

SAMARBEIDS
RAPPORT
2005

Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.)
Nils Finstad, Trude Gjernes, Sissel Hovik,
Terje Lie og Hilmar Rommetvedt

Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005

En prosessevaluering
Sluttrapport

Ståle Opedal, Inger Marie Stigen (red.)
Nils Finstad, Trude Gjernes, Sissel Hovik,
Terje Lie og Hilmar Rommetvedt

Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005

En prosessevaluering
Sluttrapport

Samarbeidsrapport 2005
NIBR/NF/RF

Tittel: **Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005.**
En prosessevaluering. Sluttrapport.

Forfatter(e): Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.). Nils Finstad, Trude Gjernes, Sissel Hovik, Terje Lie og Hilmar Rommetvedt.

Samarbeidsrapport: NIBR/Rogalandforskning/Nordlandforskning

ISBN: 82-7071-539-5

Prosjektnummer og -navn (NIBR): O-1690.
Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten 2002-2005

Oppdragsgiver(e): Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektleder(e) (NIBR): Inger Marie Stigen

Prosjektledere RF og NF: Ståle Opedal, RF og Nils Finstad, NF

Referat: Sluttrapporten rapporterer fra prosessevalueringen av statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. Evalueringen fokuserer primært på de strukturelle endringene. Den studerer organisering og styringsrelasjoner mellom Stortinget, den sentrale helseforvaltningen, de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene. Evalueringen viser at hovedtrekkene i den nye organisasjons- og styringsstrukturen er en blanding av stabilitet og fornyelse, som kan skape nye utfordringer for helsetjenesten. Stortinget og den sentrale helseforvaltningen benytter eierposisjonen til en aktiv styring av helseforetakene. Dette har også i noen grad resultert i sterkere styring regionalt. Det er i begrenset, men varierende grad, gjennomført omfattende arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter reformen. For øvrig finner vi en de tydeligste resultatene av reformen innenfor administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner. Mindre er så langt oppnådd på områder som berører pasientene direkte.

Sammendrag: Norsk og Engelsk

Dato: April 2005

Antall sider: 209

Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44, Blindern
0313 OSLO

Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykkeri: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284
© NIBR 2005

Forord

Ved utgangen av 1999 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandforskning (RF) og Nordlandforskning (NF) i oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet å evaluere det lovpålagte regionale helsesamarbeidet. Evalueringen ble utlyst som følge av at de regionale helseutvalgene ble lovpålagt gjennom endringer i sykehusloven gjort gjeldende fra 1.1.1999. Den 6. juni 2001 sluttet imidlertid Stortinget seg til regjeringen Stoltenbergs forslag om at staten fra 1.1.2002 skulle overta fylkeskommunens eieransvar for spesialisthelsetjenesten, og organisere denne som helseforetak.

Vedtaket om sykehusreform medførte at det oppstartede evalueringsprosjektet måtte omdefineres og tilpasses situasjonen med statlig eierskap og foretaksorganisering fra 1.1.2002. Resultatene fra evalueringen av det regionale helsesamarbeidet er rapportert i Opedal og Stigen (red.) 2002. Den foreliggende sluttrapporten rapporterer fra prosjektet "Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten 2002-2005 – en prosess-evaluering". Forsker Inger Marie Stigen (NIBR) har vært prosjektleder for evalueringen. Hun har, sammen med forsker Ståle Opedal (RF) vært hovedansvarlig for redigeringen av rapporten. Kapittel 1 er skrevet av Opedal og Stigen. Stigen har skrevet kapittel 2 og 3, mens kapittel 4 er skrevet av Opedal og Rommetvedt. Opedal har skrevet kapittel 5, mens kapittel 6 er et samarbeid mellom, Finstad, Gjernes og Stigen. Kapittel 7 er skrevet av Hovik og Opedal og kapittel 8 av Hovik og Lie. Opedal og Stigen har skrevet kapittel 9. Sommeren 2005 blir hovedinnholdet i rapporten, sammen med ytterligere bidrag fra Rokkansenteret, SINTEF Helse og Institutt for helseledelse og helseøkonomi (UiO) publisert i bok på Fagbokforlaget.

Takk til alle styremedlemmer og administrative ledere i helseforetakene som har svart på spørreundersøkelsene i 2003 og 2004, og til informanter som velvillig har stilt opp til intervju. En spesiell takk til referansegruppen for interessante møter og gode kommentarer til påbegynte, halvferdige og nesten ferdige utkast. Referansegruppens leder Tore Hansen har i tillegg til gode faglige kommentarer også gitt oss oppmuntrende ord og støtte underveis. Helse- og omsorgsdepartementet har vært en ryddig og fleksibel oppdragsgiver. Det setter vi veldig stor pris på! Mange gode kolleger ved Rokkansenteret, SINTEF Helse, AFI, Institutt for helseledelse og helseøkonomi (UiO) og Institutt for statsvitenskap (UiO) har gitt kommentarer og hjelp underveis. En særlig takk til Haldor Byrkjeflot, Simon Neby, Tore Grønlie, Rune Hallingstad og Per Lægreid ved Rokkansenteret/Universitetet i Bergen, Dag Torjesen ved Høgskolen i Agder/ Rokkansenteret og Elisabeth Gjerberg ved AFI for godt samarbeid om datainnsamling og gode innspill. Forsker Leif Arne Heløe, NIBR har også vært en kjærkommen kommentator underveis. Studentene Claudia Behrens, HiO og Ingrid Stenstadvold, UiO har bidratt med tilrettelegging av deler av datamaterialet. Takk til dere alle!

Oslo, mars 2005

Hilde Lorentzen
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Innhold	2
Tabelloversikt	5
Figuroversikt	8
Sammendrag	9
Summary	15
1 Innledning	21
1.1 Om oppdraget - fra evaluering av regionale helseutvalg til søkelys på sykehusreformen	21
1.2 Nærmere om problemstillinger	25
1.3 Datagrunnlag og metode	27
1.4 Analytisk ramme - reformen som samspill mellom organisasjon, historie og politikk	30
1.5 Rapportens oppbygning	32
2 Hvorfor reform?	34
3 Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse	40
3.1 Innledning	40
3.2 Den folkevalgte styringen - fra Fylkesting til Stortingssal	41
3.3 Organisering av den sentrale helseforvaltningen – rollemangfold og spesialisering	42
3.4 Institusjonelt mangfold og styringskapasitet i helseforetakene	46
3.4.1 Formalisering av en regionalisert spesialisthelsetjeneste – 5 regionale helseforetak	46
3.4.2 Foretaksstruktur og organisering av helseforetakene	49
3.5 Nye ledere og mer byråkrati?	54
3.5.1 Utdanning, kjønn og alder	56
3.5.2 Sektortilknytning og ledererfaring	57
3.5.3 Mer byråkrati?	59
3.6 Oppsummerende drøfting	61
4 Foretaksfrihet eller stortingsstyring?	63
4.1 Innledning	63
4.2 To perspektiver på sykehusreformen	63
4.2.1 New Public Management – med modifikasjoner	64
4.2.2 Institusjonelle tilnærminger	66
4.2.3 Oppsummering – forventninger	68
4.3 Stortingets engasjement	69
4.3.1 Spørsmål	70
4.3.2 Private forslag og fraksjonsmerknader	74
4.3.3 Vedtak	76
4.4 Stortingets og andre aktørers innflytelse	77

4.5	Konklusjon	81
5	Helsedepartementets styring av helseforetakene - rollemangfold og styringsutfordringer.....	83
5.1	Innledning	83
5.2	Fra fylkeskommunal til statlig styring	84
5.3	Statlig rollemangfold og styringsrelasjonen til helseforetakene	86
5.4	Helsedepartementets styring av helseforetakene.....	89
5.5	Helseforetakenes erfaringer med Helsedepartementets styring	94
5.6	Budsjettkontroll som styringsutfordring	97
5.7	Hvorfor aktiv statlig styring?	99
5.8	Foretak mer i navnet enn i gavnet?	102
6	Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?.....	103
6.1	Innledning	103
6.2	Regionalt rollemangfold.....	104
6.2.1	Hvordan håndteres rollemangfoldet?	105
6.3	To perspektiver på regional styring.....	108
6.4	Foretaksstyrene – eiers kontrollorgan eller foretakenes talerør?.....	109
6.5	Regional styringskultur og lokal foretaksautonomi	113
6.6	Hvorfor regionale variasjoner?.....	120
6.7	Mot en strammere og mer lik regional styring – Helse Nord som case	121
6.7.1	Helse Nord i etableringsfasen	122
6.7.2	Fase II. Helse Nord i hardt vær. Revidering av styringssystemet	124
6.7.3	Fase III - Et konsolidert Helse Nord?.....	124
6.7.4	Fra kontraktstyring til sterkere linjestyring	125
6.8	Oppsummering	126
7	Effektivisering av sykehusstrukturen: Staten bedre enn fylkeskommunene?	128
7.1	Innledning	128
7.2	Teoretisk innfallsvinkel.....	129
7.3	Statens politikk for arbeids- og funksjonsfordeling	132
7.4	Kort om data og metode	134
7.5	Utviklingen i arbeids- og funksjonsfordeling.....	134
7.5.1	Omfanget av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak generelt.....	134
7.5.2	Omfanget av arbeids- og funksjonsfordeling innen akutt- og fødetilbudet	136
7.5.3	Statens nei til å legge ned fødeavdelingen i Gjøvik	141
7.5.4	Vedtaket om å omgjøre fødeavdelingen i Lærdal til fødestue	143
7.5.5	Arbeids- og funksjonsfordeling – et spørsmål om organisering og styring?.....	145
7.5.6	Empirisk analyse av regionale forskjeller	148
7.5.7	Erfaringer med arbeids- og funksjonsfordelingstiltak.....	150
7.6	Oppsummerende diskusjon	151
7.6.1	Strukturendringer i møte med politikken	151
7.6.2	Fortsatt ansvarsklarhet?.....	153
8	Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?	155
8.1	Innledning	155
8.2	Resultater av sykehusreformen	156
8.2.1	Hva viser offentlig statistikk?	158
8.2.2	Hva mener sykehusledelsen er oppnådd?.....	162
8.2.3	Størst effekter på administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner.....	165
8.3	Hvilken betydning har organisatoriske forhold for resultatene en har oppnådd?	166

8.3.1	Begrunnelse for fokus på organisatoriske og styringsmessige forhold	167
8.3.2	Ansvarlige og autonome foretak er viktig	169
8.4	Konklusjon	172
9	Oppsummering og avsluttende kommentarer	173
	Litteratur	182
Vedlegg 1	Vedlegg kapittel 3	196
Vedlegg 2	Vedlegg kapittel 6	199
Vedlegg 3	Vedlegg kapittel 8	203

Tabelloversikt

Tabell 1.1	<i>Erfaringer med reformen. 2003 og 2004. Prosent</i>	24
Tabell 1.2	<i>Svarprosent etter respondenttype. Styremedlemmer og administrative ledere 2003 og 2004.</i>	29
Tabell 1.3	<i>Total svarprosent fordelt på region. 2004. (N)</i>	29
Tabell 2.1	<i>Forholdet mellom New Public Management (NPM) og styrings- og organiseringsprinsipper benyttet i forbindelse med sykehusreformen og andre nyere helsereformer.</i>	38
Tabell 3.1	<i>Høyeste fullførte utdanning – eieroppnevnte styremedlemmer (inkludert ansattes representanter i parentes), administrative toppledere og divisjonsdirektører, kliniksjefer, avdelingsledere. Prosent. 2004</i>	56
Tabell 3.2	<i>Alder - eieroppnevnte styremedlemmer (inkludert ansattes representanter i parentes), administrative toppledere, divisjonsdirektører, kliniksjefer, og avdelingsledere. Prosent. 2004</i>	57
Tabell 3.3	<i>Kjønnssammensetting – styrer og administrative ledere. Prosent. 2004 (kartleggingen er basert på oversikten over styreledere og toppledere, ikke svar på spørreundersøkelsen)</i>	57
Tabell 3.4	<i>Eieroppnevnte styremedlemmer - virksomhet en jobber i til vanlig (inkludert ansattes representanter i parentes). Prosent. 2004</i>	58
Tabell 3.5	<i>Administrative ledere – sektorbakgrunn. Prosent. 2004.</i>	58
Tabell 3.6	<i>Antall ansatte i regionale helseforetak 2004, sammenlignet med fylkeskommunale helseavdelinger 2001. * unntatt Oslo</i>	60
Tabell 3.7	<i>Fokus på byråkrati, økonomi eller helsetjenester? Prosentandel som er nokså eller svært enige i påstandene. 2004.</i>	61
Tabell 4.1	<i>Statlige instanser som foretaksledelsen har vært i kontakt med i sitt arbeid/verv, og om denne kontakten har vært av formell eller uformell art. Prosent. 2003 N=252-318.</i>	79
Tabell 5.1	<i>Styringsvirkemidler staten har til rådighet ved valg av tilknytningsform.</i>	88
Tabell 5.2	<i>Eksempler på styringsformer som er benyttet i styringsdokumentet. Kilde: Helsedepartementets styringsdokumenter for 2002, 2003 og 2004.</i> .90	
Tabell 5.3	<i>Saker behandlet i foretaksmøte i de regionale helseforetakene i 2002-2004. Absolutte tall som viser hvor ofte slike saker har vært behandlet i foretaksmøte*. Kilde: Møteprotokoller fra foretaksmøtene.</i>	92
Tabell 5.4	<i>Hvilke instanser som har nokså stor/ svært stor innflytelse over beslutninger som treffes i regionale og lokale helseforetak. Prosent og absolutte tall. 2004.</i>	94
Tabell 5.5	<i>Hvordan ledelsen i de regionale helseforetakene vurderer relasjonen mellom regionalt helseforetak og Helsedepartementet og andre instanser i den sentrale helseforvaltningen. Prosentandel som har svart nokså enig/ helt enig. Prosent og absolutte tall.</i>	96
Tabell 6.1	<i>Foretaksledernes vurdering av styrenes rolle som kontrollorgan og tale- rør. Prosentandel som er nokså/helt enig i de ulike påstandene. 2004.</i>	111

Tabell 6.2	<i>Hvordan ledelsen for de regionale og lokale helseforetakene vurderer styrenes virkemåte. Prosentandel som er nokså/helt enig i de ulike påstandene. 2004.....</i>	113
Tabell 6.3	<i>Hvordan ledelsen i helseforetakene vurderer den formelle styringsrelasjonen mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Prosentandel som har svart nokså enig/helt enig i de ulike påstandene. 2004.....</i>	114
Tabell 6.4	<i>Hvordan foretakslederne vurderer samarbeidet mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Prosentandel som har svært nokså enig/helt enig i de ulike påstandene. 2004.....</i>	115
Tabell 6.5	<i>Hvordan ledelsen i helseforetakene vurderer styring og handlefrihet for helseforetakene. Prosentandel som har svart nokså enig/helt enig. 2004...</i>	116
Tabell 6.6	<i>Indeks – god styringsrelasjon.....</i>	117
Tabell 6.7	<i>Indeks – lokal autonomi.....</i>	118
Tabell 6.8	<i>Gjennomgående styrerepresentasjon. Region. 2004.....</i>	120
Tabell 7.1	<i>Omfang av endringer i arbeids- og funksjonsfordeling etter at sykehusreformen trådte i kraft. Prosentfordeling for ulike respondentgrupper. 2004.....</i>	135
Tabell 7.2	<i>Vurdering av i hvilken grad sykehusreformen har medført forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling hhv. mellom og innad i helseforetak.. Prosentfordeling for ulike respondentgrupper. 2004.....</i>	136
Tabell 7.3	<i>Antall sykehus/institusjoner med akuttberedskap og fødetilbud totalt i Norge 1996, 2000 og i 2004.*.....</i>	137
Tabell 7.4	<i>Antall sykehus/institusjoner med akuttberedskap og fødetilbud i de fem helseregionene i 1996, 2000 og i 2004.*.....</i>	138
Tabell 7.5	<i>De lokale foretaksledernes vurdering av om en har oppnådd forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling etter sykehusreformen, fordelt på helseregion. 2004. (Aritmetisk gjennomsnitt, standardavvik og antall enheter).</i>	146
Tabell 7.6	<i>Sammenhengen mellom strukturelle og prosessuelle sider ved organiseringen og helseforetaksledelsens oppfatning av forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling etter sykehusreformen (OLS-regresjon, standardiserte regresjonskoeffisienter).....</i>	149
Tabell 7.7	<i>Hvilke erfaringer foretakslederne har med de endringene som er gjennomført i arbeids- og funksjonsfordeling i helseforetaket. Prosent. 2004.....</i>	151
Tabell 8.1	<i>Antall ventende per 1000 innbyggere etter helseregion, median ventetid og andel ventende med ventetid over 6 mnd. per 1. tertial 2004, og endringer i disse forholdene fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2004. Endringene er uttrykt som den prosentvise reduksjonen fra 2002 til 2004, der nivået i 2002 = 100.</i>	158
Tabell 8.2	<i>Andel korridorpasienter, andel epikriser sendt til fastlege innen sju dager etter utskriving og andel pasienter med lårhalsbrudd som ble operert innen 48 timer etter innleggelse 2. tertial 2004 (målt i prosent) og endringer i disse indikatorene fra 2. kvartal 2003 til 2. tertial 2004 (målt i prosentpoeng).....</i>	160
Tabell 8.3	<i>Sykehusledelsens oppfatninger av i hvilken grad det har skjedd forbedringer på følgende områder for deres region eller helseforetak, som følge av sykehusreformen i 2004 (prosentfordeling).....</i>	163
Tabell 8.4	<i>Sykehusledelsens oppfatninger av i hvilken grad det har skjedd forbedringer på følgende områder for deres region eller helseforetak, som følge av sykehusreformen i 2003 og 2004, samt klinikksefenes vurdering i 2004 (aritmetisk gjennomsnitt).....</i>	164

Tabell 8.5	<i>Tre resultatindikatorer, vurderingene til styremedlemmer og administrative ledere i lokale helseforetak (aritmetisk gjennomsnitt, standardavvik og antall enheter).....</i>	166
Tabell 8.6	<i>Sammenhengen mellom ulike organisatoriske forhold ved helseforetakene og foretaksledelsens oppfatninger av hva en har oppnådd som følge av reformen i forhold til ledelse, organisering og styring, tjenesteyting og forskning, utvikling og opplæring (regresjonsanalyse, OLS, standardiserte regresjonskoeffisienter).</i>	170

Figuroversikt

Figur 1.1	<i>Ny styringsstruktur</i>	23
Figur 1.2	<i>Foretaksautonomi</i>	27
Figur 1.3	<i>Ulike typer handlingslogikker</i>	32
Figur 2.1	<i>Begrunnelser for sykehusreformen</i>	35
Figur 3.1	<i>Den sentrale helseadministrasjon og de regionale helseforetakenes tilknytning til Helse- og omsorgsdepartementet. 2005</i>	43
Figur 3.2	<i>Oversikt over ulike modeller for organisering av lokal/regional forvaltning</i>	48
Figur 3.3	<i>Foretaksstruktur – antall foretak, sykehus/sykehusenheter og geografisk ansvarsområde fordelt på regioner. 2005. * Helseforetak med landsdekkende, flerregionale eller regionsdekkende funksjoner * * Felles apotekselskap for Helse Øst RHF og Helse Sør RHF</i>	51
Figur 3.4	<i>Ledelsesstruktur og overordnet spesialiseringsprinsipp i helseforetakene</i> ...53	
Figur 4.1	<i>Sykehusspørsmål i Stortinget (antall)</i>	70
Figur 4.2	<i>Sykehusspørsmål fra reformtilhengere og reformmotstandere (antall per representant)</i>	71
Figur 4.3	<i>Tema for sykehusspørsmål 1999-2003 (prosent av alle spørsmål fra hhv. tilhenger- og motstanderpartier)</i>	72
Figur 4.4	<i>Innflytelse på beslutninger i helseforetakene 2003 og 2004 (prosent av foretakslederne som mener at vedkommende instans har nokså eller svært stor innflytelse)</i>	78
Figur 4.5	<i>Avissoffslag og spørsmål i Stortinget</i>	80
Figur 4.6	<i>Stortingets engasjement i sykehussaker – hypoteser og faktisk utvikling</i>	81
Figur 6.1	<i>Forvalterrollen vs. interessentrollen</i>	110
Figur 6.2	<i>Hvordan ledelsen for de lokale helseforetakene vurderer handlefriheten på ulike saksområder, og samlet for de 5 områdene. Gjennomsnitt (1=svært liten handlefrihet, 5=svært stor handlefrihet)</i>	116
Figur 6.3	<i>Styringsrelasjon og lokal autonomi</i>	118
Figur 6.4	<i>Utvikling i styringsrelasjon – Helse Nord</i>	125
Figur 7.1	<i>Analysemodell</i>	130

Sammendrag

Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.)

Nils Finstad, Trude Gjernes, Sissel Hovik, Terje Lie og Hilmar Rommetvedt

Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005

En prosessevaluering. Sluttrapport

Samarbeidsrapport 2005

Om oppdraget og problemstillinger

Sykehusreformen er i 2005 vel tre år gammel. Den representerer en av de største reformene i norsk samfunnsliv noensinne. 100 000 ansatte fikk nye arbeidsgivere, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Omorganiseringen skjedde i stort tempo. Det gikk bare vel 13 måneder fra Arbeiderpartiet gjorde vedtak om at staten skulle overta sykehusene på sitt landsmøte i november 2000, via stortingsbehandling 6. juni 2001 til reformen trådte i kraft 1.1.2002.

I denne rapporten presenteres resultatene fra prosjektet "Evaluering av statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering". Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandsforskning (RF) og Nordlandsforskning (NF). Forskergruppen fikk i 1999 i oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet å evaluere innføringen av lovpålagt regionalt helsesamarbeid mellom fylkeskommunene. Dette prosjektet skulle gjennomføres i perioden 2000-2005. Vedtaket om sykehusreformen medførte imidlertid at det oppstartede evalueringsprosjektet måtte omdefineres, og tilpasses den statlige overtakelsen av sykehusene og foretaksorganiseringen i spesialisthelsetjenesten fra 1.1.2002. Det er resultatene fra denne prosessevalueringen som presenteres i rapporten.

Evalueringen bygger på statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske tilnærminger, og har hatt hovedfokus på de organisatoriske målsettingene med reformen. Fokuset er primært rettet mot de strukturelle endringene, politisk og administrativt, og i mindre grad mot konsekvensene for fagprofesjonene og de medisinsk-faglige miljøene i helseforetakene. Det er innholdet i, og resultatene så langt, av organisatoriske og styringsmessige tiltak som er hovedtemaet i rapporten. Evalueringen har fokusert på organisering og styringsrelasjoner mellom Stortinget, den sentrale helseforvaltningen, de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene. Selv om det ikke har vært en sentral del av oppdraget å studere helsepolitiske effekter i betydningen bedre kvalitet, tilgjengelighet og likhet i spesialisthelsetjenesten, har vi avslutningsvis i rapporten belyst hvordan endringer i tjenestetilbudet kan knyttes til ulike organisatoriske og styringsmessige tiltak som er gjennomført i løpet av reformens tre første år. I forhold til en mer omfattende evaluering av reformens betydning for tjenestetilbudet representerer bidragene i denne rapporten de første spadestikk. Ambisjonen har vært å bidra til en første beskrivelse og analyse av reformens gjennomføring og dens umiddelbare konsekvenser - for så vel den sentrale som den lokale styringen av spesialisthelsetjenesten.

Rapporten bygger på et omfattende datamateriale. Det er gjennomført spørreundersøkelser til styremedlemmer og administrative ledere i regionale og lokale helseforetak høsten 2003 og høsten 2004. I 2004 ble det også sendt ut spørreskjema til et utvalg divisjonsdirektører, klinikkjefer og avdelingsledere i de lokale helseforetakene. I tillegg er det gjennomført intervjuer i Helsedepartementet og i regionale og lokale helseforetak i 2002 og 2004. Forskerne har dessuten gjort omfattende dokumentanalyser og observert styremøter, disse i første rekke i Helse Nord. I det enkelte kapittel er det redegjort nærmere for det datamaterialet som er benyttet.

Framstillingen i sammendraget av hovedinnhold og resultater tar utgangspunkt i kapitlene i rapporten. Det yter ikke innholdet i kapitlene full rettferdighet, men viser de tema som er behandlet og noen av de hovedobservasjoner som er gjort.

Komplekse problemer, tilgang på løsninger og handlekraftige politiske ledere

Som bakgrunn for den videre analysen starter rapporten med en kort diskusjon av begrunnelsene for reformen, og hvordan det var mulig at reformen kunne bli utredet og vedtatt på så kort tid (jf. kapittel 2). Kapitlet er basert på tilgjengelig forskningslitteratur om bakgrunnen for reformen. Behovet for organisatoriske reformer i helsesektoren er blitt behandlet i en rekke offentlige utredninger og meldinger i løpet av de siste 20-30 årene. Det var således ikke mangel på dokumentasjon av reformbehov og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesten. Stikkord er problemer og utfordringer knyttet til styringsstruktur og medisinsk-demografiske utviklingstrekk, ressursmangel og kostnadskontroll, effektivitet og sykehusstruktur, dårlig tilgjengelighet og kvalitet, og for store regionale forskjeller i tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis. I tillegg ble tilgangen på og erfaringer med alternative organisasjonsmodeller stadig større. Den internasjonale New Public Management bølgen bidro med et økende forvaltningspolitisk fokus på styrings- og ledelsesmodeller hentet fra privat sektor. Norske myndigheter hadde dessuten fått erfaring med spesielle norske organisasjonsløsninger som man antok også kunne egne seg som modell for spesialisthelsetjenesten. At reformen så, etter mange års utredninger og debatt, kunne gjennomføres så raskt, kan kobles til et linjeskifte i toppledelsen i Arbeiderpartiet og sterk handlekraft i den politiske ledelsen.

Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse

I kapittel 3 gjennomgås hovedtrekkene i den nye organisasjons- og styringsstrukturen. Gjennomgangen viser - ikke overraskende - en blanding av stabilitet og fornyelse. Politisk innebærer eierskapsreformen en entydig ansvars plassering på sentralt nasjonalt nivå. Den folkevalgte styringen er flyttet fra 19 fylkesting til Stortinget, og de regionale og lokale foretaksstyrene er sammensatt uten politisk representasjon. I den sentrale helseforvaltningen har reformen resultert i større rollemangfold og økt organisatorisk spesialisering.

Mens eierskapsreformen er uttrykk for en politisk sentralisering, representerer etableringen av regionale helseforetak et nytt administrativt nivå. Men verken regionaliseringen eller inndelingen i de aktuelle helseregionene er en nyvinning. De fem helseregionene har en historie tilbake til 1970-tallet. Sammenslåingen av sykehus i underliggende helseforetak uttrykker derimot mer gjennomgripende endringer. Hvor store endringer som er gjort, varierer imidlertid mellom regionene. I noen regioner er foretakene hovedsakelig basert på de etablerte fylkesgrensene, mens andre har etablert foretak som går på tvers av fylkesgrensene. Det varierer dessuten i hvilken grad en har innført gjennomgående ledelse internt i foretakene.

Sykehusreformen har ikke ført til en radikal fornyelse av ledelsen i sykehusene. Analysen av sammensetningen av foretaksstyrene og den administrative ledelsen viser at økonomer

og ledere med bakgrunn fra det private næringsliv har fått solid innpass i styrer og administrative ledergrupper, men det er helseprofesjonene og ansatte med bakgrunn i offentlig sektor som utgjør de største enkeltgruppene. Ledelsen har således fremdeles solid forankring i den offentlige helsesektoren. Samlet finner vi altså en blanding av nytt og gammelt som kan sikre fornyelse kombinert med stabilitet. Blandingen kan imidlertid også medføre "kultur-kollisjoner" og uklar rolleforståelse, med nye konflikter eller manglende autoritet som resultat.

De regionale administrasjonene som er etablert utgjør bare om lag en tredel av det tidligere antall ansatte i de fylkeskommunale helseavdelingene. Ut fra størrelsen på den regionale administrasjon er det derfor neppe grunnlag for å si at det er bygd opp et stort regionalt byråkrati. Lederne i helseforetakene er imidlertid tvilsom til om reformen har bidratt til å omfordele ressurser fra administrasjon til tjenesteyting. Det er også en utbredt oppfatning at det fokuseres mer på økonomi, effektivitet og kostnadshensyn, enn på tjenesteyting.

Et aktivt Storting

Kapittel 4 belyser Stortingets sykehuspolitiske engasjement før og etter sykehusreformen. Kapitlet tar utgangspunkt i to antagelser; en antagelse med utgangspunkt i en New Public Management-tilnærming hvor forventningen er at Stortingets sykehuspolitiske engasjement vil bli redusert etter innføringen av sykehusreformen, og at engasjementet vil bli mindre detaljorientert. En alternativ antagelse utledes fra et (ny)institusjonelt perspektiv på sykehusreformen. Her antas det at Stortinget vil utvise et betydelig engasjement i sykehuspolitiske saker, slik det også har gjort i mange andre saker i de senere år. Denne forventningen gjelder ikke bare de overordnede prinsipielle sakene, men også de mange store og små detaljspørsmålene som preger helseforetakenes virksomhet. Det antas også at reformtilhengerne vil føle seg mer forpliktet til å følge opp intensjonene med reformen enn reformmotstanderne. Det formuleres derfor en antagelse om at reformmotstandernes sykehuspolitiske engasjement vil være mer omfattende enn reformtilhengernes engasjement. Engasjement vil ofte være en nødvendig, men sjelden tilstrekkelig betingelse for å få politisk innflytelse. I tillegg til å studere Stortingets engasjement i sykehussaker, søker kapitlet også å belyse spørsmålet om hvilken innflytelse Stortinget har i disse sakene.

I kapitlet er oppmerksomheten konsentrert om de saker som er preget av de initiativer og det engasjement som Stortinget selv utviser. Det foretas en kartlegging av spørsmål, private forslag, fraksjonsmerknader i komitéinnstillinger og vedtak i Stortinget før og etter sykehusreformen. Stortingets innflytelse ses i lys av vurderingene til styremedlemmene og de administrative lederne i de regionale og lokale helseforetakene.

Hovedkonklusjonen i kapitlet er at Stortinget utviser et sykehuspolitisk engasjement som er betydelig større enn det man skulle forvente i henhold til den New Public Management-baserte antagelsen. Engasjementet ligger også i overkant av det man skulle forvente i henhold til den (ny)institusjonelt baserte antagelsen og den generelle utviklingen i Stortinget. Stortingsrepresentantene tar opp en lang rekke store og små saker, ikke bare overordnede og prinsipielle saker slik den NPM-baserte antagelsen skulle tilsi. Verken tilhengerne eller motstanderne av sykehusreformen lar seg hemme av forutsetningen om tilbakeholdenhet fra politikernes side. Gjennom sitt omfattende engasjement utfordrer Stortinget det balanseforholdet mellom politisk styring og autonomi for helseforetakene som reformen bygger på.

Helsedepartementets styring av helseforetakene – rollemangfold og sterk sektorstyring

Kapittel 5 setter søkelys på det statlige eierskapet og Helsedepartementets styring av helseforetakene. Hvordan er balanseforholdet mellom Helsedepartementets styring og den autonomi som helseforetakene er tilført gjennom foretaksmodellen, og hvilke mekanismer påvirker balanseforholdet? I likhet med kapittel 4 tar kapitlet utgangspunkt i to antagelser. Den første er basert på at Helsedepartementet inntar en overordnet og tilbaketrukket eierrolle slik staten har gjort på andre områder hvor den har etablert foretak eller selskaper. Den andre antagelsen tar utgangspunkt i statens mange roller og virkemidler og den styringstradisjon som er utviklet i sykehussektoren. Forventningen er at disse forholdene vil gi opphav til en større statlig styringsinnsats enn det som var intensjonen med foretaksmodellen. I kapitlet kartlegges Helsedepartementets styringspraksis etter sykehusreformen med utgangspunkt i rollene som bestiller, eier og myndighetsutøver. Datagrunnlaget er statens styringsdokument, protokoller fra foretaksmøter og de regionale foretaksledernes vurderinger av den statlige styringen.

Konklusjonen er at Helsedepartementet har benyttet eierposisjonen til en aktiv og stadig sterkere styring av de regionale helseforetakene. Denne styringen er kommet i tillegg til den sentrale helseforvaltningens myndighetsstyring og kontroll- og tilsynsvirksomhet. I sum har statens mange roller gitt opphav til en sterk sektorpolitisk styring av helseforetakene som ikke alltid er like konsekvent. Slik foretakslederne ser det, er den statlige styringen for lite samordnet og forutsigbar. Kapitlet viser at den sentrale helseforvaltningen står overfor et dilemma når den både skal forsøke å skille statens mange roller og samtidig samordne de samme rollene i en mest mulig helhetlig og koordinert styring av helseforetakene. Det tette og integrerte styringsforholdet mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene ligger til grunn for spørsmålet i avslutningen om vi her står overfor foretak mer i navnet enn i gavnet.

Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?

I kapittel 6 analyseres de regionale helseforetakenes roller og styringsfunksjon. Den sentrale problemstillingen er om de regionale helseforetakene har tilstrekkelig autoritet i tråd med reformens intensjoner, og hvordan de i så fall utøver sin myndighet i praksis overfor de lokale helseforetakene. Datagrunnlaget er spørreundersøkelsene i helseforetakene, styringsdokumenter og protokoller fra styremøter og foretaksmøter. En case-studie i Helse Nord danner grunnlag for en nærmere kvalitativ beskrivelse av hvordan organisasjon og styringsrelasjoner har utviklet seg i denne helseregionen de første tre årene av reformen.

I kapitlet vises hvordan de regionale helseforetakene er utsatt for en rekke kryssende hensyn og må håndtere et stort rollemangfold. Av de formelle rollene har eierrollen i reformens oppstartsperiode til en viss grad fått større oppmerksomhet enn bestillerrollen. Men det kan langt fra hevdes at de regionale helseforetakene har neglisjert bestillerrollen. De regionale helseforetakene oppfattes å ha autoritet og innflytelse vis a vis de lokale helseforetakene. Det er et relativt klart over- og underordningsforhold mellom de regionale og lokale helseforetakene. En annen observasjon er at styringsrelasjonen mellom de regionale og lokale helseforetakene består av en kombinasjon av hierarkiske kontraktsbaserte relasjoner og relasjoner basert på styringsdialog og tillit. Selv om styringsrelasjonene i store trekk oppfattes som ryddige og avklart, understrekes det at det også er behov for en mer uformell konsulterende styringsdialog. Det er i de regionene som skårer høyt både på formell og uformell styringsdialog at de lokale helseforetakene vurderer handlefriheten å være størst. Helse Midt-Norge skårer høyest både når det gjelder god styringsdialog og handlefrihet for de lokale helseforetakene. Helse Sør og til

dels Helse Nord synes å ha større utfordringer i forholdet mellom regionalt helseforetak og de lokale helseforetakene.

Utviklingen i årene etter reformen tyder på at den statlige tilstramningen i styringen av de regionale helseforetakene også har fått følger for styringen av de lokale helseforetakene. De regionale helseforetakenes kontrollrolle på vegne av eier har blitt viktigere og handlefriheten til de lokale helseforetakene er blitt mindre. Men fortsatt har både de regionale og lokale helseforetakene stor autonomi i forhold til budsjett, personell mv. Behovet for en mer fleksibel styring og sterkere eierstyring har ført til en mer uformell og konsulterende dialog, men også en mer ensartet regional organisering som tydeliggjør behovet for eierstyring. Betegnelsen "samspill" synes å være mer dekkende enn "fri dressur" når styringsrelasjonen mellom regionale og lokale helseforetak skal karakteriseres. Dette er sannsynligvis betinget av utviklingen i retning av sterkere statlig styring, men det kan også fortolkes som et uttrykk for at en institusjonell, mer forvaltningspreget styring fungerer bedre enn den mer kontraktsbaserte.

Felles for alle helseforetakene er sterk tvil om hvilken legitimitet og forankring de har i regionen og lokalsamfunnene. De eksterne relasjonene synes å være en større utfordring enn de interne.

Effektivisering av sykehusstrukturen: Staten bedre enn fylkeskommunene?

Kapittel 7 belyser endringer i sykehusstrukturen og hvordan valget av styringsmodell påvirker omfanget av endringer. Kapitlet tar utgangspunkt i en antagelse om at sykehusreformen har gitt effektiviseringstilhengerne en sterkere styringsmessig posisjon enn den posisjon de hadde i perioden med fylkeskommunalt eide sykehus. Forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen er i større grad blitt skjøvet ut av styringssystemet. Denne antagelsen holdes opp mot en alternativ antagelse hvor eksterne og interne motkrefter gjennom mobiliseringsevne og mer uformelt påvirkningsarbeid søker å erstatte tapet av formelle deltakelsesrettigheter. Kapitlet baserer seg på en kartlegging av akutt- og fødetilbudet ved norske sykehus de siste 10 årene, to case-studier og vurderingene til foretaksledere, divisjonsledere, klinikkjefer og avdelingsledere om utviklingen i arbeids- og funksjonsfordeling etter reformen.

Konklusjonen i kapitlet er at det i begrenset, men varierende grad, er gjennomført omfattende arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter at staten overtok sykehusene. Det har vært lettere å få til en effektivisering av administrative stabs- og støttestrukturer enn av mer pasientnære og konfliktfylte tjenester som akuttberedskap og fødetilbud. Det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen har ikke vært tilstrekkelige betingelser for en effektiv gjennomføring av radikale strukturtiltak på dette konfliktfylte området. Utviklingen viser at forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen har kompensert for en svekket formell styringsposisjon gjennom sterk mobilisering, alliansebygging og uformell lobbyvirksomhet.

Kapitlet viser at autonomiseringen av de lokale helseforetakene har gitt dem ikke bare handlefrihet, men også mulighet til å motsette seg regionale krav om effektivisering av sykehusstrukturen. Interne motkrefter har dermed bidratt til å modifisere radikale forslag til strukturendringer. Avslutningsvis viser kapitlet hvilke faktorer som er viktige for gjennomføringen av funksjonsfordelingstiltak. Samling av flere sykehus i store foretak legger til rette for strukturendringer slik foretaksledelsen vurderer det, vel å merke hvis dette er sykehus i ett og samme fylke. God styringsdialog mellom regionalt og lokalt helseforetak, samt lokal autonomi innenfor klare og forutsigbare rammer, er også viktige betingelser.

Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?

Kapittel 8 tar utgangspunkt i målene med sykehusreformen og kartlegger utviklingen etter at staten overtok sykehusene. Staten la i utgangspunktet stor vekt på å rydde opp i ventetider og overbelegg. I tillegg la en stor vekt på å utjevne det som ble oppfattet å være store forskjeller i tjenestetilbudet ut over i landet, og generelt sikre tjenester av høy kvalitet. Den statlige overtakelsen av sykehusene og foretaksorganiseringen er antatt å legge organisatorisk til rette for en mer effektiv målrealisering på disse områdene. I kapitlet benyttes offentlig tilgjengelig statistikk kombinert med data fra spørreundersøkelsene blant lederne i helseforetakene.

Den offentlige statistikken tyder på at tilgjengeligheten til sykehusenes tjenester er blitt bedre i årene etter sykehusreformen. Kvaliteten på tjenestene, uttrykt i andel korridorpasienter, epikrisetid og preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter, er derimot ikke vesentlig endret i disse årene. Det synes heller ikke å være en entydig utvikling i retning av større geografisk utjevning. Slik foretaksledelsen vurderer det, er mest oppnådd i forhold til nedkorting av ventelister og ventetider, utvikling av systemer for økonomistyring og utvikling av en mer profesjonell og resultatfokuseret ledelse. De tydeligste resultatene er å finne innenfor administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner. Også forskning, opplæring og utvikling er områder hvor det har skjedd forbedringer, slik foretaksledelsen vurderer det. Mindre synes å være oppnådd på områder som berører pasientene og helsetjenestene direkte. Reduksjon i byråkrati og administrasjon og bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene er områder hvor relativt få av foretakslederne har registrert forbedringer.

I kapitlet foretas det avslutningsvis en statistisk analyse for å identifisere faktorer av betydning for oppfatningene om resultatoppnåelse. Den peker på lokal foretaksautonomi, bred lokal aksept og tillitsbaserte styringsrelasjoner som viktige betingelser for resultatoppnåelse.

Er reformen på rett veg?

I kapittel 9 oppsummerer vi hovedfunnene i rapporten og avslutter med noen kommentarer rundt disse funnene. Et sentralt spørsmål er om reformen er på rett veg i lys av de observasjoner som er gjort i de ulike kapitlene. I kapitlet pekes det på områder hvor det er gjort fremskritt i forhold til målene med sykehusreformen, og på noen av de utfordringer som reformen har støtt på i dens første tre leveår.

Summary

Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (eds.)

Nils Finstad, Trude Gjernes, Sissel Hovik, Terje Lie og Hilmar Rommetvedt

State ownership and enterprise organization i Norwegian hospitals. A process evaluation.

Joint Report 2005

The background of the study

In 2002 responsibility for the Norwegian hospitals was transferred from the regional counties to central government. The ownership was thereby centralized to a single body – the state. The reform also set up new management principles for the hospitals based on a decentralized enterprise model. Norway has been seen as a reluctant reformer. Until early 1990s major public domains like the railways, telecommunications, the power supply, postal services, forestry, grain sales and public broadcasting were organized as central agencies or government administrative enterprises. But since the mid-1990s greater structural devolution have become major components in the Norwegian-style New Public Management.

The hospital reform is, together with road construction and air traffic control, the most recent examples of this development. The hospital reform is inspired by NPM, focusing on how to make the hospital efficient by introducing the business model and framework steering as a main political-democratic control device. The introduction of the enterprise model is thus part of a larger shift in the Norwegian public administration system. It can partly be seen as an ideological change towards neo-liberalism and private sector models. In contrast to the centralized planning state of the past, market, competition and management has become the order of the day.

On the request of the Ministry of health, The Norwegian Institute of Urban and Regional research (NIBR), Rogaland Research (RF) and Nordland Research Institute (NF) have carried out a process evaluation of the Hospital reform. The evaluation started in 2002 and were conducted in form of three sub-projects 1) The role of the Ministry and Parliament 2) The role of the regional health enterprises and 3) The role of the local health enterprises.

The Hospital Reform is still a novel one and is passing through a phase marked by interpretations and adjustments among the actors within the new structural framework. In the report we pay attention to a description of the transformation of the administrative apparatus. We place the reform into the Norwegian context and present a brief history of developments leading to the present reform. We also give a description of the policy instruments that the government, as owner, has for exercising power and control vis-à-vis the health enterprises. A central question for the evaluation is how the balance between

superior control and enterprise autonomy is designed, interpreted, influenced and altered. We examine and analyse how the trade-off between autonomy and control is experienced and practiced so far. We also ask if the state has managed to alter the hospital structure in a more efficient way than the counties. And last, but not least, we investigate some results of the reform, connected to the treatment of patients.

Several data sources are used in the project. First: A central empirical basis of the study is three mail surveys conducted among all administrative executives and executive teams and members of the executive boards of all regional and local health enterprises in 2003 and 2004. Second: Public documents and a considerable amount of written material from the Parliament, the Ministry of health and the health enterprises are used, together with media coverage in national and regional newspapers. Third: Interviews are conducted, with board members and health enterprise managers and in the Ministry of Health in 2002 and 2004. Forth: Observations of board meetings. A special case study is conducted in Northern Norway Health Enterprise.

The theoretical basis of the study is three perspectives on administrative reforms. New Public Management is a dominant reform paradigm in our time focusing primarily on an instrumental concept of public administration. The reform idea is that the executive leadership deliberately can design and implement the reform measures based on market, management and efficiency. It represents a holistic reform package which is not paying particular attention to contextual factors like internal administrative traditions or external pressure from political actors. Our argument is that culture and environment need to be integrated into the NPM approach to understand the hospital reform. A contextualization process that stresses the uniqueness of the national system in general and the health systems in particular have to be taken into account. Thus, we use three different theoretical approaches to explain and support our arguments: an structural-instrumental approach emphasizing the formal and hierarchical aspects of the reform; an (neo-) institutional approach stressing the cultural features of the reform and the health sector, and an environmental approach bringing up arguments connected to characteristics of political processes and policy types.

The reform context: From county to state ownership – from public administration bodies to health enterprises

The main intended goals of the reform were to enhance coordination and efficient utilization of resources and to ensure equity of access to health services for citizens in all parts of the country. The reform should improve the overall performance of the hospital system, search for greater efficiency and enhance a more uniform quality of services. The main instruments to fulfill those goals were stronger central government control and responsibility combined with clearer defined responsibilities for the regional health enterprises and increased operational flexibility.

Like Sweden and Denmark, Norway has followed a pathway with a history of relatively decentralized and welfare-oriented health care system. The takeover of responsibility for all Norwegian hospitals by central government marked the end of 30 years of ownership by the 19 regional counties and may signify a break with the common Nordic decentralized model of health care. The question of takeover of responsibility for hospitals by central government was raised several times by the government – first in 1987, then brought on the agenda in 1994 and evaluated once again in 1996. But only a minority in the Parliament voted in favor of increased freedom and overall state control. In the year 2000, however, a political process started that resulted in the new Health

Enterprise Act of June 6, 2001. The reform was prepared and implemented at a rapid pace.

There were several arguments for state ownership. The aim of the state ownership was to come to grips with what was seen as unclear divisions of responsibility, different and ineffective use of financial resources, and disparate access to health services in the population. The running of the hospitals was attacked for being overly influenced by regional politicians with a low level of competence, for lacking professional administrative leadership and for being inefficient.

The hospitals also changed their organizational form from public administration entities to become parts of health enterprises. The new pattern of hospital organization envisages the Ministry of Health as the owner of the hospitals, with an ownership department in the ministry as the location of administrative responsibility. Under the ministry 5 regional health enterprises with separate professional boards have been established, and in turn these have organized former hospitals and institutions into 33 local health enterprises under regional auspices. Today 81 public hospitals and a number of smaller institutions are under local health enterprise auspices. The health enterprises are separate legal entities and thus not an integral part of the central government administration. Fundamental health laws and regulations, policy objectives and frameworks are, however, determined by the central government and form the basis for the management of the enterprises. The regional health enterprises are organized as hybrid companies subject to special legislation and they have no hospital service functions on their own. Their main function is to be regional administrative entities. They are tasked to maintain both the roles as purchaser and provider and in contrast to the official OECD model those roles are not divided but integrated representing a specific Norwegian solution. The health services are delivered by the hospitals that have been made into statutory companies organized into local health enterprises reporting to, and owned by, the regional health enterprises.

The managerial autonomy of the health enterprises are constrained by a number of steering devices from the ministry which illustrates the inbuilt ambiguity of the reform when it comes to balancing autonomy and control. The organization of the enterprises stipulates in several ways how the owner may exercise control. First, central government appoints the regional board members. No politicians are members of the boards; the only group that has any formal representation is employees of the enterprises. Second, the owner exercises control through the health enterprise Act, through the articles of association, steering documents (contracts), and through decisions adopted by the enterprise meeting. In contrast to the laws regulating other public sector companies and enterprises, the Hospital Law specifies more in detail what tasks and issues that have to be approved by the ministry. Third, the state finances most of the hospital activities and the central government thus control by allocating funds to the health enterprises. Fourth, there is also a formal performance management system, including a letter of allocation specifying tasks and objectives, a formalized steering dialogue and a performance monitoring system – with formal reports on finances and activities to the ministry. Through extensive use of contracts, political leaders are supposed to specify targets and objectives more clearly, and performance is to be controlled by use of quantitative indicators for monitoring results and measuring efficiency.

The intention is that the formal policy instruments of central government should be strongly regulated. This is meant to safeguard the enterprises from detailed control on the part of the owner and help to give them genuine responsibility for their own actions. The principal idea of the reform is that the enterprise organization and the new management principles will reduce day-to-day management to the advantage of principal issues

relating to priorities and hospital structure. Together with greater transparency this is intended to allow for “more steering in big issues and less steering in small issues”. At the same time the managers of the enterprises are given greater responsibility and freedom within the framework and structure laid down. The empowerment of the managers implies discretion for managers and boards and only limited involvement of the politicians.

Last, but not least, it has to be underscored that the mainstay of control of the executive and central government by the legislature is the principle of ministerial responsibility. This principle implies that the minister is responsible to the *Storting* for everything that goes on within his or her ministry and in subordinate agencies and authorities. As such, he is accountable for how the administration performs its functions and tasks. This potentially implies strong vertical co-ordination and strong sector ministries, something which may well challenge the autonomy of the health enterprise.

