

Wenche Eikens og Irene Overhalden

Å lede i et politisk styringsunivers

En studie av ledelse i helseforetak

SAMMENDRAG

De 10-15 siste årene er det iverksatt flere store reformer som påvirker styring og ledelse av sykehusene/helseforetakene i Norge. En av de største sykehusreformene trådte i kraft i 2002. Sykehusreformen innebar en statlig overtakelse av sykehusene og en foretaksorganisering. Nøyaktig 10 år senere ble Samhandlingsreformen iverksatt. Samhandlingsreformen skal bidra til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I reformen er det lagt økt vekt på blant annet avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes, og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.

Problemstillingen for oppgaven er «Hvordan har den statlige styringen av helseforetakene utviklet seg i perioden 2002-2012, og på hvilken måte påvirker dette lederrollen i helseforetakene». For å få svar på denne problemstillingen har vi utført en dokumentanalyse av de årlige oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til et regionalt helseforetak, og vi har utført kvalitative intervjuer av sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren.

Vi finner at den statlige styringen av helseforetakene er blitt sterkere i perioden 2002 til 2012. Lederne i helseforetakene opplever at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å lede fordi styringen er så detaljert og omfanget av spesifikke styringskrav er så stort at det ikke er mulig å oppfylle alle krav. Til tross for sterk statlig styring mener lederne at de har et relativt stort handlingsrom. Vi tolker det som at lederne skaper seg, og definerer et handlingsrom som er større enn det som fremkommer av oppdragsdokumentene. Hvordan handlingsrommet defineres, påvirkes av de ulike ledernes egenskaper og utøvelse av lederrollen. Ut fra våre funn vedrørende Samhandlingsreformen, virker lederne i kommunene og helseforetakene godt forberedt, og stiller seg positive til reformen. Til tross for at nye statlige styringsvirkemidler utfordrer lederrollen i helseforetakene, mener lederne at samhandlingen har høy prioritet, og at de nye styringssystemene fungerer godt så langt.

ABSTRACT

To lead within a political management universe

A Study of Leadership in Public Health Care Institutions

During the last 10 to 15 years the Norwegian authorities have implemented several major reforms that affect the government and management of the hospitals/health authorities. One of the most important Norwegian hospital reforms ever was implemented in 2002. This reform involved State owned hospitals and enterprise organization. 10 years later The Coordination Reform was implemented to improve the cooperation between the Norwegian specialist health care and the local council health care. There is, among other, an increased emphasis on agreed clinical pathways and binding agreements between local councils and health authorities. The local council health care services are to be strengthened, and the specialist health care to be further developed.

The main issue in our paper is as follows: "The development of state control of the health enterprises in the years from 2002-2012, and how this affects the role of the leader in the health enterprises." To answer this we have analyzed the annual commissioned documents from the Ministry of Health and Care Services to the Regional health authorities, and we have conducted qualitative interviews of key participants in the health care sector.

Our belief is that State control of the health authorities has increased between 2002 and 2012. The managers of the health authorities said that their experience of State control affects their possibility to lead since the control is so detailed and the amount of specific management requirements so comprehensive that it is impossible to meet these requirements. All the same, despite this state control, the managers of the health authorities claim to have a relatively large room for action. Our interpretation of this is that these leaders create and define a certain room for action which is more extensive than the overall impression in the commissioned documents. How this room for action is defined is influenced by the different leaders and their exercise of the leadership role. Based on our findings about The Coordination Reform, the managers in the local councils and the health authorities seem well prepared and are positive to the reform. Despite the fact that new management tools challenge the role of the managers in the health authorities, these managers claim that coordination is of utmost priority and that the new management systems work - so far.

FORORD

Det er våren 2012, og et treårig masterstudium ved Høgskolen i Oslo og Akershus er ved veis ende. Det har vært en lærerik, interessant og krevende reise.

Det er noe spesielt og ekstra godt ved å sitte her å skrive dette forordet. Vi har klart det, vi har skrevet en masteroppgave.

Temaet falt relativt naturlig for oss. Styring og ledelse av sykehus er ofte på den politiske dagsorden. Det har stor interesse i samfunnet, og for oss i våre yrkesaktive liv. Vi har derfor vært nysgjerrige på hvordan den statlige styringen har påvirket ledelsen av helseforetakene.

Konteksten vi var i under arbeidet med denne masteroppgaven ble annerledes enn det noen av oss hadde visst på forhånd. Irene fikk kreft, og har gjennom hele arbeidsperioden vært under aktiv kreftbehandling. Hun fikk dermed ufrivillig se helseforetakene fra innsiden.

Vi har mange å takke for at denne oppgaven er blitt ferdig, veldig mange. Vi vil takke våre kjære medstudenter i kollokviegruppe «GMS», som har vært til stor inspirasjon og glede. Vår veileder Inger Marie Stigen har vært tålmodig, og gitt oss konkrete og konstruktive tilbakemeldinger. Professor Åge Johnsen takkes for støtterop fra sidelinjen. Vi vil også takke legene Linda Elise Grønvold og Susanne Damsleth Heldaas for deres fantastiske støtte og hjelp, noe som har gjort det umulige mulig for Irene. Takk til våre informanter som stilte villig opp, og utviste stort engasjement for teamet i oppgaven vår. Ansvar for alle feil og misforståelser er vårt alene.

Vi vil også si en takk til våre nærmeste, som har vist stor forståelse for all tiden vi har brukt på studiet. De har oppmuntret oss og vært gode diskusjonspartnere underveis.

Til slutt vil vi takke hverandre for et hyggelig, effektivt og meget godt samarbeid!

Oslo, april 2012

Wenche Eikens og Irene Overhalden

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Oppgavens tema og forskningsspørsmål.....	6
1.1	Oppgavens tema	6
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	8
2	Teori/litteratur.....	10
2.1	Fra Sykehusreform til Samhandlingsreform.....	10
2.2	Statens styring av helseforetak – teori og antakelser.....	13
2.3	Utøvelse av lederrollen – teori og antakelser	19
3	Metode/datainnsamling	25
3.1	Operasjonalisering av forskningsspørsmålene og antakelser	25
3.2	Dokumentanalyse	26
3.3	Kvalitative intervjuer	27
3.4	Betraktninger om datakvalitet	29
4	Empiri og analyse	31
4.1	Statlig styring.....	31
4.1.1	Antall sider, instruksord og styringsord i oppdragsdokumentet.....	31
4.1.2	Rammestyring og spesifikke styringskrav	34
4.1.3	Helseforetakenes autonomi og handlefrihet – informantenes vurderinger	35
4.1.4	Analyse av statlig styring	39
4.2	Utøvelse av lederrollen	45
4.2.1	Oppdragsdokumentets påvirkning på lederrollen.....	45
4.2.2	Samhandlingsreformens påvirkning på lederrollen i helseforetakene	46
4.2.3	Analyse av utøvelsen av lederrollen i helseforetakene	48
5	Konklusjoner	55
5.1	Svar på problemstilling, forskningsspørsmål og antakelser	55
5.2	Svakheter ved analysen	57
5.3	Behov for videre forskning.....	58

Vedlegg 1 Intervjuguide

Vedlegg 2 Eksempler på styringsformer

Vedlegg 3 Samhandling

Figurer

Figur 2.1.	Statens styringsroller	Side 13
Figur 2.2.	Helseforetakenes styringsklemme	Side 15
Figur 2.3.	Harde og myke styringsformer i helseforetakene	Side 15
Figur 2.5.	Lederens handlingsrom	Side 20
Figur 2.6.	Hva som kan påvirke en leders oppfattelse av rollekrav	Side 21
Figur 2.7.	Ledelsesutfordringer	Side 24
Figur 4.1.	Antall sider inklusive vedlegg i oppdragsdokument 2002-2012	Side 31
Figur 4.2.	Bruk av instruksord i oppdragsdokumentene 2002-2012	Side 32
Figur 4.4.	Opptelling av styringsord i oppdragsdokumentet 2002-2012	Side 34

Tabeller

Tabell 2.4.	Eksempler på styringsformer som er benyttet i styringsdokumentet	Side 18
Tabell 4.3.	Oversikt over styringsordbruk i oppdragsdokument 2002-2012	Side 33

”Politikerne bør trene seg til å holde fingere fra fatet. Det blir ikke god ledelse eller bedre resultater av å henge over skulderen på dem som har det daglige ansvaret og blande seg inn i smått og stort». (Redaktør Magne Lerø 07.01.11)

1 Oppgavens tema og forskningsspørsmål

1.1 Oppgavens tema

Temaet for denne masteroppgaven er den statlige styringen av helseforetakene, og hvordan denne påvirker lederrollen i helseforetakene.

De siste 10-15 årene er det iverksatt flere store reformer som påvirker styring og ledelse av sykehusene/helseforetakene. Tidligere studier har vist at staten styrer helseforetakene stramt. Vi har undersøkt om denne statlige styringen er blitt sterkere i perioden 2002 til 2012, og hvordan dette eventuelt har påvirket utøvelsen av lederrollen i helseforetakene.

Fra 1997 til 2012 har det vært flere store reformer i sykehussektoren. Først innføringen av et innsatsstyrt finansieringssystem (stykkpris) for de somatiske sykehusene fra 1. juli 1997 (St.meld. nr 44, 1995-1996). Fra 1990-tallet var det økt fokus på ledelse i sykehus og fra 2000 ble enhetlig ledelse av sykehusene innført (Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr 61 § 3-9), som innebar at det skulle være en ansvarlig leder på alle nivåer. Deretter kom Sykehusreformen fra 1. januar 2002 (Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr 93 § 1) med foretaksorganisering og statlig eierskap. Fra 1. januar 2012 ble Samhandlingsreformen iverksatt (St.meld. nr 47, 2008-2009), hvor staten iverksetter flere styringsvirkemidler for å få til et tettere og bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Alle disse reformene utfordrer lederrollen i helseforetakene.

I denne oppgaven fokuserer vi på Sykehusreformen, og ser i den forbindelse også videre mot Samhandlingsreformen.

Frem til 2002 var det fylkeskommunene som – med noen svært få unntak¹ – formelt og reelt var eiere av og driftsansvarlige for alle spesialisthelsetjenestene. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for

¹ Rikshospitalet, Radiumhospitalet, noen få private somatiske sykehusinstitusjoner og noen laboratorie- og røntgeninstitutter

rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester² og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Fylkeskommunene hadde også ansvaret for fordelingen av hjemler til privatpraktiserende psykolog- og legespesialister.

Stoltenberg I-regjeringen fremmet forslag om 2002-reformen i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), som førte til helseforetaksloven av 15. juni 2001. Loven trådte i kraft 1. januar 2002 og staten overtok da det formelle eier- og driftsansvaret av spesialisthelsetjenesten. I likhet med mange andre velger vi å kalle overtakelsen for Sykehusreformen. Spesialisthelsetjenesten ble organisert i frittstående og selvstendige Regionale helseforetak (RHF). RHFene ble igjen inndelt i Helseforetak (HF), som dels omfattet flere og dels kun enkeltstående institusjoner.

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) side 8 heter det:

Med de store ressurser som samfunnet investerer i helsesektoren, er det et stort ansvar å sørge for at tilbudet er i samsvar med helsepolitiske prioriteringer og at vi får mest mulig igjen for innsatsen. Et best mulig helsetilbud avhenger bl.a. av god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv kunnskap og kapital. **Det er i den forbindelse viktig å gi de enkelte virksomheter mer myndighet og ansvar.** (vår utheving)

Før reformen var spesialisthelsetjenesten styrt av 18 eiere (staten og 17 fylkeskommuner). Eierskapet ble nå plassert på én hånd, den samme hånd som også forut for helsereformen i realiteten hadde ansvaret for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Reformen skulle gi *en sterkere statlig styring* gjennom eierskap, overordnet myndighetsrolle og finansieringsansvar (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001, 7). Det var imidlertid også forutsatt at reformen skulle gi den enkelte driftsenhet grunnlag for en større lokal handlefrihet i den ordinære driften, bl.a. slik at man i større utstrekning enn tidligere under fylkeskommunene skulle unngå overordnet (politisk) ad-hoc-styring. Et viktig element her var at ledelse og styring av sykehusene ble lagt om fra systemer for offentlig tjenesteproduksjon til styringsprinsipper for forretningsmessig virksomhet (Ot.prp.nr. 66, 2000-2001, 55-59).

Flere studier viser at det er blitt økt statlig styring av helseforetakene over tid. Viktige kilder som belyser dette er blant annet boken "Helse-Norge i støpeskjeen" av Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (2005), og doktoravhandlingen «Foretak, management og medikrati» til Dag Olaf Torjesen (2007). Vi antar at den statlige styringen er blitt stadig sterkere og mer kompleks. Vi ønsker å undersøke om dette stemmer, og hvordan dette påvirker utøvelse av lederrollen i helseforetakene.

² Ambulansetjeneste o.l

Vi vil også se fremover, og bruke våre funn som utgangspunkt for refleksjoner rundt ytterligere påvirkning av lederrollen ved innføringen av Samhandlingsreformen. Det er innført flere sterke statlige virkemidler, som vi mener vil utfordre lederrollen i helseforetakene. Eksempler på dette er lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten, og ny finansieringsordning i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. I tillegg antar vi at ledelsen i helseforetakene er så opptatt av å fylle styringskrav fra staten at det ikke er avsatt nok administrative ressurser til å få en best mulig samhandling med kommunene.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Vi har valgt følgende problemstilling for vår undersøkelse:

Hvordan har den statlige styringen av helseforetakene utviklet seg i perioden 2002-2012, og på hvilken måte påvirker dette lederrollen i helseforetakene?

Vår motivasjon for å få svar på problemstillingen er å synliggjøre hvilke styringsforhold som ledelsen i helseforetakene arbeider under, og hvordan denne styringen påvirker deres evne til å utføre ledelse. Med helseforetakenes ledelse mener vi: adm. direktør i helseforetaket og arbeidsgivers representanter i helseforetakenes styre.

I Aftenposten 19. november 2011 heter det:

Store reformer har endret helsevesenet fullstendig det siste tiåret. Ble det egentlig bedre? Det vet vi for lite om, mener internasjonale eksperter. Regjeringen er enig i kritikken.” (...)Vi er enig i at det trengs en mer systematisk gjennomgang av sykehussektoren, sier statssekretær Robin Martin Kåss (Ap) i Helse- og omsorgsdepartementet.

Dette bringer oss over til en av intensjonene med Sykehusreformen i 2002, som var å gi ledelsen i helseforetakene mer myndighet og ansvar. Helseforetakene skulle ikke detaljstyres. Hvis det er slik at Helse- omsorgsdepartementet (heretter kalt HOD) gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i stadig større grad detaljstyrer helseforetakene slik at de får mindre handlingsrom til å drive god ledelse, så er dette interessant og nyttig informasjon til politiske myndigheter og allmennheten generelt.

Spesialisthelsetjenesten er en viktig del av helse- og omsorgstjenesten. Den berører oss alle, enten vi er pasient, pårørende eller skattebetalere. En betydelig del av statsbudsjettet går til driften av den, - bevilgningen i 2010 var 94 milliarder kroner (Statistisk Sentralbyrå³). Det er viktig at disse ressursene blir forvaltet på en best mulig måte for pasientene og samfunnet.

Vi stiller følgende forskningsspørsmål:

Har den statlige styringen av helseforetakene blitt sterkere i perioden 2002-2012?

Hvordan opplever ledere i helseforetakene at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å utføre ledelse?

I tillegg til å undersøke om den statlige styringen har fått konsekvenser for helseforetakenes autonomi og handlefrihet, vil vi finne ut hvilken påvirkning den nye Samhandlingsreformen kan ha på lederrollen i helseforetakene.

Med dette som bakteppe vil vi i neste kapittel presentere den teoretiske rammen som vi mener er relevant for å svare på vår problemstilling og våre forskningsspørsmål.

³ <http://www.ssb.no/sykehus/>, lastet ned 14.04.2012

2 Teori/litteratur

Vi vil først foreta et historisk tilbakeblikk vedrørende statlig styring av spesialisthelsetjenesten, med en kort beskrivelse av kreftene bak Sykehusreformen, innføring av enhetlig ledelse og bakgrunnen for enda en reform - Samhandlingsreformen. Vi vil deretter se på statens styring av helseforetak i et teoretisk perspektiv, og presentere våre antakelser. Til slutt vil vi se på utøvelse av lederrollen i helseforetakene i et teoretisk perspektiv og presentere våre antakelser.

2.1 Fra Sykehusreform til Samhandlingsreform

I Norge, som i mange andre land hvor sykehusvesenet i hovedsak har vært offentlig finansiert, var sykehusene før tusenårsskiftet ofte mer eller mindre direkte styrt av overordnede politiske eller administrative organer. Mot slutten av forrige årtusen ble det reist spørsmål om det ville føre til bedre ressursutnyttelse å organisere offentlige virksomheter i mer autonome enheter – mindre styrt av overordnede politiske og administrative myndigheter. Denne internasjonale trenden kan blant annet sees som et utspring av nyliberalismen og New Public Management (NPM), som har preget mange nasjoner siden 1980-tallet.

NPM er en samlebetegnelse på det omstillings- og fornyelsesarbeidet som har vært en del av hverdagen i offentlig sektor de siste årene, og som bygger på tesen om at mer markedsbasert styring innenfor offentlig sektor vil føre til bedre ressursutnyttelse. Mange tok til orde for at offentlig sektor var blitt for tungrodd og ineffektiv. NPM har imidlertid blitt kritisert for en for ensidig markedstenkning, og for å i liten grad å ta andre samfunnsmessige hensyn enn de som kan måles i rene økonomiske størrelser (Busch, Johnsen, Klausen og Vanebo, 2005, 53-66).

Det var flere drivkrefter bak Sykehusreformen - i tillegg til NPM. Helsemyndighetene ble stadig mer frustrert over å bli minnet på at det aldri var penger nok, i kombinasjon med de forskjellige fylkeskommuners ”spill” for å skaffe ytterligere ressurser. Fylkeskommunene hadde ingen andre finansieringskilder enn statskassen. Regjeringens og Stortingets forsvarsskanse mot ropet om mer penger – rammefinansieringsordningen som ble innført i siste halvdel av 1970-tallet – viste seg ofte å ikke å være tilstrekkelig. Rammefinansieringen stilte ingen krav om aktiviteten i pasientbehandlingen eller om det ble levert gode tjenester

med høy effektivitet (Ot.prp. 66, 2000-2001). Staten begynte å lete etter nye styringsvirkemidler for å få bedre kontroll på økonomien.

Et viktig virkemiddel var innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1. juli 1997. Omleggingen førte til at sykehusene nå fikk refundert deler av utgiftene til behandling av pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (Ot. prp. 66, 2000-2001).

Til tross for innføringen av ISF var det krevende for sentrale myndigheter å stå imot lokale krav, og sentrale myndigheter opplevde ofte frustrasjon over ikke å kunne ha bedre styring over en meget viktig - og pengeslukende offentlig virksomhet som staten hadde det fulle finansielle ansvaret for. Det oppsto også ganske betydelige ulikheter mellom fylkeskommunene mht. hvor mange helsekroner pr. innbygger hver av dem brukte på befolkningen (Ot. prp. 66, 2000-2001, 9-10).

Med dette som bakgrunn begynte sentrale rikspolitikere og embetsmenn å lete etter styringsformer hvor en kunne flytte offentlige oppgaver bort fra direkte politisk styring, samtidig som staten kunne beholde en relativt omfattende formell makt. Man så for seg at dette kunne gjøres ved at sentrale myndigheter skulle konsentrere seg om ”det overordnede”, mens virksomheten skulle konsentrere seg om ”daglig drift” - altså løpende drift/service. Sykehusreformen besto av to hovedelementer; statens overtakelse av sykehusene, og en tilknytning mellom sykehus og stat basert på en foretaksmodell (Stigen, 2005,15). Styringsmodellen skulle ivaretas gjennom et nytt regionalt styringsnivå (regionale helseforetak).

Sykehusreformen har ført til at virksomhetsområder i helsesektoren som tidligere var rene forvaltningsorganer, undergitt ganske tett styring av folkevalgte organer (fylkesting/fylkesutvalg-/fylkeshelsestyre/sykehusstyre), er blitt erstattet av profesjonelle styrever og organer og omgjort til egne rettssubjekter. Det var et poeng å ”avpolitiserer” de tidligere styrene, fordi en mente at politikerne involverte seg på en uheldig måte i for mange enkeltsaker og detaljspørsmål. I perioden 2002-2006 var det ingen politikere i de styrende organene i spesialisthelsetjenesten. Men fra 2006 ble det igjen gitt plass til folkevalgte på kommune- og fylkesnivå i disse styrene.

Fra midten av 1990-tallet var det også et økt fokus på ledelse i sykehus. Fra 2000 ble enhetlig ledelse i sykehusene innført (Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr 61 § 3-9). Formålet med ordningen var å ivareta behovet for klare og entydige ledelsesstrukturer i

virksomheten, herunder klare ansvarslinjer fra behandlingsnivå opp til toppledelsen. Innføringen av enhetlig ledelse henger godt sammen med Sykehusreformen fordi foretaksorganiseringen forutsetter en sterkere vekt på ledelse for å fylle det styringsbehovet som oppsto i sykehusene ved fristillingen.

Slik vi har oppfattet det har statlig styring og ledelse av helseforetakene blitt mer kompleks og krevende over tid. En ytterligere kompliserende faktor er flernivåstyring (multi-level governance) i forbindelse med Samhandlingsreformen. Flernivåstyring tar for seg samspillet – samhandlingen – mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten.

