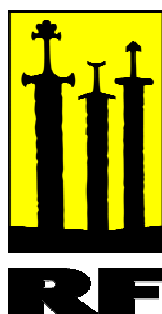


Evaluering av regionalt helsesamarbeid



Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2002:18

**Handlingsplan for
eldreomsorgen**
-regional stats kontroll med
kommunens bruk av
øremerkete tilskudd
206 sider inkl. vedlegg
Kr 250,- + porto

NIBR prosjektrapport 1999:16

Trygdepenger under kniven
Analyse av trygdeetatens kjøp
av behandling til sykemeldte
92 sider inkl. vedlegg.
Kr 195,- + porto

Publikasjonene kan bestilles
fra NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til
berit.willumsen@nibr.no
Se også NIBRs hjemmeside
www.nibr.no

Ståle Opedal, Inger Marie Stigen (red.),
Nils Finstad, Bjørn Kjenslie, Terje Lie,
Tonje Haugberg, Sissel Hovik og
Helge Strand Østtveiten

Evaluering av regionalt helsesamarbeid

Sluttrapport

NIBR-rapport 2002:22

Tittel: **Evaluering av regionalt helsesamarbeid.**

Sluttrapport

Forfatter: Ståle Opedal, Inger Marie Stigen (red.)
Nils Finstad, Bjørn Kjenslie, Terje Lie,
Tonje Haugberg, Sissel Hovik, og
Helge Strand Østtveiten

NIBR-rapport: 2002:22
ISSN: 1502-9794
ISBN: 82-7071-405-4
Prosjektnummer: O-1690
Prosjektnavn: Evaluering av regionalt helsesamarbeid.
Oppdragsgiver: Sosial- og helsedepartementet /
Helsedepartementet (fra 2002)
Prosjektleder: Helge Strand Østtveiten / Inger Marie
Stigen (fra 2001)

Referat: Rapporten oppsummerer resultatene fra evalueringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet i perioden 2000-2001. Rapporten viser at det skjedde en klar opptrapping av det regionale helsesamarbeidet og mer forpliktende deltakelse på tvers av fylkesgrensene. En av utfordringene var å unngå at politikerne ikke opptrådte som advokater for eget fylke når det ikke var mulig å oppnå ”vinn-vinn-situasjoner”, der alle fylkene i regionen på en eller annen måte ble tilgodesett. Prosjektet er et samarbeid mellom Norsk institutt for by- og regionforskning, Rogalandsforskning og Nordlandsforskning.

Sammendrag: Norsk
Dato: Desember 2002
Antall sider: 103
Pris: Kr 250,-
Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2002

Forord

Ved utgangen av 1999 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandforskning (RF) og Nordlandforskning (NF) i oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet å evaluere det lovpålagte regionale helsesamarbeidet.

Vedtaket om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten medførte imidlertid at rammen for evalueringen av regionalt helsesamarbeid måtte endres. Ved årsskiftet 2001/2002 ble derfor evalueringsprosjektet omdefinert, og tilpasset til den nye situasjonen med statlig eierskap og regionale helseforetak fra 1.1.2002. Resultatene fra evalueringen av det formaliserte regionale helsesamarbeidet vil fungere som utgangspunkt for evalueringen av det nye styrings-systemet. Fokus er, som i det opprinnelige evalueringsprosjektet, på styringseffektiviteten i styrings- og organisasjonsstrukturen.

I denne rapporten oppsummeres resultatene fra evalueringen av det formaliserte regionale helsesamarbeidet. Rapporten er en bearbeiding av en tidligere publisert rapport og to upubliserte underveisnotater. Forskere fra alle de tre instituttene har bidratt til rapporten. Den er redigert av Ståle Opedal, RF og Inger Marie Stigen, NIBR.

Vi vil takke alle informantene som velvillig har stilt opp for intervjuer, og sekretariatene i helseregionene som bisto ved innsamlingen av datamaterialet. Takk også til referansegruppen og sekretariatene for kommentarer til tidligere utkast.

Oslo, desember 2002

Hilde Lorentzen
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt.....	4
Sammendrag	5
1 Innledning	12
1.1 Om prosjektet.....	12
1.2 Nærmere om problemstillinger	14
1.3 Datagrunnlag og metode	18
1.4 Innholdet i rapporten.....	19
2 Mot en mer regionalisert spesialisthelsetjeneste	20
2.1 Bakgrunn	20
2.2 De statlige normkravene til planprosess og planinnhold.....	23
2.2.1 Krav til planprosessen.....	23
2.2.2 Statlige målsettinger for regional helseplan	25
2.2.3 Krav til planens utforming – omfang og innhold.....	27
2.3 Vurdering av den statlige styringsstrategien	28
3 Teori.....	29
3.1 Innledning	29
3.2 Regionalt helsesamarbeid som planlegging i en institusjonell kontekst: Institusjonsmodellen	29
3.3 Regionalt helsesamarbeid som interessehevding: Interessentmodellen.....	33
4 De ulike helseregionene – noen hovedtrekk i samarbeidet	39
4.1 Innledning	39
4.2 Helseregion Sør	40
4.2.1 Om regionen.....	40
4.2.2 Frivillig samarbeid	40
4.2.3 Lovpålagt samarbeid	42
4.3 Helseregion Øst.....	48
4.3.1 Om regionen.....	48
4.3.2 Frivillig samarbeid	48

4.3.3	Lovpålagt samarbeid	50
4.4	Helseregion Vest	57
4.4.1	Om regionen	57
4.4.2	Frivillig samarbeid	57
4.4.3	Lovpålagt helsesamarbeid	59
4.5	Helseregion Midt-Norge	64
4.5.1	Om regionen	64
4.5.2	Frivillig samarbeid	64
4.5.3	Lovpålagt samarbeid	66
4.6	Helseregion Nord	74
4.6.1	Om regionen	74
4.6.2	Frivillig samarbeid	74
4.6.3	Lovpålagt samarbeid	75
5	Erfaringer fra lovpålagt regionalt helsesamarbeid – på tvers.....	83
5.1	Innledning	83
5.2	Politikerne – regionale samordnere eller advokater for eget fylke?	83
5.3	En bredt forankret og effektiv planprosess?.....	84
5.4	Statlig styring, men rom for lokalpolitisk innflytelse?...	86
5.5	Planenes innhold - opptrapping og intensivering av samarbeidet?.....	87
5.6	Iverksetting i en overgangsfase – ”mens de ventet på staten”	91
5.7	Oppsummering på tvers	92
6	Oppsummerende drøfting: Institusjons- eller interessedrevet samarbeid? Hvorfor så langt, men ikke lenger	94
6.1	Innledning	94
6.2	Institusjonelle rammebetingelser – drivkraft eller barrierer?	94
6.3	Politiske interesser – drivkraft eller barrierer?	96
7	Sluttord.....	99
	Litteratur	100

Tabelloversikt

Tabell 5.1	<i>Oversikt over antall tiltak på de ulike satsningsområdene</i>	88
Tabell 5.2	<i>Oppsummering av forskjeller og likheter mellom regionene</i>	93

Figuroversikt

Figur 3.1	<i>James Wilson's modell for kostnader og nytte ved offentlig politikk</i>	36
-----------	--	----

Sammendrag

Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.), Nils Finstad, Bjørn Kjenslie, Terje Lie, Tonje Haugberg, Sissel Hovik, Helge Strand Østveiten

Evaluering av regionalt helsesamarbeid. Sluttrapport.

NIBR-rapport 2002:22

Staten har jobbet med å utvikle et regionalisert helsevesen siden midten av 1970-tallet. I den første perioden var dette samarbeidet basert på frivillighet mellom de fylkeskommunale eierne. Lovfestingen av de regionale helseutvalgene gjennom endringer i sykehusloven gjort gjeldende fra 1.1.99, og de nye kravene til utforming av planen, innebar en skjerping av de statlige kravene til et regionalt samarbeid mellom de fylkeskommunale eierne av spesialisthelsetjenestene. Den 6. juni 2001 sluttet Stortinget seg imidlertid til regjeringen Stoltenbergs forslag om at *staten* fra 1.1.02. skulle overta fylkeskommunenes eieransvar for spesialisthelsetjenesten, og organisere denne som helseforetak. Det regionale helsesamarbeidet gikk dermed fra årsskiftet 2001/2002 over i en ny fase, med nye eiere og endret organisering. De regionale helseutvalgene ble nedlagt fra samme tidspunkt.

Ved utgangen av 1999 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandsforskning (RF) og Nordlandsforskning (NF) i oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet å evaluere det lovpålagte regionale helsesamarbeidet. Vedtaket om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten medførte imidlertid at rammen for evalueringen av regionalt helsesamarbeid måtte endres. Ved årsskiftet ble derfor evalueringsprosjektet omdefinert, og tilpasset til den nye situasjonen med statlig eierskap og regionale helseforetak fra 1.1.2002.

I denne rapporten oppsummeres resultatene fra evalueringen av det formaliserte regionale helsesamarbeidet som ble gjennomført i 2000-2001. Rapporten er en bearbeiding av en tidligere publisert rapport og to upubliserte underveisnotater.

Problemstillinger

Bakgrunnen for evalueringsoppdraget var altså formaliseringen av de regionale helseutvalgene og det lovfestede ansvar for utarbeidelsen av regionale helseplaner fra 1.1.99. Formaliseringen av det regionale samarbeidet med opplegg for en sterkere statlig styring og innføring av et nytt planverktøy, var ment å føre til organisatoriske endringer i helsesektoren, gjennom tiltak rettet mot sterkere arbeids- og funksjonsfordeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedepartementet ønsket en evaluering av det regionale helsesamarbeidet som både omfattet prosess og resultater. En ønsket å få belyst:

1. Hvordan det formaliserte regionale helsesamarbeidet fungerte som styringssystem.
2. Resultatene av det regionale samarbeidet på de spesifikke nasjonale og regionale satsningsområdene.

Sentrale problemstillinger for evalueringen var i tråd med dette:

Dersom de regionale helseutvalgene skulle fungere som politiske samordningsorgan måtte politikernes holdninger avspeile en vilje til regional samordning. Et viktig spørsmål ble derfor om politikere i det regionale helseutvalget opptrådte som advokater for regionalt samarbeid, eller om geografisk lojalitet til fylke, partipolitisk tilknytning eller sektorlojalitet gjorde slik samordning vanskelig.

Dersom planprosessen skulle ende ut i samordningsgevinster var det altså en forutsetning at politikere var villige til å ta regionale hensyn i sitt arbeide. En neste viktig betingelse var at de regionale helseutvalgene klarte å "sette seg i førersetet" i planprosessen, for slik å bidra til økt beslutningseffektivitet. Et annet sentralt spørsmål var derfor om planprosessene ble effektivt organisert og gjennomført.

Det neste sentrale spørsmålet var hva som kom ut av det regionale helsesamarbeidet i form av konkrete tiltak for å effektivisere sykehusstrukturen. Hovedproblemstillingene var i tråd med dette å undersøke om det regionale helsesamarbeidet bidro til å utvikle de nasjonale satsningsområdene og eventuelle regionalt definerte satsningsområder. På grunn av sykehusreformen ble problemstillingene avgrenset til en analyse av forskjeller og likheter i planprosess og planinnhold, all den tid iverksettingen av planene bare så vidt ble startet opp før de regionale helseutvalgene ble nedlagt.

Den siste problemstillingen fokuserte på muligheter og barrierer ved planprosessen og prioriteringen av tiltak i planene. Hva kunne forklare likheter og forskjeller mellom regionene.

I forbindelse med evalueringen brukte forskerne flere metoder og datakilder; både observasjon i møter, intervjuer og dokumentanalyser.

Politikerne – regionale samordnere eller advokater for eget fylke?

Vår gjennomgang av saker som representerte "samarbeidets yttergrenser" viser at intensjonen om samordning ble satt på prøve når sakene innebar omfordeling fra en del av regionen til en annen del. Ikke uventet var det i disse sakene at forventningen om regional samordning støtte an mot politikernes lokale forankring, og de forpliktelser som disse følte overfor egne velgere.

Flere av informantene var imidlertid opptatt av at "samarbeidets yttergrenser" ikke var gitt for alltid. Det foregikk en erkjennelses- og modningsprosess som gjorde at det etter hvert ble lettere å ta opp saker om sentralisering av tilbud og mer omfattende arbeids- og funksjonsfordeling. I tillegg fungerte statens krav til prosess og planinnhold som "et ris bak speilet" som i noen grad tvang fram samordning. Dessuten syntes politikernes evne til å legge "politisk kabal" for å sikre "rettferdighet" mellom fylkene å gi grobunn for regional samordning.

Vi finner imidlertid variasjoner mellom fylkene. Mens en i helse-regionene Sør, Vest og Midt-Norge mente å ha lagt et godt grunnlag for samarbeide allerede i forrige planperiode, var helseregion Øst preget av den nye regioninndelingen som trådte i kraft i 99. Her opplevde en i større grad å ha begynt "på nytt". I Nord ble samarbeidet også preget av erfaringene fra forrige periode, der en svært ambisiøs plan kun ble vedtatt i ett fylke.

Det er imidlertid viktig å påpeke at alle de regionale helseutvalgene og fylkestingene vedtok og sluttet opp om de regionale planene nærmest enstemmig. Det var med andre bred politisk enighet om det aller meste i de fem regionale helseplanene, et svært viktig utgangspunkt for iverksettingen av planene.

En bredt forankret og effektiv planprosess?

Hovedinntrykket fra prosessanalysen var at administrasjonen, det vil si fylkesrådmannskollegiene/ fylkeshelsesjefene og sekretariatene for helseutvalgene, var de dominerende aktørene i planarbeidet. Det var disse aktørene som, ikke uventet, drev planprosessen framover og førte planene i pennen. Politikerne var sentrale i oppstartsfasen og i

vedtaksfasen, men kom sterkere på banen når konfliktfylte saker trengte politisk avklaring. I så måte skilte ikke denne prosessen seg fra det som ofte kjennetegner planprosesser generelt. Et annet fellestrekk var at representanter for brukerne, ledelsen ved de lokale sykehusene og primærkommunene ikke ble trukket tungt med i prosessen. Prosessen synes i så måte ikke å ha vært sterkt forankret lokalt og hos de som står nærmest brukerne av helsetjenester.

Vi fant imidlertid også variasjoner mellom regionene når det gjelder forankring. I Midt-Norge hadde brukerne, representert ved Regionalt Pasientråd en aktiv rolle i forhold til arbeidet med regional helseplan, selv om det generelle bildet som nevnt var at brukerne ikke var aktive deltakere i prosessen. Det var dessuten klare forskjeller mellom regionene med hensyn til i hvor stor grad en engasjerte faggrupper i utarbeidelsen av planen. Mens en i Vest og Nord, og i særdeleshet i Sør, brukte faggrupper og arbeidsgrupper, benyttet en i Helseregion Øst og Helseregion Midt-Norge i liten grad faggrupper ved utarbeidelsen av denne planen. Bakgrunnen for dette var dels at en ikke ville binde sykehusenes ressurser i planarbeid, og dels at en kunne bygge på nylig utarbeidede faglige analyser i planarbeidet.

Inntrykket er likevel at planprosessen var betydelig bredere forankret i helseregionene Sør og Vest, enn i de andre helseregionene. Erfaringene fra disse to regionene viste at det var mulig å gjennomføre en bredt forankret og kompleks prosess, uten at det har gikk utover framdriften i planarbeidet.

Statlig styring, men rom for lokalpolitisk innflytelse?

Det var en utbredt oppfatning at statens styring av planprosessene var sterk og konkret. Et hovedinntrykk fra evalueringen er at regionene syntes at det statlige ønsket om mer samarbeid var bra, men at staten blandet seg for mye inn i detaljer i den enkelte region. Særlig politikerne var overrasket over detaljstyringen fra statens side når det gjaldt forskrifter og bestemmelser om innhold og utforming av planen. Å tilfredsstille statens ønske om samarbeid på bred front, presentert innenfor rammen av en plan på 30 sider, ble heller ikke oppfattet som enkelt.

Selv om staten styrte prosessen stramt, ser vi likevel at det var et ikke ubetydelig rom for lokal innflytelse på planenes innhold. Det var rom for å legge til grunn ulike problem- og løsningsdefinisjoner, og regionene kunne derfor velge ulike strategier og løsninger i planarbeidet.

Som nevnt ovenfor ble administrasjonen trukket fram som den dominerende aktørgruppen i planprosessen. Det betyr imidlertid ikke at disse hadde en dominerende innflytelse, på bekostning av politikerne. Vi har ikke belegg for å karakterisere de regionale helseutvalgene som "sandpåstrøingsorgan". Selv om administrasjonen stod for saksforberedelsen, pekes det jevnt over på at disse var dyktige til å tolke politiske signaler og antesipere hva som vil være "politisk gangbart" i regionen. Det at det etter reformen kom mer toneangivende og sentrale politikere inn i de regionale helseutvalgene synes også å ha styrket politikernes rolle i forhold til administrasjonen og fagfolkene.

Planenes innhold - opptrapping og intensivering av samarbeidet?

Gjennomgangen av de regionale planene viser en klar *opptrapping* og intensivering av det regionale helsesamarbeidet mellom fylkene i de fem regionene, om vi ser planene i lys av det frivillige samarbeidet. Både i bredde, omfang og konkretisering av samarbeidstiltak, ble det lagt et grunnlag for utvidet regionalt samarbeid.

Planene kan også tas til inntekt for en mulig *kursomlegging* når det gjelder organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Det ble tatt skritt i retning av mer utstrakt arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene i de fem regionene, parallelt med en styrking av kreftbehandling og psykisk helsevern. Slik sett ble det lagt opp til både en opptrapping og en kursomlegging i samarbeidet. Men det må også føyes til at dette må ses som *et første skritt* i retning av en mer arbeids- og funksjonsfordelt sykehusstruktur. Det kan også diskuteres om den kursomlegging som regionene la opp til var tilstrekkelig radikal sett i lys av målet om å effektivisere sykehusstrukturen. Det ble i liten grad synliggjort på hvilken måte tiltakene i de regionale planene ville effektivisere sykehusstrukturen.

Selv om det er betydelig samsvar mellom de statlige målene og satsingsområdene og det regionene la til grunn i sine regionale planer, ble målet om en mer spesialisert og effektiv sykehusstruktur vektlagt noe forskjellig. Gjennomgangen av de regionale planene viser at det er både fellestrekk og forskjeller med hensyn til prioriteringer i planene.

Av satsingsområdene i de regionale planene er det *arbeids- og funksjonsfordeling* som peker seg ut som det viktigste området. Både antall tiltak og vurdering av tiltakenes viktighet, viser at dette er et sterkt fokusert område i de regionale planene. Men antall tiltak varierer noe mellom regionene. Mange av tiltakene kunne få betydelige konsekvenser. I Helseregion Vest var et av tiltakene å etablere fire sykehusområder i regionen der tanken var en sterkere arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene i området. Dette er et tiltak

som Helse Vest siden har benyttet i forbindelse med foretaksorganiseringen i regionen. I Helseregion Øst var sykehusutbygging i regionen et svært betydelig tiltak.

Etter arbeids- og funksjonsfordeling er *kreftbehandling* det satsingsområdet som prioriteres høyt i de regionale planene. Antallet tiltak varierer noe mellom regionene, men mange av informantene framholdt det som viktig fordi det økonomisk var lagt opp til styrking av behandlingstilbudet. De fleste av regionene synes å ha valgt en strategi basert på sentralisering av avansert kreftkirurgi, mens det ble lagt opp til en mer desentralisert strategi når det gjelder stråleterapi og lindrende tiltak. Derimot synes ikke *psykisk helsevern* å ha samme prioritet regionalt slik som funksjonsfordeling og kreft. Både de fylkeskommunale opptrappingsplanene og en generell utvikling preget av desentralisering av tjenestetilbudet, peker i retning av at psykiatrien har minst prioritet av de tre statlige satsingsområdene.

Når det gjelder de *regionale satsingsområdene* synes utdanning, forskning og rekruttering, telemedisin og rehabilitering og habilitering å peke seg ut som de viktigste i regionene. Også forebyggende helsetiltak er et viktig område i noen av regionene. Når det gjelder vurdering av om de statlige eller de regionale satsingsområdene er viktigst, peker mange av informantene på de statlige fordi kreft og psykiatri er ledd i en statlig opptrapping og styrking av tilbudet. En annen grunn er at arbeids- og funksjonsfordeling så sterkt var poengtert å være et sentralt område for det regionale helsesamarbeidet. Men det er variasjon mellom regionene, der kanskje Helseregion Nord er den region som sterkest la regionale satsingsområder til grunn for samarbeidet.

Helseregionene har primært fokusert på samarbeid om 2. linjetjenesten, samt forholdet til 3. linjetjenesten. Samarbeidet mellom 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten er i mer begrenset grad gjort til gjenstand for regionalt samarbeid. Helseregion Øst, Helseregion Midt-Norge og Helseregion Vest har forholdet til primærhelsetjenesten som regionale satsingsområder, men antallet konkrete tiltak er få.

Heller ikke *brukermedvirkning og pasientrettigheter* kan sies å være et prioritert satsingsområde i de regionale helseplanene. Helseregion Vest skjøv riktignok folkehelseperspektivet i forgrunnen som utgangspunkt for planlegging og drift av spesialisthelsetjenesten, mens helse-regionene Øst, Sør og Nord har etablert egne satsingsområder på dette feltet. Men de konkrete tiltakene er nokså få. Enkelte av informantene kritiserte da også at det var et for sterkt fokus på utformingen av selve tjenestetilbudet i det regionale helsesamarbeidet og for lite fokus på

hva helsetilstanden i befolkningen skulle tilsi av tiltak. Dette kan avspeile at brukerrepresentasjonen ikke var tungt prioritert i deltakelsen i planarbeidet, verken fra statens eller regionenes side (unntatt Helse Midt-Norge).

Iverksetting i en overgangsfase – ”mens de ventet på staten”

Etter at departementet godkjente de regionale helseplanene våren 2001 var det opp til de fem helseregionene å begynne den formelle iverksettingen av tiltakene i planene. Iverksettingen i 2001 skjedde i en svært spesiell situasjon etter hvert som det ble klart at staten ville overta eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Mye av oppmerksomheten i de fylkeskommunale helseadministrasjonene, blant politikerne og i institusjonene, ble i stor grad rettet mot den forestående reformen.

Regionene kom derfor i varierende grad i gang med iverksettingen. Helseregion Sør er et eksempel på en region der det langt på vei var ”business as usual”, mens iverksettingen i Helseregion Vest og Helseregion Øst i noe større grad ble påvirket av den forestående reformen.

Hva oppnådde en gjennom det regionale helsesamarbeidet?

Det nå avsluttede regionale helsesamarbeidet hadde altså både positive sider og mer problematiske sider. En klar opptrapping av samarbeidet og mer forpliktende deltaking på tvers av fylkesgrensene er eksempler på positive sider. Samarbeidstiltakene var også flere og mer konkrete sammenlignet med det frivillige samarbeidet en hadde før det ble lovpålagt. De regionale planene satte også økt fokus på arbeids- og funksjonsfordeling og det ble oppnådd bred lokalpolitisk enighet om innholdet i planene. Av utfordringer for samarbeidet kan blant annet nevnes at lokalpolitikere i høy grad opptrådte som advokater for eget fylke om det ikke ble oppnådd en ”vinn-vinn-situasjon”, dvs en situasjon hvor alle fylkene i regionen på en eller annen måte ble tilgodesett. De fem helseregionene fremstod også i noen grad som styringspolitiske hybrider – som produkter av både statlig styring og lokalpolitisk innflytelse.

Et interessant spørsmål er om den nye statlige modellen vil fremstå som mer styringseffektiv enn den forrige modellen med fylkeskommunalt eierskap og lovpålagt regionalt helsesamarbeid. Med det erfaringsmaterialet som er samlet inn i forbindelse med evalueringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet, har vi en referanseramme eller ”baseline” for evalueringen av den nye statlige modellen.

Dette gir oss en unik mulighet for å vurdere den nye statlige modellen i forhold til den forrige modellen i spørsmålet om styringseffektivitet.

1 Innledning

1.1 Om prosjektet

Siden midten av 1970-tallet har staten jobbet med å utvikle et regionalisert helsevesen. Grunntanken har vært at en gjennom en regionalisert spesialisthelsetjeneste kan skape et mer hensiktsmessig, effektivt og bedre organisert helsetjenestetilbud. I St.meld. nr. 9 (1974-75) ble det fastslått at regionaliseringsprinsippet skulle ligge til grunn for organiseringen av helsetjenesten. Et *regionalt helseutvalg* skulle være det koordinerende og rådgivende organet i fylkenes bestrebelser på å samordne helsetjenestetilbudet innenfor regionen. I St.meld. nr. 50 (1993-94) skjerpet staten kravene til den regionale prosessen ved å pålegge de regionale utvalgene å utarbeide *regionale helseplaner*. Lovfestingen av de regionale helseutvalgene gjennom endringer i sykehusloven gjort gjeldende fra 1.1.99¹, og de nye kravene til utforming av planen, innebar en ytterligere skjerping av de statlige kravene til et regionalt samarbeid mellom de fylkeskommunale eierne av spesialisthelsetjenestene.

Den 6. juni 2001 sluttet Stortinget seg imidlertid til regjeringen Stoltenbergs forslag om at *staten* fra 1.1.02. skulle overta fylkeskommunenes eieransvar for spesialisthelsetjenesten, og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak ble det opprettet et regionalt helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i hver av de fem helseregionene². Det regionale

¹ Ot. prp. nr. 48 (1997-98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid). Besl. O. nr. 67 (1997-98) av 9. juni 1998.

² Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. Besl. O. nr. 123 (2000-2001) av 6. juni 2001.

helsesamarbeidet gikk dermed fra årsskiftet 2001/2002 over i en ny fase, med nye eiere og endret organisering. De regionale helseutvalgene ble nedlagt fra samme tidspunkt.

Før vedtaket om statlig overtakelse av sykehusene hadde de regionale helseutvalgene utarbeidet første generasjons helseplaner etter lovfestingen i 1999. Sosial- og helsedepartementet godkjente samtlige regionale helseplaner våren 2001. I 2001 var det dermed en forventning om at iverksettingen av vedtatt plan kunne og skulle startes opp, samtidig som den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten ble utredet, vedtatt og forberedt.

Det kan således defineres tre ulike faser i det regionale helsesamarbeidet:

- 1975-1999: Frivillig regionalt helsesamarbeid. Regionale helseutvalg. Fylkeskommunalt eierskap
- 1999-2002: Lovpålagt regionalt helsesamarbeid. Regionale helseutvalg. Fylkeskommunalt eierskap.
- 2002- : Lovpålagt regionalt helsesamarbeid. Regionale helseforetak. Statlig eierskap.

Ved utgangen av 1999 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandsforskning (RF) og Nordlandsforskning (NF) i oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet å evaluere det lovpålagte regionale helsesamarbeidet. Første arbeidsrapport ble publisert sommeren 2000. Dette var en forstudie som omhandlet det regionale helsesamarbeidets innhold i perioden 1996-2000³. Hensikten var å etablere et referansepunkt for å kunne sammenligne endringer i samarbeidet senere i evalueringsperioden. Høsten 2000-våren 2001 studerte evalueringsgruppen arbeidet med, og innholdet i, første generasjons regionale helseplaner for 2001-2004. Arbeidet foreligger som et upublisert underveisnotat (sommer 2001)⁴.

Vedtaket om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten medførte imidlertid at rammen for evalueringen av regionalt helsesamarbeid måtte endres. Det var blant annet ikke lenger meningsfullt å gjennomføre en planlagt survey våren 2001 til medlemmene av de regionale

³ Finstad N., Kjenslie B., Lie T., Opedal S. og Østtveiten H. (2000): *"Evaluering av regionalt helsesamarbeid. En forstudie"*. Samarbeidsrapport 2000 NIBR/RF/NF

⁴ Finstad N., Haugberg T., Kjenslie B., Lie T., Opedal S., Stigen I. og Østtveiten H. (2001): *"Regionale helseplaner. En evaluering av planprosess og innhold"*. Upublisert underveisnotat 2001a

helseutvalgene, da det tidlig var klart at disse utvalgene ikke ville ha noen plass i den nye reformen. Arbeidet i evalueringen høsten 2001 ble således konsentrert om å belyse det første året med iverksetting av de regionale helseplanene i en situasjon der de fylkeskommunale eierne og de regionale helseutvalgene var klar over at deres ansvar og oppgaver ville opphøre ved årsskiftet 2001/2002. Arbeidet foreligger som et upublisert arbeidsnotat fra høsten 2002⁵.

Ved årsskiftet ble så evalueringsprosjektet omdefinert, og tilpasset til den nye situasjonen med statlig eierskap og regionale helseforetak fra 1.1.2002. Resultatene fra evalueringen av det formaliserte regionale helsesamarbeidet vil fungere som utgangspunkt for evalueringen av det nye styringssystemet. Fokus er, som i det opprinnelige evalueringsprosjektet, på styringseffektiviteten i styrings- og organisasjonsstrukturen.

I denne rapporten oppsummeres resultatene fra evalueringen av det formaliserte regionale helsesamarbeidet basert på den publiserte forstudien og underveisnotatene.

1.2 Nærmere om problemstillinger

Bakgrunnen for evalueringsoppdraget var altså formaliseringen av de regionale helseutvalgene og det lovfestede ansvar for utarbeidelsen av regionale helseplaner fra 1.1.99. Formaliseringen av det regionale samarbeidet med opplegg for en sterkere statlig styring og innføring av et nytt planverktøy, var ment å føre til organisatoriske endringer i helsesektoren. Tanken var at regional samordning av helsetjenestene med oppgavefordeling og effektivisering av helsetilbudet, faglige samarbeidsordninger, bedre utnyttelse av helsepersonell og utstyr m.m. ville føre til en mer effektiv organisering og ressursutnyttelse, og gi bedre kapasitet og pasientflyt. En forventet at god organisering, økt kapasitet og høyere kostnadseffektivitet ville føre til et bedre behandlingstilbud for pasientene.

Sosial- og helsedepartementet ønsket en evaluering av det regionale helsesamarbeidet som både omfattet prosess og resultater. En ønsket å få belyst:

⁵ Finstad N., Hovik S., Kjenslie B., Lie T., Opedal S. og Stigen I. (2001): "Mens vi venter på staten... Iverksetting i en overgangsfase." Upublisert arbeidsnotat 2001b.