In summary, the reform provides for decentralized management and delegation of financial responsibility at the same time as the Minister of Health, in theory, can instruct the regional health authorities and overturn board decisions in all cases. A key challenge is therefore how to balance the decentralization of the management process and the delivery responsibility with the centralization of control and policy issues.

Unstable and ambiguous balance between governmental control and enterprise autonomy

The evaluation shows that the trade-off between political and governmental control and the autonomous role of the regional enterprises are unstable and changeable. The organization of the enterprises and the ownership by the state do not seem to fully safeguard the enterprises from detailed control by the owner. The central government has a broad repertoire of steering devices. The Ministry of Health stipulates a detailed steering document that keeps track of the annual financial transfers from the government to the health enterprises. In addition, coordination of the different roles of the state and lack of political support in controversial issues, constitute challenges for the new organizational model.

Data from Parliament and health enterprises show that politicians have not at all withdrawn from involving themselves in hospital issues. Parliament has devoted more attention to health policy since the ownership of the hospitals was transferred. For example, in 2002, the first year of the Reform, the number of questions in Parliamentary question hour covering hospitals and health enterprises doubled compared to the average number during the six preceding years. Following a cautious start the minister also seems to be more willing to intervene directly in cases of merger or closure of emergency and maternity wards. In a few cases the minister has actually overruled decisions of the regional boards. Increased political attention to health policies takes place in a period when Parliament in general has become more important vis-à-vis the Cabinet. On the top of that the *Storting* seems to be more willing to instruct the ministry in the event of closures, mergers and reorganization of local hospitals. This behaviour illustrates that the "owner" is not a cohesive actor. The health enterprises are facing more than one principal. Because the regional councils do not have an ownership role any more, members of parliament have got increased incentives to get involved in health policies. Over time Parliament has become more active and unpredictable. The nature of the electoral system in Norway makes multiple parties and unstable and changing parliamentary majorities

likely, and this has been the typical situation during recent decades. This is often characterized as “super-parliamentarism”.

The executives of the regional enterprises assign considerable influence to the Ministry of Health, and they also seem to be very loyal towards their owner. Central government is held to be more important than the local health enterprises and external actors like local government, media and local pressure groups. But the regional enterprises also claim to be strongly autonomous. They therefore seem to combine an autonomous role with a strong loyalty towards the Ministry of Health.

Combination of performance-based and trust-based management.

The study also investigates the management of the regional enterprises vis-à-vis the local enterprises. Two management models are compared. The first is a performance-management model. This model is to some extent based on distrust, assuming that hospitals and local enterprises pursue their own interests based on local rationality and institution-specific goals, which are not necessarily consistent with the goals of the owners. They thus need to be controlled via formal contracts and management systems, monitoring and assessment arrangements. The idea is to make the managers manage by use of steering documents, formal steering dialogues, performance-management techniques and enterprise meetings. This model is in line with the new official regulatory model of the OECD and with NPM reforms. The other is a trust-based model, informed by a combination of hierarchical control and traditional cultural elements, and based on a high level of mutual trust and understanding between local, regional and central levels in the health policy sector. This model envisages a high degree of decentralization and local autonomy. The intention is to let the managers manage and thus enhance cost-efficiency by giving them discretion in using allocated resources. There is a well-developed system of dialogue, cooperation and informal networks and contact patterns. This model is more in line with the traditional Norwegian model of mutual cooperation and consensus.

Our study shows that there is a balance between a formal performance-management system and an informal trust-based system. This can be understood from a broad institutional perspective, combining instrumental, cultural and environmental features. From an instrumental point of view, a central feature of the reform is the formal basis of the relationship between the owner (the central government) and the health enterprises as specified in the Health Enterprise Act, the articles of association, the steering documents, the performance-management system and the general enterprise meeting. In practice these documents and formal arenas of communication are combined with an informal trust-related network and contact pattern that can be traced back to the traditional culture of the Norwegian health sector and the general style of governance

We find a tendency towards “path dependency,” illustrated by a clear loyalty towards the owner. This loyalty may be interpreted as evidence of a traditional culture in the sector. Traditionally, there was a close relationship between health institutions as public entities and the counties as the former owners of the hospitals. Mutual understanding, cooperation, a high level of trust and dialogue has been main features of the Norwegian political administrative culture and policy style in general, and the health care sector is no exception. The new formal steering system has not replaced this policy style but supplemented it, making governance relations more complex.

More internal administrative effects than effects for the patients?

In the last part of the report we examine the effects of the reform relating to the main goals of health services. We ask if there has been improvement on different areas of health services.

Official statistics as well as the survey data show shorter waiting lists and waiting times for patients. Improvements on quality of the health services, equality, user influence and closure, merger and specialization of hospitals are, however, moderate. Few report more service equality or improvements in the functional specialization of hospitals. The results seem to indicate that some main goals of the reform have been largely fulfilled, while others are lagging behind. The change of organizational model seems, *so far*, to have a greater impact on efficiency and internal organizational arrangements than on health services.

The main challenge of the reform – a mismatch between reform logic, sector logic and political logic?

The study reveals that there is a potential for ambiguity and conflict in the reform. The enterprises are loyal to the owner, but they also try to maximize autonomy. The politicians, on the other hand, experience loss of control when the enterprises live up to their autonomous role. The evaluation illustrates the conflict between the reform logic and a political logic furthered by local, regional and central politicians. The study reveals that in practice it may become difficult to live up to the principles of devolution and the official formal governance model of frame-steering and performance management.

One main lesson is that history and sector context matters. The effects of structural arrangements, culture and the present parliamentary situation are also dependent on the character of the policy issue that is on the agenda. If the issue has a redistributive character it seems especially challenging for the balance between political control and autonomy.

1 Innledning

1.1 Om oppdraget - fra evaluering av regionale helseutvalg til søkelys på sykehusreformen

Ved utgangen av 1999 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandsforskning (RF) og Nordlandsforskning (NF) i oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet å evaluere det lovpålagte regionale helsesamarbeidet. Evalueringen ble utlyst som følge av at de regionale helseutvalgene ble lovpålagt gjennom endringer i sykehusloven gjort gjeldende fra 1.1.1999¹.

Den 6. juni 2001 sluttet imidlertid Stortinget seg til regjeringen Stoltenbergs forslag om at staten fra 1.1.2002 skulle overta fylkeskommunens eieransvar for spesialisthelsetjenesten, og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak ble det opprettet regionale helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i hver av de fem eksisterende helseregionene². 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.

Vedtaket om sykehusreform medførte at det oppstartede evalueringsprosjektet måtte omdefineres og tilpasses innføringen av statlig eierskap og foretaksorganisering fra 1.1.2002. Resultatene fra evalueringen av det regionale helsesamarbeidet er rapportert i Opedal og Stigen (red.) 2002a. Den foreliggende sluttrapporten rapporterer fra det påfølgende prosjektet, "Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten 2002-2005 – en prosessevaluering".

Evalueringen bygger på statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske tilnærminger, og har hatt hovedfokus på de organisatoriske målsettingene med reformen. Fokuset er primært rettet mot de strukturelle endringene politisk og administrativt, og i mindre grad mot konsekvensene for fagprofesjonene og de medisinsk-faglige miljøene i de lokale helseforetakene. Hovedfokus har vært på prosess og innholdet i de organisatoriske og styringsmessige tiltakene som har blitt satt i verk i evalueringsperioden. Organisasjon og styringseffektivitet var også hovedfokus i evalueringen av det regionale helsesamarbeidet, og resultatene fra denne har derfor fungert som utgangspunkt også for deler av det påfølgende prosjektet.

Målsettingen for sykehusreformen er å få til en bedre helsetjeneste for befolkningen, ved å oppnå bedre kvalitet, tilgjengelighet og likhet i helsetjenestene. De organisatoriske og

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.

styringsmessige endringene er således ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel som beslutningstakerne antar vil føre til at de overordnede helsepolitiske målsettingene oppfylles på en bedre og mer effektiv måte enn før. Gjennom endringer i eierskaps-, ansvars- og organisasjonsstruktur har en søkt å få bukt med det en oppfattet som sentrale problemer innenfor den tidligere modellen:

- Uklare ansvarsforhold gjennom et delt eier- og finansieringsansvar mellom fylke og stat. Oppfatningen var at dette skapte problemer både internt i sektoren og mellom helsesektoren og andre sektorer. "Svarteperspill" har vært en hyppig brukt karakteristikk for å forklare irrasjonaliteten i systemet.
- For store variasjoner i hvordan fylkene utøvde sitt eierskap – forskjeller i hvor stor grad eierne grep inn i driftsspørsmål eller om de konsentrerte seg om overordnet rammestyring.
- For store geografiske forskjeller når det gjaldt tilgang til helsetjenester og medisinsk praksis.
- For store forskjeller i ressursbruk mellom de ulike sykehusene; dvs. ulik effektivitet og ressursutnyttelse.

Begrunnelsen for å sette hovedfokus på organisasjon og styringsmessige relasjoner i dette prosjektet, har vært at det neppe kan forventes klare helsepolitiske resultater (resultater på kvalitet, tilgjengelighet og likhet) av en så gjennomgripende reform veldig raskt. Hoveddelen av rapporten dreier seg derfor om organisering, ansvarsfordeling og relasjoner mellom ulike nivåer og aktører. Selv om det ikke har vært en sentral del av oppdraget å studere helsepolitiske resultater i betydningen bedre kvalitet, tilgjengelighet og likhet i helsetjenesten, har vi likevel avslutningsvis i rapporten belyst hvordan de resultatene som kan identifiseres så langt kan kobles til organisatoriske og styringsmessige tiltak som er gjennomført i løpet av reformens tre første år. Dette kan også gi et inntak til videre studier av hvordan helsepolitiske resultater kan ses i sammenheng med ulike organisatoriske og styringsmessige endringer som er gjort som følge av reformen.

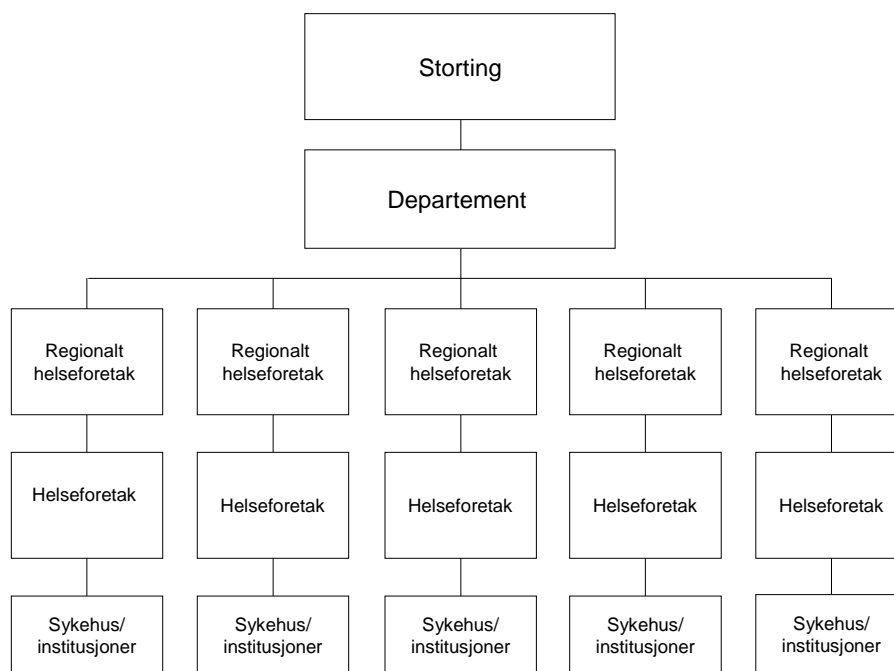
Sykehusreformen består av to hovedelementer: Statens overtakelse av sykehusene, og en tilknytning mellom sykehus og stat basert på en foretaksmodell. Mens helseregionene før 2002 hentet sine fullmakter fra fylkeskommunene, er det fra 2002 staten som avgjør hvilke fullmakter regionene skal ha i styringskjeden mellom staten som eier og de enkelte virksomhetene. Mens regionene før delvis var et produkt av lokalt selvstyre og dels statlig styring, er regionene nå tydeliggjort som et nivå i den statlige styringskjeden. På den måten betyr sykehusreformen en etablering av en klarere hierarkisk styringsstruktur. Fra å ha vært et delt politisk ansvar mellom 19 fylkesting og Stortinget, er den folkevalgte styringen av sykehusene nå helt og holdent lagt til Stortinget. Staten er dermed ikke lenger avhengig av fylkeskommunene i realiseringen av de helsepolitiske målene. I stedet baserer den nye modellen seg på lojal oppfølging av statens politikk i styrene og ledelsen for de regionale helseforetakene (RHF) og helseforetakene (HF).

De nye virksomhetene er organisert som helseforetak – de er ikke en del av den statlige forvaltningen, men egne rettssubjekter med arbeidsgiveransvar. Dermed er også rammevilkårene for ledelse og styring ved institusjonene endret. Større handlefrihet og mer ansvar for økonomi og utnyttelse av kapitalutstyr legger et ansvar for ledelsen ved foretakene om å "holde orden i eget hus". Sykehusreformen kombinerer dermed en politisk sentralisering av ansvars- og eierposisjonen i staten med økt lokal myndighet for sykehusene gjennom foretaksorganiseringen. Fem regionale statlige helseforetak forvalter på vegne av staten eieransvaret for underliggende helseforetak, og profesjonelle foretaksstyrer har det overordnede ansvaret for oppnåelse av de helsepolitiske målene

som settes for foretakene. Ansvar mellom styringsnivåene er søkt tydeliggjort mellom staten som eier, finansierings- og sektoransvarlig myndighet, regionale foretak som ”konsernledelse”, bestiller/ oppdragsgiver og mottaker av bevilgninger og helseforetakene/virksomhetene som tjenesteprodusenter og utførere.

I Figur 1.1 skisseres den overordnede organiseringen av spesialisthelsetjenesten etter iverksettelsen av ny styringsmodell 1.1.2002:

Figur 1.1 Ny styringsstruktur



Sykehusreformen har imidlertid ikke endret helsepolitikkenes målsettinger. Det overordnede målet er fortsatt at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, skal gis tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt og finansiert helse- og omsorgssektor (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001:11-12). To nasjonale helse mål er spesielt blitt trukket fram i forbindelse med reformen. Det ene er målet om et mer likeverdig helsetilbud. I Ot. prp. nr. 66 heter det at ”En viktig premiss for regjeringens reformarbeid på helsesektoren er å sikre tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi” (s. 11). Det andre er målet om en mer spesialisert og effektiv sykehusstruktur. I proposisjonen uttales det at ”... det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur. Reformens intensjon er å ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling” (s. 20).

Ved å samle eieransvar, myndighetsutøvelse og finansieringsansvar på statens hånd skal det gis grunnlag for en sterkere statlig styring for å oppfylle de nasjonale helse målene. Men reformen skal også oppfylle mål knyttet til foretaksorganisering og større autonomi for sykehusene. I følge lovproposisjonen er ”Hensikten med organisering av sykehus som foretak å desentralisere styring, effektivisere ledelse, forbedre informasjonstilgangen og delegerer økonomisk ansvar... Gjennom desentralisering ønsker man å oppnå mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering” (s. 21).

Helse-Norge ble med andre ord ettertrykkelig lagt i støpeskjeen etter vedtaket om sykehusreform. Siden andre verdenskrig er det gjennomført 3500 omorganiseringer i den norske sentraladministrasjonen (Christensen og Læg Reid 2002:127). Få, om ingen er blitt gjennomført i et slikt omfang, og i løpet av så kort tid som sykehusreformen. Det gikk bare vel 13 måneder fra Arbeiderpartiet gjorde vedtak om at staten skulle overta fylkeskommunenes eieransvar for sykehusene på sitt landsmøte i november 2000, til reformen trådte i kraft. Den ble gjennomført på rekordtid etter at staten i flere utredninger på 70-, 80-, og 90- tallet hadde satt fokus på organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Reformen fikk over natten konsekvenser for om lag 100 000 arbeidstakere som skiftet arbeidsgiver, fra fylke til stat. Fylkeskommunene mistet på sin side sitt største ansvarsområde, og fylkespolitikere måtte gi fra seg sentrale politiske verv. Det er derfor ikke overraskende at reformen er blitt gjenstand for omfattende oppmerksomhet blant politikere, byråkrater, ansatte i helsevesenet, media og forskere. De mange medieopplagene og debattene vitner om en reform som setter spor etter seg.

Tabell 1.1 viser hva respondentene i våre spørreundersøkelser har svart på følgende spørsmål: "Alt i alt, hvor vellykket mener du reformen har vært så langt?"

Tabell 1.1 Erfaringer med reformen. 2003 og 2004. Prosent

	Styremed- lemmer og direktører 2003	Styremed- lemmer og direktører 2004	Divisjons- direktører/ klinikksjefer/ avdelingsledere 2004	Avdelings- ledere 2004*
Nokså eller svært mislykket	13	14	21	32
Verken vellykket eller mislykket	31	27	36	34
Nokså eller svært vellykket	55	59	43	34
N=100 %	315	284	104	155

* spørsmålet er også stilt til avdelingsledere som inngår i en spørreundersøkelse om enhetlig ledelse fra AFI. Foreløpige tall.

Godt og vel halvparten av styremedlemmene og direktørene mener at reformen har vært vellykket så langt. Andelen som er fornøyd reduseres imidlertid på lavere hierarkiske nivåer i organisasjonen. 43 % av divisjonsdirektører, klinikksjefer og avdelingsledere som inngår i vår survey er fornøyd med reformen, mens andelen går ned til om lag en tredel i et utvalg avdelingsledere som er stilt samme spørsmål i forbindelse med et forskningsprosjekt som gjennomføres ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI).

Sykehusreformen er bare tre år gammel. Det sier seg selv at det er for tidlig å komme med en entydig konklusjon om hvor vellykket eller mislykket den har vist seg å være. Endringer skjer langsomt: det tar tid å iverksette gjennomgripende endringer. Resultater kan preges av at aktørene er sterkt involvert i omstillingsprosessen. Det er heller ikke gitt at de endringer som observeres kan kobles til reformen. De kan skyldes prosesser som allerede var i gang da reformen ble iverksatt, eller andre utenforliggende forhold. Reformen i helsetjenestene gjenspeiler også endringer i samfunnet for øvrig, og trekk ved omgivelsene de fungerer innenfor. Sosiale, teknologiske, økonomiske og politiske

endringer kan ha betydning (Christensen og Læg Reid 2002, Nordby 2000). Vi kan derfor ikke slå endelig fast hvorvidt man har oppnådd det man ønsket å oppnå, og om det skyldes reformen.

1.2 Nærmere om problemstillinger

I evalueringen har vi, i tråd med fokuset på organisasjon og styringsmessig effektivitet, vært særlig opptatt av de organisatoriske målsettingene med reformen – dvs. hvordan en har søkt å få til en klarere ansvarsfordeling og balanse mellom overordnet (eier)styring og lokal handlefrihet for regionale foretak og helseforetak. Hvordan er det nye styrings-systemet ”designet” for å ivareta målsettingene, hvilke tiltak er satt i verk sentralt og regionalt og hvilke erfaringer har sentrale aktører med reformen så langt. Evalueringen har vært delt opp i 3 delprosjekter: 1) ”Statens rolle som eier og myndighetsutøver” 2) ”De regionale helseforetakenes rolle” og 3) ”Helseforetakenes rolle”.

I delprosjekt 1 har vi fokusert på Stortinget og den sentrale helseforvaltningens rolle. Det overordnede spørsmålet har vært hvorvidt staten utøver sin rolle som eier og myndighetsutøver i tråd med de organisatoriske og styringspolitiske målsettingene for reformen. Hovedproblemstillingene i dette delprosjektet har vi konkretisert til tre spørsmål: 1) I hvilken grad er de formelle ansvars- og ledelsesforholdene mellom Storting, departement og regionale helseforetak entydige og klare? 2) Hvordan utøver staten sin eier og styringsposisjon i praksis? Samlet vil disse problemstillingene kunne si noe om hvilken rolleforståelse som har utviklet seg på statlig nivå når det gjelder styring av de regionale foretakene. Dette leder over til vår tredje hovedproblemstilling i dette delprosjektet: 3) Hvilke forhold kan svekke statens styringsrolle? I hvilken grad, og eventuelt hvorfor utfordres statens styringsrolle?

Delprosjekt 2 har dreid seg om de regionale helseforetakenes rolle. Hovedproblemstillingen i dette delprosjektet kan konkretiseres i tre sentrale spørsmål: 1) Hvordan håndterer de regionale helseforetakene rollemangfoldet og overordnede styringssignaler? 2) Klarer de regionale helseforetakene å etablere et styringsforhold mellom regionalt helseforetak og helseforetakene som ivaretar de organisatoriske målsettingene for reformen? Oppnås det klarhet og forutsigbarhet i forhold til ”hvem som gjør hva” mellom regionalt helseforetak og helseforetakene? Er ansvarsforholdene ryddige og oppnås en ansvarliggjøring og myndiggjøring av helseforetakene? Klarer de regionale helseforetakene å etablere et styringsforhold mellom regionalt helseforetak og helseforetakene som er preget av tillit og samarbeid om sentrale mål? 3) På hvilken måte gir de regionale helseforetakene arbeidet med samordning og bedre arbeids- og funksjonsfordeling et konkret feste i foretakets virksomhet? De regionale helseforetakene skal være statens instrument når det gjelder oppfølging av statlige satsingsområder som bedre arbeids- og funksjonsfordeling, kreftomsorg, samt opptrapping av psykiatrien. I henhold til oppdragets mandat har vi lagt særlig vekt på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp statens helsepolitiske målsetting om økt samordning og bedre arbeids- og funksjonsfordeling. En særlig interessant side knyttet til oppfølgingen av dette helsepolitiske målet er hvordan de regionale helseforetakene håndterer mer kontroversielle spørsmål knyttet til endringer i sykehusstrukturen, spørsmål som det viste seg vanskelig å håndtere innenfor den gamle styringsstrukturen. Er de regionale helseforetakene mer beslutningseffektive enn fylkeskommunen i forhold til spørsmål der det kan være snakk om omfordeling av ressurser og tjenester mellom helseforetakene?

I tråd med bestillingen fra Helsedepartementet i 2002³ har vi lagt noe mindre vekt på delprosjekt 3 om helseforetakenes rolle enn på det statlige og regionale nivået, i den forstand at vi i begrenset grad har fokusert på reformens effekter for de medisinsk-faglige miljøene i sykehusene. Også i dette delprosjektet er det forholdet mellom overordnet styring og autonomi og iverksetting av helsepolitiske målsettinger som har stått i fokus for analysen. 1) Har ledelsen ved virksomhetene fått tilstrekkelig handlingsrom og kontroll over egne ressurser til å utforme tjenestene på en effektiv måte og i henhold til de politiske målsettingene? 2) Hvordan oppleves de regionale helseforetakenes styringskultur? Oppfattes styringen som overordnet og konsistent eller som uklar og som unødig innblanding og detaljstyring? Samspillet og tillit mellom det regionale foretaket og de underliggende foretak / virksomheter står sentralt. 3) (Hvordan) evner helseforetakene å gjennomføre nødvendige endringer besluttet på regionalt nivå? Innenfor denne problemstillingen har vi fokusert på om og hvordan helseforetakene faktisk følger opp og iverksetter vedtak fattet på regionalt nivå. Vi har konsentrert oss om vedtak knyttet til arbeids- og funksjonsfordeling, men har også sett på andre typer endringer.

På samme måte som i delprosjekt 1 er vi også i de to andre delprosjektene opptatt av hva som kan forklare manglende styrings- og iverksettingseffektivitet mellom regionalt helseforetak og helseforetakene. Her legger vi vekt på å forstå hvordan samspillet og spenningen mellom ulike handlingslogikker påvirker helseforetakenes respons på styring ovenfra.

Gjennomgangen av hovedproblemstillingene for prosjektet har synliggjort at forholdet mellom styring og autonomi/handlefrihet mellom ulike styringsledd og aktører står svært sentralt i vår studie. Vi vier derfor begrepet handlefrihet eller autonomi noe mer oppmerksomhet innledningsvis; da dette begrepet ofte benyttes uten nærmere presisering og klargjøring.

Vi bygger vår gjennomgang på Verhoest m.fl. (2003) og Lundquist (1987,1988). Med autonomi forstår vi den handlefrihet ledelsen har til selv å bestemme over ulike forhold som angår organisasjonen (Verhoest m.fl. 2003). Det kan skilles mellom ulike analytiske dimensjoner i autonomibegrepet. Rubecksen (2004) skiller med henvisning til Verhoest m.fl. mellom beslutningsmyndighet og beslutningskapasitet. Beslutningsmyndighet angir hvor stor myndighet som er overlatt virksomheten på ulike ansvarsområder. Beslutningsmyndigheten angir den myndighet lederen har til å fatte beslutninger etter egne prioriteringer. Denne typen myndighet kan igjen deles i to: administrativ autonomi, som angår myndighet til å endre for eksempel budsjettmessige eller personellmessige forhold, og policyautonomi, som gjelder myndighet til å treffe beslutninger av politisk karakter, dvs. faglige handlingsmåter og prioriteringer.

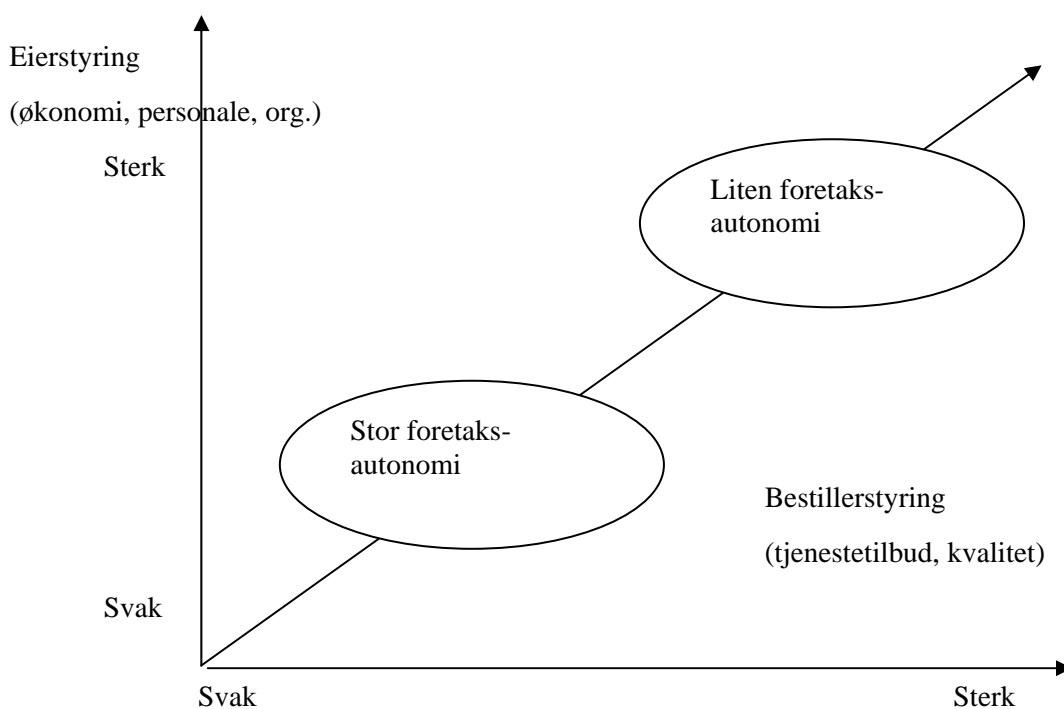
Autonomi i betydningen beslutningskapasitet vil vi forstå som de faktiske muligheter ledelsen har til å gjøre bruk av den beslutningsmyndigheten den er tillagt, det være seg gjennom organisasjonsstruktur, personalets kompetanse, organisasjonskultur eller finansielle ressurser. Det foreligger stor autonomi eller handlefrihet når aktøren har en slik handlingskapasitet at vedkommende kan utnytte eller benytte seg av den beslutningsmyndigheten vedkommende er tillagt.

³ I løpet av evalueringsperioden er Helse- og omsorgsdepartementet blitt omorganisert to ganger og fått nytt navn. I 2002 ble det daværende Sosial- og helsedepartementet delt i to, henholdsvis i Helsedepartementet og Sosialdepartementet. I 2004 ble Helsedepartementet omorganisert på ny og fikk navnet Helse- og omsorgsdepartementet. Av praktiske årsaker har vi i rapporten i hovedsak benyttet benevnelsen "Helsedepartementet".

De to autonomidimensjonene kan påvirkes gjennom ulike former for direkte og indirekte styring. Lundquist (1987,1988) viser hvordan beslutningsmyndigheten kan påvirkes gjennom direkte ordre i enkelttilfelle eller som regler som gjelder et bredt sett av enkelttilfeller. Myndighetsstyring gjennom bestillerdokument eller lovverk er et eksempel på slik type styring. Den indirekte styringen påvirker handlingskapasiteten ved at den omfatter forhold som gjelder rekruttering av rollenehavere, organisering, informasjon og overføringer av økonomiske ressurser. Dette er forhold som eierstyringen regulerer innenfor foretaksmodellen.

Vårt poeng er at eierne kan påvirke så vel beslutningsmyndighet som handlingskapasitet i foretakene, og slik regulere foretakenes autonomi. Resonnementet illustreres i Figur 1.2.

Figur 1.2 *Foretaksautonomi*



Hvilken handlefrihet foretakene har, kan slik reguleres gjennom den direkte myndighetsstyringen, og gjennom foretakenes handlingskapasitet slik den reguleres gjennom eierstyringen. I praksis vil det kunne være glidende overganger mellom de ulike dimensjonene, men for et analytisk formål er det fruktbart å skille mellom dem.

1.3 Datagrunnlag og metode

Undersøkelsen baserer seg på en rekke datakilder: spørreundersøkelser, intervjuer, observasjon av styremøter og dokumentanalyser. Spørreundersøkelsene har stått sentralt i vårt analyseopplegg. Slik har vi fått et bredt og representativt uttrykk for oppfatninger om reformens effekter i samtlige regioner. I tillegg valgte vi et mer kvalitativt opplegg i Helse Nord. Her har forskerne gjennomført en bredere og mer intensiv intervjuing, i tillegg til observasjon av styremøter. Gitt det brede kvantitative designet var det ikke mulig å gjennomføre tilsvarende casestudier i samtlige regioner

innenfor prosjektets ramme. I Helse Midt-Norge og Helse Vest er det imidlertid gjort omfattende kvalitative intervjuer i forbindelse med en hovedoppgave ved Universitetet i Bergen/Rokkansentret (Hallingstad 2004). Da analyseopplegget i denne hovedoppgaven viste seg å være svært sammenfallende med vårt, har vi valgt å benytte denne studien som kilde til mye av den kvalitative informasjonen om styringsrelasjoner i Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Spørreundersøkelser

Det er blitt sendt ut spørreskjemaer til samtlige styremedlemmer og øverste administrative ledere i de regionale og lokale helseforetakene både i 2003 og 2004. Det er styremedlemmer og administrative toppledere som utgjør hoveddelen av våre respondenter. Det er sendt spørreskjema til samtlige styremedlemmer på regionalt nivå og på foretaksnivå, unntatt til styremedlemmene i apotekforetakene. De administrative lederne er foretaksledelsen på regionalt og lokalt nivå. Det vil si administrerende direktør og hans/hennes ledergruppe – viseadministrerende direktør, direktører for økonomi, fagdirektører, personalsjefer og informasjonssjefer (på regionalt nivå). Disse er ledere med overordnet administrativt og strategisk ansvar. Evalueringen har hatt fokus på intern organisering og relasjoner mellom ulike styringsnivåer. Det er åpenbart at de som jobber med styrings- og ledelsesspørsmål i helseforetakene er velkvalifisert til å uttale seg om disse sidene ved reformen. Mange av disse aktørene har lang erfaring fra helsevesenet, og vil også av den grunn kunne uttale seg om erfaringene med reformen både mer generelt og når det gjelder resultater på enkeltområder

I 2004 ble det imidlertid også sendt ut skjema til et utvalg divisjonsdirektører, kliniksjefer og avdelingsledere i helseforetakene. Slik har vi fått en test på hvorvidt styrenes og de administrative toppledernes erfaringer også kan gjenfinnes på lavere hierarkiske nivåer i organisasjonen. Disse er en gruppe som står nærmere pasientene og som selvsagt vil kunne ha begrunnede oppfatninger om reformen.

Det er lagt ned mye arbeid i utformingen av spørreskjemaene. Reformen er ny, og det har derfor vært en utfordring å belyse temaer som respondentene ville kunne ha begrunnede oppfatninger om. Spørreskjemaene ble konstruert med tanke på å avdekke sentrale prosesser og relasjoner mellom de ulike styringsnivåene. De søker f.eks. å belyse hvilke synspunkter lederne (styremedlemmer og administrative ledere) vektlegger når de tar beslutninger på vegne av helseforetakene, hvilke samarbeidsrelasjoner som eksisterer (kontaktmønster, oppfatninger om samarbeid eller konflikt) og hvilken innflytelse en mener ulike sentrale aktører eller aktørgrupper har på beslutningsprosessene regionalt og lokalt. Selv om vi ikke kan avdekke faktiske resultater av reformen for pasientene, har vi spurt respondentene om deres *oppfatninger* om hvor vellykket reformen har vært så langt – generelt og på spesielle områder. Vi har dessuten søkt å velge ut og utforme spørsmålene slik at disse stort sett kunne besvares både av styremedlemmer og administrative ledere, dvs. felles spørsmål til ledere på ulike nivåer og i ulike roller.

I Tabell 1.2 vises oversikt over antall utsendte og returnerte spørreskjemaer til styremedlemmer og administrative ledere i 2003 og 2004.

Tabell 1.2 *Svarprosent etter respondenttype. Styremedlemmer og administrative ledere 2003 og 2004.*

	Mottatte skjemaer		Svarprosent	
	2003	2004	2003	2004
Regionale helseforetak - administrasjon	22	25	76	78
Regionale helseforetak - styrer	36	31	80	70
Lokale helseforetak - administrasjon	96	95	69	70
Lokale helseforetak - styrer	172	142	72	68
Totalt	326	293	72	70

Som vi ser er svarprosenten tilfredsstillende blant styremedlemmer og administrative toppledere både i 2003 og i 2004. Også blant divisjonsdirektørene, klinikksefene og avdelingssjefene er svarprosenten god. 70 % av respondentene svarte innen den siste fristens utløp i januar 2005.

Tabell 1.3 viser den totale svarprosenten i 2004, fordelt på region.

Tabell 1.3 *Total svarprosent fordelt på region. 2004. (N)*

	Styremedlemmer/ administrative toppledere	Divisjonsdirektører/ klinikksjefer/ avdelingsledere	Totalt
Helse Øst	64 (67)	76 (22)	66 (89)
Helse Sør	64 (69)	83 (24)	68 (93)
Helse Vest	75 (49)	74 (17)	75 (66)
Helse Midt-Norge	77 (53)	84 (21)	79 (74)
Helse Nord	74 (55)	56 (24)	68 (79)
Totalt	70 (293)	72 (108)	70 (401)

Vi ser at svarprosenten i 2004 er best i Helse Vest og i Helse Midt-Norge, men representativiteten totalt i materialet er god. Unntaket er avdelingsledere i Helse Nord hvor svarprosenten er lav. Disse utgjør imidlertid en svært liten andel av respondentene. Undersøkelsen blant divisjonsdirektører, klinikksefene og avdelingsledere er betydelig mindre omfattende enn de øvrige spørreundersøkelsene, og inngår bare i utvalgte deler av analysene.

Undersøkelsene blant styremedlemmer og administrative toppledere i 2003 og 2004 er nesten identiske. Det at svargivningen på de to tidspunktene viste seg å være svært lik, styrker validiteten og reliabiliteten i vårt datamateriale. Det samme indikeres av at de endringene som kommer til uttrykk når 2004 materialet sammenlignes med 2003-surveyen er rimelige sett i lys av vårt øvrige kvalitative materiale.

Informantintervjuer og observasjon av styremøter

Det er gjennomført informantintervjuer på flere tidspunkter i undersøkelsen. Høsten 2002 ble styreledere og administrative ledere i regionale og lokale foretak og ansatte i Helsedepartementet intervjuet. Dette for å få et inntrykk av erfaringene det første året. Disse intervjuene var et viktig grunnlag for å utforme spørreskjemaene. I 2004 intervjuet vi på ny ansatte i eieravdelingen i Helsedepartementet.

Helse Nord ble valgt ut som case for ny intensiv intervjuing i 2004. Dette fordi spørreundersøkelsen i 2003 indikerte at respondentene i denne regionen var vesentlig mer skeptisk til erfaringene med reformen enn i de andre regionene. Det er totalt intervjuet 41 styremedlemmer og ansatte i Helse Nord, 21 i 2002 og 20 i 2004. I denne regionen er det også observert 14 styremøter i evalueringsperioden. Vi har slik valgt å følge en av regionene mer intensivt, i tillegg til de kvantitative spørreundersøkelsene som utgjør hoveddelen av materialet. Dette for å få et bedre kvalitativt bilde av dynamikken i styringsrelasjonene og styringsutfordringene.

Dokumentstudier

Det er gjort dokumentanalyser av et omfattende skriftlig materiale. Det er blant annet foretatt en kartlegging av spørsmål, private forslag, fraksjonsmerknader i komité-innstillinger og vedtak i Stortinget før og etter sykehusreformen. I tillegg utgjør styringsdokumenter og protokoller fra foretaksmøter på sentralt og regionalt nivå, samt en rekke offentlige dokumenter grunnlaget for dokumentanalysene. Det er dessuten innhentet data om ulike indikatorer på tilgjengelighet og kvalitet i sykehus-tjenestene fra Norsk Pasientregister, enten via publikasjoner fra SINTEF Helse (SAMDATA) eller gjort tilgjengelig for oss av Sosial- og helsedirektoratet.

I de enkelte kapitlene gjøres det nærmere rede for datamateriale og metodevalg. Evalueringsteamet har hatt møter 2 ganger i året med referansegruppen for prosjektet.⁴ Her har vi drøftet utkast til kapitler og fått innspill og råd i forbindelse med datainnsamlingen. Utkast til kapitler er også drøftet på faglige konferanser i inn- og utland. Flere av kapitlene er grunnlag for vitenskapelige artikler som er antatt eller under vurdering i vitenskapelige tidsskrifter. Sommeren 2005 blir hovedinnholdet i rapporten, sammen med ytterligere bidrag fra Rokkansenteret, SINTEF Helse og Senter for helseledelse og helseøkonomi (UiO) publisert i bok på Fagbokforlaget.⁵

1.4 Analytisk ramme - reformen som samspill mellom organisasjon, historie og politikk

En vellykket reform forutsetter at aktører på ulike nivåer har en felles og entydig forståelse av målene med reformen og at de "trekker i samme retning" for å oppnå de overordnede målene. Vi har brukt ulike teoretiske innfallsvinklener for å si noe om betingelsene for, og mulige forklaringer på om en lykkes med å skape en felles forståelse og atferd som trekker i samme retning.

Reformen legger opp til en *rasjonell-instrumentell handlingslogikk* - en type handlingslogikk basert på et rasjonelt – instrumentelt perspektiv på hvordan atferd i organisasjoner etableres og kan forstås. Innenfor dette perspektivet kjennetegnes organisasjoner av et rasjonelt utformet design med eksplisitte og homogene mål. Overordnede målsettinger realiseres gjennom at det er eksplisitte og klart utformede

⁴ Tore Hansen, Universitetet i Oslo (leder); Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet – Odense Universitet; Olav Helge Førde, Universitetet i Tromsø/Helse Nord RHF; Marta Færevaaag Hjelle, Rikshospitalet HF; Anne Aasen, Sykehuset Innlandet HF; Helge Bryne, Helse Vest RHF; Astrid Eidsvik, Helse Sunnmøre HF; Olav Slåttbrekk, Sosial- og helsedirektoratet; Morten Nordlie, Utdannings- og forskningsdepartementet; Irene Feet, Sykepleierforbundet; Olaf Aasland, Legeforeningen; Greta Herje, Helse Midt-Norge RHF. Observatører: Maiken Engelstad og Hilde Marie Rognlie, Helse- og omsorgsdepartementet.

⁵ Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.) 2005: *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget.

målsettinger, at det er klart hvem som kan eller skal delta i ulike typer beslutningsprosesser og at problem- og løsningsoppfatninger er basert på en felles forståelsesramme. Det forutsettes videre at ledelsen har autoritet og makt til å etablere de nødvendige autoritetsstrukturer, og til å kontrollere atferd til andre aktører på lavere nivåer i organisasjonen (Egeberg 1984, 1989, Lie 2001, Scott 1981).

Det forventes at de normer og forventninger som er knyttet til organisasjonsmessig plassering og formelle roller vil styre de ulike aktørenes atferd. Ut fra dette perspektivet vil således innsikt i de strukturelle rammene for aktørenes atferd (organisasjons- og styringsstrukturen) kunne gjøre det mulig å si noe om de ulike aktørenes handlingslogikk. Rasjonelt design, hierarkisk styring og kontroll og homogenitet er viktige forutsetninger innenfor dette perspektivet. Det er i tråd med denne tilnærmingen viktig å beskrive og analysere de *formelle* betingelsene for effektiv styring innenfor den nye styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Hvordan er den *formelle* organisasjons- og styringsstrukturen på statlig, regionalt (RHF) og lokalt nivå (HF) utformet, og hvordan kan den tenkes å påvirke de ulike aktørenes tanke- og handlingsmønstre.

Det er imidlertid grunn til å anta at sykehusreformen i likhet med andre reformprosesser ikke karakteriseres av en enkel instrumentell organisasjonstenkning, der veien fra målsettinger til resultater er ukomplisert og forutsigbar (Christensen og Lægred 2002, Grønlie 2001, Pollitt 2003). Politiske og administrative ledere har mindre spillerom enn det forestillingen om en rasjonell-instrumentell handlingslogikk forutsetter. Manglende samsvar mellom intensjoner og realiteter er et sentralt tema i (ny)institusjonelle teorier om reformer i organisasjoner (se f.eks. Brunsson og Olsen 1993). Reformen gjennomføres sjelden eller aldri fullt ut i samsvar med intensjonene, og det er alltid større eller mindre rom for oversetting, redigering og justering ut fra historiske og situasjonsbestemte forhold (Christensen og Lægred 2001 a,b,c, 2002, Lægred og Pedersen 2001).

Som supplerende og utfyllende perspektiver vil vi derfor benytte et *institusjonelt-kulturelt* perspektiv og et *omgivelsesperspektiv*. Innenfor det institusjonelle eller kulturelle perspektivet fokuserer vi på reformens møte med helsesektorens historie, tradisjoner og innarbeidede verdier og normer. I det omgivelsesorienterte perspektivet er fokus på møtet mellom reformlogikk og aktører og prosesser i reformens omgivelser. Vi setter her særlig fokus hvordan politiske prosesser, pressgrupper, lobbyister og medier påvirker reformens utvikling og utfall. Det er således et sentralt utgangspunkt for oss at erfaringene med reformen må ses som et uttrykk for et *komplekst samspill* mellom bevisste reformtiltak og kulturelle eller institusjonelle trekk og trekk ved omgivelsene (jf. Christensen og Lægred 2002), som betegner dette et transformativt perspektiv). Når reformer møter problemer, er det vanligvis på grunn av intern eller ekstern heterogenitet; enten på grunn av kulturkollisjoner når reformideer møter tradisjonelle normer og verdier i sektoren, eller på grunn av uro og uenighet blant aktørene i omgivelsene. Disse forholdene kan begrense den politiske reformkapasiteten og mulighetene for rasjonell kalkulasjon. Slik kan reformprosesser bli vanskelig å kontrollere og det skapes økt tvetydighet og usikkerhet om reformens innhold

I evalueringen tar vi altså utgangspunkt i 1) reformens handlingslogikk slik den er beskrevet ovenfor. Under iverksettingen møter denne handlingslogikken andre handlingslogikker som 2) den helsepolitiske og 3) den medisinske handlingslogikk, slik det er illustrert i Figur 1.3 nedenfor.

Figur 1.3 *Ulike typer handlingslogikker*

Handlingslogikk	→	Innsats	→	Endringsprosess	→	Effekter:
Organisatorisk handlingslogikk		Statlig eie Regionale foretak		Styringskontrakt/ styringsdialog		Organisatoriske effekter
Helsepolitisk handlingslogikk		Prioriterte områder		Strukturendringer Kreftomsorg Psykiatri		Produksjon av vedtak/ tiltak
Medisinsk handlingslogikk		Spesialisering		Faglig organisering i avdelinger/seksjoner		Medisinske- og økonomiske effekter

Vårt utgangspunkt er at det vil være et samspill mellom handlingslogikker, og at disse både kan bidra til konflikter og til problemløsning. Ved hjelp av ulike teoretiske bidrag belyses det hvordan disse logikkene hver for seg, og møtet mellom dem skaper muligheter og utfordringer under iverksettingen av reformen.

Den analytiske rammen diskuteres og operasjonaliseres nærmere i det enkelte kapittel. Slik søker vi å etablere en så kontekstnær kobling mellom analytisk ramme, teoretiske forventninger, operasjonaliseringer og empirisk analyse som mulig.

1.5 Rapportens oppbygning

I neste kapittel (kapittel 2) ser vi nærmere på bakgrunnen for reformen. Deretter gis det en oversikt over, og drøfting av hvordan sykehus-Norge faktisk er organisert etter reformen i 2002 (kapittel 3). Hva har reformen betydd for organiseringen av den sentrale statlige helseforvaltningen (departement og direktorat), og hvordan har en innrettet seg organisatorisk i de regionale og lokale helseforetakene? Hva kjennetegner de som leder helseforetakene i styrer og administrativ toppledelse? Videre ser vi på hvordan sentrale helsepolitiske problemstillinger håndteres innenfor rammen av den nye styringsmodellen, og hvordan reformen har påvirket relasjonene mellom de sentrale aktørene i helsesektoren. Hvordan virker det statlige eierskapet inn på Stortingets og Helsedepartementets rolle? (kapittel 4 og 5). Hvordan opptrer staten som eier og myndighetsutøver? Klarer helseministeren å balansere mellom et aktivt Storting og hensynet til helseforetakenes frihet til selv å avgjøre hvordan de overordnede helsepolitiske målsettingene bør innfris? Likeså settes det fokus på de regionale og lokale helseforetakenes funksjon (kapittel 6). Hvordan følger de regionale helseforetakene opp Stortingets og eierdepartementets målsettinger og intensjoner, og hvordan forholder de seg til de underordnede lokale helseforetakene?

Et sentralt tema er målsettingene om å effektivisere sykehusstrukturen, f.eks. gjennom nedleggelse og omorganiseringer av akutt- og fødetilbudet. I kapittel 7 diskuteres vi om denne problemstillingen håndteres på en annen måte innenfor rammen av foretaksmodellen enn det fylkeskommunene gjorde. Hva skjer når det mobiliseres motkrefter mot forsøkene på å endre sykehusstrukturen?

Og sist, men ikke minst, ser vi på effektene av reformen ut fra pasientenes ståsted (kapittel 8). Er ventelistene blitt kortere, er det færre korridorpasienter, og er sykehus-tilbudet blitt mer likeverdig på tvers av regionene? Et gjennomgående tema er forskjeller og likheter mellom de ulike helseregionene og forklaringer på eventuell variasjon mellom regionene. I siste kapittel (9) oppsummerer vi våre konklusjoner og avslutter med noen kommentarer rundt disse funnene. Et sentralt spørsmål er om reformen er på rett veg i lys av de observasjoner som er gjort i de ulike kapitlene.