Flernivåstyring representerer et sammensatt avhengighetsforhold mellom forskjellige institusjonelle nivåer, både horisontalt og vertikalt (Bache og Flinders, 2004, 3). En sentral problematikk innenfor denne tankegangen er hvorledes ulike aktører på ulike nivåer, med delt makt og påvirkningsmuligheter, kan utøve en samkjørt og god offentlig politikk.

Vi ser på Samhandlingsreformen som et uttrykk for flernivåstyring fordi denne teorien sier noe om forholdet mellom styringsnivåene og hvordan nivåene skal knyttes tettere sammen. I dette tilfellet skal spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som behandlingsnivåer knyttes tettere sammen slik at en unngår fragmenterte tjenester.

Vi antar at Samhandlingsreformen kan gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer for helseforetakene. Helseforetakene står overfor krevende utviklingstrekk som stiller høye krav til fremtidens ledelsesfunksjon, for eksempel kostnadsutvikling, teknologisk utvikling og bemanningsutfordringer.

Helseforetakene har til nå i stor grad vært søyleorganisert med parallell, vertikal organisering. Politikkområde/sector er et viktig spesialiseringsprinsipp. En følge av de sterke sektordepartementene er at vertikal samordning står sterkt som prinsipp i forvaltningen (Helgøy og Aars, 2008, 30) Et eksempel på vertikal spesialisering er HOD og Helsedirektoratet. Ulempen med en slik organisering er at virksomhetene drives og ledes i stor grad med sikte på at de selv skal yte gode tjenester isolert sett. Samhandlingsreformen kan sees som et eksempel på at staten ønsker å justere denne styringen fra en tradisjonell vertikal struktur til organisering av prosesser og funksjoner i et ”horisontalt perspektiv”.

2.2 Statens styring av helseforetak – teori og antakelser

Vi vil her presentere den teoretiske rammen rundt statlig styring av helseforetak, og avslutte med vår antakelse.

Kjernen i dagens styringsstruktur er statlig eierskap, organisering i fire statlige regionale helseforetak, og et omfattende finansieringssystem. Formelt går Stortingets vei til helseforetakene via helsestatsråden. Staten er øverste ansvarlige myndighet for den nasjonale helsepolitikken, og i tillegg har de eier- og bestillerposisjon ovenfor helseforetakene.

I følge St.prp. nr.1. (2004-2005) forvalter Helsedepartementet statens overordnende eier- og styringsansvar gjennom tre typer styring:



Figur 2.1. Statens styringsroller. Kilde: Fritt laget etter tekst hentet fra Stigen (2005, 31-32).

Eieravdelingen i HOD har ansvar for å forvalte eieransvaret, og Spesialisthelsetjenesteavdelingen har ansvar for bestiller- og myndighetsposisjonen ovenfor helseforetakene.

Eierstyring i form av foretaksmøter foregår 2 ganger pr år. Det kan være hyppigere møter dersom statsråden ønsker det. Eieren utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet, og foretaksmøtet er foretakets øverste organ. Eierstyringen utføres også gjennom sammensetning av styrene. Helseforetakenes styrer har en viktig rolle i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er valgt ut blant folkevalgte kandidater etter forslag fra fylkeskommunene, kommunene og Sametinget. Styrene har et overordnet ansvar for oppnåelsen av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket, og at virksomheten drives forsvarlig innenfor de økonomiske og andre rammer som er satt (Lov om helseforetak mm av 15. juni 2001, nr 93).

Opedal (2005,92) har skrevet om forskjellen mellom statsforetaksloven og helseforetaksloven, og han konkluderer med at helseforetaksloven hjemler sterkere styringsgrep overfor helseforetakene enn statsforetaksloven gjør i forhold til de andre foretakene som styres av staten. Så selv om helseforetakene er statsforetak, så gis det i lov muligheter til å styre helseforetakene sterkere enn andre statlige foretak.

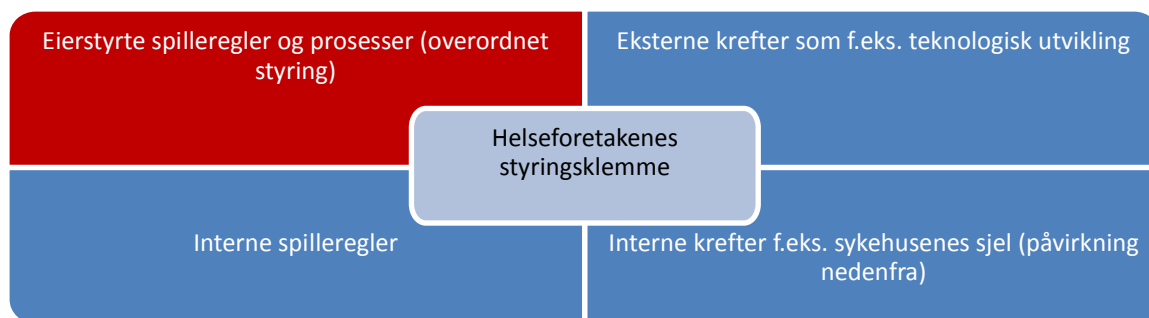
Myndighetsstyringen utføres bl.a. gjennom å treffe vedtak med hjemmel i lov og forskrifter. Tilsyn fra Statens helsetilsyn er et eksempel på utøvelse av myndighetskontroll.

Bestillerstyring utfører staten gjennom finansiering og tilskuddsforvaltning i HODs oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumentene fra HOD til de regionale helseforetakene gis normalt ut en gang per år, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra HOD om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og skal klargjøre hva som er mål, rammer, premisser og resultatkrav, og hvilke økonomiske midler som stilles til disposisjon.

Navn på dokumentet har variert med årene: 2002-2004 Styringsdokument, 2005-2006 Bestillerdokument og 2007-2012 Oppdragsdokument. I denne oppgaven har vi valgt å kalle dokumentet gjennomgående for oppdragsdokument.

Helseforetakene er politisk styrt, og de må forholde seg til politiske beslutninger og styring. Man kan karakterisere helseforetakene som en hybrid organisasjon som er utsatt for ulike normer og verdier og motstridende mål. Helseforetakene skal balansere mellom de bedriftsøkonomiske verdiene som markedsøkonomi på den ene siden, og demokratiske verdier som likhet, rettferdighet og felles interesser på den andre siden. Ledelsen i helseforetakene skal ikke bare forholde seg til den statlige styringen og organiseringsformen som foretak. De utsettes også for eksterne krefter som for eksempel teknologisk utvikling og påvirknings nedefra dvs. fra fagprofesjonene. Sykehus er kunnskapsbedrifter, med sterke profesjoner, som kan skape store utfordringer for ledelsen i et helseforetak. Disse utfordringene er ikke diskutert i vår oppgave.

Jan Grund (2006, 18) skriver i sin bok Sykehusledelse og helsepolitikk «Dilemmaenes tyranni» om sykehusenes styringsklemme som formes av fire hovedfaktorer, eksterne krefter, interne krefter, interne spilleregler og eierstyrte spilleregler og prosesser.



Figur 2.2. Helseforetakens styringsklemme. Kilde: Basert på Grunds figur Sykehusenes styringsklemme (2006, 18).

I denne oppgaven har vi valgt å se på eierstyrte spilleregler og prosesser (overordnet styring) i form av de oppdragsdokumentene fra HOD til de regionale helseforetakene, jf. øverste celle til venstre i figuren 2.2.

I kapittel 10 i boka til Ladegård og Vabo skriver Åge Johnsen om ”Hard og myk styring i offentlig sektor” (2010,175-190). Styring og ledelse blir definert på følgende måte:

Styring er et lederskaps forsøk på å fatte kollektive beslutninger og påvirke atferd gjennom et sett eller et system av formelle styringsinstrumenter, og er først og fremst systemorientert. Ledelse handler om mellommenneskelige forhold og prosesser og er personorientert (Johnsen, 2010, 177).

I den sammenheng er det interessant å se nærmere på harde og myke styringsformer i helseforetakene.

	Hard	Myk
Budsjettstyring	Vedtak i foretaksprotokoller, oppdragsdokumenter	Overslagsbevilgninger
Lovverk	Lover, forskrifter	Rundskriv
Organisering	Konkurranseutsetting	Desentralisering
Resultatstyring	Innsatsstyrt finansiering	Målstyring

Figur nr. 2.3. Harde og myke styringsformer i helseforetakene. Kilde: Basert på Johnsens figur Harde og myke styringsformer (2010, 185)

I vår oppgave har vi fokusert på hard styring fra staten til helseforetakene - gjennom oppdragsdokumentene. Her er det både spesifikke styringskrav og mer rammepregede styringskrav. I visse tilfeller kan formuleringer i oppdragsdokumentene som utgir seg for å være myke mål, i praksis også være harde instruksjoner og krav om visse tiltak (Johnsen,

2010,186). Som det fremkommer i figur 2.3. er rundskriv og målstyring eksempler på myk styring.

Tidligere forskning kan peke i retning av at staten pålegger helseforetakene stadig flere krav om å oppfylle mange spesifikke styringsindikatorer i oppdragsdokumentene. Foretaksmodellen gir betydelig autonomi og handlefrihet til helseforetakenes styrer og administrative ledelse (Opedal, 2005, 102) samtidig antar vi at staten tyr til stadig flere harde styringsformer som for eksempel i oppdragsdokumentene, stadig flere lovreguleringer og mange aktive tilsyn.

Opedal (2005) skriver at politikernes innflytelse på fylkeskommunalt nivå synes å være avløst av en sterkere styring fra HODs og eierstatsrådets side (Opedal, 2005,103). Haldor Byrkjeflot og Tore Grønlie (2005, 198-218) har skrevet at tendensen er en økt statlig styringaktivisme av helseforetakene. Forfatterne beskriver flere årsaker til denne utviklingen. Det kan være noe med utformingen av selve reformen, og det kan være de sterke historiske utviklingstrendene i sektoren.

Det er utført flere studier av statlig styring ovenfor helseforetak. AGENDA Utredning & Utvikling og MUUSMANN Research & Consulting utførte i 2005 i rapporten «Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet» en evaluering av den norske helseforetaksmodellen, på oppdrag fra HOD. Myndighetene burde etter Agenda Muusmanns syn iverksette en enda mer presis og operativ styring med innhold i tjenesten og prioritering av oppgaver i sykehusene. Behovet for bedre samhandling og systematisk samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten ble framhevet som avgjørende, inn mot en fremtid preget av flere eldre pasienter og mennesker med kroniske sykdommer.

Sentrale helsemyndigheters engasjement i oppgave- og funksjonsfordelinger mellom helseforetakene ble sagt å være et inngrep i forhold til helseforetakenes autonomi, men ble vurdert som hensiktsmessig når det var nødvendig for å sikre nasjonale interesser i følge Agenda Muusmann (2005).

Opedal og Stigen (2005) skriver i boka Helse-Norge i støpeskjeen om hvordan staten hadde utført oppgaven som sykehuseier, hvordan regionale helseforetak og lokale foretak hadde forholdt seg i sine nye funksjoner og hvordan den overordnede politiske styringen hadde ytret seg. Noen av hovedfunnene var at staten ved HOD hadde brukt sin eierposisjon til en aktiv styring av de regionale helseforetakene. Disse var i 2005 på god vei til å finne sin form, og ble

oppfattet å ha både autoritet og god styring med de lokale helseforetakene. Opedal mente Stortingets engasjement i sykehussaker hadde økt siden reformen ble innført, blant annet i form av antall spørsmål til ansvarlig statsråd. Det ble også pekt på at Stortinget i stor grad tok opp overordnede og prinsipielle spørsmål knyttet til sykehuspolitikken, men også engasjerte seg hyppig i enkeltsaker. Det ble framhevet at den nye modellen viste både stabilitet og fornyelse når det gjaldt eierskap, organisering og ledelse. Opedal fant at det var en vanskelig balansegang mellom politisk styring og frihet for foretakene.

I vår oppgave har vi særlig benyttet Opedals forskning om Helsedepartementets styring av helseforetakene – rollemangfold og styringsutfordringer som er beskrevet i kapittel 5 i boka Helse-Norge i støpeskjeen (Opedal, 2005).

HOD forvalter det statlige eierskapet overfor 4 regionale helseforetak, og gjennom de tre styringsrollene som er nevnt tidligere, eier-, bestiller- og myndighetsrollen.

Opedal (2005) argumenter for at forventningen om en tilbaketrukket eierrolle og mer overordnet strategisk styring av sykehussektoren er urealistisk, sett i lys av de politisk-administrative rammebetingelsene og den etablerte styringstradisjonen av sykehussektoren. En av problemstillingene Opedal beskriver i forbindelse med eierskiftet er rettet mot reformens ambisjon om å oppnå mer og bedre politisk styring og mer fristilte sykehus på en og samme gang: En gjennomgående problemstilling er å finne balansen mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet styring.

Styringsdokument for de Regionale helseforetakene må i utgangspunktet forventes å ha en mer overordnet strategisk og rammepreget form enn det mer detaljerte og instrukspregede tildelingsdokumentet staten benytter i sin etatsstyring av forvaltningsorganer (Opedal 2005, 92).

Opedal har tatt utgangspunkt i fire ulike styringsformer. Den mest overordnede og strategiske styringsformen er i kombinasjon av rammestyring og mål- og resultatstyring. I følge Opedal er styringstrykket størst når staten velger å detaljstyre lokale plan- og beslutningsprosesser og helseforetakenes organisering av virksomhetene. Opedal har laget en fremstilling med eksempler på styringsformer som benyttes i styringsdokumentet, se figur 2.4.

	2002	2002	2003	2003	2004	2004
	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess
Ramme-styring	Ikke øke pasient-behandlingen utover nivået i 2001 Redusere ventetiden Redusere bruken av tvang i psykiatrien	Praktisere mer offentlighet i henhold til Offentlighetsloven Utarbeide strategiplaner	Økonomisk balanse innen 2004 Foretakene skal som hovedregel unngå korridor-pasienter	Avklare innholdet i de regionale foretakenes ”sørge-for” – ansvar Unngå å forfordel egne helseforetak framfor private leverandører	Prioritere kreft-sykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, kronikere og habilitering/rehabilitering	Krav til at de regionale foretakene fortsatt samarbeider seg i mellom
Spesifikke styringskrav	Ingen eksempler	Etablere Regionale brukerutvalg	Ikke ventetider utover ett år Øke produktiviteten i de psykiatriske poliklinikkene med 30 prosent	Etablere innkjøps-sentral i Vadsø Delta i markeringen av det off. helsevesenets 400 års jubileum	Ingen pasienter skal ha over 48 timer pre operative liggetid før behandling for lårhalsbrudd	Styremøtene i alle helseforetak skal være åpne Minst 80 prosent av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskrivning

Tabell 2.4. Eksempler på styringsformer som er benyttet i styringsdokumentet. Kilde: Opedal (2005, 93).

Opedal konkluderer etter gjennomgangen av styringsdokumentene med at Helsedepartementet tyr til langt flere styringsformer enn de rent strategiske og overordnede. Vi vil senere i oppgaven undersøke om bruken av spesifikke styringskrav fortsetter, eller om det er en utvikling mot bruk av i hovedsak strategiske og overordnede styringsformer. Opedal har også sett hvordan utviklingen i styringsdokumentene ifra 2002 til 2004 har vært i form av bruk av instruks (skal) til helseforetakene i den forstand at de «skal» følges opp. Opedal konkluderer med at det i 2003 og 2004 er instruks som dominerer. Vi vil senere i oppgaven undersøke om bruken av instruks fortsetter i oppdragsdokumentene, eller om det er en utvikling mot mindre bruk av instruksord.

Opedal (2005) utførte i sin forskning i 2004 intervjuer av direktører og styremedlemmer i helseforetak, og 2/3 deler av disse mente at styringsdokumentene fra eier var for detaljerte. Vi vil undersøke dette videre, for å se om våre respondenter mener det samme i 2012.

Den teoretiske rammen kan tolkes dit hen at det er blitt en økt statlig styring over tid fra 2002 til 2004. En kan sammenligne reformen av spesialisthelsetjenesten med et stort tankskip som skal snus, og en kan sikkert forvente at det tar tid å snu skipet. Likevel var det vel grunn til å tro at helseforetakene hadde fått mer autonomi og handlefrihet etter et par år når reformen hadde satt seg, og at reformens virkemidler begynte å vise resultater. Det viste seg imidlertid at den statlige styringen ikke avtok, og Opedal (2005) begrunner blant annet dette med at denne sektoren er vanskelig å lede, er sterkt politisert og har lange tradisjoner. Det kan også være interessant å se om politisk ledelse – for eksempel om det er rødgrønn eller borgerlig regjering – har noe å si for graden av statlig styring. Det kan kanskje ha vært mindre sterk statlig styring i den borgerlige regjeringsperioden fra 2002 til 2005, om man antar at en borgerlig regjering generelt ville gi virksomheter mer myndighet enn en rødgrønn regjering. Torjesen (2007) skriver at også i den borgerlige perioden ble lokalsykehusene fredet. Han konkluderer med at politikken fremdeles er helseforetakenes mest førende rasjonaler, og at politikere er tilbake i foretaksstyrene (Torjesen 2007, 37). I tillegg til at styringsstrukturen i sykehusreformen innebærer at staten har mange roller som eier, bestiller og myndighetsutøver som i sum bidrar til sterk statlig styring. Vår antakelse er derfor at utviklingen med en mer hierarkisk statlig styring fortsetter fra 2005-2012.

2.3 Utøvelse av lederrollen – teori og antakelser

Som argumentert for over er det altså grunn til å tro at staten fortsetter å benytte sterke virkemidler i sin styring av helseforetakene. En leder i et helseforetak må håndtere mye og kompleks statlig styring, og dette utfordrer lederrollen i helseforetakene.

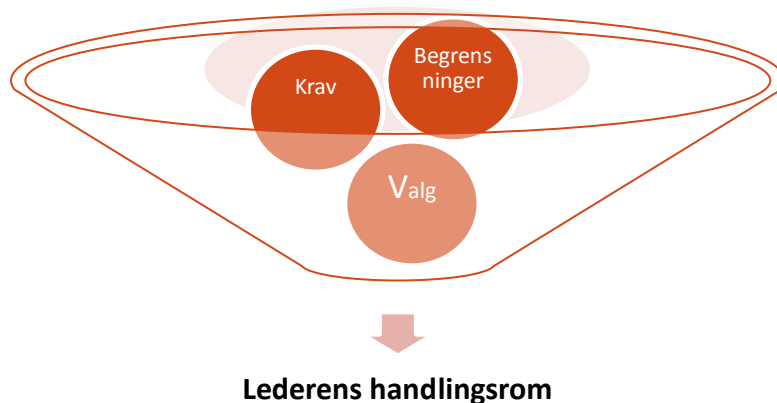
De helsepolitiske prioriteringene og svingningene gjør ledelse av helseforetakene utfordrende i forhold til planlegging og oppbygging av tiltak, og langsiktig strategi. Et eksempel på sterk statlig styring som begrenser helseforetakene er Soria Moria- erklæringen⁴ fra 2005 (Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV) som har som målsetning å bevare alle lokalsykehus.

Vi vil med dette som bakteppe se nærmere på hvordan den statlige styringen påvirker en leders utøvelse av ledelse, og om en leder utøver sin ledelse av helseforetak ulikt ut i fra de samme rammebetingelsene fra staten. Handlingsrommet til en leder er en arena som blir definert av den formelle organisasjonen, i dette tilfellet staten. Dette kan defineres som det formelle handlingsrommet. Handlingsrommet kan imidlertid også bli påvirket av lederens tenkemåte og kompetanse. Krav og strukturelle føringer er noe som kan tolkes, og

⁴ Nåværende regjering har besluttet i Soria Moria erklæringen at ingen lokalsykehus skal nedlegges.

handlingsrommet blir dermed noe en leder kan oppfatte, definere og forme subjektivt. Dette er det såkalte subjektive handlingsrommet (Espedal, 2011,155). Det er nettopp dette subjektive handlingsrommet som gir lederen handlekraft til å påvirke organisasjonens resultat (Tjosvold 1986, sitert fra Espedal 2011, 155). En leder kan på bakgrunn av kompetanse og erfaring tolke sitt handlingsrom på en slik måte at vedkommende gjør sitt subjektive definerte handlingsrom større en det formelle.

Rosemary Stewart, (Stewart 1976, sitert fra Høst 2005,59) har laget en modell som omfavner både det formelle og subjektive handlingsrommet.