1. Hvordan det formaliserte regionale helsesamarbeidet fungerte som styringssystem.
2. Resultatene av det regionale samarbeidet på de spesifikke nasjonale og regionale satsningsområdene.
3. Effekten av det regionale samarbeidet på behandlingstilbudet.

NIBR/RF/NFs evalueringsoppdrag rettet seg mot punkt 1 og 2, mens punkt 3 ble studert av Sintef Unimed og Frischsenteret. Foreliggende rapport dreier seg kun om resultatene fra NIBR/RF/NFs evalueringsoppdrag.

NIBR/RF/NF organiserte prosjektet i to delprosjekter med fire hovedproblemstillinger. Delprosjekt 1 hadde hovedfokus på selve planprosessen og produktet av denne prosessen, mens delprosjekt 2 skulle fokusere på den praktiske oppfølgingen og iverksettingen av tiltakene i forhold til nasjonale og regionale satsingsområder. De to prosjektene gled til dels over i hverandre substansielt, men skulle altså fokusere på ulike faser i det regionale samarbeidet. På grunn av overgangen til statlig eierskap og foretaksmodell fra 1.1.2002 kom evalueringsprosjektet hovedsakelig til å dreie seg om delprosjekt 1. Iverksettingen av planene ble bare så vidt startet opp før sykehusreformen trådte i kraft og de regionale helseutvalgene ble nedlagt.

I *delprosjekt 1* ble det satt fokus på de regionale helseutvalgene og deres autoritet som samordnere av spesialisthelsetjenestene i helse-regionene. Formelt ble de regionale helseutvalgenes autoritet styrket gjennom lovfesting og kravet om å utarbeide regionale helseplaner. Forventningen var at det regionale nivået ville få en klarere og mer slagkraftig rolle i forhold til fylkeskommunene, og at styringen ville bli mer effektiv sammenlignet med de tidligere rådgivende helseutvalgene. Det ble derfor viktig å undersøke om 1) de regionale helseutvalgene faktisk fungerte som styrings- og samordningsorgan og 2) i hvilken grad de regionale planprosessene ble effektivt organisert:

(Hvordan) fungerte de regionale helseutvalgene som politiske samordningsorgan?

Dersom de regionale helseutvalgene skulle fungere som politiske samordningsorgan måtte politikernes holdninger avspeile en vilje til regional samordning. Et viktig spørsmål ble derfor om politikerne i det regionale helseutvalget opptrådte som advokater for regionalt samarbeid, eller om geografisk lojalitet til fylke, partipolitisk tilknytning eller sektorlojalitet gjorde slik samordning vanskelig. Vi forventet spesielt at lojaliteten og bindingene til eget fylke kunne være en

utfordring. Spørsmålet var om det oppstod en form for konkurranse mellom politikerne fra ulike fylker som hindret det regionale samarbeidet, eller om det kunne tenkes å oppstå en form for konkurranse mellom de fem regionene som drev arbeidet framover. En kritikk mot de forrige helseutvalgene var at politikerne i for stor grad forfeftet fylkeskommunenes synspunkter. Sammen med lokalsamfunn og profesjonsinteresser ble det bygget sterke allianser som arbeidet mot endringer i sykehusstrukturen. Det var få situasjoner hvor alle så på seg selv som vinnere (pluss-sum-situasjoner), noe som førte til lav beslutningseffektivitet. Med beslutningseffektivitet mener vi både evnen til å treffe beslutninger og evnen til å treffe beslutninger i henhold til overordnede målsettinger.

Et sentralt spørsmål var altså om formaliseringen av det regionale helsesamarbeidet på noen måte endret politikerrollen i retning av å bli sterkere advokater for regional samordning. Hadde den endrede sammensettingen noe å si for rolleutøvelsen? Hadde det betydning at det kom erfarne og toneangivende politikere inn i de regionale helseutvalgene? Eller manglet politikerne fortsatt sterke nok incentiver til å engasjere seg i utvalgene, og til å drive fram samordning på regionnivået? Det var ikke gitt at velgerne ville premiere politikere som arbeidet for, og oppnådde resultater for på vegne av hele regionen. Alt i alt dreier denne problemstillingen seg om å forstå politikerrollen, hva den innebærer, om den endres, og hva som kan forklare eventuelle endringer.

Dersom planprosessen skulle ende ut i samordningsgevinster var det altså en forutsetning at politikerne var villige til å ta regionale hensyn i sitt arbeide. En neste viktig betingelse var at de regionale helseutvalgene klarte å "sette seg i førersetet" i planprosessen, for slik å bidra til økt beslutningseffektivitet. Dette leder over til neste delproblemstilling:

Ble planprosessene effektivt organisert og gjennomført?

Beslutningseffektiviteten kan blant annet avhenge av samarbeidsklimaet i prosessen. I utgangspunktet var den regionale planprosessen lagt opp som en *bred dialog* mellom politikere, fagmiljøer og administrasjon og mellom fylkeskommunene/regionene og staten. Bred deltakelse og dialog mellom mange aktører kan ende ut i konsensus om planinnhold og bredt eierskap til planen. Det kunne være et virkemiddel for å gi planen den nødvendige legitimitet som styrings- og samordningsinstrument i fylkeskommunene. Men en slik planprosess kan også bli for møysommelig og *byråkratisk*. Resultatet kan bli svak framdrift. En bred prosess kan også avdekke *konflikter*. Et sentralt

spørsmål ble derfor om eventuelle konflikter ble funksjonelle, det vil si om de bidro til å drive samarbeidet framover, eller om de ble dysfunksjonelle på den måten at de virket lammende på helsesamarbeidet. En bred planprosess kan også føre til at vanskelige saker skyves ”under teppet” for å sikre mest mulig konsensus om planen.

Innenfor *delprosjekt 2* var hensikten å etterspore resultater av aktiviteten i det regionale helsesamarbeidet på nasjonale og eventuelt regionale satsningsområder. Et sentralt spørsmål var hva som kom ut av det regionale helsesamarbeidet i form av konkrete tiltak for å effektivisere sykehusstrukturen. Hovedproblemstillingene var i tråd med dette å undersøke om det regionale helsesamarbeidet bidro til å utvikle de nasjonale satsningsområdene og eventuelle regionalt definerte satsningsområder, samt søke å forklare variasjon mellom helseregionene når det gjelder prosess og tiltak:

I hvilken grad førte det regionale helsesamarbeidet til utvikling av de nasjonale og eventuelt regionalt definerte satsingsområder?

I evalueringen var vi primært opptatt av å kartlegge tiltakene i planene for å undersøke hvordan de regionale helseutvalgene prioriterte mellom regionale og nasjonale satsingsområder. Hvis de regionale helseutvalgene i første rekke prioriterte de nasjonale satsingsområdene, fikk helsesamarbeidet i større grad karakter av å være et instrument i den nasjonale helsepolitikken. Dersom helseutvalgene derimot primært prioriterte regionalt definerte satsingsområder, ble helseutvalgene mer et redskap for fylkeskommunene. Hvordan balanserte helseutvalgene mellom nasjonale og lokale hensyn i det regionale helsesamarbeidet? Ble noen av de nasjonale satsingsområdene prioritert sterkere enn de andre nasjonale satsingsområdene? Ble planene uttrykk for en sterkere "regionalisering" av helsesamarbeidet, eller ble de uttrykk for en styrking av den statlige koordineringen av samarbeidet?

Hva kan forklare variasjon mellom helseregionene når det gjelder planprosess og planenes innhold?

I denne problemstillingen fokuserte prosjektet på muligheter og barrierer ved planprosessen og prioriteringen av tiltak i planene. Hva kan forklare likheter og forskjeller mellom regionene? På grunn av sykehusreformen ble problemstillingene avgrenset til en analyse av forskjeller og likheter i planprosess og planinnhold, all den tid i verksettingen av planene bare så vidt ble startet opp før de regionale helseutvalgene ble nedlagt. Hva drev prosessene framover, og hva var barrierene for å få til et godt og effektivt samarbeid?

1.3 Datagrunnlag og metode

I forbindelse med evalueringen har forskerne brukt flere metoder og datakilder:

- Observasjon i møter
- Intervjuer
- Dokumentanalyse

Observasjon bestod i vesentlig grad i å følge møter i de regionale helseutvalgene. Møtene i de regionale helseutvalgene var åpne for publikum. Forskerne fikk oppgitt datoer for møtene og møtte på linje med publikum ellers. I forbindelse med møtene var det anledning til å samtale med medlemmer i helseutvalget og andre som representerte fylkene og/eller regionnivået i de fem regionene.

Det ble videre gjennomført personlige *intervjuer* med et utvalg representanter for det regionale helseutvalget/regionalt helse- og sosialutvalg (RHU eller RHSU), for fylkesadministrasjonen og representanter for 10 sykehus. 2-4 politikere fra hver region ble intervjuet, herunder leder/nestleder av regionalt helseutvalg, samt fylkeshelsedirektørene og fylkesrådmann.

Ved utvelgelse av sykehus ble det lagt vekt på at både lokal-, sentral- og regionsykehus skulle være representert i tillegg til at alle de fem regionene skulle dekkes. I hvert av sykehusene ble administrerende direktør og sjeflege intervjuet. Representanter for Sosial- og helsedepartementet ble også intervjuet i forbindelse med første avrapportering fra prosjektet.

Tid for intervjuer ble avtalt på forhånd og intervjuene ble gjennomført dels per telefon og dels ved personlig frammøte. Intervjuene varte stort sett fra 1 til 2 timer. Det ble utarbeidet en egen intervjuguide for intervjuene.

Forskerne har hatt en rekke *dokumenter* til disposisjon i forbindelse med arbeidet med denne rapporten. De viktigste dokumentene fra regionene har vært høringsutkast og vedtatte regionale helseplaner (med eventuelle vedlegg). Forskerne har også hatt tilgang til møte-dokumenter fra møter i de regionale helseutvalgene. Det gjelder møteinnkalling, sakslister, saksframlegg, orienteringssaker, relevant korrespondanse til utvalgene, samt referater fra møtene. I arbeidet har forskerne også nyttet en rekke statlige dokumenter, spesielt rundskriv og orienteringer vedrørende statens krav, mål og satsinger knyttet til

regional helseplanlegging. Forskerne har også hatt til disposisjon Sosial- og helsedepartementets kommentarer til høringsutkastene til de regionale helseplanene for samtlige regioner, og vedtaksbrevene fra Sosial- og helsedepartementet til regionene.

Vi bruker jevnt over betegnelsen regionalt helseutvalg om utvalgene, selv om enkelte av regionene formelt betegnet utvalget som regionalt helse- og sosialutvalg.

1.4 Innholdet i rapporten

I kapittel 2 presenterer vi bakgrunnen for det regionale helse-samarbeidet og de statlige normkravene til planprosessen og planenes innhold som ble iverksatt fra 1999. Kapittel 3 gjør rede for studiens teoretiske utgangspunkt – henholdsvis et institusjonelt og et interesse-basert perspektiv. Hovedtrekkene i helsesamarbeidet i de ulike regionene presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 sammenfattes erfaringene med regionalt helsesamarbeid på tvers av regionene. I kapittel 6 går vi så tilbake til vårt teoretiske rammeverk og spør i en oppsummerende drøfting om samarbeidet kan beskrives som institusjons- eller interessedrevet. Kapittel 7 inneholder et kort sluttord.

2 Mot en mer regionalisert spesialisthelsetjeneste

2.1 Bakgrunn

Det har siden midten av 1970-tallet vært en sentral helsepolitisk målsetting å samordne spesialisthelsetjenestene regionalt for å oppnå kvalitativt bedre og tilgjengelige helsetjenester. I St.meld. nr. 9 (1974-75) "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen" ble landet delt inn i 5 helseregioner, med tre hovednivåer: distriktshelsetjenesten, fylkeshelsetjenesten og regionhelsetjenesten, noe som medførte en etablering av tre typer sykehus: lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus. Som følge av anbefalinger i stortingsmeldingen ble det også opprettet regionale helseutvalg. Disse utvalgene ble gitt i oppgave å realisere det nødvendige planleggingsarbeidet i forbindelse med fylkenes samarbeid om tilretteleggingen av regionhelsetjenesten. I St.meld. nr. 50 (1993-94) "Samarbeid og styring" ble det tatt til orde for et tettere samarbeid og funksjonsfordeling innenfor fortsatt fylkeskommunalt eierskap. Sosialkomiteen la særlig vekt på de regionale helseutvalgenes forpliktende arbeid i planleggingen av helsetjenesten i helseregionene, både når det gjaldt funksjonsfordeling, ressursutnyttelse og strukturforbedringer (jfr. Innst. S. nr. 165 (1994-95)). I 1993 sendte Sosial- og helsedepartementet et rundskriv til alle fylkeskommuner (Rundskriv I-42/93), hvor behovet for å forsterke samarbeidet på tvers av fylkesgrensene ble understreket. Det ble uttrykt et ønske om at de regionale helseutvalgene skulle ha en mer aktiv rolle i planleggingen av helsetjenestene i framtiden.

I 1996 ba Sosial- og helsedepartementet på bakgrunn av dette om å få tilsendt rammeplaner for alle helseregionene. Ifølge St.meld. nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" hadde disse planene ulikt innhold og detaljeringsgrad. De bar preg av ulikt ståsted og ulike forslag til løsninger,

selv om de var de samstemte på flere områder som gjaldt spesialisthelsetjenestens mål, framtidige organisering og styring.⁶

Departementet konkluderte med at det hadde vist seg vanskelig å nå de nasjonale målene om en effektiv sykehusstruktur. Departementets vurdering var at dette blant annet skyldtes at det regionale samarbeidet ikke hadde vært formalisert, og at det regionale nivået hadde en uklar rolle i forhold til fylkeskommunen. Samarbeidet i de regionale helseutvalgene var basert på frivillighet fra fylkeskommunene, og helseutvalgenes myndighet var delegert fra de deltakende fylkene. I de tilfeller der det oppsto uenighet om oppgavefordeling m.v. sto den enkelte fylkeskommune fritt til å trekke seg fra samarbeidet.

Departementets konklusjon var således at de regionale helseplanene hadde vist at det var et stort potensiale for samarbeid og bedre ressursutnyttelse, men at det var behov for standardisering og formalisering. Departementet vurderte dette som en forutsetning for at det regionale samarbeidet ble videreført "fra plan til handling". Den *manglende lovmessige forankringen* av de regionale helseutvalgene ble også sett som et problem i sammenhenger der statlige myndigheter ønsket å desentralisere oppgaver som med fordel kunne løses på regionalt nivå, for eksempel organisering av spesialistutdanningen for leger. Det ble pekt på at dette forutsatte et nivå som oppgavene kunne overføres til, og hvor fylkeskommunene i neste omgang kunne pålegges å samarbeide om felles løsninger. Videre ble det pekt på at et virkemiddel for å bedre regional samordning og sikring av nasjonale prioriteringer ville være å *pålegge* de regionale helseutvalgene å *utarbeide en regional helseplan som ble godkjent av departementet*,

⁶ Departementet viser til følgende forhold:

- Alle ønsker en helsetjeneste som har god kvalitet og sikrer pasientene lik tilgang til tjenester.
- Det er enighet om at et slikt mål krever et bedre og mer forpliktende samarbeid enn i dag, og annen differensiering av funksjoner.
- Regionsykehusene må være regionens kompetansesentrum med viktige oppgaver innen utdanning/etterutdanning og forskning, og med ansvar for å bistå de øvrige sykehusene med spesialistkompetanse etter behov.
- Flere oppgaver kan desentraliseres, noen fra staten; for eksempel deler av spesialistutdanningen og noe fra regionsykehusene; for eksempel koordinering av forsknings- og utviklingsoppgaver.
- Det er bred enighet om at politisk og administrativ aksept på forslagene har avgjørende betydning for mulighetene for å gjennomføre endringer.
- Regionene er også enige om at det politiske og administrative samarbeidet må styrkes.
- Flere av de regionale planene foreslår å endre dagens struktur på akuttberedskapen.

som skulle erstatte fylkenes helseplaner. Det ble varslet at det i den kommende loven om spesialisthelsetjenesten ville bli foreslått bestemmelser som ga departementet adgang til å godkjenne de regionale planene og til å gi regler om planenes innhold og utforming. Den viktigste oppgaven for de regionale helseutvalgene skulle være utarbeiding av regional helseplan. I tillegg skulle utvalgene få en viktig oppgave med fordeling av legestillinger og utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten ut fra kvoter gitt til de enkelte helse-regionene.

Departementet så også et behov for å formalisere sammensettingen og organiseringen av de regionale helseutvalgene. Det ble foreslått at de regionale helseutvalgene skulle være politiske organer, sammensatt av politikere oppnevnt av fylkestingene i hver region. En forutsatte videre at fylkeskommunene skulle være representert med samme antall politikere fra fylkeskommunene, og at fylkesordføreren burde være medlem. Det ble også foreslått at de regionale helseutvalgene skulle ha eget budsjett og et permanent sekretariat som skulle instrueres av og rapportere til utvalget (St.meld. nr. 24 (1996-1997):s. 53ff). Departementet hadde imidlertid ingen hjemmel til å bestemme den regionale organiseringen og sammensetningen av helseutvalgene, eller til å bestemme i hvilke saker det regionale helseutvalget skulle ha rådgivende eller besluttede myndighet. Dette var det opp til fylkene/regionene å bestemme gjennom vedtektene.

På denne bakgrunnen vedtok så Stortinget i 1998 å *lovfeste* de regionale helseutvalgene i lov om sykehus, en lovendring som trådte i kraft fra 1.1.99⁷, og det ble utarbeidet nærmere forskrifter om oppgaver og prosedyrer for utarbeidelsen av helseplaner. I alle helseregionene ble det utarbeidet vedtekter for organiseringen av de regionale helseutvalgene (RHU/RHSU). De regionale helseutvalgene ble politisk sammensatte organer, med representasjon fra de deltakende fylkene i regionen. De kom til å bestå av 3 folkevalgte representanter fra hver fylkeskommune, mens fylkesrådmennene og eventuelt fylkesadministrasjonen utgjorde utvalgenes saksforberedende organer. Det ble videre i varierende grad også opprettet rådgivende utvalg og faggrupper i de enkelte regionene, som enten fungerte permanent eller arbeidet ad hoc med spesifikke faglige problemstillinger.

Den mest sentrale oppgaven for de regionale helseutvalgene ble altså å utarbeide regionale helseplaner. I neste avsnitt går vi nærmere inn på

⁷ Lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern vedtatt 9. juni 1998. Lovbestemmelsene ble videreført i den nye spesialisthelsetjenesteloven av 2. juli 1999, kapittel 5.

de statlige kravene til planprosess og innhold, som ble fastsatt i lov- og regelverk.

2.2 De statlige normkravene til planprosess og planinnhold

Forskriften "Regional helseplan" med merknader ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 1. februar 1999, med hjemmel i lov om sykehus av 19. juni 1969 og lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. Forskriften inneholdt flere styringsformer, både resultat- eller målstyring og prosesstyring. Denne siste styringsformen – prosesstyring - var i sin tur rettet mot to forhold. For det første var den rettet mot selve beslutningsprosessen i det regionale samarbeidet, og for det andre inneholdt den krav til utformingen av de regionale planene. I tillegg til Forskrift om regional helseplan, ga Sosial- og helsedepartementet utfyllende retningslinjer til forskriften i rundskriv 1-19/1999 datert 12. 4. 1999 og rundskriv 1-34/1999 av 29.6.1999. Dette er de tre hovedkildene for beskrivelsen av de statlige normkravene til planprosessen. For å få rammet inn prosessen, beskriver vi først de statlige kravene til den regionale beslutningsprosessen, inkludert bestemmelsene som regulerte statens rolle og myndighet i denne prosessen. Vi beskriver deretter de statlige målkravene, og til slutt kravene til de regionale planenes form.

2.2.1 Krav til planprosessen

Staten organiserte prosessen som en rullerende planprosess med fire årsintervaller spesifisert i en egen plankalender, hvor hovedinnholdet var som følger: De regionale helseutvalgene skulle utarbeide en fire-årig regional helseplan for spesialisthelsetjenestene i regionen, på vegne av fylkeskommunene. I planarbeidet kunne de regionale helseutvalgene og fylkeskommunene også innlede samarbeid med eksterne grupper som universiteter, primærkommuner og brukerorganisasjoner, dersom de fant det hensiktsmessig.

Det første året i planprosessen ble satt til 2000, med 2004 som siste år. I den første planperioden ble 2000 (og i praksis 1999) definert som en planleggingsfase, der også en dialog mellom staten og regionene inngikk som et sentralt element. Etter innstilling og beslutning i regionalt helsevalg og fylkesting mot slutten av året i 2000, endte denne fasen med at Sosial- og helsedepartementet godkjente planene i mars 2001. Departementet skulle i utgangspunktet basere sitt vedtak på planen

som var vedtatt i regionene. Men staten kunne også la være å godkjenne planen. Dette kunne skje i de situasjoner der det var uenighet mellom fylkeskommunene innen regionen om innholdet i planen. For å sikre framdriften i prosessen kunne departementet avgjøre uenigheten på bakgrunn av de fremlagte planene og uttalelsene fra fylkeskommunene. Departementet hadde også anledning til å sende slike planer med uenighet tilbake til regionene med anmodning om fornyet behandling, eventuelt foreta egne undersøkelser eller innhente supplerende informasjon før det fattet vedtak, noe som kunne bidra til at vedtaksprosessen tok lenger tid enn forutsatt i plankalenderen.

Departementet hadde også adgang til å unnlate å godkjenne planer som ikke var i samsvar med forskrifter eller retningslinjer. Dersom det var mindre uklarheter i planen, kunne departementet vedta planen med forbehold om de punktene som ikke var klargjort. Ved vesentlige endringer, skulle departementet forelegge dette for de berørte fylkeskommunene. I tillegg til myndigheten staten hadde til å godkjenne de regionale planene, hadde departementet særskilt fullmakt til å godkjenne nybygg/utbygginger ved enkeltsykehus. Når institusjoner eller helse-tjenester søkte om godkjenning, skulle departementet vektlegge at disse inngikk i vedtatt regional plan.

Etter planleggings- og vedtaksfasen var det forutsatt en gjennomføringsfase som i prinsippet skulle gå ut den første planperioden (2004). Regionene var forutsatt å resultatrapportere gjennomførte tiltak fra og med 2002 (innen 1. mars). Resultatrapportene skulle videre diskuteres på årlige kontaktmøter mellom regionene og departementet i perioden juni-oktober, og rapporteres samlet i St.prp. nr 1 i oktober hver høst. For å få en viss fleksibilitet i planarbeidet, fikk regionene dessuten ansvar for å justere planen dersom forutsetningene for den vedtatte planen ble vesentlig endret, for eksempel ved en endring av fylkeskommunenes økonomiske situasjon. Endringer i den nasjonale helsepolitikken eller i de nasjonale satsingsområdene kunne også medføre at planen burde endres. Departementet ønsket imidlertid å bygge opp en viss terskel for vesentlige endringer. I paragraf 6 i forskriftene het det at vesentlige endringer eller tilføyelser skulle forelegges fylkeskommunene til uttalelse og legges fram for departementet som så skulle avgjøre om vedtatt plan måtte endres i samsvar med forslaget.

Planleggingen for en ny planperiode var forutsatt innledet i 2003 der ny plan skulle utarbeides i 2004 etter malen for arbeidet i 2000 med den første generasjonen av planer. Framdriften i arbeidet i den nye planperioden var ment å være en kopi av den planlagte framdriften i den første planperioden.

Som et ledd i kvalitetssikringen av tiltakene i regional plan, kunne departementet innhente uavhengige vurderinger av tiltakene i planene, før endelig vedtak ble fattet. I tråd med arbeidsfordelingen mellom de sentrale helsemyndigheter, skulle Statens helsetilsyn ha det faglige ansvaret for dette arbeidet (jfr. Brev fra Sosial- og helsedepartementet av 21.10.1999). For ikke å forsinke planprosessene, utarbeidet Statens helsetilsyn høsten 1999 faglige tilrådinge for det regionale arbeidet før planprosessen var kommet i gang for fullt (jfr. Brev fra Statens helsetilsyn av 14.09.99). Tilrådingen omfattet i alt seks områder innen spesialisthelsetjenesten. Tilrådingen gjorde detaljert rede for organiseringen av behandlingstilbudet innen de enkelte områder. Tilrådingen tok gjennomgående til orde for en styrket regional samordning innen sentrale tjenesteområder som fødetilbud/nyfødmedisin, psykiatri, kreftomsorg og utdanning av spesialisert personell. Tilrådingen spesifiserte også hvordan en slik regional samordning kunne skje utfra et medisinsk-faglig perspektiv. På det regionale planet skulle fylkeslegene ha ansvar for kvalitetssikringen ved å inngå i en veiledningsrolle underveis i planprosessene i helseregionene. Fylkeslegene hadde også møte- og talerett i regionalt helseutvalg i alle regionene.

Fylkeskommunene i regionene var pliktig til å legge den regionale helseplanen til grunn for sin drift og videreutvikling av spesialisthelsetjenestene. Gjennomføring av vedtatte tiltak fra planen skulle behandles i fylkeskommunenes ordinære budsjettprosess. Den regionale planen skulle erstatte godkjenning av de fylkeskommunale planene, noe som medførte at det ikke lenger skulle være nødvendig å endre godkjent fylkeskommunal helseplan, dersom fylkene gjennomførte vesentlige funksjonsendringer mellom sykehusene i fylket. Den enkelte fylkeskommune kunne supplere den regionale planen med ytterligere planer for spesialisthelsetjenesten hvis den fant det formålstjenlig. Slike "tilleggsplaner" måtte imidlertid utarbeides i samsvar med, og innen rammene for, vedtatt regional plan.

2.2.2 Statlige målsettinger for regional helseplan

Staten fastslo at planen skulle utformes i samsvar med nasjonale prioriteringer og mål. Substansielt gled imidlertid den statlige målstyringen og de statlige kravene til utformingen av planene over i hverandre, selv om det analytisk er mulig å skille mellom de to forholdene. For fireårsperioden fra 2001 til utgangen av 2004, hadde departementet valgt ut de tre hovedområdene (i) bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene, (ii) kreftbehandling og (iii) psykisk helsevern.

Når det gjelder *funksjonsfordeling* var utgangspunktet hovedkonklusjonen i St. Melding nr 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet." Her heter det at de samlede ressurser, herunder helsepersonell, utnyttes for dårlig. Departementet oppsummerer problembeskrivelsen slik:

Det er behov for bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene, og bedre skjerming av planlagt virksomhet.

Hensynet til bedret funksjonsfordeling skulle også stå sentralt ved nybygg/ombygging ved sykehus - noe departementet antok kom til å bli en svært kostnadskreven virksomhet fram mot 2010. En kartlegging av fylkeskommunens planer viste en samlet kostnadsramme fram til 2010 på minst 30 milliarder kroner. Den regionale planprosessen skulle være det viktigste virkemiddelet for å vurdere de virkelige behovene for slike utbyggingsprosjekter. Som ledd i dette arbeidet, påla departementet regionene å analysere behovet for senge- og behandlingsskapasitet i et langt tidsperspektiv, anslagsvis fram til 2015/ 2020.

Innen *kreftbehandling* ble det lagt vekt på økt samordning og arbeidsdeling mellom sykehusene, slik at pasientene møter best mulig kvalifisert personell. Dette er i tråd med St.prp. nr 61 (1997-98): "Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus." Departementet ønsket en viss sentralisering av visse behandlingsformer innen kreftomsorgen, blant annet kirurgi, og en desentralisering av andre behandlingsformer som strålebehandling og lindrende tiltak. Lindrende tiltak mente departementet kunne spres fra regionsykehusene til fylkeshelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Målene for regionenes arbeid med *psykisk helse* ble tett koblet til målene i "Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006." Fylkeskommunene skal utarbeide planer for utbygging av det psykiske helsevern for voksne, og for barn og unge. Departementet legger blant annet vekt på at psykiatrien må samarbeide mer både regionalt og faglig. Det ønskes mer samarbeid mellom voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien, og mer samarbeid mellom psykiatrien og nærliggende sektorer som rusomsorg og barnevern. Departementet forventet at fylkeskommunene innen det psykiske helsevernet samordnet sine utbyggingsplaner med de andre fylkeskommunene i regionen. Både i arbeidet med kreft og psykisk helsevern ble regionene pålagt å vurdere det framtidige behovet for behandlingsskapasitet i regionen.

I tillegg forventet departementet at regionene planla *regionale tiltak* som kunne styrke kompetanseoppbygging blant helsepersonell, eller

andre samordningstiltak av regional karakter. Regional helseplan skulle også være viktig som beslutningsgrunnlag for fordeling av legespesialister. Det skulle skje ved at departementet skulle fastsette årlige rammer for nye stillinger og avtalehjemler fordelt på de medisinske spesialitetene, mens de regionale helseutvalgene skulle fordele stillingene videre på institusjoner.

2.2.3 Krav til planens utforming – omfang og innhold

Staten stilte også en rekke krav til utformingen av selve planen både når det gjaldt omfang og innhold. Planen skulle være kortfattet (ca 30 sider), og ha tre deler. I den første delen skulle status og premissene for planarbeidet fastsettes innen en ramme på 3 sider. Hensikten med denne delen var å få beskrevet det eksisterende apparatet hva gjelder organisering, kostnader og faglig tilbud, og å drøfte i hvilken grad apparatet bidro til å møte behovene i befolkningen. Selv om den regionale planen og behovsanalysen var rettet mot spesialisthelsetjenesten, forutsatte departementet i tillegg at planarbeidet skulle ses i sammenheng med tilbudet innen primærhelsetjenesten. I den grad fylkeskommunene dekket sitt behov for spesialisttjenester i et samarbeid med private tilbydere, skulle dette også inngå i behovsanalysen.

Det skulle også gis en oversikt over tiltak og endringer som allerede var vedtatt, og planlagt gjennomført i første planperiode. Regionene skulle dessuten redegjøre for sentrale utfordringer for senge- og behandlingsskapasitet i spesialisthelsetjenesten på lengre sikt innen en tidshorison på 15-20 år på bakgrunn av forventet utvikling innen demografi, sykdomsutvikling, medisinsk-faglig utvikling, primærhelsetjenesten, nasjonal helsepolitikk eller andre relevante forhold.

