) konsentrerte seg i stor grad om de tiltakene som lå i samhandlingsreformen, med hovevkt på samarbeid og samordning særlig mellom spesialisttjenestene og kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Her ble det slått fast at regjeringen ønsket bedre kontroll med helseforetakene, og at ingen lokalsykehus skulle legges ned. Men det het også at

«... (n)ye (medisinsk-faglige, HR) metoder kan innebære at flere tjenester kan desentraliseres, mens andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering ... Det skal iverksettes et arbeid med formål å fastsette et minstekrav til hva som kan anses som sykehus. Desentraliserte spesialisthelsetjenester kan for eksempel samlokaliseres med kommunale tjenestetilbud i lokalmedisinske sentre.» (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec1>)

Og i presentasjonen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 sier Regjeringen at:

«Store samfunnsendringer mot 2030 får konsekvenser for helsetjenesten. Nasjonal helse- og sykehusplan skal være grunnlaget for utvikling av sykehusene. Vi trenger både små og store sykehus også i fremtiden. De skal ha ulike roller og oppgaver, men kravene til kvalitet skal være de samme. Sykehusene skal arbeide i team slik at pasienten får den beste behandling av kompetent personell uansett hvor de bor.» (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>)

Tilsynelatende innebærer dette at lokalsykehusene i fremtiden også vil spille en viktig rolle. Men de funksjoner disse sykehusene – og også andre sykehus – vil få i fremtiden, er ikke avklart. Tvert imot viser de nasjonale helseplanene at sektoren er i dynamisk utvikling, og at de dilemmaer og utfordringer som er presentert i de foregående kapitler, fremdeles gjør seg gjeldende. I vår sammenheng er koplingen mellom helsepolitikken innhold – som de foran nevnte sitater fra nasjonale helseplaner kan illustrere – og forvaltnings-, organisasjons- og styringsformer fremdeles et interessant spenningsfelt. De som har vært opptatt av å bevare lokalsykehusene, som lokale sykehusaksjoner og helsetjenesteaksjonen (HTA) og den nasjonale folkebevegelsen for lokalsykehusene, har på ulike måter fokusert på hvordan helseforetakenes styringsform og innholdet i tjenestene henger sammen. Folkebevegelsen for lokalsykehusene krever at helseforetakene skal struktureres med «stedlig ledelse», og at tversgående klinikkstruktur på tvers av sykehus innenfor det enkelte helseforetak ikke skal forekomme. Dette reflekterer erfaringer som påminner om

organiseringen av det fristilte «ett sykehus med fem dører» i kapittel 10. HTA krever i tråd med dette at «et sykehus skal være en juridisk enhet», at helseforetaksnivået er nødvendig, og at «tiden er overmoden for å utvikle foretaksorganiseringen av sykehusene. Sykehusene må i stedet underlegges direkte politisk styring, og organiseres etter forvaltningsmessige (og ikke kvasi-markedsøkonomiske) prinsipper» (Haukelien & Bruun Wyller, 2017, s. 296).

Disse synspunktene viser at sykehusreformens viktigste grep – etableringen av regionale foretak og sykehusforetak, de siste som kunne dekke flere sykehus – ikke uten videre står fast. Det regjeringsoppnevnte Kvinnlands-utvalget (NOU 2016:25), og Den norske legeforening, har gitt uttrykk for at en bør finne nye modeller for den overordnede styringen av sektoren. Men i regjeringserklæringen fra 2016 (Jeløya-erklæringen 14. januar 2018) heter det at en skal videreføre dagens styringssystem, men gi mer myndighet og ansvar til det enkelte sykehus. Dette er siden bekreftet i Granavolden-plattformen i 2019. Likevel har den uro som mange opplever knyttet til koplingen mellom sykehusstruktur og forvaltnings- og organisasjonsformer etter sykehusreformen 2002 avstedkommet ny mobilisering av lokalsykehusaksjoner rundt omkring i landet – parallelt med forslag om bygging av nye sykehus og nedlegging av lokalsykehus mange steder i landet. Kvåle og Torjesen (2014, s. 15) hevder at «*kombinasjonen av økonomisk-administrative og faglege krefter bidreg til at endring i sjukehusstrukturen stadig kjem på helseføretaka sin dagsorden*».

En annen utfordring – som ikke er avklart gjennom de grepene samhandlingsreformen har medført – er bedre samordning og samordning mellom spesialisttjenester og primærhelsetjenester. Denne utfordringen er grunnleggende sett knyttet til at helsetjenestene er organisert på de to forvaltningsnivåene (Saltman & Vrangbæk, 2009, s. 92). I boken «En smartere stat» diskuterer Martinussen, Neby og Vrangbæk (2017, s. 156 ff.) sykehuspolitisk styring i dagens situasjon, og hevder der at sykehusreformen fra 2002 har skapt så stor kompleksitet i styringssystemet at «*det bidrar til fortellingen om et sykehussystem i krise*». De diskuterer fire alternative modeller (sentralisert/regional demokratisk forvaltningsmodell, statlig/regional foretaksmodell), og viser styrker og svakheter ved disse alternativene. Avslutningsvis gir de en «betinget anbefaling» om å prøve

ut en femte modell, som integrerer det samlede ansvar for helsetjenester til en gitt befolkning, og knytte til denne en finansieringsmodell som bedre tilrettelegger for effektive og integrerte pasientforløp på tvers av det nåværende forvaltningsmessige skillet mellom kommunale primærhelsetjenester og statlige spesialisttjenester. Også HTA har som et av sine krav i listen over «20 forslag til en bedre helsepolitikk» at det bør utredes om primær- og spesialisttjenester bør samles på ett forvaltningsnivå, og begrunner dette blant annet med at en da vil «*kunne komme utenom mye av det ressursødende og destruktive spillet om å få pasienten 'ut av mitt budsjett og inn i ditt'*» (Haukelien & Bruun Wyller, 2017, s. 295).