2 Hvorfor reform?

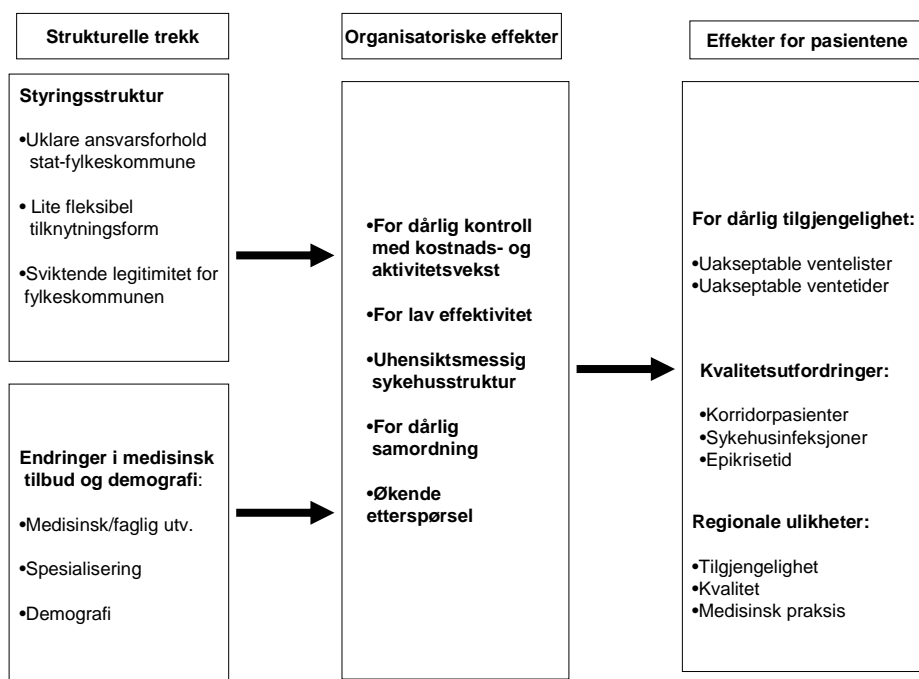
Som bakgrunn for den videre analysen skal vi i dette kapitlet gi en kort gjennomgang av begrunnelsene og bakgrunnen for reformen, slik de er skissert i offentlige utredninger og tilgjengelig forskningslitteratur. Hvorfor sykehusreform? I tillegg til gjennomgangen av de forvaltningspolitiske begrunnelsene for reformen, vil vi også kort belyse hvorfor og hvordan det var mulig å få utredet og vedtatt reformen på det aktuelle tidspunktet i 2001. Vi er i denne framstillingen ikke primært opptatt av de langsiktige utviklingstrekkene, men mer av koblingen mellom problemstruktur, løsningsalternativer og muligheten for å få fattet de nødvendige politiske vedtakene på kort sikt (jf. Herfindal 2004). Denne tilnærmingen bygger på den såkalte strømningstankegangen innenfor organisasjonsanalysen (Cohen, March og Olsen 1972, March og Olsen 1976). Et sentralt poeng er at en beslutningsprosess er et møtested for ulike strømmer av deltakere, problemer, løsninger og beslutningsmuligheter. Hvordan og når en beslutning blir fattet er betinget av koblingen mellom de ulike strømmene på et gitt tidspunkt.

Tilgang på problemer – en kompleks diagnose

For å forstå begrunnelsene for reformen og tiltakenes form er det nødvendig å beskrive den virkelighetsforståelse som lå til grunn for reformmakernes ideer og handlinger. Hvorfor mente den politiske ledelsen at det var behov for reformer i organiseringen av spesialisthelsetjenesten?

I løpet av en 20-årsperiode ble det i en rekke offentlige utredninger og meldinger lansert forslag til endringer i styring og organisering av spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr.9, 1974-75, St.meld. nr. 50, 1993-94, NOU 1996:5, St.meld. nr. 24, 1996-97, NOU 1999:15, St.meld. nr. 43, 1999-2000). Også i forskning og media ble det ofte stilt spørsmål om sykehussektoren var hensiktsmessig organisert. Reformbehovet, slik det ble framstilt i offentlige utredninger, i forskning og i media, var omfattende og komplekst.

Det synes imidlertid å være karakteristisk for utredningene av reformbehovet at de i liten grad peker på årsakssammenhenger og mekanismer. Det typiske er en gjennomgang av de enkelte delene av problemkomplekset, det være seg problemer og utfordringer knyttet til styringsstruktur og medisinsk-demografiske utviklingstrekk, ressursmangel, kostnadskontroll, effektivitet og sykehusstruktur, for dårlig tilgjengelighet og kvalitet, og for store regionale forskjeller mht. tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis – men uten å være tydelig på hvordan de ulike delene av problemkomplekset henger sammen. Sammenfattet kan begrunnelsene og sammenhengene mellom disse skisseres som i Figur 2.1. Her har vi søkt å presentere begrunnelsene for reformen slik disse kan leses ut av offentlige utredninger og meldinger:

Figur 2.1 *Begrunnelser for sykehusreformen*

Problemer og utfordringer knyttet til *styringsstruktur og endringer i det medisinske tilbudet og demografi* ble ansett å føre til problemer både på tilbuds- og etterspørselssiden i helsevesenet. Sykehusreformen betegnes gjerne som en ansvarsreform, der hensikten er å samle ansvaret hos en eier – staten. Mange av problemene i styringen av spesialisthelsetjenesten ble koblet til at ansvaret i realiteten var delt mellom stat og fylkeskommune, på tross av at fylkeskommunen formelt sett var den ansvarlige eier.

Fylkeskommunen ble tillagt ansvaret for sykehusene gjennom sykehusloven av 1969. Før den tid var bygging og drift av sykehusene ikke et offentlig ansvar, men i stor grad drevet fram av lokale initiativ og ildsjeler i og utenfor helseprofesjonene. Gjennom det fylkeskommunale eierskapet ble sykehusene gjenstand for lokal demokratisk styring. En ønsket å gi rom for lokale løsninger, men samtidig legge bedre til rette for likhet og tilgjengelighet på tvers av fylker og regioner. Gjennom å legge driftsansvaret på fylkeskommunen og kombinere dette med rammefinansiering, var det også mulig å få bedre kontroll med kostnadene i helsevesenet enn det som var tilfellet tidligere, hvor finansiering pr kurdøgn var hovedprinsippet for tildeling av ressurser til sykehusene (Vareide 2001:7).

Etter hvert vokste kritikken mot det fylkeskommunale eierskapet. Ett ankepunkt var at fylkeskommunene ikke prioriterte sykehusene sterkt nok. På tross av økte budsjetter klarte en ikke å øke kapasiteten i tråd med behovene ute i befolkningen. Økte behov i befolkningen blir delvis drevet fram av den medisinsk-faglige utviklingen og delvis av demografiske endringer. Medisinske framskritt har ført til at tidligere uhelbredelige sykdommer nå kan behandles. Dessuten har etterspørselen etter helsetjenester økt pga pasientenes bevisstgjøring og krav mht. ønsker om behandling, samt demografiske forhold; særlig den generelle økningen i levealder. Resultatet ble køer og lange ventetider for pasientene, kvalitetsutfordringer og forskjeller i tilbud mellom regioner. Særlig ble lange ventelister og lang ventetid ansett som ett av hovedproblemene for den norske spesialisthelsetjenesten.

De økonomiske problemene i helsesektoren ble dessuten et stadig tilbakevendende tema i den offentlige debatten. Oppfatningen var at myndighetene hadde for liten kontroll med kostnads- og aktivitetsveksten i sektoren. Oppslagene om underskudd ved sykehusene var gjengangere i media. Følgende hjertesukk fra en overlege sitert i Aftenposten 20. mai 1995 illustrerer sammenhengen mellom aktivitetsvekst og underskudd:

Økonomien ved landets sykehus skranter. Åtte av de tolv region- og sentralsykehusene går med underskudd. ..

Dagkirurgisk enhet ved Ullevål sykehus er blitt en medisinsk suksess, men en økonomisk møllesten. Jo flere pasienter vi opererer, jo dyrere blir det for Ullevål sykehus.

Jo flere pasienter sykehusene behandlet, desto større ble utgiftene. Jo mer arbeid som ble utført, desto vanskeligere ble den fylkeskommunale økonomien. Resultatet ble trusler om stengte sykehusposter, problemer med overfylte avdelinger, køer ved ett sykehus og ledige senger ved andre. Krisene var årvisse – med statlige tilleggsbevilgninger som resultat! Kravet om tilleggsbevilgninger fra Stortinget ble regelen, heller enn unntaket. Særlig ble de økonomiske problemene store etter innføring av såkalt innsatsstyring finansiering (ISF). Etter at ISF ble innført økte sykehusenes produksjon kraftig. Den ble imidlertid betydelig høyere enn statens målsetting som lå til grunn for fylkeskommunenes budsjetter. Slik ble fylkeskommunenes økonomiske situasjon ytterligere svekket fram mot år 2000.

Et annet ankepunkt var at en ikke greide å nå målsettingen om en mer effektiv *arbeids- og funksjonsfordeling* mellom sykehusene. Norge har vært karakterisert av en spesiell sykehusstruktur med mange små sykehus og stor variasjon mellom fylkene. Det ble i ulike sammenhenger pekt på faren for at de små sykehusene ikke greier å følge med i utviklingen, slik at kvaliteten, særlig hva angår akuttmedisin ikke blir god nok. For det andre ble det pekt på at ikke alle fordelene ved stordrift kunne utnyttes. Et tredje ankepunkt var at strukturproblemer gjorde det vanskeligere å sikre befolkningen et likeverdig helsetilbud i de ulike deler av landet. I en situasjon hvor den medisinskteknologiske utviklingen går mot spesialisering, var oppfatningen at de fleste sykehusene ble for generelle. Når alle skal gjøre alt, så blir ingen gode, og tjenestene blir uforholdsmessig dyre. Og når alle sykehus skal dekke alle spesialiteter, blir mangelen på kvalifisert personell større. En lite optimal sykehusstruktur og oppgavefordeling gjorde det med andre ord vanskelig å utnytte de samlede ressursene godt nok og sikre god nok kvalitet. Etter hvert ble det en gjeldende oppfatning at fylkeskommunen ble en for liten enhet til å løse disse problemene. Det trengtes koordinering og samarbeid på tvers av fylkesgrenser (St.meld. nr. 24, 1996-1997). Hensynet til partiopplutning og gjenvalg gjorde det imidlertid vanskelig for fylkespolitikere å gå inn for omfattende endringer i sykehusstrukturen (Opedal og Stigen (red.) 2002 a, b, Vareide 2001).

Resultatet ble en stadig mer aktiv stat, der statens styringsambisjoner var økende, men samtidig også mer tvetydig (Opedal og Stigen (red.) 2002 a, b, Vareide 2001). Det kan argumenteres for at mens det ble etterspurt mer styring fra fylkeskommunens side, så bidro de statlige styringsambisjonene tvert om til å redusere fylkeskommunenes evne til egenstyring av sykehusene (Vareide 2001:10). Resultatet ble uklarheter, tautrekking og svarteperspill mellom forvaltningsnivåene – som klarest kom til uttrykk i et spill om ansvar og ressurser. De store debattene kom etter hvert til å dreie seg om hvem som hadde ansvaret for krisene i helsevesenet. Sykehusene som ikke jobbet hardt nok, fylkeskommunen som ikke bevilget nok penger eller staten som ikke ga fylkeskommunen gode og forutsigbare rammebetingelser (St.meld. nr 24, 1996-1997).

Det ble også stilt spørsmål om hvor hensiktsmessig den interne organiseringen og tilknytningsformene for sykehusene var. Spørsmålet var om sykehusene var tilpasset de moderne kravene til omstilling og effektivitet. Det var dessuten store variasjoner i hvordan fylkene utøvde sitt eierskap – forskjeller i hvor stor grad eierne grep inn i driftsspørsmål eller om de konsentrerte seg om overordnet rammestyring.

Nært koblet til spørsmålet om uklar ansvarsfordeling mellom stat og fylkeskommune er problemene knyttet til sviktende legitimitet for fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan. Det ble i perioden forut for reformen stadig oftere stilt spørsmål om fylkeskommunens framtid, og flere politiske partier fikk nedleggelse av fylkeskommunen på sitt partiprogram. Hvorvidt fylkeskommunens legitimitet var sviktende på grunn av den måten de forvaltet eierskapet for sykehusene på eller om det var sviktende legitimitet som bidro til styringsproblemene, er et spørsmål som vi ikke går inn på her.

Tilgang på løsninger – New Public Management og norske fristillingserfaringer

Den internasjonale New Public Management-bølgen blir gjerne trukket fram som grunnlag og inspirasjon for moderniserings- og fristillingsinitiativene i offentlig sektor (Christensen og Lægreid 2001a, b). Så også sykehusreformen. Reformen faller i tid sammen med en moderniseringsbølge i norsk offentlig forvaltning som i hovedsak baserer seg på to hovedelementer 1) Mål- og resultatstyring for å sikre hensynet til overordnet styring og 2) desentralisering av myndighet for å tilføre virksomheter autonomi i forhold til virkemiddelbruk og drift. Den har ført med seg institusjonelle endringer som i stor grad er basert på de prinsippene som ligger til grunn for New Public Management (Hood 1991, Pollitt 1995, Klausen 1996). Utskillingen av sykehusene fra offentlig forvaltning, mer management-orientert ledelse og institusjonell klargjøring av statens mange roller, er elementer som viser at sykehusreformen i stor grad har hentet sin inspirasjon fra NPM.

I Tabell 2.1 viser vi hvordan styrings- og organiseringsprinsipper innenfor sykehusreformen og andre nyere helsereformer kan belyses gjennom noen grunnelementer i New Public Management doktrinen.

Tabell 2.1 *Forholdet mellom New Public Management (NPM) og styrings- og organiseringsprinsipper benyttet i forbindelse med sykehusreformen og andre nyere helsereformer.*

NPM-grunnkonsepter/-doktriner	Styrings- og organiseringsprinsipper i sykehussektoren
1) Delegering av beslutningsmyndighet/ mer profesjonell, managementorientert ledelse	<ul style="list-style-type: none"> - Etablering av helseforetak/ utskilling av sykehusene fra offentlig forvaltning - Administrativ desentralisering av ansvar for personell, utstyr og organisering - Ledelsesreform/ lederutvikling
2) Rendyrking av roller (single purpose-prinsippet)	<ul style="list-style-type: none"> - Skille statens roller som bestiller, eier myndighetsutøver, utfører og som kontroll- og tilsynsmyndighet
3) Markeds- og konkurranseorientering	<ul style="list-style-type: none"> - Fritt sykehusvalg - Innsatsstyrt finansiering
4) Brukerorientering/ serviceorientering	<ul style="list-style-type: none"> - Regionale/ lokale brukerutvalg - Juridisk forankrede pasientrettigheter - Pasientundersøkelser
5) Kvantitative prestasjonsmål	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitetsindikatorer - Pasienttilfredshet - Produktivitetsmål - Økonomisk benchmarking
6) Fokus på effektivitet og budsjett disiplin	<ul style="list-style-type: none"> - Økonomiske balansekrav - Strukturrasjonalisering/ funksjonsfordeling - Effektiviseringskrav

Grønlie (2001 a, b, 2004) viser imidlertid at Norge ikke bare har skuet til internasjonale erfaringer i moderniseringsarbeidet. Norge har 50-års erfaring med å organisere offentlige funksjoner i fristilte organisasjonsformer. Et særtrekk ved de norske løsningene er at de ofte fremstår som mellomformer. Etableringen av Statoil på 70-tallet og Telenor på 90-tallet er eksempler på organisasjonsløsninger hvor hovedmålsettingen var fristilling, men hvor staten også sikret seg mulighet for å styre virksomheten og gi politiske direktiver. Grønlie finner grunn til å tro at Tore Tønne og flere av de andre sentrale aktørene i reformprosessen var inspirert av disse særegne norske modellene.

Et offentlig utvalg, det såkalte Sørensen-utvalget, hadde dessuten på slutten av 80-tallet utredet og fremmet forslag om alternative tilknytningsformer for de offentlige sykehusene (NOU 1999:15). Flertallet i dette utvalget mente at en av de foreslåtte tilknytningsformene, kommunalt selskap, var en egnet tilknytningsform for fylkeskommunale sykehus og at statsforetaksorganisering ville være velegnet for statlige sykehus. Utredningen dannet grunnlag for forslaget til lov om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp. nr 25, 1999-2000). Denne loven var ferdigbehandlet da Regjeringen Stoltenberg tiltrådte mars 2000, og ble vedtatt i Stortinget 13. juni samme år.

De sentrale aktørene startet med andre ord ikke med blanke ark da reformen skulle utredes.

Tilgang på politiske beslutningsmuligheter

Sist, men ikke minst, ble sykehusreformen muliggjort som følge av politiske snuoperasjoner og handlekraftige ledere.

Proessen fram mot vedtaket om sykehusreform var stramt styrt. I løpet av et år snudde Arbeiderpartiet sin holdning til statlige sykehus, på tross av intern stridighet i partiet. Proessen foregikk i høgt tempo. Fra initiativet ble tatt til vedtaket blir fattet gikk det mindre enn ett år. Herfindal (2004:182) konkluderer med at både aktiviseringen av deltakere og defineringen av løsninger var svært stram og entydig. En handlekraftig, samstemt og ufravikelig ledelse som utøvde stram politisk og administrativ styring bidro til at reformen kunne utredes og vedtas uvanlig raskt. Politisk lå veien også åpen, gjennom at Høyre og FrP lenge hadde hatt statliggjøring og større fristilling av sykehusene på den politiske dagsorden. Arbeiderpartiets raske linjeskifte gjorde reformen endelig mulig.

For en nærmere analyse av beslutningsproessen bak lov om helseforetak, se Herfindal (2004).

3 Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse

3.1 Innledning

Sykehusreformens kjerne er omfattende endringer i organisering og styringsstruktur i spesialisthelsetjenesten, både sentralt, regionalt og lokalt. Den ble imidlertid ikke bare lansert som en organisasjonsreform, men også som en ledelsesreform (Helsedepartementet 2001:8ff, Ot. prp. nr 66, 2000-2001). Reformmakerne ønsket større fokus på lederkompetanse på alle plan. Tidligere ledere i helsevesenet fikk nye oppgaver og roller, mens andre ble nyrekruttert. I dette kapitlet setter vi fokus på den nye organisasjonsstrukturen og de nye lederne. Den første delen er viet den overordnede organisasjons- og styringsstrukturen innenfor spesialisthelsetjenesten. Her viser vi hvordan den sentrale helseforvaltningen på departements- og direktoratsnivå, og de regionale og lokale helseforetakene i hovedtrekk er organisert etter reformen. I den andre delen av kapitlet settes fokus på lederskapet i helseforetakene. Her er vi opptatt av hvilken demografisk bakgrunn det ”nye” lederskapet i helseforetakene har.

En gjennomgang av hovedtrekk i organisasjonsstruktur og ledelsens bakgrunn er nødvendig for å kunne analysere og forstå reformens innhold og effekter. Den sier noe om forholdet mellom stabilitet og fornyelse og indikerer ulike styringsutfordringer sentralt, regionalt og lokalt. Hvor store og gjennomgripende er endringene i formell styringsstruktur og ledelse? Og hvordan kan dette kaste lys over styringsutfordringer og resultater?

Vi beskriver organisasjons- og styringsstrukturen etter noen overordnede analytiske dimensjoner. Disse er spesialiseringsgrad og -prinsipp og koordinering, som er sentrale dimensjoner i all tenkning omkring organisering (Gulick 1937). De kan si oss noe om hvilke hensyn og prosesser som blir sett i sammenheng eller atskilt, og hvor synlig ulike hensyn eller funksjoner er. I forbindelse med sykehusreformen har det for eksempel vært et sentralt spørsmål hvordan statens og foretakenes roller som eier, bestiller og myndighetsutøver skal synliggjøres, og hvilke organisatoriske uttrykk de ulike rollene skal gis. Valgene som gjøres vil ha betydning for behovet for horisontal samordning på ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten. Det vil også valgene om antall regionale og lokale helseforetak, og hvilket spesialiseringsprinsipp som anvendes i organiseringen av helseforetakene. Vi er spesielt opptatt av forholdet mellom territorielle og funksjonelle inndelinger av spesialisthelsetjenesten. Antallet styrings- og forvaltningsledd (departement, direktorat, regionale og lokale organer) er interessant fordi det sier noe om behovet for vertikal samordning i spesialisthelsetjenesten.

Som nevnt innebar også reformen en omfattende nyrekruttering av ledere, enten som styremedlemmer eller som administrative ledere. I den offentlige debatten er det blant

annet stilt spørsmål om hvorvidt styremedlemmer og ledere med erfaring fra det private næringsliv bringer med seg en ny styringskultur inn i sykehussektoren – med et annet fokus på prosess og løsninger enn det en tradisjonelt finner i offentlig sektor. Det er også fokusert på tidligere fylkeskommunale helsebyråkraters plassering og rolle i de nyetablerte foretakene. Ved iverksettingen la noen vekt på at disse ville utgjøre en kunnskapsmessig ressurs innenfor det nye styringssystemet, mens andre fryktet at denne gruppen ikke ville makte å tilpasse seg det nye styringssystemets krav og forventninger.

Vi setter derfor søkelys på den sosio-demografiske sammensettingen av lederskapet i helseforetakene. Vi undersøker både oppnådde karakteristika, som utdanning, yrkeserfaring og erfaring fra politisk arbeid, og tilskrevne egenskaper som kjønn og alder. Antagelsen er at hvor lederne kommer fra, og hvilken ballast de har i form av utdanning, yrkeserfaring og identiteter vil kunne ha betydning for deres rolleoppfatninger og handlingsmønstre (Christensen og Lægreid 1998, Lægreid 1989, Pfeffer 1983). Betydningen av ledernes bakgrunn må imidlertid sammenholdes med betydningen av formell organisering. Generelt er det rimelig å forvente at trekk ved lederskapet er viktigere i nyetablerte organisasjoner, enn i veletablerte organisasjoner med lang historie (Lægreid og Olsen 1978, Pfeffer 1983). Vi antar med andre ord at det er et dynamisk og gjensidig forhold mellom den formelle organisasjonsstrukturen og betydningen av lederskapets demografiske profil.

3.2 Den folkevalgte styringen - fra Fylkesting til Stortingssal

Det ene elementet i sykehusreformen er en endret oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten – fra en tonivåmodell med delt ansvar mellom staten og fylkeskommunene – til en modell der staten er tillagt det samlede ansvaret. Mens det politiske ansvaret tidligere var delt mellom Stortinget og 19 fylkesting, er den folkevalgte styringen nå helt og holdent overlatt til Stortinget.

Det lokale politiske engasjementet må følgelig adresseres til Stortinget. Man kan vanskelig si at det eksisterer en formell politisk arena for regionale, fylkesvise eller lokale prioriteringer i saker som angår spesialisthelsetjenesten selv om de regionale helseforetakene både arrangerer dialog- og kontaktkonferanser med lokale og regionale myndigheter (jf. Helse Øst), og det er etablert brukerutvalg eller brukerråd i helseforetakene. Tiltak som åpner for brukerdemokrati er blitt stadig vanligere i offentlig forvaltning de siste tiårene. De brukerdemokratiske tiltakene kan påvirke utformingen og omfanget av helsetjenestetilbudet i den enkelte region. Slik kan tiltakenes legitimitet økes eller sikres. Samtidig er det også åpenbart at utviklingen i retning av mer brukerdemokrati ikke kan erstatte det helhetssynet som lokale representative politiske organer skal representere (Eriksen og Weigård 1993:24, Vabo 2000:273).

Det andre elementet i sykehusreformen er overgangen til foretaksmodell. Dette har endret de formelle rammene for *omfanget* og *innholdet* i den politiske styringen. Målene og rammene for helseforetakenes aktivitet skal i tråd med ønsket om en mer overordnet strategisk styring i all hovedsak formuleres gjennom statsbudsjett og lovvedtak. Men Stortinget vil også presentere styringssignaler gjennom stortingets spørretimer og debatter knyttet til disse, og gjennom anmodninger eller henstillinger til Regjeringen om å vurdere ulike sider ved spesialisthelsetjenesten. Disse følges eventuelt opp med krav til Regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med en melding eller sak (jf. kapittel 4).

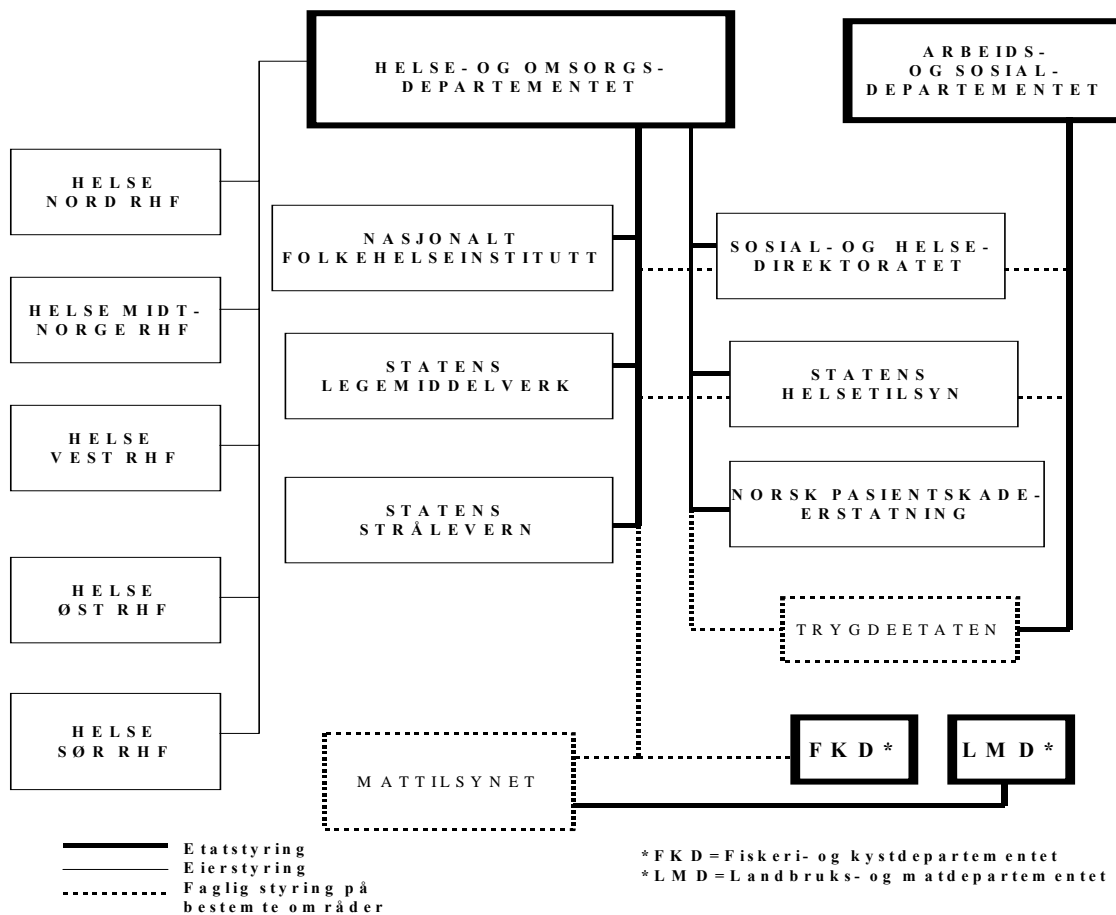
Når Stortinget forventes å ha en mer strategisk målformulerende rolle blir deres kontrollkapasitet vis a vis embetsverket spesielt interessant. Denne er styrket de senere årene. For det første ble det gitt adgang til åpne høringer fra 1995 og spørretimeordningen ble utvidet gjennom spontanspørretimen i 1996. For det andre er det opprettet en Kontroll- og konstitusjonskomité i 1993 og Riksrevisjonen er styrket, blant annet gjennom utvidet adgang til forvaltningsrevisjon (Christensen m.fl. 2000, Christensen og Læg Reid 2002).

Et sentralt prinsipp i norsk statstradisjon er prinsippet om ministerstyre. Det innebærer at enhver statsråd står ansvarlig overfor Stortinget, og må ta ansvar for kritikkverdige forhold eller tildragelser i embetsverket (Nordby 2000; Christensen og Læg Reid 2002:116). Den tradisjonelle fylkeskommunale styringsmodellen har vært, og er fremdeles, formannskapsmodellen, selv om flere kommuner og fylkeskommuner etter hvert innfører parlamentariske styringsmodeller (Hovik og Stigen 2004). Det er vanlig å anta at formannskapsmodellen innbyr til brede og mer omforente løsninger i politikken, mens den parlamentariske modellen kjennetegnes av større maktkonsentrasjon, blokkdannelser og høyere konfliktnivå (Hagen et al. 1999). Gjennom statliggjøringen av spesialisthelsetjenesten eksponeres, formuleres og besluttes helsepolitiske spørsmål utelukkende innenfor en *parlamentarisk* ramme. På grunn av prinsippet om ministerstyre og avhengigheten av den til en hver tid gjeldende parlamentariske situasjon, kan en anta at politiseringen av helsesaker øker med statlig eierskap. En hver sak kan i prinsippet politiseres og skape en parlamentarisk situasjon. Dette var ikke på samme måte tilfelle innenfor den fylkeskommunale formannskapsmodellen.

3.3 Organisering av den sentrale helseforvaltningen – rollemangfold og spesialisering

Formelt går Stortingets vei til helseforetakene via helsestatsråden. Organiseringen av embetsverket og den sentrale helseforvaltningen er derfor særdeles viktig for styringsrelasjonene mellom Stortinget, den utøvende makt og regionale helseforetak. Figur 3.1 nedenfor viser en oversikt over den sentrale helseforvaltningen pr. 1.1.2005 og de regionale helseforetakenes tilknytning til denne:

Figur 3.1 Den sentrale helseadministrasjon og de regionale helseforetakenes tilknytning til Helse- og omsorgsdepartementet, 2005



Kilde: Hentet og bearbejdet fra Rolleutvalgets rapport. Helsedepartementet, Mai 2004.

Parallelt med iverksettingen av sykehusreformen skjedde det omfattende omorganiseringer av den sentrale helseforvaltningen. Sosial- og helsedepartementet ble, med virkning fra 1.1.2002, delt i et Sosialdepartement og et Helsedepartement. Høsten 2004 ble Helsedepartementet ytterligere omorganisert, til et Helse- og omsorgsdepartement⁶, og Sosialdepartementet ble slått sammen med deler av det tidligere Arbeids- og administrasjonsdepartementet, til et Arbeids- og sosialdepartement. Det er Helsedepartementet som har eier- og styringsansvaret for de regionale helseforetakene. Departementet har pr. 1.1.2005 7 avdelinger⁷ og om lag 170 ansatte (Kilde: St.prp. nr. 1 2004-2005).

Den andre viktige endringen i 2002 var etableringen av Sosial- og helsedirektoratet. Dette ble dannet ved at eksisterende ressurser fra til sammen 12 offentlige instanser ble slått

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet fikk samtidig overført oppgaver knyttet til pleie- og omsorgstjenester og tiltak for rusmisbrukere fra det tidligere Sosialdepartementet. Videre fikk departementet overført forvaltningsansvaret for lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. med unntak av § 4-5 Midlertidig husvære og kapittel 5 Økonomisk stønad.

⁷ Administrasjonsavdelingen, Budsjett- og økonomiavdelingen, Eieravdelingen, Spesialisthelse-tjenesteavdelingen, Folkehelseavdelingen, Helserettsavdelingen og Kommune-tjenesteavdelingen.

sammen⁸. Opprettelsen av Sosial- og helsedirektoratet markerte en (foreløpig) slutt på en rekke omorganiseringer av fagetatene i helsevesenet. Prosessen fram mot reorganiseringen i 2002 startet før sykehusreformen og er en del av en lang dragkamp om organiseringen av den sentrale helseforvaltningen - en dragkamp som har dreid seg om forholdet mellom politisk styring og faglig uavhengighet, og samordningsbehov mellom ulike kompetanseorganer. Helt siden opprettelsen av Medisinaldirektoratet i 1891, da fagadministrasjonen ble flyttet ut av Indredepartementet, har det stått strid om organiseringen av fagetatens sentrale organisering. Fram til 1940 beholdt Medisinaldirektoratet en selvstendig rolle, samtidig som det ble bygget ut en medisinalavdeling i departementet. I 1948 ble Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet slått sammen til et helsedirektorat. Helsedirektøren kom etter denne omorganiseringen i en mellomstilling. Dels skulle han ta selvstendige avgjørelser i en rekke saker, dels skulle han virke som ekspedisjonssjef i saker som skulle fremmes for departementet. Denne mellomløsningen eksisterte fram til 1983. Da ble det bestemt at Helsedirektoratet skulle deles i to: i et frittstående direktorat underlagt Sosialdepartementet og en helseavdeling i Sosialdepartementet. Dermed ble den sentrale helseforvaltningen organisert på linje med hva som var vanlig i andre sentrale fagetater.

Ved inngangen til 90-tallet kom det imidlertid på ny forslag om en omfattende omorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Det ble foreslått en overgang fra tre til to nivåer i den sentrale helseforvaltningen. Tanken var at Helsedirektoratet skulle nedlegges, og at de ulike kompetanseetatene som før hadde vært underlagt Helsedirektoratet skulle slås sammen og ligge direkte under Sosialdepartementet. Overordnet tilsyn skulle forankres i departementet. Resultatet av den påfølgende prosessen ble imidlertid at Helsedirektoratet ble nedlagt i sin daværende form og at Statens Helsetilsyn i stedet ble opprettet, bygget på Helsedirektoratet. De ulike kompetanseetatene ble liggende under Sosialdepartementet (Christensen 1993, Beck Olsen 2004:41-42). Det var denne organisasjonsstrukturen som lå til grunn da Sosial- og helsedepartementet i St.prp. nr. 1 (1999-2000) tok til orde for at det skulle utføres en grensesnittanalyse av etatene underlagt departementet; i første rekke gjaldt dette forebyggingsinstitusjonene. Bakgrunnen var problemer knyttet til kompetansebehov, styring og samordning. Den eksterne utrederen anbefalte at det ikke skulle utføres sammenslåinger, men at en skulle basere seg på nettverkssamarbeid og samlokaliseringer. Disse anbefalingene ble ikke tatt til følge, og Sosial- og helsedepartementet laget i stedet flere utredninger om forvaltningens struktur, som ikke bare gjaldt forebyggingsinstitusjonene, men etter hvert også Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og hele sosialsektoren. Forslaget til reorganisering ble behandlet i Finanskomiteen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i juni 2001, og fram til iverksettelsen 1.1.2002 foregikk det et omfattende internt arbeid med detaljering av vedtaket (Beck Olsen 2004). Pr.1.1.2005 har direktoratet 501 ansatte (Kilde: St.prp. nr. 1, 2004-2005).

Bildet når det gjelder omfanget av vertikal og horisontal spesialisering er ikke entydig. For det første representerer selve eierskapsreformen en vertikal despesialisering, eller integrering. På departementsnivå skjer det imidlertid en *horisontal* spesialisering gjennom delingen av Sosial- og helsedepartementet i to departementer, og gjennom opprettelse av den nye eieravdelingen i Helsedepartementet. Utskillelsen av oppgaver til det nye Sosial-

⁸ Dette var Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens tobakkskaderåd, Rusmiddel-direktoratet, Etat for rådssekretariater mv, Sekretariatet for Nasjonalt råd for legefordeling og spesialistutdanning av leger og Giftinformasjonssentralen. Sekretariatet for Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten ligger også i direktoratet. Videre ble det overført oppgaver og personell fra det daværende Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn, Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser og Rikstrygdeverket.

og helsedirektoratet er på sin side et uttrykk for at det skjer en vertikal spesialisering. Hovedbegrunnelsen for den *vertikale* spesialiseringen var behovet for å styrke og rendyrke funksjonene knyttet til overordnet politikktutforming, tilsyn/ kontroll og iverksetting i den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Gjennom å overføre oppgaver fra departementet til underliggende etater søkte en å rendyrke og styrke departementets rolle som sekretariat for politisk ledelse.

På direktoratsnivå uttrykkes den horisontale spesialiseringen gjennom at tilsyns- og kontrolloppgaver skilles fra iverksettingsorganene og plasseres i ulike etater. Samtidig er samlingen av de mange ulike kompetansemiljøene i direktoratet uttrykk for forsøk på å styrke og koordinere de mange ulike kunnskapsmiljøene.

Selv om prosessen med omorganisering av den sentrale helseforvaltningen er en del av en lang forvaltningspolitisk dragkamp, kan omorganiseringene også ses i lys av sykehusreformen. De organisatoriske grepene som ble tatt hadde til hensikt å klargjøre og skape institusjonelle skiller og grenseoppganger mellom de ulike rollene som fulgte av overgangen til statlig eierskap og innføring av foretaksmodell for sykehusene:

I tråd med lov om spesialisthelsetjenesten av 2.7.1999 nr. 61 § 1-1 har Helsedepartementet et grunnleggende "sørge-for-ansvar" for spesialisthelsetjenester til befolkningen. Etter sykehusreformen er dette ansvaret plassert videre hos de fem regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Den vesentligste endringen er at Helsedepartementet, ved siden av å være øverste ansvarlige myndighet for den nasjonale helsepolitikken, er kommet i en *eier- og bestillerposisjon* overfor de regionale helseforetakene. Ifølge St.prp. nr. 1 (2004-2005) forvalter Helsedepartementet statens overordnede eier- og styringsansvar gjennom tre typer styring:

- Den ene typen styring skjer i kraft av statens eierposisjon. Her utøver departementet styring gjennom utarbeidelse av vedtekter, sammensetning av styre, og gjennom økonomiske og organisatoriske styringskrav. Disse kravene presenteres for de regionale helseforetakene i de årlige foretaksmøtene, som normalt skal avholdes to ganger pr. år.⁹
- Den andre typen styring skjer i kraft av statens bestillerposisjon, gjennom finansiering eller tilskuddsforvaltning. Helseforetaksloven § 16 annet ledd hjemler departementets mulighet til å stille vilkår til de regionale helseforetak når det tilføres ressurser. Det årlige styrings-/bestillerdokumentet gir den formelle tildelingen av foretakenes ressurser, inneholder krav om hvilke oppgaver som skal utføres det påfølgende år og setter strategiske resultatkrav. Her formuleres med andre ord kravene som stilles til de regionale helseforetakenes "sørge-for-ansvar"; som er ansvaret for å tilby befolkningen gode og likeverdige helsetjenester. Dokumentet gis normalt ut 1 gang pr. år, etter at beslutningen om statsbudsjettet foreligger.¹⁰

⁹ Eksempelvis stiller staten i 2005 krav til helseforetakene om internkontroll, etablering av intern revisjon, oppfølging av retningslinjer for lønns- og personalforhold i staten, krav til organisatorisk videreutvikling for bedre ivaretagelse av henholdsvis eier og sørge-for-ansvaret, og krav om endret praktisering av Regelverket for anskaffelser.

¹⁰ Foruten tildeling av midler og ressursgrunnlag for regionen, inneholder Bestillerdokumentet for 2005 krav som settes til sørge-for-ansvaret, bl.a. pålegg om at de regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og tiltak for rusmisbrukere, oppfølging av prioriteringsforskriften, og prioritering av oppgavene innen habilitering og rehabilitering. I tillegg er det kapitler om utdanning, forskning, brukermedvirkning, Sosial- og helsedirektoratets rolle, og rapportering. Jf. Bestillerdokument 2005 Helse Øst.

- Den tredje typen styring skjer i kraft av statens myndighetsposisjon. Det er først og fremst eier- og bestillerrollen overfor de regionale helseforetakene som er ny; myndighetsansvaret er ikke endret gjennom reformen. Den myndighetsposisjonen som staten tidligere hadde overfor fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten er fortsatt forankret i departementet og direktoratet. Myndighetsstyring skjer når departement og direktorat treffer vedtak med hjemmel i lov og forskrift, og når departementets myndighetsavdelinger (Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Folkehelseavdelingen og Helserettsavdelingen) og direktoratet bruker andre virkemidler som kan være økonomiske, faglig normerende eller av strukturell karakter (Rolleutvalget 2004: 4-5, 8). Sosial- og helsedirektoratet får gjennom tildelingsbrev fra departementet blant annet ansvar for oppdrag og tiltak som forutsetter myndighetstiltak overfor de regionale helseforetakene.

Skillet mellom statens roller som eier, bestiller og myndighetsutøver har interessante organisatoriske implikasjoner. En har søkt å skille mellom de ulike rollene gjennom ulike styringskanaler, slik at eier-, bestiller- og myndighetsstyring av foretakene kan skje separat. Det har siden reformen skjedd flere endringer som er uttrykk for at staten har søkt å få til et tydelig skille mellom disse rollene. Gjennom departementets interne omorganisering høsten 2004 ble Eieravdelingens ansvar for å forvalte eieransvaret overfor de regionale helseforetakene tydeliggjort, mens det ble opprettet en Spesialisthelsetjenesteavdeling med ansvar for bestiller og myndighetsstyring. Det ble samtidig overført oppgaver knyttet til fagutvikling og budsjett/tilskudd fra Eieravdelingen til Spesialisthelsetjenesteavdelingen. Hovedfokus for Spesialisthelsetjenesteavdelingen (tidligere Helsetjenesteavdelingen) er å ha et hovedansvar for utformingen av den overordnede spesialisthelsetjenestepolitikken, og å inneha "bestillerrollen" overfor tjenestene i helseforetakene. Avdelingen skal videre ha tydelige myndighetsfunksjoner og være premissleverandør for de vilkår som knyttes til finansieringen av spesialisthelsetjenesten (jf. orientering fra HOD i brev til etater og virksomheter av 24.11.2004). Et annet uttrykk for at en har søkt å oppnå et klarere skille mellom de ulike rollene er delingen av eier- og bestillerkrav mellom foretaksmøter og styrings/bestillerdokument. Fram til 2005 ble for eksempel både eier- og bestillerkravene presentert i de årlige styringsdokumentene. Fra og med 2005 er styringslinjen formelt delt i to, slik at eierkravene presenteres på foretaksmøtet, mens bestillingen av tjenester presenteres i bestillerdokumentet. Tidligere ble dette benevnt styringsdokument.

3.4 Institusjonelt mangfold og styringskapasitet i helseforetakene

3.4.1 Formalisering av en regionalisert spesialisthelsetjeneste – 5 regionale helseforetak

Ideen om et *regionalisert* helsevesen er ikke et produkt av eier- og foretaksreformen i 2002. Staten har jobbet med å utvikle et regionalisert helsevesen siden midten av 1970-årene. I St.meld. nr. 9 (1974-75) "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen" ble det fastslått at regionaliseringsprinsippet skulle ligge til grunn for organiseringen av helsetjenesten. Landet ble 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. 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*. I St.meld. nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" konkluderte imidlertid departementet med at det hadde vist seg vanskelig å nå de nasjonale helsepolitiske målene gjennom det frivillige regionale plansamarbeidet. 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. Gjennom endringer i sykehusloven gjort gjeldende fra 1.1.1999¹¹, med lovfesting av de regionale helseutvalgene og ytterligere krav til utforming av planen skjedde det en skjerping av de statlige kravene til et regionalt samarbeid mellom de fylkeskommunale eierne av spesialisthelsetjenestene.

Gjennom sykehusreformen gikk det regionale helsesamarbeidet fra årsskiftet 2001/2002 over i en ny fase, med nye eiere og endret organisering. De regionale helseutvalgene ble nedlagt fra samme tidspunkt, men *regionene* ble formalisert gjennom at de regionale helseforetakene fikk ansvar for spesialisthelsetjenesten i hver av de fem helseregionene. Det kan således defineres tre ulike faser for det regionale helsesamarbeidet (Opedal og Stigen 2002 a, b):

- 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.

Det er derfor ikke regionaliseringen som er det primært nye i forbindelse med sykehusreformen, det nye er hvilken *type regionalisering* vi står overfor. I Figur 3.2 har vi søkt å plassere det lovpålagte regionale helsesamarbeidet og den statlige overtakelsen av sykehusene som politiske og administrative reformer ved å ta utgangspunkt i ulike måter staten kan organisere lokal og regional forvaltning på. I hovedsak kan vi skille mellom fire utfall.

¹¹ Ot prp nr 48 (1997-98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid).

Figur 3.2 Oversikt over ulike modeller for organisering av lokal/regional forvaltning

	Politisk desentralisering	Administrativ desentralisering
Funksjonell desentralisering	1 Folkevalgt lokal/regional sektorforvaltning	3 Statlig lokal/regional sektorforvaltning Statlige helse-regioner
Territoriell desentralisering	2 Folkevalgt lokal/regional områdeforvaltning Regionalt helse-samarbeid mellom fylkeskommunene	4 Statlig/regional områdeforvaltning

Med funksjonell desentralisering kombinert med politisk desentralisering (felt 1 i tabellen) forstås at *sektoroppgaver* er delegert til et lokalt/regionalt folkevalgt eller oppnevnt organ. Denne modellen er i liten grad i bruk per i dag. Med en viss rett kan det hevdes at interkommunalt samarbeid og interfylkeskommunalt samarbeid hører hjemme i denne kategorien. Felt 2 angir den mest vanlige formen for politisk desentralisering – den territorielle, slik vi kjenner den i kommunene og fylkeskommunene. Den fylkeskommunale formen for regionalt helsesamarbeid på landsdelsnivå kan plasseres i skjæringspunktet mellom felt 1 og 2. Det var snakk om en funksjonell desentralisering, men helseregionene utgjorde ikke et eget demokratisk nivå – de politiske regionale helseutvalgene var sammensatt av politikere oppnevnt av og fra fylkeskommunene og med mandat og fullmakter utgått fra fylkeskommunene.

Felt 3 angir funksjonell desentralisering av sektoroppgaver til en statlig regional eller lokal sektorforvaltning, uten politisk desentralisering. Langt på veg kan den statlige overtakelsen av sykehusene plasseres her. Det 4. og siste feltet, som angir en kombinasjon av territoriell og administrativ desentralisering, omfatter bare én institusjon per i dag, fylkesmannsambetet. Hovedbildet er altså en overgang fra politisk desentralisering i skjæringspunktet mellom funksjonell og geografisk inndeling til utelukkende administrativ funksjonell desentralisering.

Verken i lov om helseforetak eller dens forarbeider ble det sagt noe om hvor mange eller hvor store de *regionale* helseforetakene skulle være, og hvordan disse skulle organiseres internt. Det ble imidlertid lovfestet (lov om helseforetak § 4) at det kun kunne være ett *regionalt* helseforetak i hver region. Regionsinndelingen ble således førende for antallet regionale helseforetak. Regjeringen pekte for øvrig på at følgende hensyn skulle tillegges vekt ved etableringen av regionale helseforetak (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001:35):

- behovet for å få gjennomført nødvendig strukturstyring/funksjonsfordeling
- behovet for å ivareta overordnet politisk styring for helsetjenesten

- behovet for å få driftsmessig effektivisering ved sykehusene

I dette lå det en forutsetning om at de regionale helseforetakene måtte være tilstrekkelig store til å kunne utøve strukturstyring, men at de likevel ville være for store til å være egne driftsenheter. I forslaget til helseforetakslov lå det likevel til rette for at de regionale helseforetakene skulle kunne gi helsetjenester da det ikke var noe absolutt krav om at de regionale helseforetakene måtte opprette underliggende helseforetak. I Stortingets komitébehandling (Innst. O. nr. 118, 2000-2001:43) la imidlertid flertallet til grunn at de regionale helseforetakene ikke skulle ha direkte driftsansvar, og lovens krav ble dermed at de regionale helseforetakene *skal* opprette underliggende tjenesteytende helseforetak (§ 1-2 og § 9).

Lov om helseforetak ble behandlet i Stortinget den 6. juni 2001. En måned senere ble styrene for de regionale helseforetakene oppnevnt, og den 31.8.01 ble de fem regionale helseforetakene stiftet av regjeringen i statsråd, i tråd med det antall helseregioner som var etablert innenfor fylkeskommunenes regionale helsesamarbeid. Helse Øst RHF dekker fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland. Helse Sør RHF omfatter fylkene Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Buskerud, Vestfold og Oslo, mens Helse Vest RHF omfatter Rogaland, Hordaland og Sogn- og fjordane fylker. Helse Midt-Norge RHF dekker Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, mens Helse Nord RHF omfatter de tre nordligste fylkene, Nordland, Troms og Finnmark. Samtidig ble det fastsatt vedtekter som beskriver hovedoppgavene og trekker opp rammene for foretakenes virksomhet. Stortingsflertallets begrunnelse for å støtte regjeringens forslag om å følge den etablerte inndelingen i helseregioner var flere: Inndelingen var innarbeidet og kjent, det eksisterte vedtatte helseplaner for disse regionene, og hvert regionalt helseforetak ville være selvforsynt med regionsykehustjenester. Med en slik organisering kunne også ”spørsmålene om sykehusstruktur, funksjonsfordeling og innbyrdes samarbeid mellom sykehus vurderes i en større regional sammenheng”(Innst. O. nr 118, 2000-2001:45).