Det andre delen skulle beskrive langsiktige mål og satsningsområder fram til 2015/2020 sett i lys av framskrivingen under del 1, samt målene for planperioden. Disse siste skulle være de nasjonale målene referert over, eventuelt supplert med regionalt definerte mål. For i størst mulig grad å sikre at regionene realiserte målene, ville departementet at det for hvert av målene skulle angis konkrete strategier og tiltak for å nå målene. Tiltakene skulle også underbygges ved analyser/undersøkelser. Analysene skulle blant annet inneholde anslag for mulig endring av kapasiteten i spesialisttjenestene som følge av endret funksjonsfordeling, for eksempel endring av arbeidsoppgavene mellom institusjoner, og etablering av samarbeidsordninger mellom sykehusene. De økonomiske (drifts- og investeringskostnader) og personalmessige konsekvensene av tiltakene skulle også beregnes, og leg

ges inn i planen i tillegg til tidsplan. Avklaring av ansvaret mellom fylkeskommunene for gjennomføring av tiltaket skulle i tillegg klargjøres.

Del 3 av planen skulle være den operative delen. På bakgrunn av tiltakene under del 2, skulle regionen utarbeide en prioritert tiltaksplan for gjennomføring i planperioden langs de parametre som var anført under del 2 (økonomiske følger, personalmessige følger, tidsplan, ansvarsavklaring osv).

2.3 Vurdering av den statlige styringsstrategien

Gjennomgangen over viser vegen fra beskrivelsene av problemene i spesialisthelsetjenesten i St. meld. nr. 24 (1996-97) til formaliseringen av det regionale helsesamarbeidet i 1999 som et svar på disse utfordringene. Statens styringsambisjon ble klart uttrykt i de statlige kravene til planprosedyre, og ikke minst planinnholdet, slik dette kom til uttrykk i instruks og rundskriv. Ambisjonene om detaljert og konkret statlig styring ble underbygd gjennom statens ønske om løpende oppfølging av planarbeidet (blant annet ved møter og skriftlige kommentarer til planene) og endelig godkjenning av planene fra statens side. Staten ønsket med andre ord å styre både i forkant, undervegs og i etterkant av planarbeidet i regionene.

Staten ønsket et samarbeid på bred front. En ønsket et samarbeid som både omfattet arbeids- og funksjonsfordeling, styrking av kreftomsorgen og psykisk helsevern samt eventuelle regionale satsingsområder. Parallelt med å arbeide for bedre arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av tjenesteområde, skulle andre felt som kreft, psykiatri og ulike regionale satsinger styrkes og bygges ut. Regionene skulle med andre ord bygge ut tjenestetilbudet og spesialisere sykehusstrukturen samtidig. Dette brede perspektivet representerte både en styringsutfordring på statlig side, og en planleggingsutfordring ute i regionene. En annen utfordring var knyttet til begrepet arbeids- og funksjonsfordeling som var vanskelig å definere faglig.

3 Teori

3.1 Innledning

Evalueringsteamet valgte å benytte to ulike teoretiske innfallsvinkler for å utlede forventninger til og forstå innholdet i det regionale helsesamarbeidet i evalueringsperioden. Hensikten var ikke primært å teste de ulike teoretiske perspektivenes forklaringskraft, men å bruke dem som supplerende eller utfyllende teoretiske perspektiver for å forstå mest mulig av de empiriske observasjonene.

Vi vil for det første sette det regionale helsesamarbeidet inn i en institusjonell kontekst, ved hjelp av en organisasjonsteoretisk tilnæringsmåte. Vi bruker *institusjonsmodellen* som betegnelse på denne innfallsvinkelen. Den andre teoretiske innfallsvinkelen framhever interessehevding og interessemotsetninger mellom de ulike aktørene. Vi kaller dette en *interessentmodell*.

3.2 Regionalt helsesamarbeid som planlegging i en institusjonell kontekst: Institusjonsmodellen

I dette perspektivet settes det regionale helsesamarbeidet inn i en institusjonell kontekst, der formelle og uformelle strukturer legger føringer på mulighetene for å få til et regionalt samarbeid. Det settes fokus på de institusjonelle rammene og normene som det regionale helsesamarbeidet skulle operere innenfor. Disse ga muligheter for, men kunne også representere barrierer for å få til et vellykket regionalt helsesamarbeid.

Flere institusjonelle forhold kunne påvirke resultatet av planleggingen. Det fylkeskommunale regionale helsesamarbeidet skulle foregå innenfor rammen av et etablert demokratisk styringssystem i

fylkeskommunene. Noe tilsvarende finnes som kjent ikke på regionnivå. I fylkene var det også et administrativt apparat for å ivareta oppgavene innenfor helsetjenesten. Alle disse forholdene satte rammer for den regionale planleggingen. Planleggingen skulle skje utenfor de etablerte institusjonene i fylkene og på statlig nivå, og den var avhengig av hvilken respons den møtte i fylkene.

Innenfor et rasjonelt/instrumentelt organisasjonsperspektiv settes det fokus på hvordan den formelle organisasjonsstrukturen og endringer i denne påvirker tanke- og handlingsmønsteret i organisasjoner (Egeberg 1984, 1989; Scott 1981). Dette perspektivet ligger til grunn for reformens handlingslogikk. Den var bygd på en forventning om klare årsak-/virkningsforhold mellom formelle endringsimpulser på den ene siden og en vitalisering av det regionale samarbeidet på den andre. En forventet at designet av reformen ville skape rasjonalitet gjennom kanalisering av ressurser mot et på forhånd oppsatt mål.

Med lovfesting av regionalt helseutvalg og regionale helseplaner ble de formelle føringene på det regionale helsesamarbeidet mye sterkere enn tidligere. Vi forventet derfor en klar sammenheng mellom de formelle endringsimpulsene og de regionale helseutvalgenes og fylkeskommunenes handlingsmønster.

Én måte å beskrive organisasjoner og beslutningsprosesser på er ved hjelp av fire grunnelementer eller såkalte "strømmer" (Cohen et al. 1972; March og Olsen 1976). De fire grunnelementene er:

- En strøm av beslutningsmuligheter; dvs. en situasjon hvor det forventes at det blir truffet en beslutning eller et valg. I vår sammenheng vil situasjoner knyttet til valg og vedtak om innholdet i regional helseplan være en slik beslutningsmulighet.
- En strøm av problemer. Et problem innebærer at det er en avstand mellom status og ønsket situasjon eller mål. Beslutningsmuligheter gir en organisasjon muligheter for å lufte sine problemer, eller løse problemer. I det regionale helsesamarbeidet ble flere generelle problemer definert sentralt gjennom statens beskrivelse av det en oppfattet som sentrale problemer i spesialisthelsetjenesten, blant annet i St.meld. nr. 24 (1996-97). Det fantes også regionalt definerte problemer, som skulle danne bakgrunn for de regionale satsningsområdene.
- En strøm av løsninger. En løsning kan være et svar på noens problem; dvs slik at avstanden mellom status og ønsket situasjon reduseres. I det regionale helsesamarbeidet var løsningene de

tiltak som regionene og staten argumenterte for og gikk inn for i planen.

- En strøm av deltakere. Deltakerne har gjerne to hovedkjennetegn. De bringer med seg kunnskap og ferdigheter i en beslutnings-situasjon, og de er bærere av bestemte problemer og løsninger. Det regionale helsesamarbeidet omfattet en rekke deltakere som brakte med seg ulike problemer og løsningsalternativer inn i det regionale helsesamarbeidet.

Gjennom organiseringen av det regionale helsesamarbeidet og de føringer som ble lagt på beslutningsprosessen ble adgangen for og sammenkoplingen av deltakere, problemer, løsninger og beslutningsmuligheter regulert. Som vist i kapittel 2.2 la staten en rekke normkrav på planprosess og -innhold i forbindelse med utarbeidelsen av regionale helseplaner. Det ble lagt klare føringer på hvem som skulle og kunne delta i planarbeidet. Normene for utformingen av planene var svært detaljerte, og mål- og løsningsalternativer var klart beskrevet. I sum fremstod derfor beslutnings- og aksess-strukturen som relativt stramt regulert⁸, som kunne drive det regionale helsesamarbeidet framover.

Den formelle organiseringen kunne imidlertid også representere en ”barriere” for det regionale samarbeidet. Regionnivået utgjorde, (da som nå), ikke noe sjølstendig demokratisk nivå. Den makt og myndighet som det regionale helseutvalget hadde, var delegert myndighet fra de deltakende fylkeskommunene. Dermed var heller ikke politikerne i de regionale helseutvalgene regionbefolkningens utkårne, men representanter for de fylkene de kom fra. Dette innebar at politikerne kanskje primært ville ha sin lojalitet overfor velgerne i sine respektive hjemfylker, og ikke til befolkningen i regionen som sådan. Dette kunne komme til å legge visse begrensninger på hvor langt politikerne var villige til å samarbeide på tvers av fylkesgrensene. Velgerne ville nødvendigvis ikke premiere politikere som oppnådde resultater på vegne av hele regionen.

Fylkeskommunene kunne også representere en organisatorisk barriere i iverksettingsprosessen. De regionale helseutvalgene hadde ikke noe omfattende eget administrativt apparat som kunne sikre iverksetting - kun sekretariatene som var av en begrenset størrelse. For øvrig var de avhengig av den fylkeskommunale helseadministrasjonen. Videre var

⁸ Aksess-strukturen regulerer defineringen av problemer og løsningsalternativer, mens beslutningsstrukturen regulerer deltakelse og aktivisering (March og Olsen 1976).

de regionale tiltakene avhengig av å bli integrert i det ordinære fylkeskommunale budsjettarbeidet. Det var også et spørsmål om den øvrige helseplanleggingen ville la seg integrere og underordne den regionale helseplanleggingen, slik intensjonen var.

Det ny-institusjonelle organisasjonsperspektivet legger i større grad enn det rasjonelle/instrumentelle organisasjonsperspektivet vekt på de uformelle sidene og den historiske kontekst som organisasjoner opererer innenfor (Selznick 1957; March og Olsen 1989). Dette perspektivet bygger på flere grunnleggende antakelser. Den ene er at normer styrer handlinger – og at disse normene kan være lite påvirkelige av formelle endringer i organisasjoner. Dette fordi de ofte er uformelle normer som lever sitt liv uavhengig av den formelle organisasjonen. Når staten prøvde å vitalisere den regionale helseplanleggingen, var det ikke usannsynlig at den kunne komme til å støte på normer og oppfatninger i kommuner og fylkeskommuner som gikk på at dette ikke var et godt og fornuftig tiltak.

Gjennom erfaring dannes det dessuten gjerne forestillinger om hva som er passende, eller rette/gale måter å handle på. Etablerte organisasjoner endrer seg derfor ofte ikke raskt og effektivt. Tilpasningen til omgivelsene følger gjerne en sti-avhengig utvikling, der det ikke er plass for de raske bruddene og endringene (Krasner 1988). Dersom samarbeidet mellom fylkene hadde funnet sin form over år, er det også sannsynlig at det kunne ta tid å vitalisere helsesamarbeidet – selv om det ble brukt en rekke formelle endringsimpulser.

Det ny-institusjonelle perspektivet fokuserer med andre ord på at endring tar tid, og at det ofte ikke er mulig å få til radikale kursendringer på kort tid. De fleste organisasjoner vil imidlertid ofte være stilt overfor forventninger fra omgivelsene. Disse kan endres selv om organisasjonen innad i høy grad er preget av stabilitet. I en slik situasjon kan symbolproduksjon bli en måte å sikre organisasjonen legitimitet i omgivelsene på (Meyer og Rowan 1991). Den kan søke å gi et inntrykk utad av å være noe annet enn hva den faktisk er. Jo løsere koblet målene for det regionale helsesamarbeidet og effekter i omgivelsene eventuelt viser seg å være, desto mer nærliggende vil det være å tolke dette i et symbolsk perspektiv. I dette perspektivet kan responsene i fylkeskommunene ses på som symbolproduksjon – der det lages planer og uttrykkes vilje til samarbeid, men der lite av reformarbeidet får noe reelt og konkret uttrykk på handlingsplanet. Det blir med markeringene for å tekkes den reformivrige stat, mens livet går sin vante gang i fylkeskommunene.

3.3 Regionalt helsesamarbeid som interessehevding: Interessentmodellen

Dette perspektivet framhever interessehevding og interessemotsetninger mellom ulike aktører. Handlingsteoretisk forutsettes det at aktørene innenfor det regionale helsesamarbeidet forfølger egendefinerte interesser basert på rasjonelle valg. Målet for aktørene er å maksimere egne interesser. Partene vil forfølge løsninger som tjener deres interesser. I den utstrekning det er motstridende interesser og dermed også ulike løsningsforslag, kan partene inngå i forhandlinger for å komme fram til enighet.

Handlingslogikken i forhandlinger kan imidlertid variere. I forhandlingsteorien skilles det mellom ytterpunktene tautrekkingsorienterte og samarbeidsorienterte forhandlinger. Forhandlinger preget av tautrekkinger kjennetegnes av at partene primært ønsker å forfølge egne interesser. Fagkompetanse, formelle posisjoner, politisk tyngde, samarbeid med andre, penger etc. er eksempler på ressurser i kampen mellom ulike grupper. Partenes primære målsetting er å få gjennomslag for sine interesser. Sekundært ønsker man å inngå kompromisser. Slike kompromisser, eller "gi og ta utfall" har derfor rasjonalitetsdefekter, fordi det er løsninger som ingen er helt tilfreds med (Eriksen 1993:38).

Motpolen til tautrekkingsforhandlinger er samarbeidsorienterte forhandlinger. I en slik situasjon ser aktørene på hverandre som partnere, eller i hvert fall som potensielle partnere. Virkemidlene er gjerne overbevisning og argumentasjon for egne interesser. Slike forhandlingsmodeller har grensesnitt mot andre oppfatninger av kollektiv problemløsning, slik som ideene om deliberativ politikk – der det beste argumentets tvang og ikke "gi og ta" kan samle deltakerne om utfall som de alle oppfatter som rimelige.

Verken organisasjonsteori eller forhandlingsteori sier imidlertid mye om sammenhengen mellom politikkenes innhold/løsninger/tiltak og egenskaper ved prosessen (dvs. konfliktnivå, hvilke aktører som engasjerer seg, når disse engasjerer seg osv). Her kan "policy"-tradisjonen innenfor statsvitenskapen gi et nyttig bidrag. Denne retningen spissformuleres gjerne til "policies determine politics". I vår sammenheng vil denne retningen bidra til å koble sammen det organisasjonsteoretiske eller institusjonelle perspektivet og interessent-perspektivet.

Ted Lowis typologi (1964) for offentlig politikk der aktørene forfølger bestemte interesser, er et svært sentralt bidrag innenfor slik policy-analyse. Typologien brukes til å generere hypoteser om sammenhenger mellom politikktype og forholdet mellom aktørene.

Lowi deler politikk i tre grove kategorier: *Fordeling, regulering og omfordelingspolitikk*. Disse kategoriene er konstruert utfra antakelsen om at politikktypene har ulik innvirkning på samfunnet, eller mer spesielt på arenaene eller møteplassene i den offentlige politikken. Antakelsen er at "policies determine politics" på den måten at politikkenes innhold bestemmer trekk ved beslutningsprosessen og forholdet mellom aktørene. Kjernepunktet er at aktørene forholder seg til hverandre på forskjellig måte fordi de blir berørt på ulik måte av de tre politikktypene. Konkret innebærer det et fokus på hvem som er aktørene, graden av konflikt/samarbeid, graden av stabilitet/uforsikbarhet i beslutningsprosessen og hvilket beslutnings-/forvaltningsnivå som er det sentrale. Fordelingspolitikk er mest konfliktfritt, mens omfordelingspolitikk er mest konfliktfylt.

Fordelingspolitikk er politikk der enkeltgrupper blir tildelt ressurser, men der enkeltaktørene sjelden kommer i kontakt med hverandre, slik at muligheten for drakamp om ressursene ikke er tilstede. Fordelingspolitikken kan være så fragmentert at aktørene som mottar støtte, ikke behøver å oppleve at det dreier seg om noe mer enn enkeltvedtak frikoblet fra en samlende politikk. Statens støtte til kommunene på begynnelsen av 1900-tallet er nevnt som eksempel på dette. Bevilgningene var rettet mot akutte problemer uten tanke på omfordeling eller med hjemmel i formelle normer som forskrifter og lover.

Reguleringspolitikk kan betraktes som en raffinering av fordelingspolitikken. Det særegne ved reguleringspolitikken, fortsatt i følge Lowi, er at individuelle tildelinger blir fattet på grunnlag av generelle regler og prinsipper. Reguleringspolitikken innebærer, i motsetning til fordelingspolitikken, et bevisst og åpent valg om hvem som skal bli tildelt et gode på bekostning av andre. Reguleringspolitikk er i sin idealtypiske form en weberiansk subsumpsjonspolitik. Enkeltvedtak skal hjemles i mer generelle regler for å hindre vilkårligheter og forskjellsbehandling. Tildelingskriteriene i regelverket gjør at grupper av aktører kan identifisere felles interesser, og det er rasjonelt å inngå koalisjoner. Reguleringspolitikk kan derfor være mer konfliktpreget enn fordelingspolitikk.

Omfordelingspolitikk er mest konfliktfylt. Kjennetegnet ved denne type politikk er at goder eller fordeler blir gitt til noen grupper, mens kostnadene blir belastet andre grupper. Omfordeling reiser spørsmålet

om prioritering av ressurser. Hvem som vinner, og hvem som taper kan i mange situasjoner være relativt lett å se. Omfordelingspolitikk har derfor i seg et vedvarende potensiale for konflikt, som i sin ytterste form kan true den politiske orden. Men selv om ikke "systemet" er truet, kan omfordelingspolitikk ha så store omkostninger at det kan være rasjonelt for partene å organisere klare omfordelingssaker bort fra dagsorden. Omfordelingspolitikk blir erstattet med fordelings- og reguleringspolitikk som har mindre omkostninger. Aktører som har en slik makt til å regulere dagsorden, har dermed en viktig ressurs innen en maktarena. En annen opsjon aktørene har, er å "vanne ut" omfordelingen ved å gjøre ressursflyttingen til et element blant andre og mindre brennbare forslag, som ikke flytter ressurser mellom grupper. Dette er strategiske tilpasninger som Lowi selv har vært opptatt av.

En tredje form for tilpasning med sikte på å minske konfliktpotensialet i omfordelingspolitikk, er å aktivt organisere vedtaksprosessen på en slik måte at de som vil tape på en omfordeling, blir trukket aktivt inn i arbeidet, for eksempel i en utredningsfase (koopteringsstrategi). I tillegg til å gi et bedre beslutningsgrunnlag, kan det gjøre prosessen mer legitim for de som isolert sett vil tape på en omfordeling. Graden av formalisering kan variere fra en tilnærmet permanent korporativ organisering, til løse og mer ad hoc-pregede saksbaserte nettverk.

En forfatter som har videreutviklet Lowis kategori "omfordelingspolitikk" er James Wilson (1973). På en enkel og fruktbar måte har han laget en kategorisering basert på nytte/kostnadstankegang. Hans utgangspunkt er at kostnadene ved et offentlig tiltak kan være fordelt mer eller mindre jevnt blant befolkningen; det gjelder for eksempel den generelle skattebyrden. Eller de kan være sterkt konsentrert til noen grupper. På samme måte kan fordelene ved et tiltak være spredt eller konsentrert fordelt. I begge tilfeller kan denne betraktningen være analytisk fruktbar, kanskje særlig når det gjelder materielle sider ved offentlig politikk. Modellen nedenfor oppsummerer hans tankeskjema:

Figur 3.1 *James Wilson's modell for kostnader og nytte ved offentlig politikk*

		Kostnader	
		<i>Spredt</i>	<i>Konsentrert</i>
Nytte	<i>Spredt</i>	1	3
	<i>Konsentrert</i>	2	4

Wilson's første antakelse er at en politikk som medfører stor spredning av så vel kostnader som nytte (1), ikke vil medføre særlig store konflikter. Han antar at denne typen politikk har lett for å få en institusjonell forankring, uten noen aktiv medvirkning rundt prosessen. Universelle velferdsgoder kan stå som et eksempel. Den direkte motsetningen til denne harmonitilstanden finner vi i kategori fire. Her kommer nytten til gode for *en* gruppe, mens en annen blir belastet kostnadene. Ifølge Wilson vil denne situasjonen skape konflikt. Både i sitt innhold og i sine antatte virkninger står denne kategorien nær opp til det Lowi kaller omfordelingspolitikk. Men det kan også være asymmetri mellom kostnader og nytte. Nyttens kan være konsentrert, mens kostnadene er spredt (2). Siden kostnadene er spredt antar Wilson at denne politikktypen ikke vil generere særlig konflikt. Mobiliseringen vil være størst blant de som er mottakere av fordelene, mens den vil være begrenset blant de som bærer kostnadene siden disse er spredt på mange. Langt høyere vil sannsynligvis konfliktnivået være når nytten er spredt, mens kostnadene er konsentrert. Da er det rimelig å vente stor mobilisering fra de som må bære byrdene, mens nytten vil være så spredt at det ikke vil være noen klar og sterk mobilisering blant de som mottar fordelene av politikken.

Hvis vi anvender Lowis og Wilsons modeller på det regionale helse-samarbeidet, vil vi forvente at forslag om endringer i sykehusstrukturen vil være konfliktfylte, særlig om de representerer en *sentralisering/konsentrasjon* av bestemte tjenestetilbud. Da vil noen rammes hardt (de som mister et tjenestetilbud), samtidig som nytten konsentreres. Regioner som har arbeidet med forslag om sentralisering og konsentrasjon av bestemte sykehusfunksjoner, kan derfor forventes å ha hatt et mer konfliktfylt planforløp enn andre regioner. Den klassiske situasjonen her vil være fagfolk og lokalsamfunn som kjemper

mot nedleggelse av lokalsykehuset, eller bestemte tjenester som fødeavdeling, akuttfunksjon og lignende.

En alternativ strategi kan gå ut på å desentralisere tjenestetilbudet i større grad slik at tjenestene spres og blir mer tilgjengelige for en større andel av befolkningen. På den måten spres nytten til nye grupper. Bærer alle fylkeskommunene eller staten kostnadene vil disse bli spredt på mange. Dermed ligger det til rette for samarbeid. Det er snakk om å bygge ut tjenestetilbudet, ikke redusere eller sentralisere tilbudet.

Hvilke forventninger kan vi ha til utformingen av politikerrollen innen et slikt interesseparadigme? Vi vil i utgangspunktet anta at politikerne primært handler på en måte som maksimerer deres muligheter for gjenvalg slik det gjøres i tradisjonen fra Schumpeter og Downs. (Schumpeter 1943, Downs 1957). Det blir derfor rasjonelt for politikerne å gå i mot forslag som gjør at de mister velgere. Politikerne blir ikke integratorer og støttespillere til regionalt samarbeid hvis de mener at "deres" fylkeskommune kan tape på et forslag.

Innen et så stort område som et fylke kan det også tenkes å komme opp forslag om å flytte virksomhet fra en del av et fylke, til en annen del av et fylke. Fylkespolitikere kan i en slik situasjon bli fylkesdelspolitikere. Det er enighet om at dette er en blant flere forklaringer på at Norge har hatt en desentralisert sykehusstruktur som til dels dupliserer ulike oppgaver (Baldersheim 1997). Forslag om å endre funksjonsfordelingen mellom sykehus innad i det enkelte fylke kan derfor komme på tvers av politikernes incentiver. Vi antok i tråd med dette at politikerne ville gå i mot slike forslag. Politikere kan derimot blir ivrige regionale politikere og støttespillere til saker der deres eget hjemfylke eller deres egen del av fylket kan tjene på en funksjonsendring mellom sykehus. Dersom de så at regionalt samarbeid var det som tjente pasientene best, også i eget fylke, forventet vi at de ble ivrige regionale politikere.

Statens interesser kan imidlertid påvirke både politikerrolle, prosess og resultat. Gjennom formaliseringen av det regionale samarbeidet, kravene til utforming av de regionale planene (med tiltaksdel) og den statlige godkjenningsretten, signaliserte staten tydelig at den hadde interesse av resultater. Staten kunne gripe inn direkte i prosessen dersom ikke fylkene produserte tiltak på tunge områder, for eksempel sykehusstruktur. Dersom fylkene ikke ønsket dette, kunne det gjøre det rasjonelt for politikerne å handle strategisk ved å foregripe statlige reaksjoner gjennom å støtte opp om det regionale samarbeidet. Det statlige "riset bak speilet" gjør at vi i sum fikk usikre prediksjoner for

politikerrollen og selve prosessen. Politikerne hadde både incentiver til å holde igjen på forslag om strukturendringer, ta en konflikt med andre fylker, eller eventuelt holde konfliktfylte saker borte fra dagsorden. På den annen side hadde de klare incentiver til å gjøre noe for å unngå en enda verre situasjon, nemlig at staten grep inn i prosessen. Resultatet kunne bli en strategi der "vi gjør noe, men ikke alt". Man gjør "noe" for å vise handling i forhold til staten, men "ikke alt", fordi det i neste instans kunne underminere fylkeskommunens eksistens som selvstendig forvaltningsnivå – den modellen som det regionale helsesamarbeidet var tuftet på.

4 De ulike helseregionene – noen hovedtrekk i samarbeidet

4.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi for hver av de fem regionene presentere noen hovedtrekk i samarbeidet fra 1995 til utgangen av 2001. Empirien dekker således både den siste planperioden innenfor det frivillige samarbeidet (1995-1999) og de tre årene med lovpålagt samarbeid (1999-2002). Hovedvekten legges på de tre årene med lovpålagt samarbeid, men for å forstå bakgrunn og status ved oppstarten av planarbeiden, eller forhistorien i den enkelte region, har vi på bakgrunn av empiri samlet inn i forstudien⁹, også beskrevet noen hovedtrekk i det frivillige samarbeidet.

Beskrivelsene av det lovpålagte samarbeidet vil først omfatte utarbeidelsen av helseplanene, dernest innholdet i de regionale helseplanene. Vi beskriver organiseringen av planarbeidet, deltakelses- og innflytelsesmønstre, det regionale samarbeidets yttergrense, og hovedprioriteringene i planen. I siste del av beskrivelsene vil vi for hver region se nærmere på hvordan en kom i gang med i verksettingen av planen – før de regionale helseutvalgene og sekretariatene ble nedlagt og staten overtok eierskapet til sykehusene, organisert som regionale helseforetak.

For å få frem hovedtrekkene i den enkelte region, kan de ulike sidene ved samarbeidet være tillagt noe forskjellig vekt i regionbeskrivel

⁹ Jfr. Finstad N., Kjenslie B., Lie T., Opedal S. og Østtveiten H. (2000): *”Evaluering av regionalt helsesamarbeid. En forstudie”*. Samarbeidsrapport 2000 NIBR/RF/NF

sene. Hoveddisposisjonen for kapitlet er imidlertid den samme på tvers av regionene.

4.2 Helseregion Sør

4.2.1 Om regionen

Helseregion Sør omfattet fra 1. januar 1999 fylkene Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Til sammen omfattet regionen 877 915 innbyggere og var dermed den tredje største etter Helseregion Øst og Helseregion Vest.

Utgangspunktet for det regionale samarbeidet i Helseregion Sør var en sykehusstruktur bestående av fem sentralsykehus, åtte lokalsykehus og tre spesialiserte sykehus. Regionsykehustjenestene ble dekket av Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospitalet. Antallet lokalsykehus varierende fra ingen i Aust-Agder til tre i Buskerud og Telemark om vi tar med Kragerø kombinerte helseinstitusjon og Hallingdal sjukestugu.

4.2.2 Frivillig samarbeid

Tidligere bestod Helseregion Sør av ytterligere to fylkeskommuner; Akershus og Østfold i den daværende helseregion 2. De sju fylkeskommunene samarbeidet allerede fra midten av 1970-tallet med utgangspunkt i Stortingsmelding nr 9 (1974-75) *Sykehusutbygging mv. i et regionalisert helsevesen*. Dette frivillige samarbeidet ble ivaretatt av et regionalt helse- og sosialutvalg. Utvalget var et fellesorgan med hovedutvalgsleiderne fra de sju helse- og sosialutvalgene, fylkeshelse-sjefer, direktørene ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet, representanter for Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes sentralforbund, Universitetet i Oslo og fylkeslegene. Utvalget hadde ingen vedtekter eller formelle bindinger eller myndighet.

Allerede på 1980-tallet var det en økende erkjennelse i fylkeskommunene i region 2 om at planforutsetningene som opprinnelig var lagt, bare delvis ble fulgt opp. Samarbeidet fungerte dermed ikke som ønskelig. Etterhvert stoppet også fylkeskommunenes innsendelse av rullerte helseplaner til Sosial- og helsedepartementet opp.

Ved første halvdel av 1990-tallet skjedde det en gradvis oppgradering av samarbeidet i Helseregion 2. Etterhvert ble det blant annet samarbeidet om felles utforming av avtaler, høringer og forhandlinger. Det ble også iverksatt et prosjekt for å utforme en felles regional helse- og

sosialplan og en endring i organiseringen av samarbeidet. I noen grad var dette et arbeid som ble drevet fram lokalt og til dels i forkant av det statlige initiativet om å revitalisere det regionale helsesamarbeidet.

De første vedtektene for det regionale helseutvalget ble utarbeidet på bakgrunn av rundskriv 1-42/93 fra Sosial- og helsedepartementet. Utvalget fikk en rådgivende funksjon knyttet til samordning, nettverkssamarbeid og funksjonsfordeling. Det skulle også gi tilrådinger i utbyggingssaker og vurdere pasientstrøm og ressursbruk i fylkeskommunenes bruk av regionhelsetjenester. Til sist skulle det sørge for at det ble etablert faglig samarbeid innad i regionen, samt utarbeide planer for regionale utdanningstilbud til helsepersonell.