På noe lengre sikt kan en se for seg at disse synspunktene, som peker mot en ny «radikal» omstrukturering av forvaltningssystemet for helsetjenestene, vil kunne aktivisere en ny omfattende helsepolitisk debatt. Samtidig kan den løsningen som nå er forsiktigvis skissert, være eslet til å bringe helsetjenestene – på de to forvaltningsnivåene – i retning av en funksjonsbasert styringsstruktur. Basert på den finske forvaltningsmodellen for helsetjenester, og skotske samarbeidsmodeller innenfor et integrert helsesystem, kan en se for seg en virkelig omveltning i norsk helseforvaltning. Interessant nok vil dette også kunne innebære en videreføring av de grunnleggende samordnings- og samarbeidsopplegg som samhandlingsreformen la opp til, slik jeg har diskutert i kapittel 14. I relasjon til de teoretiske overveielser jeg har foretatt foran, vil dette kunne fremstå som de første forsiktige frø i en kommende prosess som avstedkommer et «critical juncture»-moment i utviklingen av den fremtidige organisering av forvaltningssystemet for helsetjenestene i Norge.

16.6 Sykehusene som vi kjenner dem idag: «Ved veis ende, på kanten av stupet?»

Innledningsvis spurte jeg hvilke lærdommer en kan trekke av de utviklingsprosesser som er analysert ovenfor. Og hvordan kan en tenke seg at fremtidens helsetjeneste vil organiseres – sett på bakgrunn av disse prosessene?

Det kan fremstå som risikosport å skulle utsi noe om fremtiden – men bygget inn i de utviklingsprosesser som er beskrevet foran, er det også

trekk som peker mot store endringer i sektoren – ikke bare med hensyn til forvaltningssystemet, slik jeg har antydnet foran. Som Jensen (2019, s. 270–285) viser, har det skjedd en omfattende reduksjon i sengetallet i sykehus – både for somatikk og psykiatri. På kort og mellomlang sikt vil en kunne forvente at presset på tjenestene innebærer at en ønsker å utvide sengetall og kapasitet på sykehusene, og øke krav om effektivitet i behandlingsformer og pasientlogistikk. Men på lengre sikt – i et 20–30 års perspektiv – kan utviklingen innebære en ytterligere nedbygging av sengetallet på sykehusene. Hvordan skal en tolke disse utviklingstrekkene?

Slik jeg ser det, er de trender og tendenser som er trukket frem i dette kapitlet, indikasjoner på hvordan fremtidens helsetjenester vil kunne utvikles. Fremveksten av en ny forståelse vil kunne bli forankret i begrepet «helsesystem», og kan gripe noen av de tendensene som sannsynligvis vil bli forsterket og raffinert. En hypotese er at dette på mange måter vil innebære en paradoksal utvikling – mellom de ulike delene av dette systemet.

For det første kan en se for seg at sykehuset som organisatorisk og fysisk ramme vil bli radikalt endret. En rekke forfattere (og ikke minst internasjonale konsulentselskaper) er opptatt av hvordan dette vil skje. Et representativt eksempel er Landro (2018), som spør: Hvordan vil fremtidens sykehus se ut? Og han svarer: «*The sprawling institutions we know are radically changing – becoming smaller, more digital, or disappearing completely*» (Landro, 2018, s. 1). Og han fortsetter optimistisk: Resultatet vil kunne bli billigere og bedre helsetjenester. The Deloitte Center for Health Solutions foretok en kartlegging av ulike medisinske og teknologiske eksperterers synspunkter på det fremtidige arbeidet med ulike pasientgrupper gjennom en såkalt «crowdsourcing»-metodikk i 2017, og konkluderte blant annet med at arbeidsorganisering vil bli radikalt endret på grunn av digitalisering (Gordon, Perlman, & Shukla, 2017). Undersøkelsen viste at om 10 år ville en se sentraliserte kommandosentraler og kontinuerlig digital overvåking av pasienter – som befinner seg i eller utenfor sykehuset: «*The digital hospital of the future includes an air traffic-like control system to continually monitor patients and integrate data to «chart» the «flight-paths» of the patients*» (Gordon et al., 2017, s. 5).

I disse fremtidsvyene er det lite rom for tvil: Det vil utvikles sykehus som er høyspesialiserte, basert på avansert, evidensbasert medisinsk-faglig

kunnskap, og som er kostnadseffektive med hensyn til arbeidsorganisering og nye behandlingsmetoder. Dette vil kunne skje ved at sykehus blir kompakte «high-tech 48 hours' hospitals». Digitaliseringen av helseinformasjon og nye behandlingsformer vil gjøre det mulig å konsentrere det helsefaglige arbeidet rundt ennå mer «effektive» behandlingsopplegg. Nye kirurgiske teknologier, eller medikamentbehandling der en tidligere var avhengige av kirurgiske inngrep, endrer allerede nå sykehusarbeid på radikale måter. I debatten om kapasitet og sengetall i sykehus het det på 1980-tallet at «sengen gjør ingen frisk». Og i fremtiden kan en se for seg at pleiefaglige oppgaver blir minimalisert på sykehus, samtidig som pasientene blir behandlet etter prinsippet om «raskt inn – raskt ut» i enda større grad enn tilfellet er i dag. Selv om noen hevder at sykehuset i fremtiden vil fremstå som et moderne hotell, med vennlige ciceroner, gourmet-restauranter og teppebelagte konsultasjonsrom, vil omløpshastighet og pasientflyt bli så rask at også dette kan bli kostnadseffektivt (Frost & Sullivan, 2018).