De regionale helseforetakene har to basisroller. De skal både ivareta rollen som konsernleder eller eier av de underliggende helseforetakene og ivareta regionens ”sørge-for-ansvar” (jf. § 2-1 i spesialisthelsetjenesten). I tillegg skal de ivareta hovedoppgaver i forhold til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Med utgangspunkt i helsepolitikkenes målsettinger skal de ulike rolleelementene sees i sammenheng, og primært i den forstand at posisjonen som eier av underliggende helseforetak skal benyttes til å støtte «sørge for»-ansvaret (Ot.prp.nr.1, 2004-2005). Staten er opptatt av at de regionale helseforetakene ikke må ha et så stort fokus på eierrollen overfor de underliggende helseforetakene at det svekker ”sørge-for-ansvaret” og går utover en god realisering av de helsepolitiske målene. Staten nevner spesielt forholdet til private aktører i denne forbindelse.

Konsern- eller eierrollen og ”sørge-for-rollen” er altså integrert på regionalt nivå. De to rollene har ikke, i motsetning til på departementsnivå, fått uttrykk i en organisatorisk understøttelse av de to kjernerollene. Før 2005 var det kun Helse Øst som hadde etablert en egen bestillerenhet, men fra 2005 etableres en slik avdeling også i Helse Sør. Så langt har altså de regionale helseforetakene ikke etablert en ”tvillingstruktur” til modellen med eier- og helsetjenesteavdeling på departementsnivå.

3.4.2 Foretaksstruktur og organisering av helseforetakene

En av de første oppgavene de regionale styrene tok fatt på var etableringen av helseforetak. Som vi har sett er de regionale helseforetakene v/styrene i følge lov om helse-

foretak § 1 og § 9 pliktig til å opprette underliggende helseforetak. For øvrig stiller loven ingen krav utover dette når det gjelder antall helseforetak og intern organisering av helseforetakene. I prinsippet kunne derfor hvert enkelt av de tidligere sykehusene ha blitt omgjort til et helseforetak, noe som ville ha medført at den eksisterende sykehusstrukturen ble beholdt. Alternativet var å la et helseforetak bestå av en sammenslutning av flere sykehus, institusjoner eller virksomheter. På dette punktet understreket Stortingets flertall at det ”i forbindelse med etableringen av helseforetakene vil være naturlig å drøfte organisatoriske sammenslåinger av flere sykehus innenfor tilgrensede organisatoriske områder.” Stortinget pekte her på de forslag som allerede var fremmet i flere av de regionale helseplanene. Begrunnelsen var videre at ”slike organisatoriske sammenslåinger vil gjøre sykehustjenestene mer robuste og legge til rette for en mer optimal funksjonsfordeling, bedre samarbeid og mer effektiv ressursutnyttelse enn om de minste sykehusene forblir enkeltstående” (Innst. O. nr. 118, 2001-2002:48).

I utgangspunktet sto også de regionale helseforetakene fritt til å velge inndelings- eller funksjonsfordelingsprinsipp for helseforetakene; dvs. hvilke typer tjenester og funksjoner de enkelte foretakene skulle ha ansvar for. Regjeringens forslag om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten omfattet ikke bare det somatiske, men også det psykiske helsevernet. Ett spørsmål som de regionale helseforetakene sto ovenfor var blant annet om somatikk og psykiatri skulle organiseres i felles eller separate helseforetak. I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:25) la Regjeringen vekt på at ”psykisk og somatisk helsevern i utgangspunktet har mange av de samme utfordringene.” Den pekte også på at ”en ved behandling av mennesker med psykiske lidelser ofte må se sykdomsbildet i en helhet hvor somatiske lidelser vil inngå, og omvendt”. I tillegg ble det framhevet at det er en ”selvstendig målsetting å bryte fordommer og styrke åpenheten rundt psykiske lidelser”, og at dette gjøres best ved å ”unngå noen form for ”særorganisering”. Dette kan tolkes som et ønske om samorganisering av psykiatri og somatikk. Andre tema har vært spørsmålet om hvorvidt (re-)habiliteringstjenestene og tiltak for rusmiddelmissbrukere (etter rusreformen 1.1.2004) skal organiseres i egne foretak.

I tillegg til spørsmålet om hvorvidt helseforetakene skulle bestå av en eller flere institusjoner og spesialisthelsetjenestetyper kom spørsmålet om hvilket geografisk ansvarsområde det enkelte foretak skulle dekke. Fantes det ”naturlige” geografiske ansvarsområder for ulike foretak? I hvilken grad skulle foretakene følge eller gå på tvers av de etablerte fylkesgrensene?

Utgangspunktet før etableringen av de ulike regionale foretaksstrukturene var 81 offentlige sykehus og over 150 andre institusjoner og virksomheter. Per januar 2005 er disse organisert i 33 helseforetak inkludert 4 apotekforetak/apotekselskap. I Figur 3.3. vises foretaksstrukturen, fordelt etter tjenesteansvar og geografisk ansvarsområde for det enkelte foretak (jf. også vedlegg 1). Antall sykehus eller sykehusenheter som inngår i de enkelte foretakene er oppgitt. Vi benytter betegnelsen sykehusenheter for å markere at ett og samme sykehus kan være lokalisert på flere steder.¹²

¹² Et eksempel er Ullevål sykehus, som også har ansvar for pasienter som geografisk er plassert på Dikemark sykehus. I Sykehuset Innlandet HF er det tidligere sentralsykehuset i Hedmark regnet som to sykehusenheter pga at det har avdelinger både i Hamar og i Elverum. Sykehuset Østfold består av 5 enheter, i Halden, Askim, Moss, Fredrikstad, Sarpsborg, selv om disse var samlet i sykehuset Østfold allerede før sykehusreformen trådte i kraft.

Figur 3.3 Foretaksstruktur – antall foretak, sykehus/sykehusenheter og geografisk ansvarsområde fordelt på regioner. 2005. * Helseforetak med landsdekkende, flerregionale eller regionsdekkende funksjoner ** Felles apotekselskap for Helse Øst RHF og Helse Sør RHF

<i>RHF</i>	<i>Underliggende helseforetak</i>	<i>Antall sykehus/ sykehusenheter</i>	<i>Geografisk ansvarsområde- på tvers av fylkesgrenser</i>
<i>Helse Øst RHF</i>	Ullevål Universitetssykehus HF *	2	x
	Aker Universitetssykehus HF	3	x
	Akershus Universitetssykehus HF	2	x
	Sykehuset Innlandet HF	7	x
	Sunnaas sykehus HF	1	x
	Sykehuset Asker og Bærum HF	2	
	Sykehuset Østfold HF	5	
	Sykehusapotekene ANS (deleier med Helse Sør RHF)**		
<i>Antall</i>	7	22	5
<i>Helse Sør RHF</i>	Rikshospitalet–Radiumhospitalet HF*	6	x
	Blefjell sykehus HF	3	x
	Sørlandet sykehus HF	4	x
	Ringerike sykehus HF	1	
	Sykehuset i Buskerud HF	1	
	Sykehuset i Vestfold HF	4	
	Sykehuset Telemark HF	3	
	Psykiatrien i Vestfold HF		
	Sykehusapotekene ANS (deleier med Helse Øst RHF)**		x
<i>Antall</i>	9	22	4
<i>Helse Vest RHF</i>	Helse Bergen HF *	4	x
	Helse Fonna HF	5	x
	Helse Stavanger HF	3	
	Helse Førde HF	4	
	Apoteka Vest HF		x
<i>Antall</i>	5	16	3
<i>Helse Midt-Norge RHF</i>	St. Olavs hospital HF *	3	x
	Helse Nord-Trøndelag HF	2	
	Helse Nordmøre og Romsdal HF	2	
	Helse Sunnmøre HF	2	
	Rusbehandling Midt-Norge HF		x
	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF		x
<i>Antall</i>	6	9	3
<i>Helse Nord RHF</i>	Universitetssykehuset i Nord-Norge *	1	x
	Hålogalandssykehuset HF	3	x
	Helse Finnmark HF	2	
	Nordlandssykehuset HF	3	
	Helgelandssykehuset HF	3	
	Sykehusapotekene Nord HF		x
<i>Antall</i>	6	12	3
<i>Totalt</i>	33	81	18

Figuren viser for det første at det har foregått en omfattende *sammenslåing av sykehus og øvrige spesialisthelseinstitusjoner*. Med få unntak inkluderer hvert foretak ett eller flere sykehus eller sykehusenheter. Antallet helseforetak varierer mellom regionene. Det er færrest i Helse Vest (5), mens Helse Sør har flest foretak (9 inkludert felles apotekselskap med Helse Øst RHF). Sykehuset Innlandet HF i Helse Øst er det foretaket som inkluderer flest tidligere sykehusenheter (7). Ringerike sykehus HF og Sunnaas sykehus HF er eksempler på foretak som kun består av ett sykehus.

Et annet kjennetegn er at foretakene har *ansvar for flere spesialisthelsetjenestetyper*. Kun 4 foretak, i tillegg til de fire apotekforetakene/ apotekselskapene kan karakteriseres som mono-funksjonelle foretak. Dette er Sunnaas sykehus HF og Radiumhospitalet¹³ som er spesialist sykehus for henholdsvis rehabilitering og kreft, samt de to foretakene for psykiatri og rusbehandling; Psykiatrien i Vestfold HF og Rusbehandling Midt-Norge HF.

Flere av helseforetakene er etter hvert organisert slik at de *binde sammen sykehus og institusjoner fra flere fylker*. I Helse Sør gjelder dette bl.a. Blefjell sykehus HF og Sørlandet sykehus HF, i Helse Øst Akershus universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF¹⁴, samt Sykehuset Innlandet HF; i Helse Vest Helse Fonna, og i Helse Nord Hålogalandssykehuset HF. Flere av de største sykehusene har dessuten ansvar på tvers av fylkesgrenser på grunn av at de har landsdekkende eller regionale funksjoner. Til sammen har 18 helseforetak geografiske ansvarsområder på tvers av fylkesgrenser, mens 15 følger fylkesgrensene.

Flere forskjellige hensyn har inngått i de regionale styrenes vurdering av foretaksstruktur; blant annet mulighetene for å utløse samordningsgevinster og foreta endringer i arbeids- og funksjonsfordeling. Også geografi, nærhet og tilgjengelighet til tjenestene og størrelsen på helseforetakene sett i forhold til deres omland, har inngått i vurderingene.¹⁵

Det er grunn til å forvente at styringseffektiviteten og styringsutfordringene også kan variere etter spesialiseringsprinsipp og vertikal spesialiseringsgrad innad i helseforetakene. I Figur 3.4 har vi for det første klassifisert helseforetakene etter om de er organisert i divisjoner og klinikker eller om de kun har en avdelingsstruktur. Dette indikerer samtidig antall ledernivåer og hvem som er representert i den øverste foretaksledelsen (utvidet ledergruppe) eller som rapporterer direkte til ledergruppen. Det sier med andre ord noe om hvor hierarkisk eller flat organisasjonsstrukturen er i foretaket. Tidligere undersøkelser har vist at det i enkelte sykehus er opp til 30 ledere som rapporterer til direktøren, og at den tradisjonelle avdelingsstrukturen er på retur til fordel for større blokker eller blandingsvarianter (Kjekshus 2004:11-13).

¹³ Fra 1.1.2005 er Radiumhospitalet slått sammen med Rikshospitalet til Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF.

¹⁴ Akershus Universitetssykehus og Aker Universitetssykehus dekker flere fylker fordi deres opptaksområder både omfatter bydeler i Oslo og kommuner i Akershus.

¹⁵ I Helse Øst la styret følgende mål og hovedprinsipper til grunn ved vedtaket om ny foretaksstruktur høsten 2002 (jf. protokoll fra styremøte 31.10.02): Målsettinger: Et bedre helsetilbud til befolkningen gjennom en mer effektiv og rasjonell drift. Sikre høy og jevn kvalitet på helsetilbudet. Sørge for gode løsninger som ivaretar helsepolitiske mål. Skape kreative miljøer og stimulere til nytenking og større fleksibilitet. Prinsipper: Samordning av somatikk og psykiatri. Opprettholdelse av prinsipp om geografiske opptaksområder. Mest mulig sammenhengende behandlingsskjede. Samorganisering av eksisterende enheter i færre, store foretak er begrunnet i: Effektiv ledelse på RHF nivå med strategisk fokus. Tydelig ansvar og stor frihetsgrad for ledelse og styrer på HF-nivå mht økonomi- og ressursstyring. Opprettholde og videreutvikle sterke og gode fagmiljøer. Integrerte foretak som sikrer befolkningen riktig behandlingstilbud på riktig nivå til riktig tid.

Vi har dessuten kartlagt hvilket organisasjonsprinsipp som er valgt for de overordnede enhetene. Et funksjonelt spesialiseringsprinsipp innebærer i denne sammenhengen at divisjonen, klinikken eller avdelingen er organisert som faglige enheter på tvers av sykehusene med en felles ansvarlig leder. En funksjonsbasert inndeling på tvers av geografiske enheter kan ha flere fordeler: Den legger til rette for maksimal spesialisering rundt likeartede oppgaver, man kan unngå dobbeltarbeid og den kan gjøre det mulig å høste stordriftsfordeler ved at faste kostnader fordeles (Jacobsen og Thorsvik 1996). Ulempene kan være større avstand mellom ledelsen og den enhet som yter helse-tjenestene. I tillegg kommer argumentet om økt "romblindhet". Foretaksovergrepene vil i utgangspunktet legge mindre til rette for lokal tilpasning og lokal synlighet. Geografisk baserte enheter som i større grad avspeiler den territorielle oppdelingen av samfunnet vil derimot kunne legge bedre til rette for, eller nøre opp under lokale behov eller regional differensiering (Christensen m.fl. 2004, Egeberg 1984, Strand 1978).

Figur 3.4 *Ledelsesstruktur og overordnet spesialiseringsprinsipp i helseforetakene.*

Overordnet enhet:	Spesialiseringsprinsipp		
	Geografi – ikke gjennomgående ledelse	Funksjon – gjennomgående ledelse	Blandet
Divisjon	Hålogalands-sykehuset HF Helgelands-sykehuset HF	Akershus universitetssykehus HF Sykehuset Asker og Bærum HF Sykehuset Østfold HF Ullevål universitetssykehus HF	Sykehuset Innlandet HF Helse Finnmark HF
Klinikk		Aker universitetssykehus HF Blefjell sykehus HF Sykehuset Buskerud HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset i Telemark HF Sørlandet sykehus HF Helse Stavanger HF Helse Førde HF Helse Fonna HF Helse Nord-Trøndelag HF	
Avdeling	Psykiatrien i Vestfold	Sunnaas sykehus HF Ringerike sykehus HF Rusbehandling Midt-Norge HF Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF Helse Sunnmøre HF Nordlandssykehuset HF
Blandet		Radiumhospitalet – Rikshospitalet HF Helse Bergen HF St. Olav HF	

Figur 3.4 viser for det første at om lag halvparten av helseforetakene er organisert i divisjoner og klinikker. Resten har en flatere struktur, med avdelinger direkte i linje under administrerende direktør. De tre store helseforetakene Rikshospitalet HF, Helse Bergen HF og St. Olav HF har en blandingsstruktur. Det innebærer at de både har divisjoner, klinikker og avdelinger på samme hierarkiske nivå, dvs. at det er eksempler på at alle de

tre typene organisasjonsenheter rapporterer direkte til foretaksledelsen. Ikke overraskende varierer altså antallet ledernivåer innenfor ulike områder av foretakenes virksomhet.

Vi ser for det andre at divisjonsmodellen brukes som hovedmodell i Helse Øst, mens klinikkmodellen dominerer i Helse Sør og etter hvert også i Helse Vest. I Helse Midt-Norge, og spesielt i Helse Nord er bildet mer blandet.

Figuren viser for det tredje hvilket overordnet horisontalt spesialiseringssprinsipp som benyttes i de ulike foretakene. Det interessante her er, som vist ovenfor, i hvilken grad de overordnede organisasjonsenheter er organisert på tvers av geografi med foretaks- overgripende ledelse. Hovedbildet er at de regionene som benytter en divisjons- eller klikkmodell, har organisert disse på tvers av geografi i såkalte gjennomgående divisjoner eller klinikker. I Helse Øst er Sykehuset Asker og Bærum HF og Sykehuset Østfold HF eksempler på foretak som dekker flere sykehus, men hvor divisjonene er organisert etter et funksjonsprinsipp. Også i Sykehuset Innlandet HF er hovedmodellen funksjonsbaserte divisjoner, men divisjon Kongsvinger og divisjon Tynset er eksempler på at dette prinsippet ikke er fulgt helt ut. Også i Helse Sør og Helse Vest er gjennomgående, funksjonsorganiserte klinikker benyttet som hovedmodell. Blefjell sykehus HF i Helse Sør og Helse Førde HF i Helse Vest har inntil nylig vært organisert i geografisk inndelte avdelinger, men har fra 1.1.2005 etablert foretaksovergripende klinikker. I Helse Midt-Norge og i Helse Nord finner vi mindre klare mønstre.

3.5 Nye ledere og mer byråkrati?

Vi skal i siste delen av dette kapitlet se nærmere på spørsmålet om fornyelse eller stabilitet i sammensettingen av sykehusledelsen. I tillegg vil vi belyse påstanden om at det er blitt mer byråkrati etter reformen. Ut fra et demografisk perspektiv vil vi forvente at markeds- og management-orienterte reformer vil endre rekrutteringsmønsteret til lederposisjoner, det være seg styreverv eller administrative lederposisjoner. I forberedelsen og iverksettelsen av sykehusreformen ble spørsmålet om styrenes sammensetting og rekrutteringen til administrative lederposisjoner diskutert i ulike sammenhenger:

Fra politiske institusjonsstyrer til profesjonelle foretaksstyrer

Styrene i de regionale og lokale helseforetakene utgjør et viktig element i den nye foretaksledelsen.

I 1969 ble det lovpålagt å etablere styrer for somatiske sykehus, jfr den da gjeldende Sykehusloven § 14. Med fylkeskommunalt eierskap var den tradisjonelle måten å organisere disse styrene på inntil begynnelsen av 1990-tallet å ha et styre med politisk representasjon for hver institusjon. På 90-tallet prøvde ulike fylkeskommuner ut nye ordninger. I Hedmark fylkeskommune innførte en blant annet en ordning med interne driftsstyrer for helseinstitusjonene. Disse hadde representasjon fra ansatte og ledelsen, men ingen politisk valgte medlemmer. Akershus fylkeskommune opprettet på sin side driftsstyrer for hvert enkelt driftsområde innenfor helse- og omsorgssektoren, dvs. for somatikk, psykiatri/rusmiddelomsorg, barnevern og tannhelse (Hagen og Bukve 1993). I 1990 foreslo imidlertid en arbeidsgruppe i Sosialdepartementet at de politiske institusjonsstyrene skulle erstattes med såkalte profesjonelle styrer (Sosialdepartementet 1990). At styret er profesjonelt innebærer at det ikke skal oppnevnes på politisk grunnlag, og at det er sammensatt av personer med høy administrativ eller faglig kompetanse, og med ledererfaring (Reve og Grønlie 1993). Å la enkeltgrupper eller enkeltinteresser representeres anses som å stride med selve ideen om et kollegialt organ der styret, i tråd

med gjeldende helsepolitiske målsettinger og etter eiers retningslinjer skal fremme foretakets formål. Det er denne modellen som er videreført i helseforetaksloven.

Ideen om et profesjonelt styre og styrenes rolle blir behandlet i større omfang i kapittel 6. I dette kapitlet skal vi kun analysere styremedlemmenes sosio-demografiske bakgrunn.

Fra forvaltningsledere til foretaksledere

Reformmakerne ønsket et større fokus på lederkompetanse på alle plan. Styrings- og ledelsesprinsipper fra privat sektor skulle i større grad påvirke ledelsen av de nye helseforetakene. Tradisjonell faglig ledelse suppleres i større grad med forestillingen om ledelse som en profesjon hvor generelle lederegenskaper vektlegges sterkere. For de administrative ledernes del kan reformen ha betydd at de i større grad rekrutteres fra privat sektor, og at ledergruppen har en mer differensiert erfaringsbakgrunn enn tidligere.

Vi har kartlagt styremedlemmenes og foretaksledernes demografiske bakgrunn. Har det skjedd en fornyelse, i den forstand at en betydelig andel av styremedlemmene og de administrative lederne har tilknytning til, eller erfaring fra, det private næringsliv? Dominerer helseprofesjonen, eller ser vi en mer differensiert utdanningsbakgrunn, med større innslag av økonomer og andre utdanningsgrupper? Gitt det økte fokuset på ledelse, hvilken ledererfaring har de nye lederne? Vi tenker her både på erfaring fra administrative og faglige lederstillinger, og på erfaring fra andre styreverv. Hvor stort er innslaget av yngre ledere, og av kvinner?

Vi er videre interessert i om det er forskjeller i sammensettingen av styrene og den administrative toppledelsen? Gitt reformens røtter i ideer fra New Public Management, og det økte fokuset på ledelse, forventer vi større differensiering når det gjelder faglig og yrkesmessig bakgrunn i ledergruppene. Det kan imidlertid være grunn til å forvente noe mindre differensiering i den administrative toppledelsen enn i styrene. I lovproposisjonen ble det understreket at "Det er av [...] avgjørende betydning å beholde og videreutvikle den kompetansen de tilsatte i sektoren representerer (Ot.prp.nr.66, 2000-2001: 39). Og videre: "Alle ansatte som har sitt arbeid knyttet til spesialisthelsetjenesten, vil i samsvar med reglene for virksomhetsoverdragelse, bli tilbudt ansettelse innenfor de nye regionale helseforetakene/ helseforetakene" (ibid. 40). I praksis betydde disse retningslinjene at også ansatte i den daværende fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten fulgte med da staten overtok sykehusene og annen spesialisthelsetjeneste.

Kartleggingen av ledernes bakgrunn og erfaring er viktig bl.a. fordi den kan ha betydning for ledernes vurderinger av ulike aspekter ved reformen. Studier har for eksempel vist at administrative ledere med erfaring fra privat virksomhet legger mer vekt på behovet for fristilling, effektivisering og markedsretting enn de som har gått gradene i offentlig sektor (Christensen og Læg Reid 2002). Kvinner har på sin side vist seg å være noe mer skeptiske til fristilling og markedsretting enn menn (Christensen og Læg Reid 2003), mens yngre gjerne oppfattes som mer endringsvillige og innovative enn eldre.¹⁶

Mange forhold kan imidlertid påvirke hvor sterkt demografiske egenskaper påvirker handlings- og tankemønstre. Et av dem er organisasjonstype, som også er relevant i vår sammenheng. Mens styrene er kollegiale organer, inngår de administrative lederne i en hierarkisk struktur. Over- og underordningsforholdene i hierarkiske organisasjoner gir spesielle muligheter for direkte kontroll og regulering av den enkeltes oppfatninger og atferd. I kollegiale organer derimot, er det vanlig å anta at disse forutsetningene i mindre grad er til stede. En vil formelt ikke ha like store muligheter til å korrigere den enkeltes

¹⁶ Vi går i denne studien ikke videre på effekter av demografi, men dette er et tema som fortjener nærmere analyser.

handlings- og rolleoppfatninger direkte, slik den foreligger i hierarkiske organisasjoner. Dessuten er styrene befolket av deltidsdeltakere, i den forstand at de bare bruker en begrenset del av sin tid og karriere i nettopp den rollen. Deltakerne har som oftest sin hovedstilling andre steder. Det er derfor vanlig å anta at demografiske kjennetegn vil ha større betydning i kollegiale organer enn i hierarkiske organisasjoner (Stigen 1989). Hvordan styrene er sammensatt kan således være av større betydning enn sammensettingen av den administrative ledelsen. Og selv om foretaksledelsens sammensetting ikke har noen betydning for vurderingene av reformen, kan den likevel ha en viss symbolsk betydning. Utad kan den symbolisere i hvor stor grad en har søkt å få til et brudd med "det gamle regime".

3.5.1 Utdanning, kjønn og alder

Ledernes utganningsbakgrunn er vist i Tabell 3.1 For styremedlemmene har vi fokusert spesielt på de eieroppnevnte representantene, for å få et dekkende bilde av bakgrunnen til de eksterne medlemmene. Vel en fjerdedel av de eieroppnevnte representantene har medisinsk, eller annen helse- og sosialfaglig bakgrunn. Økonomer utgjør omtrent samme andel. Det er noe større innslag av økonomer i den administrative ledergruppen enn i styrene, mens medisinerer og andre med helse- og sosialfaglig bakgrunn utgjør om lag 40 % av respondentene. 9 av 10 av divisjonsdirektørene, klinikksjefene og avdelingslederne i vårt materiale har helsefaglig utdannelse.

Tabell 3.1 *Høyeste fullførte utdanning – eieroppnevnte styremedlemmer (inkludert ansattes representanter i parentes), administrative toppledere og divisjonsdirektører, klinikksjefer, avdelingsledere. Prosent. 2004*

	Eieroppnevnte styremedlemmer		Administrative toppledere	Divisjonsdirektører, klinikksjefer og avdelingsledere
Medisin	19	(22)	26	59
Annen helse- og sosialfaglig utdanning	7	(24)	15	30
Økonomi	27	(17)	35	11
Annen utdanning*	47	(37)	24	-
N=100 %	109	(169)	116	107

* samfunnsvitenskap, jus, humaniora, naturvitenskap og teknikk, annet

Vi finner enkelte variasjoner mellom regionene (ikke vist i tabell). Andelen med medisinsk eller annen helsefaglig bakgrunn er størst i Helse Midt-Norge, mens den er lavest i Helse Sør. Her er flest økonomer.

Kartleggingen viser videre at de middelaldrende mellom 40 og 60 år dominerer i ledelsen, både i styrer og administrasjon (Tabell 3.2). Om lag 3 av 4 ledere kommer fra denne aldersgruppen.

Tabell 3.2 *Alder - eieroppnevnte styremedlemmer (inkludert ansattes representanter i parentes), administrative toppledere, divisjonsdirektører, klinikkjefer, og avdelingsledere. Prosent. 2004*

	Eieroppnevnte styrerepresentanter		Administrative toppledere	Divisjonsdirektører, klinikkjefer og avdelingsledere
Under 40 år	3	(6)	8	5
40-49 år	22	(32)	34	33
50-59 år	48	(43)	45	45
Over 60 år	27	(19)	13	18
N=100 %	111	(173)	117	107

6 av 10 ledere er menn (Tabell 3.3). Her er det imidlertid stor variasjon mellom styrene og den administrative ledergruppen. Blant de administrative topplederne er bare i overkant av en fjerdedel kvinner, mens 46 % av styremedlemmene er kvinner.

Tabell 3.3 *Kjønns sammensetting – styrer og administrative ledere. Prosent. 2004 (kartleggingen er basert på oversikten over styreledere og toppledere, ikke svar på spørreundersøkelsen)*

	Styrer*	Administrative ledere	Total
Mann	54	72	61
Kvinne	46	28	39
N=100 %	309	178	487

* inkluderer også styreledere og styremedlemmer som representerer RHF som følge av gjennomgående representasjon.

3.5.2 Sektortilknytning og ledererfaring

Vi spurte videre hvilken virksomhet styremedlemmene jobber innenfor til daglig. Tabell 3.4 viser at 57 % av styremedlemmene jobber i offentlig sektor, hvorav flesteparten innenfor helsevesenet. Nærmere en tredjedel jobber i privat sektor, mens 9 % jobber i interesseorganisasjoner. Som nevnt innledningsvis har det vært en del offentlig oppmerksomhet knyttet til andelen styremedlemmer med tilhørighet i privat sektor. Den klare overvekten av styremedlemmer fra offentlig sektor har sammenheng med at 3 av 9 styrerepresentanter er ansattes representanter. Dersom en utelukker disse fra beregningene, er det 42 % blant de eieroppnevnte styrerepresentantene som jobber i offentlig sektor, og herav 16 % i helsevesenet, mens 47 % jobber i privat sektor til daglig. Flest har bakgrunn fra offentlig sektor i Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens andelen med bakgrunn fra privat sektor er høyest i Helse Øst og Helse Vest. Helse Sør skiller seg fra de andre regionene ved at de har noe flere styremedlemmer med tilknytning til interesseorganisasjoner.

Tabell 3.4 *Eieroppnevnte styremedlemmer - virksomhet en jobber i til vanlig (inkludert ansattes representanter i parentes). Prosent.2004*

Offentlig virksomhet innenfor helsesektoren	16	(40)
Annen offentlig virksomhet	26	(17)
Privat virksomhet innenfor helsesektoren	5	(5)
Annen privat virksomhet	42	(28)
Interesseorg./frivillig organisasjon innenfor helsesektoren	4	(5)
Annen interesseorg./frivillig organisasjon innenfor helsesektoren	6	(6)
Annet	2	(2)
N=100 %	110	(169)

62 % av styremedlemmene har en toppleder- eller en mellomlederstilling. Hvor høy kompetanse styret besitter kan også være avhengig av hvor bred erfaring styremedlemmene har fra ulike typer styreverv. I gjennomsnitt har vel 1/3 av styremedlemmene andre styreverv i tillegg til styrevervet i helseforetaket (ikke vist i tabell). Samlet er det derfor grunn til å si at det finnes betydelig styreeerfaring blant de som er styremedlemmer i helseforetakene.

Vi spurte også om hvilken sektor de administrative lederne kom fra til nåværende stilling. Tabell 3.5 viser at nærmere $\frac{3}{4}$ kom til nåværende stilling fra en stilling i offentlig sektor. Av disse kom 56 % fra offentlig sykehus eller annen offentlig helseinstitusjon, mens relativt få av de administrative topplederne kom fra fylkeskommunal helseadministrasjon eller annen offentlig helseforvaltning. Sammenlignet med kartleggingen i 2003 viser våre tall at rekrutteringen fra privat sektor har økt med 5 % det siste året. 79 % av topplederne kom fra en topp- eller mellomlederstilling (ikke vist i tabell). Helse Midt-Norge har en betydelig høyere andel administrative toppledere med tilknytning til offentlig sektor, offentlig sykehus eller annen offentlig virksomhet enn de andre helseregionene.

Tabell 3.5 *Administrative ledere – sektorbakgrunn. Prosent. 2004.*

	Total
Fylkeskommunal helseadministrasjon, annen offentlig helseforvaltning	16
Offentlig sykehus, annen offentlig helseinstitusjon	46
Annen offentlig virksomhet	10
Privat virksomhet innenfor helsesektoren	4
Annen privat virksomhet	23
N=100 %	117

De av styremedlemmene og administrative toppledere som har erfaring fra helsesektoren har i gjennomsnitt 18 års erfaring fra denne sektoren. Det er små forskjeller mellom administrasjon og styremedlemmer. Det er lederne i Helse Midt-Norge som har lengst erfaring fra helsesektoren.

Vel ¼ av styremedlemmene er medlemmer av politiske partier, og 19 % har vært medlemmer tidligere.

3.5.3 Mer byråkrati?

Et annet spørsmål som har vært viet en del oppmerksomhet i den offentlige debatten er spørsmålet om sykehusreformen har bidratt til økt byråkrati. Noen ganger brukes begrepet i betydningen antall ansatte, i andre tilfelle brukes det om omfanget av regler, rutiner, standardisering, krav til rapportering osv.

Som nevnt ovenfor ble ansatte fra den fylkeskommunale helseadministrasjon tilbudt nye stillinger i de regionale og lokale helseforetakene. Høsten 2002 kartla vi hvor mange ansatte i fylkeskommunens administrasjon som ble overført til regionalt helseforetak eller et av helseforetakene i regionene. Det er personell som arbeidet med sykehusadministrasjon som er kartlagt, ikke de ansatte i sykehus og andre institusjoner. Kartleggingen viste at det i alt ble overført 410 ansatte fra fylkeskommunene til et av de regionale eller lokale helseforetakene. Sammenlignet med det totale antallet ansatte som arbeidet med sykehusadministrasjon i fylkeskommunene ble ca 75 % overført til de statlige foretakene. Ca. 80 ble rekruttert til de regionale helseadministrasjonene fra fylkeskommunene. Det var imidlertid store forskjeller mellom regionene, fra kun fire som ble overført i Helse Vest til 24 ansatte som ble overført i Helse Sør RHF. Det ble overført flest til de regionale helseforetakene fra de fylkene hvor den regionale administrasjonen ble lokalisert.

Av de om lag 330 som ble overført til helseforetakene var det flest i Helse Sør og færrest i Helse Nord. Foruten forskjeller i antall personer som arbeidet med sykehusadministrasjon i de respektive fylkeskommunene, har denne forskjellen også sammenheng med at Finnmark fylkeskommune, i likhet med Sogn og fjordane, fikk en overgangsavtale med staten når det gjaldt de fylkeskommunalt ansatte (Opedal og Stigen (red.) 2002 a, b).

Samlet kan tallene indikere at det er tvilsomt om det har skjedd en reduksjon i størrelsen på den samlede helseadministrasjon. Men det er flere forhold som spiller inn her. Det ene er at det ikke er kartlagt hva personellet som ble overført til helseforetakene driver med der. Det andre er at vi heller ikke vet i hvilken grad helseforetakene i tiden etter reformen har redusert eller økt de administrative stabene utover det personellet som ble tilført fra fylkeskommunen.

Spørsmålet om den regionale administrasjonens størrelse har fått spesielt stor oppmerksomhet i offentligheten. Vår kartlegging viser imidlertid at det er etablert relativt begrensede staber regionalt, sammenlignet med den tidligere fylkeskommunale helseadministrasjon (Tabell 3.6). Tallet på regionalt ansatte utgjør om lag en tredjedel av antall ansatte i den fylkeskommunale administrasjonen.

Tabell 3.6 *Antall ansatte i regionale helseforetak 2004, sammenlignet med fylkeskommunale helseavdelinger 2001. * unntatt Oslo*

	Antall ansatte i RHF 2004	Antall ansatte i fylkeskommunale helseavdelinger (2001)
Helse Sør RHF	48	150
Helse Øst RHF	46	124*
Helse Vest RHF	26	108
Helse Midt-Norge RHF	35	69
Helse Nord RHF	36	92
Sum	191	543*

Totalt er det i underkant av 200 ansatte i de regionale helseforetakene. Størrelsen varierer noe mellom regionene. I Helse Vest er det til sammen 26 stillinger, mens administrasjonen i Helse Midt-Norge og Helse Nord har ca 35 ansatte. I Helse Sør og Helse Øst er det blitt etablert noe større administrasjoner, med i underkant av 50 stillinger. Flere hensyn kan være utslagsgivende for dimensjoneringen av administrasjonene. Det ene er størrelsen på kontrollspennet til helseforetakene. I Sør og Øst er antallet helseforetak større enn i de øvrige regionene; det samme gjelder antallet sykehus og virksomheter totalt i disse regionene. Koordineringsbehovet er derfor trolig noe større i Sør og Øst enn i de øvrige regionene.

I tillegg kan den formelle fordelingen av ansvar og oppgaver mellom regionale helseforetak og foretakene ha konsekvenser for dimensjoneringen av den regionale administrasjonen. Dersom de underliggende foretakene gis stort ansvar og handlefrihet i oppgaveløsning er det grunn til å tro at den regionale administrasjonen kan være av begrenset størrelse. Dersom ønsket og behovet for større regional styring øker, kan det på sin side betinge et større regionalt byråkrati (jf. kapittel 6). Det samme gjelder dersom de regionale foretakenes ulike roller skal gis en tydeligere organisatorisk forankring enn det som hittil har vært tilfelle.

I Tabell 3.7 vises respondentenes svar på noen påstander som indikerer hvordan lederne i helseforetakene vurderer spørsmålet om økt byråkrati.

Tabell 3.7 Fokus på byråkrati, økonomi eller helsetjenester? Prosentandel som er nokså eller helt enige i påstandene. 2004.

<i>Styremedlemmer</i>	<i>Prosent</i>	<i>N</i>
Styret fokuserer mer på økonomi enn på helsetjenester	57	169
Styret fokuserer mer på administrasjon og organisasjon enn på helsetjenestene i regionen	28	168
Det er blitt mer ressurser til tjenesteyting, mindre til administrasjon	30	164
<i>Administrative toppledere</i>		
Styret fokuserer mer på økonomi enn på helsetjenester	45	114
Styret fokuserer mer på administrasjon og organisasjon enn på helsetjenestene i regionen	25	114
Det er blitt mer ressurser til tjenesteyting, mindre til administrasjon	30	112
<i>Divisjonsdirektører, kliniksjefer, avd.ledere</i>		
Det er blitt mer ressurser til tjenesteyting, mindre til administrasjon	20	103
Det er for mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn	73	104
Det er blitt mer byråkrati	55	102

Tabellen indikerer at om lag halvparten av styremedlemmene og topplederne i helseforetakene er av den oppfatning at styret fokuserer mer på økonomi enn på tjenesteyting. De synes også å være i sterk tvil om det har skjedd en omfordeling av ressurser fra administrasjon til tjenesteyting. Blant divisjonsdirektører, kliniksjefer og avdelingsledere er denne tendensen enda tydeligere. Om lag halvparten synes også at det er blitt mer byråkrati, mens tre av fire på dette nivået synes at det er for mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn. Samlet indikerer tabellen at en markant andel av våre respondenter mener at økonomifokuset er sterkere enn fokus på tjenesteyting, og at det er tvilsomt om reformen har bidratt til å omfordele ressurser fra administrasjon til tjenesteyting.

3.6 Oppsummerende drøfting

Gjennomgangen av hovedtrekkene når det gjelder nytt eierskap, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten viser, ikke overraskende, en blanding av stabilitet og fornyelse. Politisk har eierskapsreformen medført en entydig ansvars plassering, på sentralt nasjonalt nivå. Det er imidlertid ikke gitt at denne ansvars plasseringen medfører mindre oppmerksomhet eller konflikt rundt helsepolitikken enn det 19 fylkesting kunne generere. Prinsippet om ministerstyre og den nasjonale parlamentariske situasjon tilsier at enhver sak kan politiseres. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvor sterkt den parlamentariske handlingslogikken vil berøres av valget av foretaksmodell.

I den sentrale helseforvaltningen har reformen resultert i større rollemangfold og økt organisatorisk spesialisering. Slik har en søkt å skille eier-, myndighets- og tilsynsrollene.

En av intensjonene med reformen var klarere ansvars plassering og en mer enhetlig helsepolitikk. Spørsmålet er om rollemangfold og organisatorisk spesialisering også kan bidra til rolleklarhet og lite koordinerte styringsgrep. I så fall kan problemene med uklare ansvarsforhold og lite helhetlig styring overfor sykehusene ha "fulgt med på lasset" også innenfor den nye modellen.

Eierskapsreformen er uttrykk for en politisk sentralisering, mens etableringen av regionale helseforetak representerer et nytt administrativt nivå. Men verken regionaliseringen eller inndelingen i de aktuelle helseregionene er en nyvinning. De fem helseregionene har en historie tilbake til 1970-tallet, noe som kan representere historiske bindinger og etablerte regionale særtrekk. Sammenslåingen av sykehus i underliggende helseforetak uttrykker derimot mer gjennomgripende endringer. Hvor store endringer som er gjort, varierer imidlertid mellom regionene. Sammenslåingene er flest i Helse Øst og i Helse Sør, mens Helse Midt-Norge f.eks. valgte en mer forsiktig linje og gikk ut fra den inndelingen som lå til grunn for det tidligere regionale helsesamarbeidet. Her valgte en også en foretaksstruktur som i hovedsak var basert på de geografiske fylkesgrensene som var utgangspunkt for den tidligere organiseringen (Hallingstad 2004:76 ff). I andre regioner etablerte en derimot foretak som i større grad gikk på tvers av de gamle fylkesgrensene. Det varierer dessuten mellom helseforetakene i hvilken grad en har innført gjennomgående ledelse, på tvers av enhetsnivå. Både foretaksstrukturen og den interne organiseringen i helseforetakene legger således i varierende grad til rette for koordinering og samarbeid på tvers av tidligere territorielle og funksjonelle grenser.

Analysen av den demografiske sammensettingen av foretaksstyrene og den administrative ledelsen peker også i retning av en blanding av stabilitet og fornyelse. Økonomene og ledere med bakgrunn fra det private næringsliv har fått innpass i styrer og administrative ledergrupper, men de dominerer ikke sammensettingen av ledelsen. Det er helseprofesjonene og ansatte med bakgrunn i offentlig sektor som utgjør de største enkeltgruppene. Ledelsen har solid forankring i den offentlige helsesektoren. Samlet finner vi altså en blanding av nytt og gammelt som kan sikre fornyelse kombinert med stabilitet. Blanding kan imidlertid også medføre "kulturkollisjoner" og uklar rolleforståelse, med nye konflikter eller manglende autoritet som resultat.

De regionale administrasjonene som er etablert utgjør bare om lag en tredel av det tidligere antall ansatte i de fylkeskommunale helseavdelingene. Ut fra størrelsen på den regionale administrasjonen er det derfor neppe grunnlag for å si at det er bygd opp et stort regionalt byråkrati. Lederne i helseforetakene er imidlertid tvilsom til om reformen har bidratt til å omfordele ressurser fra administrasjon til tjenesteyting. Det er også en utbredt oppfatning at det fokuseres mer på økonomi, effektivitet og kostnadshensyn, enn på tjenesteyting.

4 Foretaksfrihet eller stortingsstyring?

4.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi undersøke hva som har skjedd med Stortingets engasjement og innflytelse i sykehuspolitikken etter at sykehusreformen ble iverksatt.

Sykehusreformen er inspirert av en internasjonal New Public Management-bølge. Den foretaksmodellen som er valgt for ”sykehusvesenet” forutsetter en utstrakt delegasjon av myndighet til de regionale og lokale helseforetakene, og en betydelig grad av tilbakeholdenhet fra politikernes side. Men sykehusreformen er tvetydig. Den representerer også en sentralisering av ansvar som føyer seg inn i en mer langsiktig utvikling i den norske velferdsstaten. Steg for steg har staten tatt over oppgaver som tidligere ble ivaretatt lokalt av kommuner, fylker eller frivillige organisasjoner.

Prinsippene for NPM gjør det mest nærliggende å anta at Stortinget etter iverksettingen av sykehusreformen vil innta en mer *tilbaketrukket* rolle i forhold til helseforetakene. Ideene bak NPM tilsier at i den grad Stortinget engasjerer seg, vil det skje i forbindelse med mer *overordnede prinsippsspørsmål*. Disse antagelsene stemmer imidlertid ikke overens med det man vil forvente ut fra et (ny)institusjonelt teoretisk perspektiv. En institusjonell tilnærming tilsier heller at Stortinget vil utvise et *høyt og stigende* engasjement i sykehuspolitiske saker, slik det har gjort i mange andre saker i de senere år. Denne forventningen gjelder ikke bare de overordnede prinsipielle sakene, men også de mange store og små *detaljsspørsmålene* som preger helseforetakenes virksomhet.

Engasjement vil ofte være en nødvendig, men sjelden en tilstrekkelig betingelse for å få politisk innflytelse. I tillegg til å belyse Stortingets engasjement i sykehussaker, skal vi også se nærmere på helseforetaksledernes vurderinger av Stortingets *innflytelse* i slike saker.

4.2 To perspektiver på sykehusreformen

For å belyse spørsmålet om hva vi kan forvente med hensyn til Stortingets engasjement i sykehuspolitiske saker, skal vi ta utgangspunkt i to forskjellige teoretiske perspektiver eller tilnærminger. Den første tilnærmingen er basert på de prinsippene som ligger til grunn for *New Public Management*. Denne tilnærmingen er nærliggende fordi sykehusreformen som nevnt er inspirert av NPM. Den alternative tilnærmingen vi har valgt å legge til grunn, er basert på de perspektivene som trekkes opp i (ny)institusjonelle teorier.

Vi vil understreke at både NPM og institusjonell teori er svært sammensatte fenomener. NPM har et klart normativt siktemål og brukes som samlebetegnelse på ulike

anbefalinger om hvordan forskjellige sider ved den offentlige forvaltningen bør organiseres og styres. Det teoretiske grunnlaget for disse anbefalingene er ofte uklart, selv om public choice-teori er en viktig inspirasjonskilde. Begrepet institusjonell teori omfatter også ulike teoretiske tilnærminger og forskjellige aspekter ved institusjonene. Det er derfor vanskelig, for ikke å si umulig, å avlede klare, entydige og testbare hypoteser på grunnlag av disse tilnærmingene. Vi mener likevel at det, med nødvendige presiseringer og avgrensninger, er mulig å skissere to hovedperspektiver som kan danne grunnlag for utvikling av alternative hypoteser om sykehusreformen og Stortingets sykehuspolitiske engasjement.

4.2.1 New Public Management – med modifikasjoner

Sykehusreformen er en av mange reformer i den norske statsforvaltningen de senere år. Siden midten av 1990-tallet har omorganiseringene i statsforvaltningen blitt flere og mer omfattende. Inntil 1992 var viktige virksomheter som jernbane, post, energiforsyning, kornsalg og offentlig kringkasting fortsatt organisert som forvaltningsorganer eller forvaltningsbedrifter. Siden har fristilling og mål- og resultatstyring blitt en fellesnevner for omstilling av en rekke offentlige virksomheter – farget av den internasjonale New Public Management-bølgen (Aucoin 1990, Christensen og Lægveid 2001a, b, Hood 1991, Pollitt 1995). Sykehusreformen føyer seg inn i dette bildet. Den inneholder mange elementer som er inspirert av NPM, men det må legges til at reformatorene har gjort modifikasjoner i forhold til de mer rendyrkede NPM-prinsippene.

I forbindelse med sykehusreformen er det særlig to nasjonale helsemål som er blitt trukket fram. Det ene er målet om et mer likeverdig helsetilbud. I Ot. prp. nr. 66 (2000-2001:11) heter det at ”En viktig premis for regjeringens reformarbeid på helsesektoren er å sikre tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi”. Det andre er målet om en mer spesialisert og effektiv sykehusstruktur. I proposisjonen uttales det at ”... det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur. Reformens intensjon er å ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling” (s. 20). Ved å samle eieransvar, myndighetsutøvelse og finansieringsansvar på statens hånd skal det gis grunnlag for en sterkere overordnet styring for å oppfylle de nasjonale helsemålene. Men reformen skal også oppfylle mål knyttet til foretaksorganisering og større autonomi for sykehusene: ”Hensikten med organisering av sykehus som foretak er å desentralisere styring, effektivisere ledelse, forbedre informasjonstilgangen og delegere økonomisk ansvar. ... Gjennom desentralisering ønsker man å oppnå mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering” (s. 20-21).

Balansen mellom overordnet politisk styring og autonomi for helseforetakene skal ifølge intensjonene oppnås gjennom en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom staten og helseforetakene (Lægveid, Opedal og Stigen 2003). Staten skal bestille sykehustjenester, eie sykehusene og utøve myndighet. De regionale helseforetakene skal forvalte det statlige eierskapet på vegne av staten og sørge for at befolkningen får de tjenestene de har behov for. De lokale helseforetakene skal levere tjenestene. I en kronikk i Aftenposten 14.1.2002 skriver daværende helseminister Dagfinn Høybråten:

Storting og regjering forutsettes å styre i stort, mens helseforetakene i større grad får innrette den daglige driften.

Formelt er Stortinget tillagt en overordnet og strategisk rolle i den nye styringsmodellen, med hovedvekt på lovgivning og bevilgninger. I pakt med mål- og resultatstyringskonseptet i staten, er det utviklet et plan- og meldingssystem med forankring i den nye

foretaksloven. I budsjettproposisjonen skal "Forhold av prinsipiell og politisk karakter knyttet til spesialisthelsetjenesten og utviklingen av denne omtales" (St.prp. nr. 1, 2003-2004: 235). Signaler og føringer gitt ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 skal så reflekteres i styringsdokumenter som helseministeren utformer for de regionale helseforetakene. Resultatrapportering i forhold til foregående års styringsdokument skal inngå i St. prp. nr. 1, sammen med en plan for kommende år. I følge sosialkomiteen skal "Plan- og meldingsdelen i St. prp. nr. 1 være Stortingets viktigste arena for å legge føringer for departementets bruk av eierrollen" (Budsjett-innst. S. nr. 11, 2003-2004: 77).

I følge § 28 i foretaksloven er det helseforetakene som "... har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet". Avgjørelser om foretaksstruktur og nedleggelse av sykehus er det dermed i utgangspunktet opp til helseforetakene å treffe, men i § 30 er det fastsatt at "Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver".¹⁷ I foretaksmøtene er det helseministeren som har det avgjørende ordet.