I 1994 ble det bestemt at det skulle utarbeides en regional helseplan. I desember 1996 behandlet og godkjente fylkestingene forslaget til ny regional plan og en endring i organiseringen av samarbeidet. Det var spesielt for helseregion 2 at den regionale planen tok utgangspunkt i utredninger fra 14 fagråd som utarbeidet delrapporter på sine fagområder.¹⁰ Totalt bestod rådene fra 12 til 19 medlemmer (årsmelding 1998).

Det regionale helseutvalget ble i 1996 rendyrket ved at kun politikerne fikk forslags- og stemmerett, mens de øvrige medlemmer kun fikk møte- og talerett. Antallet politikere ble også økt slik at hver av fylkeskommunene ble representert med tre folkevalgte. Fylkeshelse-sjefenes rolle ble endret ved at de gikk ut av utvalget og i stedet ble det administrative forberedende organ som fylkesrådmennenes representanter (fylkesrådmannskollegiet). Sykehusdirektørene møtte i kollegiet etter avtale med møte- og talerett, mens sekretariatsleder hadde møte-, tale- og forslagsrett.

En tråd i samarbeidet mellom fylkeskommunene var at det skulle dekke hele spekteret av sosial- og helsetjenester. Regionalt helse- og sosialutvalg i helseregion Sør arbeidet derfor med alle felter slik som somatikk, psykiatri, barne- og familievern, russektoren og tannhelsetjenesten. Det innebar stor bredde i hvilke regionale saker som ble tatt opp.

¹⁰ Disse fagrådene ble i utgangspunktet satt sammen av følgende representanter: 1 fra hver fylkeskommune, fra regionsykehusene; 1-2 fra Rikshospitalet, 0-2 fra Radiumhospitalet, 1 fra primærhelsetjenesten fordelt geografisk i regionen, 1 fra sykepleietjenesten i kliniske fagområder og 0-2 fra øvrig behandlingsapparat.

4.2.3 Lovpålagt samarbeid

Planprosessen

I forbindelse med at det regionale helseutvalget ble lovpålagt og pliktet å utarbeide regionale helseplaner, ble det foretatt en endring i de geografiske grensene i helseregion 2. Akershus og Østfold gikk ut og ble innlemmet i Helseregion Øst. Denne revisjonen av region-grensene ble gjort gjeldende fra 1.1.1999. Det innebar for Helseregion Sør at ikke noen av fylkene hadde regionsykehus. Regionen hadde imidlertid et formelt samarbeid med Radiumhospitalet og Rikshospitalet. I 1999 ble det også avtalt et fortsatt samarbeid med Østfold og Akershus når det gjaldt fritt sykehusvalg og representasjon i fagrådene.

Med virkning fra 1.1.1999 ble det foretatt en revisjon av vedtektene og utvalgets beslutningsmyndighet ble i samsvar med statlig instruks utvidet.¹¹ Mandatet for arbeidet med den nye regionale helseplanen ble vedtatt av Regionalt helse- og sosialutvalg i april 2000, og etter en utrednings- og høringsrunde ble planen endelig vedtatt i Regionalt helse- og sosialutvalg 20. desember 2000, etter behandling i fylkestingene. Deretter ble planen oversendt departementet for godkjenning.

Planorganisasjonen i Helseregion Sør bestod av 19 fagråd og to arbeidsgrupper, Råd for utdanning, rekruttering og forskning (RURF), fylkesrådmannskollegiet (FRK) og regionalt helse- og sosialutvalg (RHS)¹². Gjennom disse organene ble en rekke faglige, administrative

¹¹ Beslutningsmyndigheten omfattet: Etablering av nye avdelinger og nye funksjoner, etablering av nye og omfordeling av spesialfunksjoner, fordeling av nye legestillinger og oppgjørsordninger på tvers av fylkesgrensene. Videre ble utvalget gitt beslutningsmyndighet ved søknader om regionfunksjoner og landsfunksjoner, samt søknader om tilskudd til regionfunksjoner. Utvalget skulle også fastsette retningslinjer for spesialutdanning, utdannings-samarbeid, forskningssamarbeid, samarbeid om IT og telemedisin, Fritt sykehusvalg og styring av ventelister. Utvalgets rådgivende myndighet omfattet endringer i sykehus-/ institusjonsstruktur innen fylkets grenser. Videre kunne utvalget komme med råd når det gjaldt utbyggingssaker, pasientstrøm, arbeid med kvalitetssikring og forebyggende helsevern.

¹² Ordningen med fagråd ble, som vi har sett, etablert i forrige planperiode. Før arbeidet med ny regional helseplan ble startet opp, gjorde Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) en evaluering av ordningen på oppdrag av Helseregion Sør. Rapporten "Medisinske fagråd som premissleverandører i den regionale helsepolitikken" tar for seg hvordan deltakerne i fagrådene opplevde arbeidet i rådene. Rapporten viser at et klart flertall av fagrådsrepresentantene var fornøyd med mandatet og målene for arbeidet. Misnøyen hos et mindretall var primært knyttet til det som skjedde etter at faglige råd var gitt til

og politiske aktørgrupper representert, både sykehusledelse, helseadministrasjon og fagfolk i den enkelte fylkeskommune.

De aller fleste av informantene var av den oppfatning at det var fagrådene, fylkesrådmannskollegiet og Regionalt helse- og sosialutvalg, ved siden av staten, som var de dominerende aktørene i planarbeidet. Den faglige utredningsprosessen var sterkt preget av arbeidet i de 19 fagrådene, Råd for utdanning, rekruttering og forskning og de to arbeidsgruppene.

Representanter for sykehusledelsen, særlig ved lokalsykehusene i regionen, og representanter for brukerorganisasjonene deltok imidlertid i mer begrenset grad i planarbeidet. Den statlige styringen ble dessuten oppfattet som sterk og konkret, av enkelte også som problematisk – særlig fordi detaljeringsnivået ble sterkere over tid.

I følge mange av informantene ble det lagt ned et betydelig arbeid for å forankre planarbeidet i de fem fylkeskommunene. Helse- og sosialpolitikkerne i de fem fylkene ble aktivt trukket med. I tillegg sørget politikkerne i Regionalt helse- og sosialutvalg for politisk forankring på politisk topplan i de fem fylkeskommunene. Dette sikret bred politisk oppslutning om planen i Regionalt helse- og sosialutvalg og de fem fylkestingene. Arbeidet i de 19 fagrådene medvirket for sin del til å forankre planarbeidet på institusjonsnivået. Sekretariatet og fylkesrådmannskollegiet engasjerte seg på sin side sterkt for å forankre planarbeidet i fylkeskommunene, herunder de fylkeskommunale helseadministrasjonene. Alt forankringsarbeidet gjorde imidlertid planarbeidet til en ganske kompleks prosess. Det var et stort koordineringsbehov på tvers av fylkene og innad i fylkene. Likevel ble tidsfrister og milepæler for planarbeidet overholdt i Helseregion Sør.

Planarbeidet i Helseregion Sør kan i all hovedsak sies å ha vært preget av godt samarbeid på politisk, administrativt og faglig nivå. I det store flertall av sakene ble det oppnådd bred politisk enighet. I Helseregion Sør var det allerede ved oppstarten av planarbeidet i 1999 lagt et godt grunnlag for regionalt samarbeid. Særlig ble innføringen av Fritt sykehusvalg i 1994 trukket fram som en viktig sak som ideologisk og organisatorisk banet vegen for forsterket samarbeid. Dermed ble heller ikke Sosial- og helsedepartementets lovfesting av regional helseplanlegging og det regionale helseutvalget sett på som noen tvangstrøye. Det var mer snakk om å oppgradere og videreføre et arbeid som

administrative og politiske organ, dvs de mente at de fikk for dårlig tilbakemelding på behandlingen av de faglige rådene. Ambisjonen om å benytte rådene som arena for å finne omforente og konsensusbaserte løsninger voldte, i følge deltakerne i rådene, lite problemer.

allerede var etablert. Relativt få av tiltakene ved oppstarten av ny planperiode i 1999 omfattet imidlertid alle de fem fylkene i regionen.

Selv om hovedregelen i Helseregion Sør var bred enighet på tvers av fylkesgrensene, var det ikke fritt for debatt og interessemotsetninger i enkeltsaker. Særlig utløste forslagene om sentralisering av fødetilbudet og akuttfunksjonene til de fem sentralsykehusene, samt lokaliseringen av thorax-kirurgi, debatt.

Lokaliseringen av thorax-kirurgi kan brukes som illustrasjon på hvor samarbeidets yttergrense gikk. Foruten Rikshospitalet og Radiumhospitalet gikk forslaget i utgangspunktet ut på å lokalisere denne til Buskerud, Telemark og Vest-Agder. Regionalt helse- og sosialutvalg gikk imidlertid inn for å lokalisere denne funksjonen til to fylker. Vestfold og Aust-Agder skulle for sin del ha hjerte-/kar-sentra. Denne fordelingsnøkkelen utløste diskusjon mellom de to Agder-fylkene fordi styringsgruppa for "Felles somatisk helseplan for Agder" i møte 21.06.2000 hadde gått inn for at thorax-kirurgi skulle lokaliseres til Aust-Agder sentralsykehus. Representanter for Aust-Agder argumenterte blant annet med at oppbygging av et stråletilbud i kreftomsorgen i Vest-Agder tilsa lokalisering av thorax-kirurgi i Aust-Agder for på den måten å sikre en balansert utvikling mellom de to fylkene.

Et flertall i Regionalt helse- og sosialutvalg gikk i september 2000 inn for å lokalisere denne funksjonen til Aust-Agder, men dette ble omgjort i møtet i desember, blant annet som følge av innspill fra flere av fylkestingene. Selv om denne saken var vanskelig, utviste politikerne i Regionalt helse- og sosialutvalg likevel stor vilje til å komme til enighet, noe sluttresultatet viser. Den generelle observasjonen er imidlertid at når samarbeidet beveget seg inn i saker som angikk omfordeling og sentralisering av funksjoner økte sannsynligheten for at det oppsto debatt og interessemotsetninger.

Innholdet i planen

Ved den formelle oppstarten av planarbeidet i april 1999 la Regionalt helse- og sosialutvalg flere føringer på arbeidet: Planen skulle omfatte fagområder som omfattes av Lov om sykehus og Lov om psykisk helsevern og omfatte de statlige satsingsområdene: Arbeids- og funksjonsfordeling, kreft og psykiatri, samt regionalt definerte satsingsområder. Det ble også lagt til grunn at grensesnittene innenfor 2. linjetjenesten og forholdet til 3. linjetjenesten skulle fokuseres, mens forholdet til 1. linjetjenesten i større grad burde løses av den enkelte fylkeskommune og primærkommunene.

Det ble også lagt føringer på fagrådene. Disse ble bedt om å utarbeide medisinsk-faglige kriterier og forslag til arbeids- og funksjonsfordeling mellom nivåene i behandlingsskjeden. De skulle også peke på funksjoner som faglig sett burde sentraliseres til færre enheter.

Planen til Helseregion Sør tok for seg de tre statlige satsingsområdene og til sammen seks regionale satsingsområder¹³: Helsefremmende og forebyggende arbeid, rekruttering, utdanning og forskning, habiliteringstjenesten, pasientrettigheter og brukermedvirkning, IKT/telemedisin og økonomiske oppgjørsordninger. Når det gjelder forholdet mellom de statlige og regionale satsingsområdene var oppfatningen blant et flertall av informantene at de statlige var viktigst. Denne oppfatningen underbygges ved at 32 av tiltakene i planen til Helseregion Sør sorterer under de statlige satsingsområdene, mens 21 relaterer seg til de regionale satsingsområdene. Et moment som trekker motsatt veg er at noen flere tiltak under satsingsområdene arbeids- og funksjonsfordeling, kreftbehandling og psykisk helsevern har 2. prioritet (14 av totalt 32 tiltak) enn under de regionale satsingsområdene (6 av totalt 21 tiltak).

Av satsingsområdene i planen er det arbeids- og funksjonsfordeling som peker seg ut som det viktigste området også om vi sammenligner med de seks regionale satsingsområdene. Både antall tiltak (20 tiltak av totalt 53) og informantenes vurdering av tiltakenes viktighet og størrelse underbygger dette. Dernest kommer satsingen på kreftomsorgen. Mange av informantene pekte på at den statlige kreftsatsningen, også i form av økonomiske midler, gjorde det naturlig for regionen å prioritere dette satsingsområdet. Psykisk helsevern er imidlertid ikke i samme grad prioritert som satsingsområde. Her er tiltakene nokså fåtallige - noe som antakelig henger sammen med den desentralisering som preger utviklingen av tjenestetilbudet. Det statlige pålegget til fylkeskommunene om å utarbeide opptrappingsplaner for psykisk helse 1999-2006 har lagt føringer som primært har gjort dette området til et fylkeskommunalt anliggende snarere enn et regionalt anliggende.

Tiltakene i handlingsplanen viser stor bredde - fra faglig samarbeid gjennom nettverk til konkrete forslag om arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene i regionen. Tiltakene er også en

¹³ Når vi opererer med skillet mellom statlige og regionale satsingsområder er det ikke for å illustrere noe motsetningsforhold mellom dem. Alle de områdene som inngår kan sies å inngå i en nasjonal helse- og sosialpolitikk. Men staten valgte ut noen satsingsområder med høyere prioritet enn andre, nemlig arbeids- og funksjonsfordeling, kreftomsorg og psykisk helsevern.

kombinasjon av sentraliseringstiltak (konsentrasjon til noen sykehus) og desentraliseringstiltak (utbygging ved flere sykehus). Selv om forslagene til sentralisering av funksjoner ble færre etter høringsrunden, innebærer ganske mange av tiltakene konsentrasjon til et mindre antall sykehus i regionen.

Helseregion Sør avgrenset samarbeidet til 2. linjetjenesten, samt forholdet til 3. linjetjenesten. Samarbeidet mellom 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten ble i mer begrenset grad gjort til gjenstand for regionalt samarbeid. Lokalsykehusene inngikk i begrenset grad i samarbeidet i regionen. Organisatoriske endringer i enkeltfylker knyttet til styringen av sykehusene var i liten grad en del av samarbeidet.

Selv om regionen som sådan prioriterte de statlige satsingsområdene, var det gjerne enkelttiltak innenfor det enkelte satsingsområde som fikk størst oppmerksomhet og viktighet i det enkelte fylke. For Vest-Agder var det viktig å få bygget opp en strålesatelitt. For Aust-Agder var thorax-kirurgi og hjerte-/karkirurgi viktige saker. For Aust-Agder var det viktig å få til en balansert utvikling av tilbudet ved sentralsykehusene i Vest-Agder og Aust-Agder, der kreftsatsingen skulle skje i Vest-Agder, mens oppgaver innen hjerte-/karområdet skulle lokaliseres til Aust-Agder. For Telemark har det vært viktig å få lokalisert thorax-kirurgi til fylket, samt utvidet tilbudet innen plastikkirurgi. I Vestfold var en viktig sak en mulig utbygging av et tilbud innen hjerteutredning. Selv om de ulike fylkene hadde sine preferanser, er det interessant å merke seg at antall tiltak likevel oppsummerte seg til en prioritering av de ulike satsingsområdene som langt på veg synes å være i samsvar med de statlige signalene.

Det var imidlertid også enkelte kritiske røster til den prioritering som ligger i planen. Ett forhold som flere trakk fram, var at planen i for liten grad er opptatt av helsetilstanden i befolkningen, pasientrettigheter og brukermedvirkning. De mente at planen i for stor grad fokuserer på utformingen av selve tjenestetilbudet og arbeids- og funksjonsfordeling som virkemiddel til bedre kvalitet og høyere effektivitet, mens utgangspunktet snarere burde være befolkningens helsetilstand og sykkelighet ved utvikling av tjenestetilbudet.

Flere av informantene var dessuten opptatt av at planen framstår som en "ønskeliste" hvor det ikke ble satt tilstrekkelig fokus på arbeids- og funksjonsfordeling som et virkemiddel for å effektivisere sykehusstrukturen. Et flertall av tiltakene skulle helt eller delvis utredes, spesielt innenfor de statlige satsingsområdene. Informantene ønsket en nærmere vurdering av hva som kunne frigjøres av midler som følge

av sterkere arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene, og som dermed kunne benyttes til eventuell kapasitetsøkning. De savnet også informasjon om de behov planen bygget på når det gjaldt tilførsel av "friske" penger.

Iverksetting i en overgangsfase

Arbeidet med å ferdigstille prosjektbeskrivelsene for hvert av tiltakene i regional helseplan ble startet opp etter at planen ble sluttbehandlet i Regionalt helse- og sosialutvalg 20. desember 2000. Straks Sosial- og helsedepartementets vedtak av planen forelå i mars 2001, besluttet Regionalt helse- og sosialutvalg at arbeidet med detaljutredning og iverksetting av tiltakene i planen skulle starte for fullt. I utvalget var det bred enighet om at iverksettingen skulle skje som planlagt.

De samme organene ble benyttet ved oppfølgingen av regional helseplan som under utarbeidelsen av planen, dvs Regionalt helse- og sosialutvalg (RHS), fylkesrådmannskollegiet (FRK), regionalt sekretariat og faggruppene. Disse organene ble supplert med prosjektgrupper og prosjektledere som sto for den konkrete oppfølgingen av tiltakene i planen.

Regionalt helse- og sosialutvalg gjennomførte møtene i utvalget som planlagt i 2001 og antall saker var betydelig. En forklaring på dette er det betydelige antall utredninger som ble behandlet og vedtatt av Regionalt helse- og sosialutvalg.

Selv om utarbeidelse og iverksetting av regional helseplan var den viktigste oppgaven for Regionalt helse- og sosialutvalg det siste året av dets funksjonstid, sto også en rekke andre oppgaver i fokus for utvalgets arbeid. Spesielt kan det nevnes at utvalget var opptatt av å ivareta det frivillige samarbeidet om sosialtjenestene. En ønsket å lage et planverk som omfattet både helse- og sosialtjenestene. På den bakgrunn vedtok Regionalt helse- og sosialutvalg den 20.12.2000 at det skulle utarbeides en plan for rusfeltet og en plan for barnevernet i regionen. Planene ble behandlet på siste møte i Regionalt helse- og sosialutvalg den 17.12.2001. Ved utgangen av 2001 forelå det således et samlet plangrunnlag i regionen som omfattet både helsedelen og sosialdelen. I tillegg ble det laget en plan for IKT og telemedisin.

Hovedinntrykket er at Helseregion Sør stort sett fulgte den framdrift som regional helseplan i utgangspunktet la opp til for 2001. Alle informantene var i samtalen høsten 2001 opptatt av at det mest fornuftige regionen kunne gjøre var å følge opp planen som planlagt. En ønsket "business as usual" selv om forutsetningene for iverksettingen ble endret radikalt med Stortingets vedtak om at staten skulle ta

over spesialisthelsetjenesten. Med god framdrift i iverksettingen ble det forventet at regional helseplan med større sannsynlighet ville bli videreført av det regionale helseforetaket og i helseforetakene.

Med noen få unntak bestod imidlertid oppfølgingen i hovedsak av å utrede nærmere de tiltak som skulle iverksettes på et senere tidspunkt. Et flertall av tiltakene i regional plan krevde en nærmere utredning før de kunne iverksettes. Jobben til prosjektgruppene var å utrede nærmere innholdet i det enkelte tiltak og avklare kostnads- og personellbehov. En rekke utredninger ble utarbeidet i løpet av 2001, og langt de fleste ble behandlet av Regionalt helse- og sosialutvalg på det siste møtet til utvalget før årsskiftet 2001/2002. Utvalget anmodet på møtet om at Helse Sør fulgte opp tiltakene videre. I de fleste av sakene ble Helse Sør RHF oppfordret om å ta utgangspunkt i foreliggende rapporter og vedtak og iverksette tiltakene som planlagt.

4.3 Helseregion Øst

4.3.1 Om regionen

Helseregion Øst omfattet fra 1. januar 1999 fylkene Østfold, Akershus, Oppland, Hedmark og Oslo. Til sammen omfattet regionen 1 537 240 innbyggere og var dermed den desidert største av helse-regionene.

Utgangspunktet for det regionale samarbeidet i Helseregion Øst var en sykehusstruktur med 10 somatiske sykehus. Organisatoriske endringer gjorde at flere av sykehusene ble slått sammen, blant annet ble sykehusene i Hamar og Elverum slått sammen til Sentralsykehuset i Hedmark. På samme måte ble alle de somatiske sykehusene i Østfold samlet i Sykehuset Østfold. Det var til sammen 4 sentralsykehus i Regionen, Østfold, Hedmark, Oppland og Sentralsykehuset i Akershus. Ullevål sykehus var Regionsykehus for Oslo, Hedmark og Oppland.

4.3.2 Frivillig samarbeid

Helseregion Øst utgikk fra den gamle helseregion 1 med Oslo, Hedmark og Oppland med røtter tilbake til 1970-tallet. Det regionale helseutvalg i den daværende Helseregion 1 ble etablert som følge av Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen. I 1983 ble regioninndelingen fastlagt gjennom

St.meld. nr. 57 (1981-82). Da var Oslo, Hedmark og Oppland samlet i helseregion 1, mens Akershus og Østfold var del av helseregion 2. Det første møtet i Det regionale helseutvalg i helseregion 1 ble avholdt i oktober 1983.

Utvalget var i den første perioden satt sammen av helsepolitikere, fylkeshelsesjefer, fylkesleger, sykehusdirektører og sjefsleger fra de samarbeidende fylkene. Flesteparten av samarbeidssakene de første årene var av en administrativ karakter, og bare et fåtall av sakene krevde behandling i fylkenes egne organer.

De statlige anmodningene ved begynnelsen av 1990-tallet om en revitalisering av det regionale helsearbeidet resulterte i en reorganisering av Det regionale helseutvalg for helseregion 1. Prosessen ble initiert på et møte i juni 1994. Fra det tidspunkt ble det regionale helseutvalg sammensatt av den øverste helsepolitiske og helseadministrative ledelse i de tre fylkeskommunene. Videre ble den faglige representasjonen sikret ved at man etablerte et eget regionalt fagråd med sjefleger og sjefsykepleiere, mens fylkeslegene formelt ble observatører.

I 1994 vedtok det regionale helseutvalget at det skulle utarbeides en regional helseplan for helseregion 1. Planarbeidet ble gjennomført av til sammen 14 regionale faggrupper, slik at nærmere 150 fagpersoner fra sykehusene og primærhelseinstitusjonene i regionen utførte hoveddelen av utredningsarbeidet, - i tillegg til det regionale helseutvalget, det regionale fagrådet og sekretariatet. Planen ble sendt ut på høring i oktober 1997, og enstemmig vedtatt i møte i Regionalt helseutvalg i mai 1998. Deretter ble planen sendt til politisk behandling i de tre fylkeskommunene. På det tidspunkt var det kjent at det ville komme en endring i helseregioninndelingen i løpet av kort tid. Det regionale helseutvalget anså imidlertid ikke at de anbefalingene som lå i helseplanen ikke kunne vedtas og realiseres uavhengig av den framtidige helseregioninndelingen. Planen inneholdt en rekke forslag til strukturendringer der detaljeringsnivået var stort.¹⁴

¹⁴ Eksempler fra planen er: Det ble foreslått at full akuttberedskap skulle legges til to sykehus i Oslo, ett i Hedmark og ett sykehus i Oppland. Det ble foreslått en kvinne-barn klinikk i hvert av de tre fylkene, og en felles øyeavdeling og en felles øre- nese hals avdeling for Hedmark og Oppland. Det ble foreslått at en nevrologisk avdeling i hvert av fylkene Hedmark og Oppland ble beholdt inntil videre, men en felles avdeling for Hedmark og Oppland skulle utredes senere. Geriater og/ eller geriatrik team skulle knyttes til alle sykehus med sentralsykehusfunksjon i indremedisin i helseregionen. Det ble videre anbefalt etablert et regionalt nettverk for

4.3.3 Lovpålagt samarbeid

Planprosessen

Departementet foreslo i St.meld. nr. 37 (1997-98) at grensen mellom helseregionene skulle gå langs Oslofjorden, slik at Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland heretter skulle utgjøre en helseregion. På denne bakgrunn ble Helseregion Øst deretter opprettet gjennom kgl.res. av 15. januar 1999.

På møte den 5. mars 1999 ble vedtektene for Regionalt helseutvalg for helseregion Øst vedtatt. Det ble sammensatt av 3 folkevalgte representanter fra hver av fylkene med personlige varamedlemmer. Videre ble byrådet i Oslo representert med 3 stemmer i utvalget. Fylkesrådmennene og byrådet i Oslo, eller den de bemyndiget, utgjorde fylkesrådmannskollegiet. Kollegiet ivaretok sekretariatsfunksjonen og var det saksforberedende og iverksettende organ for utvalget. I hver enkelt sak utarbeidet kollegiet et felles dokument med forslag til innstilling til hver enkelt sak. Fylkesrådmannskollegiet kunne som ledd i det regionale samarbeidet opprette tidsbegrensede utvalg og råd. Sakene i Regionalt helseutvalg skulle avgjøres ved alminnelig flertall. Ved stemmelikhet var møtelederens stemme avgjørende.

Det regionale helseutvalget i Helseregion Øst ble gitt i mandat å ha regional helseplanlegging som hovedoppgave. Utvalget kunne også på eget initiativ og selvstendig grunnlag vedta å sette i gang utredninger og planarbeid, samt ta enkeltsaker opp til behandling. Formelt fremstod det regionale helseutvalget i Helseregion Øst som et mer rendyrket planutvalg enn i andre regioner.

Planorganisasjonen i Helseregion Øst bestod av fylkesrådmannskollegiet, sekretariatet, 2 fag-/arbeidsgrupper og Regionalt helseutvalg (RHU). Mandat for og organisering av arbeidet med regional helseplan for Helseregion Øst ble vedtatt i juni 1999. Her ble det vedtatt at planprosessen skulle ledes av Fylkesrådmannskollegiet. Det ble lagt til grunn en framdriftsplan som forutsatte at første planutkast skulle framlegges i mai 2000, og at endelig behandling skulle skje i oktober 2000. Planutkastet ble sendt ut på høring i august 2000, med høringsfrist primo september 2000. 26. oktober 2000 ble innstilling til Regional helseplan vedtatt i Regionalt helseutvalg. Med unntak av uenighet mellom fylkene om bygging av nytt sykehus i Follo (jfr. også

utvikling og formidling av geriatrisk kompetanse til sykehus og kommunal pleie- og omsorgstjeneste, og et permanent tverrfaglig forum for kreftomsorg i helseregionen. Det ble også foreslått å etablere komplette avdelinger for mikrobiologi, patologi og immunologi og transfusjonsmedisin i Hedmark.

side 55), var det bred tilslutning til planen, og samtlige fylkeskommuner forpliktet seg til å gjennomføre handlingsplanen.¹⁵ I møte i Regionalt helseutvalg 15. desember 2000 ble resultatet av behandlingen i fylkestingene tatt til etterretning, og planen ble deretter oversendt Sosial- og helsedepartementet for endelig vedtak. Sosial- og helsedepartementet meddelte vedtak av planen i brev av 12. mars 2001.

Planprosessen i Helseregion Øst skilte seg fra forrige planrunde i tidligere helseregion 1 og 2 ved at man i langt mindre grad baserte seg på arbeid i faggrupper. I november 1999 nedsatte man imidlertid to faggrupper eller arbeidsgrupper som fikk i oppdrag å utarbeide plan for henholdsvis kreft og psykiatri. Dermed fikk man et innslag av faggrupper innenfor de nasjonalt definerte satsingsområdene. Innstillingene fra disse gruppene utkom våren 2000, og gruppenes forslag ble i varierende grad integrert i planen.

I faggruppene deltok brukerrepresentanter, men for øvrig var bruker-deltakelsen lite formalisert. Det er viktig å understreke at Regional helseplan for en stor del baserte seg på de utredningene som ble gjennomført i "Analyse av samlet behandlingsskapasitet i Helseregion Øst" som bestod av 4 delrapporter. Disse ble gjennomført av uavhengige konsulentfirmaer og forskningsinstitutter og utgjorde på mange måter planens grunnpremisser, særlig for vurdering av sykehusutbygging¹⁶.

Flere informanter var opptatt av at den nye regioninndelingen satte preg på planarbeidet. Fra alle fylkeskommunene ble det lagt vekt på hvordan denne situasjonen gjorde at man måtte "starte på nytt". Den nye regioninndelingen i kombinasjon med lovbestemmelsen, medvirket til at informantene på mange måter definerte det regionale helsesamarbeidet som en nyskaping. For det første måtte man tilpasse seg ved å bli kjent med de nye medlemmene av helseregionen. For det andre medførte den nye regioninndelingen at hele det planarbeidet man hadde lagt mye ressurser i ble "lagt i en skuff"(informant), noe som enkelte mente virket demotiverende på enkelte av aktørene, særlig fra sykehusmiljøet.

¹⁵ Akershus fylkeskommune ba i forbindelse med behandlingen om at Hjertesenteret i Oslo ble innarbeidet i planen, noe som ble imøtekommet av regionalt helseutvalg i møtet den 15.12.00. Ellers understreket fylkestingene kapittel 13 i planen som oppsummerer regionens forventninger til staten.

¹⁶ Blant disse delrapportene finner man "Framskrivning av befolkningen mot år 2020" (NIBR), "Behovsanalyse for senge- og behandlingsskapasitet" (Ernst & Young), "En alternativ behovsanalyse" (SINTEF Unimed) og "Hvordan møte behovene i år 2020" (Ernst & Young).

De fleste informantene trakk frem Rådmannskollegiet/ fylkes-helsesjefkollegiet som de sentrale drivkreftene i arbeidet med planen. Også sekretariatet spilte en viktig rolle i den praktiske utføringen av planprosessen og i arbeidet med å føre planen i pennen. Som nevnt ovenfor var det begrenset bruk av faggrupper i forbindelse med utarbeidelsen av helseplan for Helseregion Øst. Planen bygget imidlertid i stor grad på de utredningene som ble gjort i forbindelse med "Analyse av samlet behandlingsskapasitet i Helseregion Øst".