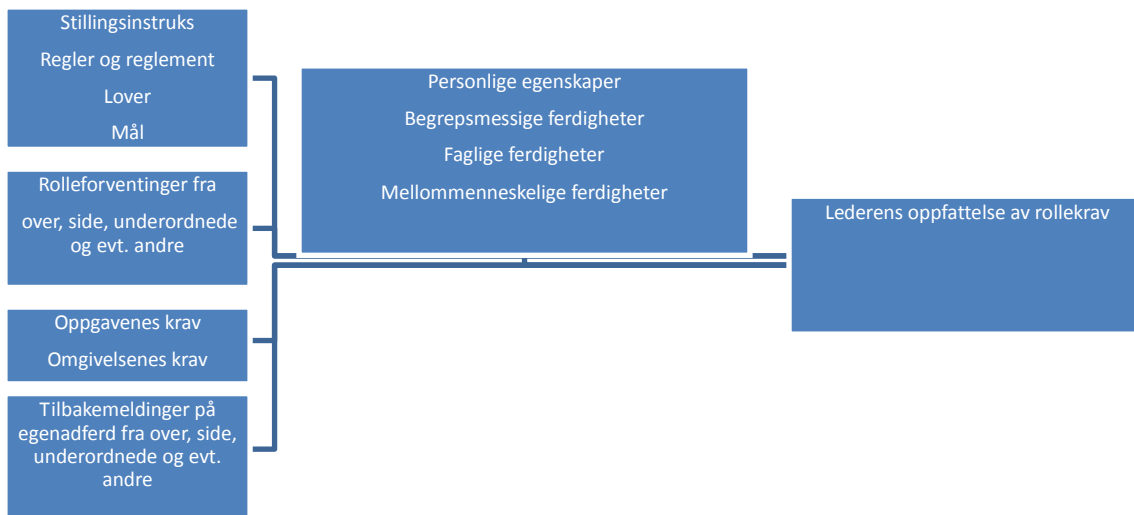


Figur 2.5. Lederens handlingsrom. Kilde: Basert på Stewarts modell Demands, constraints og choices (Stewart 1976, sitert fra Høst 2005, 59).

Hovedpoenget med figuren 2.5. er å vise at rommet for lederens handling er bestemt og avhengig av faktorene; krav, begrensninger og valg.

Krav er hva enhver som innehar stillingen, må gjøre for å unngå sanksjoner eller miste sin stilling (Høst, 2005, 59). Begrensninger er det som begrenser hva en leder kan gjøre. Valg er aktiviteter en leder kan gjøre, men ikke må gjøre. Det utgjør mulighetene for en leder til å gjøre noe annet enn en annen leder. Her ligger lederens handlefrihet i det daglige arbeidet. (Høst, 2005, 60). Det er mange faktorer som påvirker en toppleders rollekrav.

Vi vil nå gjennomgå noen av de forholdene som innvirker på lederens oppfattelse av de kravene som stilles til lederrollen. En måte å illustrere de mange rollekravene en leder utsettes for er figur 2.6. om hva som kan påvirke en leders oppfattelse av rollekrav (Høst, 2005, 62).



Figur 2.6. Hva som kan påvirke en leders oppfattelse av rollekrav. Kilde: Høst (2005,62).

Vi vil nå sette denne figuren inn et sykehusledelses perspektiv for å vise kompleksiteten en leder står ovenfor.

Stillingsinstruks, reglement, lover og mål. Et eksempel på dette er at en direktør i et helseforetak må forholde seg til 45 lover med forskrifter.

Rolleforventninger fra over, side, underordnede og evt. andre. I denne oppgaven har vi fokus på den overordnende statlige styringen. Staten forventer at helseforetakene skal levere tjenester i henhold til styringskrav i oppdragsdokumentet.

Oppgavenes krav og omgivelsens krav. Et eksempel på dette er at lederen av et helseforetak skal oppfylle svært mange krav fra sine omgivelser. Det kan være krav fra politikere, departementet, brukere og profesjoner.

Tilbakemeldinger på egen adferd fra over, side, underordnede og evt. andre. Et eksempel her er hvordan lederen av et helseforetak leverer og rapporterer til sine overordnede på styringskravene i oppdragsdokumentet, og hvilke tilbakemeldinger vedkommende får i forhold til om de har oppfylt disse kravene eller ikke.

Personlige egenskaper og begrepsmessig/faglige/mellommenneskelig ferdigheter. Et eksempel er individuelle egenskaper til en leder i et helseforetak og hvordan vedkommende fortolker sine rollekrav for eksempel hvilke erfaringsbakgrunn og kunnskaper vedkommende har.

Lederens oppfattelse av rollekravene har betydning for hvordan vedkommende utfører ledelse. Man kan påstå at staten styrer helseforetakene relativt likt. Dette kunne peke i retning av at lederne ville lede relativt likt innenfor stramme rammer. Vi antar imidlertid at noen velger å følge oppdragsdokumentet til punkt og prikke, mens andre velger å styre strategisk. Vi antar at dette kan være et uttrykk for et samspill mellom system og rolle. Ledere i helseforetak har ulik lederstil, som igjen kan resultere i at de velger å håndtere styring fra staten ulikt.

Når det gjelder studier av ledelse i helseforetakene, har vi sett på doktoravhandlingen til Dag Olaf Torjesen 2007, «En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten». De fleste lederne i materialet til Torjesen sa seg enig i at Sykehusreformen har ført til mer fokus på økonomi og kostnadshensyn og at reformen har medført større handlingsrom for vedkommende som leder (Torjesen, 2007, s 35). Om utøvelsen av ledelse har forandret seg og adoptert nye NPM- inspirerte forestillinger om ledelse, spriker bildet i følge Torjesen, og det er avhengig av hvilke ledere du spør. Ledere, klinikkssjefer, divisjonsdirektører og avd.sjefer o.a., mener at de har gjennomgående blitt mer resultatorienterte og at de mer tvangsmessig må forholde seg til styringsindikatorer, finansieringssystem, trange budsjetter og økonomi (Torjesen, 2007, s 35).

Hvorvidt reformen har gitt mer autonomi til toppledere i norske sykehus og regionale helseforetak, mener Torjesen at reformen heller har fanget disse lederne inn i (der en rapporterer og venter på tildelingsbrev) et politisk styringsunivers som minner mer om ledelse i tradisjonell forvaltning (Torjesen, 2007, s 35).

Vi har videre sett på Torjesens avhandling i forhold til autonomi, handlefrihet, lojalitet og handlingsrom, og vil her presentere noen av Torjesens enkeltfunn. *Skal ledere i norske helseforetak innfri de forventninger om ledelsesautonomi som reformen la opp til, må de ha autonomi for å kunne forplikte seg* (Walton 1985, sitert fra Torjesen 2007, 62). 108 norske ledere i lokale helseforetak ble forespurt om hva de erfarer med egen autonomi på en del sentrale beslutningsområder, altså lederens selvrapporterte handlefrihet. Torjesen konkluderer med at sett med ledernes øyne, er autonomien til lederne stor. 76% av lederne rapporterer at de alt i alt har stor handlefrihet. I forskningen sin uttrykker Torjesen usikkerhet omkring lederne kan ha svart strategisk dvs. han stiller spørsmål om hvorvidt lederne har gitt uttrykk for å være mer betydningsfulle enn rammene gir dem mulighet til (Torjesen 2007, 62). Opedal (2005, 98) beskriver også dette med at foretaksledelsen opplever den statlige styringen som

sterk, men at den ikke er så sterk at det ikke er armslag for helseforetaksledelsen å sette sitt preg på utviklingen.

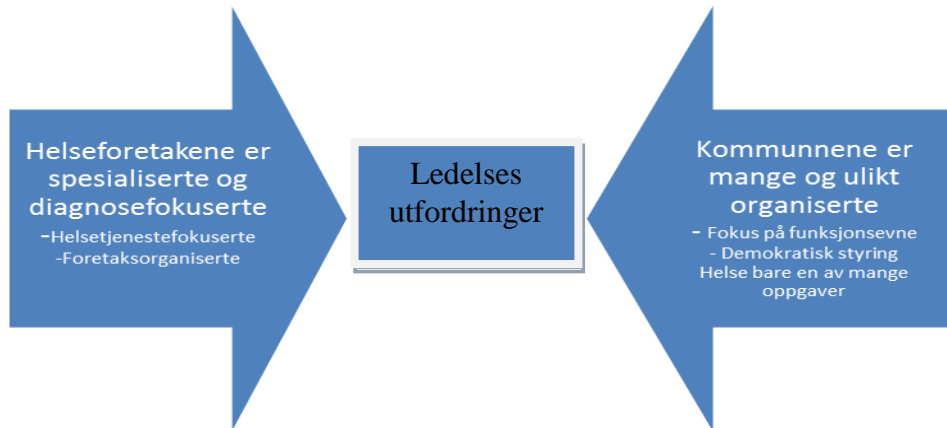
Torjesen beskriver at man på den ene siden kan si at norske sykehusledere opplever større autonomi, men at det på den andre siden er en ramme for utøvelse av ledelse som er preget av sentralisering, administrative styringssystemer og politiske styringssignaler. Torjesen konkluderer med at, *den autonomien, innflytelsen og handlingsrommet som lederne har, er mer faglig enn «managerial»* (Torjesen 2007, 79). Vi spør om denne opplevelsen av autonomi og handlefrihet fremdeles er gjeldende i 2012, og om ledelsen i helseforetakene opplever større eller mindre handlefrihet.

En indikasjon på at det er utfordrende å være leder i helseforetak er den raske omløpshastigheten blant toppledere. I 2006-2008 har nesten halvparten av helseforetakene fått ny direktør (Riksrevisjonen 2009-2010, s.10). Det betyr at lederne har kommet og gått.

Ut i fra dette teoretiske bakteppet antar vi at staten styrer med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene. Dette kunne indikere at det formelle handlingsrommet er relativt lite, og at dette ville medføre at lederne styre relativt likt for å oppfylle alle kravene. Det er imidlertid mange faktorer som påvirker en ledes oppfattelse av rollekrav. Handlingsrommet er ikke bare påvirket av formelle krav, men også av hvordan en leder velger å oppfatte, definere og forme sitt subjektive handlingsrom. Vi antar derfor at detaljert styring fra staten - med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene - medfører variasjon i utøvelsen av lederrollen i helseforetakene.

Et annet forhold vi ønsker å undersøke er om og hvordan Samhandlingsreformen utfordrer lederrollen i helseforetakene. For eksempel er helseforetakene og kommunene fra 1. januar 2012 pålagt å inngå samarbeidsavtaler (St.meld. nr. 47, 2008-2009,14) - et sterkt statlig styringsvirkemiddel. Tidligere inngikk en del helseforetak og kommuner frivillige avtaler etter en veileder utarbeidet av staten, med andre ord en myk statlig styring. Et annet eksempel på sterk statlig styring er finansieringsordningen. *Det er innført et kommunalt ansvar for finansiering av utskrivningsklare pasienter* (St.meld. nr. 47, 2008-2009, 15). Et av målene med Samhandlingsreformen er å dempe veksten i de totale helseutgiftene.

For å illustrere utfordringene til lederen i et helseforetak i forbindelse med Samhandlingsreformen, har vi laget en figur 2.7. om ledelsesutfordringer.



Figur 2.7. Ledelsesutfordringer. Kilde: Basert på Gudrun Grindakers figur Samhandling mellom kommuner og helseforetak (Grindaker 2012, fotnote ⁵).

Opedal (2005) viser til at staten benytter mange spesifikke styringskrav ovenfor helseforetakene. I Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009,14-15) ser vi at staten har innført flere sterke styringsvirkemidler. Vi har derfor en antakelse om at helseforetaket er så opptatt med å oppfylle de mange spesifikke styringskravene fra staten i oppdragsdokumentene at de kan få problemer med å oppfylle de nye styringskravene fra staten i forbindelse med Samhandlingsreformen.

I dette kapitlet, om Statens styring av helseforetakene og utøvelse av lederrollen, har vi presentert det teoretiske rammeverket for oppgaven som vi mener vil være en hensiktsmessig bakgrunn for å besvare vår problemstilling om hvordan den statlige styringen av helseforetakene utviklet seg i perioden 2002 til 2012, og på hvilken måte dette påvirker lederrollen i helseforetakene. I det neste kapitlet vil vi presentere data og metode for å få svar på vår problemstilling og forskningsspørsmål.

⁵ «Hvordan må kommunene innrette seg?» av direktør Gudrun Grindaker i Kommunes Sentralforbund. 2012 [Grindaker Samhandlingsreformen](#) lastet ned 21.04.2012

3 Metode/datainnsamling

Det er en kvalitativ tilnærming som ligger til grunn for denne oppgaven, men vi har også med elementer av kvantitativ metode. Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2010) har skrevet om samfunnsvitenskapelig metode. De skriver om hvordan en må gå frem for å innhente informasjon om virkeligheten, og hvordan en analyserer denne informasjonen slik at den gir oss ny innsikt om samfunnsmessige forhold og prosesser. De er tydelige på at det er de forskningsspørsmål en ønsker svar på som skal bestemme metoden, og at valg av metode avgjør hvor vellykket prosjektet er. I kvalitativ metode benyttes tekst eller bilder, og i kvantitativ metode anvendes tall eller andre mengdetermer. I vår studie benytter vi kvalitativ metode i form av intervjuer. I dokumentanalysen benytter vi både kvalitativ og kvantitativ metode.

3.1 Operasjonalisering av forskningsspørsmålene og antakelser

Vi vil i dette kapittelet operasjonalisere våre antakelser og forskningsspørsmål.

Operasjonalisering dreier seg om å være målrettet ved å avgrense fokuset (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2010, 64).

Vi har dannet oss et bilde av hva vi forventer oss å finne, og skal nå undersøke dette empirisk. Vi har laget noen hypoteser/antakelser. *Hypotesen, viser til noe som er antatt og foreløpig, og som etter alt å dømme ikke er en urimelig forklaring på et fenomen (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2010, 51).*

Forskning har vist at det er blitt økt statlig styring fra 2002-2005. Vi har en antakelse om at denne utviklingen med mer hierarkisk statlig styring fortsetter fra 2005-2012. Mer detaljert styring fra staten, med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene, medfører variasjon i utøvelsen av lederrollen i helseforetakene. Ledelsen i helseforetaket er så opptatt med å oppfylle de mange spesifikke styringskravene fra staten i oppdragsdokumentene at de kan få problemer med å oppfylle de nye styringskravene fra staten i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Det empiriske materialet i denne oppgaven baserer seg på dokumentanalyse og intervjuer. Vi har utført en dokumentanalyse av oppdragsdokumentene fra HOD til et regionalt helseforetak,

og kvalitative intervjuer av sentrale personer i helse- og omsorgssektoren som vi vil komme tilbake til senere i dette kapittelet.

3.2 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse, eller innholdsanalyse, er en metode for å samle data, eller elementer av informasjon, som er relevant i forhold til en problemstilling. Dokumentanalyse baserer seg på en systematisk gjennomgang av innhold i dokumenter (Grønmo 2004, 187).

Vi har utført en dokumentanalyse av de årlige oppdragsdokumenter fra HOD til det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst i et forsøk på å få svar på våre forskningsspørsmål. Valget av Helse Sør-Øst er tilfeldig, da oppdragsdokumentene er relativt like i alle de fire regionale helseforetakene. På bakgrunn av at oppdragsdokumentene er relativt like mener vi at det å kun se på dokumenter til det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst likevel gjør funnene vår representative. Vi forutsetter at oppdragsdokumentene som går videre fra de regionale helseforetakene til de lokale helseforetakene er relativt like de som går fra departementet og til de regionale helseforetak, og at disse i all hovedsak er omskrevet til å gjelde det aktuelle helseforetaket.

Analyserte oppdragsdokumenter fra 2002 til 2007 er skrevet til Helse Øst RHF. I 2008 ble Helse Øst og Helse Sør slått sammen og vi ser dermed på Helse Sør-Øst fra 2008 til 2012. Det er i analysen ikke tatt med reviderte dokumenter fra HOD. Vedleggene for 2003 og 2004 til oppdragsdokumentene gjelder Helse Vest, fordi det ikke har lyktes Helse Øst RHF eller HOD å finne de aktuelle vedleggene. Vedlegget i 2005 har verken Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF eller HOD lyktes å oppdrive. Vi stiller spørsmål ved om de i det hele tatt finnes selv om vedlegget er nevnt i oppdragsdokumentet. Vedlegget er derfor ikke tatt med i dette dokumentstudiet.

Bakgrunnen for vårt valg med å utføre dokumentanalyse, er at oppdragsdokumentene er et sentralt statlig styringsvirkemiddel som er skriftlig, og lett tilgjengelig for forskning. Oppdragsdokumentene ligger på HODs nettsider, www.regjeringen.no.

Vi har i stor grad laget vårt eget datasett vedrørende dokumentanalysen, men vi støtter oss til Opedals forskning beskrevet i kapitel 5 i Helse-Norge i støpeskjeen (Opedal, 2005). For å undersøke den statlige styringen har vi utført en dokumentanalyse som har bestått av en fremskrivning av forskningen til Opedal vedrørende styringsformer, en opptelling av ulike ord i oppdragsdokumentet og en opptelling av antall sider og oversiktspunkter.

Opedal (2005) konkluderer i sin forskning med at Helsedepartementet ikke bare benytter overordnede strategiske styringsformer, men også andre styringsformer i perioden fra 2002 til 2004. Vi har gjort et forsøk på å fremskrive Opedals forskning ved å undersøke oppdragsdokumentene for perioden 2005 og 2012 for å se om vi finner eksempler på spesifikke styringskrav innenfor mål- og resultatstyring og styring av organisering, rammestyring innenfor mål- og resultatstyring og styring av organisering.

Vi har gjennomført en opptelling av antall ganger enkelte ord benyttes i oppdragsdokumentene for hvert år. Instruksord vi har definert er ordene: skal, be og må. Styringsord vi har valgt å definere er: styringskrav, krav, variabler, indikator, styringsvariabel, tiltak til oppfølging, mål, overordnende mål, oppgaver og styringsparametere. Når det gjelder helseforetakenes samarbeid med kommunehelsetjenesten har vi benyttet samme måte som over. Vi har foretatt en opptelling av antall ganger samarbeid med kommunehelsetjenesten er nevnt i oppdragsdokumentet for hvert år.

3.3 Kvalitative intervjuer

I tillegg til en analyse av oppdragsdokumenter har vi foretatt kvalitative intervjuer av sentrale aktører i HOD, et regionalt helseforetak, to helseforetak og to kommuner innenfor helsetjenesten.

For å få svar på vår problemstilling spurte vi respondentene om hvordan den statlige styringen har utviklet seg i perioden 2002-2012 og på hvilken måte oppdragsdokumentene og Samhandlingsreformen påvirker lederrollen.

Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2010,106) viser til at det som kjenner ut kvalitativ metode er at en søker å innhente mye informasjon (data) fra et utvalgt, begrenset antall personer eller informanter, og at det er vanlig at et utvalg kan bestå av 10-15 informanter.

Vi har valgt å intervju 11 personer. 9 av informantene er ledere, mens to informanter er ansattrepresentanter. 6 av informantene er menn og 5 er kvinner. Vi valgte personlige intervjuer i stedet for å be om skriftlig svar på spørreskjema.

Vi har i stor grad laget vårt eget datasett vedrørende utarbeidelse av intervjuguide, jmf. vedlegg.1. Vi støtter oss til Opedals forskning beskrevet i kapittel 5 i Helse-Norge i støpeskjeen (Opedal, 2005).

I undersøkelsen har vi intervjuet respondenter i følgende roller: To ansattesrepresentanter i helseforetaksstyrer, en nestleder i et helseforetaksstyre, en styreleder i et helseforetaksstyre, to administrerende direktører i helseforetak, en tidligere direktør i et helseforetak, en representant fra toppledelsen i et regionalt helseforetak, en representant fra ledelsen i HOD og to toppledere i kommunehelsetjenesten. Vi har gjort avveininger for å sikre størst mulig representativitet innenfor den gruppen vi har intervjuet. Ved utvelgelsen har vi lagt vekt på at respondentene har lang erfaring. Enkelte bekjente i helse- og sosialsektoren har vært ”døråpnere” for oss for å få avtalt noen av intervjuene.

Selv om vi i all hovedsak har intervjuet personer som ikke mottar direkte styring fra politikere, men styres av de regionale helseforetakene, forutsetter vi at disse i relativt lik grad er blitt påvirket av den samme statlige styringen som ledere i regionale helseforetak.

Før intervjuene fikk respondentene tilsendt en e-post. E-posten inneholdt en orientering om blant annet vår problemstilling og forskningsspørsmål. Ettersom vi ønsket spontane svar unnlot vi å sende ut intervjuguiden på forhånd.

Vi la opp til semistrukturerte/delvis strukturerte intervjuer. Spørsmålene var formulert i en intervjuguide. Vi var forberedt på å fravike denne hvis det dukket opp interessante temaer, som det var naturlig å følge opp, og som av tidsmessige grunner ville fortrenge noen av de forberedte spørsmålene. Vi benyttet intervjuguiden først og fremst som en sjekklister, slik at vi hadde kontroll på at sentrale problemstillinger/spørsmål ble dekket. Intervjuguiden ble stort sett fulgt under intervjuene, slik at vi gjennomførte forholdsvis strukturerte intervjuer.

Vi understreket at vi ville anonymisere de uttalelsene som vi ville referere til i oppgaven. Alle intervjuene ble gjort uten opptaksstyr. Intervjuenes varte mellom en og to timer. En av oss intervjuet og den andre noterte. Notatene ble senere renskrevet. Respondentene har godkjent den del av referatet som vi har benyttet/tatt inn i oppgaven.

Intervjuene ble gjennomført i ulike lokaler; informantens arbeidsplass, leide lokaler og i et tilfelle i hjemmet til informanten. Alle variantene ga en god ramme for samtalen.

Vi forventet at enkelte respondenter kanskje ville trenge litt «hjelp» for å komme i gang. Vi så det derfor som hensiktsmessig at intervjuguiden inneholdt noe bakgrunnsstoff for spørsmålene. Vi fikk i liten grad bruk for dette.

3.4 Betraktninger om datakvalitet

Det er relevant å trekke inn validitet og reliabilitet også i en oppgave som baserer seg på dokumentanalyse og intervjuer.