Det er ikke mange av de sakene som helseministeren tar opp i foretaksmøtet, som krever behandling i Stortinget. Kun salg av sykehus er eksplisitt nevnt i helseforetaksloven som et sakfelt der det kreves samtykke fra Stortingets side (§ 32). Det var Arbeiderpartiet som krevde en slik paragraf for å forhindre en mulig privatisering av sykehusene (Herfindal 2004). Reformens NPM-preg ble også moderert ved at Arbeiderpartiet gikk imot Høyres og Fremskrittspartiets forslag om å skille den statlige bestillerrollen fra den statlige eierrollen. I stedet ble det valgt en integrert løsning der begge rollene ble lagt til Helsedepartementet og de regionale helseforetakene (Byrkjeflot og Grønlie 2004).

Sykehusreformen bygger på en forestilling om at det er mulig å oppnå bedre politisk styring og mer fristilte sykehus på samme tid. Denne tvetydigheten kom bl.a. til uttrykk i reformtilhengernes merknader i sosialkomiteens innstilling (Innst. O. nr. 118, 2000-2001). Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet uttalte at "Et viktig ledd i reformen er de fullmakter som foretakene får til å organisere sin virksomhet og ordinære drift, uten at staten fristes til detaljstyring", samtidig som de la til: "Flertallet vil understreke at organiseringen av virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten som foretak ikke innebærer noen fristilling av disse i forhold til helsepolitiske mål. Tvert imot legger modellen til rette for å tydeliggjøre det politisk fastsatte oppdraget foretakene skal ivareta". De tre partiene fremholdt også at selv om "ansvar og beslutningsprosesser er delegert så langt ned i systemet som mulig, så kan ikke saker av vesentlig betydning for foretaket selv eller av vesentlig betydning for å ivareta politiske målsettinger, avgjøres i helseforetaket. Dette innebærer at større saker i praksis går helt til Storting og regjering".

Da saken ble behandlet i Odelstinget 6. juni 2001, uttalte daværende helseminister Tore Tønne: "Den mest umiddelbare virkning av denne saken er at ansvaret samles på statens hånd, representert ved helseministeren, og blir underlagt Stortingets demokratiske kontroll. All erfaring viser at oppsplitting av ansvar er kime til uklarhet om ansvar og gir mulighet for å skyve ansvar mellom forskjellige aktører". Sykehusreformen var med

¹⁷ Vedtektene til de regionale helseforetakene presiserer hva som anses som vesentlige saker. I § 9 heter det at: "Foretaksmøtet [...] skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jf. helseforetakslovens § 30. Det gjelder blant annet saker som: 1) utskilling av større deler av virksomheten, 2) deltakelse i omfattende samarbeid eller vesentlige endringer i dette og 3) omfattende endringer i tjenestetilbudet".

andre ord ikke bare en fristillingsreform – den var også en reform for å klargjøre statens ansvar for sykehusene.

De partipolitiske begrunnelsene¹⁸ for sykehusreformen varierer noe med hensyn til i hvilken grad de kan sies å være i tråd med ideene om NPM, men i prinsippet skal den organisasjonsstrukturen som er lagt til grunn for reformen, gi klare og entydige føringer på hvem som har rett og plikt til å ta ulike beslutninger – når og hvordan. Reformen kan sies å basere seg på en handlingslogikk forankret i et strukturelt-instrumentelt perspektiv på hvordan atferd i organisasjoner kan påvirkes og forstås (Egeberg 1984, 1989, Gulick 1937, Scott 1981, Simon 1957). Både Stortinget, Helsedepartementet og helseforetakene forventes å følge opp sine forpliktelser i pakt med den rolle- og ansvarsfordeling som sykehusreformen foreskriver. Helseforetakene forventes å akseptere overordnet politisk styring, mens Stortinget og Helsedepartementet forutsettes å rette oppmerksomheten mot de store, langsiktige og prinsipielle sakene. Enkelt saker, detaljer og drift overlates til helseforetakene.

En hovedidé med foretaksmodellen er at den skal redusere dag-til-dag-styringen og styrke den mer mål- og rammeorienterte styringen fra statens side. Byrden for det politiske lederskapet kan dermed reduseres, og gjennom et klart skille mellom politikk, forvaltning og drift, kan den politiske styringen i sterkere grad innrettes mot å formulere mål, bevilge penger og følge opp resultater. NPM-prinsippene tilsier at Stortingets sykehuspolitiske engasjement i hovedsak skal komme til uttrykk ved behandlingen av statsbudsjettet og de planene som der er trukket opp for helseforetakene. I den grad Stortinget vil engasjere seg, bør det skje i tilknytning til mer prinsipielle og overordnede retningslinjer. Ut over dette tilsier NPM-perspektivet et begrenset engasjement fra Stortinget side.

Vi har imidlertid også sett at sykehusreformen var preget av tvetydigheter og modifikasjoner i forhold til prinsippene for NPM. Disse modifikasjonene kan oppfattes som et uttrykk for NPM-prinsippenes møte med det norske politiske systemets institusjonaliserte normer, verdier og praksiser.

4.2.2 Institusjonelle tilnærminger

Som nevnt, føyer den statlige overtakelsen av sykehusene seg inn i den lange linjen i den norske velferdsstatens utvikling der staten gradvis har overtatt oppgaver som tidligere er blitt ivaretatt lokalt, enten av frivillige eller av kommunene. I stedet for å opprette et ”Statens sykehusvesen”, som ville vært den tradisjonelle institusjonelle løsningen, valgte man riktignok en NPM-inspirert organisasjonsform som bryter med denne linjen, men det kan likevel være nærliggende å tenke seg at en statlig overtakelse vil invitere til et sterkere engasjement fra de øverste statlige organenes side. Manglende samsvar mellom intensjoner og realiteter er da også et sentralt tema i (ny)institusjonelle teorier om reformer i organisasjoner (se f.eks. Brunsson og Olsen 1993). Reformen gjennomføres sjelden eller aldri fullt ut i samsvar med intensjonene, og det er alltid større eller mindre

¹⁸ Vi har valgt å betrakte fraksjonsmerknadene i sosialkomiteens innstilling om lov om helseforetak, Innst. O. nr. 118 (2000-2001), som uttrykk for partienes standpunkter. Dette fordi komitémerknadene inngår i lovens forarbeider, med rettslig betydning. Komitémerknadene er ofte basert på kompromisser slik at de kan avvike noe fra de standpunktene partiene uttrykker i andre sammenhenger, f.eks. valgprogrammene. Komitémerknadene gir som regel ikke uttrykk for indre uenighet i partiene. Særlig i Arbeiderpartiet var det ulike meninger om forslaget til sykehusreform (Lunder 2002). Da daværende helseminister Tore Tønne la fram forslaget for sentralstyret i Arbeiderpartiet i august 2000, stemte seks av medlemmene imot.

rom for oversetting, redigering og justering ut fra historiske og situasjonsbestemte forhold (Christensen og Læg Reid 2001a, b, 2002, Læg Reid og Pedersen 2001).

Som følge av sykehusreformen forsvinner den fylkeskommunale arenaen for sykehuspolitikk. Det betyr at aktørene må finne andre arenaer og kanaler for påvirkning. På det politiske plan er Stortinget et nærliggende alternativ. Stortinget kan betraktes som en multifunksjonell institusjon med sine egne tunge rytmer og tradisjoner (Blichner og Olsen 1986, Egeberg 1997). Mens det strukturelt-instrumentelle perspektivet vektlegger de formelle sidene ved organisasjon og styring, vil man innenfor et institusjonelt-kulturelt perspektiv sette de uformelle sidene i fokus for oppmerksomheten (Christensen og Læg Reid 2002). I et slikt perspektiv tillegges forståelse av historie, tradisjon og innarbeidelse av normer og verdier stor vekt (March og Olsen 1989, Olsen 1983, Selznick 1957). Et sentralt element i dette perspektivet er hvorvidt det er samsvar mellom institusjoners/sektors grunnleggende identitet, verdier og normer og den atferd en søker å oppnå gjennom formell struktur. Det er en grunnleggende tanke at forsøk på forandringer som ikke er i overensstemmelse med organisasjonens identitet, normer og verdier, vil møte motstand og ofte mislykkes (Brunsson 1989, Brunsson og Olsen 1993).

Politikerne handler gjerne ut fra en egen logikk som ikke uten videre er forenlig med de intensjoner og formelle føringer som forvaltningsreformene ofte har til hensikt å legge på politikerrollen. I forbindelse med slike reformer understrekes det langsiktige, strategiske og proaktive, mens politikernes hverdag i økende grad preges av det kortsiktige, dagsaktuelle og reaktive, i tillegg til rutiner og "tunge tidsrytmer" (Christensen 2003, Christensen og Læg Reid 2002: 293, Jacobsson 2001). Symbolpolitikk og meningsdanning kan ha like viktige funksjoner som interesseavveining, godefordeling og styring (Larsen og Offerdal 1990, Rasch 1993). Politikerne gir ofte uttrykk for at de vil slippe detaljsaker, men samtidig vil de gjerne kunne gripe inn i enkeltsaker med stor politisk signalverdi, for på den måten å kunne tiltrekke seg mediens oppmerksomhet og velgernes stemmer.

Stortinget har en alminnelig instruksjonsrett forankret i konstitusjonell sedvane (Sejersted 2003, Stavang 1999). Denne kan benyttes i så vel store og politisk viktige saker som i det mange vil betrakte som små detaljsaker. Spørsmålet er derfor om stortingsrepresentantenes bruk av denne retten vil bli påvirket av en sektorreforms krav om en mer tilbaketrukket og overordnet politikerrolle. I et institusjonelt perspektiv vil som nevnt innarbeidede rutiner og historisk etablerte arbeidsformer stå sterkt i møtet med formelle reformkrav som bryter med disse. Sykehusene er en av hovedpilarene i velferdsstaten og den politiske styringen av sektoren har vært sterk fra både statens og de tidligere eiernes, fylkeskommunenes side (Hagen 1998, Martinussen og Paulsen 2004, Opedal og Stigen 2002 a, b).

Saker med omfordelingsvirkninger kan i særlig grad bli gjenstand for politisk oppmerksomhet (Lowi 1964, 1972). Fremmes det forslag om å legge ned sykehus eller å overføre et tilbud fra et lite lokalsykehus til et stort og sentralt beliggende sykehus, er potensialet for konflikt og partipolitisk dragkamp stort. Forfølger Helsedepartementet og helseforetakene en politikk som går ut på å sentralisere sykehusstilbudet, kan Stortinget bli en sikkerhetsventil og omkamparena for dem som kjemper for et nært og tilgjengelig tjenestetilbud også i distriktene. Når lokaliseringsspørsmål kommer opp på Stortingets dagsorden, blir representantene ofte stilt fritt til å forfølge sine valgdistrikters interesser på tvers av partilinjene. Stortinget kan da også karakteriseres som periferiens sentrale forsamling (Rommetvedt 2003: 171ff).

Stortingets instruksjonsrett, etablerte praksiser og institusjonell stivhengighet gjør det nærliggende å tro at Stortingets engasjement i forhold til sykehusene vil følge den generelle parlamentariske utviklingen. Sykehusreformen ble utformet og iverksatt i en

periode med økende stortingsaktivisme. I de senere år er Stortinget blitt mer uforutsigbart. Komiteene leverer flere innstillinger med dissenser og alternative forslag i forhold til regjeringens proposisjoner. Representantene fremsetter også flere private forslag, og de stiller flere spørsmål til statsrådene. Regjeringspartiene påføres også flere voteringsnederlag. Dette bidrar til at ulike organiserte interesser driver en stadig mer aktiv lobbyvirksomhet overfor Stortinget. Denne utviklingen skyldes ikke bare den mindretallsparlamentarismen som er blitt vanlig i Norge, men også en kraftig økning i Stortingets politiske og administrative kapasitet (Rommetvedt 2002, 2003).

Med statsovertakelsen og det statlige eierskapet får Stortinget en sterkere mulighet til å influere på den utøvende makt og helseministerens eierstyring. Mens Stortinget før reformen måtte balansere sin styring i forhold til det fylkeskommunale lokaldemokratiet, kan det nå bruke det statlige eierskapet som plattform for å utøve styring. Med forflytningen av det folkevalgte elementet i sykehuspolitikken, fra fylkestingene til Stortinget, kan det oppstå et politisk press på Stortinget om å drive en mer aktiv styring. Målstyringen, fristillingen og delegeringen av myndighet til styrene i helseforetakene kan også medføre behov for økt kontroll fra Stortingets side (Christensen, Lægred og Roness 2002). Delegeringen kan gjøre det viktigere for Stortinget å kontrollere at helsestatsråden ivaretar sitt eieransvar, og at helseforetakene lever opp til Stortingets forutsetninger. "Autonomiseringen" av offentlige virksomheter kan i neste omgang gi opphav til politisk reregulering og kontroll (Olsen 1998, Power 1997).

Slike mer generelle institusjonelle føringer må i dette tilfellet også ses i sammenheng med at helsepolitikken er et område der det partipolitiske engasjementet har vært sterkt. Slagord som "Eldre og helse først" og "Helse og eldre – jobb nummer en" er blitt kjørt fram i valgkampen (av Ap og Frp i 1997), og velgerne har lagt stor vekt på saker som helse og eldreomsorg ved de fleste stortingsvalgene siden 1981. I 1997 var "helse" den nest viktigste saken i valgkampen, like etter "eldreomsorg". I 2001 kom "helse" på tredje plass, etter "skatt" og "skole" som var de store sakene ved det valget (Aardal 2003:16).

De forutsetningene som ligger til grunn for New Public Management-inspirerte reformer som sykehusreformen, tilsier som nevnt at Stortinget skal fastsette de overordnede politiske rammene, men for øvrig vise en betydelig grad av tilbakeholdenhet i forhold til helseforetakene og deres beslutninger. De institusjonelle perspektivene som vi har trukket fram her, peker imidlertid i en noe annen retning. Slike perspektiver og de senere års utvikling i norsk politikk gjør det mer nærliggende å anta at Stortinget vil utvise et betydelig engasjement i sykehussaker, og at dette engasjementet kan omfatte så vel større prinsipielle spørsmål som mindre enkeltsaker.

4.2.3 Oppsummering – forventninger

Som nevnt, er både New Public Management-tilnærmingen og de institusjonelle teoriene sammensatte perspektiver som gjør det vanskelig å avlede klare og entydige hypoteser. Med de avgrensningene og presiseringene som vi har gjort ovenfor, mener vi likevel at det er mulig å skissere noen alternative hypoteser om utviklingen i Stortingets sykehuspolitiske engasjement etter at sykehusreformen ble iverksatt.¹⁹ Prinsippene for NPM tilsier at vi kan forvente et stortingsengasjement som er mer *begrenset* i omfang og mer

¹⁹ Innenfor de to teoretiske retningene finnes det mange bidragsytere som modifiserer grunnprinsippene for å imøtegå innvendinger og integrere ulike hensyn. Vi har imidlertid valgt å "rendyrke" de to hovedretningene slik at de kontrasterer hverandre. På den måten kan vi avlede konkurrerende hypoteser.

konsentrert om *overordnede prinsipielle* forhold. Det institusjonelle perspektivet gir derimot opphav til forventninger om et *betydelig* stortingsengasjement, også i mer *detaljorienterte enkeltsaker*.

I drøftingen ovenfor har vi vært inne på at partiene var uenige i synet på sykehusreformen. De intensjonene som ligger til grunn for sykehusreformen, må i første rekke antas å reflektere reformtilhengernes syn. Det er også nærliggende å anta at reformtilhengerne vil føle seg mer forpliktet til å følge opp intensjonene med reformen. Det er større sannsynlighet for at reformmotstanderne vil være uenige i (en del av) intensjonene, og at de i mindre grad vil føle seg forpliktet til etterleve dem. Som vi har sett, har reformtilhengerne uttrykt visse modifikasjoner i forhold til prinsippene for NPM, men i den grad NPM-prinsippene kan sies å ligge til grunn for sykehusreformen, gir det opphav til en antagelse om at reformmotstandernes sykehuspolitiske engasjement vil være mer omfattende og detaljorientert enn reformtilhengernes engasjement.

Stortingets engasjement kommer til uttrykk på forskjellige ulike måter. I dette kapitlet vil vi betrakte antall spørsmål, private forslag, fraksjonsmerknader i komitéinnstillinger og vedtak om sykehus/helseforetak som uttrykk for Stortingets sykehuspolitiske engasjement. Når det gjelder skillet mellom overordnede og mer detaljorienterte saker, må vi legge en mer tentativ, kvalitativ vurdering til grunn.

I tillegg til å undersøke antagelsene om Stortingets engasjement vil vi også forsøke å belyse spørsmålet om hvilken *innflytelse* Stortinget har på virksomheten i helseforetakene. Dette er naturligvis et stort og vanskelig forskningstema som det ikke kan gis noe fyllestgjørende svar på her. Vi skal derfor nøye oss med å la styremedlemmene og de administrative lederne i helseforetakene vurdere dette spørsmålet.

4.3 Stortingets engasjement

To av de viktigste oppgavene Stortinget har, er å vedta lover og budsjetter. Når det gjelder sykehusreformen, er det lovvedtaket den 6. juni 2001 (Besl. O. nr. 123, 2000-2001) og de årlige vedtakene av statsbudsjettets sykehuskapitler (St.prp. nr.1 og Budsjettinnst. S. nr. 11, 2003-2004) som er de viktigste vedtakene. Initiativet i disse sakene ligger i regjeringen. Her har vi imidlertid valgt å konsentrere oppmerksomheten om saker som i større grad er preget av de initiativer og det engasjement som Stortinget selv utviser.

For å undersøke holdbarheten i de ulike antagelsene om Stortingets engasjement i sykehussaker, vil vi benytte opplysninger som er hentet ut ved hjelp av søk i de ulike dokumenttypene på Stortingets nettsider (www.stortinget.no). Disse omfatter *spørsmål*, *private forslag* og *vedtak* som inneholder minst ett av stikkordene "sykehus", "sjukehus", "helseforetak" eller "helseføretak".²⁰ I tillegg har vi også fått Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste til å gjennomføre tilsvarende søk i det såkalte fraksjonsmerknadsarkivet som inneholder opplysninger om samtlige *fraksjonsmerknader i innstillingene* fra Stortingets fagkomiteer. Vi har også foretatt en tematisk kategorisering etter innholdet i sakene. Slike kategoriseringer vil nødvendigvis måtte baseres på en rekke

²⁰ Interesserte kan få en spesifisering av søkene fra forfatterne. De tallene som fremkommer i internettsøkene stemmer ikke alltid helt overens med de tall som oppgis i andre stortingskilder. Så langt vi har kunnet etterprøve, er hovedtendensene i det tallmaterialet vi presenterer likevel dekkende for den faktiske utvikling.

skjønnsmessige avgjørelser. For oss har det vært viktigst å få til en kategorisering som er konsistent over tid, slik at de endringene vi eventuelt registrerer, blir reelle.²¹

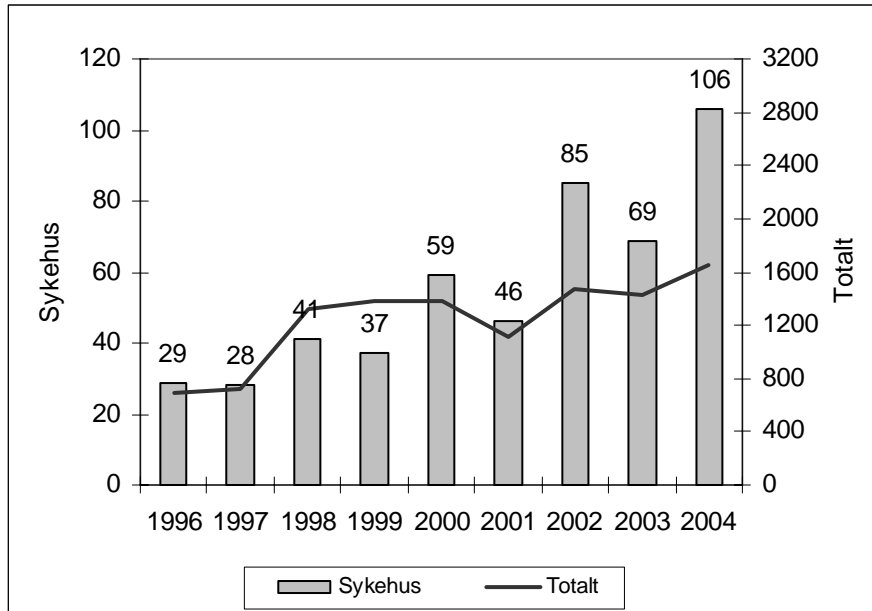
4.3.1 Spørsmål

Gjennom spørsmål til regjeringens medlemmer kan stortingsrepresentantene sette saker på den politiske dagsordenen, skaffe seg oppmerksomhet i mediene og øve press på statsrådene. Representantene har flere muligheter til å stille spørsmål om bl.a. sykehussaker: Spørretimespørsmål og spørsmål som stilles og besvares muntlig i Stortinget, spørsmål som stilles og besvares skriftlig, og interpellasjoner som også gir anledning til debatt i Stortinget.

I etterkrigstiden har det skjedd en kraftig økning i spørrevirksomheten. Fra 1950 til 1973 stilte representantene to-tre hundre spørsmål og interpellasjoner per år, mens det i perioden 1985-89 ble stilt over 750 spørsmål pr. år. Deretter gikk antallet noe ned for så å stige igjen til over 880 spørsmål per år i 1997-2000. Disse tallene omfatter ikke de nye ordningene med skriftlige spørsmål og svar og muntlige spørsmål som ble innført i 1996 og 1997. I 1996-97 ble det stilt vel 160 skriftlige spørsmål. I år 2003 var dette antallet steget til mer enn 800 (Rommetvedt 2002:75f, Stortingets administrasjon 2004:11).

Figur 4.1 viser utviklingen i så vel den samlede spørrevirksomheten (kurven), som i antall spørsmål om *sykehus* og *helseforetak* (søylene) siden 1996. Denne oversikten omfatter alle typer spørsmål, dvs. interpellasjoner, spørretimespørsmål, muntlige og skriftlige spørsmål.

Figur 4.1 Sykehusspørsmål i Stortinget (antall).



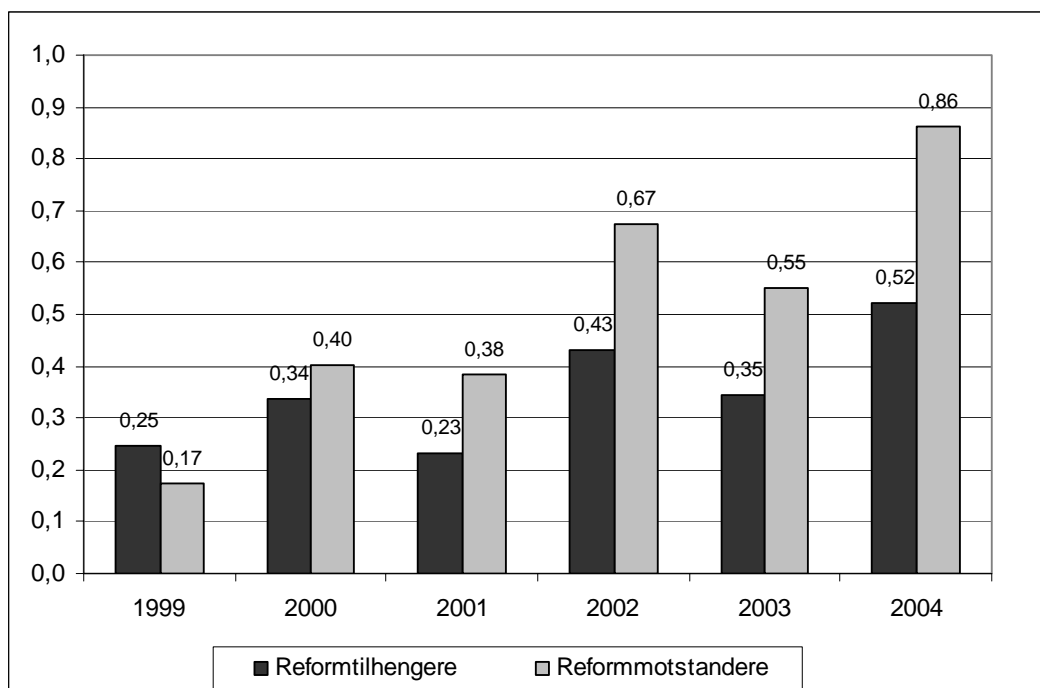
²¹ Interesserte kan få en spesifisering av temaene fra forfatterne. Spørsmålene, forslagene og vedtakene ble først gjennomgått av de to forfatterne hver for seg. Deretter ble hver enkelt sak drøftet i fellesskap, før den endelige kategoriseringen ble fastlagt. Hver sak ble registrert under én eller flere kategorier dersom saken berørte flere tema. For enkelte kategoriers vedkommende valgte vi imidlertid å utelukke dobbeltregistrering. På årsbasis viste det seg at hver enkelt sak i gjennomsnitt ble plassert i mellom 2 og 2,8 kategorier.

Vi ser her at det er en del svingninger i Stortingets engasjement når det gjelder spørsmål om sykehussaker, men hovedtendensen er oppadgående. Dette er *ikke* i samsvar med de NPM-forutsetningene som ble lagt til grunn for sykehusreformen. Utviklingen føyer seg bedre inn i det mønster man skulle forvente ut fra de institusjonelle perspektivene som vi har lagt til grunn for vår alternative antagelse. Ikke bare det. Når vi sammenligner søylene og kurven, ser vi at det har vært en relativt kraftigere stigning i antall sykehusspørsmål enn i det totale antall spørsmål. Antall sykehusspørsmål var særlig stort i 2002 (dvs. året etter at sykehusreformen var iverksatt) og i 2004. I 2003 var det en viss nedgang, men denne var forbigående og også dette året var antall sykehusspørsmål høyt både i forhold til tidligere år og i forhold til tendensen totalt. Ifølge intensjonen med reformen skulle man forvente at Stortinget på dette tidspunkt ville begrense denne typen engasjement, men det skjedde ikke.

I fortsettelsen vil vi konsentrere oss om perioden 1999-2004. I løpet av disse seks årene ble det stilt i alt 402 spørsmål om sykehus. Disse fordeler seg slik på de politiske partiene: Fremskrittspartiet 110, Arbeiderpartiet 87, Sosialistisk Venstreparti 87, Senterpartiet 58, Høyre 34, Kristelig Folkeparti 12, Venstre 7 og Kystpartiet 7.

Partifordelingen gjør det mulig å undersøke hypotesen om hvem som eventuelt engasjerer seg mest i sykehussakene, reformmotstanderne eller reformtilhengerne. I figur 4.2 har vi beregnet antall spørsmål per representant og fordelt disse på de partiene som var for og imot reformen. Gruppen reformtilhengerne omfatter alle de representantene som ble valgt inn på Stortinget for Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Høyre, mens de øvrige er regnet som reformmotstandere.

Figur 4.2 Sykehusspørsmål fra reformtilhengerne og reformmotstandere (antall per representant).



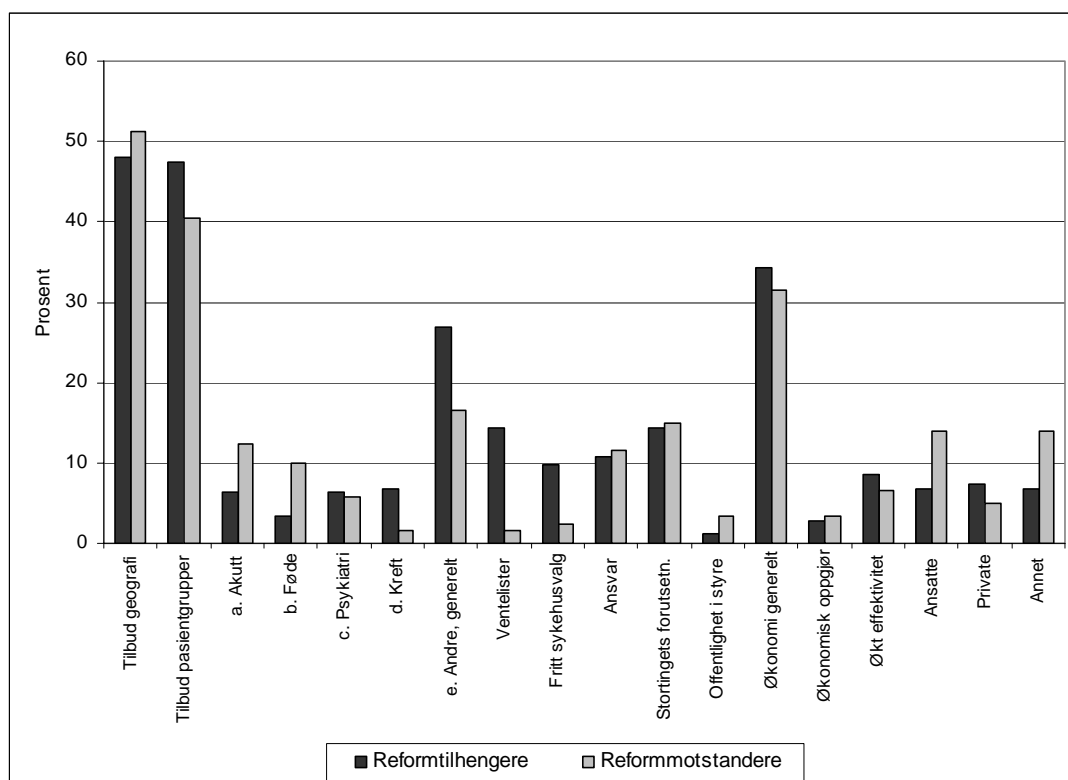
Figur 4.2 viser at reformtilhengerne var noe mer aktive i 1999 enn motstanderne. I de etterfølgende årene var det derimot motstanderpartiene som stilte flest spørsmål per representant. Dette er i samsvar med vår antagelse og kan tolkes som et uttrykk for at

reformmotstanderne i noe mindre grad enn reformtilhengerne, har fulgt opp sykehusreformens forutsetninger om et begrenset engasjement fra Stortingets side.

Vår undersøkelse viser for øvrig at spørreinstitutet først og fremst er et instrument for opposisjonspartiene.²² Regjeringspartienes representanter stiller svært få spørsmål til statsrådene. Går man nærmere inn på de enkelte årene, vil man også se at regjeringsskiftene medfører raske rollebytter for stortingsrepresentantene. Forskjellen mellom regjerings- og opposisjonspartier er betydelig større enn forskjellene mellom reformtilhengere og -motstandere. Dette kan tolkes som et uttrykk for at det vi kan kalle representantenes institusjonelle plassering (i forholdet mellom Storting og regjering), er viktigere enn deres syn på og vilje til å etterleve intensjonene i sykehusreformen.

Reformtilhengerne begrunnet sykehusreformen med at den vil gjøre det lettere å oppfylle de nasjonale helsemålene, blant annet om et likeverdig tjenestetilbud og økt effektivitet. Figur 4.3 viser hvilke *saksfelt* representantene tok opp i sine spørsmål til statsrådene om ulike sykehussaker i 1999-2003.²³ Representantene er særlig opptatt av den geografiske fordelingen av sykehusstilbudene, tilbudet til ulike pasientgrupper og sykehusenes generelle økonomiske situasjon. Distriktshensyn og pasientenes ve og vel får stor oppmerksomhet, mens økt effektivitet i sykehusene får langt mindre oppmerksomhet.

Figur 4.3 Tema for sykehusspørsmål 1999-2003 (prosent av alle spørsmål fra hhv. tilhenger- og motstanderpartier).



²² Se Opedal og Rommetvedt (2005) for detaljer. Dette er også i tråd med de funn som er gjort i andre undersøkelser av spørreinstitutet, jf. Kuhnle og Svåsand (1984:140ff) og Rasch (1994:266ff).

²³ Vi har dessverre ikke hatt anledning til å fordele spørsmålene i 2004 på de ulike saksfeltene. Kategoriene a-e er spesifiseringer som også inngår i kategorien "Tilbud pasientgrupper".

Figur 4.3 viser at det er visse forskjeller mellom reformtilhengerne og reformmotstanderne med hensyn til hvilke tema de er opptatt av. Det er tilhengerne som har vært mest opptatt av tilbudet til ulike pasientgrupper, mens det er motstanderne som har vært mest opptatte av akutt- og fødetilbudet. Reformmotstanderne har også vært noe mer opptatt av den geografiske fordelingen av tjenestetilbudene enn tilhengerne. Også ansattes arbeidssituasjon er et tema som særlig har engasjert reformmotstanderne. Tilhengerne av sykehusreformen har vært mer opptatt av ventelister, fritt sykehusvalg og effektivisering enn motstanderne.

Når representantene er opptatt av sykehusenes økonomi, har det ofte sammenheng med mangler i tjenestetilbudet for ulike pasientgrupper. For eksempel viste Frp's John Alvheim i sitt spørsmål 4.4.2003 til at: "En ung epilepsipasient som har vært syk i 9 år, har det siste året vært innlagt på Statens senter for epilepsi". Han "var søkt inn for implantasjon i mars måned, men fikk beskjed om at slike operasjoner ikke lenger foretas fordi Rikshospitalet ikke har penger til å operere". På denne bakgrunn stilte Alvheim spørsmål om når statsråden ville sørge for at det ble mulig for pasientene å få hjelp.

Nedleggelse og sentralisering av tilbud er et tema som representantene er opptatt av, først og fremst fordi slike tiltak kan få konsekvenser for lokalsamfunnet og befolkningens tilgjengelighet til tjenestetilbudet. 9.12.2003 trakk SVs Jørund Leknes fram "meldinger i media om at Helse Midt-Norge foreslår fødeavdelingen ved Orkdal Sanitetspsykehus nedlagt". Med henvisning til at helseforetakenes omstrukturingsforslag og innsparingstiltak hadde skapt utrygghet, stilte han spørsmål om hva statsråden ville gjøre "for å sikre at fødselsomsorgen fortsatt kan tilby et desentralisert fødetilbud i Norge, og for å sikre en trygg situasjon for de fødende".

Mange av spørsmålene tar for seg ganske detaljerte saksforhold knyttet til tjenestetilbudet. 24.1.2003 fremholdt Aps Britt Hildeng at "det er viktig at kroniske revmatikere får tilbud om oppfølging og trening også på spesialisthelsetjenesteneivå". Hun viste til at kronikere bosatt nær Sunnaas sykehus får sitt tilbud på Rikshospitalet og spurte om helseministeren "kan bidra til at Sunnaas sykehus også etablerer oppfølging og trening for kronikere i basseng med kompetent personale?".

Med fristillingen av sykehusene ser det ut til at representantene er blitt mer opptatt av å kontrollere at statsråden og helseforetakene lever opp til Stortingets forutsetninger og vedtak. Et eksempel er SVs Sigbjørn Molviks spørsmål 30.10.2003 med henvisning til at et forslag om å legge ned den kirurgiske avdelingen og den akuttmedisinske beredskapen ved Rjukan sykehus som Molvik mente var "klart i strid med Stortingets forutsetninger om et desentralisert sykehusstilbud". Han spurte derfor om statsråden ville "sørge for at disse planene ikke blir gjennomført?".

Mange spørsmålsstillere krever at statsråden må gripe inn ulike saker, eller at de må bli lagt fram for Stortinget. Flere representanter har krevd sterkere politisk styring av helseforetakene i spørsmål om omorganisering og sentralisering av akutt- og fødetilbud. I et spørsmål 3.10.2003 tok Aps Reidun Gravdahl opp et forslag i Helse Øst om å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik. Hun viste til at avdelingen har om lag 900 fødsler hvert år, mens Stortinget har uttalt at 4-500 fødsler medfører behov for en fødeavdeling. Hun spurte derfor om "helseministeren vil gripe inn og redde fødeavdelingen på Gjøvik?". (Helseministeren valgte senere å stoppe vedtaket i Helse Øst om å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik.)

Sps Aslaug Haga har vært opptatt av at helseforetakenes vedtak om å omorganisere akutt- og fødetilbudet må behandles i Stortinget. Hun fremholdt 29.10.2003 at de "som hadde forventet at statsbudsjettet skulle invitere Stortinget til en bred debatt om aktuelle

strukturendringer innen helseforetakene, ble skuffet”, og spurte derfor: ”På hvilken måte vil statsråden involvere Stortinget i spørsmålene om nedlegging av fødeavdelinger og akuttberedskap?”.

Sammenfattet viser gjennomgangen av innholdet i spørsmålene stor tematisk bredde. Den brede adgangen til å sette saker på dagsorden gir representantene stor handlefrihet til å ta opp de saksforhold de måtte ønske. Sykehusreformen, og de NPM-inspirerte organisatoriske og juridiske føringene som er lagt på Stortingets politiske styring, synes i liten grad å påvirke innholdet i representantenes spørsmål. Både reformtilhengere og -motstandere tar opp alle slags typer saker, fra det mange vil betrakte som små og detaljerte enkeltsaker til mer overordnede prinsipp saker. Dette mønsteret kan *ikke* sies å være i samsvar med den NPM-baserte antagelsen om at engasjementet fra Stortingets og spesielt reformtilhengernes side ville bli konsentrert om overordnede og prinsipielle saker.

4.3.2 Private forslag og fraksjonsmerknader

Det er naturligvis ikke bare gjennom spørreinstitutet stortingsrepresentantene kan vise sitt engasjement i ulike saker. De kan fremsette private forslag, eller såkalte Dok. 8-forslag, og de kan gi uttrykk for ulike syn i fraksjonsmerknader i innstillingene fra fagkomiteene.

Generelt har det i de senere år vært en markant økning i antall *private forslag*. Mens det i 1984-85 bare ble fremmet 15 Dokument. 8-forslag, ble det i perioden 2000-2003 fremsatt hele 133-156 private forslag per år (Rommetvedt 2002:77, www.stortinget.no). Antall private forslag angående sykehus er imidlertid beskjedent. I perioden 1999 – 2004 har vi bare funnet 11 private forslag der sykehusene ble berørt. Det ble fremsatt 4 Dokument 8-forslag i 2000 og 1-3 per år i resten av perioden.

I de fremsatte forslagene om sykehus finner vi ulike temaer, som videreføring av den akuttmedisinske beredskapen ved Sykehuset Østfold – Askim (Frp, Dokument nr. 8:51, 1998-99), etablering av nye sengeplasser ved medisinske avdelinger i norske sykehus (Frp, Dokument nr. 8:36, 1999-2000), omdisponering av bevilgninger til sykehusbehandling i utlandet slik at de kan benyttes til behandling i Norge (SV, Dokument nr. 8:36, 2000-2001), bevilgning av 1000 mill. kroner til utnyttelse av ledig behandlingsskapasitet ved offentlige og private sykehus i Norge (Frp, Dokument nr. 8:45, 2000-2001), sluttoppgjør mellom staten og fylkeskommunen som følge av statens overtakelse av sykehusene (Ap, Sp og SV, Dokument nr. 8:26, 2001-2002), åpenhet i saksbehandlingen i de regionale helseforetakene (Sp og SV, Dokument nr. 8:107, 2001-2002), og særskilt kompensasjon til Sør-Trøndelag fylkeskommune i forbindelse med utbyggingen av regionsjukehuset i Trondheim 2000 (Sp, Dokument nr. 8:136, 2002-2003). Samme år ble det fremsatt et forslag om at større endringer i struktur, lokalisering og kapasitetsforhold innen spesialisthelsetjenesten forelegges Stortinget til behandling (Sp, Dokument nr. 8:85 (2002-2003) og et forslag om innføring av en nasjonal helseplan (SV, Dokument nr. 8:89 (2002-2003). Året etter ble det fremsatt et forslag om dekning av opparbeidet gjeld i helseforetakene (Sp, Dokument nr. 8:10, 2003-2004).

De fleste saker som Stortinget skal ta stilling til, blir først oversendt til en av de tolv fagkomiteene for nærmere vurdering. Komiteen avgir en innstilling som så legges til grunn for debatt og votering. I komitéinnstillingene presenterer partiene sine standpunkter, premissene for disse, og eventuelle alternative forslag. Dersom det er uenighet mellom partiene, nedfelles dette i *dissenser og fraksjonsmerknader*. Siden begynnelsen av 1970-tallet har det skjedd en kraftig økning i dissenshyppigheten i

stortingskomiteene, fra 16 prosent av innstillingene i tidsrommet 1945-1973, til over seksti prosent i de siste valgperiodene. Det var dissenser i 67 prosent av innstillingene i 1993-97 og 60 prosent i 1997-2001. Fra 1945 til 1973 varierte antall fraksjonsmerknader i komitéinnstillingene mellom nærmere 700 og vel 1200 per valgperiode. I 1993-2001 steg dette til 13-14000 merknader per valgperiode (disse tallene omfatter alle innstillinger unntatt budsjettinnstillinger).²⁴

Når det gjelder fraksjonsmerknader om sykehussaker, har vi sett nærmere på innstillinger til Stortinget og budsjettinnstillinger, men ikke innstillinger til Odelstinget, i perioden 1998-2003.²⁵ I de første fem årene var det en nokså jevn stigning i antall merknader om sykehus, fra 98 i 1998 til 219 i 2002. I 2003 gikk imidlertid antall fraksjonsmerknader ned til 186. Stigningen i de sykehusrelaterte fraksjonsmerknaene var særlig markant i 2001. Stigningen i sykehusmerknaene var også sterkere enn den generelle stigningen i antall fraksjonsmerknader skulle tilsi. Til tross for nedgangen i antall sykehusmerknader i 2003, lå det fortsatt noe over det nivået som den generelle trenden skulle tilsi (Opedal og Rommetvedt 2005).

Merknaene i sosialkomiteens budsjettinnstillinger legger føringer på innholdet i styringsdokumentene for de regionale helseforetakene. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2002 tok komiteen opp habiliteringstilbudet til barn og unge med kronisk sykdom og funksjonshemming. I sin merknad understreket komiteen ”viktigheten av at foreldre har valgfrihet i forhold til ulike behandlingsopplegg og ser derfor positivt på at det arbeides videre med å fremskaffe personell som kan sikre videreutvikling av Petø-metodikken og Domanmetoden” (Budsj.innst. S. nr. 11, 2001-2002). I den forbindelse ble departementet bedt om å ”forenkle de problemstillinger foreldrene møter når de ønsker å ta Petø- og Domanmetodene i bruk”. I brev 8. mars 2002 påla Helsedepartementet de regionale helseforetakene å ”vurdere nødvendig økonomisk og evt. praktisk støtte til foreldrene for at de skal kunne gjennomføre det opplegget som velges”. Saken ble tatt opp i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene både i 2003, 2004 og 2005. I statsbudsjettet for 2003 kom det imidlertid fram at det var medisinskfaglig motstand mot Stortingets merknad. I proposisjonen het at ”Flere foreldre ønsker alternative treningstilbud, bl.a. etter Doman-metoden, selv om bl.a. medisinske fagmiljøer ikke kan anbefale trening etter denne metoden” (St.prp. nr. 1, 2002-2003: 91).

Sosialkomiteen har de senere år hatt flere merknader til opptrappingsplanen for psykisk helse. En merknad til statsbudsjettet for 2003 tar for seg Mental Helses ønske om å etablere et kompetansesenter i Skien. I merknaaden viser komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, til at ”departementet har henvist Mental Helse til å ta opp saken med de regionale helseforetakene”. Deretter legger komitéflertallet til at ”Flertallet stiller seg positivt til etablering av et kompetansesenter innen mestring og rehabilitering for psykiatriske pasienter i Skien” (Budsjett-innst. S. nr. 11, 2002-2003). Opposisjonspartiene i Stortinget ga dermed et signal til de regionale helseforetakene om hva de burde gjøre.

Sosialkomiteen har også utformet merknader hvor det stilles konkrete krav til tjenestetilbudet. Et eksempel er en merknad til statsbudsjettet for 2003: ”Komiteens flertall,

²⁴ Jf. Rommetvedt 2002:74 og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), <http://www.nsd.uib.no/data/polsys/Bakgrunn/Index.cfm?Arkivnr=7&nstitusjonsnummer=1&TypeTekst=80>

²⁵ Fraksjonsmerknader i tilknytning til selve lovproposisjonen om sykehusreformen ikke er tatt med her. Dette fordi vi er mest opptatt av Stortingets engasjement utover selve reformvedtaket. 2003 er det siste hele kalenderåret som det er tilgjengelige data for.

medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at departementet bør påse at Helseregion Sør prioriterer bygging av en ny sengeavdeling og en ny intensiv observasjonspost ved Statens senter for epilepsi” (Budsjett-innst. S. nr. 11, 2002-2003).

I en merknad til statsbudsjettet for 2004 tar sosialkomiteens flertall opp MS-senteret i Hakadal. I merknaden heter det at ”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til at MS-senteret i Hakadal har lite tilfredsstillende lokaler. Særlig pasientrommene, der pasientene skal ha sitt privatliv gjennom 4 ukers opphold, er lite tilfredsstillende ved at de MS-rammede tilbys dobbeltrom, som i tillegg er små og dårlig utstyrt. Flertallet mener det er uheldig at planene om rehabilitering ikke har hatt framdrift etter at Akershus fylkeskommune bevilget penger til prosjektarbeidet i 2001” (Budsjett-innst. S.nr. 11, 2003-2004).

I forbindelse med statsbudsjettet for 2005 tas Cerebral Parese-foreningen opp i en fraksjonsterknad. Komiteens flertall viser til at det ”gjennom høringene i komiteen er blitt kjent med den betydelige innsatsen som legges ned fra Cerebral Parese-foreningen for å gi ferie og rekreasjonstilbud på Eidene i Vestfold. ... medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil derfor støtte dette arbeidet med en bevilgning på 1 mill. kroner. Flertallet forutsetter samtidig at det foretas diverse innsparinger på denne posten på 0,75 mill. kroner” (Budsjett-innst.S.nr. 11, 2004-2005).

Eksemplene på fraksjonsmerknader i budsjettinnstillingene er ganske konkrete og detaljerte i sitt innhold. Både opposisjonen og regjeringspartiene deltar i utformingen av slike merknader. Det er heller ikke noen klar forskjell mellom reformtilhengere og -motstandere.

4.3.3 Vedtak

Det siste uttrykket for Stortingets engasjement som vi skal ta med her, er *vedtak* som Stortinget i plenum har gjort i sykehussaker. Vi har valgt å konsentrere oss om de vedtakene som er gjort utenom de ordinære årlige budsjettvedtakene og lovvedtakene i Odelstinget og Lagtinget.

I 1999 gjorde Stortinget 12 vedtak der sykehusene ble berørt. I de påfølgende fem årene ble antall vedtak – med ett unntak – redusert til mellom 7 og 9 per år. Unntaket er 2002 da Stortinget gjorde til sammen 21 plenumsvedtak der sykehusspørsmål ble berørt. Tidspunktet er interessant i denne sammenheng. De 21 vedtakene kom året *etter* at sykehusreformen var satt i verk. Det vil med andre ord si på et tidspunkt da man ifølge forutsetningene for den NPM-inspirerte reformen skulle forvente en større grad av tilbakeholdenhet fra Stortingets side. Det er ikke noe i den generelle utviklingen i antall stortingsvedtak som skulle tilsi en slik kraftig økning i 2002.

Vedtakene i Stortinget dreier seg ikke bare om prinsipielle og overordnede retningslinjer, slik intensjonen med sykehusreformen skulle tilsi. Det er eksempler på både detaljorienterte og mer generelle vedtak. 11. desember 2002 vedtok Stortinget å be Regjeringen ”sørge for at de regionale helseforetakene arbeider videre med etablering av et PET-skanner-tilbud i Norge i regi av Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Dette tilbudet vil i et nettverk komme alle helseregionene til gode”. 5. juni 2003 vedtok Stortinget å be Regjeringen om at ”kvinnehelse prioriteres i styringsdokumentet til helseforetakene”. 20. juni samme år vedtok Stortinget følgende henstilling til Regjeringen: ”Det henstilles til Regjeringen å foreta en bred konsekvensutredning av de endringer som helseministeren nå åpner for innenfor de ulike helseforetakene, og som

fører til nedbygging og avvikling av fødeavdelinger, behandlingstilbud og akuttberedskap ved sykehusene. Konsekvensutredningen forelegges Stortinget før endringene iverksettes". 10. desember 2003 gjorde Stortinget vedtak om å be Regjeringen "vurdere behovet for CI-operasjoner og om slike operasjoner bør tilbys ved flere sykehus".