På den annen side vil sykehusets relasjoner til lokale helsetjenester også endres radikalt. Kunnskap og kompetanse vil øke i disse lokale tjenestene, og her vil en vente at faglig-medisinsk allmennkompetanse (som i dag ivaretas primært av fastlegene) vil bli supplert med nye spesialister som arbeider utenfor sykehus. Sykehuset som ramme for de medisinske støttefunksjoner vil også endres. Et eksempel kan være billediagnostikk, som på grunn av digitalisering allerede nå kan leveres 24 timer 7 dager i uken fra multinasjonale helsekonsern som befinner seg på den andre siden av jorden – noe som effektiviserer arbeidet ved at radiologene kan jobbe på dagtid der de befinner seg og levere til de sykehusene når en der kommer på jobb om morgenen. Og ikke minst: Digitalisering og velferdsteknologiske løsninger vil også innebære at stadig flere vil kunne få sin behandling og pleie i hjemmet. Digitale teknologier har allerede skapt et nytt paradigme for administrering av pasientdata, diagnostisering og levering av helsetjenester (Gordon, Perlman & Shukla, 2017; Ebbesen i Aftenposten, 24.6.2019).

Mye av denne utviklingen skjer allerede, eller er relativt forutsigbare videreføring av prosesser som allerede planlegges iverksatt, enten når nye sykehus bygges, eller i forbindelse med gjennomføringen av

de strategiene som er koplet til samhandling. En implikasjon av denne utviklingen, som altså for lengst har skutt fart, er at sykehuset forstått som et «tempel» for spesialisthelsetjenester slik vi kjente det fra den helsepolitiske debatten som er referert til foran, vil kunne forsvinne: «*In the distant future, patients may well end up **not** going to hospitals, instead having all services performed from a distance. **That** could be the future of hospitals!*» (Frost & Sullivan, 2018). Forfatterne hevder at dette ikke er så langt frem i tid – kanskje 10 –20 år. Forutsetningen for et slikt scenario er, hevder de, at de tendenser til medisinske, organisatoriske og teknologiske innovasjoner som vi nå ser vil holde frem i samme takt som hitil i dette årtusenet. Den globale utviklingen av helsetjenester – drevet frem av multinasjonale konsulentfirma og medisinske og teknologiske forskningsmiljø – kan være like vanskelig å påvirke for helsemyndigheter eller andre aktører i det helsepolitiske landskapet som annen utvikling av digitale innovasjoner.

Men en slik lineær, akselererende prosess som antydes her, vil også innebære at dilemmaene i helsetjenestene blir ytterligere forsterket. Det «medisinsk-industrielle komplekset» vil påvirke makt- og innflytelsesforhold, og stille ytterligere krav til hvordan politisk styring med tjenestene skal utøves. Spillereglene som lå til grunn for de helsepolitiske spill som er diskutert foran, er allerede blitt radikalt endret. Grunnleggende kjennetegn ved forvaltningspolitiske ordninger – for eksempel det særnorske skillet mellom spesialisttjenester og lokalbaserte, kommunale almentjenester – kan bli irrelevante. Skillet mellom «cure» og «care» kan bli ytterligere markert. Samhandling horisontalt (mellom fagområder) og vertikalt (mellom forvaltningsnivåer) vil gjennom nye informasjonssystemer endres eller viskes ut. Pasient- og yrkesroller vil endres tilsvarende – gjennom nye former for monitorering, med økte forutsetninger for egenbehandling og mer fleksible måter å benytte helsepersonell med ulik kompetanse på.

Mintzberg (1983) betegnet «den divisjonaliserte form» – konsernet – som en organisasjonsform «at the end of the road, on the edge of the cliff». Hans argument var at en løst strukturert strategisk overbygning over relativt autonome divisjoner hadde potensial for oppsplitting og fragmentering av de organisasjonene som var underlagt den overordnede

konsernledelsen. Den utviklingen som er skissert her, tilsier at oppløsningstendensene vil kunne bli ytterligere forsterket. Parallelt med dette vil forutsetningene for overordnet politisk styring bli svekket. Dette kan skje både innenfra – ved at hopehavet mellom medisinsk-faglig og teknologisk kunnskapsutvikling blir ansett som uovervinnelig – og utenfra – ved at de forvaltningspolitiske rammene som i dag eksisterer, ikke vil kunne bestå i en fremtidig digitalisert helsetjeneste.

Mitt anliggende med denne boken har vært å vise hvordan helsesektoren er preget av kontinuerlige endringsprosesser – og at disse prosessene kan bli forsterket i fremtiden, om det ikke er krefter som motvirker dem. Når det gjelder sykehusenes funksjon og arbeidsmåte, viser gjennomgangen foran at hensyn til «geografi» har endret karakter. Lokalpolitiske interesser har blitt svekket, og er nå innkapslet i nye beslutningssystemer, der medisinsk-faglige og teknologiske hensyn i større grad har fått en mer selvstendig og entydig påvirkningskraft. Alliansene mellom lokalpolitiske aktører og lokalt plasserte faglige aktører er i stor grad brutt. Alliansen mellom organiserte pasientinteresser og medisinsk-faglige interesser er på den annen side styrket. Men de dilemmaer som har kommet til uttrykk i spenningsfeltet mellom helsepolitiske spill og helhetlige strategier, er fremdeles like aktuelle i utviklingen av helsetjenestene. Det høyteknologiske, kompakte sykehuset vil i fremtiden måtte forholde seg til nye betingelser, der krav om helhetlige helsetjenester vil innramme sykehusenes rolle i helsetjenestene på en mer eksplisitt måte. Denne utviklingen kan knyttes til internasjonale utviklingstrekk der begrepet «helsesystemet» er sentralt. Dersom denne utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer videreføres, vil helsesektoren kunne bli preget av at et kompakt høyteknologisk «supersykehus» skal forholde seg til et mer helhetlig helsesystem der lokale tiltak og tjenester spiller en stadig viktigere rolle.