Begrepene validitet og reliabilitet betegner spesielle kriterier som betegner hvor godt datamaterialet samsvarer med det man ønsker å undersøke, og om studien er gjennomført på en pålitelig og nøyaktig måte. Validitet viser til studiens datamateriale, og hvor godt datamaterialet svarer på problemstillingen. Reliabilitet viser til hvordan studien ble gjennomført, og om datamaterialet kan regnes som pålitelig (Grønmo, 2004, 220)

Høy validitet innebærer at datamaterialet har stor relevans for problemstillingen (Grønmo, 2004, 221). For å få svar på vår problemstilling om hvordan den statlige styringen har utviklet seg i perioden 2002-2012 og på hvilken måte den statlige styringen påvirker lederrollen i helseforetakene har vi, som tidligere nevnt, valgt å bygge vår studie på tidligere forskning, en dokumentstudie av de årlige oppdragsdokumentene fra HOD til Helse Sør-Øst, samt 11 intervjuer med personer i sentrale posisjoner.

Oppdragsdokumentene fra HOD til de fire regionale helseforetakene er i all hovedsak like, slik at det er tilstrekkelig å foreta en dokumentstudie av oppdragsdokumenter til ett regionalt helseforetak. Vi valgte en dokumentstudie av de årlige oppdragsdokumentene fordi dette er et viktig statlig styringsvirkemiddel, som klargjør mål, rammer, premisser og resultatkrav. Vi ser det som en styrke at vi har basert vår studie av oppdragsdokumenter for en lang periode, nemlig fra Sykehusreformen ble innført i 2002 og til og med 2012.

I tillegg til oppdragsdokumentene er foretaksmøtene den viktigste arenaen for statens eierstyring. Validiteten i dette studiet hadde vært høyere om vi i tillegg til en analyse av oppdragsdokumentene hadde foretatt en analyse av sakene og protokollene fra de regionale foretaksmøtene. Av tidsmessige og kapasitetsmessige grunner måtte vi foreta en avgrensning her.

Istedenfor å intervju 11 personer kunne vi ha valgt å sende ut et spørreskjema til aktuelle aktører ved mange helseforetak. Vi tror imidlertid at vårt valg med intervjuer er mer relevant i forhold til vår problemstilling, som blant annet på bygger på en subjektiv opplevelse av hvordan statlig styring påvirker lederrollen. Ulempen med et begrenset antall intervjuer er at utvalget er relativt lite og vi kunne ha fått andre svar dersom vi for eksempel hadde valgt å intervju aktuelle aktører i andre helseforetak.

Reliabilitet henviser som nevnt ovenfor til datas pålitelighet som for eksempel hvordan dataene er samlet inn, hvordan dataene er bearbeidet og om det er mulig å etterprøve de dataene vi har funnet. Når det gjelder oppdragsdokumentene er disse lett tilgjengelige på nettsiden til HOD. Analysen av oppdragsdokumentene bygger både på forskning av Opedal (2005) og egen analyse. Det vil for eksempel være mulig å etterprøve ved å telle antall styringsord og instruksord i oppdragsdokumentene.

En feilkilde kan være vanskelige grenseoppganger i forhold til hva som skal kategoriseres som rammestyring og spesifikke styringskrav, selv om vi tror at dette ikke vil være en stor feilkilde.

Når det gjelder reliabilitet og intervjuer av de 11 respondentene, har vi detaljerte referater fra samtlige intervjuer. Etterprøvbarehet i forhold til om vi har referert informantene korrekt er vanskelig i og med at vi har lovet informantene anonymitet i fremstillingen i oppgaven. I de tilfellene vi har referert til informantene i oppgaven har imidlertid de respektive informanter fått anledning til å justere/omformulere sine uttalelser.

4 Empiri og analyse

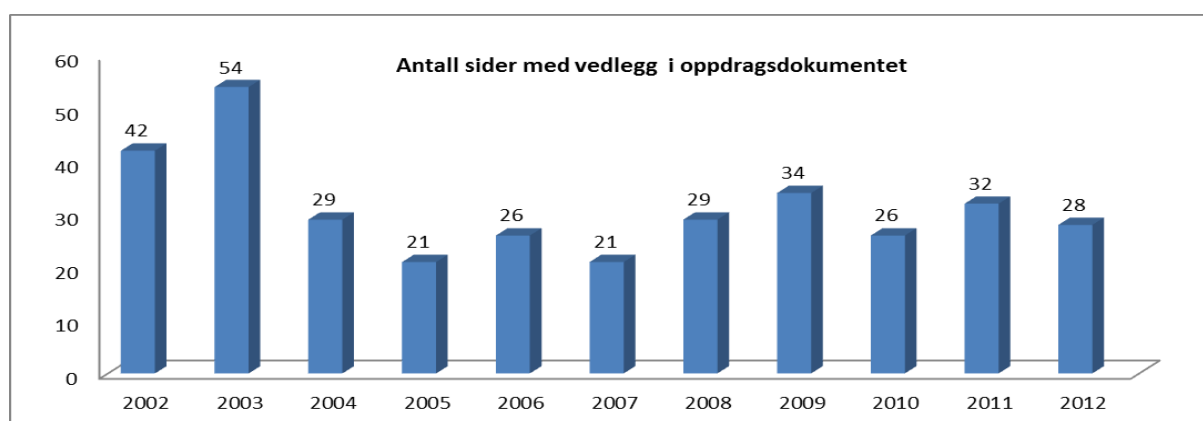
Dette kapittelet er delt i to, statlig styring og utøvelse av lederrollen. Vi vil presentere funnene fra dokumentstudiet og de kvalitative intervjuene. Vi vil deretter søke å forstå og analysere disse funnene sett i lys av oppgavens teoretiske perspektiv.

4.1 Statlig styring

For å undersøke om statens styring av helseforetakene er blitt sterkere i perioden 2005 til 2012 har vi gjennomgått oppdragsdokumentene med fokus på optelling av antall sider, antall instruksord og styringsord. Vi har undersøkt om det benyttes rammestyring og spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene. Vi har utført intervjuer med fokus på helseforetakenes autonomi og handlefrihet, om staten styrer sterkere på noen saksfelt enn andre, styringens styrke og om staten styrer strategisk, eller detaljert.

4.1.1 Antall sider, instruksord og styringsord i oppdragsdokumentet

For å undersøke om det er mulig å se en tendens til at oppdragsdokumentene er blitt mer detaljerte, har vi for det første valgt å gjøre en optelling av antall sider i oppdragsdokumentene med vedlegg. Se figur 4.1. med oversikt over antall sider.



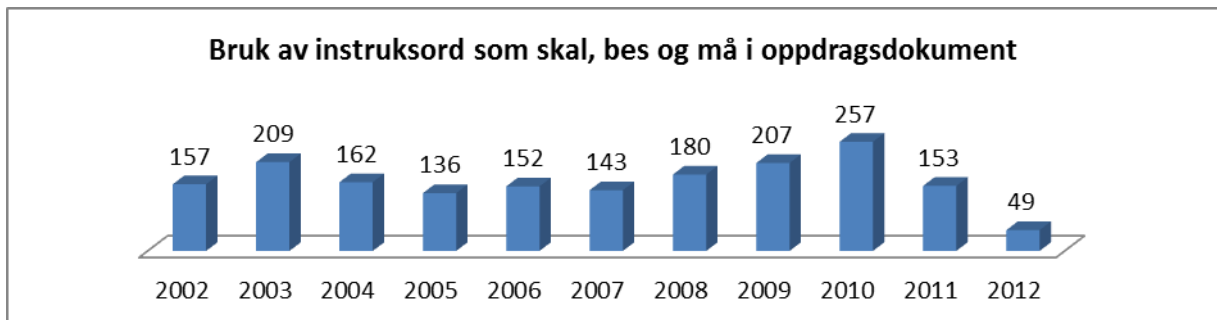
Figur 4.1. Antall sider inklusive vedlegg i oppdragsdokument 2002-2012.

Det høyeste antallet sider finner vi i 2003 med 54 sider, og lavest antall sider finner vi i 2005 og 2007 med 21 sider. Det er et gjennomsnitt, over de 11 årene, på 31 sider, og i 2012 er det 28 sider.

De to første årene inneholder flest sider, og det kan tolkes som logisk siden det er naturlig i en innkjøringsperiode å komme med mer informasjon. Ut ifra våre funn mener vi at utviklingen viser liten variasjon i sideantall i oppdragsdokumentene.

For å undersøke om det er mulig å se en tendens til at oppdragsdokumentene er blitt mer preget av instruks enn henstillinger, har vi for det andre utført en opptelling i bruken av instruksord i oppdragsdokumentet. Vi har etter inspirasjon av Opedals forskning (2005), sett på utviklingen i bruk av instruksord. Opedal (2005, 94) konkluderte i sin forskning med en utvikling fra blanding av instruks (skal) og henstilling/anmodning (bør) til en dominerende bruk av instruks i 2003 og 2004.

Vi har definert instruksord til å gjelde ordene skal, be og må, og utført en opptelling av antall ganger de benyttes i oppdragsdokumentene. Vi har ikke utført opptelling i vedleggene som i hovedsak ikke inneholder instruksord. Ordes bes og ber er blitt sidestilt i denne analysen. Det er ikke gjort skille på for eksempel bruken av instruksord i en overskrift eller når det er plassert ellers i teksten, altså er alle instruksord summert.



Figur 4.2. Bruk av instruksord i oppdragsdokument 2002-2012.

Det høyeste antall med instruksord finner vi i 2010 med 257 instruksord. Det laveste antall instruksord finner vi i 2012 med 49 instruksord. Utviklingen viser at det er en jevn bruk av instruksord som skal, bes og må, i perioden ifra 2002 til 2009, gjennomsnittlig 163 instruksord. I 2011 og 2012 endres skrivemåten i oppdragsdokumentet, og man benytter seg av overordnende mål, mål og styringsparametere uten å bruke instruksord som tidligere, men opprettholder selve instruksene. For eksempel er skrivemåten i 2012 slik ”Mål 2012; det er utviklet planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.”, dette istedenfor ” det skal utvikles planer...” som er skrivemåten i foregående år.

Hovedtendensen i våre funn er at det er en økt bruk av instruksord i 2009 og 2010, og den bruken reduseres betraktelig i 2011 og 2012. Forandringen av skrivemåte i 2011 og 2012 forklarer nedgangen i bruk av instruksord til helseforetakene.

Vi viser videre til en skjematisk oppstilling i bruken av styringsvariabler, antall ganger de er brukt og eksempler på særegenheter i oppdragsdokumentet, figur 4.3.

Årstall	Ordbruk i forhold til styring	Antall	Form/særegenheter
2002	Ingen bruk av styringsord som styringskrav, krav, variabler eller styringsparametre	0	Har et eget revidert styringsdokument.
2003	Styringskrav	18 styringskrav	Styringskravene er uthevet i grått i egen definert tekstboks. Et styringskrav pr tekstboks.
2004	Krav	22 krav	Samme gråe utheving brukt som i 2003, men enkelte tekstbokser inneholder flere krav.
2005	Krav	23 krav	Lik bruk av tekstbokser som i 2004.
2006	Styringskrav	35 styringskrav	Lik bruk av tekstbokser som i 2004 og 2005.
2007	Indikator/styringsvariabel Tiltak til oppfølging	23 indikator/styringsvariabler 91 tiltak til oppfølging	Punktmarkeringer, ikke bruk av tekstbokser som tidligere år.
2008	Styringsvariabel Tiltak til oppfølging	23 styringsvariabler 108 tiltak til oppfølging	Eget vedlegg med styringsvariabler
2009	Styringsvariabel/indikator/ måltall Tiltak til oppfølging	18 styringsvariabler/ måltall/indikatorer med tertialvis rapportering 23 måltall/indikatorer med årlig rapportering 113 tiltak til oppfølging	Eget vedlegg med styringsvariabler, måltall, indikatorer som skal rapporteres tertialvis og måltall/indikatorer som skal rapporteres årlig.
2010	Styringsparametre Oppgaver	41 styringsparametre 52 oppgaver	
2011	Styringsparametre Oppgaver	26 styringsparametre 44 oppgaver	Eget vedlegg med styringsparametre.
2012	Styringsparametre Overordnede mål Mål	30 styringsparametre 64 overordnede mål 71 mål	Eget vedlegg med styringsparametre og rapportering på særskilte områder

Tabell 4.3. Oversikt over styringsordbruk i oppdragsdokument 2002-2012.

Som illustrert i tabell 4.3. over, benyttes det i oppdragsdokumentet de første årene styringsord som krav, og styringskrav. I 2007 kommer styringsordene indikatorer, styringsvariabler og tiltak til oppfølging inn for første gang. I 2010 og 2011 benyttes styringsordene styringsparametre og oppgaver. I 2012 gjøres det en endring hvor styringsparametre fremdeles brukes, mens oppgaver endres nå til mål. Vi har i denne oppgaven valgt å sidestille alle de ulike styringsordene, uten å ta hensyn til deres eventuelle styrke i forhold til hverandre. For å undersøke om det er blitt flere styringskrav i oppdragsdokumentet har vi utført en opptelling av bruken av styringsord, figur 4.4.



Figur 4.4. Opptelling av styringsord i oppdragsdokumentet 2002-2012.

Det høyeste antall styringsord finner vi i 2012 med 165 styringsord, og det laveste antall styringsord finner vi i 2002 med 0. Utviklingen i bruk av styringsord øker gradvis, med noe reduksjon igjen i 2010 og 2011, men selv i 2010 og 2011 er det betraktelig høyere bruk av styringsord enn i perioden fra 2002 til 2006.

Vår konklusjon ut i fra våre funn er vi ser det er en klar utvikling mot bruk av flere styringsord i oppdragsdokumentene.

4.1.2 Rammestyring og spesifikke styringskrav

For å undersøke om det benyttes rammestyring og spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentet har vi utført en fremskrivning av Opedals forskning vedrørende styringsformer. Opedal (2005, 93) har laget en fremstilling med eksempler på styringsformer i oppdragsdokumentet som er beskrevet i teorikapitlet, figur 2.4. Opedal har tatt utgangspunkt i fire ulike styringsformer: rammestyring/mål og resultatstyring, rammestyring/styring av organisering og prosess, spesifikke styringskrav/mål og resultatstyring og spesifikke styringskrav/styring av organisering og prosess. Den mest overordnede og strategiske styringsformen er i kombinasjon av rammestyring og mål- og resultatstyring. Mest detaljert, i følge Opedal, er styringen om staten velger å detaljstyre lokale plan- og beslutningsprosesser og helseforetakenes organisering av virksomhetene. Opedal konkluderer i sin forskning med at HOD tyr til langt flere styringsformer enn de rent strategiske og overordnende i oppdragsdokumentene.

Vi har undersøkt om bruken av alle fire styringsformene fortsetter i oppdragsdokumentene for perioden 2005 til 2012. Under gjennomgangen fant vi eksempler på alle fire styringsformene

hvert år i perioden. En skjematisk oversikt med eksempler for hvert år ligger som vedlegg 2. I likhet med Opedal har vi ikke utført en opptelling av selve antallet spesifikke styringskrav, hvilket ville vært svært komplisert blant annet på grunn av grensegangene mellom de ulike styringsreformene ikke er tydelig.

Vår konklusjon ut i fra våre funn er at vi ser at bruken av spesifikke styringskrav innen både mål- og resultatstyring og styring av organisering og prosess fortsetter også i perioden 2005 til 2012, og at staten styrer både med overordnet og strategisk styringskrav og med spesifikke styringskrav.

4.1.3 Helseforetakenes autonomi og handlefrihet – informantenes vurderinger

For å undersøke statens styring i form av helseforetakenes autonomi og handlefrihet, om staten styrer sterkere på noen saksfelt enn andre, styringens styrke og om staten styrer strategisk eller detaljert, har vi også spurt respondentene om deres opplevelse og meninger om disse overnevnte temaene.

Vi startet intervjuene med å spørre respondentene om de mente at målsettingene i Sykehusreformen vedrørende økt handlefrihet og autonomi for helseforetakene var oppfylt.

En leder av et helseforetak svarte følgende om dette med målsettingene:

Autonomien i forhold til den daglige driften har ikke økt, heller minsket. Staten (eierne) har tatt i bruk flere styringsverktøy bl.a. er oppdragsdokumentet blitt mer spesifisert. Det lokale handlingsrommet er minsket i fra 2002 til 2012, økt bruk av spesifikke styringsvirkemidler i forhold til før.

En annen av våre respondenter svarte slik:

Jeg husker forventingene til Sykehusreformen var store. Nå skulle sykehusene drifte selv, bli mer effektive og styre pengesekken selv. Autonomien i forhold til den daglige driften har ikke økt, heller minsket. I dag har vi liten autonomi og lokal handlefrihet.

Respondenten fra det regionale helseforetaket har et annet syn på om målsettingene er oppnådd: *Reformen er vellykket i å ha ansvarliggjort og myndiggjort helseforetakene. Handlingsrommet til helseforetakene er veldig stort innenfor alle kravene. Ja, man har nådd målsettingen i reformen.*

Balansforholdet mellom overordnet statlig styring og hensynet til helseforetakets autonomi er en utfordring, og vi spurte våre respondenter om de mente at balansen var funnet.

Respondenten fra det regionale helseforetaket uttrykte at vedkommende var fornøyd med forholdet slik:

Balansforholdet er på greit nivå. Det er viktig å skille styringsaktiviteter i fra rapporteringsaktiviteter dvs rapporteringsregime har utviklet seg til å bli detaljert og det er utarbeidet et velfungerende rapporteringssystem → det er ikke det samme som at styringen er blitt mer detaljert.

Respondenten med erfaring som leder av et helseforetak mente at balansen ikke var funnet, og uttrykte det slik:

Nei, balansforholdet er ikke funnet. Det må gis mer lokal frihet til helseforetakene enn det som gjøres i dag. Mer lokal frihet = mer kostnadseffektiv utnyttelse av ressursene. Sykehuset er en stor bedrift, den er tjenesteproduserende og det er i for liten grad tatt hensyn til hvilke styringstyper som gir resultater. Et sykehus har en logistikk som overgår de fleste andre type bedrifter.

Våre respondenter ble spurt om den statlige styringen gjennom oppdragsdokumentene har vært sterkere på noen saksfelt enn andre.

Alle respondentene svarte at det har vært sterk statlig styring på saksfeltet økonomi. En av respondentene begrunnet hvorfor; *Ja, på økonomifeltet er det sterk styring, og dette med god grunn. Helsevesenet har brukt mer penger enn Stortinget har bevilget, det er et demokratisk problem.* Flere av respondentene svarer at de mener at det er riktig med sterk styring på økonomi. Et annet saksfelt med sterk styring er i følge våre respondenter kvalitetsfokus og aktivitet. En nåværende leder i helseforetak svarer: *Den økte statlige styringen på pasientsikkerhet/kvalitet er synlig i oppdragsdokumentene.* Respondenten fra HOD bekrefter denne dreiningen fra økonomi til kvalitet: *Styringen bærer nå preg av å ha mer fokus på kvalitet og pasientsikkerhet som for eksempel ventelister, fristbrudd, kvalitetskrav, osv.*

En annen av respondentene svarer at det avhenger av helsepolitikken, og uttrykker sin skepsis til styringssystemet slik:

For helseforetakene kan den måten staten styrer på være utfordrende da vi får et oppdrag for det neste året som det ikke er sikkert vi har kompetanse på, eller har mulighet til å skaffe kompetanse på i løpet av året. Demokratiet fungerer, men ut ifra et medisinsk ståsted kan det være problematisk og virke urettferdig ovenfor andre pasientgrupper.

En ansattesrepresentant i et helseforetaksstyre var opptatt av at det kunne være en fordel om staten kunne gi sterke styringssignaler som f.eks. på kompetansefeltet: *Politikerne er en trygghet i forhold til de sterke profesjonene.*

Våre respondenter ble spurt om det er sterkere statlig styring i dag enn i 2002, og svarene vi fikk varierte også på dette spørsmålet. En styreleder i et helseforetak sier at det er økning i handlefrihetene til helseforetakene, og en svekkelse av den statlige styringen.

En av respondentene med erfaring fra styrearbeid har et helt annet syn, og uttrykker sin frustrasjon over den statlige styringen slik:

Det er enorme forskjeller på de ulike helseforetakene, og vi mister vår lokale handlefrihet pga. at staten styrer alle likt for å unngå underskudd. Finansieringssystemet fungerer ikke optimalt, og rammene er ikke like forutsigbare. Det er vanskelig å drive et bedriftsøkonomisk regime, rammen er for detaljert og det er lite rom for å lage buffer for framtidens usikkerhet. Vi som helseforetak er utsatt for svingninger i helsepolitikken. Vi kan ikke legge ned avdelinger over natta, men bevilgninger kan bli tatt bort over natta.

En leder i HOD uttrykte at handlefriheten avhenger av hvem som er i de politiske posisjonene:

Soria Moria erklæringen gir føringer angående struktur og organisering. For eksempel skal ikke noen lokalsykehus legges ned, men det er nå åpnet for at to eller flere lokalsykehus kan erstattes med et nytt innenfor samme område. Slike føringer er klart politisk betinget.

Respondenten fra HOD uttrykte også at det at helseforetakene var så forskjellige kunne sees på som et bevis for at den lokale handlefriheten er stor, og vedkommende ga uttrykk for at det på noen områder hadde vært ønskelig med mer likhet mellom sykehusene.