I forbindelse med førstnevnte vedtak uttalte Helsedepartementet i brev av 28. august 2003 at "Vedtaket er fulgt opp i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2003. Helsedepartementet vil komme tilbake til denne saken i forbindelse med. St.prp. nr 1 (2003-2004)". Samme dag ga departementet også følgende svar på det vedtaket Stortingets fattet 5. juni 2003: "Helsedepartementet vil i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2004 understreke at de særlige problemene knyttet til kvinners helse skal prioriteres" (jf. St.meld. nr. 4, 2003-2004).

Vi ser her at oppfølgingen av de nevnte vedtakene følger de prosedyrene som er foreskrevet i sykehusreformen. Gjennom de såkalte styringsdokumentene viderefremidler Helseministeren Stortingets styringssignaler til helseforetakene. På denne måten skal Stortinget påvirke helseforetakenes virksomhet, men en del av de føringene som Stortinget legger på virksomheten, kan oppfattes å være atskillig mer detaljerte enn det man kunne forvente ut fra reformens intensjoner. I neste avsnitt skal vi se nærmere på Stortingets innflytelse.

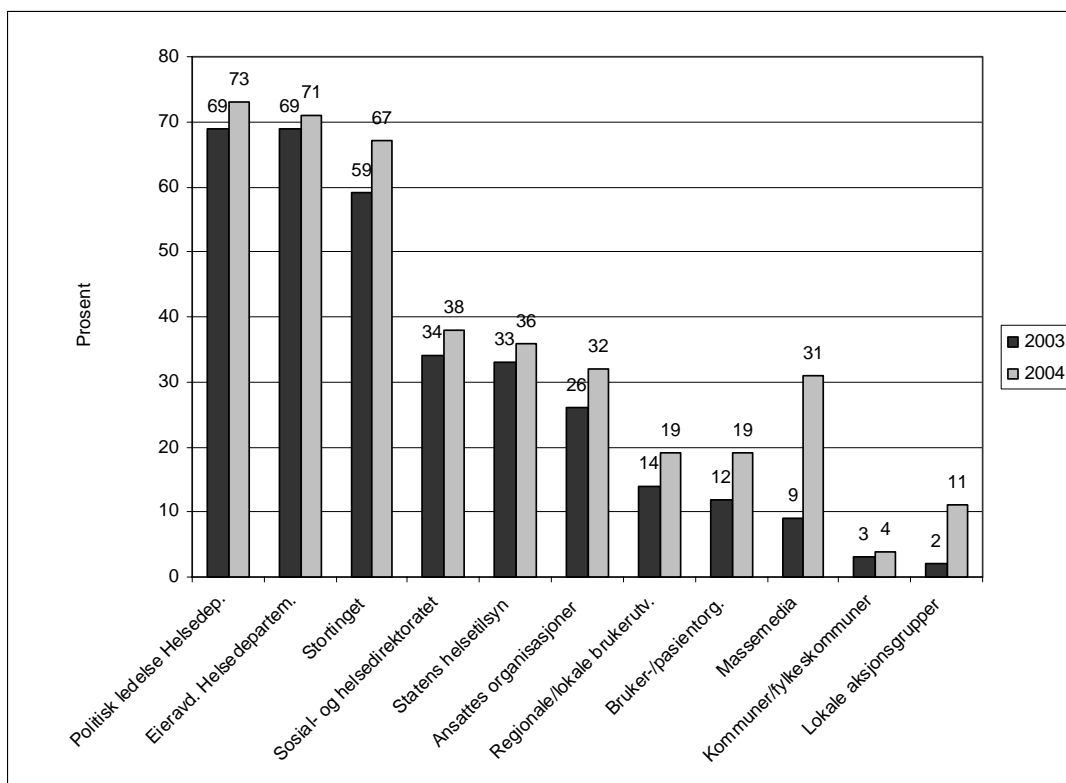
4.4 Stortingets og andre aktørers innflytelse

Formelt sett er Stortingets innflytelse på helseforetakene indirekte. Den formidles gjennom den såkalte parlamentariske styringskjeden (Olsen 1978), fra Stortinget via regjeringen og helsestatsråden til de regionale og lokale helseforetakene. Helseministeren har ansvaret for å følge opp Stortingets mål og forutsetninger, og Stortinget kan instruere statsråden i saker av betydning for helseforetakene. Gjennom formelle vedtak kan Stortingets innflytelse få en mer direkte karakter. Det kan også formidles politiske signaler direkte til helseforetakene gjennom politiske debatter og utspill fra representantene på Stortinget. I sum står ledelsen i helseforetakene overfor et bredt og mangfoldig sett av styringssignaler fra overordnede politiske myndigheter.

Hvilken innflytelse har så Stortinget og andre aktører på helseforetakene? For å belyse dette spørsmålet skal vi benytte data fra de to spørreundersøkelsene i helseforetakene som ble gjennomført høsten 2003 og høsten 2004. Styremedlemmene og de administrative lederne i de lokale helseforetakene ble bedt om å ta stilling til følgende spørsmål i undersøkelsene i 2003 og 2004: "Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?". Lederne i de regionale helseforetakene ble stilt samme spørsmål med henvisning til "beslutninger i regionalt helseforetak".

En svakhet med spørreundersøkelsene i helseforetakene er at disse bare gir opplysninger om ledernes vurderinger av de ulike instansenes innflytelse *etter* at sykehusreformen ble iverksatt. Svarene gir naturligvis ikke noe fullgodt svar på spørsmålet om hvilken innflytelse Stortinget og andre instanser har, men lederne er sentralt plassert i helseforetakene. De skulle ha et godt grunnlag for å vurdere spørsmålet, slik at svarene kan betraktes som en rimelig god indikator på den innvirkning bl.a. Stortingets engasjement har på helseforetakene. Figur 4.4 viser hvor stor andel av respondentene som svarte at vedkommende instans har "nokså stor" eller "svært stor" innflytelse på beslutninger i helseforetakene.

Figur 4.4 *Innflytelse på beslutninger i helseforetakene 2003 og 2004 (prosent av foretakslederne som mener at vedkommende instans har nokså eller svært stor innflytelse).*



Vi ser her at den politiske ledelsen og eieravdelingen i Helsedepartementet og Stortinget skiller seg ut som de instansene som har størst innflytelse på beslutningene i helseforetakene både i 2003 og 2004. Disse to instansene blir etterfulgt av Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet. Fra 2003 til 2004 er det særlig massemediene, men også lokale aksjonsgrupper og Stortinget, som tillegges økt innflytelse.

Det må legges til at figur 4.4 ikke fanger opp den gjensidige påvirkningen mellom de regionale og de lokale helseforetakene. Hele 96 prosent av lederne i de lokale foretakene mente i 2003 at de regionale foretakene har svært eller nokså stor innflytelse på beslutningene i de lokale foretakene (jf. Opedal og Stigen m. fl. 2003). I 2004 var prosentandelen sunket svakt til 90 prosent. Denne ovenfra og ned innflytelsen er betydelig større enn innflytelsen nedenfra og opp. I 2003 sa 60 prosent av lederne i de regionale foretakene at de lokale foretakene har svært/nokså stor innflytelse på beslutningene i de regionale foretakene, mens 56 prosent mente det samme i 2004.

Figur 4.4 viser at foretakslederne tillegger kommuner og fylkeskommuner liten innflytelse. Dette gjelder både for lokale og regionale helseforetaksledere. Den lokale forankringen som sykehusene tidligere hadde gjennom fylkeskommunene, synes langt på vei å være fjernet som følge av den statlige overtakelsen av sykehusene.²⁶ Det bør imidlertid legges til at lokalpolitikere kan øve en mer indirekte innflytelse på

²⁶ Helsedepartementet har i brev til de regionale helseforetakene, datert 23. mai 2002, oppfordret til at etableres nye kontaktformer mellom helseforetakene og de regionale og lokale politiske myndighetene.

helseforetakene ved å få stortingsrepresentanter til å ta opp lokale saker. Omfanget av geografisk orienterte spørsmål i spørretimen kan tyde på at dette er en mulighet som blir benyttet i betydelig grad.

Også foretakslederne ser ut til å forsøke å påvirke Stortinget i betydelig grad. Tabell 4.1 viser hvor stor andel av helseforetakslederne som i spørreundersøkelsen i 2003 oppga at de hadde vært i kontakt med de nevnte instansene.

Tabell 4.1 *Statlige instanser som foretaksledelsen har vært i kontakt med i sitt arbeid/verv, og om denne kontakten har vært av formell eller uformell art. Prosent. 2003 N=252-318.*

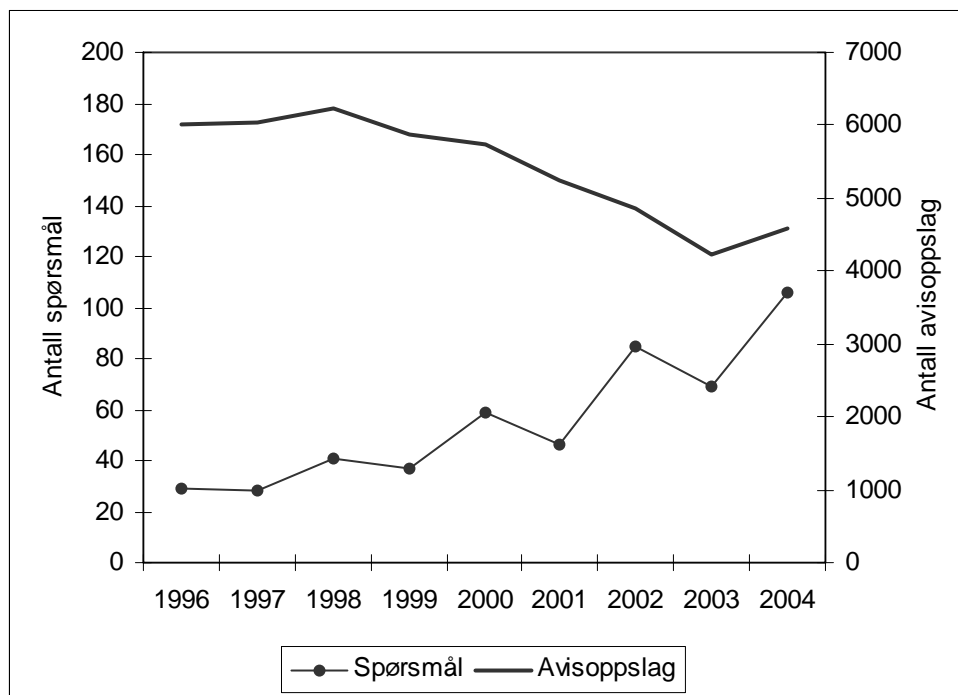
	Instanser ledelsen har hatt kontakt med i sitt arbeid/verv	Kontakten har vært av formell art	Kontakten har vært av uformell art
Stortinget	45	22	33
Eieravdelingen i Helsedepartementet	37	33	14
Politisk ledelse i Helsedepartementet	32	32	10
Statens Helsetilsyn	30	31	9
Sosial- og helsedirektoratet	27	29	9

Vi ser her at Stortinget ligger på topp, fulgt av eieravdelingen og deretter den politiske ledelsen i Helsedepartementet. Dersom vi slår sammen kontaktene med den politiske ledelsen og eieravdelingen, finner vi at til sammen 43 prosent av helseforetakslederne hadde vært i kontakt med Helsedepartementet. Vi ser med andre ord at lederne i helseforetakene i betydelig grad går utenom "tjenestevei" og rett til Stortinget med sine ærender. I de fleste tilfellene har kontakten med Stortinget en uformell karakter, mens kontaktene med de andre instansene som oftest er av mer formell art.²⁷

Som nevnt mener helseforetakslederne at massemediene har fått økt innflytelse på beslutningene i helseforetakene. Vi vet ikke hvordan mediene påvirker beslutningene, men det kan skje nokså direkte ved at helseforetakene selv blir påvirket av oppslag i mediene, eller mer indirekte ved at stortingsrepresentanter fremmer forslag eller stiller spørsmål til statsrådene. For å se om det kan være noen sammenheng her, har vi foretatt søk etter oppslag om sykehus/helseforetak på A-tekst. Følgende aviser, som er dekket i hele den perioden vi er interessert i, er tatt med i søket: Aftenposten, Bergens Tidende, Dagbladet, Dagens Næringsliv og Nordlys. Resultatene fremgår av figur 4.5 der vi også har lagt inn antall spørsmål om sykehus/helseforetak i Stortinget (jf. figur 4.1).

²⁷ Formell kontakt ble definert som skriftlig kontakt eller kontakt i formelt møte, mens uformell kontakt ble definert som kontakt per e-post, telefon eller uformelt møte.

Figur 4.5 Avisoppslag og spørsmål i Stortinget



La oss først se på den mulige sammenhengen mellom avisoppslag om sykehussaker og mediernes innflytelse. I den forbindelse må vi begrense oss til årene 2003 og 2004 ettersom det er i disse årene foretakslederne har vurdert mediernes innflytelse. Vi ser at økningen i massemediernes innflytelse fra 2003 til 2004 kan ha sammenheng med at det var en viss stigning i avisenes oppmerksomhet omkring sykehusene, fra 4222 oppslag i 2003 til 4573 i 2004. Datagrunnlaget er imidlertid for tynt til at vi kan si noe sikkert om det virkelig er en slik sammenheng.

Hva så med sammenhengen mellom avisoppslag og spørsmål om sykehus i Stortinget? Også her kan det se ut til å være en positiv sammenheng fra 2003 til 2004, men hovedbildet er stikk i strid med det vi skulle forvente. Hovedtendensen for perioden 1996 til 2004 er at antall sykehusspørsmål i Stortinget har gått opp på tross av at antall avisoppslag har gått ned.²⁸ Man kan nok finne mange eksempler på at saker som først slås opp i mediene, deretter blir tatt opp i Stortinget, men Stortingets oppmerksomhet er kanskje ikke så sterkt knyttet til mediebildet som man skulle tro?

Selv om det materialet vi har presentert her ikke gir noe fullgodt bilde av hvem som har størst innflytelse på beslutningene i helseforetakene, så gir det en viss indikasjon i så måte. Hovedkonklusjonen vi kan trekke på grunnlag av spørreundersøkelsen blant lederne i de regionale og lokale helseforetakene, ser ut til å være at det omfattende engasjementet som stortingsrepresentantene utviser i sykehuspolitiske saker, også gir Stortinget en betydelig grad av innflytelse på beslutningene i helseforetakene. Ikke bare i prinsippet, men også i praksis ser Stortinget ut til å være en av kjerneaktørene i den nye styringsmodellen.

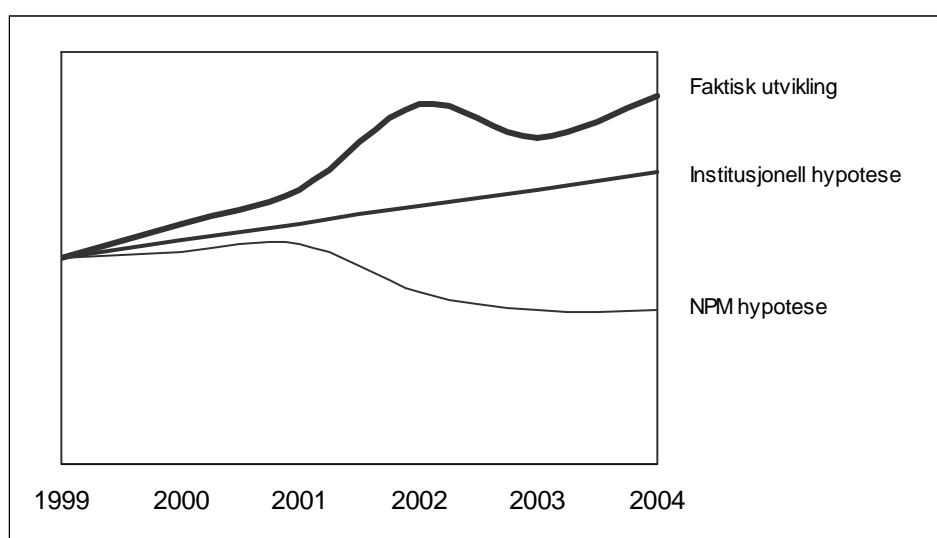
²⁸ Det er negativ korrelasjon på $-0,81$ mellom avisoppslag og stortings spørsmål.

4.5 Konklusjon

I dette kapitlet har vi tidligere skissert alternative antagelser eller hypoteser om Stortingets engasjement i sykehussaker etter iverksettingen av sykehusreformen. Prinsippene for New Public Management tilsier at vi skulle forvente et redusert *engasjement* fra Stortingets side. Ut fra et institusjonelt perspektiv er det derimot mer nærliggende å forvente et *stigende* sykehusengasjement i Stortinget.

De to konkurrerende hypotesene kan illustreres grafisk slik det er gjort i prinsippskissen i figur 4.6. Der har vi også lagt inn en kurve som viser hovedtendensen i den *faktiske* utviklingen i Stortingets sykehusengasjement (først og fremst basert på spørsmålene til statsrådene).

Figur 4.6 *Stortingets engasjement i sykehussaker – hypoteser og faktisk utvikling*



Figuren gir naturligvis en svært forenklet fremstilling, men hovedkonklusjonen er klar: Stortinget utviser et engasjement i sykehussaker som er betydelig mer omfattende enn det man skulle forvente i henhold til den NPM-baserte hypotesen. Dette engasjementet ligger faktisk også i overkant av det man skulle forvente i henhold til den institusjonelt baserte hypotesen og den generelle utviklingen i Stortinget.

De NPM-baserte prinsippene for sykehusreformen skulle tilsi at et eventuelt engasjement fra Stortingets side ville bli konsentrert om mer overordnede og prinsipielle retningslinjer. Vår undersøkelse viser imidlertid at stortingsrepresentantene også tar opp en lang rekke enkeltsaker og detaljspørsmål, slik vi forventet på bakgrunn av den institusjonelle tilnærmingen. Vi har også sett at den forventede forskjellen i så måte mellom reformtilhengere og reformmotstandere, er liten. Verken tilhengerne eller motstanderne av sykehusreformen og dens intensjoner ser ut til å la seg hemme av forutsetningen om tilbakeholdenhet fra politikernes side.

En av intensjonene med sykehusreformen var som nevnt å gi helseforetakene friere tøyler innenfor de rammene som politikerne trekker opp. I så måte kunne man forvente at sykehusreformen ville bli et eksempel på det forskerne i den regjeringsoppnevnte Makt- og demokratiutredningen 1998-2003 har omtalt som politikens tilbaketrekning eller den politiserte statens retrett (Østerud m.fl. 2003). Maktutredningene ser politikens tilbaketrekning i sammenheng med den fristillingen av ulike statlige virksomheter som er

gjennomført i de senere år. Fristillingen gir de ulike virksomhetene større autonomi i den daglige virksomheten. Politikerne skal trekke opp de overordnede retningslinjene, men for øvrig forutsettes de å innta en mer tilbaketrasket rolle.

Helsesektoren med sykehusene og primærhelsetjenesten er en av de største offentlige sektorene vi har, og den utgjør et kjerneelement i velferdsstaten. Maktutredernes generelle beskrivelse samsvarer også godt med de New Public Management-inspirerte prinsippene som ligger til grunn for sykehusreformen. Et interessant spørsmål er derfor om Maktutredningens konklusjoner er dekkende for utviklingen på dette området.

Gjennomgangen av Stortingets engasjement på det sykehuspolitiske området tyder imidlertid *ikke* på at så er tilfellet. Vi har sett at det er en betydelig avstand mellom NPM-prinsipper, uttalte intensjoner og praktiske realiteter. Man kan si at NPM-prinsippene har fått gjennomslag i forhold til den formelle styringsmodellen for helseforetakene, men ikke i forhold til Stortingets styringspraksis. De dataene vi har presentert, tyder slett ikke på at politikerne har trukket seg tilbake fra sykehuspolitikken. Det er kanskje mer dekkende å si at sykehusreformen representerte en omgruppering av de politiske styrkene. Etter at denne omgrupperingen ble fullført, har politikerne foretatt nye fremrykninger.

Stortinget ble i mange år ble omtalt som et "sandpåstrøingsorgan" uten noen særlig reell politisk betydning. Undersøkelsen blant lederne i de regionale og lokale helseforetakene tyder imidlertid på at Stortinget har en betydelig grad av innflytelse på virksomheten i disse foretakene. I de senere år er oppmerksomheten i større grad blitt rettet mot de problemene som tendensene til overstyring eller "stortingsregjereri" kan medføre. Stortingspolitikernes nye fremrykninger på det sykehuspolitiske området kan nok i noen tilfeller oppfattes som en form for stortingsregjereri der representantene trenger inn på helseministerens territorium. Ikke nok med det. I enkelte tilfeller kan man kanskje også si at stortingsrepresentantene har gjort fremstøt mot mål bak fronten, langt inne på det territoriet som helseforetakenes styrer er satt til å forvalte. På den andre siden gjør også helseforetakslederne fremstøt utenom "tjenestevei", direkte overfor Stortinget. Slik sett utfordrer både Stortinget og lederne i helseforetakene det balanseforholdet mellom politisk styring og autonomi for helseforetakene som sykehusreformen bygger på.

5 Helsedepartementets styring av helseforetakene - rollemangfold og styringsutfordringer²⁹

5.1 Innledning

I dette kapitlet setter vi søkelys på det statlige eierskapet og Helsedepartementets styring av helseforetakene. Hvordan er balanseforholdet mellom Helsedepartementets styring og den autonomi som helseforetakene er tilført gjennom foretaksorganiseringen, og hvilke mekanismer påvirker dette balanseforholdet? Det legges særlig vekt på hvordan endring i formelt eierskap og organisasjonsform påvirker styringsrelasjonene mellom Helsedepartementet og helseforetakene. Etter reformen må den statlige styringen tilpasses den administrative desentraliseringen av ansvar som opprettelsen av helseforetak innebærer. Det kan bety at Helsedepartementet inntar en overordnet og tilbaketrukket rolle. Samtidig er statens formelle styringsposisjon styrket ved at eierskapet supplerer statens øvrige roller som finansør, myndighetsutøver og kontroll- og tilsynsmyndighet. De mange rollene som er samlet på statens hånd kan bidra til at styringssignalene blir uklare og til at systemet blir mindre desentralisert og fleksibelt enn det som var tanken med foretaksorganiseringen. I tillegg kan et stadig mer aktivt Storting legge et press på helseministeren om å gripe inn i saker som formelt er delegert til helseforetakene.

Helsedepartementet forvalter det statlige eierskapet overfor de fem regionale helseforetakene gjennom tre roller. Gjennom *eierrollen* utøves styring gjennom vedtekter, sammensetning av styre og gjennom vedtak i foretaksmøte. I foretaksmøtene er det helseministeren som har det avgjørende ordet. Gjennom *eierrollen* stilles også økonomiske og organisatoriske styringskrav til foretakene. I tillegg til *eierrollen* har departementet et "sørge-for-ansvar" eller *bestillerrolle* i forhold til de regionale helseforetakene. I bestillerdokumentet til foretakene utdypes de nasjonale helsemålene og de politiske prioriteringene, samtidig som det redegjør for de resultatkrav foretakene må forholde seg til. I tillegg til disse to rollene har departementet en *myndighetsrolle*. Foretaksmodellen plasserer rollene som eier og bestiller hos de regionale helseforetakene. Det er valgt en integrert løsning i den forstand at disse rollene ivaretas av Helsedepartementet på nasjonalt nivå og av de regionale helseforetakene på regionalt nivå. Alternativet til en slik

²⁹ Et tidligere utkast til dette kapitlet ble presentert på Nasjonal fagkonferanse i statsvitenskap, Hurdalsjøen 5.-7. januar 2005. Takk til deltakerne i arbeidsgruppen "Institusjoner og organisasjoner" og gruppens leder Inger Marie Stigen for nyttige kommentarer. Kapitlet trekker veksler på et tidligere notat om statens eierstyring lagt fram for referansegruppen for evalueringen 8. juni 2004 (Opedal 2004) og en artikkel i tidsskriftet Nordiske Organisasjonsstudier, jf. Lægred, P. S. Opedal og I. M. Stigen (2005), "Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling?".

integrert modell er å skille rollene organisatorisk ved å legge dem til uavhengige enheter. Slik den integrerte modellen er tenkt fra statens side skal eierrollen benyttes til å understøtte bestilleransvaret. Statens ansvar for å bestille og kjøpe tjenester skal ikke bety at staten som eier og selger av sykehustjenester høster bestemte fordeler. Private aktører er ment å inngå som viktige bidragsytere i realiseringen av de helsepolitiske målene. Den integrerte løsningen er blitt kritisert av OECD for ikke å gjøre skillet mellom rollene tydelig nok (Byrkjeflot og Grønlie 2004, OECD 2003).

Staten har ingen fast mal for hvordan den skal utøve sitt eierskap i ulike sektorer og markeder (St.meld.nr.61, 1996-1997, St.meld.nr.22, 2001-2002). Om det skal være aktivt eller passivt, langsiktig eller kortsiktig, henger blant annet sammen med om eierstyringen skjer på forretningsmessig grunnlag eller om det er knyttet spesielle samfunns mål eller politiske hensyn til eierutøvelsen. Utviklingen i staten har gått i retning av at styring via eierposisjonen i mange tilfeller er blitt mindre viktig for å nå politiske mål, mens andre virkemidler som lovgivning, avgifter, avtalestyring og kontaktmøter har blitt viktigere (NOU 2003: 34, Statskonsult 1998). I et slikt perspektiv vil andre virkemidler enn de som inngår i eierstyringen være viktige i Helsedepartementets styring av helseforetakene.

Sykehusreformen innebærer ikke å privatisere eller fristille sykehusene slik at de lettere kan operere i et marked. Slik sett skiller reformen seg fra den deregulering og markedsliberalisering som har funnet sted i sektorer som energiforsyning, olje og gass, samferdsel og kringkasting. Sykehusene er fortsatt heleid av staten som også garanterer for deres gjeld slik at de ikke kan gå konkurs. De private helseleverandørene er relativt få og små. I stedet er det tatt i bruk ulike kvasimarkedstiltak som innsatsstyrt finansiering (ISF) og fritt sykehusvalg for å konkurranseeksponere sykehusene. Når markedsreguleringen er relativt svak vil statens behov for politisk styring sannsynligvis være sterkere enn om sykehusene opererte i et fritt marked.

Vårt argument er at Helsedepartementets styring utvikler seg *i møtet* mellom den nyere New Public Management-inspirerte reformlogikken (NPM), den faktiske tilknytningsformen mellom stat og helseforetak og den styringstradisjon som har utviklet seg i sykehussektoren. Vi argumenterer for at en forventning om en tilbaketrukket eierrolle og mer overordnet strategisk styring av sykehussektoren ikke bare er en teoretisk forenkling; den er også urealistisk, sett i lys av de politisk-administrative rammebetingelsene og den etablerte styringstradisjonen i sykehussektoren. Ved hjelp av ulike datakilder viser vi hvordan både strukturelle, institusjonelle og omgivelsesorienterte trekk kan gi opphav til en sterkere styring enn det mange så for seg ved reformens tilblivelse (jf. kapittel 1).

5.2 Fra fylkeskommunal til statlig styring

Sykehusreformen i Norge markerer ikke bare slutten på fylkeskommunenes 30 år lange eierskap til sykehusene, men også på en mangeårig tradisjon basert på et integrert forhold mellom politikk, forvaltning og sykehus (Byrkjeflot og Neby 2003, Møller Pedersen 2002). Fylkeskommunenes styring av sykehusene utviklet seg i et spenningsfelt mellom statlige mål og styringskrav, fylkeskommunenes behov for å markere en selvstendig linje i sykehuspolitikken og sykehusenes streben etter institusjonell og faglig autonomi. Sett fra fylkespolitikernes ståsted var innflytelsen på sykehuspolitikken jevnt fordelt mellom fylkespolitikkerne, sentrale myndigheter, sykehusene og helseprofesjonene (Martinussen og Paulsen 2004: 348).

Både det frivillige og det lovpålagte regionale helsesamarbeidet mellom fylkene i de fem landsdelene ble et middel for staten til å forsterke den statlige styringen (Opedal og

Stigen 2002 a, b). Statlige handlingsplaner for kreftomsorg og psykisk helsevern bidro sammen med krav til fylkeskommunene om å effektivisere sykehusstrukturen, til å innsnevre fylkeskommunenes selvstyre i sykehuspolitikken. Sett fra statens ståsted blandet fylkeskommunene seg for mye inn i den daglige driften av sykehusene, mens de styrte for lite i forhold til prioriteringer, sykehusstruktur og budsjettbalanse (St.meld.nr.24, 1996-1997, Ot.prp.nr.66, 2000-2001).

For fylkeskommunene bidro økt statlig styring til å forsterke spenningen mellom fylkeskommunenes politiske styring og sykehusenes ønske om institusjonell og faglig autonomi. Sykehusene ønsket autonomi fra fylkespolitikken, samtidig som de drev alliansebygging og interessehevding for å øke budsjetttrammene (Grønlie 2004a, b). Fylkeskommunene ønsket for sin del autonomi fra staten, samtidig som de prøvde å kontrollere sykehusene som best de kunne ved å bygge tette styringsrelasjoner til ledelsen ved sykehusene. Med sykehusene som en integrert del av den fylkeskommunale forvaltningen – som forvaltningsorganer – kunne fylkeskommunene omsette både statlige og egne styringskrav gjennom inngrep i et mangfold av store og små saker. Sykehusdirektørene havnet i skjæringsfeltet mellom sterk politisk styring på den ene siden og fagmiljøenes krav om faglig uavhengighet på den andre. Ved flere av de større sykehusene ble hyppige utskiftninger av toppdirektører mer en regel enn et unntak. Tidligere leder av helseutvalget i Akershus, Dagfinn Sundsbø, beskrev situasjonen mellom fylket og sykehusene på denne måten:

Sykehusdirektørene må gå altfor mange runder innom fylkeskommunen, ved rådmannen eller på politisk nivå, for å utøve sitt lederskap. Dette gir samtidig rom for spill om hvor ansvaret for den løpende drift ligger, og evige runder om budsjettforutsetninger og arbeidsgiveransvar. (Aftenposten 8.6.2000).

Forholdet mellom staten, fylkeskommunene og sykehusene utviklet seg til det som er omtalt som et trekantdrama (Carlsen 1995, Hagen 1998: 163). Sykehusene krevde mer penger, men ønsket minst mulig politisk innblanding i driften og i faglige spørsmål. Fylkeskommunene ville ha mer penger av staten, men ønsket minst mulig innblanding fra statens side i den lokale sykehuspolitikken. Staten ønsket sterkere styring med fylkeskommunene, men ville ikke ta ansvar for budsjettunderskudd som de mente fylkeskommunene selv var skyld i. Fra statens side ble delingen mellom det fylkeskommunale eierskapet til sykehusene og den statlige finansieringen av disse, utropt til syndebygg for det ”svarteperspill” staten mente å kunne observere. I en stortingsmelding fra daværende helseminister Gudmund Hernes het det at ”Det forvaltningsmessige skillet mellom disse to forvaltningsnivåene har i for høy grad ført til en dragkamp om ansvar og ressurser – en spill som ikke har kommet pasientene til gode” (St.meld.nr.24, 1996-1997, s. 16).

Sykehusreformen er et forsøk på å løse de problemer som fylkeskommunene støtte på i sine 30 år som eiere av sykehusene. Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten uttrykte det på denne måten i en kronikk i Aftenposten rett før eierskiftet:

Det blir slutt på et system med rom for spill på ulike nivå om hvor ansvar for den løpende drift ligger. [...] Fylkeskommunen var dels usynlig som eier, dels var ansvarsdelingen egnet til uklarhet om hvem som satt med det endelige ansvaret. Vi får nå et mer ensartet styringssystem (Aftenposten 6.12.2001).

Ambisjonen om å klargjøre ansvarsforholdene kom tydelig til uttrykk i begrunnelsen for sykehusreformen. I lovproposisjonen fremgår det at ”I denne modellen er det ingen tvil

om at staten har det fulle og hele ansvar, og har tilgang til direkte informasjon og hele bredden av relevante virkemidler” (Ot.prp.nr.66, 2000-2001:20). Men reformen søker også å imøtekomme det mangeårige kravet fra sykehusene om større selvstendighet. Omgjøringen av sykehusene fra forvaltningsorgan til egne foretak er uttrykk for en administrativ desentralisering som skal ivareta dette hensynet. I reformforslaget ble det slått fast at ”Styret har det overordnede ansvar for oppnåelse av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket, at virksomheten i alle ledd drives forsvarlig og at driften holdes innenfor de økonomiske og andre rammer som settes” (ibid s.75).

To problemstillinger ble trukket fram i forbindelse med eierskiftet. Den ene rettet seg mot reformens ambisjon om å oppnå mer og bedre politisk styring og mer fristilte sykehus på en og samme gang: ”En gjennomgående problemstilling er å finne balansen mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet styring” (ibid s. 20). Den andre problemstillingen rettet seg mot statens mange roller og behovet for å skille mellom dem: ”Dette setter også staten i en krevende situasjon med hensyn til å skille de ulike rollene. På flere samfunnsområder reises spørsmålet om skillet mellom staten som myndighetsutøver, eier og kontrollør” (ibid s. 20). Hvordan disse problemstillingene er forsøkt tatt hånd om i den statlige eierskaps- og foretaksmodellen er nærmere beskrevet i neste delkapittel.

5.3 Statlig rollemangfold og styringsrelasjonen til helseforetakene

Hvordan staten som sykehuseier har organisert sitt forhold til helseforetakene og til andre deler av statsapparatet vil ha styringsmessige konsekvenser. Både typen og omfanget av styringsvirkemidler og koordineringen av den statlige styringsinnsatsen vil kunne virke inn på formen og styrken i den statlige styringen av helseforetakene.

Generelt kan man si at den norske reformprosessen baserer seg på desentralisering gjennom en kombinasjon av intern delegasjon av myndighet til underliggende fagetater slik som direktoratene, og en ekstern fristilling gjennom overgang fra forvaltningsorganer og -bedrifter til tilknytningsformer som statlige foretak og statsaksjeselskaper (Christensen og Lægreid 2001a, b, 2002, Grønlie og Selle 1998, Grønlie 2001). Parallelt med økt fristilling av underliggende virksomheter har staten gjort ulike grep for å kompensere for tapet av tradisjonell hierarkisk forvaltningsstyring. Mål- og resultatstyring er det mest sentrale tiltaket. Den overordnede statlige styringen er styrket gjennom flere politiske stillinger sentralt i departementene, samtidig som kontroll- og tilsynsorgan får en sterkere og mer uavhengig rolle som overvåkingsorganer overfor fristilte virksomheter.

Sykehusreformen føyer seg inn i denne generelle reformprosessen. Større horisontal og vertikal spesialisering preger den sentrale helseforvaltningen etter reformen (jf. kapittel 3). Flere organisatoriske grep er tatt for å skape institusjonelle skiller mellom statens roller som bestiller, eier, myndighetsutøver og rollen som kontroll- og tilsynsmyndighet. For eksempel ble Sosial- og helsedepartementet delt i to i 2002, hvor Helsedepartementet fikk ansvaret for eierstyringen av helseforetakene. I den forbindelse ble det skilt ut en egen eieravdeling i departementet. Fra 2005 er skillet mellom Helsedepartementets bestillerrolle og eierrolle forsøkt tydeliggjort ved å opprette en ny spesialisthelsetjenesteavdeling med ansvar for bestillerrollen. Også i de regionale helseforetakene gjennomføres tiltak for å skille tydeligere mellom bestiller- og eierrollen etter krav fra Høyre,

Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti i Stortingets sosialkomité (B.innst.S.nr.11, 2004-2005).

For å klargjøre den statlige myndighetsrollen og skille denne fra Helsedepartementets eierrolle, ble en rekke forvaltningsmessige og administrative oppgaver samlet i Sosial- og helsedirektoratet. På den måten ble en rekke iverksettende og myndighetsutøvende funksjoner samlet i et stort direktorat med rundt 500 ansatte. Dermed ble også Helsetilsynets tilsynsansvar og uavhengighet mer rendyrket. Fra 2005 forholder de regionale helseforetakene seg til tre styringsdokumenter fra den sentrale helseforvaltningen. Et bestillerdokument, et dokument fra direktoratet med informasjon og krav knyttet til ulike myndighetstiltak og eierkrav protokollført i foretaksmøte.

Oppdelingen i ulike statlige roller kan gi opphav til samordningsproblemer. Når alle rollene er samlet på statens hånd er det behov for både uavhengighet mellom rollene, men også samordning mellom dem der hvor dette er nødvendig. Ellers kan den statlige styringen virke sprikende sett fra helseforetakenes ståsted. Helseforetakene vil gjerne forholde seg til én stat og én statsvilje. Staten på sin side har behov for vise omgivelsene at den ikke blander sammen de ulike rollene den besitter. Dermed stilles staten overfor den utfordring å lage et helhetlig styringsopplegg for de regionale helseforetakene samtidig som den bestreber seg på å skille de ulike rollene.

Helseforetaksloven legger visse formkrav på Helsedepartementets eierstyring. Det gjelder rammer for låneopptak, regler om at saker av vesentlig betydning skal legges fram for Helsedepartementet, grenser for kompetanse til å selge sykehus og annen eiendom og krav om rapportering til eier. Sosial- og helsedirektoratets myndighetsstyring følger imidlertid av andre lover og forskrifter. Forholdet mellom direktoratets myndighetskrav og helseforetakene er hierarkisk i den forstand at helseforetakene er pålagt å iverksette og følge opp myndighetskravene. For helseforetakene kan det bety at de må forholde seg til ulike styringslinjer hvor formen på den statlige styringen varierer avhengig av om det dreier seg om eierstyring, bestillerstyring eller myndighetsstyring.

Den vertikale spesialiseringen mellom rollene til den sentrale helseforvaltningen og helseforetakene skal skape balanse mellom statens bestiller- og eierstyring på den ene siden og foretakenes driftsmessige autonomi på den andre. Helsedepartementets eierstyring utøves gjennom lov, vedtekter, styreoppnevning og foretaksmøter. Disse eierstyringsvirkemidlene er imidlertid supplert med styringsvirkemidler hentet fra tradisjonell etatsstyring av forvaltningsorganer. Som tabell 5.1. nedenfor viser, plasserer helseforetak som tilknytningsform seg mellom forvaltningsorgan på den ene siden og statsforetak og statsselskaper på den andre. Både valget av formell tilknytningsform og den integrerte eier- og bestillermodellen er eksempler på de mellomløsninger eller hybrider som ble valgt da sykehusreformen ble utformet.

Tabell 5.1 Styringsvirkemidler staten har til rådighet ved valg av tilknytningsform.

Hierarkisk instruksjon ←		→ Rammestyring	
Forvaltningsorgan	Helseforetak	Statsforetak/heleide statlige aksjeselskap	Selveiende virksomheter eller private selskaper
Etatsstyring gjennom instruksjonsmyndighet	Eierstyring	Eierstyring	Kontrakter ved kjøp av tjenester
Bevilgningsmyndighet/tildelingsbrev	Styreoppnevning	Styreoppnevning	Generell rettslig og sektorpolitisk regulering
Offentlighetslov og forvaltningslov	Vedtekter og formål	Vedtekter og formål	
Avtaler og forhandlinger	Foretaksmøte	Foretaksmøte/ generalforsamling	
Generell rettslig og sektorpolitisk regulering	Avtaler ved kjøp av tjenester	Kontrakter ved kjøp av tjenester	
	Bruk av stabdialog/kontaktmøter	Bruk av kontaktmøter	
	Offentlighetslov og forvaltningslov	Generell rettslig og sektorpolitisk regulering	
	Bevilgningsmyndighet/tildelingsbrev/styringsdokument		
	Generell rettslig og sektorpolitisk regulering		

Helseforetaksloven er utarbeidet med utgangspunkt i statsforetaksloven (jf. NOU1991:8, Ot.prp.nr.32, 1991-1992). I en tale i Polyteknisk forening 3. april 2001 kom daværende helseminister Tore Tønne inn på begrunnelsen for å ta utgangspunkt i statsforetaksloven: "Ut fra erfaringene både med fylkeskommunalt og statlig eierskap var det enighet om at det ikke var hensiktsmessig å organisere sykehusene som en del av statsforvaltningen. Landsmøtet [i Arbeiderpartiet, vår merknad] vedtok derfor en organisering i statlige foretak etter modell av statsforetaksloven".

Statsforetaksloven er laget med sikte på å være en tilknytningsform for statlig næringsvirksomhet som samtidig skal være et instrument for å ivareta overordnede politiske målsettinger. Det blir i statsforetaksloven lagt vekt på at departementet ikke skal utøve eiermyndighet på annen måte enn gjennom foretaksmøte som avholdes en gang i året. I praksis forekommer ofte en kombinasjon av formell eierstyring og mer uformell styring gjennom kontaktmøter og informasjonsutveksling (Grønlie og Selle 1998, Grønlie 2001, NOU 2003: 34).

Helseforetaksloven bygger på disse prinsippene og erfaringene, men skiller seg ut ved en større detaljeringsgrad når det gjelder spesifisering av hvilke saker som må forelegges statsråden i foretaksmøtet (Grønlie 2004a). Behovet for uformell kontakt er forsøkt fanget opp gjennom etablering av en stabdialog mellom stat og helseforetak. Gjennom denne skal det være rom for uformelt rådslag og utveksling av informasjon.

Helseforetaksloven inneholder en del særbestemmelser som gir rom for sterkere statlig styring enn det statsforetaksloven formelt åpner opp for. Den viktigste forskjellen er at § 16 i helseforetaksloven gir Helsedepartementet anledning til å sette vilkår for

bevilgninger *utenfor* foretaksmøtet (Ot.prp.nr.66, 2000-2001, Besl.O.nr.123, 2000-2001). I følge statsforetaksloven kan ikke eier utøve eierstyring utenom foretaksmøtet noe helseforetaksloven altså gir rom for. Helseforetakene er også underlagt Offentlighetsloven og Forvaltningsloven (med unntak av personalsaker) på samme måte som forvaltningsorganer i staten. Alt i alt hjemler helseforetaksloven sterkere statlige styringsinngrep overfor helseforetakene enn det statsforetaksloven gjør i forhold til andre av statens foretak.

5.4 Helsedepartementets styring av helseforetakene

Hvordan har Helsedepartementet håndtert sin styring av helseforetakene etter den statlige overtakelsen av sykehusene? Departementets styringsstrategi går ut på å presentere et mest mulig samlet styringsbudskap for de regionale helseforetakene ved årets begynnelse. Her står Helsedepartementets bestillerdokument og eierkrav formidlet i foretaksmøte sentralt. I tillegg formidler Sosial- og helsedirektoratet sitt årlige brev til de regionale helseforetakene. Ordinære og ekstraordinære foretaksmøter blir brukt av departementet til å ta opp faste eller aktuelle saker i løpet av året. Fremstillingen av Helsedepartementets styring bygger på dokumentstudier, intervjuer i Helsedepartementet i 2002 og 2004 og spørreundersøkelsene høsten 2003 og høsten 2004 i de regionale og lokale helseforetakene.

Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene må i utgangspunktet forventes å ha en mer overordnet strategisk og rammepreget form enn det mer detaljerte og instrukspregede tildelingsdokumentet staten benytter i sin etatsstyring av forvaltningsorganer. I tabell 5.2 har vi tatt utgangspunkt i fire ulike styringsformer. Den mest overordnede og strategiske styringsformen vil være kombinasjonen av rammestyring og mål- og resultatstyring. Mest detaljert er styringen om staten velger å detaljstyre lokale plan- og beslutningsprosesser og helseforetakenes organisering av virksomheten. I gjennomgangen av styringsdokumentene for de regionale helseforetakene for årene 2002, 2003 og 2004 har vi sett etter eksempler på de ulike styringsformene³⁰. I fremstillingen er det ikke skilt mellom bestillerkrav eller eierkrav.

³⁰ Eksempler er benyttet fordi det ikke lot seg gjøre å foreta en systematisk optelling av antall statlige styringssignaler i styringsdokumentene og deretter foreta en kategorisering av dem i henhold til de fire styringsformene i tabell 5.2.

Tabell 5.2 *Eksempler på styringsformer som er benyttet i styringsdokumentet. Kilde: Helsedepartementets styringsdokumenter for 2002, 2003 og 2004.*

	2002		2003		2004	
	Mål- og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	Mål- og resultatstyring	Styring av organisering og prosess	Mål- og resultatstyring	Styring av organisering og prosess
Rammestyring	Ikke øke pasientbehandlingen utover nivået i 2001 Redusere ventetiden Redusere bruken av tvang i psykiatrien	Praktisere mer offentlighet i henhold til Offentlighetsloven Utarbeide strategiplaner	Økonomisk balanse i driften innen 2004 Foretakene skal som hovedregel unngå korridorpasienter	Avklare innholdet i de regionale foretakenes "sørge-for"-ansvar Unngå å forfordle egne helseforetak framfor private leverandører	Prioritere kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, kronikere og habilitering/rehabilitering	Krav til at de regionale foretakene fortsatt samarbeider seg i mellom
Spesifikke styringskrav	Ingen eksempler	Etablere regionale brukerutvalg Etablere samarbeidsorgan i forhold til universitet og høyskoler	Ikke ventetider utover ett år Øke produktiviteten i de psykiatriske poliklinikkene med 30 prosent	Etablere innkjøps-sentral i Vadsø Delta i markeringen av det offentlige helsevesenets 400 års jubileum	Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling for lårhalsbrudd	Styremøtene i regionale og lokale helseforetak skal være åpne Minst 80 prosent av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskrivning

Gjennomgangen av styringsdokumentene for de regionale helseforetakene viser at Helsedepartementet tyr til langt flere styringsformer enn de rent strategiske og overordnede. Vi finner eksempler på rammeorientert mål- og resultatstyring slik som kravene Stortinget har stilt til helseforetakene om å få økonomisk balanse i driften innen en viss tid. Det er også eksempler på rammeorientert statlig styring av prosesser og organisering i helseforetakene. Eksempelvis forlanger Helsedepartementet at de regionale helseforetakene ikke skal favorisere egne helseforetak framfor private ved bestilling og kjøp av tjenester. Det er også eksempler på mer spesifikke styringskrav fra statens side. Et konkret resultatkrav i 2003 i forhold til de psykiatriske poliklinikkene var at produktiviteten i disse skulle økes med 30 prosent. Vi finner også eksempler på detaljerte statlige krav til prosesser og organisering. Eksempelvis ble det fra statens side i 2003 stilt krav til helseforetakene om å medvirke i etableringen av en felles innkjøps-sentral for alle helseforetakene i Vadsø. Også statens vedtak om at styremøtene i de regionale helseforetakene skal være åpne kan sies å høre til i denne kategorien.

Helsedepartementets styringsbudskap har dessuten gjennomgått en utvikling i retning av å bli tydeligere hvor det stilles mer konkrete styringskrav til de regionale helseforetakene. Det er blitt mer tydelig på hva som er statens og Helsedepartementets hovedprioriteringer

det enkelte år. Eksempelvis har staten krevd for 2005 at den prosentvise veksten innenfor rusomsorgen og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken (Bestillerdokument 2005). Styringskravene er også i økende grad blitt ordnet ut fra statens mange roller. Videre er de statlige bestiller- og eierkravene i sterkere grad blitt formulert som *instruks*er til helseforetakene i den forstand at de "skal" følges opp. I styringsdokumentet for 2002 ble styringssignalene dels formidlet som henstillinger og anmodninger (bør) og dels ble de formidlet som instruks (skal). I styringsdokumentene for 2003 og 2004 er det instruksene som dominerer. Også innslaget av kvantifiserte resultatkrav i pakt med utviklingen av målstyringskonseptet er økende over tid. Som en følge av et stadig mer konkret styringsbudskap har også kravene til rapportering fra de regionale helseforetakene til eier blitt større.

Balanseforholdet mellom statens styring og helseforetakenes autonomi påvirkes også av Helsedepartementets krav til samarbeid *mellom* de regionale helseforetakene. I utgangspunktet forvalter staten fem eierskap representert ved de fem regionale helseforetakene. Initiativet til samarbeid mellom helseforetakene er i utgangspunktet lagt til de fem regionale helseforetakene³¹. For å realisere den nasjonale helsepolitikken har imidlertid Helsedepartementet pålagt helseforetakene å samarbeide på utvalgte områder. I 2005 var det samarbeid om psykisk helse, forskning, ledelsesutvikling, IKT og forholdet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. Også prioritering mellom og innenfor ulike pasientgrupper er et felt hvor de regionale helseforetakene er pålagt å samarbeide. Disse kravene til samarbeid viser at staten aktivt bruker eierposisjonen til å styre de regionale helseforetakene i en felles retning. Samtidig fører de regionovergripende samarbeidstiltakene til at skillet mellom statens nasjonale eierrolle og den regionale konsernledelsen i de fem helseregionene blir mindre tydelig.