KAPITTEL17

Litteratur

- Aarsæther, N. & Vabo, S. I. (2002). *Fristilt og velstyrt? Fokus på kommune-Norge*. Samlaget: Oslo.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions*, Chicago: University of Chicago Press.
- Agerberg, M. (2017). *Värdebaserad Vård: Omstridd Metod På Frammarsch*. Stockholm: *Läkartidningen* 114 (EFP7)
- Andersen, O. J. (2008). A bottom-up perspective on innovations. Mobilizing knowledge and social capital through innovative processes of bricolage. *Administration and Society*, 40(1).
- Andersen, O. J., Gårseth-Nesbakk, L. & Bondas, T. (Red.). (2015). *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting. Vågal reise med behov for allierte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Angell, S. I. & Byrkjelot, H. (2007). *Two variants of decentralized health care: Norway and Sweden in comparison*. Working paper 4–2012, Bergen: Stein Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Angell, S. I. (2012). *Two variants of decentralised health care: Norway and Sweden in comparison*. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Baldersheim, H. (Red.) (1990). *Ledelse og innovasjon i kommunene*. Oslo: Tano.
- Bartlett, R., Dash, P., Markus, M., McKenna, S. & Streicher, S. (2017). New models of healthcare. McKinsey & Company. Hentet fra <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/new-models-of-healthcare>
- Battilana, J. & D'Aunno, T. (2009). Institutional work and the paradox of embedded agency. I T. B. Lawrence & R. Suddaby (Red.), *Institutional work – actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Begun, J. W. & Thygeson, M. (2014). Complexity and health care: Tools for engagement. I S. S. Farnsworth Mick & P. D. Shay (Red.), *Advances in health care organization theory*, (Jossey-bass 2. utg.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, O. (2009). *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile helseforvaltnings utvikling 1809–2009*. Rapport nr. 8. Oslo: Helsetilsynet.
- Berntsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. & Sahlin-Andersson, K. (Red.) (1999). *Når Styringsambitioner møder Praksis. Den svære omstilling av sygehøvsænet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøvskolens forlag.

- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care, 2003. *Journal of the American Medical Association*, 289(15).
- Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2014). *A research design for the study of an innovation journey – The eSenior Project: Piloting telecare and telehealth technology*. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Bjørkquist, C. (2012). Norwegian public health policy and risk communication – a matter of mobilization? I K. P. Knutsen, S. Kvam, P. Langemeyer & K. Solfjeld (Red.), *Narratives of risk: Interdisciplinary studies*. Münster: Waxmann.
- Bjørkquist, C., Ramsdal, H. & Ramsdal, K. (2015). User participation and stakeholder involvement in health care innovation does it matter? *European Journal of Innovation Management*, 18(1), 2–18. <https://doi.org/10.1108/EJIM-08-2013-0081>
- Bode, I., Lange, J. & Märker, M. (2017). Caught in organized ambivalence: Institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*, 19(4), 501–517. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1195437>.
- Bonde, M., Bossen, C. & Danholt, P. (2018). Translating value-based health care: An experiment into healthcare governance and dialogical accountability. *Sociology of Health & Illness*, 40(7), 1113–1126. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12745>.
- Borum, F. (1999). Perspektiver på forandringsprosesser i sundheds- og sygehusfeltet. I E. Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (Reds.), *Når styringsambitioner møder praksis* (s. 13–30). København: Handelshøjskolens Forlag.
- Borum, F. (2005). Sygehuset – en omstridt institution. I *Nordiske Organisasjonsstudier 2005*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Borum, F. (Red.). (2003). *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Bringa, M. (2018). *Samhandling i sengetunmodell*. Masteroppgave i Tverrfaglig samarbeid i helse- og velferdssektoren, Høgskolen i Østfold, Fredrikstad.
- Brunsson, N. & Jacobsen, B. (Red.) (1998). *Standardisering*. Stockholm: Nerenius och Santerus Förlag.
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. London: Routledge.
- Brunsson, N. (1989). *The organization of hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations*. Chichester: John Wiley & Son.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (Red.) (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot H. & Torjesen, D. O. (2010). *Managerial innovation in health care. The introduction, translation and use of the American DRG system in the hospital sectors in Norway and Denmark*. Oslo: Novus.
- Byrkjeflot, H. & Grønlie, T. (2005). Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig reform. I S. Opedal & I. M. Stigen (Red), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Byrkjeflot, H. & Gulbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4).
- Byrkjeflot, H. & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 441–458.
- Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2005). Norge i Norden: Fra etterløper til pioner i reformering av sykehussektoren? I S. Opedal & A. M. Stigen (Red.), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2008). The end of the decentralized model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), 331–349.
- Capoccia, G. & Keleman, R. D. (2007). The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. *World Politics*, 59(3), s. 341–369.
- Chan, K. S., Morton, S. C. & Schelke, P. G. (2004). Systematic reviews for evidence-based management: How to find them and what to do with them. *American Journal of Managed Care*, 10(11), 806–812.
- Chandler, A. D. (1962/1998). *Strategy and structure: Chapters in the history of the American industrial enterprise*. Boston, MA: MIT Press.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2006). The whole-of-government approach – regulation, performance, and public-sector reform. Working paper 6 – 2006. Bergen: Rokkansenteret.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Clegg, C. & Walsh, S. (2004). Change management: Time for a change! *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(2), 217–239. <https://doi.org/10.1080/13594320444000074>
- D'Aunno, T. (2014). Explaining change in institutionalized practices: A review and road map for research. I S. S. Farnsworth Mick & P. D. Shay (Red.), *Advances in health care organization theory*, Jossey-bass 2. utg. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Dacin, M. T., Goodstein, J. & Scott, W. R. (2002). Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. *The Academy of Management Journal*, 45(1), 45–57.
- Dent, M. (2003). *Remodelling hospitals and health professionals in Europe: Medicine, nursing and the state*. London: Palgrave.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited. Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.

- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Djellal, F. & Gallouj, F. (2006). Innovations in hospitals: A survey of the literature. *European Journal of Health Economics*, 8(3), 181–103.
- Ebbesen, J. (2019, 24. juni). Skal sykehuset tilpasses teknologien eller skal teknologien tilpasses sykehuset? *Aftenposten*.
- Egeberg, M. (1984). *Institusjonsutforming i offentlig virksomhet*, Oslo: Tanum/Norli.
- Eliadis, P., Hill, M. M. & Howlett, M. (Red.) (2005). *Designing government. From instruments to governance*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Farnsworth, M. S. S. & Shay, P. D. (Red.) (2014). *Advances in health care organization theory*. Jossey-bass 2. utg. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Fiedler, F. E. (1964). A contingency model of leadership effectiveness. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1, 149–190.
- Fineide, M. (2012). *Controlled by knowledge – a study of two clinical pathways in mental health care* (Doktoravhandling). University of Karlstad, Karlstad.
- Fineide, M. J. & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens Organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Finnanger, E. & Sletvold, H. (2006). *Behandlingslinjer – Kvalitetsløft for hvem? Utvikling og bruk av behandlingslinjer i Sykehuset Østfold* (Masteroppgave). Høgskolen i Østfold, Halden.
- Friedland, R. & Alford, R. R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions. I W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Red.), *The new institutionalism in organization analysis* (s. 232–263). Chicago: University of Chicago Press.
- Frost & Sullivan Team (2018). The future of smart hospitals. Alliance of advanced biomedical engineering. *Australian Health Review*, 2002–25(5), 32–44. Hentet fra <https://aabme.asme.org/posts/future-of-smart-hospitals>
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and invisible innovation in public service innovation. *Journal of Innovation Economics & Management*, 5(1), 67–87. <https://doi.org/10.3917/jie.005.0067>
- Gallouj, F. & Weinstein, O. (1995). Innovation in Services. *Research Policy*, 26(4–5), 537–556.
- Gammelsæther, H. & Strand, T. (1989). *Divisionalization and managerial orientations*. LOS-senter notat 89/22. Bergen: LOS-senter.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69.

- Gordon, R., Perlman, M. & Shukla, M. (2017). *The hospital of the future. How digital technologies can change hospitals globally*. Deloitte Development LCC, Deloitte Center for Health Solutions. Hentet fra <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/us-lshc-hospital-of-the-future.pdf>
- Greenwood, C. & Hinings, C. R. (1996/2005) The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. *Organization Studies*, 26(3), 351–384.
- Grimen, H. & Terum, L. I. (Red.) (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8, 148–55.
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T., (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grund, J. & Hjort, F. (2000). *Helseplan for 2000 – omlegging og utvikling*. Oslo: Gyldendal.
- Grønlie, T. (2004). Fra velferdskommune til velferdsstat – hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans. *Historisk tidsskrift 04/2004 (Volum 83)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2013). Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Oslo: Akademika forlag.
- Hagen, T. P., McArthur, D. P. & Tjerbo, T. (2013). Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året. *HERO Skriftserie 2013/5*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hagen, T. P. & Vrangbæk, K. (2009). The changing political governance structures of Nordic health care systems. I. J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (Red.), *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European observatory on health systems and policies series. Berkshire, England: McGraw Hill, Open University Press.
- Halvorsen, M. (2019). Kommune og stat i behandlingen av syke – et svarteperspill? I H. Haukelien & T. Bruun Wyller (Red.), *Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers Forlag.
- Hansen, F. H. (1974). *Vekstprosesser i helsesektoren. En undersøkelse av beslutningssystemer og beslutningsatferd i sykehusvesenet (Hovedoppgave)*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Hansen, F. H. (1979). Helsesektoren i velferdsstaten – kjempevekst og beslutningskrise. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 20(3).

- Hansen, G. S., Helgesen, M. K. & Holmen, A. K. (2014). Den forhandlende kommune i Samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 30(2), 108–129.
- Hansson, L. & Ramsdal, H. (1991). Innføring av målstyring i sykehus – mellom beslutningskrise og radikal rasjonalisme. I *Bedrifter i utvikling. Norsk organisasjonsutvikling i praksis*. Oslo: NKS-forlaget.
- Harrison, S., Moran, M. & Wood, B. (2002). Policy emergence and policy convergence: The case of ‘scientific-bureaucratic medicine’ in the United States and United Kingdom. *British Journal of Politics and International Relations*, 4(1), 1–24.
- Hauge, H. A., & Mittelmark, M. B. (Red.) (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Haukelien, H. & Bruun Wyller, T. (Red.) (2019). *Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers Forlag.
- Hellström, A., Lifvergren, S., Gustavsson, S. & Gremyr, I. (2015). Adopting a management innovation in a professional organization. *Business Process Management Journal*, 21(3), 1186–1203.
- Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1969). *Management of organizational behavior – utilizing human resources*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hill, M. J., & Hupe, P. L. (2009). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance*. London: Sage Publications Ltd.
- Hoholm, T. & Huse, M. (2008). Brukerdrevet innovasjon i Norge. *Magma*, 11(5).
- Holmås T. H., Monstad, K. & Steskal D. (2015). Hospital readmission and mortality among frail elderly – the importance of spouse and adult children. Working paper 7–2015. Bergen: Uni Research AS.
- Hood, C. (1991). A public administration for all seasons? *Public Administration*, 69 3–19.
- Hood, C. C. & Margetts, H. Z. (2007). *The tools of government in the digital age*. Houndsmill: Palgrave Macmillan.
- Høglund, P. J., Essen, A., Choi, S., Ernestam, S., Kaarme, J. & Neovius, M. (2012). Vardebaserad Vård – strategi for effektivare svensk sjukvård. Klinik ock vetenskap. *Lakartidningen*, 47, 109–2012.
- Jákupsstovu, B. & Aarseth, T. (1996). *Norsk helsestasjonsvirksomhet. Nasjonal politikk og lokal policyutforming av forebyggende arbeid for barn* (rapport 9603). Molde: Møreforskning.
- Jensen, B. (2019). Slagene om lokalsykehusene. Sentral symbolpolitikk gir dårligere sykehusberedskap og høyere kostnader. I H. Haukelien & T. Bruun Wyller (Red.), *Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger*. Oslo. Dreyers Forlag.
- Jensen, B. (2013). Helsereformene i et NPM-perspektiv. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Oslo: Akademika forlag.