På spørsmålet om sterk statlig styring kan være negativ, svarte alle respondentene at det kunne den være. En av respondentene som er leder i et helseforetak svarte følgende: *Ja, en sterk statlig styring kan være negativt. Soria Moria erklæringen sier at det ikke skal legges ned lokalsykehus, dette er negativt da det ikke er noen medisinsk trygghet at man har disse små sykehusene.*

Vi spurte våre respondenter om de mener den statlige styringen er strategisk eller detaljert. Respondentenes svar varierte meget på dette spørsmålet. En ansatterrepresentant mener at den er detaljert og sier: *Oppdragsdokument har aldri vært så detaljert som i år. Pluss at det er lagt inn en setning som heter "for øvrig så gjelder alt som står i tidligere oppdragsdokument", dette gjør at kravene totalt sett er høyere enn noen gang.*

En tidligere leder i et helseforetak fremhever også oppdragsdokumentene som et eksempel på detaljert styring:

Nei, strategi er nedtonet, og det er en detaljorientert styring i dag, oppdragsdokumentene er et eksempel på denne detaljstyringen. Oppdragsdokumentet blir en ønskeliste der alt skal være med, et slags politisk varemerke. Når alt fra ventelister til brusautomater skal inn i oppdragsdokumentet, så blir det vanskelig å lede. Man kan ikke arbeide med 150 problemstillinger samtidig, det er det ikke praktisk mulig å lede etter.

Respondenten fra det regionale helseforetaket mener at utviklingen går i retning av en mer strategisk styring: *Oppdragsdokumentene er mindre politiske markeringer enn tidligere., Utviklingen går mot mer strategisk styring. Bare se på årets oppdragsdokument. Det er bare på 21 sider. Før var det på 50-60 sider.*

For å undersøke omfanget av statens styringsfokus i oppdragsdokumentene i forbindelse med samarbeid med kommunehelsetjenesten i perioden 2005 til 2012, har vi utført en opptelling av antall ganger samarbeid med kommunehelsetjenesten er nevnt.

Det høyeste antall ganger kommunehelsetjenesten er nevnt er i 2009 med 14 ganger. Det laveste antall ganger kommunehelsetjenesten er nevnt er i 2005 med 6 ganger. I 2009, 2011 og 2012 nevnes samarbeidet i egne kapitler. I 2010 nevnes arbeidet med Samhandlingsreformen for første gang i oppdragsdokumentet. I 2012 har Samhandlingsreformen et eget kapittel. Vi har laget en tabell med eksempler på krav til samarbeid med kommunene, ligger som vedlegg 3. Det at samarbeid og samhandlingen spesifiseres ekstra med egne kapitler i 2009, 2011 og 2012 kan tolkes som et økt statlig fokus på samhandling fra 2009.

Vi spurte våre respondenter om de mente at Samhandlingsreformen ville bidra til mer statlig detaljstyring. Også på dette spørsmålet hadde respondentene delte meninger. En nestleder i et helseforetak uttrykte sin bekymring slik: *Ja, det vil presse seg frem, akkurat slik som det skjedde med Sykehusreformen.* En leder for et helseforetak mener at reformen ikke vil føre til mer detaljstyring: *Nei, det tror jeg ikke, men den skulle vært innført trinnvis.*

Samhandlingsreformen gir *kommunene* flere oppgaver og mer penger. I 2012 skal 5 milliarder flyttes fra helseforetakene til kommunene. Det skal lønne seg å forebygge og bygge opp tjenester der folk bor. En leder for et helseforetak uttalte følgende etter iverksetting av ny finansieringsordning: *Kommunene har tatt imot utskrivningsklare pasienter raskere enn vi i helseforetakene hadde forventet, noe som betyr at vi må bygge ned raskere enn planlagt.*

For å undersøke hvordan representanter fra kommunene oppfatter samhandlingen med helseforetakene, og statens styring har vi intervjuet en kommuneoverlege og en kommunalsjef. På spørsmål om kommunene er forberedt på Samhandlingsreformen svarer begge respondentene fra kommunene at de er godt forberedt.

Om Samhandlingsreformen danner bedre grunnlag for samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten enn det var før reformen, er oppfatningene fra respondentene fra kommunene delte. Kommunalsjefen legger vekt på utfordringer rundt finansiering: *Nei, det tror jeg ikke. Vi har samarbeidet godt tidligere også. Reformen må være fullfinansiert, og det er den ikke.*

Kommuneoverlegen mener at i regioner der det ikke har vært god samhandling tidligere så har reformen positiv betydning. *For oss har ikke Samhandlingsreformen gitt oss bedre samhandling, vi samarbeidet så godt i fra før, men vi bruker mer tid sammen, og har blitt bedre kjent som er en ytterligere fordel for samarbeidet vårt.*

På spørsmålet om Samhandlingsreformen ville bidra til mer statlig detaljstyring, svarte begge respondentene fra kommunene at de trodde at det ville reformen gjøre.

Angående de lovpålagte samarbeidsavtalene, og om disse ville bidra til sterkere og mer detaljert statlig styring var meningene delte. Kommunalsjefen sa nei: *Samarbeidsavtalene er på et svært overordnet nivå. Kommuneoverlegen sa:*

Ja, det gjør de. Det er bestemt hva helseforetakene og kommunen skal samhandle om. Vi som kommune og helseforetak tilpasser oss veilederen, men vi kan ikke prioritere alle detaljer. Vi velger ut noe basert på tidligere erfaringer. Vi må imidlertid kunne gi faglig gode begrunnelser for våre valg. Samhandlingsreformen er sterkere statlig styring enn noen gang.

4.1.4 Analyse av statlig styring

Vi vil nå drøfte om den statlige styringen av helseforetakene er blitt sterkere i perioden 2002 til 2012, og undersøke om vi får støtte for vår antakelse om at økt statlig styring fortsetter fra 2005 til 2012.

Vi har undersøkt om et av statens styringsvirkemidler, oppdragsdokumentene, har blitt mer detaljerte over tid. Enkelte av våre respondenter svarte at de mente at oppdragsdokumentene var blitt på færre sider de siste årene, og at denne reduksjonen i antall sider var et bevis på at staten nå begynte å styre noe mer strategisk enn tidligere. Ut ifra våre funn stemmer det ikke

at sidetallet har gått ned. Siden 2004 har oppdragsdokumentet hatt omtrent uendret størrelse. Hvorfor enkelte respondenter mente at oppdragsdokumentet var blitt tynnere med årene er det vanskelig å forklare. De to første årene var dokumentet mer omfangsrikt. Det kan tolkes som at staten i innkjøringsfasen hadde behov for å angi flere styringsdirektiver. Vi kan ikke se at det er grunnlag for å si noe om at staten styrer strategisk eller detaljert i oppdragsdokumentene kun ut i fra dokumentets omfang.

Opdal (2005) beskriver at man kan se en utvikling de første årene fra bruken av henstillinger med ”bør”-formuleringer, til mer omfattende bruk av instruksjoner med ordet ”skal”. Ut i fra våre funn fortsetter denne bruken av instruksord, og øker betraktelig i 2010 - med en reduksjon av bruken av instruksord i 2011 og 2012. Reduksjonen synes imidlertid å dreie seg mer om en forandring i skrivemåten enn en reduksjon i bruken av instruksord. Vi har ikke undersøkt om hvorfor det er blitt forandringer i skrivemåten.

Vi har fremskrevet Opedals forskning (2005) om styringsformer som rammestyring og spesifikke styringskrav, og sett på om bruken av spesifikke styringskrav fortsetter i perioden fra 2005 til 2012. Våre funn fra dokumentanalysen viser mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene. Vi har ikke noe grunnlag ut ifra dokumentanalysen for å si noe om utviklingen i omfanget, bare at bruken fortsetter. En leder i et helseforetak blir dermed utsatt for spesifikke styringskrav, i tillegg til overordnet strategisk styring.

Vi ser altså at bruken av spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene fremdeles fortsetter, men betyr spesifikke styringskrav at det detaljstyres? På den ene siden kan man si at detaljstyring fra staten er å benytte spesifikke styringskrav i styringen av ledere i helseforetakene, men på den andre siden avhenger dette også av mengden spesifikke styringskrav. Hvis det f.eks. i et oppdragsdokument benyttes 2 spesifikke styringskrav og 15 rammestyringskrav så ville dette trolig ikke føre til en opplevelse av detaljstyring. Det vi kan se er at det er et relativt stort omfang av bruken av styringskrav i 2012⁶ som det skal rapporteres på, både innenfor rammestyring og spesifikke styringskrav. Det er ikke bare innholdet i styringskravene som sier noe om styringsformen er strategisk eller detaljert. Det er også selve antallet med styringskrav som har en betydning.

⁶ Antall styringsord i 2012 i følge vår dokumentanalyse er 165.

Vår opptelling av styringsord benyttet i oppdragsdokumentene, som for eksempel styringskrav, styringsvariabler og styringsparametere, viser det er en klar utvikling i bruken av flere styringsord i oppdragsdokumentene. Det peker i retning av økt bruk av styringskrav de siste årene.

Johnsen (2010) drøfter bruken av harde og myke styringsformer. Spesifikke styringskrav oppfatter vi er en hard form for styring. Mål- og resultatstyring er eksempel på en myk styringsform. Johnsen (2010) skriver imidlertid at myke styringsformer i en del tilfeller i realiteten er harde styringsformer. En nærmere analyse av et mål- eller resultatstyringskrav kan vise at det dreier seg om en hard instruks. Et oppdragsdokument med så mange som 165 styringskrav peker i retning av sterk styring. Den statlige styringen kan være enda mer detaljert enn det som fremkommer av spesifikke styringskrav fordi noen krav som fremstår som myke styringsformer i realiteten er harde styringsformer.

Et forhold som tas opp av respondenten fra det regionale helseforetaket er at det er viktig å skille styringsaktiviteter fra rapporteringsaktiviteter. Vedkommende mente at enkelte kolleger kanskje kunne oppleve rapporteringsplikten som detaljstyring, selv om rapporteringen i hovedsak gjaldt strategiske mål. Vi argumenterer for at dette nok kan være en subjektiv opplevelse hos enkelte ledere, og at det er grunn til å anta at denne opplevelsen vil kunne bli sterkere jo større avstanden mellom målkrav og måloppnåelsen er. Vår antakelse er at dersom styringskravene er innenfor rekkevidde, vil den psykologiske effekten kanskje være at opplevelsen av detaljstyring blir redusert i forhold til hva som faktisk er tilfelle.

De fleste respondentene vi har intervjuet mente at man ikke helt har oppnådd Sykehusreformens målsetting om økt autonomi og handlefrihet for helseforetakene. Vi argumenterer for at dette blant annet skyldes de omfattende styringskravene i oppdragsdokumentene. En leder i et regionalt helseforetak mente at denne målsettingen var nådd, og at reformen også på mange øvrige områder var vellykket. Vi undrer oss over denne meningsforskjellen. Er forskjellen personavhengig eller er synet avhengig av hvilket ståsted man har? Dette kan vi ikke gi svar på.

Bortsett fra respondenten fra det regionale helseforetaket, mener alle respondentene fra helseforetakene unntatt én at autonomien og handlefriheten er blitt mindre. Dette er stemmer med det Opedal (2005) og Torjesen (2007) konkluderer med. Forskningen til Opedal og Torjesen er utført for hhv. 7 og 5 år siden, og vi har ikke funnet forskning fra nyere periode.

Ut i fra våre funn i 2012, våger vi å si at det er et stykke igjen før målsettingene om større grad av autonomi og handlefrihet for spesialisthelsetjenesten er fullstendig oppfylt. På den annen side har de regionale helseforetakene åpenbart fått ganske stor handlefrihet når det gjelder omorganiseringer/sammenslåinger av helseforetak.

De fleste respondentene med unntak av respondenten fra det regionale helseforetaket, mente altså at man ikke har oppnådd det forutsatte balanseforholdet mellom statens styring og helseforetakenes autonomi. Respondenten i HOD mente at det var utført en reduksjon av styringsmengden og styringstrykket fra staten, selv om helseforetakene trolig fremdeles opplevde mengden med styringskrav for stor. Vi oppfattet respondenten dit hen at dette er en innskrenkning i helseforetakenes autonomi og handlefrihet som man må leve med, selv om dette i en del tilfeller kan resultere i en mindre effektiv drift av sykehusene. Dette kan peke i retning av at vårt parlamentariske system setter strengere rammer for helseforetakenes autonomi enn det mange har oppfattet som lovgivers målsetting. Selv om det er vanskelig å finne balansen mellom lokal frihet og nødvendig overordnet styring (Opedal 2005), vil vi argumentere for at staten bør foreta en gjennomgang av oppdragsdokumentene og vurdere om de fremsetter krav som helseforetakene ikke vil kunne oppfylle.

Vi har også stilt respondentene spørsmål om statens styring er sterkere på noen saksfelt enn andre og om statens styring er sterkere i dag enn i 2002. Torjesen (2007) konkluderer i sin forskning med at lederne etter Sykehusreformen har fått et økt fokus på økonomi og kostnadshensyn. Dette stemmer med svarene fra de fleste av våre respondenter, som svarte at det særlig de første årene etter reformen var sterk fokus på økonomi. Vi antar at det trykket som ble lagt på økonomistyring var et resultat av at helseforetakene hadde store underskudd i forhold til budsjettet de første årene etter Sykehusreformen. Det var derfor helt avgjørende for staten å få kontroll på økonomien. Flere av respondentene har gitt uttrykk for at staten i de senere årene har gitt kvalitet i pasientbehandlingen økt fokus. Vi oppfatter dette som et resultat av at staten nå har fått bedre kontroll over økonomien, og at det nå er frigjort både administrativ og ressursmessig kapasitet til å prioritere kvalitetsaspektet. Vi vil anta at dette blant annet kan skyldes at staten ønsker at det skal være likeverdige helsetjenester i hele landet. Enkelte ledere opplever det som en innskrenkning av deres handlefrihet når staten stiller spesifikke krav vedrørende for eksempel kvalitet, aktivitet og prioritet av enkelte pasientgrupper. En ansattrepresentant i et helseforetaksstyre mener at dette er en nødvendig begrensning i helseforetakenes autonomi, fordi staten har bedre grunnlag til å foreta mer overordnede analyser av fremtidig ressursbehov, både av rent medisinsk karakter og for å

ivareta geografiske hensyn. Vi vil argumentere for at dette er en vanskelig balansegang, men vil hevde at statens inngripen i slike prioriteringer peker i retning av stadig sterkere statlig styring av helseforetakene, og at staten tyr til langt flere styringsformer enn de rent strategisk overordnede (Opedal, 2005).

Alle respondentene mente at sterk statlig styring kunne være negativt, og at det var mange eksempler på dette. Soria Moria-erklæringen om at ingen lokalsykehus skal legges ned, ble av flere respondenter nevnt som et eksempel på en sterk statlig styring som legger føringer angående struktur og organisering. Dette skaper utfordringer i forhold til opprettholdelse av utilfredsstillende medisinskfaglige tilbud. Respondenten fra HOD mener eksemplet med denne type føring er politisk betinget – et uunngåelig resultat av vårt parlamentariske system. Vi argumenterer for at dette igjen peker i retning av at den sterke statlige styringen fortsetter og det er blitt mer statlig styring fra 2005 til 2012.

Det kan være et spenningsfelt mellom helseforetakenes eget behov for å styre langsiktig og strategisk, og politisk styring som i noen tilfeller innebærer at fokus på løsning av kortsiktige og dagsaktuelle saker. Politikerne kan for eksempel bli utsatt for et stort press fra omgivelsene ved ulike pressgrupper, noe som kan føre til at for eksempel et tilbud ikke blir nedlagt. Opedal (2005) konkluderer med at det er blitt økt politisering. Torjesen (2007) viser i sin doktoravhandling til at lederne i helseforetakene er fanget i et politisk styringsunivers, som minner mer om ledelse i tradisjonell forvaltning. På den andre siden innehar helseministeren, som øverst ansvarlig for helseforetakene og parlamentarisk ansvarlig overfor Stortinget, en meget krevende rolle i et krysspress mellom helseforetakene på den ene siden og 165 stortingsrepresentanter med sterke distriktspolitiske interesser på den andre siden. Opedal (2005) skriver at forflytningen av politisk styring av helseforetakene fra politikere på fylkeskommunalt nivå til politikere på sentralt nivå har bidratt til å innskrenke helseforetakenes autonomi og handlefrihet, fordi staten gjennom sine mange roller som eier, bestiller og myndighet i sum utgjør en sterkere styring over tid. Dette innebærer at politikere er opptatt av å fremme mange enkeltsaker, som igjen bidrar til sterkere statlig styring over tid.

Vår studie indikerer at Sykehusreformen innebar at helseforetakene fikk delegert mye myndighet, som for eksempel disponering av budsjett og organisering av virksomheten, og at politikere skulle styre helseforetakene på et overordnet nivå. Vår studie kan indikere at økt frihet for helseforetakene er blitt kompensert med oppdragsdokumenter, kontrakter og økt

tilsyn. Med andre ord at helseforetakene ble gitt mer autonomi og handlefrihet med den ene hånden samtidig som staten strammet inn autonomien og handlefriheten med den andre.

Et forhold som gjør den statlige styringen enda mer kompleks er som tidligere nevnt iverksettingen av Samhandlingsreformen. Vi har foretatt en optelling av antall ganger ordet *samarbeid* mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten er nevnt i oppdragsdokumentene fra 2005-2012. Vår studie indikerer at vi på grunnlag av staten gjennom oppdragsdokumentene har et betydelig økt fokus på samhandling de siste årene. En av grunnene fremgår av St. meld. 47 (2008-2009), hvor det blir pekt på at behandlingsskjedene mellom de to nivåene må bli bedre, slik at en unngår fragmenterte tjenester. Som Bache og Flinders (2004) legger til grunn er de to institusjonelle nivåene avhengig av hverandre. Dersom et nivå som ikke fungerer tilfredsstillende vil dette gå utover neste nivå og motsatt.

Flere av respondentene påpeker at Samhandlingsreformen er en strategireform, og mente at staten nå begynner å styre noe mer strategisk enn tidligere. Noen av respondentene mente imidlertid at Samhandlingsreformen har innført en sterkere statlig styring, gjennom pålegg om forpliktende og detaljerte samarbeidsavtaler og finansieringsordningen vedrørende utskrivningsklare pasienter. I henhold til Johnsen (2005) fremstilling av harde og myke styringsformer er disse virkemidlene etter vårt skjønn å betrakte som harde styringsformer. Vi vil argumentere for at staten med denne reformen iverksetter ytterligere sterke styringsvirkemidler, som igjen kan peke i retning av økt statlig styring av helseforetakene.

Oppsummert kan vi si at våre undersøkelser støtter vår antakelse om at det er blitt økt statlig styring i perioden fra 2005 til 2012. Staten fortsetter å bruke spesifikke styringskrav ovenfor helseforetakene, og bruken av styringsord i oppdragsdokumentene har de siste årene økt. Den statlige styringen har således ennå ikke helt lyktes i å oppfylle Sykehusreformens mål om økt autonomi og handlefrihet. Helseforetakene føler seg utsatt for en sterk statlig styring, og det er en betydelig økt politisering som øker presset på helseforetakene ytterligere. Helseforetakene kan sies å være en del av et politisk styringsunivers. Den statlige styringen vil i noen tilfeller ligne mer på den vanlige hierarkiske statlige styringen, enn prinsippene for foretaksstyringen. Samhandlingsreformen kan sies å være nok et uttrykk for denne økte statlige styringen, både ved at den inneholder blant annet krav om forpliktende samarbeid og en spesifikk finansieringsordning vedrørende utskrivningsklare pasienter.

4.2 Utøvelse av lederrollen

Vi vil i dette kapittelet presentere funnene fra intervjuene i forhold til utøvelsen av lederrollen. For å undersøke hvordan lederne i helseforetakene opplever at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å utføre ledelse har vi intervjuet respondentene om oppdragsdokumentets og Samhandlingsreformens påvirkning på lederrollen.

4.2.1 Oppdragsdokumentets påvirkning på lederrollen

For å undersøke hvordan lederne i helseforetakene opplever at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å utføre ledelse, spurte vi respondentene om deres meninger om oppdragsdokumentet - med fokus hvordan dette påvirker lederrollen.

Våre respondenter ble spurt om hvordan antall styringskrav påvirker deres evne til å utføre ledelse. Flere av respondentene svarte at dette var avhengig av lederstil, og om man hadde evne til å tenke strategisk som leder selv om man ble utsatt for detaljstyring av staten. En leder for et helseforetak svarte slik:

Jeg jobber strategisk. Å følge oppdragsdokumentet til punkt og prikke går ikke, det må fortolkes. Viktig å posisjonere sykehuset i forhold til signaler, man kan ikke sitte og prikke av i nåværende oppdragsdokument, det er ikke mulig.

En annen leder for et helseforetak snakket om hvordan vedkommende oversatte oppdragsdokumentet slik:

Jeg lager en kortversjon av oppdragsdokumentet som skal være overkommelig for mine ledere, og jeg tar punktene inn i lederavtalene. Jeg må bruke litt oversettelseskunst, jeg må sile og prioritere. Staten styrer både strategisk og detaljert, mens jeg ønsker å styre strategisk.