Den statlige styringen er sterkere på noen saksfelt enn andre. Statlige handlingsplaner er et slikt forhold. Med statlige handlingsplaner følger det gjerne med konkrete styringskrav i form av øremerking av midler, spesifiserte krav til resultatoppgjør, framdrift og detaljert rapportering. Et eksempel er opptrappingsplanen for psykisk helse hvor det i styringsdokumentene til helseforetakene er angitt detaljerte krav til gjennomføring av planen, bruken av tildelte midler og organisering av tilbudet. Helseminister Ansgar Gabrielsen har flere ganger i mediene uttalt at det er behov for sterk statlig styring for å sikre at helseforetakene følger opp opptrappingsplanen (VG 18.12.2004, Stavanger Aftenblad 11.12.2004).

I tillegg til styringsdokumentene er *foretaksmøtene* den viktigste arenaen for statens eierstyring. Foretaksmøtet er øverste myndighet i de regionale helseforetakene. I perioden 2002 til 2004 ble det avholdt ett ordinært foretaksmøte i året mellom staten og foretakene. I tillegg benyttet Helsedepartementet ekstraordinære foretaksmøter som et virkemiddel for å initiere og treffe avgjørelser i saker som anses som vesentlige for staten. Totalt avholdt staten 36 foretaksmøter i 2002, 2003 og 2004, 15 ordinære møter i henhold til de daværende vedtektene og 21 ekstraordinære. Antallet ekstraordinære møter viser at departementet benyttet dette virkemidlet aktivt i forhold til de regionale helseforetakene. I en del tilfeller stod imidlertid kun en sak eller et fåtall saker på dagsorden i de ekstraordinære foretaksmøtene. I Helse Vest stod en og samme sak på dagsorden i fem av de ekstraordinære foretaksmøtene.

³¹ I § 6 i vedtektene for de regionale helseforetakene heter det at regionalt helseforetak "skal ta initiativ til og medvirke til samarbeid med andre regionale helseforetak når dette er egnet til å fremme de regionale helseforetakenes formål og løsning av hovedoppgavene".

Etter omleggingen av Helsedepartementets styringsopplegg i 2005 avholder Helsedepartementet to ordinære foretaksmøter i året, et i januar og et i juni, etter en endring i de regionale helseforetakenes vedtekter. På den måten skiller helseforetaksmodellen seg enda tydeligere fra andre norske statsforetak. I de øvrige statsforetakene, eksempelvis Statskog, Statnett og SIVA, avholdes ett ordinært foretaksmøte i året (NOU 2003: 34). Heller ikke i særlovsselskaper som Statens nærings- og distriktsutviklingsfond, Petoro AS, Posten Norge AS, NSB AS eller Avinor AS avholdes ordinært foretaksmøte eller generalforsamling mer enn en gang i året.

Tabell 5.3 *Saker behandlet i foretaksmøte i de regionale helseforetakene i 2002-2004. Absolutte tall som viser hvor ofte slike saker har vært behandlet i foretaksmøte*. Kilde: Møteprotokoller fra foretaksmøtene.*

	2002	2003	2004	Totalt
a) Behandling av saker av vesentlig betydning, § 30 i helseforetaksloven	2	10	2	14
b) Orientering om vesentlige saker	0	0	8	8
c) Endring i foretakenes vedtekter, § 10 i helseforetaksloven	10	5	10	25
d) Salg av eiendom, § 31 i helseforetaksloven	0	1	0	1
e) Fastsettelse av instruks for styret	5	2	5	12
f) Valg av nytt styre/ oppnevning av nye styremedlemmer, § 21 i helseforetaksloven	2	6	0	8
g) Årsregnskap, årsberetning og årlig melding, §§ 34 og 43 i helseforetaksloven	10	10	10	30
h) Fastsettelse av styregodtgjørelse, § 21 I helseforetaksloven	5	5	5	15
i) Godkjenning/ valg av revisor/ revisors godtgjørelse, § 44 i helseforetaksloven	0	5	5	10
Totalt	34	44	45	123

* Når det for eksempel er oppgitt at fastsettelse av styregodtgjørelse har vært behandlet 5 ganger i 2002 betyr det at denne saken har vært behandlet i ett foretaksmøte med hver av de fem regionene.

Fra 2002 til 2003 var det en økning i antall saker etter helseforetakslovens § 30 - det vil si saker som oppfattes å være av vesentlig betydning, jf. tabell 5.3. I disse sakene valgte helseministeren å instruere de regionale helseforetakene. I 2003 ble blant annet spørsmålet om omorganisering av akutt- og fødetilbudet tatt opp i foretaksmøter med tre av de fem regionale helseforetakene: Helse Nord, Helse Vest og Helse Øst. I disse sakene traff foretaksmøtet vedtak som i større eller mindre grad endret på de opprinnelige vedtakene i de regionale styrene (jf. kapittel 7).

Også i andre typer saker har helseministeren grepet aktivt inn. Et eksempel er den såkalte kodesaken i Helse Sør. I foretaksmøte 10. april 2003 ble styret for Helse Sør pålagt i instruks å rydde opp i det som ble oppfattet som kritikkverdig kodepraksis. I tillegg til kodesaken kom Helse Sør i søkelyset på grunn av det som ble omtalt som lukrative lønns- og pensjonsordninger for direktørene i helseforetakene. I Aftenposten ble det også slått opp at Helse Sør benyttet seg av et styremedlem i styret for Rikshospitalet til å drive lobbyvirksomhet mot sin egen eier (Aftenposten 7. mars 2003). Disse sakene førte til at søkelyset ble rettet mot administrerende direktør for Helse Sør. Etter at styreleder i Helse Sør ikke fikk flertall for å avsette direktøren, valgte daværende helseminister Dagfinn Høybråten å avsette de departementsoppnevnte medlemmene i styret. Nytt styre for Helse

Sør ble oppnevnt i foretaksmøte 9. februar 2004. Hendelsene i Helse Sør viser hvordan helseministeren aktivt benyttet flere av de virkemidler han har til disposisjon i foretaksmøtet. Både instruks i enkeltsaker og oppnevning av nytt styre ble benyttet i forsøkene på å rydde opp.

Fra 2004 ble det innført en ordning hvor foretaksmøtet, og dermed helseministeren, orienteres om vesentlige saker (jf. pkt. b i tabell 5.3). Det kan dreie seg om større utbyggingssaker eller orienteringer om framdriften i saker hvor foretaksmøtet tidligere har gitt instruks til de regionale helseforetakene. Eksempler på slike saker er byggingen av nytt sykehus i Akershus (Nye Ahus) og Helse Vests iverksetting av foretaksmøtets vedtak om å gjøre om sykehuset i Florø til såkalt nærsykehus.

Helsedepartementet har i noen saker brukt foretaksmøtet som et "sikkerhetsnett" for å kunne fange opp saker som krever rask avklaring. Ikke alle saker har latt seg overskue ved årets begynnelse når styringsbudskapet presenteres. Noen saker, ofte politisk brennbare og kontroversielle saker, har dukket opp på tidspunkt som ikke alltid har passet med kjøreplanen for den formelle styringsutøvelsen fra statens side.

Helsedepartementets eierkrav til de regionale helseforetakene for 2005 viser at departementet går langt i å fastsette detaljerte krav til foretakene. Av protokollene fra foretaksmøtene i januar fremgår det at de regionale foretakene skal etablere opplegg for internkontroll for å bedre oppfølgingen av myndighetskrav og lovverk. De er pålagt å etablere intern revisjon, innføre et tydeligere skille mellom bestiller- og eierrollen og begrense ansattes adgang til å sitte i styrene for de lokale helseforetakene. Styret for Helse Øst hadde følgende merknad til styringsbudskapet fra Helsedepartementet:

Helse Øst oppfatter at styringsbudskapet på enkelte punkter er svært detaljert, og endret i forhold til tidligere praksis og det grunnlag reformen var tuftet på. Dette gjelder særlig punktene om internrevisjon, begrensningen i adgangen til å bruke RHF-ansatte i HF-styrene, rapporteringsprosedyrer og balansekravet for 2005. Dette kan skape usikkerhet i forhold til styrenes oppdrag og RHF-enes fremtidige rolle og ansvar (foretaksmøte Helse Øst 14.1.2005).

Staten synes å gjøre langt mer aktiv bruk av foretaksmøtet i sykehussektoren enn i næringssektoren. Det er en relativt entydig erfaring fra næringssektoren at statsråden uhyre sjelden bruker foretaksmøte (eventuelt generalforsamling) som styringsredskap (Byrkjeflot og Grønlie 2004, Grønlie 2000). Staten har i all hovedsak valgt en formell og tilbaketrukket styringsprofil. Eierdepartementene har selv i politisk kontroversielle saker i mange tilfeller vært tilbakeholdne med å innkalle til ekstraordinært foretaksmøte eller generalforsamling for å instruere selskapene (Statskonsult 1998: 9).

I tillegg til foretaksmøtet er det laget en ordning med såkalt *stabsdialog* mellom representanter for eier og de regionale helseforetakene. Stabsdialogen benyttes til å utdype og fortolke styringsbudskapet til helseforetakene. Helseministeren har møter med styrelederne for de regionale helseforetakene, mens direktørene for foretakene har sine faste møter hvor eieravdelingen i Helsedepartementet er representert.

Ut over møter i forbindelse med stabsdialogen kan det være en mer uformell kontakt mellom staten og helseforetakene. Som vi så i forrige kapittel har lederne i de regionale og lokale helseforetakene mer kontakt med Stortinget enn med politisk ledelse og eieravdelingen i Helsedepartementet. Linjemessig forholder helseforetakene seg kun til Helsedepartementet og helsestatsråden. For Stortingets del innebærer prinsippet om ministerstyre at Stortinget formelt sett bare kjenner statsråden. I utgangspunktet åpner

ikke dette prinsippet for direkte kontakt mellom Stortinget og foretakslederne. Foretakslederne kan imidlertid bli innkalt til høringer og lignende på Stortinget. Som vi så i forrige kapittel er den direkte kontakten foretakslederne har med Stortinget mer uformell enn den kontakten lederne har med politisk ledelse og eieravdelingen i Helsedepartementet. Det kan skape utfordringer for Helsedepartementets styring om det utøves en mer direkte styring mellom Stortinget og helseforetakene.

5.5 Helseforetakenes erfaringer med Helsedepartementets styring

Hvordan opplever helseforetakene Helsedepartementets bruk av ulike styringsvirkemidler og koordineringen av de mange statlige rollene? Hvordan vurderes balanseforholdet mellom overordnet statlig styring og hensynet til foretakenes autonomi? For å få et inntrykk av eller indikasjon på innflytelsen til Helsedepartementet og andre statlige instanser, ble styremedlemmene og de administrative lederne i de regionale og lokale helseforetakene bedt om å vurdere hvilken innflytelse ulike instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket (jf. også kapittel 4). Tabell 5.4 viser hvordan foretakslederne vurderte innflytelsesforholdene høsten 2004.

Tabell 5.4 *Hvilke instanser som har nokså stor/ svært stor innflytelse over beslutninger som treffes i regionale og lokale helseforetak. Prosent og absolutte tall. 2004.*

	Regionale helseforetak	Lokale helseforetak	N
Sentrale instanser:			
- Stortinget	80	64	283
- Politisk ledelse i Helsedepartementet	96	68	282
- Eieravdelingen i Helsedepartementet	96	65	283
- Sosial- og helsedirektoratet	43	36	282
- Statens helsetilsyn	39	36	283
Instanser knyttet til helseforetakene:			
- Administrativ ledelse i helseforetaket	94*	90**	54/230
- Styret for helseforetaket	95*	80**	54/230
- Ansattes organisasjoner	33	31	284
- Regionale/lokale brukerutvalg	54	11	284
Eksterne instanser:			
- Bruker-/pasientorganisasjoner	40	14	283
- Kommunale og fylkeskommunale myndigheter	9	2	284
- Lokale aksjonsgrupper	20	9	283
- Massemedia	37	29	284

* Bare direktører og styremedlemmer for de regionale helseforetakene; ** bare direktører og styremedlemmer for de lokale helseforetakene.

Tabellen viser at politisk ledelse og eieravdelingen i Helsedepartementet og Stortinget, sammen med den administrative ledelsen og styrene for de regionale og lokale helseforetakene, er de instanser som tillegges størst innflytelse. Størst innflytelse tillegges disse sentrale instansene på beslutninger på regionalt nivå. Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn oppnår lavere skåre både på regionalt og lokalt nivå enn det politisk ledelse og eieravdelingen i departementet og Stortinget oppnår.

Vi får følgende rangeringer av de ulike instansene om vi tar utgangspunkt i resultatene fra spørreundersøkelsene for 2003 og 2004 (først for 2003 og så for 2004): De *regionale* lederne mener at det er politisk ledelse i Helsedepartementet (hhv. 91 og 96 prosent), eieravdelingen i Helsedepartementet (hhv. 84 og 96 prosent), styret for regionalt helseforetak (hhv. 98 og 95 prosent), administrativ ledelse i regionalt helseforetak (hhv. 87 og 94 prosent) og Stortinget (hhv. 76 og 80 prosent) som har størst innflytelse på beslutningene i de regionale foretakene. De *lokale* lederne mener at det er administrativ ledelse i lokalt helseforetak (hhv. 92 og 90 prosent), styret for lokalt helseforetak (hhv. 88 og 80 prosent), politisk ledelse i Helsedepartementet (hhv. 67 og 68 prosent), eieravdelingen i Helsedepartementet (hhv. 70 og 65 prosent) og Stortinget (hhv. 55 og 64 prosent) som har størst innflytelse på beslutningene i de lokale foretakene. Som vi så i forrige kapittel er ovenfra og ned innflytelsen mellom regionale og lokale helseforetak betydelig større enn innflytelsen nedenfra og opp. Slik foretakslederne vurderer det, har de lokale helseforetakene langt mindre innflytelse på regionalt helseforetak enn regionalt helseforetak har på de lokale foretakene (jf. kapittel 4).

Den overordnede styringen fra statens side er altså sterk slik foretaksledelsen ser det, men ikke så sterk at det ikke er armslag for ledelsen i de regionale og lokale helseforetakene til å sette sitt preg på utviklingen i foretakene. Den sterke statlige sektorpolitiske styringen ovenfra og ned understrekes ved at lokale aktører, slik som kommunale og fylkeskommunale myndigheter, tillegges minimal innflytelse på de beslutninger som treffes. Heller ikke lokale aksjonsgrupper tillegges særlig innflytelse.

Et neste spørsmål er hvordan foretaksledelsen i de regionale helseforetakene oppfatter styringsrelasjonen til eier ved Helsedepartementet og andre deler av den sentrale helseforvaltningen. Tabell 5.5 viser hvordan foretakslederne vurderte denne styringsrelasjonen i 2003 og 2004.

Tabell 5.5 *Hvordan ledelsen i de regionale helseforetakene vurderer relasjonen mellom regionalt helseforetak og Helsedepartementet og andre instanser i den sentrale helseforvaltningen. Prosentandel som har svart nokså enig/ helt enig. Prosent og absolutte tall.*

	2003	2004
a) Styringsdokumentet fra eier er for detaljert	79	66
b) Det er vanskelig å skille mellom "styringsdialog" og "stabsdialog"	40	27
c) Det er et godt tillitsforhold mellom det regionale helseforetaket og Helsedepartementet	65	78
d) Det oppstår stadig tvil om hvilke saker som er Helsedepartementets ansvar og hvilke saker som er det regionale helseforetakets ansvar	20	11
e) Det regionale helseforetaket har stor handlefrihet	53	51
f) Mange saksfelt som regionalt helseforetak er opptatt av, er ikke berørt i styringsdokument og øvrig styringsdialog	20	20
g) Styringssignalene fra Stortinget, Helsedepartementet, direktorater og tilsyn er ofte motstridende	51	48
h) Staten opptrer på en ryddig måte overfor regionalt helseforetak	38	33
i) Styringen fra eier er lite forutsigbar	38	47
j) Kompetansen til Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn utnyttes aktivt av det regionale helseforetaket	10	31
k) Sosial- og helsedirektoratet ivaretar sin myndighetsrolle på en måte som påfører regionalt helseforetak unødig mange detaljsaker	85	47
l) Vedtakene i foretaksmøtet har stor innflytelse på virksomheten i regionalt helseforetak	-	85
m) Stabsdialogen utgjør et viktig supplement til Helsedepartementets styring gjennom foretaksmøte og styringsdokument	-	64
n) Helsedepartementet og Stortinget er samkjørte i sin styring av regionalt helseforetak	-	22
N=	20-57	54-56

To tredjedeler av direktørene og styremedlemmene i de regionale helseforetakene var i 2004 enige i at styringsdokumentet fra eier er for detaljert (pkt. a). I 2003 og 2004 forholdt helseforetakene seg til ett felles styringsdokument fra Helsedepartementet med både bestiller- og eierkrav. Den prosentvise nedgangen fra 2003 til 2004 kan ha sammenheng med at Helsedepartementet i 2004 forsøkte å lage et mer kortfattet og konkret styringsdokument til foretakene med større vekt på resultatkrav. I 2004 ble de regionale foretakslederne i tillegg bedt om svare på to spørsmål om foretaksmøtets betydning og om stabsdialogens rolle som supplement til foretaksmøtet og styringsdokumentet (pkt. l og m). Både foretaksmøtet og stabsdialogen tillegges stor vekt slik ledelsen i de regionale helseforetakene vurderer det.

Ledelsen i de regionale helseforetakene er i liten grad enige i at det er vanskelig å skille den mer formelle styringsdialogen fra det mer uformelle rådslaget i stabsdialogen (pkt. b). Nedgangen i prosentandelen som er enige i påstanden fra 2003 til 2004 kan tyde på at det er blitt et klarere skille mellom styrings- og stabsdialogen. Relasjonen mellom eier og de regionale helseforetakene er i hovedsak preget av tillit (pkt. c). Tilliten ser også ut til å ha økt fra 2003 til 2004. Videre er det bare et lite mindretall som er enige i at det stadig oppstår tvil om hvilke saker som er Helsedepartementets ansvar og hvilke saker som er det regionale helseforetakets ansvar (pkt. d). Det kan tyde på at ansvarsfordelingen

mellom Helsedepartementets oppgaver og foretakenes oppgaver oppfattes å være rimelig klar.

Over halvparten av lederne i de regionale helseforetakene er enige i at regionalt helseforetak har stor handlefrihet (pkt. e). Det underbygger at det er en administrativ autonomi på regionalt nivå. På den annen side er det bare et mindretall av lederne som er enige i at mange saksfelt som regionalt helseforetak er opptatt av, ikke er berørt i styringsdokument og øvrig styringsdialog. Det kan tyde på at sakene i regionalt helseforetak i hovedsak reflekterer de saker som Helsedepartementet er opptatt av. I kapittel 6 undersøkes det nærmere hvilke saker de regionale foretakene er opptatt av.

Styringsrelasjonen mellom den sentrale helseforvaltningen og de regionale helseforetakene byr også på utfordringer. Om lag halvparten av lederne er enige i at styringssignalene fra Stortinget, Helsedepartementet, direktorater og tilsyn ofte er motstridende (pkt. g). Kun en tredjedel av lederne sa seg i 2004 enige i at staten opptrer på en ryddig måte overfor det regionale helseforetaket (pkt. h). Nesten halvparten var samme år enige i at styringen fra eier er lite forutsigbar (pkt. i). Denne prosentandelen økte klart fra 2003 til 2004. Det er også interessant å merke seg at kun 22 prosent av lederne i de regionale helseforetakene er enige i at Helsedepartementet og Stortinget er samkjørte i sin styring av helseforetakene (pkt. n).

Sosial- og helsedirektoratets myndighetsstyring representerer en utfordring slik mange av lederne i de regionale helseforetakene ser det. Når halvparten av lederne var i 2004 av den oppfatning at direktoratets myndighetsrolle påfører regionalt helseforetak unødige mange detaljsaker (pkt. k). I 2003 var imidlertid situasjonen enda mer anstrengt. Da var hele 85 prosent av de regionale lederne enige i denne påstanden. I 2004 ble det foretatt en gjennomgang av roller og ansvarsforhold mellom direktoratet og foretakene (Rolleutvalgets rapport 2004, jf. kapittel 3). Denne gjennomgangen synes å reflektere seg i en viss forbedring i relasjonen mellom direktoratet og de regionale foretakene. Det er i tillegg en økende prosentandel fra 2003 til 2004 som er enige i at kompetansen til direktoratet og Statens helsetilsyn utnyttes aktivt av regionalt helseforetak (pkt. l).

5.6 Budsjettkontroll som styringsutfordring

Et område som har satt det statlige eierskapet på prøve er hensynet til budsjettbalansen. Reformen bygger på en forventning om at samlingen av eierskapet på statens hånd og en myndiggjøring av helseforetakene vil bidra til en mer effektiv forvaltning og kontroll med ressursene i sektoren. Et vesentlig element har vært å få bedre kontroll over kostnadene enn da fylkeskommunene eide sykehusene. Men eiers krav om budsjettbalanse kan komme i konflikt med krav som ligger i den "helsepolitiske bestillingen" (jf. NOU 2003: 1). Reduksjon i ventelister og -tider har vært et hensyn som staten har lagt stor vekt på etter sykehusreformen.

Etter eierskiftet har aktivitetsveksten i sykehusene vært høyere enn hva Stortinget har forutsatt i sitt økonomiske opplegg for helseforetakene. Hovedregelen i de vedtatte statsbudsjettene har vært å basere seg på at aktiviteten blir om lag som året før. Fra 2001 til 2002 økte imidlertid antall opphold ved sykehusene med 4,9 prosent (Samdata 2003). Veksten i aktiviteten har fortsatt i 2003 og 2004 og har med stor sannsynlighet medvirket til reduksjonen i ventelistene (jf. kapittel 8).

De regionale helseforetakene har vært stilt overfor et finansieringssystem som stimulerer aktiviteten i sykehusene og bidrar til å effektivisere virksomheten (Hagen m. fl. 2001, Biørn m.fl. 2003). Samtidig har overslagsbevilgninger i forhold til den innsatsfinansierte

delen av aktiviteten medført at helseforetakene har forholdt seg til ”myke” budsjett-rammer ved årets begynnelse (Slåttembrekk og Aarseth 2003). Stortinget har vært villige til å gi tilleggsbevilgninger og akseptert at balansekravet er blitt skjøvet ut i tid. I tillegg har det vært usikkerhet om verdsetting av realkapital og eiendeler i helseforetakene og dermed om hva som er den reelle økonomiske situasjonen i helseforetakene.

I 2002 lå de regionale helseforetakene an til et underskudd på ca. 2,6 mrd. kroner. Etter tilleggsbevilgninger ved behandling av revidert nasjonalbudsjett og krav om effektivisering ble underskuddet til slutt 0,8 mrd. kroner (St.prp.nr.1, 2003-2004). I 2003 ble underskuddet for helseforetakene om lag 4 mrd. kroner eller ca. 2 mrd. kroner etter avskrivninger (St.prp.nr.1, 2004-2005). I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2003 støttet et flertall på Stortinget regjeringens forslag om en tilleggsbevilgning på 300 mill. kroner til de regionale helseforetakene (St.prp.nr.65, 2002-2003, Innst.S.nr.260, 2002-2003). Både i 2002 og 2003 førte aktivitetsveksten til et behov for å øke budsjett-rammen for de regionale helseforetakene som en del av den ordinære budsjettbehandlingen om høsten. I 2003 ble for eksempel overslagsbevilgningen til innsatsstyrt finansiering av sykehusene økt med 1,5 mrd. kroner, mens refusjon til poliklinisk virksomhet ble forhøyet med 455 mill. kroner (Innst.S.nr.88, 2003-2004). I 2004 førte budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet til en økning i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene på 500 mill. kroner (B.innst.S.nr.11, 2003-2004). Disse midlene ble forutsatt å redusere underskuddene for 2004.

Usikkerhet om lønnsoppgjør, nivået på pensjonspremier og forhold knyttet til finansiering av underskudd har påvirket helseforetakenes likviditetsmessige situasjon. For å lette på denne situasjonen har driftskredittene til de regionale helseforetakene blitt økt betydelig i årene etter eierskiftet - fra 1 mrd. kroner i 2002 til 5,5 mrd. kroner i 2005 (B.innst.S.nr.11, 2001-2002, B.innst.S.nr.11, 2004-2005).

Tidspunktet for når helseforetakene må gå økonomisk i balanse har blitt endret ved flere anledninger. Allerede i 2002 forutsatte staten at helseforetakene skulle gå i balanse: ”For 2002 legges det til grunn at helseforetakene skal gå i balanse, når avskrivninger og investeringstilskudd holdes utenfor” (St.prp.nr.1, Tillegg nr. 4, 2001-2002). Tidspunktet ble imidlertid utsatt til 2003 i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. I budsjettproposisjonen heter det at ”Helsedepartementet forutsetter at det uansett oppnås balanse i helseforetakenes drift i 2003” (St.prp.nr.59, 2001-2002). Gjennom Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2004 støttet et flertall regjeringens forslag om å gi de regionale helseforetakene to år på å komme i økonomisk balanse (St.prp.nr.1, 2003-2004, B.innst.S.nr.11, 2003-2004). Kravet var at de regionale helseforetakene senest skulle være i balanse i 2004. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2004 gikk imidlertid et flertall i Stortinget bestående av Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti inn for å utsette kravet om driftsmessig balanse til 2005 (St.prp.nr.1, 2003-2004, B.innst.S.nr.11, 2003-2004). Dette kravet ble opprettholdt ved behandlingen av budsjettet for 2005, men Stortinget åpnet opp for at Helse Sør kunne få utsatt balansekravet til 2006 (St.prp.nr.1, 2004-2005, B.innst.nr.11, 2004-2005). Denne utsettelsen ble bekreftet i Helsedepartementets eierkrav til Helse Sør for 2005.

Denne utviklingen illustrerer flere sider ved styringsforholdet mellom staten som eier og helseforetakene. Det ene er at eierskiftet ikke i seg selv har vært tilstrekkelig til å bedre budsjettkontrollen. Det økonomiske balansekravet har støtt på bestillerkrav om kortere ventelister og et finansieringssystem som oppmuntrer til aktivitetsvekst og effektivisering. Det andre er at statens eierstyring ikke har vært spesielt forutsigbar. Utsettelse av balansekravet, usikkerhet omkring helseforetakenes åpningsbalanser og forskjellige refusjonssatser i den innsatsstyrte finansieringen (ISF) av foretakene er

forhold som kan nevnes i den forbindelse. I 2002 var refusjonssatsen 55 prosent, i 2003 ble den endret til 60 prosent, før den i 2004 ble satt ned til 40 prosent. For 2005 ble den igjen satt opp til 60 prosent. Et tredje forhold er at problemene med budsjettbalansen har medvirket til en tettere og mer differensiert oppfølging av de regionale foretakene fra statens side. I 2005 ble for eksempel Helse Sør pålagt månedlig rapportering til eier, mens Helse Øst ble avkrevd tertialvis rapportering.

5.7 Hvorfor aktiv statlig styring?

Eierrollen har gitt staten en oppgradert styringsposisjon i sykehussektoren. Potensielt representerer sentraliseringen av ansvar på statens hånd en mulighet til å utøve sterk styring fra statens side. Som vi har sett må samtidig statens eierstyring tilpasses den administrative desentralisering av ansvar som opprettelsen av helseforetak innebærer. I og med at foretaksorganiseringen legger formelle føringer på den statlige styringen antok vi at staten vil prøve å innta en overordnet og tilbaketrukket eierrolle slik staten har gjort på andre felt av dens virksomhet (Byrkjeflot og Grønlie 2004, Grønlie 2000, NOU 2003: 34, Statskonsult 1998, 1999, 2001).

Våre empiriske undersøkelser av den statlige styringen av helseforetakene gir bare betinget støtte til denne antagelsen. Det statlige eierskapet til sykehusene har muliggjort til dels sterk styring fra statens side (Lægred, Opedal og Stigen 2004). Eierposisjonen utnyttes aktivt gjennom bruk av et bredt register av virkemidler, hvor foretaksmøtet kun er ett blant flere virkemidler. Når statens eierstyring kommer i tillegg til statens myndighetsstyring og kontroll- og tilsynsvirksomhet oppleves den statlige styringen som sterk, men også lite samordnet sett fra helseforetakenes ståsted. Relasjonene mellom eierdepartementet og henholdsvis Stortinget og Sosial- og helsedirektoratet bærer i begrenset grad preg av samordnet styring slik helseforetakene opplever det. Konsekvensen synes å være en opplevelse av begrenset forutsigbarhet i den statlige styringen og det som oppfattes som detaljert myndighetsstyring. Men også bestiller- og eierstyringen inneholder detaljstyring. I denne styringen inngår alt fra styring i enkeltsaker til mer strategisk og rammeorientert styring.

Den styringsinnsats som staten i sum utøver på grunnlag av sine mange roller ser altså ut til å sikre staten som eier betydelig innflytelse over helseforetakene. Det er nærliggende å trekke den konklusjon at den statlige styringsinnsatsen er i overkant av det man skulle forvente med utgangspunkt i den NPM-baserte antagelsen om en tilbaketrukket og overordnet eierstyring. Dette må imidlertid avveies mot det faktum at foretaksmodellen gir betydelig autonomi og handlefrihet til helseforetakenes styrer og administrative ledelse. De fleste beslutninger fattes på regionalt og lokalt nivå og styringsorganene på disse nivåene tillegges stor innflytelse.

Det kan vanskelig hevdes at staten gjennom sin styring bryter med formkravene som er lagt på styringen gjennom foretaksorganiseringen. Helseforetak som formell tilknytningsform mellom stat og foretak gir staten adgang til et bredt register av styringsvirkemidler. Disse kan staten ta aktivt i bruk eller den kan la være og i stedet praktisere en mer passiv eierstyring. De formelle føringene i modellen med statlig eierskap og foretaksmodell gir ikke noe entydig svar på hva som er en passende statlig styringspraksis. Verken § 30 i helseforetaksloven eller § 9 i vedtektene for de regionale helseforetakene gir uttømmende svar på hva som er en vesentlig og prinsipiell sak sett med statens øyne. Den sentrale helseforvaltningen besitter også stor styringskapasitet i form av mange ansatte og faglig og administrativ kompetanse. Når denne kapasiteten omsettes i styringstiltak kan intensiteten i styringen bli sterk.

De folkevalgte politikernes innflytelse på fylkeskommunalt nivå synes å være avløst av en sterkere styring fra Helsedepartementets og eierstatsrådets side. Om statens eierstyring er sterkere enn den fylkeskommunene utøvde tidligere gir ikke det empiriske materialet noe svar på. Det vi vet er at staten har prøvd å ta sterkere styringsgrep på felt som fylkeskommunene ble beskyldt for å forsømme, slik som budsjettstyring og effektivisering av sykehusstrukturen. Makten synes også å ha blitt mer konsentrert i den statlige styringsmodellen sammenlignet med innflytelsesforholdene i perioden da fylkeskommunene eide sykehusene.

Statens styring kan ses som en fortsettelse av en lang tradisjon innenfor sykehussektoren med et tett og integrert forhold mellom politikk, forvaltning og drift (Byrkjeflot og Grønlie 2004, Grønlie 2004b, Martinussen og Paulsen 2004). Som et av velferdsstatens kjerneområder, har sykehusfeltet historisk fått stor politisk oppmerksomhet (Aardal 2003). Sektorens egenart er preget av at det er et politisert felt, at den tradisjonelt har vært sterkt politisk styrt og av at alle inntektene kommer fra det offentlige. I forhold til dette genererer andre fristilte sektorer langt mindre politisk oppmerksomhet. Også i andre sammenhenger er det påvist at styrken på styringen øker med politisk prioritet og med interesse fra publikums og mediernes side (Grøndahl og Grønlie 1995, Grønlie 1989).

Hensynet til aktiv statlig styring har fått et visst gjennomslag ved den konkrete utformingen av helseforetaksmodellen. På den måten er det gitt rom for at en sektorspesifikk styringskultur kan leve videre innenfor den nye styringsstrukturen. Den empiriske undersøkelsen viser at i tillegg til den formelle kontakten mellom eier og foretak i foretaksmøtene, er det utviklet en ordning med uformell stabsdialog. Det er dessuten verdt å merke seg omfanget av uformell kontakt med Stortinget. Relasjonene er med andre ord relativt tette og integrerte også innenfor den nye styringsstrukturen.

Forholdet mellom statens styring og foretakenes autonomi er mer dynamisk enn statisk. I perioden etter at staten overtok sykehusene er det gjort flere endringer for å gjøre den statlige styringen mer koordinert og treffsikker. Mål- og resultatstyringen er utviklet i form av klarere resultatkrav og rapporteringskravene har økt. Sosial- og helsedirektoratets myndighetsstyring er fra 2005 tydeliggjort ved at direktoratet utformer et eget årlig rundskriv til de regionale helseforetakene. Der informeres de regionale helseforetakene om de myndighetstiltak som direktoratet arbeider med og på hvilken måte tiltakene vil berøre foretakene. I Helsedepartementet ble det i 2004 opprettet en egen avdeling som bl.a. bestiller tjenester fra helseforetakene. Den horisontale spesialiseringen mellom bestillerrollen og eierrollen skal på den måten bli tydeligere. Disse endringene peker i retning av en generell opprustning og klargjøring av den statlige styringen. Nye grep tas for å komme styringsmessig bedre i inngrep med foretakene.

Til sammen peker dette i retning av at helseforetakene utsettes for mer omfattende styring enn det som har vært vanlig for andre statlige foretak og selskaper (Byrkjeflot og Grønlie 2004, Grønlie 2004b). I praksis balanseres NPM-doktrinens fokus mot management-orientering og bedriftsretting av sykehusene med en "helsestat" modell som gjør det mulig for rikspolitikere å spille nye roller i sykehuspolitikken (Byrkjeflot 2004). Sammenlignet med den fylkeskommunale styringsmodellen før reformen ble innført, er modellen med folkevalgte sykehusstyrer på fylkesnivå blitt erstattet av en mer splittet modell hvor politikerne er fraværende på lavere nivå, men har fått sterkere innpass på sentralt nivå.

Når den formelle styringsmodellen gir rom for skjønnsutøvelse og fortolkninger er det nærliggende å anta at kulturelle og omgivelsesbaserte faktorer kan virke inn på den statlige styringspraksisen (jf. kapittel 1). Det kan hevdes at styringskulturen i sykehussektoren favoriserer aktiv styring. I denne styringskulturen inngår også en mangfoldig

politikerrolle, som ikke bare representeres ved den politiske strategien, men også av ombudspolitikeren som engasjerer seg i enkeltsaker. Utviklingen etter sykehusreformen viser at Stortinget i økende grad engasjerer seg i sykehuspolitikken, i både store og små saker, og gjerne på tvers av det som er statsrådens og departementets styringslinje (jf. kapittel 4). Det har vært en kraftig økning i antall spørsmål i Stortingets spørretime som angår sykehussektoren. Stortinget har også blitt mer opptatt av å kontrollere at helsestatsråden lever opp til Stortingets forutsetninger og vedtak. Gjennom spørsmål, budsjettbehandling og enkeltvedtak har Stortinget satt sitt preg på den statlige styringen av helseforetakene. Stortinget følger en politisk logikk som ikke alltid er kompatibel med NPM-doktrinens ønske om mer strategisk politisk styring.

Riksrevisjonen, Stortingets kontrollorgan, har også økt sitt engasjement i forhold til sykehusene. Riksrevisjonen stilte flere krav til selve utformingen av helseforetaksloven og fikk blant annet gjennomslag for at de skulle kunne gjennomføre forvaltningsrevisjon av helseforetakene selv om de ikke lenger er forvaltningsorganer. Slik forvaltningsrevisjon er gjennomført i form av flere prosjekter etter at sykehusreformen ble gjennomført (Christensen, Lægreid og Stigen 2004). Når Riksrevisjonen tar opp kritikkverdige forhold i de lokale helseforetakene og legger disse fram for helsestatsråden, tvinger de fram involvering i detaljspørsmål fra statsrådets side. Departementet ansvarliggjøres for forhold som styret for helseforetaket i utgangspunktet har ansvar for.

Kulturelle forhold, som trekk ved Stortingets styringspraksis og politikerrollen, samspiller både med sakstype og omgivelsesfaktorer. Sykehusreformen pålegger styrene for helseforetakene et stort ansvar for å foreta økonomiske innstramminger og gjennomføre en effektivisering av sykehusstrukturen. Når konsekvensene viser seg i form av nedskjæringer og tap av tjenestetilbud, har lokalsamfunn, lokalpolitikere og partier på Stortinget mobilisert til omkamp om de vedtak som styrene har gjort. Presset fra omgivelsene om sterkere statlig styring har vært stort, særlig i saker av mer omfordelende karakter slik som spørsmålet om å sentralisere akuttberedskap og fødetilbud til færre sykehus. Konflikten mellom forkjemperne for et geografisk nært og tilgjengelig tjenestetilbud og tilhengerne av en mer spesialisert og effektiv sykehusstruktur, består også etter at staten overtok som eier, men den har funnet nye arenaer å utfolde seg på. Tidligere ble slagene utkjempet i fylkestingene. Etter at fylkespolitikerne ble skjøvet ut, er det Stortinget og helseministeren som kan overprøve de vedtak som styrene fatter i helseforetakene. Lokale konfliktsaker kan dermed havne på bordet til helseministeren selv om de ansvarsmessig hører hjemme i helseforetakene.

For helseministeren og Helsedepartementet innebærer slike situasjoner en vanskelig balansegang mellom å gi etter for press eller å forsøke å skjerme helseforetakenes autonomi (Lægreid, Opedal og Stigen 2003). Begge handlingsalternativene kan bli utsatt for kritikk; Å overstyre helseforetakene kan pulverisere ansvarsforholdene, mens det å være buffer i forhold til foretakene kan innebære kritikk for å være for passiv. Et sitat fra en tale tidligere helseminister Dagfinn Høybråten holdt på sykehusdirektørens årskonferanse i 2002 viser at balansegangen kan være krevende:

Det blir åpenbart galt dersom helsepolitikken skal styres gjennom håndteringen av enkeltsaker som av ulike grunner kommer fram i den offentlige debatt, herunder at jeg griper inn i tiltak som åpenbart hører hjemme i foretakene. Like galt blir det dersom jeg møter alle slike saker med et belærende foredrag om ansvarsstrukturer i den nye foretaksmodellen, med en undertone at det aktuelle forholdet ikke er mitt, men foretakets ansvar. Begge disse "grøftene" bør unngås (Helsedepartementet 2002).

Helseministeren synes langt på veg å ha havnet i en catch 22 situasjon. Uansett hva statsråden gjør vil noen kunne rette kritikk. Mye tyder derfor på at sykehusreformen har gjort rollen som helseminister mer kompleks, eksponert og utsatt for kryssende hensyn. Den parlamentariske situasjonen med mindretallsregjeringer og prinsippet om ministeransvarlighet bidrar til å forsterke denne tendensen ytterligere. Uventet politisering av enkeltsaker kan bli brannfakler i den politiske tautrekkingen mellom helseministeren og vekslende partipolitiske flertall på Stortinget. Samlet viser dette at balanseforholdet mellom styring og foretaksautonomi kan bli temmelig uklart og lite forutsigbart i mange sammenhenger.

5.8 Foretak mer i navnet enn i gavnet?

Både den formelle styringsmodellen og kulturelle og omgivelsesbaserte faktorer kan hevdes å trekke i retning av mer aktiv statlig styring enn det NPM-retorikken og –doktrinene i utgangspunktet forutsetter. Sannsynligvis ville det vært mer overraskende om sykehussektoren bar preg av ”politikkens tilbaketrekking”, gitt denne sektorens egenart, størrelse og viktighet i velferdsstaten. Det mønsteret som avtegner seg er at sykehusreformen har løsrevet sykehusene fra den opprinnelige lokale konteksten. Lokalsamfunn og lokalpolitikere har lite de skulle ha sagt. Når heller ikke markedsreguleringen av sykehusene er sterk, gjenstår politikken og den statlige styringen som den vesentligste ytre reguleringsmekanismen. I stedet for et frislepp av sykehusene ser vi konturene av en sterkere statlig sektorpolitisk styring av sykehusene som vel og merke ikke alltid er like konsekvent. Staten opptrer i noen utstrekning både uryddig, lite samordnet og uforutsigbart slik foretakslederne ser det. Sykehusreformen har synliggjort et dilemma når staten både skal søke å skille sine mange roller og når den skal forsøke å samordne de samme rollene. Legger staten for stor vekt på å skille rollene kan styringssignalene bli sprikende og sterkere enn det foretaksmodellen forutsetter. Legger staten for stor vekt på å samordne rollene kan det gå utover statens troverdighet overfor omgivelsene, blant annet de private helseleverandørene.

Forsøket på å omgjøre sykehusene til selvstendige statlige foretak har støtt på krefter som har gjort dette reformelementet mindre radikalt. Kanskje er det grunn til å stille spørsmålet om vi her står overfor en foretaksmodell mer i navnet enn i gavnet. Både i valget av tilknytningsform og i forsøket på å sortere statens ulike roller er det valgt mellomløsninger som peker vel så mye i retning av en forvaltningsmodell som en autonom foretaksmodell. Når staten har regionalisert andre deler av dens virksomhet har den i de fleste tilfeller valgt regionkontorer med status som forvaltningsorganer. Det gjelder vegkontorer, mattilsynets regionkontorer og fylkestrygdekontorer. Når en i sykehussektoren opprettet regionale helseforetak var kanskje motivet først og fremst et ønske om å lage en buffer mellom politikken vesen og sykehusene. Utviklingen etter reformen viser imidlertid at politikken blir som ”nissen på lasset”. Den dukker opp igjen i vante former, selv om reformmakerne gjerne vil tøylen den og gi den en ny innpakning. Konsekvensen er en sammensatt, tvetydig og til tider lite forutsigbar statlig styring som spenner over hele registeret av kortsiktige og langsiktige, store og små styringstiltak.

6 Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?³²

6.1 Innledning

De regionale helseforetakenes plassering mellom departementet og helseforetakene gir dem en styringsmessig svært interessant posisjon. Helt fra sykehusreformens begynnelse har det vært debatt om de regionale helseforetakenes rolle.

En debatt går på om de regionale helseforetakene trengs som et mellomledd mellom stat og helseforetak. Etter fusjoneringen av sykehusene i færre og større lokale helseforetak har de regionale helseforetakenes kontrollspenn blitt mindre. Det kan stilles spørsmål om noen av de lokale helseforetakene er blitt så store at de i realiteten får mange av de samme funksjonene som et regionalt foretak (Postnett 2002). En annen debatt tar for seg forholdet mellom eierrollen og bestillerrollen. Integrasjonen av disse to rollene i de regionale helseforetakene har gitt opphav til en diskusjon om de regionale foretakene klarer å sortere disse rollene og gi dem samme prioritet. Motstanderne av rolleintegrasjon hevder at de regionale foretakene er mest opptatt av eierrollen i forhold til egne helseforetak, mens bestillerrollen og da særlig bruken av private tilbydere ikke har fått samme oppmerksomhet. En tredje debatt tar for seg forholdet mellom statlig styring av de regionale helseforetakene og hensynet til deres autonomi som foretak. Enkelt saker som lukrative lønns- og pensjonsavtaler, brudd på anbuds- og innkjøpsforskrifter og ”kode-sak” i Helse Sør har fått noen til å stille spørsmålet om helseforetakene har misbrukt den autonomi og den tillit de er tilført som selvstendige helseforetak (Gammelsæter og Torjesen 2005). Må de derfor styres sterkere og trekkes nærmere den sentrale helseforvaltningen?

Det sentrale spørsmålet i dette kapitlet er om de regionale helseforetakene har tilstrekkelig autoritet i samsvar med reformens intensjoner, og hvordan de i så fall utøver sin myndighet i praksis overfor de ulike helseforetakene. Hva skjer når staten strammer til sin styring overfor de regionale helseforetakene? Forrykkes da også balansepunktet mellom den regionale styringen og den lokale foretaksautonomien i retning av mer styring?

Vi spør først i dette kapitlet hva et regionalt helseforetak skal og kan være for helseforetakene. De to formelle rollene er eierrollen og ”sørge-for-rollen” eller bestillerrollen, slik at helseforetakenes oppgave som tjenesteleverandører kan rendyrkes. Men de

³² Dag Torjesen, Høgskolen i Agder/Rokkansenteret har bidratt med analyse og utskrivning av data fra spørreundersøkelsen blant divisjonsdirektører, klinikkjefer og avdelingsledere høsten 2004.

regionale helseforetakene forventes også å innta andre roller. Vi diskuterer rollemangfoldet og hvordan dette håndteres av de regionale helseforetakene. For det andre ser vi på helseforetakenes erfaringer med den regionale styringen, ut fra to teoretiske hovedperspektiver om kontraktbasert og tillitsbasert styring. Ved hjelp av våre data søker vi å si noe om hvordan styringslinjen mellom regionale og lokale helseforetak fungerer, og hvilke implikasjoner den regionale styringsinnsatsen har for balanseforholdet mellom overordnet styring og autonomi. Hvordan oppfattes foretaksstyrene – er de kontrollorganer eller talerør? Hvordan vurderes ulike forhold som kan ha betydning for styrenes mulighet til å ivareta det ansvaret de er pålagt fra statens side, og for å bidra til en god balanse mellom overordnet styring og autonomi i helseforetakene? Dernest ser vi nærmere på betydningen av formelle og uformelle styringsrelasjoner. Hvordan påvirker dette foretaksledernes handlefrihet i styringen av helseforetakene? En sentral del av denne diskusjonen er kartleggingen av regionale forskjeller. Finner vi regionale forskjeller, og hvordan kan i så fall disse forklare?

I forrige kapittel så vi hvordan statens eierstyring er blitt strammere og mer konkret i løpet av reformens tre første år. Det tredje temaet i kapitlet er om dette har hatt noen følger for den regionale organiseringen og styringen regionalt.

Datagrunnlaget er spørreundersøkelsene i helseforetakene, styringsdokumenter og protokoller fra styremøter og foretaksmøter. En casestudie i Helse-Nord danner grunnlag for en nærmere kvalitativ beskrivelse av hvordan organisasjon og styringsrelasjoner har utviklet seg regionalt de første tre årene av reformen.

6.2 Regionalt rollemangfold

De regionale helseforetakene er utsatt for en rekke kryssende hensyn. De opererer i et spenningsfelt mellom å rette blikket utad, mot pasientenes og befolkningens behov, og det å rette blikket innad mot eierskap, ledelse og utvikling av egne helseforetak. De skal også sikre at myndighetskrav - vedtak, lover og forskrifter - blir iverksatt og etterlevd, samtidig som de skal være pådrivere for omstilling og utvikling for å effektivisere og modernisere egne helseforetak. Kontroll og tilsyn for å sikre at lover og regler følges må leve side om side med hensynet til å gjøre egne helseforetak mer effektive. Ved å integrere de ulike rollene i de regionale helseforetakene må de fokusere på mange hensyn samtidig. Alt krever oppmerksomhet og ressurser.

Organiseringen av bestiller- og eierrollen var et av de store debatttemaene i forbindelse med Stoltenberg-regjeringens forslag om å la staten overta sykehusene (jf. Innst.O. nr.118, 2000-2001). Blant reformtilhengerne ville Høyre og Fremskrittspartiet ha en klar deling av rollene. Arbeiderpartiet for sin del ønsket en integrert modell hvor rollene ble lagt til nyopprettede regionale helseforetak. Behovet for å se rollene i sammenheng ble understreket. Før reformen var disse rollene integrert i fylkeskommunene. De øvrige partiene gikk i mot selve reformen. Ved behandlingen av sykehusenes budsjett for 2005 ga imidlertid et flertall i sosialkomiteen, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig folkeparti uttrykk for at de to rollene må skilles tydeligere (B.innst.S.nr.11, 2004-2005). Begrunnelsen deres var at de regionale helseforetakene hadde prioritert eierrollen og egne foretak framfor bestillerrollen og hensynet til de private aktørene. En løsning som er blitt løftet fram er etablering av et sykehusdirektorat som forvalter eierrollen, mens de regionale foretakene er bestillere.