- Jespersen, P. K. (2005). *Mellem profession og management: ledelse i danske sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Jespersen, P. K. (1999). New public management-reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen. I E. Z. Berntsen, F. Borum, G. Erlingsdottir & K. Sahlin-Andersson (Red.), *Når Styringsambitioner møder Praksis. Den svære omstilling av sygehuvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Johansson, M. (2009). *Between chain and shop*. Working paper series 2009/9. Lund: Lund Institute of Economic Research.
- Johnsen, G. G. & Pålshaugen, Ø. (2011). *Perspektiver i norsk innovasjonsforskning: bind 1: System og institusjon*: Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kickbusch, I. (2010). Health in all policies: The evolution of the concept of horizontal health governance. I I. Kickbusch & K. Buckett (Red.), *Implementing health in all policies*. Adelaide: Departement of Health, Government of South Australia.
- Kirchhoff, R, Grimsmo, A. & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(2), 125–141.
- Kjekshus L. E., Byrkjeflot, H. & Torjesen, D. O. (2012). Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketrekning? I H. O. Melberg & L. E. Kjekshus (Red.), *Fremtidens helse-Norge*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kjekshus, L. E. (2012). Norske sykehus er geriatrike pasienter. I H. O. Melberg & L. E. Kjekshus (Red.), *Fremtidens helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjellberg, F. (1991). Kommunalt selvstyre og nasjonal styring. Mot nye roller for kommunene? *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 1, 45–63.
- Kvåle, G. & Torjesen, D. O. (2014). *Sjukehusrørsla: kampen for tryggleiken til individ og stader*. I O. Bukve & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Landro, L. (2018, 25. februar). What the hospitals of the future look like. *The Wall Street Journal*.
- Lascoumes, P. & Le Gales, P. (2007). Understanding Public Policy through its instruments. From the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1–21.
- Lega, F. & DePietro, C. (2005). Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*, 74, 261–281.
- Levesque, B. (2012). Social innovation and governance in public management systems: Limits of NPM and search for alternatives? Cahiers du CRISES, Collection Etudes theoriques no ET 1116. Montreal: University of Montreal.
- Lian, O. (2003). *Når helse blir en vare*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Lindquist, L. & Aidemark, L-G. (2005). *Sjukhus som bolag – Om identitet och legitimitet*. Stockholm: SNS förlag.

- Lippestad, J. W., Harsvik, T. & Kjekshus, L. E. (2011). *Ledelse i et sykehus i omstilling. En oppsummering av et følgeforskningsprosjekt ved Akershus universitetssykehus i perioden 2006–2010* Rapport A18917. Oslo: Sintef.
- Lundbäck, A (2017). Sahlgrenska: Svag Evidens För Värdebaserad Vård. *Läkartidningen*, 114.
- Lönnroth, P. (2017). *Värdebaserad Vård Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hentet 6. juni 2018 fra <https://mb.cision.com/Public/13490/2407649/a61ef631db1bab34.pdf>
- Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Saltman, R. B. (2009). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European observatory on health systems and policies series. Berkshire, England: McGraw Hill, Open University Press.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 2012 40:795, Sage Publications.
- Martinussen, J., Neby, S. & Vrangbæk, K. (2017). Sykehuspolitisk styring i Norge: mellom politikk og forvaltning. I J. Askim, K. Kolltveit & P. G. Røe (Red.), *En smartere stat. Veier til bedre politikk og styring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinussen, P. E. & Magnussen, J. (2009). Health care reform: The Nordic experience. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (Red.), *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European observatory on health systems and policies series. Berkshire, England: McGraw Hill, Open University Press.
- Melberg, H. O. & Kjekshus, L. E. (Red.) (2012). *Fremtidens helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363.
- Michelsen, S., Ramsdal, H. & Aarseth, T. (2002). Kommunal organisering og posisjonering av profesjonane. I O. Bukve & A. Offerdal (Red), *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Oslo: Samlaget.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- Muir Gray, J. A. (2001). *Evidence-based healthcare – how to make health policy and management decisions*. London: Churchill Livingstone.
- Myhrvold, O. A. (2019, 24. juni). Bevar Ullevål for å sikre utbyggingen på Kalnes. Debattartikkel. *Fredriksstad Blad*.
- Mørk, B. E., Hoholm, T., Ellingsen, G. A., Edwin, B. & Aanestad, M. (2010). Challenging expertise: On power relations within and across communities of practice in medical innovation. *Management Learning*, 41(5), 575–592.
- Naschold, F. (1996). *New frontiers in public sector management*. Berlin: de Gruyter.

- Neby, S. (2008). *Institutional reform and governance in the Scandinavian hospital fields. The dynamics of change and control*. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD). Bergen: University of Bergen.
- Nicolini, D. (2010). Medical innovation as a process of translation: A case from the field of telemedicine. *British Journal of Management*, 21, 1011–1026.
- Nilsson, K., Baathe, F., Andersson, A. E., Wikstrom, E. & Sandoff, M. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish university hospital – an longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8>
- Nordby, T. (1989). *Karl Evang: en biografi*. Oslo: Aschehoug.
- Norman, C. D. (2009). Health promotion as a system science and practice. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, ISSN 1356–1294, 868–872.
- Olsen, J. P & Læg Reid, P. (1978). *Byråkrati og beslutninger*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. & Læg Reid, P. (1993). *Organisering av offentlig sektor. Perspektiver – reformer – erfaringer – utfordringer*. Oslo: Tano.
- Olsen, J. P., Cohen, M. D. & March, J. G. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, (1).
- Opedal, S. & Stigen, I. M. (Red.) (2005). *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Panella, M., Marchisio, S. & Di Stanislao, F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 509–521.
- Pedersen, T. H. (2013). Sykehusreformen og intern organisering: Gjennombruddet for sykehusovergrepene divisjoner. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Oslo: Akademika forlag.
- Peters, B. G. (2002). The politics of tool choice. I L. M. Salamon (Red.), *The tools of governance. A guide to the new governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. & Bouchaert, G. (2000). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pons, X. & van Zanten, A. (2007). Knowledge circulation, regulation and governance. I B. Delvaux & E. Mangez, *Literature Review on Knowledge and Policy*. Hentet fra www.knowandpol.eu
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining competition in health care*. Boston: Harvard Business School Press.
- Porter, M. E. (1979). *How competitive forces shape strategy*. Boston: Harvard Business Review.
- Powell, W. W. & DiMaggio, P. J. (Red.) (1991). *The new institutionalism in organization analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