Respondenten i fra det regionale helseforetaket hadde et annet syn på styringsvariablene, og mente de åpner for muligheter: *Styringsvariablene bidrar til å avklare rammebetingelsene våre, og avklare hva som er handlingsrommet og hva du kan gjøre for å utvide handlingsrommet.*

Flere av respondentene svarte at det ikke er mulig å lede etter alle styringsvariablene, eller oppfylle alle kravene i oppdragsdokumentet. En tidligere leder for et helseforetak uttalte følgende: *Hvis man forkynte alle styringsvariabler til de ansatte så ville det ha ført til et stort latteranfall....* En nestleder i et helseforetakstyre mente at det å forsøke å oppfylle alle styringsvariabler ville sette lederens legitimitet i fare: *Hvis direktøren forsøker å oppfylle alle styringsvariabler så må vedkommende lage et rigid styringssystem, og konsekvensen er trolig at direktøren mister legitimitet.*

Flere av våre respondenter nevnte at oppdragsdokumentets detaljeringsgrad kunne skape bekymringer for om de gjør de riktige prioriteringer. En av våre respondenter uttrykte dette slik: *Noen ganger tenker jeg at oppdragsdokumentene er til for at jeg skal ha konstant dårlig samvittighet. Det er ikke mulig å oppnå resultater på alt som står i oppdragsdokumentet.*

En av respondentene som leder et helseforetak mener også det er detaljorienterte krav i oppdragsdokumentet, men at dette skaper muligheter for utøvelse av lederrollen:

Den detaljerte styringen er et godt verktøy for meg, det er konkret og punktvis som gjør det lettere for meg å styre, og oversette til min organisasjon. Oppdragsdokumentet for 2012 var mer oversiktlig enn 2011, det er detaljert og svært omfattende og vi kan ikke prioritere alt, og det gjør det nødvendig å prioritere.

Under samtalen med respondenten fra HOD fortalte vedkommende at viktige krav i oppdragsdokumentet blir behandlet i foretaksmøtene. Vedkommende uttrykte dette slik:

De siste årene har viktige krav i oppdragsdokumentet knyttet til for eksempel ventetider og fristbrudd blitt tatt inn i foretaksmøtene for å understreke betydningen i budskapet

Vi spurte respondenten fra HOD om hva vedkommende mente om lederrollen i helseforetakene, og vedkommende uttrykte det slik: *Topplederne har mye å si, mye kan rakne hvis de ikke fungerer.*

4.2.2 Samhandlingsreformens påvirkning på lederrollen i helseforetakene

For å undersøke hvordan lederrollen i helseforetakene påvirkes av Samhandlingsreformen spurte vi våre respondenter om hvordan innføring av nye virkemidler påvirker helseforetakenes samhandling med kommunene.

Respondentene ble stilt spørsmål om hvilke ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer de så for seg i forbindelse med Samhandlingsreformen. Når det gjaldt samarbeidet mellom sykehusene og kommunene uttrykte mange av respondentene at de allerede samhandlet godt, og at de som ledere hadde brukt mye tid på denne samhandlingen. En nestleder i et styre i et helseforetak var bekymret for samhandlingskjeden: *Det må skapes bedre samhandling i kjedene, samtidig som kjedene blir lengre.*

Samhandlingsreformen forutsetter et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og

samarbeid. Vi spurte våre respondenter om hvordan de trodde dette samarbeidet ville fungere. Oppfatningene om hvordan dette ville fungere var delte.

En leder for et helseforetak og en styreleder i et helseforetak mente som flere at dette ville fungere godt, og sa det slik: *Avtalene er i boks. Det har vært en konkret statlig styring som har vært bra. Fungerer godt. Faktisk rørende å se samarbeidet mellom kommuner.*

En ansattesrepresentant uttrykte sin bekymring slik: *Jeg frykter det kan bli konflikter mellom sykehusene og kommunene, da sykehuset er den sterkeste part med definisjonsmakten på sin side i forhold til hvem som er ferdigbehandlet.* En nestleder i et helseforetaksstyre uttrykte seg slik: *Jeg er redd for at man vil lese avtalen mellom HF og kommunen før man leser pasientepikrisen, og det vil gå med mye ressurser på å tolke avtaler ved konflikter.*

En av respondentene svarte at de mente avtalesystemet ikke hadde noe praktisk betydning, og uttrykte det slik: *Det forpliktende avtalesystemet fungerer like godt som «skrift i sanden når det blåser»...*

Samhandlingen vil bestå av forhandlinger, diskurs og samarbeid. Vi spurte respondentene om de trodde helseforetakene har tilstrekkelig med administrative ressurser til å håndtere samarbeidspolitikken. De fleste respondentene svarte positivt til det.

En ansattesrepresentant i et helseforetaksstyre sa det slik:

Ja, jeg tror helseforetaket har nok administrative ressurser til å takle samarbeidsproblematikken. Det er en avdeling som arbeider med relasjonsbygging, samarbeid og retningslinjer. Det er noen stillinger som jobber primært med dette, bl.a. er det en stilling som heter samhandlingsjef. Vi har 5 samhandlingskoordinatorer sammen med kommunene, og flere avdelinger på sykehuset har satt av en hel stilling til samarbeid med kommunene.

Selv den eneste respondente som uttrykte bekymring så en positiv utvikling: *Nei, jeg tror ikke helseforetakene har tilstrekkelig med administrative ressurser til å møte reformen, men noen samhandlingskoordinatorstillinger har blitt opprettet, og det er bra.*

Vi stilte respondentene spørsmål om topplederne i helseforetakene blir så opptatt av å rapportere til overordnede myndigheter at dette hemmer samspillet med kommunehelsetjenesten. En av våre respondenter, som arbeider som kommuneoverlege, var opptatt av fokus på pasienten, og ikke rapporteringskrav, og sa det slik: *Vi må alle holde fokuset på at pasienten er den viktigste, og ikke rapporteringskrav oppover.* En ansatterepresentant uttrykte sin bekymring slik: *Vår direktør er så opptatt av at vi må oppfylle*

alle kravene i oppdragsdokumentet at det kan påvirke vedkommendes fokus på samhandling slik jeg ser det. En leder for et helseforetak har et annet syn på dette, og gjentar dette med prioritering slik: Nei, man må velge hva man prioriterer, og godta at man ikke leverer på alt. Samhandling med kommunene er noe man må prioritere.

4.2.3 Analyse av utøvelsen av lederrollen i helseforetakene

Vi vil nå drøfte på hvilken måte den statlige styringen påvirker lederrollen i helseforetakene og derigjennom undersøke om vi får støtte for våre antakelser. Staten styrer med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene. Dette kunne indikere at det formelle handlingsrommet er relativt lite, og at dette ville medføre at lederne styrte relativt likt for å oppfylle alle kravene. Det er imidlertid mange faktorer som påvirker en ledes oppfattelse av rollekrav. Handlingsrommet er ikke bare påvirket av formelle krav, men også av hvordan en leder velger å oppfatte, definere og forme sitt subjektive handlingsrom. Vi antar derfor at detaljert styring fra staten - med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene - medfører variasjon i utøvelsen av lederrollen i helseforetakene.

Den andre antakelsen dreier seg om at ledelsen i helseforetakene er så opptatt med å oppfylle de mange styringskravene i oppdragsdokumentene fra staten at de kan få problemer med å oppfylle de nye styringskravene i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Det er mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene. De lederne vi har intervjuet mente at det er så mange styringskrav at det er umulig å oppfylle alle. Vi antok i utgangspunktet at våre respondenter ville svare at deres handlingsrom var veldig begrenset - noe som medførte at lederne styrte likt. En ledes handlingsrom forutsetter en viss frihet til å ta valg, og dersom det er mange detaljerte jobbkraav, så vil dette gi et lite handlingsrom for lederen (Espedal, 2011,154). Det er imidlertid ikke bare det formelle handlingsrommet som påvirker en ledes utøvelse av lederrollen. Det subjektive handlingsrommet er det som gir lederen handlekraft til å påvirke virksomhetens resultater (Tjosvold 1986, sitert i Espedal 2011, 154). De lederne vi har intervjuet opplyser at de fortolker og oversetter oppdragsdokumentene fordi de mener det er umulig å oppfylle alle styringskravene. De ser det som helt nødvendig å sette kravene inn i en større strategisk sammenheng. Hvordan lederen utfører denne «oversettelseskunsten», skaffer seg og benytter det formelle og subjektive handlingsrommet, vil påvirke resultatet i helseforetaket.

Flere av respondentene mente at de ble utsatt for hard og sterk styring, med et høyt detaljeringsnivå. De valgte som nevnt ovenfor å fortolke styringsbudskapet strategisk, og denne omgjøringen av spesifikke styringskrav til strategi gjorde det mulig å lede virksomheten på en tilfredsstillende måte. Flere av våre respondenter nevnte dette med «å miste nattesøvn» når de snakket om oppdragsdokumentet, og vi tolker dette som respondentene mente det var svært utfordrende å forholde seg til oppdragsdokumentenes mange krav, og lede helseforetakene ut i fra disse. Den relativt raske omløpshastigheten av toppledere (Torjesen 2007, 36), kan også tolkes dit hen at det er utfordrende å være leder av helseforetak. Da vi hørte respondentene fortelle om sin arbeidshverdag og tolkning av statens styringskrav, tenkte vi flere ganger på et gammelt ordtak. *«Det kommer ikke an på hvordan du har det, men hvordan du tar det».*

Det står ingen steder i oppdragsdokumentene at lederne kan utelate noen av styringskravene. Det er heller ikke definert om noen av styringskravene er prioritert høyere enn andre. Under samtalen med respondenten i HOD fortalte vedkommende at viktige krav i oppdragsdokumentet de siste årene er blitt tatt inn i foretaksmøtene for å understreke betydningen av budskapet. Hvis dette stemmer, kan det tolkes som at helseforetakene får noe hjelp til å bestemme hvilke av styringskravene de må prioritere for å oppfylle viktige politiske prioriteringer. På den andre siden var det ingen av våre respondenter som ga uttrykk for at de fikk hjelp til å oversette eller prioritere i forhold til oppdragsdokumentet. Er det slik at lederen kan «se lettere på» de styringskravene som ikke blir tatt inn i foretaksmøtene? Betyr dette at «gjenstående krav» kan betraktes som henstillinger? Styringsmengden fra staten er som tidligere nevnt omfattende og detaljert. Blant annet står det i oppdragsdokumentet for 2012 at alle tidligere års krav også gjelder. Kan styringskrav som gjentar seg år etter år, f.eks. at det ikke skal være korridorpasienter, tolkes som at kravet aldri blir oppfylt? Vi vil anta det. Flere av våre respondenter opplevde dette som problematisk, og mente det hadde innvirkning på deres utøvelse av lederrollen. Styringskravene ikke blir ”justert ned” på et nivå som det er mulig å strekke seg etter, men bare fortsetter år etter år med enda flere styringskrav. Vi ser at dette vedvarende gapet mellom styringskravene og det som er mulig å levere, skaper en stor utfordring for lederen.

Om en ser på oppdragsdokumentene isolert, kan de sees på som et hardt styringsvirkemiddel med mange klare og tydelige styringskrav. Noe man i utgangspunktet ikke kunne forvente ville inneholde mange valg. Oppdragsdokumentene er i hovedsak like i alle helseforetak, med unntak av lokale tilpasninger. Vi forutsetter også at andre faktorer som eksterne krefter,

interne spilleregler og interne krefter (Grund 2006,18) er relativt like for alle helseforetak, jmf. figur 2.2. om helseforetakenes styringsklemme. Vi kunne derfor se for oss at lederne ville lede likt og rigid for å oppnå alle kravene. Respondenten i HOD bemerker imidlertid det motsatte, nemlig at en skulle ønske at helseforetakene ble ledet mer likt. Vedkommende opplyste at nettopp de store forskjellene indikerer at helseforetakene har et stort handlingsrom. Vi tolker at dette skyldes at lederen skaper seg et handlingsrom som bygger på valg og prioriteringer fordi det ikke er mulig å følge opp alle styringskravene.

Lederne vi har intervjuet er som kjent relativt entydige på at det ikke er teknisk mulig å oppfylle alle styringskravene. Betyr dette at det ikke er mulig å oppfylle de formelle kravene, altså at det formelle handlingsrommet er for lite? Hva er det da som avgjør hvordan lederne velger å løse sine oppgaver, og definere sitt handlingsrom?

Teorien viser at en leders handlingsrom er påvirket av lederens erfaringsbakgrunn. Høst (2005) beskriver en modell om lederens oppfattelse av rollekrav, og viser til at både personlige egenskaper, begrepsmessige, faglige og mellommenneskelig ferdigheter påvirker hvordan man omfatter sine rollekrav. Både overnevnte ferdigheter og statens styring påvirker hvordan lederne i helseforetakene utfører sin lederrolle. Hvis man sier at statens styring er detaljert i form av mange spesifikke styringskrav, kan vi tolke det i retning av at det er lederstilen som påvirker hvordan de velger å utføre lederrollen, og dette igjen fører til at de håndterer styringen fra staten ulikt.

Torjesen intervjuet i 2007 en rekke ledere i helseforetak om deres selvopplevde handlefrihet, og hele 76 % rapporterte at alt i alt hadde de stor handlefrihet. Torjesen stilte spørsmål ved om lederne ga uttrykk for å være mere betydningsfulle enn det rammene tilsa. Våre data indikerer også at det kan være grunn til å stille spørsmål ved om lederne i realiteten har et mindre handlingsrom enn det de gir uttrykk for. Kanskje definerer de sitt subjektive handlingsrom større enn det formelle? Det er liten tvil om at lederne befinner seg i en betydelig styringsklemme, og at de påvirkes også av andre faktorer som kanskje sies å gjøre deres påvirkningsmulighet liten. På den andre siden mente respondenten i HOD at hvem som ledet helseforetakene hadde mye å si, og mye kunne rakne hvis det ikke var ”rett person på rett plass”. Sett ut ifra dette utsagnet bekreftes det at lederen er betydningsfull, og har et handlingsrom. Ut ifra vår tidligere drøfting, har vedkommendes tolkning av sine rollekrav gjennom personlige egenskaper, begrepsmessige, faglige og mellommenneskelige ferdigheter betydning for hvordan lederen velger å tolke styringen ovenfra og lede helseforetaket.

Våre funn peker det i retning av at omfanget og bruken av spesifikke og detaljerte styringskrav, i tillegg til de strategiske, ikke nødvendigvis fører til at lederen får et lite handlingsrom. Enkelte ledere skaper seg et handlingsrom ved å sette alle de spesifikke styringskravene inn i en strategisk kontekst. Lederen velger dermed hva som skal prioriteres og hva som skal nedprioriteres. Disse valgene kan sies å være avhengig av hvordan en leder oppfatter, definerer og former subjektivt sitt handlingsrom (Espedal, 2011, 155). Dette kan innebære at ledere velger å nedprioritere områder som kan være prioritert av oppdragsgiver, nemlig staten. Dersom det ikke blir fokus på dette området fra for eksempel tilsyn eller media, går det sannsynligvis greit. Skulle det bli en mediesak, hvor det fremkommer at lederen i et helseforetak har nedprioritert et område som står i oppdragsdokumentet, kan lederen bli sittende igjen som ”svarteper”, og kanskje måtte forlate sin stilling.

Vi har ikke grunnlag for å si at alle ledere av helseforetak oppfatter statens styring som strategisk, og eller detaljert, eller om alle ledere oppfatter at de selv styrer strategisk slik våre respondenter formidler at de gjør. Det finnes kanskje noen ledere som forsøker å oppfylle alle styringskravene til punkt å prikke. Våre respondenter mente det ikke var mulig å oppfylle alle styringskravene, men vi kan ikke si at det er umulig. Det må imidlertid være svært krevende oppfylle for eksempel 165 styringskrav, som det var i 2012. På den andre siden trenger ikke dette relativt høye antall styringskrav og rapporteringskrav nødvendigvis bety at detaljeringsnivået er høyt. En av våre respondenter mente at det var utviklet et svært godt rapporteringssystem som gjorde det mulig å rapportere på mange styringskrav og detaljer uten at dette nødvendigvis betydde at styringen var detaljert.

En av respondentene mente at hvorvidt det ble utført strategisk eller spesifikk detaljert styring var avhengig av helse- og omsorgsministerens person og lederstil. Hvis dette stemmer er vi tilbake til det vi tidligere har diskutert i forhold til hva som påvirker en leders rolleoppfattelse, nemlig personlige egenskaper, begrepsmessige, faglige og mellommenneskelige ferdigheter. En leder i et helseforetak kan sies å stå i en betydelig styringsklemme med krysspress. Helse- og omsorgsministeren har også en krevende lederstilling med betydelig krysspress fra blant annet eget parti og pasientgrupper. Slik dagens styringsordning fungerer er helse- og omsorgsministeren Stortingets eneste formelle vei til helseforetakene, og vi antar at dette krysspresset og de store utfordringene løses forskjellig avhengig av hvem som sitter i posisjonene.

Oppsummert kan vi si at vår antakelse om at mer detaljert styring fra staten, med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene, medfører variasjon i utøvelsen av lederrollen får støtte. Ut ifra våre funn styrer staten med mange og spesifikke styringskrav ovenfor helseforetakene. Den statlige styringen påvirker ifølge respondentene deres mulighet til å lede fordi de detaljerte styringskravene er så omfattende at det er helt nødvendig å prioritere, og at de på den måten skaper seg et handlingsrom. Med utgangspunkt i de mange spesifikke styringskravene kan en si at det formelle handlingsrommet er lite. Lederne mener selv at de har et relativt stort handlingsrom, og det tolker vi som at lederne skaper seg et subjektivt handlingsrom som kanskje går utover det formelle handlingsrommet. Dette relativt store selvopplevde handlingsrommet, og hva vedkommende leder velger å prioritere, kan sies å være påvirket av lederens personlige egenskaper, begrepsmessige, faglige og mellommenneskelige ferdigheter, og fører dermed til at det er variasjoner i utøvelsen av lederrollen. Lederne formidler at de oversetter og prioriterer i forhold til styringskravene i oppdragsdokumentene, og dette kan sette dem i situasjoner hvor de velger å opp- eller nedprioritere styringskrav. Det kan få store konsekvenser for lederen om det blir satt søkelys på av for eksempel media eller ved statlig tilsyn. I ytterste konsekvens kan det føre til at lederen må forlate sin stilling.

Nå vil vi drøfte og analysere noen forhold vi mener vil utfordre lederrollen i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Et forhold vi mener vil utfordre lederrollen er innføringen av de lovpålagte samarbeidsavtalene⁷ mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Svarene fra respondentene vedrørende lovpålagte samarbeidsavtaler er forskjellige. Vi ser på den ene siden at avtalene kan bidra til at samarbeidet mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten blir mer forutsigbart og at helseforetakene på en bedre måte klarer å håndtere samarbeidet med kommunene. Dette kan gjøre lederrollen i helseforetakene enklere. På den annen siden kan det være en utfordring for helseforetaket å inngå avtaler med mange ulike kommuner. I Norge har vi 430 kommuner og 27 helseforetak. Mange kommuner sogner til hvert enkelt helseforetak. Kommunene har sitt selvstendige politiske beslutningssystem og sine lokale behov, og helse er bare en av mange oppgaver som illustrert i figur.2.7 ledelsesutfordringer. Vi antar derfor at det er viktig at lovgivningen er oversiktlig og at

⁷ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- omsorgsdepartementet

samarbeidsavtalene er utformet slik at en unngår uklarhet og spillsituasjoner. Samtidig er det nødvendig med handlefrihet i avtaleutformingen for å ivareta lokale behov. Denne spenningen mellom klare regler og mulighet for bruk av skjønn, ser vi blir en utfordring for lederrollen i helseforetakene. Dette blir det interessant å følge med på i tiden fremover.

En annen utfordring kan være å sette av nok administrative ressurser til å håndtere samarbeidsproblematikken med kommunehelsetjenesten. Alle respondentene med unntak av en, mente at det var avsatt tilstrekkelige ressurser. En av respondentene påpekte at de hadde både samhandlingssjef og flere samhandlingskoordinatorer i helseforetaket og at dette området var høyt prioritert av ledelsen. Vi antok at det var en utfordring for lederne i helseforetakene å få avsatt tilstrekkelig med administrative ressurser, men vi ser i ettertid at helseforetakenes prioritering og øremerking av stillinger til samhandling vil avlaste lederrollen i helseforetakene. Et slikt entydig svar kan peke i retning av at dette heller ikke er en utfordring for øvrige helseforetak i landet, men vi kan ikke trekke en slik konklusjon da vårt utvalg av respondenter kun er fra to helseforetak.

En tredje utfordring for lederrollen er at helseforetakene er så opptatt med å oppfylle de mange spesifikke styringskravene i oppdragsdokumentene fra staten at ledelsen får problemer med å oppfylle de nye styringskravene i forbindelse med reformen. Samhandlingsreformen har blant annet som mål å knytte styringsnivåene i kommunene og helseforetakenes tettere sammen, en type flernivåstyring. Bache og Flinders (2004) beskriver denne flernivåstyring, som et avhengighetsforhold mellom forskjellige institusjonelle nivåer, både horisontalt og vertikalt. For å lykkes med samhandling og flernivåstyring, fordrer det at lederne i helseforetakene prioriterer samhandlingen med de kommunene de står i et gjensidig avhengighetsforhold til. Dette kan tyde på at innføringen av flere sterke styringskrav i forbindelse med Samhandlingsreformen vil utfordre lederrollen i helseforetakene på den måten at andre sterke styringskrav fra staten kan bli nedprioritert.