At administrasjonen (Fylkesrådmannskollegiet og sekretariatet) ble trukket fram som den aktørgruppe som hadde hatt størst påvirkning på utformingen av den regionale helseplanen i Helseregion Øst, betydde imidlertid ikke at politikerne unnlot å sette sitt preg på planen. Politikerne ble i første rekke involvert når man tok opp konfliktfylte saker. Politikerinnflytelsen var primært i spørsmålet om sykehusutbygging i Akershus og Østfold. Denne saken stod svært sentralt i planprosessen. Flere av informantene fra Helseregion Øst satte nærmest likhetstegn mellom Akershus' planer om sykehusutbygging og den regionale helseplanen. I denne saken så det ut til at det var politikerne som var på offensiven, og som drev prosessen fremover. Med utgangspunkt i vedtak i Regionalt helseutvalg ble Akershus pålagt å forhandle med de andre fylkene i regionen for å forsøke å løse sykehusbehov innenfor eksisterende kapasitet i regionen.

Planprosessen kan dermed sies å ha vært politikerstyrt i den forstand at man på mange måter definerte regional helseplan til å dreie seg om sykehusutbyggingen i Akershus. I denne prosessen ga flere informanter uttrykk for at det har fant sted hestehandel, taktikkeri og åpen konflikt langs fylkesgrensene. Et resultat ble at plandokumentets øvrige innhold fikk mindre oppmerksomhet, og ble en sak for sekretariatet og Fylkesrådmannskollegiet. Politikerne kjente lite til planen utover det som berørte sykehusutbyggingen.

Politikerne var likevel ikke uten innflytelse i det generelle planarbeidet. Administrasjonen forholdt seg strategisk til politikerne ("vi vet hva politikerne mener", som en informant sier det) slik at planprosessen hele tiden hadde en politisk forankring.

Deltakerne i planprosessen opplevde den statlige styringen av prosessen som til dels sterk, noe som blant annet resulterte i at det i planen ble fremført egne krav til staten. Særlig politikerne var overrasket over detaljstyringen fra departementets side når det gjaldt forskrifter og bestemmelser om innhold og utforming av planen. Det var like åpenbart at det at Sosial- og Helsedepartementet skulle godkjenne den regionale helseplanen fungerte som ris bak speilet og var med på å

presse gjennom enighet i saker. I den forstand bidro den statlige tilstedeværelsen til å øke beslutningseffektiviteten i utvalget, ved at regionen ble tvunget til å ta opp kontroversielle saker og prøve å komme til enighet.

Spørsmålet om å bygge et nytt Follo sykehus i Akershus kan stå som en illustrasjon av samarbeidets yttergrense i Helseregion Øst. Utbyggingen av Follo sykehus ble behandlet som egen sak på møte i Regionalt helseutvalg 25. og 26. oktober 2000. Utfallet ble et flertallsvedtak, der Akershus, Hedmark og Østfold var for, mens Oslo og Oppland var mot. Oppland la fram et forslag der essensen var at regionen hadde muligheter til å dekke behovet for sykehustjenester innen den eksisterende sykehusstrukturen i regionen. Det ble blant annet pekt på at det særlig måtte arbeides for å realisere samordningsgevinster i forholdet mellom Oslo og Akershus.

Debatten om Follo-sykehuset hadde karakter av en åpen interessekonflikt mellom fylkene i regionen. Den viste at fylkene ikke klarte å finne samlende regionale løsninger innenfor et så sentralt område for samarbeidet. Fylkesinteresser var den dominerende drivkraften i dette arbeidet. Også i fylkestingsbehandlingen av planen kom dissensen om bygging av Follo-sykehuset klart til syne. Både i Oslo bystyre og i Oppland fylkesting ble standpunktet mot bygging stadfestet. I Akershus presiserte en på sin side at fylkeskommunen var i mot de argumenter som var lagt fram mot bygging av Follo-sykehuset.

Innholdet i planen

Mandater for utarbeidelsen av regional helseplan i Helseregion Øst var relativt kortfattet. I vedtaket fra regionalt helseutvalg, av 25.6.99, fremgår det at planen skulle utarbeides i samsvar med nasjonale prioriteringer og mål. Planen skulle angi mål og strategier for følgende prioriterte tema: kreftomsorg; psykiatri; effektivisering av sykehusstrukturen; utvikling av kliniske handlingsplaner/behandlingsprogrammer; samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten. I tillegg ble det påpekt at planen skulle klargjøre premisser for utvalgets arbeid forbundet med legefördeling, spesialistutdanning og rekruttering. Forholdet til universitet, regionsykehusene og de øvrige helseregionene skulle belyses. For arbeidsgruppene innen kreft og psykiatri ble det imidlertid utarbeidet mer omfattende mandater.¹⁷

¹⁷ Faggruppen for kreftomsorg ble bedt om å beskrive framtidige behov og behandlingsskapasitet på ulike nivå innen fagområdet kreft; avklare ansvarsforholdet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten; fremme forslag om samhandlingsformer mellom regionsykehus og

I Helseregion Øst ble den regionale helseplanen konsentrert om 8 satsingsområder, der de tre nasjonale satsingsområdene kreft, psykiatri og funksjonsfordeling var inkludert. Målet om effektivisering ble mest eksplisitt behandlet under diskusjonen av utbyggingsprosjekter. Det høyest prioriterte tiltaket i planen innen temaet "bedre organisering og arbeidsdeling" var å gjennomføre vedtatt utbygging av sykehus i regionen. Når det gjelder videre utbygging, slo planen fast at man skulle ta utgangspunkt i de kapasitets- og behovsvurderingene som ble foretatt i prosjektet "Analyse av samlet behandlingsskapasitet. August 1999". I denne delen av planen brukes det stor plass på sykehusutbyggingen i Akershus og det anbefales at endelig vedtak om eventuelt nytt Follo sykehus tas på bakgrunn av de samordningsprosesser som pågikk da planen ble utarbeidet. Funksjonsfordeling blir nevnt generelt, som en forutsetning for utvidet kapasitet for dagbehandling, men man kom ikke så langt at det presenteres konkrete forslag om funksjonsfordeling. Det viktigste tiltaket bestod i å etablere et prosjekt for å gjennomgå oppgaveløsning og funksjonsfordeling.

Ellers er planen et overordnet styringsdokument hvor det er lagt opp til en videre konkretisering gjennom utredninger og virksomhetsplaner. Hvis vi tar utgangspunkt i hvor mange tiltak som er nevnt under hvert område, er det utdanning og kompetanseoppbyggende tiltak som er størst (8 av 40 tiltak).¹⁸ Derneft kommer satsning på psykiatri med 7 av 40 tiltak. Innen det området der staten synes å ha

sentralsykehus; vurdere hensikten/nytteten av kliniske handlingsplaner for ulike kategorier kreftsyke og eventuelt fremme forslag om sykdomstilstander hvor kliniske behandlingsplaner vil være hensiktsmessig; klargjøre aktuelle problemstillinger, mål og strategier forbundet med utdanning, rekruttering og legefordelingen innenfor området. Arbeidsgruppen la fram sin innstilling 1.4.2000.

Faggruppen i Psykiatri ble bedt om å komme med en kortfattet beskrivelse av psykisk helsevern i Helseregion Øst (nøkkeltall og dekningsgrader, ventelister, udekket behov osv.), utrede behov for og eventuelt komme med forslag til styrking og effektivisering av den psykiatriske spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud ved samarbeid og samordning mellom fylkeskommuner eller på regionnivå; utrede behovet for og forslag til organisering av regiontjenester innen psykiatrien; vurdere foreliggende forslag til utviklingsområder innenfor psykiatrien. I tillegg skulle utredningen for temaområdene klargjøre aktuelle problemstillinger, mål og strategier forbundet med utdanning, rekruttering og legefordeling, og belyse forholdet til universitet, regionsykehusene og de øvrige helseregionene. Arbeidsgruppen kom med sin innstilling 1.5.2000.

¹⁸ Det er her viktig å gjøre oppmerksom på at tiltakene som er talt opp har ulik konkretiseringsgrad, og således ikke må oppfattes som "likeverdige". Her brukes optellingen for å vise den tematiske spredningen i satsninger.

de største forventningene, nemlig funksjonsfordeling, finner vi 5 tiltak, inkludert iverksetting av vedtatt utbygging av sykehus. Dette gir et bilde av en relativ stor tematisk spredning i tiltakene. Det synes å stå i en viss motsetning til inntrykket fra informantsamtalene der arbeidet med den videre utbygging av sykehus i Akershus og Østfold var det altoverskyggende tema.

Regional helseplan slo ettertrykkelig fast at man prioriterer kreft og psykiatri, i tråd med nasjonalt bestemte satsingsområder. Som sentral utfordring innefor kreftområdet redegjorde man for det underforbruk av stråleterapi man har i regionen. Regionen ønsket å utarbeide en handlingsplan for videreutdanning og kompetansespredning, og utrede behovet for et regionalt råd for kreftomsorgen. Det skulle også iverksettes forsøksprosjekter innen lindrende behandling.

Det gjøres videre rede for betydningen av faglig og regionalt samarbeid innenfor psykiatrien, slik departementet ber om, men disse vurderingene er ikke utkrystallisert i noen konkrete tiltak som man kan finne igjen i handlingsplanen. De viktigste tiltakene i planen var å gjennomføre fylkenes opptrappingsplaner samt å kartlegge behovet for psykiatriske spesialisthelsetjenester i Helseregion Øst.

Under diskusjonen av Forebygging og felles løsninger, tar planen utgangspunkt i loven om spesialisthelsetjeneste som pålegger fylkeskommunen et større ansvar innenfor forebyggende tiltak. Dette ansvaret, samt utviklingen i medisinsk teknologi gir til sammen utfordringer innenfor samordning mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det sentrale målet blir sagt å være en formalisering av samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten og tiltaket blir å utvikle et fellesprosjekt i Helseregion Øst for å samordne 1. og 2. linjetjenesten.

Region Øst har i likhet med de andre regionene en blanding av regionalt definerte og nasjonale satsingsområder. Et hovedinntrykk fra informantsamtalene var at de statlige målsettingene synes å være de mest sentrale, og at de regionalt definerte målsettingene i planen fikk mindre oppmerksomhet av aktørene i prosessen. Noen informanter la vekt på koblingene mellom spesialisttjenesten og førstelinjetjenesten, og etterlyste slike sammenbindende tiltak i planen. Slike tiltak ble sett på som viktige forutsetninger for videreutviklingen av sykehusstilbudet i regionen.

På grunnlag av uenigheten rundt bygging av Follo-sykehuset i RHU, knyttet det seg stor spenning til Sosial- og helsedepartementets behandling av planen i mars 2001. Slik de statlige normkravene var utformet, betød fravær av enstemmig vedtak, at staten kunne avgjøre spørsmålet. Dette tiltaket ble ikke vedtatt av staten. Departementet

satte med andre ord flertallsvedtaket om Follo-sykehuset til side. Det fant ikke å kunne ta stilling til bygging av sykehus i Follo på det daværende tidspunkt.

Iverksetting i en overgangsfase

I april 2001 sendte fylkesrådmannskollegiet brev til de 5 fylkeskommunene i Helseregion Øst om organisering og ansvar for gjennomføring av handlingsplanen, med nærmere konkretisering av de tiltak som skulle gjennomføres eller påbegynnes i 2001¹⁹. Det forutsettes i brevet at fylkeskommunene høsten 2001 skulle gi Regionalt helseutvalg en status over tiltakene som var gjennomført/ ikke gjennomført.

I møte i Regionalt helseutvalg ultimo mai 01 ble det gitt en første oversikt over oppfølgingen så langt. Den viste at mye av iverksettingen så langt var en nærmere tidsfesting og planlegging av aktivitet som skulle foregå senere i året. Regionalt helseutvalg tok saken til orientering og uttrykte tilfredshet med det arbeidet som var gjort for å starte iverksettingen av tiltaksplanen for 2001. Hensikten var å arbeide med iverksettingen av planen slik som forutsatt, selv om reformen med statlig overtakelse og foretaksmodell etter all sannsynlighet ville bli gjennomført.

Den videre aktiviteten i Regionalt helseutvalg og planoppfølgingen ble imidlertid påvirket av at fylkeskommunenes ressurser etter hvert ble sterkt vridd og fokusert mot forberedelsen til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Dette gjaldt alle ledd som hadde ansvaret for oppfølgingen. Disse forholdene medførte at en måtte gjøre en strengere prioritering av oppgavene fram mot årsskiftet, enn det en forutså i mai måned. Flere tiltak ble derfor utsatt pga mindre administrativ kapasitet til å følge opp sakene.

I tillegg anså en at det nye regionale foretakets vurderinger om foretaksstruktur vil gripe inn i og ha konsekvenser for flere av tiltakene i regional helseplan. En så det ikke som naturlig å utrede spørsmål om fremtidig organisering, når det nye foretaket skulle etablere en ny foretaksstruktur. Dette medførte at helseregion Øst ikke gikk videre med flere av tiltakene som berørte oppgaveløsning og funksjonsfordeling. Flere tiltak ble derfor utsatt og oversendt Helse Øst RHF for eventuell videre oppfølging. Dette gjelder spesielt tiltak

¹⁹ Brev av 19.4.2001 fra fylkesrådmannskollegiet til fylkeskommunene i regionen. Framstillingen av organiseringen i dette notatet bygger på dette brevet.

innenfor kapittel 6.1. Framtidig behandlingsskapasitet i Helseregion Øst.

Det ble avholdt 3 møter i Regionalt helseutvalg i 2001, henholdsvis i februar, mai og desember måned. De tillyste møtene i august og november ble, ifølge sekretariatet, avlyst på grunn av at det ikke var saker som trengte behandling i Regionalt helseutvalg. Det forhold at flere møter i Regionalt helseutvalg ble avlyst, viser også at det var noe begrenset aktivitet i Regionalt helseutvalg høsten 2001.

På tross av at den situasjonen som er beskrevet ovenfor, ble flere tiltak gjennomført som planlagt. I september 2001 arrangerte dessuten helseregion Øst en planlagt konferanse om brukervedvirkning i en omorganisert spesialisthelsetjeneste, jfr. handlingsplanens tiltakspunkt om brukervedvirkning. Konferansen munnet ut i konkrete anbefalinger om brukervedvirkning i ny foretaksstruktur.

4.4 Helseregion Vest

4.4.1 Om regionen

Helseregion Vest omfattet de tre fylkene Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane med til sammen ca 922 000 innbyggere. Regionen var dermed nest størst etter Helseregion Øst.

Utgangspunktet for det regionale helsesamarbeidet i Helseregion Vest var en sykehusstruktur bestående av 12 somatiske institusjoner med Haukeland sykehus som regionsykehus. Sogn og Fjordane og Rogaland hadde hvert sitt sentralsykehus, lokalisert henholdsvis i Førde og Stavanger. Ut over dette hadde Sogn og Fjordane to fylkes- sykehus, ett i Lærdal og ett på Nordfjordeid. Det var fem lokalsykehus i Hordaland. Rogaland hadde et fylkessykehus i Haugesund med flere sentralfunksjoner. Et spesialsykehus innen revmatologi (med sentralfunksjon) var også lokalisert i Haugesund.

4.4.2 Frivillig samarbeid

Det regionale helseutvalget ledet samarbeidet mellom fylkene i regionen siden 1981. Fram til 1994 var samarbeidet uforpliktende, og av begrenset omfang og betydning.

Det regionale helseutvalget ble ved inngangen til planperioden satt sammen av tre folkevalgte fra hver av de tre fylkestingene. I tillegg

hadde følgende parter møte-, tale- og forslagsrett: Lederne av helseadministrasjonen i hver av fylkeskommunene, direktøren ved regionsykehuset, det regionale helsefagrådet, fylkeslegene og dekanus ved Det medisinske fakultet. I tillegg ble det opprettet et Regionalt administrasjonsråd som skulle forberede saker til Det regionale helseutvalget. Rådet var sammensatt av de 3 lederne av den fylkeskommunale helseadministrasjonen og direktøren ved regionsykehuset. For å sikre kontinuitet i det faglige samarbeidet, ble det opprettet et regionalt helsefagråd bestående av sjeflegene ved de største sykehusene og en heltidsansatt leder, med ansvar for utredning og utvikling av nye samarbeidsprosjekt. Videre ble det opprettet to såkalte samarbeidsgrupper og tre faggrupper innenfor ulike medisinske spesialiteter. I februar 1996 ble det opprettet et sekretariat med en regional utredningsleder og en halv sekretærstilling. I 1998 ble sekretariatet utvidet med en spesialkonsulentstilling.

Det regionale helseutvalget hadde omfattende oppgaver ved innledningen til forrige planperiode. Utvalget skulle gi råd om samordning, nettverkssamarbeid og funksjonsfordeling av helsetilbudet i regionen, gi tilrådinger i utbyggingssaker, vurdere pasientstrøm og ressursbruk ved bruk av regiontjenester, være med å utvikle et faglig samarbeid i regionen, utarbeide planer for regionalt utdanningstilbud og styrke FoU-samarbeidet i regionen.

I 1995 ble den første regionale helseplanen vedtatt, med delplaner for de ulike satsingsområdene. Selve planarbeidet ble gjennomført i en organisasjon bestående av en plangruppe med en representant for hver fylkeskommune. Plangruppa utarbeidet rammeplanen, mens fem faggrupper hadde ansvaret for utkast til delplaner. Planene omfattet kreftomsorg, hjerteutredning/kirurgi, forskning, utvikling og kvalitets-sikring, utdanning og rekruttering samt en delplan om økonomi.

Det regionale helseutvalget konsentrerte seg om saker av avgrenset karakter, der en så at det var et behov for regionalt samarbeid. En laget ikke planer for regionalt samarbeid og funksjonsendring for alle medisinske spesialiteter. Strategien var å trekke ut bestemte saker hvor det var behov for samarbeid og rette oppmerksomheten og ressursene mot disse sakene. Dermed unngikk en prioriteringsdiskusjoner der ulike satsingsområder og medisinske spesialiteter ble satt opp mot hverandre.

Ved oppstarten av ny planperiode i 1999 hadde en oppnådd flere resultater i form av desentralisering av funksjoner innen kreftomsorg, hjertesamarbeid (PTCA), HOS-samarbeidet (samarbeid mellom

fylkessykehusene i Haugesund, Odda og Stord) og desentralisert utdanning av leger.

4.4.3 Lovpålagt helsesamarbeid

Planprosessen

I september 1998 vedtok det regionale helseutvalget og de tre fylkestingene nye vedtekter for utvalget med virkning fra 1.1.1999. Her ble beslutningsmyndigheten til utvalget utvidet betydelig.²⁰

Organisatorisk ble det foretatt noen justeringer ved at det regionale helseutvalget nå skulle ha 12 folkevalgte medlemmer, dvs fire fra hver av de tre fylkene. Det ble også opprettet et konsultativt råd bestående av representanter for statlige helsemyndigheter, den regionale utredningslederen og representanter fra fylkesadministrasjonene. Det regionale administrasjonsrådet bestod heretter av fylkesrådmennene, eller de som ble bemyndiget av disse. Ved inngangen til ny planperiode var det fylkeshelsedirektøren i Hordaland som ledet det regionale administrasjonsrådet. Det regionale helsefagrådet (planutvalget) ble endret ved at antall medlemmer ble utvidet. I tillegg til sjeflegene ved de fire største sykehusene og regional utredningsleder, ble utvalget fra 1.1.1999 supplert med planlederne i de tre fylkeskommunene.

Medio desember 1999 ble det imidlertid foretatt nye organisatoriske tilpasninger i forbindelse med utarbeiding av ny regional helseplan. Det ble laget en prosjektorganisasjon der det regionale administrasjonsrådet ble oppdragsgiver i planarbeidet, men handlet etter signal fra det regionale helseutvalget. I forbindelse med etablering av prosjektorganisasjonen, ble det også opprettet arbeidsgrupper for rehabilitering og kreft. En arbeidsgruppe for psykiatri ble opprettet i juni 1999, altså i forkant av etableringen av prosjektorganisasjonen. To råd, ett for utdanning og rekruttering og ett for forskning og

²⁰ De viktigste endringene var at det regionale helseutvalget fikk beslutningsmyndighet i spørsmål om etablering av nye avdelinger og funksjoner, samt spesialistfunksjoner som av faglige og økonomiske grunner ikke burde byggest ut i alle fylkene. Utvalget skulle også stå for fordelingen av legestillinger, oppgjørsordninger, søknader om flerregionale funksjoner, landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra. Videre skulle utvalget ha ansvar for søknader om etablering av regionfunksjoner utenfor regionsykehuset, samt regionale samarbeidstiltak. Til slutt skulle utvalget også ha ansvar for å fastsette retningslinjer for spesialistutdanning, utdanningssamarbeid, forskningssamarbeid, IT og telemedisin og styring av ventelister. I tillegg ble utvalget delegert rådgivende myndighet i en del saker.

utvikling inngikk også i prosjektorganisasjonen. I tillegg ble det engasjert en ekstern konsulent for å bistå i utarbeidelsen av ny regional helseplan. Det var med andre ord en kompleks planorganisasjon i Helseregion Vest.

Planprosedyre og mandat for planen ble vedtatt i det regionale helseutvalget i juni 1999. Et høringsutkast til regional helseplan forelå i mai 2000. Et nytt revidert planutkast ble så lagt fram for det regionale helseutvalget i møte 27. oktober 2000. På møtet var det bred enighet om de fleste punktene i planen, men satsning på rehabiliteringsinstitusjoner skapte en del diskusjoner. Planen ble deretter sendt over til behandling i de tre fylkestingene med anbefaling fra det regionale helseutvalget om å slutte seg til planen. Fylkestingene sluttet seg til regional helseplan og den ble oversendt til departementet for vedtak ved årsskiftet.

De viktigste aktørene i planarbeidet var helseadministrasjonene gjennom prosjektgruppa, sekretariatet og styringsgruppa. Også faggruppene, arbeidsgruppene og det regionale helseutvalget hadde viktige roller i planarbeidet. Brukerorganisasjonene og primærkommunene var også her mer perifere. Enkelte av informantene mente at det regionale helseutvalget i for liten grad var involvert i planprosessen. Andre igjen pekte på at helseadministrasjonenes viktige rolle i planarbeidet fortløpende sikret en effektiv tilpasning av planens innhold til politiske signal.

Selv om de fleste oppfattet samarbeidsklimaet som godt, og ønsket å finne omforente løsninger, viser eksempler at det eksisterte noen grunnleggende interessenmotsetninger mellom fylkene. Eksemplene kan illustrere samarbeidets yttergrense i denne regionen. Flere informanter pekte på en godt synlig rivalisering mellom Hordaland og Rogaland. To store sykehus kjempet om ressurser, fagfolk og pasienter, særlig innen hjerte- og kreftmedisin, ble det hevdet. I Rogaland ønsket man å utbygge Sentralsykehuset i Rogaland til regionsykehusstandard. Andre hevdet at Hordaland på sin side kjempet innbitt for at Haukeland sykehus skulle beholde sin regionale dominans og forsøkte å forhindre desentralisering av regionfunksjoner.

Tautrekkingen mellom de to fylkene resulterte i kampvotering i ett tilfelle, hvor debatten om ny strålemaskin til regionen var temaet. I denne saken ble det laget en delt innstilling fra administrasjonen til helseutvalget. Representantene for både Hordaland og Rogaland argumenterte sterkt for plassering av maskin i eget fylke. Avstemningen endte med et flertall for Hordaland og et mindretall for Rogaland. I denne saken stemte Sogn og Fjordane sammen med

Hordaland, blant annet fordi Sogn mente de ville ha større fordel av plassering på Haukeland enn på SiR. I dette valget lå imidlertid også ønsket om å opprettholde høy kompetanse på Haukeland.

Innholdet i planen

I det regionale helseutvalgets vedtak i juni 1999 ble det forutsatt at den regionale helseplanen skulle sikre kvalitet i spesialisthelsetjenesten, sikre folket sitt behov for spesialisttjenester og sikre en effektiv bruk av ressursene gjennom et tett og forpliktende samarbeid fylkeskommunene imellom. Utvalget ba videre om at det ble utarbeidet egne plannotat om vurdering av behov og kapasitet knyttet til planlagt virksomhet. Det skulle også inngå en beskrivelse og vurdering av nåværende tilbudsstruktur med drøfting av behov for tettere samarbeid innen geografiske områder. Det ble i september 1999 også gjort et vedtak om at den regionale helseplanen skulle være et overordnet planverk for Helseregion Vest og at de fylkeskommunale delplaner på området skulle underordnes den regionale helseplanen.

Den ferdige planen omfattet i alt 11 satsingsområder. I tillegg til de tre statlig prioriterte områdene, arbeids- og funksjonsdeling mellom sykehusene, kreftomsorg og psykiatri, utarbeidet regionen 8 regionale satsingsområder.²¹

Med utgangspunkt i satsingsområdene i planen, er det arbeids- og funksjonsdeling som peker seg ut som det viktigste området, også om vi tar hensyn til de åtte regionale satsingsområdene. Tallet på tiltak (7 av totalt 40), samt informantenes vurdering av tiltakenes viktighet og størrelse underbygger dette. Dernest kommer satsingen på kreftomsorgen (4 av totalt 40 tiltak i planen). Psykisk helsevern er ikke i samme grad prioritert som et regionalt satsingsområde selv om 6 av totalt 40 tiltak sorterer under dette satsingen. Når det gjelder forholdet mellom de statlige og regionale satsingsområdene, var oppfatningen blant et flertall av informantene at de statlige var viktigst (selv om 23 av tiltakene sorterer under regionale satsingsområder mot 17 under de tre statlige). Her må en ta høyde for at bygge- og utstyrsprosjekter var et regionalt satsingsområde. Blant de andre regionale satsingsområdene er det rehabilitering og utdanning, rekruttering og forskning som peker seg ut som de viktigste. Selv om primærhelsetjenesten ble

²¹ Rehabilitering, Utvikling av regionale og flerregionale funksjoner, Samarbeid med primærhelsetjenesten, Utdanning og rekruttering, Forskning og utvikling, Informasjonsteknologi og telemedisin, Utbyggings- og utviklingsprosjekt og Regional organisering.

ført opp som eget satsingsområde, prioriteres ikke dette sterkt i planen.

Et av de mest sentrale målene i planen var imidlertid utvikling av fire sykehusområder. Innen satsingsområde 1, funksjonsfordeling mellom sykehusene, var det sentrale punktet utvikling av fire likeverdige sykehusområder i regionen. Dette var et grunnleggende element i planen, og det ville få omfattende konsekvenser for spesialisering og arbeidsdeling mellom sykehusene i det enkelte sykehusområde. I planen ble dette introdusert som et utredningsprosjekt. Tiltaket ville skape en helt ny struktur på helsetjenestene i regionen. En ønsket å gå bort fra den tradisjonelle inndelingen i region-, sentral- og lokalsykehus, og ønsket at alle de fire sykehusområdene skulle tilby vanlige tjenester, mens en forutsatte at regionsykehuset skulle tilby høyspesialiserte tjenester, som det ikke var grunnlag for ved de andre sykehusene i regionen. Den enkelte fylkeskommune hadde ansvaret for å gjennomføre endringen innen eget fylke. Man hadde imidlertid skaffet seg erfaringer gjennom etableringen av samarbeidet mellom sykehus i Haugesund, Odda, og Stord, det s. k. HOS-prosjektet.

Den regionale helseplanen ble høsten 2000 vedtatt i fylkestinget i samtlige fylker uten endringer og ble ved årsskiftet sendt over til Sosial- og helsedepartementet. Departementet sluttet i brev til regionen av 9. mars 2001 seg til planens mål og overordnede strategier med enkelte merknader. Av brevet framgikk det at regional helseplan fra Helseregion Vest i hovedsak tilfredstilte de formelle krav til regional helseplan. I sine kommentarer gjorde imidlertid departementet oppmerksom på at det ikke var fattet vedtak med hensyn til utvidelse av kapasiteten med en 8. strålemaskin i regionen eller finansiering av denne.

I foregående planperiode var det regionale samarbeidet primært et samarbeid om desentralisering av regionfunksjoner. Denne linjen ble videreført i ny plan, men ble supplert med et sterkere fokus på arbeids- og funksjonsdeling innenfor fire definerte sykehusområder. Planen la også opp til konsentrasjon av funksjoner, for eksempel avansert kreftkirurgi. Sammenlignet med den forrige planen, var det en klar nyorientering i den regionale helseplanen.

Enkelte informanter pekte på at planen var noe vag eller forsiktig når det gjelder arbeids- og funksjonsdeling. I planen hadde man i noen grad satset på åpenbare samarbeidsområder og unngått mer kontroversielle tiltak knyttet til konsentrasjon og sentralisering av oppgaver. Mange pekte på at sykehusstrukturen i vest avspeilet befolkningstettheten, senterstrukturen, geografi og kommunikasjoner. Hensynet til

nærhet og tilgjengelighet satte etter mange informanternes oppfatning derfor grenser for hvor langt en kunne gå i retning av en mer spesialisert institusjonsstruktur. Å inndele regionen i fire sykehusområder var langt på veg et kompromiss mellom hensynet til en mer effektiv sykehusstruktur og hensynet til nærhet og tilgjengelighet. Inndelingen var også knyttet til at regionen hadde fire relativt store sykehus som reelt sett fungerte som sentralsykehus. I høringsuttalelsene til den regionale helseplanen var det stor oppslutning om inndelingen i fire sykehusregioner, men i en av uttalelsene etterlyses det en klarere målsetting og prinsipielle vurderinger for hva en ville med sykehusområdene og hvilke konsekvenser inndelingen ville få for endringer.

Iverksetting i en overgangsperiode

Ved oppstart var det formelle apparatet for iverksettingen av den regionale helseplanen det samme som ved utformingen av planen. Det regionale helseutvalget hadde 4 møter i 2001. Møtene i det regionale helseutvalget ble gjennomført som planlagt, men iverksettingen av den regionale helseplanen ble ikke fulgt opp i det omfang som ville vært aktuelt, hvis fylkeskommunen fremdeles hadde stått som eier av sykehusene. ”Det er ikke vilje til å være med på iverksetting”, hevdet et medlem av det regionalt helseutvalget. ”Mer satsning på iverksetting er som å bære havre til en død hest” var en annen uttalelse fra et annet medlem av utvalget.

Det regionale helseutvalget tok opp saker som det var naturlig å ta stilling til, men arbeidet med den regionale helseplanen ble sterkt preget av nedtellingen til at staten skulle overta eierskapet til sykehusene. Noen hevdet at det i denne perioden ikke lenger var noe klart lederskap for spesialisthelsetjenesten og at det var oppstått et ledelsesvakuum på sentralt nivå.

