

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?