En fjerde utfordring for lederrollen er innføringen av et nytt sterkt statlig styringsverktøy, kommunalt ansvar for finansiering av utskrivningsklare pasienter⁸. Flere av respondentene svarte at kommunene etter 1. januar 2012 ikke hadde hatt problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter. Vi ser på den ene siden at finansieringsordningen kan øke handlingsrommet til lederen ved at det er innført et sterkt og effektivt virkemiddel for å få

⁸ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- omsorgsdepartementet

utskrivningsklare pasienter ut av helseforetakene. Sånn sett kan det bli enklere for ledelsen å planlegge behandlingsskapasiteten, når de vet tidspunktet pasientene blir utskrevet fra helseforetaket. På en annen side gjenstår det å se om kommunene på sikt klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Hvis kommunens tilbud blir bygget opp raskere enn forventet, vil også dette føre til at lederne i helseforetakene må bygge ned enkelte av sine tilbud raskere enn forventet. Det kan være en utfordring.

Oppsummert kan vi si at ut ifra våre funn er lederne i kommunene og helseforetakene godt forberedt, og stiller seg positive til Samhandlingsreformen. Vi hadde en antakelse om at ledelsen i helseforetakene var så opptatt av de mange spesifikke styringskravene i oppdragsdokumentene fra staten at de kan få problemer med å oppfylle de nye styringskravene i forbindelse med Samhandlingsreformen. Denne antakelsen fant vi ikke støtte for i våre funn. Staten har iverksatt flere nye sterke styringsvirkemidler som for eksempel lovpålagt avtalesystem og finansieringsordningen. På den ene siden kan de nye styringsvirkemidlene tolkes som at de skaper utfordringer for lederrollen fordi det gir lederne enda flere styringskrav som må prioriteres. På den andre siden svarte våre respondenter relativt entydig på at samhandling mellom helseforetakene og kommunene er svært viktig og nødvendig. De fleste respondentene mente at rapporteringskravet oppover ikke påvirket samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene da det var en enighet om at samhandlingen hadde høy prioritet og at styringssystemene for samhandling enten var på vei til å bli utarbeidet, eller allerede var godt innarbeidet. Vi antar at det på lik linje med Sykehusreformen vil skje en sterkere statlig styring av samhandlingen mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten, og at Samhandlingsreformen vil bidra til økt detaljstyring fra staten og derigjennom en ytterligere utfordring for lederrollen i helseforetakene.

5 Konklusjoner

Tema for denne oppgaven har vært den statlige styring av helseforetakene, og hvordan denne har påvirket lederrollen.

De siste 10-15 årene er det iverksatt flere store reformer som påvirker styring og ledelse av sykehusene/helseforetakene. Vi har i denne masteroppgaven foretatt en studie av statlig styring av helseforetakene, og hvordan denne styringen påvirker lederrollen - basert på tidligere forskning, dokumentstudier og intervjuer av sentrale personer i helse- og omsorgssektoren.

Har staten blitt flinkere til å holde fingrene fra fatet, eller blander de seg inn i stort og smått? Vi har forsøkt å gi noen svar på hvordan den statlige styringen påvirker lederrollen i helseforetakene. I tillegg har vi kastet blikket litt fremover og bruker våre funn til å komme med noen antakelser om hvordan lederrollen i helseforetakene vil bli utfordret ved innføringen av Samhandlingsreformen.

5.1 Svar på problemstilling, forskningsspørsmål og antakelser

Våre funn peker i retning av at den statlige styringen av helseforetakene er blitt sterkere i perioden 2002 til 2012. Helseforetakene ledes innenfor et politisk styringsunivers, og lederne opplever at den sterke statlige styringen gjør det nødvendig å skape et eget handlingsrom. Dette gjør de ved å sette alle de spesifikke styringskravene inn i en strategisk kontekst - de velger dermed hva som skal prioriteres og hva som ikke skal prioriteres. Selv med sterk statlige styringen synes helseforetakenes ledere likevel å skape seg et subjektivt handlingsrom, der lederne ikke nødvendigvis prioriterer likt.

Funn 1: Vi kan si at vår antakelse om at det er blitt mer statlig styring i perioden fra 2005 til 2012 får støtte. Staten fortsetter å bruke spesifikke styringskrav ovenfor helseforetakene, og bruken av styringsord i oppdragsdokumentene har de siste årene økt. Den statlige styringen har således ennå ikke helt lyktes i å oppfylle Sykehusreformens mål om økt autonomi og handlefrihet. Helseforetakene føler seg utsatt for en sterk statlig styring, og det er en betydelig økt politisering som øker presset på helseforetakene ytterligere. Helseforetakene kan sies å være en del av et politisk styringsunivers. Den statlige styringen vil i noen tilfeller ligne mer på den vanlige hierarkiske statlige styringen, enn prinsippene for foretaksstyringen. Samhandlingsreformen kan sies å være nok et uttrykk for denne økte statlige styringen, både

ved at den inneholder blant annet krav om forpliktende samarbeid og en spesifikk finansieringsordning vedrørende utskrivningsklare pasienter.

Funn 2: Vår antakelse om at mer detaljert styring fra staten med mange spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene medfører variasjon i utøvelsen av lederrollen får støtte. Ut ifra våre funn styrer staten med mange og spesifikke styringskrav ovenfor helseforetakene. Den statlige styringen påvirker ifølge respondentene deres mulighet til å lede fordi de detaljerte styringskravene er så omfattende at det er helt nødvendig å prioritere, og at de på den måten skaper seg et handlingsrom. Med utgangspunkt i de mange spesifikke styringskravene kan en si at det formelle handlingsrommet er lite. Lederne mener selv at de har et relativt stort handlingsrom, og det tolker vi som at lederne skaper seg et subjektivt handlingsrom som kanskje går utover det formelle handlingsrommet. Dette relativt store selvopplevde handlingsrommet, og hva vedkommende leder velger å prioritere, kan sies å være påvirket av lederens personlige egenskaper, begrepsmessige, faglige og mellommenneskelige ferdigheter, og fører dermed til at det er variasjoner i utøvelsen av lederrollen. Lederne formidler at de oversetter og prioriterer i forhold til styringskravene i oppdragsdokumentene, og dette kan sette dem i situasjoner hvor de velger å opp- eller nedprioritere styringskrav. Det kan få store konsekvenser for lederen om det blir satt søkelys på av for eksempel media eller ved statlig tilsyn. I ytterste konsekvens kan det føre til at lederen må forlate sin stilling.

Funn 3: Vi hadde en antakelse om at ledelsen i helseforetakene er så opptatt av de mange spesifikke styringskravene i oppdragsdokumentene at de kan få problemer med å oppfylle de nye styringskravene i forbindelse med Samhandlingsreformen. Denne antakelsen fant vi ikke støtte for i våre funn. Ut ifra våre funn er lederne i kommunene og helseforetakene godt forberedt, og stiller seg positive til Samhandlingsreformen. Staten har iverksatt flere nye sterke styringsvirkemidler som for eksempel lovpålagt avtalesystem og finansieringsordningen. På den ene siden kan de nye styringsvirkemidlene tolkes som at de skaper utfordringer for lederrollen fordi det gir lederne enda flere styringskrav som må prioriteres. På den andre siden svarte våre respondenter relativt entydig på at samhandling mellom helseforetakene og kommunene er svært viktig og nødvendig. De fleste respondentene mente at rapporteringskravet oppover ikke påvirket samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene da det var en enighet om at samhandlingen hadde høy prioritet og at styringssystemene for samhandling enten var på vei til å bli utarbeidet, eller allerede var godt innarbeidet. Vi antar at det på lik linje med Sykehusreformen vil skje en

sterkere statlig styring av samhandlingen mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten, og at Samhandlingsreformen vil bidra til økt detaljstyring fra staten og derigjennom en ytterligere utfordring for lederrollen i helseforetakene.

5.2 Svakheter ved analysen

Vi vil nå forta en kort vurdering av om vi kunne gjort våre undersøkelser på en annen måte for å få svar på vår problemstilling.

Når det gjelder valg av metode, viser vi spesielt til pkt. 3.4 om *Betraktninger om datakvalitet* og da særlig om validitet.

For å gjøre vår analyse grundigere, kunne vi i tillegg til dokumentstudiet av oppdragsdokumentene fortatt en analyse av for eksempel saksfremlegg og protokoller fra foretaksmøter i et regionalt helseforetak. Dette har ikke vært mulig ut fra tidsmessige og kapasitetsmessige grunner.

Når det gjelder oppgavens gyldighet og overføringsverdi, blir det et spørsmål om det er mulig å generalisere våre funn når våre respondenter kommer fra kun to helseforetak. Vi synes imidlertid det er interessant at det ikke er vesentlige forskjeller mellom de to helseforetakene når det gjelder respondentenes svar på våre spørsmål, men vi er varsomme med å generalisere.

Vårt empirigrunnlag når det gjelder intervjuene er også begrenset fordi vi kun har snakket med 11 respondenter om deres erfaringer og egenforståelse. Ulik størrelse på helseforetakene, geografisk spredning og funksjonsområder kan også ha betydning.

Som et alternativ til intervjuer kunne vi ha sendt ut et spørreskjema til langt flere personer. Vi tror imidlertid at vi kunne ha mistet noe på veien fordi våre spørsmål i stor grad bygger på hvordan respondentene opplever den statlige styringen av helseforetakene. Vi synes også at vi har fått en relativt stor bredde i våre svar når vi i tillegg til administrerende direktører i to helseforetak også har intervjuet sentrale personer som representanter i helseforetaksstyrer både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden og representanter for kommunehelsetjenesten. Vi har imidlertid kun intervjuet en leder i det regionale helseforetaket og vi ser at dette er en svakhet. Det hadde vært interessant å intervju flere ledere på dette nivået.

5.3 Behov for videre forskning

Resultatene fra vår undersøkelse gir en økt innsikt i hvordan den statlige styringen av helseforetakene har utviklet seg i perioden 2002- 2012 og på hvilken måte dette påvirker lederrollen i helseforetakene. Med utgangspunkt i våre resultater vil vi avslutningsvis presentere noen forslag til videre forskning.

Våre funn indikerer at oppdragsdokumentene er for detaljerte, med for mange spesifikke styringskrav. De fleste av våre respondenter har fremholdt at det er umulig å imøtekomme/oppfylle alle kravene. Vi regner med at dette må være vel kjent av oppdragsgiveren. Vi antar at det vil være fruktbart å forske på i hvilken utstrekning oppdragsdokumentene inneholder krav som staten må forstå at helseforetakene ikke vil kunne oppfylle, og hvilke motiver staten har for å fremsette slike krav.

Vi har funnet lite teori om hvordan styring påvirker en leders utøvelse av lederrollen, og hvordan en leder skaper seg et handlingsrom. Ut over arbeidene til Askvik, Espedal og Gammelsæter (2011) og Høst (2005) har ikke funnet forskning om dette. Problemstillingen ”handlingsrom” synes å være viktig for lederne i spesialisthelsetjenesten. Uten et visst handlingsrom vil lederen neppe overleve som leder. Mer forskning om dette vil kunne gi mange ledere nyttig veiledning om hvorledes de bør forholde seg til denne typen ”styringsklemmeproblematikk”. Også de som tilsetter vil kunne nyttiggjøre seg resultatene av slik forskning i ansettelsesprosessen. Det er viktig å ansette ledere som blant annet har de egenskaper som skal til for å skape handlingsrom.

Vi ser også pressgruppens betydning for rommet for utøvelse av ledelse som spennende. Vi nevner profesjonene (leger og sykepleiere) og deres interesser og bruk av medier med mer, følelsene knyttet til helsesektoren (innbyggeres føler trygghet som ikke samsvarer med faktisk trygghet, jmf. små lokalsykehus med akutfunksjoner osv.) og distrikts- og sysselsettingspolitikk kontra reell helsepolitikk.

Vi skulle gjerne se at vi om et par år kan være med i en studie av hvorledes Samhandlingsreformen påvirker lederrollen i helseforetakene.

Litteraturliste

Aftenposten. 2011. 19.11.

Agenda Utredning og Utvikling, Muusmann Reserarch & Consulting. 2005. *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider av helseforetaks- modellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer*. Oslo og København: Agenda og Muusmann.

Askvik, Steinar, Bjarne Espedal og Hallgeir Gammelsæter (red.). 2011. *Kunnskap om ledelse. Festskrift for Torodd Strand*. Bergen: Fagbokforlaget

Bache, Ivan og Matthew Flinders. 2004. *Multi-level governance*. Oxford: University Press

Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie. 2005. Kapittel 11, *Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring* i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.). 2005. *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget

Grindaker, Gudrun. 2012. *Hvordan må kommunene innrette seg?* http://konferanser.hil.no/konferanser/den_6_nasjonale_helserettskonferansen/presentasjoner, lastet ned 21.04.2012

Grund, Jan. 2006. *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelig metoder*. Bergen: Universitetsforlaget.

Helgøy, Ingrid og Jacob Aars (red.). 2008. *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget

Høst, Tor. 2005. *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johannesen, Asbjørn, Line Kristoffersen, og Per Arne Tufte. 2010. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 2 utgave. Oslo: Abstrakt forlag as.

Johnsen, Åge. 2010. Kapittel 10, *Hard og myk styring* i Ladegård, Gro og Signy Irene Vabo (red.). 2010. *Ledelse og styring*. Bergen: Fagbokforlaget

Lerø, Magne. 2011. Politisk avmakt og detaljstyring. *Ukeavisen Ledelse*, 07.01

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.). 2005. *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget

Pettersen, Inger Johanne. 2005. Kapittel 13, *Fra tempel til butikk – Den reformerte spesialisthelsetjenesten* i Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen, og Jan Ole Vanebo (red.). 2005. *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Torjesen, Dag Olaf. 2007. *Foretak, management og medikrati*. <http://www.polis.no/download.html>, lastet ned 21.04.12

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr 93

Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr 61

Ot.prp.nr.66. (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Sosial- og helsedepartement.

Riksrevisjonen. 2009-2010. Dokument 3:3: *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene*. Riksrevisjonen

Statistisk sentralbyrå. 2011. *Nøkkeltall 2010 Spesialisthelsetjenesten*. <http://www.ssb.no/sykehus/>, lastet ned 14.04.2012

St.meld.44 (1995-1996). *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Sosial- og Helsedepartementet

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- omsorgsdepartementet

St.prp. nr.1. (2004-2005). *Statsbudsjettet for 2005*. Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 1

INTERVJUGUIDE

Hovedfokus for intervjuene vil være respondentenes erfaringer med hvordan den statlige styringen av helseforetakene påvirker lederrollen i helseforetakene. Hva er det som fungerer og hva er det som ikke fungerer. Vi vil også stille spørsmål om hvordan den statlige styringen antas å ville påvirke helseforetakenes mulighet til samhandling med kommunehelsetjenesten ved innføringen av Samhandlingsreformen.

Vi legger opp til at intervjuene vil vare i ca 1 time. Etter en kort presentasjon av oss selv vil vi forklare temaet for masteroppgaven, forskingsspørsmålene og hvilke respondenter vi vil intervju (se nedenfor). Vi vil understreke anonymitet i publiseringen.

Deretter vil vi be respondenten fortelle litt om sin egen bakgrunn og nåværende og eventuelle tidligere rolle(r) i sykehussektoren. Vi forventer at flere av respondentene etter dette vil ta opp tråden fra bakgrunnen og uten videre oppfordring eller spørsmål fra oss gå inn på problemstillingen.

Vi ser for oss at intervjuguiden først og fremst vil bli brukt som en sjekkliste, slik at vi kan påse at alle relevante problemstillinger/spørsmål blir dekket.

Vi kan ikke se bort i fra at enkelte respondenter vil trenge litt «hjelp» for å komme i gang. Det kan derfor være hensiktsmessig at det i intervjuguiden tas inn noe bakgrunnsstoff for spørsmålene, eventuelt – om nødvendig – noen av våre synspunkter fra undersøkelsen så langt. Vi bør vel unngå å flagge våre foreløpige synspunkter/antakelser for sterkt. Vi vil nok da kanskje bli oppfattet som litt useriøse, og det vil kunne farge dialogen vi håper å oppnå med respondentene på en negativ måte. Dette betyr ikke at vi ikke kan stille provoserende spørsmål, men det bør vi først gjøre når dette er eneste utvei for å få respondentens synspunkt på det vi ønsker et svar på.

Våre innledende spørsmål om et konkret forhold bør ikke «vinkles»⁹ mer enn nødvendig. De bør være mest mulig «åpne». Vi bør unngå å fremsette mer vinklede/spissede utsagn som et uttrykk for egne meninger, og under enhver omstendighet bør – om mulig – vinklede utsagn først bli uttalt et stykke inn i dialogen om det enkelte punkt. Om vi føler det nødvendig å vise til funn fra våre egne undersøkelser, bør vi benytte formuleringer som «dette kan tyde på/dette kan kanskje støtte et synspunkt om», eller lignende.

På denne bakgrunn tar vi med i intervjuguiden noen innledende bemerkninger som vi kan benytte dersom vi trenger litt hjelp for å komme i gang med dialogen med en respondent som ikke er helt selvgående.

Alle intervjuene vil bli gjort uten opptaksutstyr. Våre notater under intervjuene renskrives i etterkant. Det forutsettes at respondentene får lese igjennom og godkjenne de respektive notater, eventuelt det vi referer fra av disse.

Tema for masteroppgaven er:

Hvordan påvirker den statlige styringen lederrollen i helseforetakene ?

Vårt valg av tema tar utgangspunkt i at sykehusreformen 2002 fastsetter som et viktig overordnet premiss at *et best mulig helsetilbud (innenfor de økonomiske rammer som settes) avhenger bl.a. god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv kunnskap og kapital. Det er i den forbindelse viktig å gi de enkelte virksomheter mer myndighet og ansvar* (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) s.8). Vi utleder av dette at lovgiver har lagt til grunn at en kostnadseffektiv utnyttelse av ressursene i spesialisthelsetjenesten *forutsetter at virksomhetene gis en viss autonomi/handlefrihet*¹⁰ (myndighet og ansvar).

Vår forskningsoppgave tar sikte på å gi svar på om denne premiss er blitt fulgt opp. Vi har her to utgangspunkter: Vi vil undersøke om det har skjedd en utvikling i den ene eller annen retning siden det naturlige «nullpunktet» 1. januar 2002 da sykehusreformen ble satt i verk. Vi vil også undersøke i hvilken utstrekning lederne i spesialisthelsetjenesten (heri inkludert også ledere på departementalt nivå) opplever/mener det er «for mye» eller «for lite» autonomi/handlefrihet. Vi vil *ikke* ta direkte stilling til hvorvidt den grad av autonomi og

⁹ Med «vinkles» mener vi at spørsmålet inviterer til et svar i en bestemt retning (eks.: Vår dokumentanalyse viser at statens styring har blitt mer «finmasket» med årene. Hvordan påvirker dette din evne til å utøve ledelse?).

¹⁰ Med virksomhetens (lederens) autonomi/handlefrihet mener vi her en følelse av frihet til å gjøre valg om hvordan en vil utføre arbeidet, og de resulterende følelsene av personlig ansvar for disse valgene (Wikipedia, som viser til Spreitzer, 1992 og Thomas & Velthouse, 1990).

handlefrihet som faktisk foreligger fremmer (eller hemmer) målsetningen om «et best mulig helsetilbud». Det forventer vi imidlertid at i alle fall noen av respondentene vil gi uttrykk for, og slike synspunkter kan det selvfølgelig bli aktuelt å gjengi i masteroppgaven.

Vi vil også undersøke om helseforetakene opplever at statens rapporteringskrav påvirker deres mulighet til samhandling med kommunehelsetjenesten i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen. Det er en målsetning at man får en sammenhengende og samordnet organisering og ledelse av den nasjonale helsetjeneste på alle nivå¹¹.

Samhandlingens hovedmål er å gi pasientgruppene adekvat behandling og omsorg på en mest mulig kostnadseffektiv måte. For å få dette til, må kommunene ta ansvaret for de mange pleietrengende pasientene som i dag opptar svært kostbar og etterspurt plass i sykehusene. Denne pasientgruppen trenger først og fremst omsorgstjenester, og ikke de tjenester som utføres av spesialisthelsetjenesten.

Samhandling defineres som et uttrykk for helsetjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Reformen kjennetegnes ved at den er en finansiell styringsreform og strukturreform. Det blir en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenester til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere.

En avgjørende forutsetning for at reformen skal kunne lykkes, er et godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Reformen bygger blant annet på den forutsetning at det skal frigjøres ressurser/kapasitet ved overføring av pleietrengende pasienter som i dag – i mangel av et kommunalt tilbud – opptar sykehussenger. Ressursene skal disponeres til mer spesifikke spesialisthelsetjenester. Det er også aktuelt å overføre noe av de frigjorte midlene til kommunehelsetjenesten for å finansiere det utvidede tilbudet der.

Samhandlingsreformen skal innføres i løpet av fire år. Staten har lagt omfattende føringer i Stortingsmeldingen. Reformen vil gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer for

¹¹ Det som er angitt i liten skrift nedenfor, er et ekstrakt fra St.meld. nr. 47 (2008-2009).

helseforetakene. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring, og i samarbeid med kommunehelsetjenesten gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå. Økonomisk kontroll blir viktigere enn noen gang.