Dette gjaldt spesielt etableringen av fire sykehusområder som var et sentralt punkt i planen. Det måtte bl.a. gjøres mye mht utvikling av rutiner og prioriteringer ved etableringen av sykehusområdene. Arbeidet med de nye sykehusområdene ble nedprioritert og alt overordnet arbeid ble lagt på is. En informant fortalte at det ble sendt brev til institusjonene om hva som burde iverksettes, men at det ikke var mye respons å få.

Det hører imidlertid med til historien at de fire sykehusområdene ble lagt til grunn ved etableringen av den nye foretaksstrukturen i det nye Helse Vest.

På tross av redusert innsats med iverksetting av den regionale helseplanen, ble det likevel satt i gang tiltak innen prioriterte områder²². Innen kreftomsorgen ble det etablert et telepatologisamarbeid mellom Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane og Haukeland sykehus og et regionalt telepatologinettverk er under etablering. Det ble etablert et kompetansesenter for lindrende behandling ved Haukeland sykehus. Som et ledd i funksjonsfordelingen mellom sykehusene ga faggruppa for kreft uttalelse om hvilke institusjoner som, etter faglige vurderinger, i framtida burde ta ansvaret for ulike typer kirurgisk kreftbehandling.

4.5 Helseregion Midt-Norge

4.5.1 Om regionen

Helseregion Midt-Norge bestod av de tre fylkeskommunene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Totalt var det ca 625 000 innbyggere i denne regionen.

Det var i alt 9 sykehus i regionen, 3 i Sør-Trøndelag, 2 i Nord-Trøndelag og 4 i Møre og Romsdal. Regionsykehuset i Trondheim (RiT), var regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus, i tillegg til utdanningsinstitusjon. RiT hadde dessuten en avdeling på Røros. I tillegg hadde man Orkdal Sanitetsforeningssykehus og Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus. I Møre og Romsdal hadde man ett sentralsykehus, Sentralsykehuset i Møre og Romsdal, og tre fylkessykehus. De to sykehusene i Nord-Trøndelag, Innherred og Namdal sykehus dekket til sammen fylkets behov for sentralsykehusfunksjoner.

4.5.2 Frivillig samarbeid

Denne regionen påbegynte et regionalt helsesamarbeid i 1975 som en oppfølging av Stortingsmelding nr 9 om "*Sykehusbygging i et regionalisert helsevesen*". Daværende helseregion IV fikk et regionalt helseutvalg høsten 1977.

Utvalget bestod av 9 faste medlemmer, 3 politiske representanter fra hver av fylkeskommunene. På møtene deltok omtrent 11 representanter utover de faste medlemmene. Blant disse faste deltagerne var tre

²² Dette går bl. a. fram av en statusrapport fra Helseregion Vest i juni 2001 og i et resymé om det regionale helsesamarbeidet i Helseregion Vest (Notat fra Helseregion Vest, v/sekretariatet, til Det regionale helseutvalget 25.10.01).

fylkesleger (en fra hvert fylke), fylkeshelsesjefene fra hvert av fylkene, i tillegg til øvrige representanter fra fylkeskommunenes administrasjon. Dessuten var direktøren ved Regionsykehuset i Trondheim fast deltager sammen med dekanus ved det medisinske fakultet ved universitetet i Trondheim. Fra og med 1998 ble også en representant fra Helse- og sosialdepartementet fast deltager på møtene.

Det regionale fylkeshelsesjefforumet var også etablert som et fast organ, med innstillingsrett til det regionale helseutvalg. Organet bestod av fylkeshelsesjefene fra hvert av fylkene i regionen. Forumet hadde det overordnede ansvaret for iverksetting av ulike vedtak knyttet til det regionale samarbeidet, blant annet iverksettingen av den regionale helseplanen.

Fagrådene ble opprettet som en del av det regionale helsesamarbeid i Midt-Norge fra begynnelsen av 1990-tallet. Fagrådene representerte en forlengelse og ytterligere institusjonalisering av *regionale, faglige møter* som lenge hadde vært en etablert ordning i regionen. Fagrådene bestod av avdelingsoverlegen i den aktuelle spesialitet og hadde som oppgave å gi råd om oppgavefordeling, overflyttingsrutiner, rekruttering og faglig opplæring sett i et regionalt perspektiv.

Som en parallell til de medisinske fagråd ble det også opprettet sjeflegeforum som bestod av sjeflegene ved sykehusene i regionen. Dette bisto det regionale helseutvalget med utredningsarbeid av medisinsk, faglig karakter. Et sjefpsykepleieråd ble dessuten etablert i forbindelse med det regionale helseplanarbeidet for å bistå med råd og innspill, særlig vedrørende rekruttering av helsepersonell.

Det regionale helseutvalget utarbeidet en regional helseplan i 1995, en regional plan for psykiatri i 1998, en regional kreftplan i 1999 og en regional plan for funksjonsfordeling og samarbeid i 1999. I tillegg ble det også laget en handlingsplan for rekruttering i 1997, og en strategiplan for IT og telemedisin samme år. Det er et inntrykk fra informantsamtalene at Midt-Norge brukte lang tid på å skape legitimitet for prosessene. Mange personer var med på å utarbeide den første regionale planen, og det samme skjedde da funksjonsfordelingsplanen ble utarbeidet og vedtatt i 1999.

Vi har brukt mange millioner på selve prosessen. Legitimitet er veldig sentralt. Ved å involvere folk får du oppslutning, selv om folk forstår at du ikke kan få det du synes er best (informant).

Den regionale helseplanen i Midt-Norge er tidligere blitt omtalt som en verktøyplan (Haavik 1997: 81). Man la ikke vekt på å gi detaljanvisning for hvordan strukturen skulle være ved det enkelte sykehus, men satset på at dette skulle vokse fram av en prosess i regionen. Viktige prinsipper for strukturendringen, slik de framsto i Regionalt helseutvalgs vedtak av planen i 1996, var for det første at utviklingen av nettverk skulle legges til grunn. Det vil si at man skulle få til et tettere og mer forpliktende samarbeid "basert på tillit og likeverd gjennom selvstendige parter" (RHU-vedtak medio 1996 sitert i Haavik 1997: 87).

Et annet prinsipp var et subsidiaritetsprinsipp: Man skulle unngå at funksjoner ble flyttet på et høyere nivå enn nødvendig. Regionfunksjoner skulle lokaliseres til andre sykehus i regionen når tilbudet ikke av faglige grunner måtte være på regionsykehuset.

Planen inneholdt også et forslag om å definere visse oppgaver innen spesialisttjenesten som "entydig regionaliserte" ved at tjenesten i sin helhet var en fellesfunksjon for fylkene innenfor helseregionen. Et felles hjertesenter og et elektivt ortopedisk senter ble brukt som mulige eksempler på slike regionale sentra. Planen inneholdt også en rekke forslag til mindre endringer av organiseringen av det regionale tilbudet.

I funksjonsfordelingsplanen understrekes det i tråd med nettverkstanken fra den regionale planen, at man ønsket å opprettholde alle sykehusene i helseregionen. Det ble foreslått et samarbeid gjennom formaliserte nettverk som alternativ til å slå sammen sykehus.

4.5.3 Lovpålagt samarbeid

Planprosessen

I Helseregion Midt-Norge var informantene opptatt av at man på mange måter hadde lyktes i å utvikle en regional holdning i regionen. Den lovforankring og formalisering av samarbeidet som fant sted i 1999 bidro til å forsterke den regionale holdning ytterligere. Den regionale "ånd" mente en blant annet kom til uttrykk ved at man de siste årene hadde begynt å snakke om "vårt regionsykehus" i stedet for "Regionsykehuset i Trondheim" (informant). Det ble også lagt vekt på at det var kommet mer sentrale politikere inn i arbeidet:

Tidligere syntes jeg det regionale helseutvalg var temmelig uinteressant, men etter at det ble satt inn

topptunge politikere synes jeg man har fått til en bra planprosess (informant).

I tråd med nasjonale føringer ble det på møte i Regionalt helse- og sosialutvalg Midt-Norge i mars 2000 vedtatt å starte arbeidet med Regional helseplan 2001- 2004. Arbeidet med Regional helseplan 2001- 2004 var formelt organisert ved at Regionalt helse- og sosialutvalg vedtok rammene for arbeidet med planen. Det var fylkeshelse-sjefkollegiet, - de tre fylkeshelsesjefene/ helse- og sosialdirektørene fra hvert fylke - som ledet arbeidet med planen. Selve ansvaret for å føre planen i pennen, lå hos en egen koordineringsgruppe for planarbeidet. Koordineringsgruppen bestod av medlemmer fra sekretariatet til Regionalt helse- og sosialutvalg, men man avsatte på oppstartsmøtet også midler til en selvstendig plankoordinatorstilling, blant annet for å skjerme selve planarbeidet fra det øvrige arbeidet sekretariatet hadde med å bistå Regionalt helse- og sosialutvalg.

I juli 2000 ble fylkeshelsesjefkollegiet utvidet med en sykehusdirektør fra hvert fylke, i tillegg til en direktør for det psykiatriske sykehuset i Sør-Trøndelag. Med dette skapte man et "Regionalt lederteam" med syv medlemmer. Hensikten var å sikre en bedre forankring av helsesamarbeidet på institusjonsnivå.

I 1994 ble det etablert et Regionalt pasientråd i forbindelse med arbeidet med regional helseplan. Dette rådet hadde som oppgave å ivareta brukerinteressene i planarbeidet. I etterkant av planarbeidet i 1994/ 1995 ble oppgavene til Regionalt pasientråd formalisert og på møte i Regionalt helse- og sosialutvalg i 1998 vedtok man mandat og sammensetning av rådet. Det hadde en rådgivende funksjon i forhold til Regionalt helse- og sosialutvalg og hadde dessuten en rådgivende funksjon i forhold pasientombudet. Rådet hadde en aktiv rolle i forhold til Regional helseplan 2001-2004 med å være talsmann for brukere og pasienter. Pasientrådet ble særlig trukket frem i forbindelse med arbeidet med Regional plan for habilitering og rehabilitering. Der hadde de en representant i referansegruppen i tillegg til at Regionalt pasientråd i seg selv utgjorde en egen referansegruppe. I sin høringsuttalelse til planen sier Regionalt pasientråd seg godt fornøyd med hvordan deres mulighet for deltagelse og innflytelse hadde blitt ivaretatt.

På oppstartsmøtet ble det understreket at planen skulle ta utgangspunkt i og bygge videre på de regionale planer som forelå. Dette innebar at nettverkstankegangen kom til å ligge som en grunnleggende premiss for arbeidet med den nye regionale helseplanen.

I tillegg til de nasjonale satsingsområdene definerte helseregion Midt-Norge følgende regionale satsingsområder: Rehabilitering og habilitering; Utdanning, forskning og rekruttering; Samordning og samarbeid med primærhelsetjenesten; Forebyggende og helsefremmende arbeid; og IT- telemedisin.

Høringsutkastet til regional helseplan var klart primo september 2000. Regionalt helse- og sosialutvalg godkjente Regional helseplan i møte 19.-20. oktober 2000. I sitt vedtak anbefalte utvalget de tre fylkeskommunene å godkjenne regional helseplan med tillegg om alternativ organisering dersom det ble statlig overtakelse. Regional helseplan ble behandlet i fylkestingene i begynnelsen av desember måned 2000. Her sluttet alle fylkeskommunene seg til den framlagte planen.

På grunn av de omfattende planprosesser som var igangsatt i regionen og som var i ferd med å avsluttes etter at arbeidet med Regional Helseplan var igangsatt, anså man det som unødvendig å sette i gang en ny og omfattende planprosess. Man ønsket å basere planen på de eksisterende planene og grunnlagsmaterialet for disse. Man benyttet seg derfor ikke i noen særlig grad av faggrupper direkte i arbeidet med regional helseplan. Allikevel anså man det for nødvendig med en viss ajourføring av planarbeidet, særlig for å tilpasse regional helseplan til lovendringer og nasjonale krav. Koordineringsgruppen ledet derfor et arbeid med å utarbeide prognoser for befolkningsutvikling og forventet etterspørsel etter helsetjenester.

Alt i alt utviser majoriteten av informantene på politisk og administrativ nivå en svært positiv og optimistisk holdning til det regionale helsesamarbeidet. Både fra politisk og administrativt hold var en stolte over planen. Informantene fremhevet fylkeshelsesjefkollegiet som drivkraften i det regionale planarbeidet og mente at "de har gjort en drivandes god jobb" (informant).

I flere av uttalelsene fra sykehusene ble det imidlertid rettet kritikk mot manglende konkretisering av tiltak og det etterlyses en mer inngående beskrivelse av nettverksmodellen. Også Sosial- og helsedepartementet hadde innvendinger til utkastet til plan. De generelle innvendingene fra departementets side gikk på at planen hadde en for fylkesvis profil og at den er for omfattende. Et av hovedankepunktene var dessuten at det var uklart hva som lå i nettverkstankegangen.

Representanter fra sekretariatet og koordineringsgruppen la i intervjuer vekt på at det ble brukt mye tid og krefter på å følge opp de kommentarer og krav til endring som departementet kom med i utarbeidelsen av planen. Gjennom informantsamtalene kommer det

frem at antydningen fra departementets side om at nettverksstrategien i virkeligheten var en måte å unngå å ta opp ubehagelige spørsmål på, satte i gang en bevisstgjøringprosess hos planaktørene om hva de egentlig la i nettverkssamarbeidet og hvordan dette kunne organiseres.

Ikke alle departementets krav og ønsker ble imidlertid fulgt opp, og i informantsamtalene kom det også fram en viss misnøye med det detaljnivået departementet la seg på. En av informantene sa det slik:

Det finnes ikke grenser for hva statens konsulenter forsøker å styre (...) det virker som om de har tenkt til å overta, det er litt sånn de agerer for tiden

Når regionen så eksplisitt lanserte en nettverksstrategi som regionens alternativ til geografisk og organisatorisk sammenslåing av tilbud, sier det imidlertid samtidig noe om samarbeidets yttergrense i denne regionen. Aktørene var klar over at det kunne se ut som de prøvde å omgå statlige føringer om funksjonsfordeling og klare prioriteringer. Imidlertid fremholdt de at det å opprettholde samtlige ni sykehus i regionen var et overordnet mål som lå til grunn for samarbeidet. Holdningen var at det regionale samarbeidet kunne være et middel til å flytte spesialistfunksjoner ut i distriktene, i tillegg til å utnytte kompetansen på Regionsykehuset i Trondheim til fordel for distriktsykehusene.

Konfliktstoffet i planen var da også knyttet til opprettholdelsen av sykehusstrukturen, med fødeavdeling og akuttstasjonsfunksjoner ved samtlige sykehus. I innstillingen til regional helseplan het det at:

Fødeavdelingene i regionen skal tilfredsstillende en nasjonal faglig standard. Dersom en eller flere av minstekravene ikke kan opprettholdes, skal nettverkssamarbeid, evt omgjøring til fødestue vurderes.

Denne formuleringen ble på møtet i RHSU 20 okt 2000 vedtatt endret til:

Nettverksstrategien legger til rette for at blant annet fødeavdelingene og akuttstasjonene kan videreføres og tilfredsstillende en nasjonal faglig standard.

Der ser ut til at (lokal)-politiske hensyn har fått veie tungt i planforslaget, særlig når det gjaldt spørsmålet om akuttstruktur, fødetilbud og tilbud innen pediatri. Både fra administrativt og faglig hold ble det i informantintervjuer uttrykt en viss oppgitthet over den rolle lokale interesser hadde fått spille i planprosessen:

Snakker du om å røre en fødeavdeling blir det jo demonstrasjonstog med en gang (informant).

Eksemplene viser at det var opprettholdelsen av sykehusstrukturen, med fødeavdeling og akutt sykehusfunksjoner ved samtlige sykehus som utgjorde det regionale samarbeidets yttergrense i regionen. Flere av informantene pekte på at man hadde begynt med de enklere sakene, for å utvikle en regional identitet og at man "øvde seg" på å møte de mer krevende sakene.

Innholdet i planen

I planens "Overordnede prioriteringer og mål", skisseres 11 utvalgte satsningsområder.²³ Tre av målsettingene er sammenfallende med de statlige målsettingene for arbeidet, og de andre satsingsområdene er utformet utfra ønsket om å få et mer hensiktsmessig og bedre sykehusvesen. Noen av satsningsområdene er langt på vei tematisk sammenfallende, for eksempel samordning og organisering av sykehusstilbudet, og funksjonsfordeling og samarbeid i utvalgte fag. Funksjonsfordelingsspørsmål er også en del av diskusjonen under behandlingen av akuttberedskapen og planlagte tjenester.

Som hovedstrategi valgte altså helseregionen "*forpliktende nettverks-samarbeid*". Man hadde som grunnleggende forutsetning at strukturen med 9 sykehus i regionen skulle bestå. Den reviderte planen inneholdt en mer utdypende forklaring av hva man tenkte seg at nettverkssamarbeid skulle innebære, enn det man fant i det opprinnelige høringsutkastet, slik vi har sett departementet etterlyste dette i sin kommentar. Det ble nå skilt blant annet mellom strukturorienterte nettverk (oppgaver fordeles mellom sykehus) og prosessorienterte nettverk (nett for faglig og administrativt samarbeid) og det nevnes eksempler på nettverk av hver type som allerede er i gang. Dette begrepsskillet følges imidlertid ikke opp i den videre drøftingen.

For å prøve ut ulike modeller for gjennomføring av nettverkssamarbeidet ville regionen finansiere en prosjektstilling utplassert ved sykehus i nettverket. Det heter i planen at man skal prioritere prøveprosjektene innenfor spesialiteter med stor etterspørsel og lange ventelister, for eksempel ortopedi, øre- nese- hals og radiologi. Disse

²³ Samordning og organisering av sykehusstilbudet, Akuttfunksjonen, Planlagte tjenester, Funksjonsfordeling og samhandling i utvalgte fag, Kreftbehandling, Psykiatri, Samhandling mellom fylkeskommunene og kommunene, Informasjonsteknologi- telemedisin, Rehabilitering og habilitering, Forebyggende og helsefremmende tiltak, Rekruttering, utdanning og forskning.

er allikevel bare eksempler på mulige satsingsområder innenfor nettverksstrategien. Nettverksstrategien kan fortolkes som en overordnet strategi for å utnytte samlede ressurser i regionen. Planen sier eksplisitt at nettverkssamarbeid er regionens alternativ til geografisk og organisatorisk sammenslåing av tilbud.

Kreftbehandling er det andre nasjonale satsingsområdet i planen. Kapitlet bygger på regional kreftplan fra 1999. Innenfor strålebehandling redegjøres det for fordelingen av nye strålemaskiner, 4 ved RiT og to ved Sentralsykehuset i Møre og Romsdal. Videre redegjøres det for eksisterende tilbud og tiltak innenfor blant annet kirurgisk kreftbehandling, lindrende behandling, mammografiscreening, arvelig kreft og genterapi. Tiltak for å samle enkelte behandlingsformer på færre steder, slik staten ønsker, nevnes imidlertid ikke. Men det påpekes at behandling av kreftformer allerede i dag er konsentrert til enkelte sykehus i regionen og at sjeldne og særlig ressurskrevende inngrep blir utført ved RiT.

Psykiatridelen er svært kortfattet, og består først og fremst i en henvisning til den statlige satsingen på psykiatri fram til 2006. En sentral utfordring for alle fylkene er å etablere distriktpsikiatriske sentra. Sør-Trøndelag får et særlig ansvar for å bygge ut spesialfunksjoner i psykiatri, mens Nord-Trøndelag skal bygge en sikkerhetspost. I den regionale planen for psykiatri fra 1998 er flere spesialiseringstiltak nevnt. Det kan her være verdt å nevne at behandlingen av psykiatridelen var langt fyldigere i høringsutkastet til regional plan. Flere av informantene understreket betydningen av det arbeidet som var lagt i den regionale psykiatriplanen. At denne delen av planen har en forholdsvis liten plass, kan nok derfor først og fremst tilskrives en komprimering av selve presentasjonen av tiltakene som en følge av departementets krav om sidetall og innstramming av planen.

Innenfor Rehabilitering og habilitering og Forebyggende og helsefremmende arbeid er det også nettverkstankegangen som er dominerende. Når det gjelder Rekruttering, utdanning og forskning satser regionen på ulike tiltak for å bedre rekrutteringen av legespesialister, blant annet foreslås det å opprette et regionalt kontaktorgan for rekruttering fra utlandet.

I nettverks-satsningen inngikk dessuten Midt-Norsk Helsenett som en viktig komponent, som også er sentral innenfor området informasjons-teknologi og telemedisin i planen. Etableringen av Midt-Norsk Helsenett er en organisasjon som skal danne basis for all elektronisk samhandling i og utenfor regionen. Innenfor dette prosjektet er særlig etablering av elektronisk pasientjournal og innføring av såkalt PACS,

det vil si fulldigitalisering av røngtenavdelingene sentralt. Her refereres det til strategiplan med tilhørende handlingsplaner for IT og telemedisin. Prosjekt Midt-Norsk Helsenett presenteres også med anslått kapitalbehov, inkludert behov for tilskudd. Her har man altså et klart prioritert tiltak med tidsperspektiv og økonomiske konsekvenser.

Hvis vi ser på omfanget av antall tiltak i planen, er det funksjonsfordeling som har de fleste tiltakene (10 av 36 tiltak). Dette henger mye sammen med at funksjonsfordeling er spredt over en rekke satsningsområder i planen.

Om lag 15 av tiltakene er forbundet med nettverksetablering. Innenfor akuttberedskap i kirurgi, fødetilbud og pediatri består tiltakene i å utrede mulige rasjonaliseringstiltak. Innenfor kreftområdet er et av tiltakene å vurdere bedre funksjonsfordeling innen kirurgisk kreftbehandling. Til sammen er 10- 15 av tiltakene forslag om utredninger, kartlegging eller vurderinger.

Det er vanskelig å si noe om vekten av regionale og statlige områder i den regionale planen for Midt-Norge. Grunnen til det er at introduksjonen av nettverksmodellen går på tvers av de tre statlige områdene og de regionale områdene. Nettverksmodellen har bidratt til at Midt-Norge har definert sin egen utforming av funksjonsfordeling. Modellen kan brukes innen ulike deler av spesialisthelsetjenesten som bestemte fagområder, eller funksjoner (akuttfunksjon, elektiv virksomhet, fødetilbudet), eller i relasjonen til primærhelsetjenesten i kommunene.

I brev av 12.3.01 vedtok Sosial- og helsedepartementet regional helseplan for Midt-Norge 2001-2004. Departementet sluttet seg til planens statusbeskrivelse, samt planens visjon, mål og overordnede strategier, med enkelte merknader. Departementet merket seg regionens valg av nettverksstrategi for å møte de utfordringer som ligger i å utnytte knappe økonomi- og personellressurser på. En mente at nettverksstrategien var tilstrekkelig gjort rede for til at departementet kunne slutte seg til denne som hovedstrategi for planperioden i Helseregion Midt-Norge. Imidlertid fant en også at de tiltakene som var utledet av nettverksstrategien og den forutgående analysen var av en slik generell karakter at de på det daværende tidspunkt ikke kunne vedtas av departementet. Det ble forventet at regionen ville komme tilbake med konkretiseringer og presiseringer av dette i de årlige justeringene av helseplanen.

Iverksetting i en overgangsfase

Det ble i 2001 avholdt 4 møter i Regionalt helse- og sosialutvalg. I mai 2001 ble den endelige handlingsplanen og budsjett for 2001 behandlet av Regionalt helse- og sosialutvalg. Av handlingsplanen fremgår det ikke hvem som skulle ha ansvar for iverksettingen. Det ble heller ikke gitt noen generelle føringer når det gjaldt rapporteringsrutiner og rapporteringsplikt. I tilknytning til sak 30/2001 om vedtaket av regional helseplan i Sosial- og helsedepartementet ble imidlertid fylkeskommunene anmodet av Regionalt helse- og sosialutvalg om å følge opp vedtatte tiltak i planen og at tiltakene ble innarbeidet i virksomhetenes driftsplaner og budsjetter. For øvrig ble de ulike prosjektene, i følge våre informanter, forankret i de enkelte organisasjonene/ institusjonene som hadde ansvaret for prosjektet. Den regionale organisasjonen ved regionalt lederteam, sekretariat og Regionalt helse- og sosialutvalg fulgte så opp de enkelte prosjektene fortløpende.

En oversikt over regionale aktiviteter viser at iverksettingen var kommet godt i gang på mange av områdene som ble prioritert i handlingsplanen. Av intervjuer framgår det dessuten at, selv om en også her kan peke på varierende grad av oppfølging, så er hovedbildet tilnærmet "business as usual". Også i Midt-Norge fikk arbeidet med sykehusreformen direkte og indirekte konsekvenser bl.a. for arbeidet i sekretariatet, men det ble ikke pekt ut konkrete prosjekter som var blitt utsatt på grunn av reformarbeidet. Likevel ble det fremholdt at en ikke var kommet så godt i gang med utredning og nærmere operasjonalisering av nettverksstrategien som en hadde forestilt seg ved inngangen til året.

På den annen side ble det lagt stor vekt på iverksettingen av planlagte tiltak innenfor planens kapittel 11, informasjonsteknologi og telemedisin. Midt-Norsk Helsenett ble etablert med en grunnleggende felles infrastruktur med et tjenesteintegrert bredbåndsnett. Det ble etablert flere tjenester for telemedisin med radiologi, patologi og kirurgi som de mest sentrale. Det ble vedtatt at Midt-Norsk Helsenett skulle videreføres som permanent organisasjon, og det ble tilsatt daglig leder. Per november 2001 var det involvert 7-8 personer på heltid i prosjektet MNH.

4.6 Helseregion Nord

4.6.1 Om regionen

Helseregion Nord bestod ved inngangen til 1999 av fylkene Nordland, Troms og Finnmark. Totalt innbyggertall var 463 277, og helseregionen var dermed den minste av de fem helseregionene, hva innbyggertall angikk.

Utgangspunktet for samarbeidet i Helseregion Nord var følgende sykehusstruktur: I Nordland var det 6 lokalsykehus, tre i sørfylket og tre i nordfylket og ett sentralsykehus som også hadde lokalsykehusfunksjon i Salten. Det var ett psykiatrisk sykehus og desentraliserte funksjoner ved lokalsykehusene. I Troms var det ett lokalsykehus og ett psykiatrisk sykehus i tillegg til regionsykehuset. I Finnmark var det to lokalsykehus med akuttberedskap og fødeavdeling. I tillegg var det fødestue ved Alta sykestue. Det var psykiatriske pleiefunksjoner tillagt tre sykestuer i Finnmark, mens det psykiatriske sykehustilbudet var knyttet til Troms (Åsgård).

4.6.2 Frivillig samarbeid

Det regionale helse- og sosialutvalget (RHS) i Helseregion Nord ble opprettet i 1994 med frittstående sekretariat lagt til Tromsø. Utvalget besto av både sentrale fylkespolitikere og sektorpolitikere fra helse- og sosialutvalgene i fylkeskommunene.

Den første helseplanen ble lagt fram til behandling i fylkestingene i 1997. Den regionale helseplanen fikk varierende behandling i de tre fylkeskommunene - fra positivt vedtak i Troms (hadde mest å tjene og minst å tape på planens innhold) - til forkastelse i Finnmark og ingen politisk behandling i Nordland (funksjonsfordelingstiltakene fikk størst negative konsekvenser her).

I forrige planperiode var 17 faggrupper i arbeid med ulike fagområder og støttefunksjoner innen somatisk medisin. Dette arbeidet ble sett på som en viktig pilar for det videre arbeidet i neste planperiode, som enkeltresultater, men like mye fordi det utviklet en samarbeidsarena mellom fagfolkene ved ulike institusjoner i regionen.

Prosessen var ledet av et frittstående sekretariat. Koblingen mellom sekretariatet og fylkesadministrasjonene ble imidlertid oppfattet å være for svak eller fraværende. Planprosessen var i for liten grad forankret i politisk og administrativt nivå i fylkeskommunene, ble det

hevdet av informantene. Fagfolkene i arbeidsgruppene arbeidet imidlertid godt på tvers av institusjonene. De enkelte fylkeskommuner hadde forskjellig holdning til politisk representasjon i Regionalt helse- og sosialutvalg, og denne varierte fra fylkesordfører til mindre sentrale fylkespolitikere.

Det ble ingen konkrete resultater av den forrige regionale helseplanen. Et forsøk på prioritering av utstyr (MR-investering) holdt nesten på å ødelegge hele det regionale samarbeidet. Ved behandling i fylkene var de geografiske interessene dominerende ved uenighet/konflikt, mens ideologiske forskjeller var lite framtrædende.

Erfaringene fra forrige periode medførte en nedtoning av troen på en "egen" plangruppe som skulle produsere planer som så skulle vedtas (en adskillelse av plan og implementering). Det ble også hevdet at mindre sentrale politikere som var valgt til plangruppen, hadde større frihet til å utvikle en omforent plan, men at de i mindre grad var i stand til å sikre en debatt i sine fylker og dermed forankre planen. I den nye planperioden ville en derfor sikre seg mer sentrale politikere med mindre ambisiøse planforventninger og med sterke forventninger om en vedtatt plan.

Et hovedmål ved oppstarten av en ny planperiode var derfor å få *vedtatt* en regional helseplan i alle fylkeskommunene i løpet av høsten 2000 og at en vedtatt plan skulle være fundamentet i et videre regionalt samarbeid.

4.6.3 Lovpålagt samarbeid

Planprosessen

Planprosessen i 1999/2000 må altså forstås i relasjon til erfaringene fra forrige planperiode hvor en i regionen fikk utviklet en ambisiøs plan hvor konflikter i liten grad var avklart. Planen ble vedtatt i ett fylke. Erfaringene fra forrige planperiode var derfor svært viktige for å definere forløpet av den nye planprosess fra 1999/2000.

Den nye regionale helseplanen skulle i følge forskriftene omfatte den somatiske og psykiatriske helsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark. Det regionale helse- og sosialutvalget i Helseregion Nord valgte å inkludere en regional sosialplan og de offentlige tannhelse-tjenester i planarbeidet.