- Ramsdal, H. (1993). *Strategier for strukturendringer i helsesektoren – Analyser av forsøk på sparing, omstrukturering og omprioritering i Østfold fylkeskommune.* (upublisert notat) Fredrikstad: Stiftelsen Østfoldforskning.
- Ramsdal, H. (1996). *Kan psykiatrien reformeres innenfra? Evaluering av Prosjekt psykiatri.* Halden: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. (2012). From steering to public action? An analysis of four welfare state reforms in Norway. I A. van Zanten, H. Ramsdal, J. Barroso, L. M. Carvalho & R. Freeman (Red.), *Knowledge, policy and regulation – public action in health and education.* Lisbon: University of Lisbon.
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (s. 214–233). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ramsdal, H. & Aarvak, K. (2000). *Evaluering av Folkehelseprosjektet i Østfold – deltakernes erfaringer med gjennomføring av prosjektet.* OR-rapport 5/2000. Fredrikstad: Østfoldforskning.
- Ramsdal, H. & Bjørkquist, C. (2019). Value-based innovations in a Norwegian hospital: From conceptualization to implementation. *Public Management Review*, <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1648695>
- Ramsdal, H. & Fineide, M. J. (2011). Les défis de la réforme de la santé mentale. L'expérience de la Norvège. Paris. *Revue de Sociologie de la Sante*, 34.
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2005). Om sirkelens kvadratur: psykisk helsearbeid møter bestiller- utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 134–148.
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2009). *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: Erfaringer med organisering og arbeidsformer* (OR-rapport 2009:1). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. & Hanson, L. (1987). *Forslag til organisasjonsmodell for Halden sykehus.* Østfold DH, Rapport 1 1987. Halden: Østfold DH
- Ramsdal, H., Jacobsen, J. O., Michelsen, S. & Aarseth, T. (2000). Mot den nye kommunen? – Lokalstyret og velferdsstatens profesjoner. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 1.
- Ramsdal, H. & Ramsdal, K. (2007). *Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer* (OR-rapport 2007:3). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. & Skorstad, E. J. (2004). *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltningen av privat og offentlig organisering.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Ramsdal, H. & Qvortrup, K. (1992). *Iverksetting av konsernorganisasjon i Østfold Fylkeskommune.* Rapport til Helse- og sosialkomiteen Østfold Fylkeskommune. Fredrikstad: Stiftelsen Østfoldforskning.
- Reay, T. & Hinings, C. R. (2005). The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. *Organization Studies*, 26(3), 351–384.

- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 159–169.
- Røiseland, A. (1999). *Statlige målsettinger og lokal praksis. Om kommunenes arbeid med miljøbetingede helseproblem*. NF-rapport 11/96, Bodø: Nordlandsforskning.
- Røvik, K. A. (1998). *Trender og Translasjoner – Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Moderne Organisasjoner – Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W., Muir-Gray, J. A., Haynes, R. M. & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine. What is it and what isn't it. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Salamon, L. M. (Red.) (2002). *The tools of government: A guide to the new governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Saltman, R. B. & Vrangbæk, K. (2009). Looking forward: Future policy issues. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (Red.), *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European observatory on health systems and policies series. Berkshire, England: McGraw Hill, Open University Press.
- Scheuer, J. D. (2003). *Pasientforløb i Praksis – en analyse af en idées oversættelse i mødet med praksis* (Doktoravhandling). København: Handelshøyskolen i København.
- Schou, A., Helgesen, M. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsfoebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner*. Oslo: NIBR.
- Schumpeter, J. A. (1939). *Business cycles: Volumes I&II*. New York: McGraw Hill.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J. & Caronna, C. A. (2000). *Institutional change and health care organizations. From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Skorstad, E. J. & Ramsdal, H. (Red.) (2009/2016). *Flexible organizations and the new working life. A European perspective*. Farnham: Ashgate Publishers.
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax Forlag.
- Slappendel, C. (1996). Perspectives on Innovation in Organizations. *Organization Studies*, 17(1), 107–129.
- Smets, M., Morris, T., & Greenwood, R. (2012). From practice to field: A multilevel model of practice-driven institutional change. *Academy of Management Journal*, 55(4), 877–904.
- Stabell, C. B. & Fjeldstad, Ø. D. (1998). Configuring value for competitive advantage: On chains, shops, and networks. *Strategic Management Journal*, 19, 413–437.

- Stigen, I. M., Finstad, N., Gjernes, T. & Torjesen, D. O. (2005). Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill? I S. Opedal & I. M. Stigen (Red.), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sundstøl, L. M. (2008). *Behandlingslinjer i et translasjonsperspektiv*. Masteroppgave i Organisasjon og ledelse. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Thelen, K. A. & Steinmo, S. (1992). *Structuring politics*. New York: Cambridge University Press.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action*. New York: McGraw-Hill.
- Timmermans, S. & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Timmermans, S. (2005). From autonomy to accountability – the role of clinical practice guidelines in professional power. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48(4), 490–501.
- Tjora, A. & Melby, L. (Red.) (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torjesen, D. O. & Vabø, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. (s. 138–157). Oslo: Universitetsforlaget.
- Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2), 275–290.
- Toussant, J. (2016). *Samhandling med IKT. Sluttrapport til Forskningsrådet*. (EVASAM), Prosjekt 229623. Trondheim: NTNU.
- Vabø, M. & Vabø, S. I. (Red.) (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- van Zanten, A. & Ramsdal, H. (2011). Knowledge based regulation tools and regulation in education and health sectors. Orientation 3 National instruments, Integrative report. Hentet fra www.knowandpol.eu
- Veggeland, N. (2013). Samhandlingsreformen – en bærekraftig reform? I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Oslo: Akademika forlag.
- Velgaard, V. (2002). Indre fristilling i et sykehussystem: fristilling i et sykehussystem: en studie av prosess og studie av prosess og effekter. Avhandlingsarbeite i Folkhälsovetenskap, 2002ISSN 1104–5701. Gøteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.
- Vrangbæk, K. & Torjesen, D. O. (2005). Sygehuslederens opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 7(2), 37–57.
- Wæraas, A., Byrkjeflot, H. & Angell, S. I. (2011). *Substans og fremtreden. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yin, R. (1984). *Case study research. Design and methods*. London: Sage Publications.