Våre forskningsspørsmål er:

Forskningsspørsmål nr. 1:

- *Hvordan har den statlige styringen av helseforetakene påvirket spesialisthelsetjenestens autonomi og handlefrihet i perioden 2002- 2011?*

Forskningsspørsmål nr. 2

- *Hvordan opplever helseforetakene at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å utføre ledelse¹²?*

Forskningsspørsmål nr. 3

- *Opplever helseforetakene at statens rapporteringskrav påvirker deres mulighet til samhandling med kommunehelsetjenesten i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen?*

I undersøkelsen er det planlagt å intervju respondentene i flere ulike roller. De spørsmål vi ønsker svar på, må avpasses i forhold til følgende kategorier:

- administrerende direktører
- styreledere, evt. statlig utpekte styrerepresentanter i helseforetak
- ansattes styrerepresentanter i helseforetak
- administrativ leder, evt. en annen leder på overordnet nivå i et regionalt helseforetak
- ledere i kommunehelsetjenesten¹³
- leder i Helse- og omsorgsdepartementet¹⁴
- tidligere direktør ved et helseforetak

¹² Bør «god ledelse» defineres nærmere, eller skal vi la respondenten selv bestemme hvordan «god ledelse» er å forstå?

¹³ Ledere i kommunehelsetjenesten kan ikke gi direkte svar på noen av forskningsspørsmålene, men de kan gi nyttig informasjon om de opplever at helseforetaket setter av nok administrative ressurser til å få samarbeidet til å fungere på en god måte.

¹⁴ Leder i HOD kan ha klare oppfatninger om forskningsspørsmål nr. 1, og de vil kunne ha nyttige synspunkter vedrørende de øvrige to forskningsspørsmålene.

SPØRMÅL - DEL A

Spørsmål til leder i helseforetak, statlig utpekt styrerepresentant i helseforetak, ansattes representanter i helseforetak, leder i et Regionalt helseforetak, ansattes styrerepresentant i helseforetak og leder i Helse- og omsorgsdepartementet¹⁵

Generelt:

Hvilken faglig og yrkesmessig bakgrunn har du?

Hvor lenge har du hatt nåværende lederstilling/funksjon?

Om forskningsspørsmål nr.1: *Hvordan har den statlige styringen av helseforetakene påvirket spesialisthelsetjenestens autonomi og handlefrihet i perioden 2002- 2011?*

1. Reformen skulle legge grunnlag for en sterkere statlig styring ved at eierskap, overordnet myndighetsrolle og finansieringsansvar ble plassert på én hånd, samtidig som en har sett for seg større lokal handlefrihet i forhold til sykehusenes ordinære drift. Har man oppnådd disse målsettingene ?
2. Er statens (eier-)styring i dag strategisk og overordnet eller er den detaljorientert ?
3. Har du noen formening om HOD nå, i større grad enn tidligere, benytter flere styringsformer enn de rent strategiske og overordnede, dvs. at det er mange eksempler på spesifikke styringskrav ?
4. Opplever du at det er mange detaljerte krav i oppdragsdokumentene? Hvis ja, har det skjedd en utvikling over tid mot mer detaljstyring ?
5. Er den statlige styringen gjennom oppdragsdokumentene sterkere på noen saksfelt enn andre ?
6. Kan styringssignalene i oppdragsdokumentene være motstridende ?
7. Hvordan vurderer du balanseforholdet mellom overordnet statlig styring og hensynet til helseforetakets/RHFets autonomi ? Gir dette en kostnadseffektiv utnyttelse av ressursene?
8. Styres helseforetakene sterkere av staten i dag enn i 2002, og evt på hvilke områder?

¹⁵ Leder i HOD forutsettes innledningsvis å bli stillet noen ytterligere spørsmål, se nedenfor under SPØRMÅL DEL C.

Om forskningsspørsmål nr. 2: *Hvordan opplever helseforetakene at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å utføre ledelse?*

1. Hvordan påvirker antallet styringsvariabler/-indikatorer din evne til å utøve ledelse?
2. Har antallet styringsvariabler/-indikatorer noen betydning for toppledernes legitimitet¹⁶ i helseforetakene?
3. Har du noen formening om HOD nå, i større grad enn tidligere benytter flere ”eierbestillinger”, dvs. som ”skal følges opp”. Påvirker dette din evne til å utøve ledelse, og i tilfelle på hvilken måte ?
4. Kan sterk statlig styring av helseforetakene være positiv, og i tilfelle på hvilken måte?
5. Kan sterk statlig styring av helseforetakene være negativ, og i tilfelle på hvilken måte?

Om forskningsspørsmål nr. 3: *Opplever helseforetakene at statens rapporteringskrav påvirker deres mulighet til samhandling med kommunehelsetjenesten i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen?*

1. Hva er ditt syn på muligheter og utfordringer i tilknytning til Samhandlingsreformen?
2. Hvilke ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer ser du for deg i forbindelse med reformen?
3. Helseforetakene må utvikle større tilgjengelighet for veiledning for å understøtte kommunehelsetjenestens oppgaver. Dette forutsetter tilrettelegging av samarbeidsformer som er langt tettere enn i dag. Hvordan opplever du at helseforetaket har kapasitet til dette?
4. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. Hvordan tror du dette vil fungere?
5. Samhandlingen vil måtte bestå av forhandlinger, diskurs og samarbeid. Har helseforetakene tilstrekkelige administrative ressurser til å håndtere samarbeidsproblematikken?
6. Funn fra tidligere forskning kan tyde på at den statlige styringen av helseforetakene er blitt sterkere og mer detaljstyrende fra 2002-2011. Hvilke mulige konsekvenser kan dette få for reformen og hvordan vil dette hemme eller fremme denne Samhandlingsreformen?
7. Blir topplederne i helseforetakene så opptatt av å rapportere til overordnede myndigheter at dette hemmer samspillet med kommunehelsetjenesten? Hva mener du?

¹⁶ Legitimitet defineres som ”den anerkjennelse medarbeiderne tilfører lederen ut fra hans eller hennes måte å lede på og er således aksept eller godkjenning av lederens evne til å anvende sin makt”, jf. Cook Bulukin (2005) side 4

8. Hvordan skal man sikre at kommunehelsetjenesten blir samarbeidspartner og ikke en motpart?
9. Vil reformen bidra til at staten fordeler mer av styringen av helsetjenesten til kommunene? Hvilke konsekvenser ser du for deg at dette vil få?
10. Vil Samhandlingsreformen bidra til mer statlig detaljstyring?
11. Vil reformen danne et bedre grunnlag for samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten enn det har vært før reformen?

SPØRSMÅL - DEL B

Spørsmål til ledere i kommunehelsetjenesten om Samhandlingsreformen

Om forskningsspørsmål nr. 3: *Opplever helseforetakene at statens rapporteringskrav påvirker deres mulighet til samhandling med kommunehelsetjenesten i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen ?*

Generelt:

Hvilken faglig og yrkesmessig bakgrunn har du?

Hvor lenge har du hatt nåværende lederstilling/funksjon?

1. Vil reformen bidra til at staten fordeler mer av styringen av helsetjenesten til kommunene?
2. Vil Samhandlingsreformen bidra til mer statlig detaljstyring?
3. Bidrar de lovpålagte samarbeidsavtalene fra HOD til helseforetakene og kommunehelsetjenesten at det blir sterkere og mer detaljert statlig styring?
4. Opplever du at helseforetaket setter av nok administrative ressurser slik at samarbeidet vil fungere på en god måte?
5. Gjennomgangen av oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst kan tyde på at departementet benytter langt flere styringsformer en de rent strategisk og overordnede, dvs at det er mange eksempler på spesifikke styringskrav. Hvordan tror du dette vil innvirke på samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket?
6. Kommunenes rolle endres ved at oppgaver overføres fra helseforetakene til kommunehelsetjenesten. Finansieringen skal følge med over til kommunene sammen med oppgavene, og det skal tas i bruk økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Hvordan er kommunehelsetjenesten forberedt på disse store endringene?

7. Det kan synes som om statens posisjon(?) videreføres, men at en del oppgaver omfordeles mellom forvaltningsnivåene. Hvordan opplever du dette?
8. Hvordan kan man sikre at helseforetakene blir samarbeidspartnere og ikke motparter?
9. Har kommunehelsetjenesten tilstrekkelige administrative ressurser til å håndtere samarbeidsproblematikken?
10. Hva er ditt syn på muligheter og utfordringer i forbindelse med Samhandlingsreformen?
11. Vil Samhandlingsreformen danne et bedre grunnlag for samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten enn det har vært før reformen?

SPØRSMÅL - DEL C

Spørsmål til en leder i Helse- og omsorgsdepartementet

Vi bør få en del informasjon om hvordan staten styrer helseforetakene og hvorfor den styrer som den gjør.

Generelt:

Hvilken faglig og yrkesmessig bakgrunn har du?

Hvor lenge har du hatt nåværende lederstilling/funksjon?

Om forskningsspørsmål nr. 1: Hvordan har den statlige styringen av helseforetakene påvirket spesialisthelsetjenestens autonomi og handlefrihet i perioden 2002- 2011?

Om forskningsspørsmål nr. 2: Hvordan opplever helseforetakene at den statlige styringen påvirker deres mulighet til å utføre ledelse?

1. Hva slags styringsvirkemidler benytter staten i tillegg til foretaksmøter og oppdragsdokument ? (dvs. en oversikt over de ulike typer styringsvirkemidler – både formelle og uformelle, f.eks. stabsdialog/uformell kontakt ?)
2. Har bruken av styringsvirkemidler endret seg fra reformens iverksetting i 2002 fram til i dag ?
3. Hvilke av porteføljen av styringsvirkemidler er mest effektive for å sikre innflytelse i helseforetakene ?
4. Reformen skulle legge grunnlag for en sterkere statlig styring ved at eierskap, overordnet myndighetsrolle og finansieringsansvar ble plassert på én hånd, samtidig som en har sett for seg større lokal handlefrihet i forhold til sykehusenes ordinære drift. Har man oppnådd disse målsettingene ?
5. Hva ser departementet/staten (eventuelt du) som den største utfordringen i forhold til eierrollen ?

6. Hva er strategien bak styringsindikatorer fordelt på rammestyring og spesifikke styringskrav? (NB: meget viktig spørsmål)
7. Hvordan er vurderingene bak forskjellige styringsformer/styringsvirkemidler for ulike saksfelt ?
8. I hvilken utstrekning foretar departementet ad hoc-henvendelser til RHF'ene med styringsdirektiver når det dukker opp "akutte politiske" problemstillinger?
9. Hvorfor kommer det i noen tilfeller særlig spesifikke styringskrav i oppdragsdokumentene, som for eksempel:
 - Samhandlingsreformen. Mål for 2012: avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 01.07.2012. Side 12.
 - Kjeveledds-dysfunksjon. Mål 2012: Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveledds-dysfunksjon. Eget kulepunkt på side 16. Rekonstruksjon bryst. Mål 2012: Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt. Side 13.
 - Hvorfor akkurat følgetjeneste for gravide, styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveledds-dysfunksjon og rekonstruksjon av bryst?

Om forskningsspørsmål nr. 3: *Opplever helseforetakene at statens rapporteringskrav påvirker deres mulighet til samhandling med kommunehelsetjenesten i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen?*

1. Hvilke rapporteringskrav ser staten for seg at helseforetakene vil bli underlagt i forbindelse med Samhandlingsreformen? Vil de nye kravene innebære en utvidelse av rapporteringskravene, og hvor mye ressurser vil dette kreve?
2. Hvordan vil Samhandlingsreformen påvirke styringen av helseforetakene, – blir det for eksempel behov for nye styringsvirkemidler eller dreining av vektlegging av styringsvirkemidler i forbindelse med Samhandlingsreformen ?
3. (se protokoll fra foretaksmøte i Helse Vest 31.1.2012 om utvikling av norsk lederplattform). Hvordan tror du lederrollen i helseforetakene påvirkes av Samhandlingsreformen ? Eventuelle utfordringer.

EKSEMPLER PÅ STYRINGSFORMER

2005	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	2006	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess
Ramme- styring	<p>- Helse Øst må redusere kapasitet på de områder der man i dag har overkapasitet.</p> <p>- Budsjettet legger til rette for at aktiviteten som omfattes av innstasstyrt finansiering kan videreføres på samme nivå som i 2004.</p>	<p>- De store sykehusene skal utvikle lokalsykehusfunksjonen. Strategien skal utarbeides i samarbeid med brukere, og lokale og regionale aktører skal trekkes inn. De regionale helseforetak skal ivareta en felles overordnet samordning av arbeidet.</p>	Ramme- styring	<p>- Prioritere mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelmissbrukere, pasienter med kroniske sykdommer og pasienter som behøver rehabilitering – habilitering.</p> <p>- Helse Øst skal ikke ha korridorpasienter. Som hovedregel skal det ikke være korridorpasienter.</p>	<p>- Helse Øst skal sikre lik tilgjengelighet til de landsfunksjoner det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for.</p> <p>- Helse Øst må, for eksempel gjennom handlingsprogrammene, bidra til å utjevne forskjeller i behov og etterspørsel.</p>
Spesifikke styrings- krav	<p>- Helse Øst skal sørge for at andel innlagte pasienter som blir strøket fra planlagt operasjonsprogram skal være mindre enn 5%.</p>	<p>- Det skal være fokus på smitteberedskap. Det skal være klare ansvarslinjer og prosedyrer for beslutninger om disponering av egne ressurser i en beredskapssituasjon. Det skal etableres klare prosedyrer for samhandling med primærhelsetj.</p> <p>- Helse Øst må i løpet av 2005 sørge for at det etableres samarbeidsavtaler mellom DPS og berørte kommuner med hensyn til oppfølging og utskrivning av enkeltpasienter og veiledning av 1-linjetjenesten.</p>	Spesifikke styrings- krav	<p>- I 2006 forventes det en markert reduksjon i gjennomsnittlig ventetid for behandling av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Ventetid for vurdering bør ikke overstige 10 dager.</p> <p>- Alle donorsykehus skal ha oppnevnt donoransvarlig lege.</p>	<p>- Sosial- og helsedirektoratet har fått som oppgave å lage en plan for å etablere, gjøre tilgjengelig og evaluere faglige retningslinjer i Norge. Helse Øst skal bistå i dette arbeidet.</p> <p>- Helse Øst forventes blant annet å delta i Sosial- og helsedirektoratets prosjekt for videreutvikling av nasjonale handlingsprogrammene for kreftsykdommer.</p>

2007	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	2008	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess
Ramme- styring	<p>Det er nytt i Oppdragsdokumentet for 2007 at departementet på en mer systematisk måte enn tidligere gjør bruk av nøkkeltall/indikatorer.</p> <p>- Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet for Helse Øst legger til rette for at aktiviteten skal kunne videreføres i 2007 på om lag samme høye nivå som i 2006.</p>	<p>- Helse Øst skal følge opp og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper</p>	Ramme- styring	<p>- Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette oppdragsdokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 % fra 2007 til 2008.</p>	<p>- Helse Sør-Øst skal samarbeide med de andre regionale helseforetakene og Sosial- og helsedepartementet om utarbeidelse av veileder for praktiseringen av prioriteringsforskriften innenfor ulike fagområder.</p> <p>- Helse Sør-Øst skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv og hvor disse bør lokaliseres.</p>
Spesifikke styringskrav	<p>- Det skal være færre enn fem prosent strykninger av planlagte operasjoner.</p> <p>- Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriiske poliklinikker per virkedag skal økes.</p>	<p>- For å sikre felles nasjonale løsninger for medisinske kvalitetsregistre bes Helse Øst samordne seg med de øvrige regionale helseforetak.</p> <p>- Helse Øst og Helse Sør skal samarbeide om en økning av Cochlea Implantatoperasjoner .</p>	Spesifikke styringskrav	<p>- Det skal være færre enn fem prosent strykninger av planlagte operasjoner.</p> <p>- Helse Sør-Øst skal legge til rette for at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengige må vente mer enn 10 virkedager på vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.</p> <p>- Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 prosent av de totale antall nyre transplantasjoner.</p>	<p>- Helse Sør-Øst skal opprette og sette av 0,5 mill kroner til drift av et diabetesverksted på Aker universitetssykehus etter modell av det treårige prosjektet "Diabetesverkstedet".</p> <p>- Helse Sør-Øst skal videreutvikle de nasjonale kompetansesentrene for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemning. Helse Sør- Øst skal søke råd hos Sosial- og helsedepartementet i dette arbeidet.</p>

2009	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	2010	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess
Ramme- styring	<ul style="list-style-type: none"> - Det er lagt opp til betydelig budsjettmessig vekst i 2009 og det legges til grunn at denne veksten, økt effektivitet og bedre samhandling skal føre til en reduksjon i ventetidene for noen grupper. - Det skal normalt ikke være korridorpas. - Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene. - Ingen lokalsykehus skal legges ned. 	Ramme- styring	<ul style="list-style-type: none"> - Det er en forutsetning at de regionale helseforetakene går i balanse i 2010. - Dersom målsettingene om resultatmessig balanse og gjennomføring av aktivitetsvekst kommer i konflikt med hverandre, skal resultatmessig balanse prioriteres foran andre oppgaver. - Andel korridorpasienter (mål: -0) 	<ul style="list-style-type: none"> - Helse Sør-Øst skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene fortsette arbeidet med å utvikle og implementere felles løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. - Arbeidet med oppfølging av strategier skal fortsette i 2010.
Spesifikke styrings- krav	<ul style="list-style-type: none"> - Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner. - Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager. - Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk 	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhet knyttet til donasjon av hornhinner skal organiseres adskilt fra annen organdonasjon. - Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at donoransvarlig lege kan utføre sine oppgaver i tråd med funksjonsbesk. 	Spesifikke styrings- krav	<ul style="list-style-type: none"> - Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5%) - Det skal iverksettes tiltak for å redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt. - Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål 100%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Helse Sør-Øst RHF skal delta i styringsgruppen som skal forberede pasientsikkerhetskampanjen. - De regionale helseforetakene skal i utgangspunktet sørge for at fødeinstitusjoner holdes åpent hele året.

2011	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	2012	Mål og resultatstyring	Styring av organisering og prosess
Ramme styring	<p>- Alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse.</p> <p>- Ledig kapasitet for diagnostikk og behandling i egne virksomheter skal utnyttes. Det er i tillegg viktig at det regionale helseforetaket fortløpende vurderer hvilke oppgaver som kan løses ved å øke egen kapasitet innenfor de rammer og mål som stilles til disposisjon i oppdragsdokumentet.</p> <p>- Det skal normalt ikke være korridorpasienter.</p>	<p>- Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres.</p>	Ramme styring	<p>- De regionale helseforetakene skal tilpasse virksomheten sin til de økonomiske rammebetingelsene som Stortinget har lagt for sektoren. Alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse i 2012.</p> <p>- Det regionale helseforetaket skal sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten.</p>	<p>- Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak er rammene for helsetjenesten. Det regionale helseforetaket skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres, og utføres i samsvar med fastsatte krav til lovgivningen.</p>
Spesifikke styringskrav	<p>- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0%)</p> <p>- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for tilbud til minst 3000 pasienter under ordningen med behandlingsreiser.</p>	<p>- Det skal iverksettes tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidig ansettelser i helseforetakene.</p> <p>- Helse Sør-Øst RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.</p> <p>- Helse Sør-Øst RHF skal bistå HOD og Helsedirektoratet i arbeidet med ny stortingsmelding om ruspolitikken</p>	Spesifikke styringskrav	<p>- Ingen korridor pasienter</p> <p>- 100% av epikriser er sendt ut innen sju dager.</p> <p>- Styringsparametre: tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.</p>	<p>- Det skal være inngått samarbeidsavtaler med kommunene på de lovpålagte elementene med frist 31.01.12 og 01.07.12.</p> <p>- Avtaler om jordmor tjenester, herunder følge tjenesten for gravide, er inngått innen 01.07.12.</p>

SAMHANDLING

Årstall	Eksempler på krav om samarbeid med kommunene.
2005	- Samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i mange tilfeller ikke god nok. De regionale helseforetak skal derfor ha et fokus på dette, og de skal utforme overordnede strategier for samhandling.
2006	- Spesialisthelsetjenesten må ha rutiner for samarbeid med kommunale instanser, politi og andre relevante instanser når det gjelder håndtering av farlige og ustabile personer. - Departementet legger vekt på at samhandlingstiltak med primærhelsetjenesten realiseres i 2006. - Helseforetak med lokalsykehus eller lokalsykehusfunksjoner skal ha samarbeidsavtaler med alle kommuner i sitt område, og ha jevnlig møter for å følge opp samarbeidet.
2007	- Helse Øst skal følge opp og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper. - Spesialisthelsetjenesten skal sammen med de kommunale tjenestene, herunder fastlege og pleie- og omsorgstjenesten bidra til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder. Innrettet mot de eldres behov.
2008	- Helse Sør-Øst skal i samhandling med primærhelsetjenesten styrke tilbudet til pasienter med kroniske smerter.
2009	- Samhandling mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet, herunder barnevernet skal styrkes. - Vedr. lysbehandling av psoriasispatienter, skal Helse Sør-Øst RHF sette av 1,5 mill til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
2010	- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldene helselovgivning. - Helse Sør-Øst RHF skal bruke minst 8 mill. kroner til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
2011	- Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. - Helse Sør-Øst RHF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.
2012	- Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/ME, mål for 2012 er at det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten. - Mål for 2012 er at det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene vedrørende de lovpålagte elementene med frist 31.01.12 og 01.07.12.