Det regionale helseutvalget bestod av tre politikere fra hvert av de tre fylkene, med fylkesordfører i spissen for to av fylkene. Nordland innførte parlamentarisme og var derfor representert med fylkesråd for

helse som ledende politikere. I tillegg møtte sekretariatet, fylkeshelsesjefene, representanter fra Universitetet i Tromsø, representant fra fylkeslegene i regionen og fra departementet.

Planorganisasjonen i Helseregion Nord besto av 6 plangrupper (Overordnet gruppe somatikk, Psykiatrigruppe, Personell-/kompetansegruppe, Barnevernet, Rus, Kreftplangruppe), fylkesvis planarbeid med basis hos helsesjefene i fylkene, i tillegg til plansekretariatet og Regionalt helseutvalg. Det ble kjøpt inn regional kapasitet fra Finnmark og Nordland på til sammen 2,6 årsverk (tre personer).

Regionalt helse- og sosialutvalg vedtok i sak 36/99 overordnede mål for ny regional helse- og sosialplan samt hovedlinjene for organiseringen og gjennomføringen av planarbeidet. Regionalt helse- og sosialutvalg definerte prosessforløpet, tempo og framdriften for prosessen, men var mer passive i forhold til innholdet. Ved utarbeidelse av selve planen var det fylkeshelsesjefene og sekretariatet i Tromsø som var de toneangivende. Planutkastet forelå og ble behandlet i helseutvalgsmøte i september 2000. I dette møtet ble også kommentarer fra departementet og fra fylkeskommunene presentert. Disse ble vedtatt vedlagt forslag til helse- og sosialplan på høringsrunden. Endelige vedtak ble fattet i fylkeskommunene og det regionale helseutvalg på møtene 02.11 og 20.12.00.

Fylkeshelsesjefene ble ansett å være de viktigste aktørene i forbindelse ved utarbeidelse av den regionale helse- og sosialplanen, mens politikerne i mindre grad preget planarbeidet. Klimaet i utvalget var bra så lenge geografi ikke ble utfordret. Sentrale politikere møtte imidlertid lite opp, noe de mente arbeidet i helseutvalget tapte på. Følgende sitat fra et av intervjuene gir uttrykk for dette "*i 1994 tok politikerne over og etter 1998 har det vært fylkesadministrasjonen – politikerne har abdisert*". Med abdisert tenker intervjuobjektet på ansvaret for utvikling av planen.

Gjennom mer sentrale politikere i helseutvalget, aktivisering av helseplanarbeidet i fylkeskommunene og en mer pragmatisk (inkrementell) planlegging, ønsket en å ta lærdom fra prosessen i forrige planperiode og forankre det regionale samarbeidet i fylkeskommunene og helseinstitusjonene. Politikerne mente at de burde være den aktive part i å drive det regionale samarbeidet framover, men var usikker på om de var det – om ikke faggruppene og administrasjonen hos helsesjefene var vel så viktige. De opplevde et tidspress og et press mot konsensus som gjorde det vanskelig å få til fruktbare diskusjoner og utprøving av uenighet i sak. I tillegg ble det oppfattet som et problem at sentrale politikere var så bundet opp i en rekke saksforhold

at tid til forberedelser og avklaringer samt tid til møter ble en viktig begrensning.

Styringen av planarbeidet lå med andre ord hos helsesjefene og sekretariatet. Helseutvalget kom imidlertid i en annen rolle, når planen ble godkjent og anbefalt ovenfor de tre fylkeskommunene på slutten av året. Et inntrykk var at forventningene til det regionale planarbeidet og til en plan var størst i Troms. Troen på muligheter til å styre gjennom en plan og dermed interessen for planen, var mindre i de to andre fylkene.

Sekretariatet som oppsamler av innspill fra faggruppene og helsesjefene hadde en egentyngde som særlig representanter fra Nordland understreket:

Det hadde ikke blitt den samme plan hvis sekretariatet var plassert et annet sted.

Ledelsen ved sykehusene så ikke seg selv som direkte aktører i forhold til regional helseplan selv om de var i kontakt med egen fylkeshelsesjef. Sykehusledelsen hadde også et eget møteforum for å ta opp viktige felles saksforhold. Direktørmøtene ble karakterisert som viktige selv om de ikke resulterte i så mye i forhold til planarbeidet. Sykehusledelsen fikk imidlertid informasjon om planprosess og delplaner gjennom disse møtene. Direktørmøtet ble brukt i planprosessen både som referansegruppe og særlig som høringsinstans og var slik sett viktigere i vedtaksfasen. Dessuten ble deres deltakelse ansett som viktig for å "selge inn" eller implementere tiltakene på institusjonsnivå.

I Helseregion Nord var det 3 - 4 saksforhold som kan defineres som samarbeidets yttergrense. Disse ble i liten grad tatt opp som egne sakskompleks, men var med og definerte mulighetsområdet for samarbeid. Det var imidlertid enighet om ikke å presse fram vedtak om disse.

Et eksempel er funksjonsfordelingen mellom Regionsykehuset og Nordland Sentralsykehus. Nordland Sentralsykehus var før opprettelsen av universitetssykehuset i Tromsø det største sykehuset i Nord-Norge med godt utbygde tilbud. På noen områder hadde de også ved inngangen til den nye planperioden et tilbud som i omfang var større enn det Regionsykehuset kunne tilby. Oppfatningen på Regionsykehuset var at Regionsykehuset i Tromsø ligger i en i utgangspunktet for liten region for et velutviklet regionsykehus når det gjelder potensialet for pasienter. En er også i en marginal situasjon når det gjelder rekruttering av kvalifisert personell. Et stort sentralsykehus i Nordland og et

lokalsykehus som aspirerer til å være sentralsykehus (Harstad), mente en undergravde pasientgrunnlaget for regionsykehuset. En var også redd for spredningen av ressurser, både økonomisk og personellmessig. En ønsket en regional helse og sosialplan som sikret regionsykehuset pasienttilgang fra hele landsdelen, med andre ord en sterkere planstyring av pasientstrømmene. En hadde liten tro på komplementaritet - pasientene var for sammensatt diagnostisk til at en omfattende arbeidsdeling kunne skje.

På Nordland Sentralsykehus (NSS) mente en at en var lojal ovenfor regionsykehuset og aksepterte en funksjonsfordeling, men med et pasientgrunnlag som var størst i regionen hadde de et eget ansvar. Sykehuset hadde noen få spesialiteter og enkelte av disse var tyngre enn tilsvarende på regionsykehuset. De mente at sykehuset fortsatt burde ha et ansvar her og supplere regionsykehuset og utvikle en komplementaritet, noe som også kunne komme til uttrykk i ønsket om å utdanne medisinerstudenter. Helseregionen dekket geografisk et stort område og ville, hvis ikke sentralsykehuset hadde en oppsamlende funksjon, tape pasienter til Trondheim. Sentralsykehuset var slik ikke en konkurrent til regionsykehuset, men en institusjon som bidro med pasienter til Tromsø. Uten et sterkt sentralsykehus ville regionsykehuset kunne få problemer med å få pasienter fra søndre del av Nordland. En mente at Trondheim ville være et interessant alternativ helt til Mo i Rana.

Innholdet i planen

Den regionale helseplanen skulle være en "*fireårig strategisk plan*" som ga oversikt over hovedutfordringer og problemstillinger i spesialisthelsetjenesten i regionen. Tiltakene som ble foreslått skulle være utledet av en overordnet analyse av utfordringene i regionen. Helseregion Nord valgte å lage delplaner for rehabilitering/ habilitering. Videre ble det som nevnt utarbeidet en egen regional plan innen de sosiale tjenester.

Høringsutkastet til helse- og sosialplan fra Helseregion Nord per september 2000 tok for seg alle de tre nasjonale satsingsområdene (funksjonsdeling, kreftomsorg og psykisk helsevern), men en valgte i tillegg å inkludere regionale satsingsområder som forskning, rekruttering, pasientrettigheter, habilitering/rehabilitering, offentlig tannhelsetjeneste, rusvern og barnevern.

I planen ble det formulert visjoner og hovedmål for det regionale helsesamarbeidet. For å oppfylle disse overordnede målene ble det understreket at Helseregion Nord måtte ha et desentralisert og helhetlig tjenestetilbud hvor ressursene var samordnet i regionen.

Dette ble begrunnet i at regionen har en geografi og en befolknings-spredning som gjør at regionen må opprettholde en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Arbeids- og funksjonsdeling ble i tråd med dette definert som en rasjonell oppgavedeling mellom sykehus, institusjoner og forvaltningsnivåer. Videre heter det at "...en rasjonell oppgavedeling er i denne planen ikke synonymt med nedleggelse av sykehus, men en politisk og administrativt styrt oppgavedeling basert på kunnskap om utviklingen innen medisinsk faglig, medisinteknologisk utvikling og tilgangen på fagfolk og pasienter....".

På denne bakgrunn ble hovedutfordringen formulert slik:

Opprettholdelse av en desentralisert spesialisthelsetjeneste innenfor en utvikling som drar i spesialisierende og sentraliserende retning.

For satsingsområdet arbeids- og funksjonsdeling hadde dette betydning på den måten at satsingsområdet bevisst ble håndtert på en lite konkret måte. Planen la opp til at utviklingen på dette området skulle være en "bottom-up" prosess og konkrete tiltak var derfor fåtallige. I stedet skulle det utredes endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene i Sør-Troms og Nordland, i Helgelandsområdet der også forholdet til primærhelsetjenesten skulle inngå og mellom regionsykehuset og sentralsykehuset i Nordland og Nordland psykiatriske sykehus. Til sist skulle også oppgavedelingen mellom Hammerfest sykehus og primærhelsetjenesten i Alta-området utredes.

De to andre statlige satsingsområdene ble behandlet mer konkret og fokuserte på fordeling av planlagte utvidelser (kapasitetsøkning). Kreftomsorgen er konkretisert i samarbeid mellom institusjonsnivå, hvem som skal behandle hva og hvor det er aktuelt med utvidelse av kapasitet og spredning i tilbudet (strålebehandling). En rekke tiltak gikk på opprettelse av tjenestetilbud: Ny sengepost på RiTØ, enhet for lindrende behandling, opprettelse av palliative team, opprettelse av dagonkologisk enhet ved NSS, opprette smerteklinikk ved RiTØ, utbygging av ny strålemaskin ved RiTØ og strålesatelitt ved Nordland sentralsykehus.

Psykisk helsevern er mindre konkret i beskrivelse og innhold, men også her er det snakk om utvidelser i kapasitet og ikke minst økt kompetanse som dominerer. Her baserte regionen seg primært på de fylkeskommunale opptrappingsplanene for det psykiske helsevernet og at en samordning først er mulig i en senere fase av dette arbeidet. Det er få konkrete tiltak som er fylkesovergripende på dette området. De regionale satsingsområdene er viet stor plass og et gjennomgående

tema er kompetanseutvikling, økt utdanning av nøkkelpersonell og rekrutteringstiltak.

Tar vi utgangspunkt i satsingsområdene i planen er det kreftbehandling av de statlige satsingsområdene og utdanning, rekruttering og forskning av de regionale, som peker seg ut som de viktigste områdene. Under satsingsområdet kreft er det ført opp flere konkrete tiltak (tiltakene på kreftområdet utgjør 11 av totalt 67 tiltak i planen), mens det er ført opp 27 tiltak under overskrifter som går på utdanning, rekruttering og forskning. Både arbeids- og funksjonsdeling og psykiatri er behørig behandlet i planen og hevdes å ha høy prioritet, men det mangler konkretiseringer som tydeliggjør prosjektene. Når det gjelder forholdet mellom de statlige og regionale satsingsområdene synes flere av de regionale satsingsområdene å bli tillagt større vekt enn de statlige. Av totalt 67 tiltak i handlingsplanen er 50 gruppet under ulike regionale satsingsområder. Det store antall tiltak under utdanning og rekruttering avspeiler i sterk grad den situasjon landsdelen befinner seg i når det gjelder personell og vansker med å rekruttere kvalifisert personell.

Planen behandler samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten på en oversiktlig måte, men det finnes få regionale samarbeidstiltak i planen på dette området. Planen fokuserer sterkere på arbeids- og ansvarsfordeling mellom 2. og 3. linjetjenesten, men mange av tiltakene må først utredes.

En samlet vurdering av tiltakene i planen tyder på at to trekk gjør seg gjeldende: Det ene er at tiltakene i sterkere grad dreier seg om desentralisering av oppgaver og funksjoner enn om konsentrasjon av oppgaver og funksjoner. Det andre er at det legges opp til vekst og kapasitetsøkninger på en del områder. Sett i lys av de statlige målene og satsingsområdene synes det å være visse forskjeller mellom det staten har sett som viktig og det en regionalt har vektlagt. Den lokale tilpasningen synes langt på veg å være begrunnet i et ønske om å ha mest mulig tilgjengelige og nære spesialisthelsetjenester for befolkningen i regionen.

Planen inneholder mange ønsker og ambisjoner om samarbeid, men de fleste av disse tiltakene er i form av videre utredning eller prosjektaktivitet. Flere av informantene mente planen var altfor generell. Uformelt regionalt samarbeid mellom institusjoner, fagfolk seg i mellom og bruk av ny teknologi ville bety mye mer for fremtidig helsetilbud i regionen enn tiltakene i planen, ble det hevdet. Andre informanter var skeptisk til om planen kunne få noen særlig betydning og at andre forhold ville ha sterkere betydning - for eksempel fritt

sykehusvalg og lokale tilpasninger til dette. Disse mente planen ikke synliggjorde betydelige valg/beslutninger som må gjøres på institusjonsnivå og at tiltakene ble ganske perifere i forhold til hva de selv var opptatt av.

Politikerne var den aktørgruppe som så mest positivt på planen og som vurderte nytten høgest idet de mente at en vedtatt plan i seg selv var et godt resultat. Noen av informantene mente at dersom man klarte å få vedtatt planen i regionen og få den godkjent av departementet, så var det et tilstrekkelig resultat for å kunne hevde at det regionale samarbeidet hadde vært suksessfullt. Disse så på planprosessen som ble gjennomført som et første steg i en lengre prosess hvor økt samarbeid /samhandling i prosjekter, utredninger og fagråd på tvers av institusjoner og fylkesgrenser skulle tilrettelegge for sterkere arbeids- og funksjonsdeling på sikt. Men samarbeidet måtte utvikles over tid for på den måten å flytte grensen for hva som er akseptabelt å samarbeide om.

Iverksetting i en overgangsfase

Sekretariatet hadde et koordinerende formidlings- og oppfølgingsansvar også i den videre oppfølgingen av planen. Det ble etablert en planoversikt og en database med ansvars-/tiltaksmatrise. Sekretariatet laget møtearenaer for fylkeshelsesjefene, og direktørene og ledende fagfolk ved institusjonene skulle ha en viktig formidlingsfunksjon ved iverksettingen. I planoversikten ble det laget framdriftsplan med prosjektansvarlige og rapporteringsrutiner.

Politikerne (RHU) godkjente handlingsprogrammet og ga fullmakter og bevilget i noen tilfeller midler. Regionalt helseutvalg hadde 4 møter etter vedtaket av helseplanen. Mange av sakene var oppstart, bevilgning av midler eller oppfølging av prosjekter i helseplanen. Fylkeskommunene fulgte opp, og satte i noen tilfeller av penger og egne ansatte til prosjekter, men stort sett ble det meste forsøkt holdt innenfor institusjonenes egne budsjett.

Oppfølgingen av tiltakene ble gjennomført etter planen selv om det ble forsinkelser på noen områder. Det er et inntrykk at tiltakssiden i den regionale helseplanen ble fulgt opp fra det regionale nivå og delvis fra fylkeskommunene. Derimot er det mer usikkert hva som skjedde i institusjonene hvor tiltakene ofte var identiske med eksisterende driftstiltak og derfor vanskeligere å skille ut som regionale tiltak.

I utviklingen av de regionale planene brukte Helseregion Nord innspill fra nedsatte faggrupper som fungerte på tvers av institusjonene og som

var viktige innspillere i forhold til planen. Fagpersoner ved institusjonene var gjennom disse gruppene frikoblet planleggingsrammen på den enkelte institusjon slik at innspill i gruppen ikke nødvendigvis var koordinert med planene i egen institusjon. I gjennomføringsfasen derimot ble fagpersonene ikke gitt oppfølgingsansvar, men derimot fylkene og institusjonene. Det kan ha forsterket at tiltakene mer inn gikk i de faste driftsoppgavene når de skulle settes ut i livet. Fylkeskommunene fulgte opp, satte av penger og disponerte egne ansatte i noen grad til prosjektene, men ellers ble det meste forsøkt holdt innenfor egne vedtatte rammer ved institusjonene. Et unntak er Nordnorsk Helsenett som blir finansiert som eget prosjekt av staten. Det inkluderer ikke etableringen av eget selskap (sak RHS 23/00 - interkommunalt etter fylkeskommuneloven) hvor fylkeskommunene bevilget nødvendige midler.

På grunn av statlig overtakelse, betydelig merforbruk av ressurser ved en del av institusjonene og meget vanskelig økonomi i fylkeskommunene skjedde det lite på iverksettingssiden det siste kvartalet av 2001 ute i institusjonene – noe mer i enkelte av fylkeskommunene. Det regionale helse- og sosialutvalget arrangerte møte i Vadsø i november hvor helseplanen ble overlevert til det nye styret i Helse Nord og hvor man hadde en gjennomgang av status og oppfølgingen videre med nye eiere.

5 Erfaringer fra lovpålagt regionalt helsesamarbeid – på tvers

5.1 Innledning

I dette kapitlet oppsummeres erfaringene med regionalt helsesamarbeid *på tvers av* de fem regionene. Vi gir en vurdering av politikernes rolleforståelse, samarbeidets forankring og effektivitet, innflytelsesforholdene i planarbeidet, og innholdet i planene (jfr. problemstillingene skissert i kapittel 1). Til sist går vi kort inn på hva som skjedde det første året med iverksetting av tiltakene i de regionale helseplanene, dvs året 2001. Etter at planene ble godkjent våren 2001, var det meningen at iverksettingen av tiltakene i planene skulle pågå i tiden fram til 2004. Som følge av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten er det bare 2001 som formelt inngår som et iverksettingsår. Året ble spesielt siden det etter hvert ble klart at staten ville overta tjenesten fra 2002 av.

5.2 Politikerne – regionale samordnere eller advokater for eget fylke?

Et sentralt spørsmål i evalueringen var om de regionale helseutvalgene kom til å fungere som politiske samordningsorganer i planprosessen. Hvilken vilje hadde politikerne til regional samordning? Spørsmålet var om politikerne i de regionale helseutvalgene opptrådte som pådrivere for regionalt samarbeid, eller om lojalitet til eget fylke gjorde det vanskelig å få aksept for planforslag som krevde reell samordning på tvers av fylkene. Oppstod det en konkurranse mellom fylkene om å få mest mulig av tjenestetilbud og funksjoner til eget

fylke, eller kom politikerne fram til prosedyrer som gjorde regional samordning mulig?

Vår gjennomgang av saker som representerte "samarbeidets yttergrenser" viser at intensjonen om samordning ble satt på prøve når sakene innebærer omfordeling fra en del av regionen til en annen del. Ikke uventet var det i disse sakene at forventningen om regional samordning støtte an mot politikernes lokale forankring, og de forpliktelse som disse følte overfor egne velgere.

Flere av informantene var imidlertid opptatt av at "samarbeidets yttergrenser" ikke var gitt for alltid. Det foregikk en erkjennelses- og modningsprosess som gjorde at det etter hvert ble lettere å ta opp saker om sentralisering av tilbud og mer omfattende arbeids- og funksjonsfordeling. I tillegg fungerte statens krav til prosess og planinnhold som "et ris bak speilet" som i noen grad tvang fram samordning (jfr. også punkt 5.4). Dessuten syntes politikernes evne til å legge "politisk kabal" for å sikre "rettferdighet" mellom fylkene å gi grobunn for regional samordning.

Vi finner imidlertid variasjoner mellom fylkene. Mens en i helse-regionene Sør, Vest og Midt-Norge mente å ha lagt et godt grunnlag for samarbeide allerede i forrige planperiode, var helseregion Øst preget av den nye regioninndelingen som trådte i kraft i 99. Her opplevde en i større grad å ha begynt "på nytt". I Nord ble samarbeidet også preget av erfaringene fra forrige periode, der en svært ambisiøs plan kun ble vedtatt i ett fylke.

Det er imidlertid viktig å påpeke at alle de regionale helseutvalgene og fylkestingene vedtok og sluttet opp om de regionale planene nærmest enstemmig. Det var med andre bred politisk enighet om det aller meste i de fem regionale helseplanene, et svært viktig utgangspunkt før iverksettingen av planene.

5.3 En bredt forankret og effektiv planprosess?

Vi var dessuten opptatt av å finne ut om planarbeidet fikk en bred forankring, samtidig som regionene overholdt kravene til rask fremdrift og raske beslutninger. I en planprosess kan det ofte være kryssende hensyn mellom på den ene siden å sikre planen aksept og legitimitet, og på den andre siden å gjennomføre en effektiv planprosess.

Hovedinntrykket fra prosessanalysen var at administrasjonen, det vil si fylkesrådmannskollegiene/ fylkeshelsesjefene og sekretariatene for helseutvalgene, var de dominerende aktørene i planarbeidet. Det var disse aktørene som, ikke uventet, drev planprosessen framover og førte planene i pennen. Politikerne var sentrale i oppstartsfasen og i vedtaksfasen, men kom sterkere på banen når konfliktfylte saker trengte politisk avklaring. I så måte skilte ikke denne prosessen seg fra det som ofte kjennetegner planprosesser generelt. Et annet fellestrekk var at representanter for brukerne, ledelsen ved de lokale sykehusene og primærkommunene ikke ble trukket tungt med i prosessen. Prosessen synes i så måte ikke å ha vært sterkt forankret lokalt og hos de som står nærmest brukerne av helsetjenester.

Vi fant imidlertid også variasjoner mellom regionene når det gjelder forankring. I Midt-Norge hadde brukerne, representert ved Regionalt Pasientråd en aktiv rolle i forhold til arbeidet med regional helseplan, selv om det generelle bildet som nevnt var at brukerne ikke var aktive deltakere i prosessen. Det var dessuten klare forskjeller mellom regionene med hensyn til i hvor stor grad en engasjerte faggrupper i utarbeidelsen av planen. Mens en i Vest og Nord, og i særdeleshet i Sør, brukte faggrupper og arbeidsgrupper, benyttet en i Helseregion Øst og Helseregion Midt-Norge i liten grad faggrupper ved utarbeidelsen av denne planen. Bakgrunnen for dette var dels at en ikke ville binde sykehusenes ressurser i planarbeid, og dels at en kunne bygge på nylig utarbeidede faglige analyser i planarbeidet.

Inntrykket er likevel at planprosessen var bredere forankret i helse-regionene Sør og Vest, enn i de andre helseregionene. Erfaringene fra disse to regionene viste at det var mulig å gjennomføre en bredt forankret og kompleks prosess, uten at det har gikk utover framdriften i planarbeidet.

Gjennomgangen av prosessen viser at tidsfrister og milepæler for utarbeidelsen av de regionale helseplanene i hovedtrekk ble holdt av alle regionene, selv om det var en del justeringer av tidsplanen underveis i prosessen. Samtlige regioner hadde behandlet planen i de regionale helseutvalgene og i fylkeskommunene og oversendt den til departementet innen årsskiftet 2000/2001. I mars 2001 sendte Sosial- og helsedepartementet ut sitt vedtaksbrev til alle regionene.

5.4 Statlig styring, men rom for lokalpolitisk innflytelse?

Vi undersøkte også innflytelsesforholdene i planarbeidet. Vi så både på forholdene mellom staten og regionene/fylkene, og forholdene mellom politikerne og administrasjonen innad i regionene/fylkene.

Det var en utbredt oppfatning at statens styring av planprosessene var sterk og konkret. Et hovedinntrykk fra evalueringen er at regionene syntes at det statlige ønsket om mer samarbeid var bra, men at staten blandet seg for mye inn i detaljer i den enkelte region. Særlig politikerne var overrasket over detaljstyringen fra statens side når det gjaldt forskrifter og bestemmelser om innhold og utforming av planen. Å tilfredsstille statens ønske om samarbeid på bred front, presentert gjennom innenfor rammen av en plan på 30 sider, ble heller ikke oppfattet som enkelt.

Selv om staten styrte prosessen stramt, ser vi likevel at det var et ikke ubetydelig rom for lokal innflytelse på planenes innhold. Det var rom for å legge til grunn ulike problem- og løsningsdefinisjoner, og begrepet arbeids- og funksjonsfordeling ble til dels tillagt forskjellig meningsinnhold. Vi finner ulike strategiske grep i regionene, for eksempel nettverksstrategien i Helseregion Midt-Norge og utviklingen av de fire sykehusområdene i Helseregion Vest.

Som nevnt ovenfor ble administrasjonen trukket fram som den dominerende aktørgruppen i planprosessen. Det betyr imidlertid ikke at disse hadde en dominerende innflytelse, på bekostning av politikerne. Vi har ikke belegg for å karakterisere de regionale helseutvalgene som "sandpåstrøingsorgan". Selv om administrasjonen stod for saksforberedelsen, pekes det jevnt over på at disse var dyktige til å tolke politiske signaler og antesipere hva som vil være "politisk gangbart" i regionen. Det at det etter reformen kom mer toneangivende og sentrale politikere inn i de regionale helseutvalgene synes også å ha styrket politikernes rolle i forhold til administrasjonen og fagfolkene. Både tradisjon for involvering og hvilke saker som var sentrale i planarbeidet, synes å ha hatt betydning for politikernes engasjement og innflytelse. I så måte er Helseregion Øst et godt eksempel: Prosessen ble politikerstyrt i den forstand at man i stor grad definerte regional helseplan til å dreie seg om sykehusutbyggingen i Akershus. De øvrige sakene ble derimot i større grad en sak for administrasjonen, og engasjerte politikerne i mindre grad.

5.5 Planenes innhold - opptrapping og intensivering av samarbeidet?

Gjennomgangen av de regionale planene viser en klar *opptrapping* og intensivering av det regionale helsesamarbeidet mellom fylkene i de fem regionene, om vi ser planene i lys av det frivillige samarbeidet. Både i bredde, omfang og konkretisering av samarbeidstiltak, ble det lagt et grunnlag for utvidet regionalt samarbeid.

Planene kan også tas til inntekt for en mulig *kursomlegging* når det gjelder organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Det ble tatt skritt i retning av mer utstrakt arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene i de fem regionene, parallelt med en styrking av kreftbehandling og psykisk helsevern. Slik sett ble det lagt opp til både en opptrapping og en kursomlegging i samarbeidet. Men det må også føyes til at dette må ses som *et første skritt* i retning av en mer arbeids- og funksjonsfordelt sykehusstruktur. Det kan også diskuteres om den kursomlegging som regionene la opp til var tilstrekkelig radikal sett i lys av målet om å effektivisere sykehusstrukturen. Det ble i liten grad synliggjort på hvilken måte tiltakene i de regionale planene ville effektivisere sykehusstrukturen.

Selv om det er betydelig samsvar mellom de statlige målene og satsingsområdene og det regionene la til grunn i sine regionale planer, ble målet om en mer spesialisert og effektiv sykehusstruktur vektlagt noe forskjellig. I regionene ble dette målet avveiet i forhold til hensynet om en desentralisert spesialisthelsetjeneste der nærhet og tilgjengelighet til tjenestetilbudet stod sentralt. Dette hensynet avspeilet seg i forhold til de tiltak som ble trukket opp i de regionale helseplanene. Ønsket om lokal forankring og oppslutning om planen la føringer på hvor radikal kursomlegging det var mulig å få til på dette stadiet i det regionale helsesamarbeidet. For eksempel falt ikke forslag om å sentralisere akuttberedskap og fødetilbud til færre sykehus i god jord når forslagene ble gjenstand for åpen lokal debatt. Men samarbeidets yttergrense kan ikke karakteriseres som en statisk grense, den så snarere ut til å være gjenstand for en dynamisk prosess der økt bevissthet om samarbeidets nytteverdi gjør det vanskelig å fastslå grensen for samarbeidet en gang for alle.

Gjennomgangen av de regionale planene viser at det er både felles-trekk og forskjeller med hensyn til prioriteringer i planene. For eksempel laget tre av regionene planer for spesialisthelsetjenesten, mens Helseregion Nord og Helseregion Sør laget en plan som dekket både helse- og sosialtjenestene. Vi har tatt utgangspunkt i de statlige

og regionale satsingsområder og foretatt en enkel summering av antall tiltak under hvert av områdene. Den sier ingenting om tiltakenes størrelse og viktighet, men sammenholdt med informantintervjuene kan vi danne oss et bilde av hva som er viktige signal i planene.

Tabell 5.1 *Oversikt over antall tiltak på de ulike satsningsområdene*

Helseregion	Sør	Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Sum
Arbeids- og funksjonsfordeling	19	5	7	10	6	47
Kreftbehandling	9	5	4	4	11	33
Psykisk helsevern	3	7	6	4		20
Telemedisin- IKT	1	6	4	6	7	24
Service og brukervedvirkning	2	3			2	7
Utdanning, kompetanseutvikling, rekruttering og forskning	12	8	5	4	27	56
Regional organisering		2	3			5
Rehabilitering og habilitering	5		5	2	3	15
Samarbeid med primærhelsetjenesten			1	3		4
Kompetansesentra					3	3
Kompetansenettverk/ fagnettverk					4	4
Råd og utvalg					4	4
Helsefremmende og forebyggende tiltak	1	4		3		8
Bygge- og utstyrsprosjekter			3			3
Etabl. regional folkehelseenhet	1					1
Totalt	53	40	41	36	67	237

Av satsingsområdene i de regionale planene er det *arbeids- og funksjonsfordeling* som peker seg ut som det viktigste området. Både antall tiltak og vurdering av tiltakenes viktighet, viser at dette er et sterkt fokusert område i de regionale planene. Men antall tiltak varierer noe mellom regionene. Mange av tiltakene kunne få betydelige konsekvenser. I Helseregion Vest var som vi har sett et av tiltakene å etablere fire sykehusområder i regionen der tanken var en sterkere arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene i området. Dette er et tiltak som Helse Vest siden har benyttet i forbindelse med

foretaksorganiseringen i regionen. I Helseregion Øst var sykehusutbygging i regionen et svært betydelig tiltak.