Offentlige Dokumenter

- European Commission (2011). *Horizon 2020 – The Framework Programme for Research and Innovation*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Hentet fra https://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/proposals/communication_from_the_commission_-_horizon_2020_-_the_framework_programme_for_research_and_innovation.pdf
- Helse Sør-Øst (2010). *God virksomhetsstyring, Grunnlag for god pasientbehandling. Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, i Helse Sør-Øst*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2011/Vedlegg%201%20til%20oppdrag%20og%20bestilling%202011%20-%20God%20virksomhetsstyring.pdf>
- Helsedepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken*. (Meld. St. nr. 16 (2002–2003)). Oslo: Helsedepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996). *Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* (St.meld. nr. 24 (1996–97)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted, til rett til*. (St.meld. nr. 47: (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (Meld. St. nr. 16 (2010–2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012–2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030* (rapport 06/2012). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). Health creates welfare. Rapport IS-1545E. Oslo: Helsedirektoratet. Helsedirektoratet lenke: (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>)
- Helsedirektoratet (2018). Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helseminister Bent Høie, tale ved åpningen av Sykehuset Østfold Kalnes, 20.11.2015.

- Høgskolen i Lillehammer (2010). *PhD programme: Innovation in Services – in the Public and Private Sectors*. Lillehammer: Lillehammer University College.
- Innstilling fra sykehussjefen om overordnet styringssystem for helse- og sosialsektoren i Østfold. Sept. 1987. Sarpsborg. Østfold fylkeskommune
- Karolinska Universitetsjukhuset (2017). *Ny Tematisk Organisation Växer Fram*. Karolinska Universitetsjukhuset. Hentet 8.12 2017 fra <https://www.karolinska.se/framtida-karolinska/ny-organisation/>
- Nærings- og Handelsdepartementet (2008). *Et Nyskappende og bærekraftig Norge* (St.meld. nr. 7 (2008–2009)). Oslo: Nærings- og Handelsdepartementet.
- Norges forskningsråd (2016a). *Forslag til ny satsning: Forskning og utvikling for verdiskappende innovasjon og fornying i offentlig sektor – For en smartere og mer effektiv offentlig sektor med høyere kvalitet på tjenester og forvaltning 2006–2016*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norges forskningsråd (2016b). *Helhetlig helsesatsing i Forskningsrådet. Policy for forskning og innovasjon 2016–2020*. Oslo: Norges forskningsråd.
- NOU 1999:15 (1999). *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i Omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2016:25 (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* (Ot.prp. 66 (2000–2001)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>
- Sosialdepartementet (1976). *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat* (St.meld. nr. 9 (1975–76)), Oslo: Sosialdepartementet.
- SPRI-consult (1987a). *Østfold Fylkeskommun: Idéskisser om politisk organisasjon*. 19.2.1987. Sarpsborg: Østfold fylkeskommune
- SPRI-consult (1987b). *Forslag til overordnet styringsmodell*. Sluttrapport sept. 1987. Sarpsborg: Østfold fylkeskommune
- SPRI-consult (1987c). *Moss helse- og socialdistrikt*. Sluttrapport sept. 1987. Sarpsborg: Østfold fylkeskommune
- Statskonsult (2006). *Strategier og planer for innovasjon og fornyelse i offentlig sektor – Rapport til Norges Forskningsråd*. Oslo: Norges Forskningsråd
- Sykehuset Østfold HF (2015). *Overordnet styringsmodell for Sykehuset Østfold HF* pr. november 2015. Hentet fra: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=sykehuset+%C3%B8stfold+hf>
- Sykehuset Østfold HF (2010). *Nytt østfoldsykehus*. Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.201020:10 – 181. Hentet fra: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=sykehuset+%C3%B8stfold+hf>

- WHO (2000). The world health report 2000 – Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization.
- Østfold fylkeskommune (1990). HU-sak A nr. 60/90: Forslag til organisasjonsplan for Sarpsborg Helse- og sosialdistrikt.
- Østfold fylkeskommune. Adm. sak B nr. 70/92: Forslag til organisasjonsplan for ØSS
- Østfold fylkeskommune. Evaluering organisasjons- og styringsstrukturen i barnevernsektoren. Innstilling fra utvalg nedsatt 1. juni 1990. Sept. 1990.
- Østfold fylkeskommune. FT-sak 43/93 Østfoldprosjektet – sluttrapport.
- Østfold Fylkeskommune. Helse- og sosialplan for Østfold 1983–1996.
- Østfold fylkeskommune. Helse- og sosialplan for Østfold 1989–1992.
- Østfold fylkeskommune. HU-sak A nr 112/92: Forslag til organisasjonsplan for Halden Helse- og sosialdistrikt.
- Østfold fylkeskommune. HU-sak A nr. 31/85: «Prosjekt Samarbeid» – innstilling fra den sentrale styringsgruppen, 20.9.84.
- Østfold fylkeskommune. HU-sak A nr. 60/91: Forslag til organisasjonsplan for ØSS
- Østfold Fylkeskommune. HU-sak A nr. 77/90: Forslag til organisasjonsplan for Indre Østfold Helse- og sosialdistrikt.