Tiltakene gruppert under satsingsområdet arbeids- og funksjonsfordeling viser imidlertid at definisjonene varierer. Begrepet brukes både om tiltak som går ut på å desentralisere funksjoner, dvs funksjoner spres fra få sykehus til flere sykehus. Dels brukes begrepet om sentralisering av funksjoner, dvs at funksjoner konsentreres til et mindre antall sykehus som ledd i en mer spesialisert sykehusstruktur. Også kapasitetsendringer, enten økt kapasitet eller redusert kapasitet ved sykehus som allerede har bestemte funksjoner, er gruppert under arbeids- og funksjonsfordeling.

Det er også forskjeller mellom regionene når det gjelder i hvilken grad hele det tradisjonelle sykehushierarkiet inngår i spørsmålet om arbeids- og funksjonsfordeling. I Helseregion Sør er arbeids- og funksjonsfordelingen primært et spørsmål om oppgavefordeling mellom de fem sentralsykehusene og mellom sentralsykehusene og regionsykehusene (Det Norske Rikshospital og Radiumhospitalet). I Helseregion Nord er samarbeidet primært fokusert på oppgavefordelingen mellom regionsykehus og sentralsykehus, slik det også var i forrige planperiode i Helseregion Vest. I Sør kan ikke lokalsykehusene sies å inngå i diskusjonen om en regional arbeids- og funksjonsfordeling, mens i Nord er flere tiltak foreslått for å starte prosesser mellom nærliggende sykehus/sykestuer med sikte på endret arbeids- og funksjonsfordeling. Felles for Sør og Nord er at utviklingen av disse er presisert å være et anliggende for den enkelte fylkeskommune. I helseregionene Vest, Midt og Øst inngår lokalsykehusene i større grad i tiltakene under arbeids- og funksjonsfordeling. Dels dreier det seg om den framtidige organiseringen av akuttberedskap og fødetilbud, dels om noen av lokalsykehusene skulle ha elektiv virksomhet som bygger på et pasientgrunnlag som strekker seg utover fylkesgrensene.

Etter arbeids- og funksjonsfordeling er *kreftbehandling* det satsingsområdet som prioriteres høyt i de regionale planene. Antallet tiltak varierer noe mellom regionene, men mange av informantene framholdt det som viktig fordi det økonomisk var lagt opp til styrking av behandlingstilbudet. De fleste av regionene synes å ha valgt en strategi basert på sentralisering av avansert kreftkirurgi, mens det ble lagt opp til en mer desentralisert strategi når det gjelder stråleterapi og lindrende tiltak. Derimot synes ikke *psykisk helsevern* å ha samme prioritet regionalt slik som funksjonsfordeling og kreft. Både de fylkeskommunale opptrappingsplanene og en generell utvikling preget

av desentralisering av tjenestetilbudet, peker i retning av at psykiatrien har minst prioritet av de tre statlige satsingsområdene.

Når det gjelder de *regionale satsingsområdene* synes utdanning, forskning og rekruttering, telemedisin og rehabilitering og habilitering å peke seg ut som de viktigste i regionene. Også forebyggende helsetiltak er et viktig område i noen av regionene. Når det gjelder vurdering av om de statlige eller de regionale satsingsområdene er viktigst, peker mange av informantene på de statlige fordi kreft og psykiatri er ledd i en statlig opptrapping og styrking av tilbudet. En annen grunn er at arbeids- og funksjonsfordeling så sterkt ble poengtert å være et sentralt område for det regionale helsesamarbeidet. Men det er variasjon mellom regionene, der kanskje Helseregion Nord er den region som sterkest har lagt regionale satsingsområder til grunn for samarbeidet.

Helseregionene har primært fokusert på samarbeid om 2. linjetjenesten, samt forholdet til 3. linjetjenesten. Samarbeidet mellom 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten er i mer begrenset grad gjort til gjenstad for regionalt samarbeid. Helseregion Øst, Helseregion Midt-Norge og Helseregion Vest har forholdet til primærhelsetjenesten som regionale satsingsområder, men antallet konkrete tiltak er få.

Heller ikke *brukermedvirkning og pasientrettigheter* kan sies å være et prioritert satsingsområde i de regionale helseplanene. Helseregion Vest skjøv riktignok folkehelseperspektivet i forgrunnen som utgangspunkt for planlegging og drift av spesialisthelsetjenesten, mens helseregionene Øst, Sør og Nord har etablert egne satsingsområder på dette feltet. Men de konkrete tiltakene er nokså få. Enkelte av informantene kritiserte da også at det var et for sterkt fokus på utformingen av selve tjenestetilbudet i det regionale helsesamarbeidet og for lite fokus på hva helsetilstanden i befolkningen skulle tilsi av tiltak. Dette kan avspeile at brukerrepresentasjonen ikke var tungt prioritert i deltakelsen i planarbeidet, verken fra statens eller regionenes side. Unntaket var Helse Midt-Norge.

Et av kravene til det regionale helsesamarbeidet var at større *utbyggingsprosjekter og utstyrsanskaffelser* som kunne påvirke funksjonsfordelingen mellom sykehus, skulle vurderes i et regionalt perspektiv. I Helseregion Øst pågikk det, som vist, en viktig debatt om sykehusutbygging i regionen, men regionene har totalt sett i begrenset grad laget en prioritert rekkefølge over større utbyggings- og utstyrsprosjekter. Helseregion Vest hadde utbyggings- og utstyrsprosjekter som et eget satsingsområde, men i likhet med de andre regionene ble

det gjort få vurderinger av de ulike prosjektene i et regionalt perspektiv.

5.6 Iverksetting i en overgangsfase – ”mens de ventet på staten”

Etter at departementet godkjente de regionale helseplanene våren 2001 var det opp til de fem helseregionene å begynne den formelle iverksettingen av tiltakene i planene.

Iverksettingen i 2001 skjedde i en svært spesiell situasjon etter hvert som det ble klart at staten ville overta eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Mye av oppmerksomheten i de fylkeskommunale helseadministrasjonene, blant politikerne og i institusjonene, ble i stor grad rettet mot den forestående reformen.

Som et ledd i evalueringen av det regionale helsesamarbeidet ble det foretatt en kartlegging av framdriften i iverksettingen av de regionale helseplanene (Finstad m fl 2001b). Kartleggingen viser at framdriften varierte noe mellom regionene: *Helseregion Sør* fulgte stort sett den framdrift som regional helseplan la opp til for 2001. Det var ”business as usual”. Med god framdrift i iverksettingen ble det forventet at regional helseplan med større sannsynlighet ville bli videreført av det regionale helseforetaket og i de enkelte helseforetakene. Arbeidet med iverksettingen ble forsøkt skjermet fra forberedelsene til den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, blant annet ved at det regionale sekretariatet primært konsentrerte seg om å følge opp tiltakene i planen.

Iverksettingen av den regionale helseplanen i *helseregion Vest* ble ikke fulgt opp i det omfang som planen la opp til. Arbeidet med den regionale helseplanen ble høsten 2001 sterkt preget av nedtellingen til staten skulle overta. Denne avsluttende fasen for fylkeskommunalt eierskap ble preget både av mindre tempo når det gjaldt iverksetting av planen og av at den fylkeskommunale styringen ble faset ut.

I *helseregion Øst* er også inntrykket at aktiviteten på regionalt nivå, hva oppfølging av helseplanen angår, var lavere enn planlagt. Dette gjelder spesielt høsten 2001, etter at arbeidet med å etablere en statlig organisasjon for alvor skjøt fart. Flere tiltak ble imidlertid også gjennomført som planlagt.

I *helseregion Midt-Norge* ble iverksettingen av den regionale helseplanen i hovedsak preget av ”business as usual”. Mange tiltak ble

gjennomført i tråd med planen, men utredningen av den såkalte nettverksstrategien synes ikke å ha forløpt som planlagt.

I *helseregion Nord* er et inntrykk at tiltakssiden i den regionale helseplanen ble fulgt opp fra det regionale nivå. Derimot knytter det seg større usikkerhet til hva som skjedde i fylkene og i institusjonene hvor tiltakene i større grad ble sett i sammenheng med eksisterende driftsoppgaver og vanskeligere kunne skilles ut som egne aktiviteter.

I en situasjon der staten snart skulle overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten, er det ikke overraskende at framdriften i iverksettingen av de regionale helseplanene ikke ble helt som forutsatt. Det er imidlertid interessant at iverksettingsprosessen synes å ha forløpt noe forskjellig, og at det på regionalt nivå var ulikt trøkk i innsatsen for å gjennomføre planene. Hvorfor synes det som Helseregion Sør og Midt-Norge valgte å følge opp tiltakene omtrent som planlagt selv om staten skulle overta spesialisthelsetjenesten, mens arbeidet nærmest stoppet opp i andre regioner?

Det er vanskelig å si hvilke faktorer som var de viktigste for å forklare forskjellene i utfall. Et godt etablert regionalt samarbeid og en sterk plantradisjon er trolig viktig. Det samme gjelder trolig også enighet om, og et sterkt lokalt eierskap til planen. Dette synes imidlertid ikke å ha vært en avgjørende forklaring. Det kan vanskelig forklare forskjellene i utfall mellom Sør og Midt-Norge på den ene sida, og Vest på den andre. Organiseringen av iverksettingsprosessen var trolig også viktig. En iverksettingsorganisasjon som var skjermet mot arbeidet med den nye reformen, men også mot det daglige driftsansvaret, framstår som viktig. At de som hadde det direkte ansvaret for iverksettingen også hadde et eierforhold til planen eller tiltaket, ved å ha deltatt i utformingen, var trolig også vesentlig. Sist, men ikke minst, de planene som ble operasjonalisert i konkrete tiltak, synes å ha vært lettere å iverksette, enn mer generelle planer eller planer om større strukturendringer.

5.7 Oppsummering på tvers

I Tabell 5.2 har vi forsøkt å oppsummere forskjellene og likhetene mellom de ulike helseregionene. I Helseregion Sør og Helseregion Midt-Norge hadde planarbeidet sterkt historisk forankring, mens den fortonte seg svakest i Helseregion Øst og Helseregion Nord. Konsensusorienteringen var på sin side sterkest i Helseregion Vest og i Helseregion Midt-Norge. I bruken av faggrupper skilte Helseregion Sør, Helseregion Vest og Helseregion Nord seg ut i planprosessen.

Her var den aktive bruken av faggrupper vesentlig større enn i Helse-region Øst og Helseregion Midt-Norge.

Tabell 5.2 *Oppsummering av forskjeller og likheter mellom regionene*

	Helseregion Sør	Helseregion Øst	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord
Planhistorie	Sterk forankring	Middels/svak forankring	Sterk/middels forankring	Sterk forankring	Middels/svak forankring
Konsensusorientering	+/-	+/-	+	+	+/-
Planprosess					
Faggrupper	+	(+/-)	+	(+/-)	+
Brukere	-	-	-	+	-
Administrasjon	+	+	+	+	+
Politikere i utvalg	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
Planinnhold					
Hovedfokus	Oppgavefordeling mellom sentralsykehusene	Sykehusutbygging	Etablering av 4 sykehusområder	Nettverksmodell	Regionale tiltak (rekruttering/kompetanse)
Iverksetting 2001	Langt på vei som planlagt	Mer begrenset	Mer begrenset	Langt på vei som planlagt	Mer usikkert

Unntatt i Helseregion Midt-Norge må dessuten brukerne sies å ha vært lite involvert. Administrasjonen var en sterk pådriver i planprosessen i alle regionene, men politikerne kom på banen i beslutningsfasen og ved kontroversielle saker. Hovedfokuset i regionenes planer varierte. Mens oppgavefordeling mellom sentralsykehusene hadde stort fokus i Helseregion Sør, fokuserte Helseregion Øst i stor grad på sykehusutbygging. I Helseregion Vest fikk etableringen av de fire sykehusområdene stor oppmerksomhet, mens nettverksmodellen var den overordnede strategien i Helseregion Midt-Norge. I Helseregion Nord kjennetegnes planen av stor vektlegging på regionale tiltak. Regionene kom også noe ulikt i gang med iverksettingen av planen i 2001. I Helseregion Sør og Helseregion Midt-Norge forløp iverksettingen langt på vei som planlagt, mens den var mer begrenset eller usikker i de andre regionene.

6 Oppsummerende drøfting: Institusjons- eller interesse- drevet samarbeid? Hvorfor så langt, men ikke lenger...

6.1 Innledning

I kapittel 3 presenterte vi to ulike teoretiske innfallsvinkler som vi antok kunne benyttes for å forstå det regionale helsesamarbeidets forløp og innhold. Avslutningsvis skal vi gå tilbake til de to teoretiske perspektivene, og tolke våre empiriske hovedobservasjoner i lys av disse.

Vi spør i hvilken utstrekning de institusjonelle rammebetingelsene og politiske interesser kan forstås som drivkrefter eller barrierer for utviklingen av det regionale helsesamarbeidet.

6.2 Institusjonelle rammebetingelser – drivkraft eller barrierer?

Med lovfestingen av det regionale helsesamarbeidet, og utviklingen av regionale instruksjoner for de regionale helseutvalgene, ble som vi har sett de formelle føringene på det regionale helsesamarbeidet mye sterkere enn tidligere. Helsesamarbeidet ble klart formalisert gjennom statens ønsker og krav til organisering og planprosedyrer. Det ble gitt klare rammer for hvordan samarbeidet skulle organiseres, og hva som ville skje hvis regionene ikke kom fram til en plan som tilfredstilte statens krav. I så måte ble statens krav til samarbeidet et tydelig og effektivt ”ris bak speilet” som bidro til å drive prosessen og planarbeidet framover. Staten ønsket å styre både i forkant, underveis og i

etterkant av planarbeidet. Som vi har sett ble også tidsfrister og milepæler for utarbeidelsen av helseplanene i all hovedsak overholdt. En tyngre og mer formalisert planorganisasjon bidro til at en fikk vedtatt planer i alle regionene.

At de regionale helseutvalgene nå ble sammensatt med mer sentrale fylkespolitikere enn tidligere, ble også fremholdt av informanter som en viktig premisse for at helsesamarbeidet ble bedre forankret og fikk større legitimitet enn før lovfestingen.

Beslutningsstrukturen, som regulerer deltakelse og prosessforløp, fremsto med andre ord som relativt klar og oversiktlig. Gjennomgangen av planprosessen og planinnholdet i de fem regionene, viser at staten utøvde en detaljert styring både i forkant og underveis i planarbeidet, samtidig som staten endelig godkjente de regionale planene. Sett i lys av plankravene til framdrift og deltaking, mål og satsingsområder i planene, hadde staten betydelig gjennomslag i det regionale planarbeidet. Dels var økonomiske styringsvirkemidler viktige (styrking av kreftomsorg og psykisk helsevern), dels var instruks og rundskriv, sammen med løpende statlig oppfølging av planarbeidet, viktige.

Aksess-strukturen, dvs. statens definering av løsningsstrukturen kan imidlertid ikke gis samme karakteristikker. Man ønsket et samarbeid ”på bred front”. Samarbeidet skulle både gjelde arbeids- og funksjonsfordeling, en styrket kreftomsorg og psykisk helsevern samt eventuelle regionale satsningsområder. Regionene skulle både bygge ut tjenestetilbudet og spesialisere sykehusstrukturen samtidig. En så bred satsning var det ikke enkelt for regionene å få skissert innenfor statens krav til en 30 siders plan. Slik det ble lagt opp til fra statens side skulle det både bygges ut og spesialiseres samtidig. Begrepet arbeids- og funksjonsfordeling var heller ikke lett å definere. Helse-regionene la noe forskjellig meningsinnhold i begrepet, noe som blant annet ga seg utslag i at regionene både brukte begrepet om tiltak som gikk ut på å desentralisere funksjoner, og om sentralisering av funksjoner.

At aksess-strukturen ga rom for ulike definisjoner av problemer og løsninger kan fortolkes som en institusjonell rammebetingelse som bidro til at det regionale helsesamarbeidet fikk noe forskjellig utforming i de ulike regionene – og som kanskje drev samarbeidet i en noe annen retning enn det staten tenkte seg. Men samtidig bidro det også til at regionene fikk rom til å definere sine lokale problem og løsningsalternativer inn i det regionale samarbeidet. Slik bidro en fleksibel aksess-struktur også til å drive samarbeidet framover.

Andre institusjonelle rammebetingelser kan ha lagt en demper på det regionale samarbeidet.

For det første fremsto de fem helseregionene i noen grad som styrings-politiske hybrider – som produkter av både statlig styring og lokalpolitisk innflytelse. Politikerne i utvalgene var ikke region-befolkningens utkårne, men representanter for sine respektive fylker. Dette la begrensinger på hvor langt politikerne var villige til å gå, når samarbeidet gikk på tvers av eget fylkes behov og interesser.

Som tidligere nevnt, hadde regionen som planenheter heller ikke et eget regionalt iverksettingsapparat utover de regionale sekretariatene. Mange av informantene pekte også på fylkeskommunal finansiering av tiltakene i planen som en mulig "snubletråd". Og på sykehusnivå var det tunge og etablerte institusjoner som det ikke var gjort i en håndvending å spesialisere.

Til sist vil vi peke på at de ulike regionene hadde en noe ulik plan-historie, noe som også medførte ulik forankring og tilpasning lokalt. I noen regioner, for eksempel i Sør, Vest og i Midt-Norge var samarbeidet godt i gang ved inngangen til den nye planperioden. Her var planarbeidet godt forankret. I Helseregion Nord ble den forrige planen kun vedtatt i ett av fylkene, og ambisjonene for den nye plan-leggingsperioden var derfor nedtonet. Å få vedtatt en plan var et sentralt suksess-kriterium. I Helseregion Øst ble prosessen på sin side farget av at en på mange måter opplevde å måtte begynne på nytt, når den nye helseregioninndelingen trådte i kraft ved den nye plan-periodens start.

6.3 Politiske interesser – drivkraft eller barrierer?

I kapittel 3 presenterte vi den amerikanske statsviteren Ted Lewis (1964) typologi over offentlig politikk. Han deler politikk inn i tre kategorier: Fordelingspolitikk, reguleringspolitikk og omfordelings-politikk. Lewis budskap er at det er sammenhenger mellom politikken *innhold* (fordeling, regulering, omfordeling) og den politiske *prosessen* (konfliktnivå, hvem som er aktørene og beslutningsnivå). Politikken *innhold*, eller forventede innhold, forklarer hvordan aktørene handler.

Ifølge Lowi vil hver politikktipe ha sin "egen" beslutningsarena, og der disse arenaer skiller seg fra hverandre både med hensyn til hvem som deltar på de enkelte arenaer og graden av konflikt. Konfliktnivået

tiltar når man går fra en fordelingspolitisk arena via en reguleringspolitisk arena og til en omfordelingspolitisk arena. I en viss forstand kan man si at mens den fordelingspolitiske arenaen kjennetegnes av byråkratisk beslutningsfatting i henhold til etablerte fordelingsregler, kjennetegnes omfordelingspolitikk av konflikter med sterke ideologiske islett. Det er imidlertid et hovedpoeng i Lowis behandling av denne problematikken at det er aktørenes egen forståelse som vil definere hva slags type beslutning man står overfor.

Hva slags politikk kan så det regionale samarbeidet mer generelt ses som et uttrykk for? Ble det drevet frem gjennom interessemotsetninger og konflikt, som ga seg utslag i voteringer og delte vedtak i utvalgene? Eller fikk en samarbeidsorienterte forhandlinger, hvor utfallet ble kompromisser uten klare vinnere og tapere? Fikk samarbeidet karakter av fordelingspolitikk, reguleringspolitikk eller omfordelingspolitikk?

Vi kan nærme oss et svar ved å ta utgangspunkt i arbeidet i de regionale helseutvalgene. Her ble det behandlet en rekke ulike saker, ikke bare de regionale helseplanene. I evalueringen ble sakene gjennomgått og kategorisert under de tre ulike politikktypene. *Fordeling* ble definert som tildeling av statlige tilskudd, helsepersonell, utstyr, bygninger og tjenestetilbud der tildeling til ett fylke ikke fører til at et annet må bære kostnadene. *Regulering* ble definert som behandling av plansaker, utredninger, regelverk, vedtekter og retningslinjer som på en eller annen måte har omfordelende virkning (dvs det kan identifiseres vinnere og tapere blant fylkene i regionen). *Omfordeling* ble definert som behandling av saker som direkte førte til at ett eller flere av fylkene i regionen ble belastet med kostnadene, mens de øvrige fikk fordelene. Det kan være snakk om omfordeling av helsepersonell mellom fylkene, omfordeling av utstyr, omfordeling knyttet til allokering av penger og omfordeling knyttet til funksjonsfordeling mellom sykehusene²⁴.

Utfra denne kategoriseringen viste våre analyser at det regionale helsesamarbeidet dreide seg mest om reguleringspolitikk, dernest fordelingspolitikk, mens omfordelingspolitikk var bortimot fraværende. Et flertall av sakene var imidlertid vanskelige å plassere under de tre begrepene.

Det moderate innslaget av omfordelingspolitikk er trolig en forklaring på at konfliktnivået i regionalt helseutvalg var så lavt sett i lys av den

²⁴ Nærmere drøfting av Lowis begreper og vår operasjonalisering av dem, finnes i eget notat i vedlegg til Finstad m. fl. 2001a.

store forekomsten med enstemmige vedtak (Finstad m. fl. 2000). Selv om analysen gir oss en forholdsvis stor restkategori av saker, gir tallene en meget klar indikasjon på at grensene for det helsepolitiske samarbeidet gikk ved omfordelingsspørsmål. Dette er saker som ikke syntes å kunne la seg løse på en politisk arena som var basert på fravær av beslutningsmyndighet og en form for vetorett blant de deltakende fylker innenfor de enkelte helseregioner.

Men også andre mekanismer kan forklare at konfliktnivået var lavt. Mange av politikerne pekte på at sakene var veldig faglige, komplekse og vanskelige å lage politikk ut av. Det var vanskelig for politikerne i regionalt helseutvalg å åpent stemme mot egne partifeller i et annet fylke der en fylkeskoalisjon stod mot en annen. Derneft la staten et indirekte press på regionalt helseutvalg om å bli enige og effektivt produsere resultater. "Riset bak speilet" var at staten ellers ville intervenere om ikke politikerne ble enige på egen hånd. Mange av regionene utformet dessuten vedtekter for regionalt helseutvalg der det ble understreket at utvalget skulle tilstrebe konsensus i de saker de behandlet. Det har altså vært et sterkt press i retning av enighet, noe som gjorde det mulig å treffe samordnende vedtak for hele regionen.

En siste mekanisme som synes å ha vært viktig for dempe konfliktnivået i regionalt helseutvalg, har vært politikernes "gi og ta" strategi. De synes å ha fått til samarbeid fordi fylket de representerer har fått noe mot at det har måttet avgi noe annet. Det har i stor grad vært snakk om å legge en "politisk kabal" der det viktigste hensynet har vært å få til en rettferdig fordeling av ulike tjenestetilbud og funksjoner for på den måten å opprettholde maktbalansen mellom fylkene. Denne byttestrategien (eller hestehandelen) sikret samarbeid også om saker som dreide seg om omfordeling og konsentrasjon av ulike tjenestetilbud. Dersom en stråleenhet for kreftbehandling ble lagt til et fylke "lå det i kortene" at nabofylket kanskje burde få hjerte-/karområdet. På den måten omdefinerte politikerne enkeltsaker som i utgangspunktet var null-sum-saker til pluss-sum-saker ved å se flere ulike saker i sammenheng:

Sitatet "*Vi aksepterer å miste noe om vi får kompensert på annen måte*" kan slik stå som en dekkende illustrasjon av kjernen i samarbeidet – et samarbeid preget av streben mot konsensus og politikernes evne til å omdefinere saker slik at alle fremsto som vinnere. I så måte var samarbeidet mer konsensusdrevet enn konflikt- eller interessedrevet. Det medførte imidlertid at fordeling av tilbud og tiltak, heller enn omfordeling gjennom arbeids- og funksjonsfordeling ble resultatet av samarbeidet.

7 Sluttord

Som vi har sett er det knyttet både positive sider og mer problematiske sider til det avsluttede lovpålagte regionale samarbeidet.

En klar opptrapping av samarbeidet og mer forpliktende deltaking på tvers av fylkesgrensene, er eksempler på positive sider. Samarbeids-tiltakene var også flere og mer konkrete sammenlignet med det frivillige samarbeidet en hadde før det ble lovpålagt. De regionale planene satte også økt fokus på arbeids- og funksjonsfordeling og det ble oppnådd bred lokalpolitisk enighet om innholdet i planene.

Av utfordringer for samarbeidet kan blant annet nevnes at lokalpolitikere i høy grad opptrådte som advokater for eget fylke om det ikke ble oppnådd en ”vinn-vinn-situasjon”, dvs en situasjon hvor alle fylkene i regionen på en eller annen måte ble tilgodesett. De fem helseregionene fremstod også i noen grad som styrings-politiske hybrider – som produkter av både statlig styring og lokalpolitisk innflytelse.

Et interessant spørsmål er om den nye statlige modellen med foretaksorganisering vil fremstå som mer styringseffektiv enn den forrige modellen med fylkeskommunalt eierskap og lovpålagt regionalt helsesamarbeid. Med det erfaringsmaterialet som er samlet inn i forbindelse med evalueringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet, har vi en referanseramme eller ”baseline” for evalueringen av den nye statlige modellen. Dette gir oss en unik mulighet for å vurdere den nye statlige modellen i forhold til den forrige modellen i spørsmålet om styringseffektivitet.

Litteratur

- Baldersheim, H. (1997): "Har fylkeskommunen ei framtid?" I Baldersheim m.fl. *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo: Aschehoug
- Besl. O. Nr. 67 (1997-98): *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern*.
- Besl. O. Nr. 123 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m.*
- Brunsson, N. og Olsen, J. P. (1990): "Kan organisasjonsformer velges?" I Brunsson og Olsen (red) *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons
- Cohen, M.D, March, J. og Olsen, J. P. (1972): "A Garbage Can Model of Organizational Choice". *American Political Science Review* 73:967-986
- Downs, A. (1957): *An economic theory of democracy*. New York: Harper & Row
- Egeberg, M. (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli
- Egeberg, M. (red.) (1989): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: TANO
- Eriksen, E. O. (1993): *Den offentlige dimensjon*. Oslo: Tano
- Finstad, N., Kjenslie, B., Lie, T., Opedal, S. og Østtveiten, H. S. (2000): *Evaluering av regionalt helsesamarbeid. En forstudie*. Samarbeidsrapport 2000 NIBR/RF/NF
- Finstad, N., Haugberg, T., Kjenslie, B., Lie, T., Opedal, S., Stigen, I. og Østtveiten, H. S. (2001a): *Regionale helseplaner. En*

evaluering av planprosess og innhold. Upublisert underveisnotat 2001a

- Finstad, N., Hovik, S., Kjenslie, B., Lie, T., Opedal, S. og Stigen, I. (2001): *Mens vi venter på staten... Iverksetting i en overgangsfase*. Upublisert arbeidsnotat 2001b
- Haavik, T. (1997): *Regionale helseutvalg – Liv laga? Oppfølging av arbeidet med regionale helseplaner*. Stiftelse for helsetjenesteforskning HELTEF Rapport nr. 3
- Innstilling S. nr. 165 (1994-95): *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.
- Krasner, S. (1988): "Sovereignty. An Institutional Perspective." *Comparative Political Studies* 21:66-94
- Lowi, T. (1964): "American business, public policy, case studies, and political theory". *World politics* 16: 677-715
- March, J. og Olsen, J. P. (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget
- March, J. og Olsen, J. P. (1989): *Rediscovering institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press
- Meyer, J. W. og Rowan, B. (1991): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", kap.2: 41-67. I W.W. Powell og P.J Di Maggio (red): *The new Institutionalism in Organizational Analysis*
- Ot.prp. nr. 48 (1997-98): *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern*.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m.*
- Regional helseplan for Helseregion Øst 2001-2004.
- Regional helseplan for Helseregion Sør 2001-2004.
- Regional helseplan for Helseregion Vest 2001-2004.
- Regional helseplan for Helseregion Midt-Norge 2001-2004.

- Regional helseplan for Helseregion Nord 2001-2004.
- Schumpeter, J. A. (1943): *Capitalism, Socialism and Democracy*. London: Unwin University Books
- Scott, R W. (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall
- Selznick, P. (1957): *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. New York. Harper and Row
- Sosial- og helsedepartementet, SHD: *De regionale helseutvalgenes framtidige oppgaver*. Rundskriv I-42/93
- Sosial- og helsedepartementet, SHD: *Konkretisering og gjennomføring av modell for regionalt helsesamarbeid og nasjonal styring*. Rapport fra arbeidsgruppe 1998
- Sosial- og helsedepartementet, SHD: *Forskrift om regional helseplan av 1.2.99*
- Sosial- og helsedepartementet, SHD: *Om krav til og arbeidet med regionale helseplaner*. Brev til de regionale helseutvalgene av 12.04.99. Rundskriv I-19/99
- Sosial- og helsedepartementet, SHD: *Regionale helseplaner: Nasjonale mål og satsningsområder for planperioden/gjennomføringsfasen 2001-2004*. Brev til de regionale helseutvalgene av 29.06.99. Rundskriv I-34/99
- St. meld. nr. 9 (1974-75): *Sykehusbygging m.v i et regionalisert helsevesen*.
- St. meld. nr. 57 (1981-82): *Regionhelsetjenesten i helseregion 1 og 2*.
- St. meld. nr. 50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.
- St. meld. nr. 24 (1996-97): *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*.
- St. meld. nr. 37 (1997-98): *Ett sted må grensen gå. Om ny inndeling av helseregionene på Sør – Østlandet*.
- St. meld. nr. 43 (1999-2000): *Om akuttmedisinsk beredskap*.

St. prp. nr. 61 (1997-98): *Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.*

St. prp. nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.*

Wilson, J. (1973): *Political Organizations*. New York: Basic Books