Et skille mellom eier- og bestillerrollen er basert på en markedsmodell hvor det skilles mellom den som selger tjenester og den som kjøper dem. I sin mest rendyrkede New

Public Management-form splittes rollene helt slik det ble gjort i England og Sverige på 1990-tallet. Tanken med bestillerrollen har vært å bygge opp en etterspørselsmekanisme. Ved å la et organ konsentrere seg om å kartlegge behov og kjøpe de tjenester som gir størst behovsdekning, er forestillingen at selgerne innretter seg etter bestillers ønsker. Etterspørselen avgjør tilbudet. Høy allokeringseffektivitet kan sikres, samtidig som selgerne presses til kostnadseffektivisering for å kunne tilby mest mulig tjenester for pengene. Forutsetningen er konkurranse om bestillers oppdrag.

I begrunnelsen for sykehusreformen og i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene gjenfinnes denne tankegangen. Bestillerrollen skal være overordnet og styrende for eierrollen. Hvis de regionale helseforetakene fritt kan velge mellom egne og konkurrerende private tilbydere kan de tildele oppdraget til den som best sikrer realisering av politiske prioriteringer og dekning av regionale behov. Eierrollen vil da bestå i å innrette kapasiteten etter bestillers behov og utnytte helseforetakenes personell og penger på en mest mulig effektiv måte. Det finnes imidlertid en "grunnlinje" som er uavhengig av den konkrete etterspørselen etter tjenester. Derfor kan ikke eierrollen fullstendig styres av bestillingene som kommer.

Både sørge-for-rollen og eierrollen må utøves i et spenningsfelt mellom hensynet til nasjonal helsepolitisk styring på den ene siden og driftsmessig frihet for de lokale helseforetakene på den andre. De regionale helseforetakene skal være statens instrument og oppdragsgiver på den ene siden, men de skal ikke omsette disse overordnede styringskrav på en måte som fører dem inn på de lokale helseforetakenes banehalvdel. De skal være statens forlengede arm overfor helseforetakene når det gjelder overordnede styringssignaler og krav, samtidig som de skal ha den nødvendige styringsmessige frihet og autoritet til å styre helseforetakene i driftsspørsmål i henhold til egne regionale prioriteringer. Samtidig er det understreket at de regionale helseforetakene må gi helseforetakene handlefrihet slik at foretakene blir myndiggjort og ansvarliggjort i forhold til egen driftssituasjon og utvikling. De regionale helseforetakene må dermed balansere mellom å ivareta statens oppgraderte styringsposisjon regionalt, samtidig som de skal sørge for at helseforetakene får tilstrekkelig frihet i samsvar med den desentralisering av ansvar og myndighet som foretaksorganiseringen forutsetter.

Like klart uttrykt som bestiller- og eierrollen er ikke de regionale foretakenes rolle som "buffer" mellom stat og lokale helseforetak. Høyres medlemmer i sosialkomiteen på Stortinget støttet Stoltenberg-regjeringens forslag om å organisere statens eierskap gjennom regionale helseforetak blant annet ved å vise til at det er "behov for et nivå som kan være "buffer" mellom departementet og de enkelte sykehusene" (Innst.O.nr.118, 2000-2001). I forhold til Stortinget og den sentrale helseforvaltningen kan det regionale helseforetaket bli et vern mot statlig detaljstyring av de lokale foretakene. Det kan gi dem større frihet til å gjennomføre funksjonsfordeling og strukturendringer uten dermed å risikere å bli stoppet av politikerne. De regionale helseforetakene kan også verne den sentrale helseforvaltningen og Stortinget mot lobbyvirksomhet og påvirkning fra de lokale helseforetakenes side. Ved at de lokale helseforetakene styringsmessig må gå gjennom regionale helseforetak kan sistnevnte sette en stopper for forsøk på å løfte lokale saker opp på et nasjonalt plan.

6.2.1 Hvordan håndteres rollemangfoldet?

De regionale helseforetakene er altså utsatt for mange kryssende hensyn, og skal ivareta mange roller. Som vi har sett i kapittel 3 skiller den sentrale helseforvaltningen organisatorisk mellom eier-, bestiller- og myndighetsrollen. Tilsvarende er ikke (med få unntak) gjort på regionalt nivå de tre første årene etter sykehusreformen. Den

administrative kapasiteten (målt i antall årsverk) setter også klare grenser for hvor langt de regionale helseforetakene har kunnet spesialisere organisasjonen etter ulike roller. Den administrative kapasiteten er klart lavere i de regionale helseforetakene enn den kapasiteten som finnes sentralt, i den statlige helseforvaltningen, og lokalt i helseforetakene.

Spørsmålet er om de regionale helseforetakene makter å håndtere kryssende forventninger og stort rollemangfold, gitt den administrative kapasiteten som finnes på dette nivået. En hypotese er at det regionale helseforetaket fremstår som lite potent og handlingsdyktig, og med lite autoritet overfor helseforetakene. Rollen som sandpåkstrøer eller postkasse for staten, eller endog unødvendig omvei i forholdet stat og lokale helseforetak er nærliggende. Våre spørredata indikerer imidlertid ikke at de regionale helseforetakene oppfattes å være uten autoritet og innflytelse vis a vis de lokale helseforetakene. Kun 18 % av lederne i de lokale helseforetakene er enig i en påstand om at det regionale helseforetaket ikke har nok autoritet til effektiv styring av helseforetakene, mens 90 % oppgir at det regionale helseforetaket har nokså eller svært stor innflytelse over beslutningene i helseforetaket.

En annen mulighet er at de regionale helseforetakene framstår som aktive pådrivere og premissleggere i regionen, men at det først og fremst er generalisten som står frem når rollene blir mange og folkene få. Overordnet strategiarbeid blir løsningen, enten fordi de styringsmessige relasjonene blir for komplekse eller fordi det regionale nivået ikke har den nødvendige helsefaglige kompetanse til matche aktiviteten i helseforetakene. En indikasjon på spørsmålet om likeverdighet i faglige spørsmål kan være utdannings- og kompetanseprofilen blant lederne på de to nivåene. Basert på informasjonen i våre spørredata, utgjør styremedlemmer og administrative ledere med helsefaglig utdanning 45 % av lederne i helseforetakene og 38 % av lederne på regionalt nivå. I gjennomsnitt har lederne på regionalt nivå 16 års erfaring fra helsevesenet, mens lederne i de lokale helseforetakene har 19 års erfaring. Det er således ikke grunnlag for å hevde at lederne på regionalt mangler medisinsk faglig kompetanse. At samtlige regionale foretak har etablert helsefaglige avdelinger indikerer også at en bevisst har satset på å bygge opp helsefaglig kompetanse i tillegg til den overordnede administrative kompetansen.

En tredje mulighet er at de regionale helseforetakene gir en av de mange rollene prioritet framfor en annen. Spørsmålet om prioriteringen av eierrollen framfor bestillerrollen er som vi har sett et sentralt tema i debatten om de regionale helseforetakenes rolle. En av de regionale helseforetakenes utfordringer har vært å skape troverdighet i forhold til de private tilbyderne av sykehustjenester. I et ”marked” bestående av et fåtall store statlige helseforetak og et fåtall små private tilbydere har det ikke vært lett for de regionale helseforetakene å dokumentere at de til enhver tid har valgt den beste leverandøren, ganske enkelt fordi de statlige og private aktørene vanskelig kan sammenliknes. Dermed står to muligheter åpne. Den ene er at de regionale helseforetakene lar eierrollen bli viktigere enn bestillerrollen. Et forhold som kan underbygge en slik vektlegging er at de regionale helseforetakene har slått sammen alle sykehusene til et fåtall store helseforetak. Som eier kan de da ta ut økonomiske stordriftsfordeler og faglige samarbeidsfordeler, men som bestiller får de færre konkurrerende leverandører å spille på.

En annen mulighet er at de regionale helseforetakene faktisk tar private leverandører mer aktivt i bruk. Det politiske flertallet på Stortinget har klart uttrykt et ønske om at private aktører i større grad skal inngå som en del av sykehusvesenet. Private leverandører kan også tilrive seg forhandlingsmakt gjennom å så tvil om de regionale helseforetakenes vilje til å bruke dem som leverandører. Slike forsøk på å svekke troverdigheten kan føre til at de regionale helseforetakene strekker seg langt for å ta i bruk private aktører. Et

forhold som kan underbygge at de regionale helseforetakene tar bestillerrollen på alvor er en klar vekst i antall private sykehus. Etter sykehusreformen har antallet private sykehus økt fra sju i 2001 til 26 i 2004 (Midttun og Hagen 2005). Det hører imidlertid med at arbeidet med godkjenning av flere av disse sykehusene startet opp for flere år siden. Private sykehusopphold har økt fra 0,9 prosent i 2001 til 2,8 prosent av den totale sykehusbehandlingen i 2003. Antall driftsavtaler mellom privatpraktiserende legespesialister og de regionale helseforetakene har imidlertid vært nokså stabilt etter sykehusreformen. I følge Statistisk sentralbyrå var antallet avtaler 1079 i 2001 og 1083 i 2003. Det kan også hevdes at de regionale helseforetakene har lagt større vekt på behovsdekning gjennom kraftig vekst i behandlingsaktiviteten ved sykehusene de senere år, mens et viktig eierkrav - hensynet til budsjettbalansen - har vært langt vanskeligere å ivareta.

En annen indikasjon på hvor sterkt fokus de regionale helseforetakene har hatt på eierrollen sammenlignet med bestiller-rollen, kan vi få gjennom en kartlegging av sakene i de regionale styrene på to tidspunkter, i 2002 og 2004. I statens helsepolitiske bestilling og i eierdokumentet til de regionale helseforetakene framgår det hva staten oppfatter som bestillerkrav og eierkrav. Bestillerkravene er relatert til de fire oppgavene som de regionale helseforetakene er pålagt: Pasientbehandling, utdanning, forskning og brukermedvirkning/ pasientopplæring. I eierkravene inngår krav knyttet til foretakenes økonomi og organisasjonsutvikling.

De regionale styrene i de fem helseregionene startet sitt arbeid tidlig høsten 2001. Den første tiden ble preget av å få på plass en organisasjon, både på regionalt nivå og lokalt gjennom opprettelse av helseforetak. Fra 1.1.2002 gikk den nye organisasjonen inn i sitt første driftsår. En gjennomgang av sakene i styrene i 2002 viser at det dette året ble behandlet i overkant av 500 saker. Selv ved en detaljert sakskategorisering var det nesten bemerkelsesverdig store likheter når det gjaldt hvilke saksfelt som stod i høysetet i de regionale styrene. Analysen viste at budsjett, økonomistyring og rapportering, altså saker knyttet til eierstyringen, var felt som stod høyt på dagsorden i alle de fem regionene. (Opedal og Stigen (red.) 2002 a, b).

Gjennomgangen av protokollene er videreført i 2003 og 2004, men med en litt annen sakskategorisering enn i 2002. Oversikten gir et mønster som i store trekk er sammenfallende med kartleggingen som ble foretatt i 2002. Av de 784 registrerte sakene er det flest "nedover-saker", dvs. saker som omhandler budsjett, økonomistyring, rapportering, organisering og drift i helseforetakene. Denne typen saker utgjør nærmere 1/3 av det registrerte antallet saker. Variasjonen mellom regionene og mellom sakstyper er moderat også i 2003 og 2004. Kartleggingen viser altså at saker knyttet til eierrollen veier relativt tungt når vi ser på type saker. Likevel utgjør de ikke en så dominerende del av sakene i styrene, at det er grunnlag for å konkludere med at de regionale styrene ikke har oppmerksomhet også mot andre regionale roller.

En annen indikator kan være sykehusledernes egne vurderinger av hva en har oppnådd så langt som følge av reformen. I spørreskjemaundersøkelsene blant lederne i helseforetakene i 2003 og 2004 ba vi dem om å ta stilling til hvilke forbedringer sykehusreformen har medført. Vi har gruppert indikatorene på forbedringer etter styringskrav avledet av bestiller- og eierrollen. Tjenesteyting, opplæring, utdanning og forskning hører med til bestillerkravene, mens eierkravene gjelder økonomiske krav, personell osv. Dermed kan vi få et inntrykk av hvor sterkt de regionale helseforetakene har fokusert på de ulike rollene. Basert på disse resultatindikatorer er det en tendens til at helseforetakene, slik de selv vurderer det, har oppnådd bedre resultater i forhold til eierkravene enn bestillerkravene. Men forskjellen er liten. Det aritmetiske gjennomsnittet

for forbedringer målt på en skala fra 1 (forbedringer i svært liten grad) til 5 (forbedringer i svært stor grad), er 3,23 for bestillerkrav og 3,29 for eierkrav. For begge typer krav er altså resultatet midt på treet – ikke svært store forbedringer, men heller ikke totalt fravær av forbedringer. Tallene fra 2003 ga gjennomsnittsverdier på 3,1 for begge typer tiltak, og en tilsvarende kartlegging i 2004 blant divisjonsdirektører, klinikkjefer og avdelingsledere viser at erfaringene med tiltak avledet fra bestillerkravene er litt mer positive enn for tiltak avledet av eierkrav, henholdsvis 3,1 og 2,9.

Spørsmålet om resultater og forbedringer som følge av reformen behandles nærmere i kapittel 8.

6.3 To perspektiver på regional styring

Den regionale styringen kan belyses med utgangspunkt i flere teoretiske perspektiver. Vi vil legge to ulike syn til grunn for analysen (Christensen, Lægroid og Stigen 2004, Finstad 2004, Hallingstad 2004, Sørensen 2002). Det ene er et hierarkisk eller kontraktbasert syn på styring. Innenfor denne tilnærmingen vektlegges først og fremst formelle styringsrelasjoner og styringsredskaper. En slik modell kan i utgangspunktet sies å være basert på mistillit mellom styrende og styrte. Den baseres på en antagelse om at underliggende virksomheter vil maksimere egeninteresse, ut fra lokal rasjonalitet og institusjonsspesifikke mål. Derfor må underliggende enheter kontrolleres enten gjennom pålegg og instruksjoner, eller gjennom kontraktlignende arrangementer. Pålegg og instruksjoner forbindes ofte med tradisjonell etatsstyring i det offentlige, mens kontraktlignende arrangementer forbindes med mer fristilte tilknytningsformer, der staten enten inngår som eier eller som part i en kontrakt. Som vi har sett i kapittel 5 forener helseforetaksmodellen elementer fra flere styringsformer, men intensjonen ligger nær opp til kontraktlignende arrangementer. Styringsdokumenter, formelle foretaksmøter og mål- og resultatstyringsteknikker forventes å være nødvendige og tilstrekkelige for å oppnå en god balanse mellom sentral styring og lokal foretaksautonomi. Formelle og uformelle arenaer utover disse arrangementene oppfattes derimot å være uttrykk for pervertering, som kan forrykke balansen mellom styring og autonomi.

Det andre synet på styring legger til grunn en nettverks- eller tillitsbasert styringsfilosofi. Her vektlegges i større grad deltakelse og involvering i beslutningsprosessen, og viktigheten av legitimitet og tillitsbaserte relasjoner fremheves. Det legges mindre vekt på de formelle sidene ved kontrakten, og mer vekt på felles interesser og dialog mellom partene. En slik tillitsbasert styringsfilosofi utelukker ikke kontraktbaserte styringsrelasjoner og hierarkisk kontroll, men den kombinerer denne med tradisjonelle kulturelle styringselementer, basert på en høy grad av tillit til, aksept og forståelse for deltakelse og uformelle arenaer. Dialog, partnerskap og deliberasjon er stikkord.

Med foretaksorganiseringen ønsket en å styre produksjonen av spesialisthelsetjenester ved å delegere ansvar til økonomisk selvstendige enheter. Slik utfordres den tradisjonelle weberske styringsmodellen av en økonomisk rasjonalitet. Det er to hovedutfordringer i modellen (Barnard 1938). Den ene er å få aktører med ulike preferanser, gjennom bruk av insentiver, til å samhandle på en konsistent måte. Dette er et av hovedproblemene i økonomisk styring og viser seg blant annet i diskusjonen om kontrakter og resultatstyring. Den andre utfordringen er at preferanser ikke en gitt tilstand; de kan læres over tid. De kan blant annet endres ved at organisasjonen skaper lojalitet, læring og deltakelse (Levitt and March 1995). Dette åpner opp for at en i tillegg til brobygging gjennom ulike preferanser (kontraktdialog), også må ha en dialog/veiledning om

deltakelse, tiltak og utvikling (myndighets-/stabsdialog) som kan skape lojalitet og identitet til det enkelte foretak.

De to utgangspunktene gir altså ulike svar på hva som får aktører i en organisasjon til å samarbeide mot felles mål, i vårt tilfelle et bedre helsestell. Det hierarkiske perspektivet har i forvaltningen tradisjonelt blitt ivaretatt gjennom byråkratiske regler og en hierarkisk styringsstruktur (Weber 1971). I en foretaksmodell forsøkes rasjonaliteten ivaretatt gjennom organisasjonsenheterens rolle som selvstendige økonomiske enheter, og med fokus på transaksjoner mellom økonomiske aktører (Hart 1995, Williamson 1995). Samtidig er det en økende erkjennelse av at formelle kontraktsbaserte relasjoner kanskje ikke er tilstrekkelige; det er også behov for mer relasjonelle, eller institusjonsbaserte relasjoner, jf. Williamson 1996:169):

Although there is a widespread agreement that the discrete-transaction paradigm – sharp in by clear agreement; sharp out by clear performance – has served both law and economics well, there is an increasing awareness that many contractual relations are not of this well defined kind.

Vi spør om det først og fremst er formelle kontraktlignende styringsrelasjoner som karakteriserer relasjonen mellom de regionale og lokale helseforetakene eller om vi også finner styringsrelasjoner basert på en mer uformell styringsdialog og partnerskap. Og hva betyr dette for balansen mellom styring og autonomi?

Vårt utgangspunkt er at de to styringsdialogene dels vil kunne påvirke hverandre og dels være i konkurranse med hverandre. Hvis den uformelle dialogen blir for tung f.eks. ved lobbyisme og nettverkspåvirkning, kan kontraktdialogen undermineres. Et praktisk spørsmål for foretaksorganiseringen blir om en myndighetsdialog kan formaliseres gjennom prosedyrer slik at den kan støtte kontraktdialogen? Vil den i så fall utvikles til en styring i linjen som presser foretakene over mot rollen som forvaltningsorgan på linje med tidligere praksis? Det kan skape en utvikling mot likhet mellom foretakene hvor vi finner de samme standardløsningene.

Det er også et spørsmål om i hvilken grad politikk kommer inn på nytt, men i andre former. Terry Moe (1995) bruker begrepet “agency bureaucrats” for å åpne for en slik diskusjon: “Once an agency is created, the political world becomes a different place. Agency bureaucrats are now political actors in their own right. They are new players whose interests and resources alter the political game”.

Vi starter med en diskusjon av styrenes rolle for deretter å se nærmere på styringsrelasjonene.

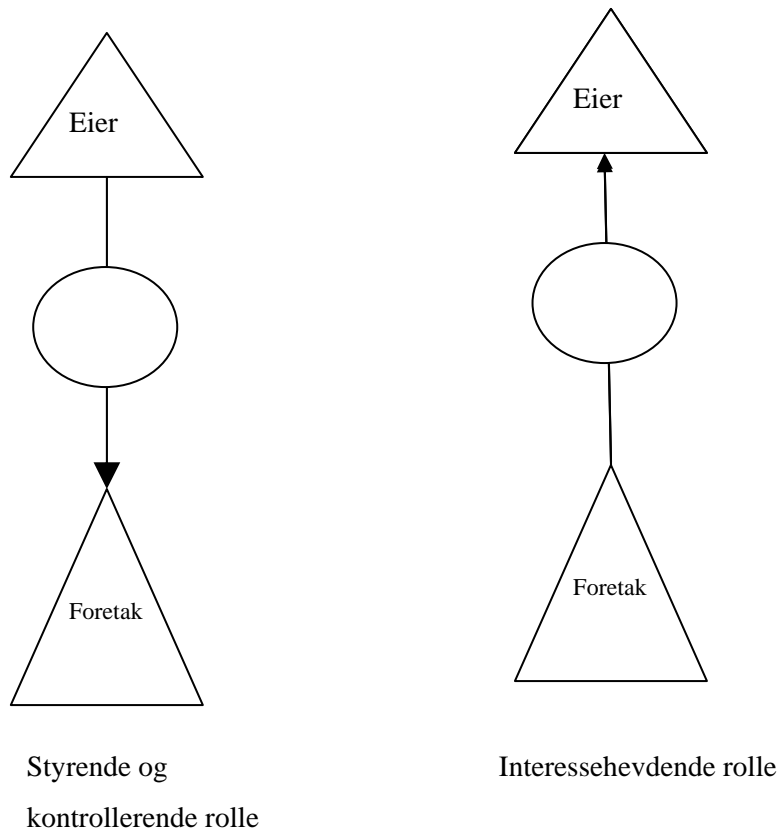
6.4 Foretaksstyrene – eiers kontrollorgan eller foretakenes talerør?

Styrene i de regionale og lokale helseforetakene er et viktig element i den statlige foretaksmodellen. De har det overordnede ansvaret for oppnåelsen av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket, og at virksomheten drives forsvarlig innenfor de økonomiske og andre rammer som er satt. I helseforetaksloven (§ 28) er det lagt opp til at styrets oppgave skal være å forvalte foretakene på vegne av eier, det vil si staten ved departementet i de regionale helseforetakene og staten ved de regionale helseforetakene i de lokale helseforetakene.

Begrunnelsen for styrer er delingen mellom eierskap og lederskap. Rene forvaltningsorgan er en del av det politisk/administrative styringssystemet og her er det ikke vanlig eller ønskelig med styrer (NOU 1991). Behovet for styrer opptrer derimot når en enhet er tildelt oppgaver av produksjonsmessig eller tjenesteytende karakter, for eksempel offentlige bedrifter som kan ses som egne resultatenheter eller andre offentlige enheter som er satt til å løse veldefinerte oppgaver innen gitte økonomiske rammer.

Styret står i en vanskelig mellomposisjon mellom eier på den ene siden, og administrative ledere i den underordnede virksomheten på den andre siden. Her oppstår det ofte et vanskelig grenseland, hvor forskning viser at styrer og styremedlemmer innehar noe forskjellige roller (Reve og Grønlie 1993). Det ene ytterpunktet er rollen som forvalter eller kontrollør på vegne av eier, den andre er rollen som talerør eller interessehevder på vegne av institusjonen. De to ulike rollene kan illustreres slik det er gjort i figur 6.1.

Figur 6.1 *Forvalterrollen vs. interessentrollen*



Bearbeidet fra Vabo 1993

Det kan hevdes at rollen som styrings- og kontrollorgan er normen for hvordan et styre skal eller kan fungere. Samtidig er det slik at det også oppfattes å være en akseptert del av styrerollen å arbeide for å skaffe organisasjonen handlingsrom (Vabo 1993:11). Gitt intensjonen om balanse mellom styring og handlefrihet for helseforetakene, er det derfor interessant å diskutere betingelser for at foretaksstyrene kan ivareta ulike roller.

Det kan argumenteres for at det er styrings- og kontrollrollen som understrekes sterkest ved profesjonelle styrever. Det gjør den også ved måten den praktiseres på innenfor helseforetaksmodellen. De profesjonelle styrene er for det første plassert i linjen mellom eier og foretak, dvs. mellom Helsedepartementet og de regionale foretakene og mellom de regionale foretakene og underliggende helseforetak. Et kjennetegn ved helseforetaksmodellen er dessuten at de regionale helseforetakene har plassert representanter fra den regionale administrasjonen enten som ledere, nestledere eller ordinære medlemmer i de underliggende foretaksstyrene. Det utøves altså gjennomgående representasjon fra eier til underliggende styre. Modellen praktiseres noe forskjellig i de ulike regionene (jf. avsnitt 6.6), men i utgangspunktet er denne ordningen etablert i alle helseregionene.

Dernest er de profesjonelle styremedlemmene valgt til å sitte i foretaksstyrene utelukkende på bakgrunn av sin utdannings-, yrkes eller øvrige styreverfaring. Unntatt ansattes representanter, skal styrene ikke sammensettes på en slik måte at eksterne interesser er representert. Samtidig understreket reformmakerne at styrene måtte settes sammen på en slik måte at de har legitimitet i befolkningen (Ot.prp. nr.66, 2000-2001:74). Det ble understreket at eiers oppgave var å sette sammen styrene på en slik måte at de får tillit fra det brede spekter av interesser innenfor spesialisthelsetjenesten og fra lokalsamfunn og instanser utenfor selve tjenesten. Det ble i den sammenheng trukket fram at styrene i de regionale helseforetakene må ha geografisk forankring i den helseregionen de skal betjene. Samme hensyn ble ikke vektlagt på samme måte i forhold til sammensettingen av styrene for de lokale helseforetakene. Som det heter i lovproposisjonen: ”Det er ikke nødvendigvis slik at de [styrene] skal betjene bestemte lokalområder” (ibid s.74). Men det ble også lagt til at ”...helseforetak som utgjør et typisk lokalsykehus, bør ha en styresammensetning som har kjennskap og tilhørighet til det lokalmiljøet sykehuset skal betjene”. Vi aner med andre ord en viss tvetydighet i reformakernes argumentasjon. Samtidig som det legges vekt på at styrene skal ha en geografisk forankring, betones det at det nødvendigvis ikke er slik at de skal betjene bestemte lokalområder – inneforstått ikke opptre som lokale talerører.

Rollen som kontrollorgan viktigere over tid, usikker på styrenes legitimitet

Tabell 6.1. viser hvordan foretakslederne vurderer styrene i forhold til rollen som kontrollorgan eller talerører.

Tabell 6.1 *Foretaksledernes vurdering av styrenes rolle som kontrollorgan og talerører. Prosentandel som er nokså/helt enig i de ulike påstandene. 2004.*

	Regionale helseforetak	Lokale helseforetak	Total
Styret er et kontrollorgan for eier	44	54	53
Styret er et talerører overfor eier	45	46	45
N=	53-53	224-227	277-281

I overkant av halvparten av styremedlemmene og direktørene støtter utsagnene om at styret er kontrollorgan for eier. Denne funksjonen tillegges noe større vekt i 2004 enn i 2003, da den tilsvarende prosentandelen var 48. Det er på HF-nivå at styret tillegges en mer kontrollerende rolle i 2004. Noe under halvparten er enig i at styret er et talerører overfor eier. Her er andelen konstant fra 2003. Resultatene tyder med andre ord på at styret har en todelt funksjon; de oppfattes i viss utstrekning å være både kontrollorgan og

talerør. Kontrollfunksjonen synes imidlertid å ha blitt noe viktigere over tid for styrene i de lokale helseforetakene.

At 72 % av lederne i helseforetakene er enige i at gjennomgående styrerepresentasjon gir regionalt helseforetak stor innflytelse over beslutninger i helseforetakene vitner også om at styrene i stor grad oppfattes som eiers instrument overfor helseforetakene. Det er her dessuten verdt å nevne at kun en tredjedel av våre respondenter er enige i en påstand om at gjennomgående styrerepresentasjon gir uklare ansvarsforhold (jf tabell 6.3). I statens eierdokument til de regionale helseforetakene for 2005 begrenser imidlertid staten de regionale helseforetakenes adgang til å la ansatte i fremtiden lede og delta i styret i underliggende foretak (jf. protokoll fra foretaksmøte i Helse Øst RHF, av 14.1.2005). Det er spesielt ansatte med "sørge-for-ansvar" som staten ønsker skal tre ut av styrende på helseforetaksnivå i 2005. Dette vitner om et ønske om å klargjøre skillet mellom bestiller og utfører. Det gjenstår å se hvordan ordningen vil praktiseres framover.

Et tredje forhold som vitner om at styret er å betrakte som eiers instrument er det faktum at flere styret og enkeltstyremedlemmer er skiftet ut i løpet av den første treårsperioden. Det er eksempler på at hele eller store deler av styret er blitt skiftet ut, på grunn av at de etter eiers mening ikke har opptrådt i henhold til eiers ønske om lojalitet. I Helse Sør valgte helseministeren å skifte ut styret for det regionale helseforetaket da det oppstod uenighet innad i styret om hvorvidt administrerende direktør burde fratre sin stilling eller ikke. Også i Helse Nord finner en eksempler på en omfattende utskifting av styremedlemmer i forbindelse med uenighet om forslag til vedtak om arbeids- og funksjonsfordeling som er lagt fram i det regionale styret (jf. også avsnitt 6.7 og kapittel 7).

Dette synliggjør også at styrets ansvar for å forvalte det statlige eierskapet på vegne av eier ikke bare stiller høye krav til lojalitet, det stiller også krav til kompetanse, beslutningseffektivitet og evne til å skape samarbeid innad og utad. Styret er også avhengig av styrke og forankring i den region eller i det lokalsamfunn helseforetaket er lokalisert for å få gjennomslagskraft for den linje styret forfølger på vegne av eieren. Intensjonen om balanse mellom styring og autonomi forutsetter imidlertid også at styret har en viss egentyngde og er i stand til å tilkjenne og forvalte foretakenes interesser på vegne av foretakene.

Skal vi tro foretakslederne er både samarbeidet internt i styrene, og mellom styrer og administrasjon preget av stor harmoni og likevekt i relasjoner (jf. Opedal og Stigen red. 2003). Selv om medlemmene har ulike yrkesbakgrunn, utdanning og bosted, oppgir lederne at slike forhold i liten utstrekning gir opphav til konflikter. Også mellom ansatterepresentanter og styret for øvrig er det stor enighet skal vi tro styremedlemmene i de regionale og lokale styrene. At slike underliggende latente konfliktdimensjoner i liten grad ser ut til å gi seg utslag i åpne konflikter utelukker imidlertid ikke at det kan være diskusjon og uenighet i styrene om håndtering av ulike saker. Men dataene kan tolkes i retning av at det store flertall av styrene har lagt seg på en konsensusøkende arbeidsform hvor det er viktig å finne fram til løsninger som alle medlemmene kan samle seg om.

Hvordan oppfattes så de regionale og lokale styrene når det gjelder tillit, kompetanse, uavhengighet og effektivitet? Svarene framgår av tabellen under.

Tabell 6.2 *Hvordan ledelsen for de regionale og lokale helseforetakene vurderer styrenes virkemåte. Prosentandel som er nokså/helt enig i de ulike påstandene. 2004.*

	Regionale helseforetak	Lokale helseforetak	Total
Styret har bred aksept i regionen/lokalsamfunnet	42	35	36
Styret innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver	89	72	76
Styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan	30	26	27
Styret er et effektivt beslutningsorgan	91	66	70
N=	53-54	203-230	256-252

Et klart flertall av styremedlemmene og direktørene på regionalt og lokalt nivå er enige i at styrene innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver. De er også enige i at styret er et effektivt beslutningsorgan. Det er imidlertid kun et mindretall av respondentene som er enige i påstanden om at styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan. Ledelsen er også i tvil om styrenes forankring eller legitimitet i regionen eller lokalsamfunnet. Det synes med andre ord å være slik at styrene oppfattes å være kompetente og effektive, mens en er noe mer usikker på forankring og uavhengighet. Det er også verdt å merke seg at en er noe mer usikker på styrenes posisjon og virkemåte på lokalt nivå enn på regionalt nivå.

Analysen viser at det er moderate forskjeller mellom regionene i synet på hvordan styret oppfattes mht. disse spørsmålene. På en skala fra 1-5 varierer gjennomsnittet mht. vurdering av aksept, kompetanse, effektivitet og uavhengighet fra 3,4 til 3,7. Det er først og fremst Helse Midt-Norge som skiller seg ut ved at styrene her får betydelig høyere skåre enn i de andre regionene.

6.5 Regional styringskultur og lokal foretaksautonomi

I denne delen skal vi se nærmere på forholdet mellom formelle og uformelle styringsrelasjoner i helseforetakene, oppfatninger om autonomi og regionale variasjoner.

Vi ser først på noen spørsmål som dreier seg om klarheten i og betydningen av formelle styringsrelasjoner. Oppfattes de regionale helseforetakene å ha tilstrekkelig autoritet til å styre helseforetakene på en effektiv måte? Er de formelle ansvarsforholdene klare og opptrer de regionale helseforetakene ryddig og forutsigbart i forhold til helseforetakene. Og anser en de formelle styringsarenaene som tilstrekkelige, eller er det behov for mer uformell stabs-/styringsdialog? I tabell 6.3. viser vi hvordan lederne i de regionale og lokale helseforetakene vurderer disse spørsmålene.

Tabell 6.3 *Hvordan ledelsen i helseforetakene vurderer den formelle styringsrelasjonen mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Prosentandel som har svart nokså enig/helt enig i de ulike påstandene. 2004*

	Regionale helseforetak	Lokale helseforetak	Total
Det regionale helseforetaket har ikke nok autoritet til effektiv styring av helseforetakene	11	18	17
Det oppstår stadig tvil om hvilke saker som er det regionale helseforetakets ansvar og hvilke saker som er helseforetakenes/helseforetakets ansvar	2	22	18
Helseforetakenes/helseforetakets resultatansvar er på en presis måte klargjort gjennom avtaler/styringsdokument mellom regionalt helseforetak og helseforetakene	73	64	66
Gjennomgående styrerepresentasjon fra regionalt helseforetaks side i HF-styrene gir regionalt helseforetak stor innflytelse på beslutninger i HF-styrene	75	71	72
Gjennomgående styrerepresentasjon fra regionalt helseforetaks side i HF-styrene fører til uklare ansvarsforhold mellom regionalt helseforetak og helseforetakene.	9	39	33
Regionalt helseforetak opptrer ryddig overfor helseforetakene/helseforetaket	-	55	55
Regionalt helseforetak opptrer lite forutsigbart overfor helseforetakene/helseforetaket	-	24	24
Styringen av helseforetakene/helseforetaket gjennom foretaksmøte og styringsdokument/avtaler er tilstrekkelig	29	58	52
Det er behov for en utfyllende stabsdialog (for eksempel direktørmøter/uformelle rådslag)	93	77	80
Den uformelle stabsdialogen er blitt viktigere etter hvert	70	62	64
Stabsdialogen gjør den formelle styringslinjen mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene/helseforetaket mer klar	14	34	30
Den uformelle stabsdialogen er et problem for HF-styrets arbeid	4	24	20
N=	47-56	168-233	215-287

Ledernes svar indikerer at de i store trekk vurderer de formelle styringsrelasjonene som avklarte og ryddige. Det er kun et mindretall som synes at det regionale helseforetaket ikke har tilstrekkelig autoritet eller at det er tvil om ansvarsfordelingen mellom regionale og lokale helseforetak. Men som vi ser er lederne for de lokale helseforetakene noe mindre fornøyde enn de regionale lederne. Tabellen viser videre at det er stor uenighet om hvorvidt styringen av helseforetakene gjennom foretaksmøte og styringsdokument er tilstrekkelig. Det oppfattes å være et behov for utfyllende stabsdialog eller uformelle rådslag i tillegg til den formelle styringen gjennom styringsdokumenter og foretaksmøter. Den uformelle stabsdialogen er også blitt viktigere etter hvert. I store trekk oppfattes ikke den uformelle styringsdialogen å være et problem for styringskjeden mellom de regionale og de lokale helseforetakene. Sammenlignet med styringsrelasjonen mellom Helsedepartementet og den sentrale helseforvaltningen og de regionale helseforetakene i

kapittel 5, gir styringsrelasjonen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene inntrykk av å være mer ryddig og avklart.

Hvordan vurderes så de tillitsbaserte styringsrelasjonene? Tabell 6.4 gjengir svarene på disse spørsmålene.

Tabell 6.4 *Hvordan foretakslederne vurderer samarbeidet mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Prosentandel som har svart nokså enig/helt enig i de ulike påstandene. 2004.*

	Regionale helseforetak	Lokale helseforetak	Total
Det er et godt tillitsforhold mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene/helseforetaket	82	60	65
Det regionale helseforetakets styring av helseforetakene/helseforetaket er preget av dialog og samarbeid	85	47	55
Helseforetakene/helseforetaket blir for lite involvert når det regionale helseforetaket treffer beslutninger	4	45	37
Helseforetakene/helseforetaket går utenom regionalt helseforetak, og tar direkte initiativ overfor departement og politiske myndigheter	6	4	5
Helseforetakene/helseforetaket allierer seg med lokale aksjonsgrupper for å påvirke beslutninger i regionalt helseforetak	6	3	3
N=	51-56	225-231	274-287

Svarene indikerer at tillitsforholdet er godt, men at en er noe mer usikker på om styringsrelasjonene er preget av dialog og samarbeid. Rundt en tredjedel av respondentene synes også at helseforetakene blir for lite involvert når de regionale helseforetakene treffer beslutninger. Det er igjen verdt å merke seg at respondentene på regionalt nivå har en vesentlig mer positiv vurdering av disse relasjonene enn lederne i helseforetakene. To forhold er lederne derimot svært enige om: Helseforetakene går ikke utenom regionalt foretak og de allierer seg ikke med lokale aksjonsgrupper. Skal vi tro respondentene er det altså ikke slik at lojaliteten settes til side selv om tillits- og samarbeidsforhold vurderes noe forskjellig blant lokale ledere sammenlignet med regionale ledere.

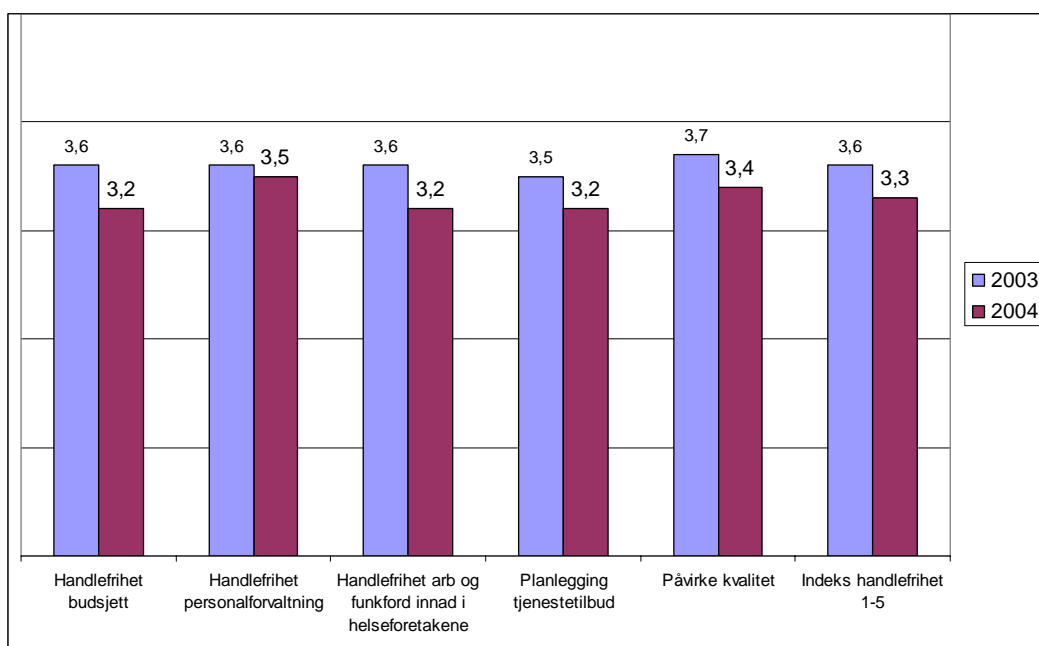
Hvordan vurderes så helseforetakenes handlingsrom, generelt og på spesifikke saksområder? En generell påstand om at helseforetakene har stor handlefrihet får tilslutning fra om lag en tredel av lederne (tabell 6.5.) Her er det imidlertid stor forskjell mellom regionale og lokale ledere. Mens nærmere to tredeler av de regionale lederne er enige i at helseforetakene har stor handlefrihet, støttes påstanden bare av vel en fjerdedel av respondentene i de lokale helseforetakene.

Tabell 6.5 *Hvordan ledelsen i helseforetakene vurderer styring og handlefrihet for helseforetakene. Prosentandel som har svart nokså enig/helt enig. 2004.*

	Regionale helseforetak	Lokale helseforetak	Totalt
Helseforetakene har stor handlefrihet	61	28	34
Styringen fra regionalt helseforetak er for detaljert	-	54	54
N=	56	232-233	233-288

Over halvparten av de lokale lederne er enige i at styringen fra regionalt helseforetak er for detaljert. Svarene på de generelle påstandene om handlefrihet og styring indikerer med andre ord mer styring enn autonomi for de lokale lederne. Disse svarene nyanseres imidlertid vesentlig når vi ser på svarene om autonomi på spesifikke ansvarsområder, som vist i Figur 6.2 under:

Figur 6.2 *Hvordan ledelsen for de lokale helseforetakene vurderer handlefriheten på ulike saksområder, og samlet for de 5 områdene. Gjennomsnitt (1=svært liten handlefrihet, 5=svært stor handlefrihet)*



Figuren viser hvordan ledelsen i de regionale og lokale helseforetakene vurderer handlefriheten på ulike saksområder, i 2003 og 2004. I gjennomsnitt vurderer lederne handlefriheten til mellom 3 og 4 på en skala fra 1 til 5, hvor 1 angir svært liten handlefrihet og 5 svært stor handlefrihet. I 2004 oppgir de å ha størst handlefrihet i forhold til personalforvaltning, mens de har minst handlefrihet mht. til disponering av budsjett, til å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak og til planlegging av

tjenestetilbud. Det er imidlertid ingen markante forskjeller i gjennomsnittverdiene for de ulike områdene. Mer interessant er det at gjennomsnittsskårene har gått noe ned siden 2003. Mens gjennomsnittsskåren for alle områdene var 3,6 i 2003 er den i 2004 redusert til 3,3. Det er spesielt handlefriheten til å disponere budsjett og muligheten for å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak innad i foretakene som oppfattes å være redusert.

Videre analyser viser at de formelle styringsrelasjonene og de mer uformelle tillitsbaserte relasjonene korrelerer sterkt og slår ut i samme dimensjon i en faktoranalyse. Vi har kalt denne dimensjonen god styringsrelasjon eller god styringsdialog (Tabell 6.6).³³

Tabell 6.6 *Indeks – god styringsrelasjon*

	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Helse Sør	3,0	0,75	59
Helse Øst	3,7	0,55	58
Helse Vest	3,6	0,64	36
Helse Midt-Norge	3,9	0,60	40
Helse Nord	3,2	0,79	43
Total	3,4	0,74	236

F=13,25 Sig.=.00

Gjennomsnittsverdien er 3,4 på indeksen. Det vil si at lederne i helseforetakene plasserer seg noe over midten på en skala fra 1-5 som beskriver hvor enig en er i om styringsrelasjonen er god eller ikke. Det er som vi ser markante variasjoner mellom regionene. Skal vi tro respondentenes svar på disse spørsmålene er styringsrelasjonen klart best i Helse Midt-Norge, mens Helse Sør skårer lavest. Også Helse Nord skårer under gjennomsnittet. Helse Øst og Helse Vest skårer godt over gjennomsnittet, men ikke så høgt som Helse Midt-Norge.

Som vist vurderer våre respondenter foretakenes autonomi på ulike områder som rimelig stor, men også her er det forskjeller mellom regionene. I Tabell 6.7 viser vi de ulike regionenes plassering på en indeks om lokal handlefrihet.³⁴

³³ Oppfatningen om styringsdialogen mellom regionalt og lokalt foretak er operasjonalisert som det aritmetiske gjennomsnittet av vurderingen av følgende spørsmål: "det oppstår stadig tvil om hvilke saker som det regionale helseforetakets ansvar, og hvilke saker som er helseforetakets ansvar" (snudd), "regionalt helseforetak har ikke nok autoritet til effektiv styring av helseforetaket" (snudd), "gjennomgående styrerepresentasjon fra regionalt helseforetaks side fører til uklare ansvarsforhold mellom regionalt helseforetak og helseforetakene" (snudd), "regionalt helseforetak opptrer på en ryddig måte overfor helseforetaket", "styringen fra regionalt helseforetak er lite forutsigbar" (snudd), "det er et godt tillitsforhold mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket", "det regionale helseforetakets styring av helseforetaket er preget av dialog og samarbeid".

³⁴ Variabelen er operasjonalisert som det aritmetiske gjennomsnittet av respondentenes svar på spørsmålet om hvor stor handlefriheten er på områdene: disponering av tildelt budsjett, personalforvaltning, arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket, planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud og friheten til å påvirke kvaliteten på helsetjenestene.

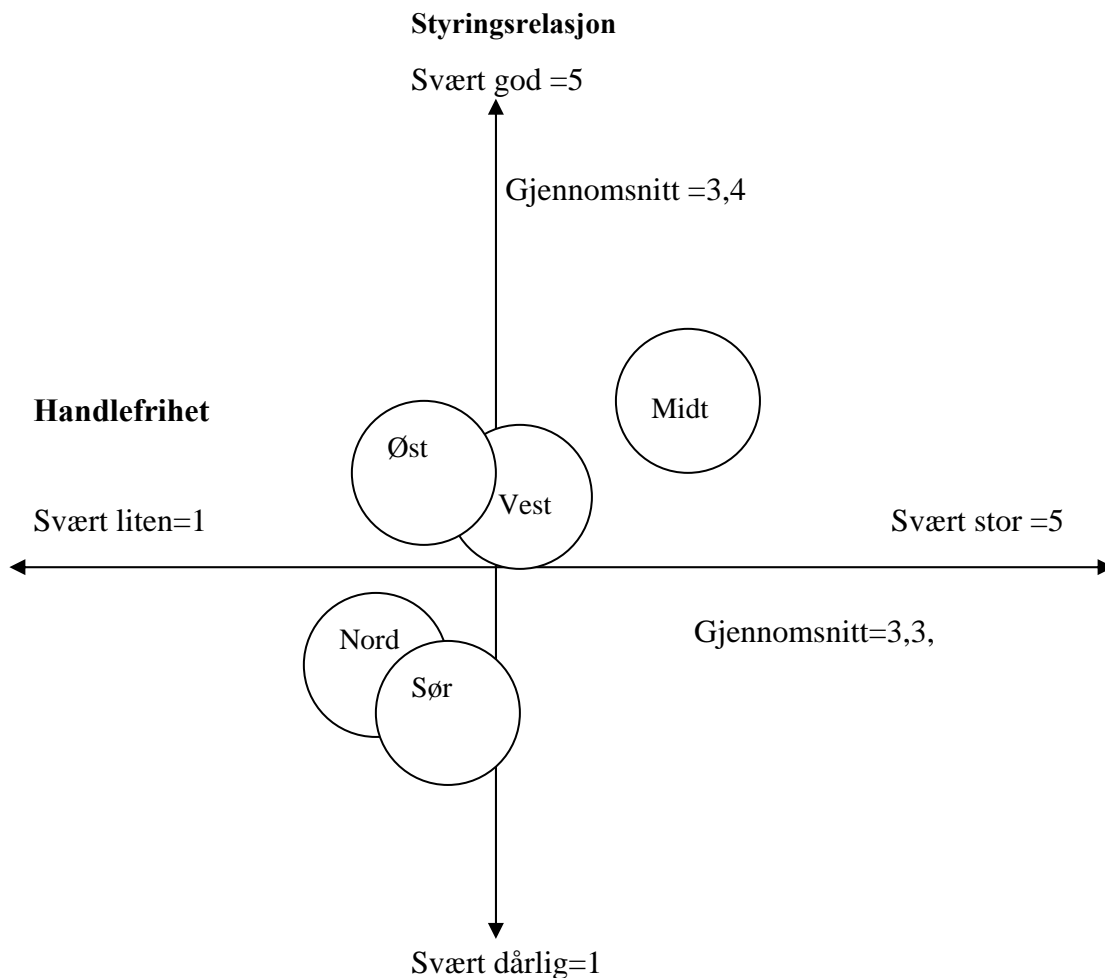
Tabell 6.7 *Indeks – lokal autonomi*

	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Helse Sør	3,2	0,93	57
Helse Øst	3,2	0,82	58
Helse Vest	3,3	0,90	33
Helse Midt-Norge	3,7	0,65	39
Helse Nord	3,1	0,83	39
Total	3,3	0,85	226

F=3,41 Sig=0,01

På handlefrihetsindeksen er gjennomsnittsverdien 3,3, på en skala fra 1 (svært liten handlefrihet) til 5 (svært stor handlefrihet). Det er hovedsakelig Helse Midt-Norge som bidrar til variasjon mellom regionene. Her oppleves handlefriheten som betydelig større enn i de andre regionene.

I Figur 6.3 under har vi plassert regionene i forhold til de to indeksene.

Figur 6.3 *Styringsrelasjon og lokal autonomi.*

Figuren synliggjør at Helse Midt-Norge kommer best ut av regionene både når det gjelder vurdering av styringsrelasjon og av handlefrihet. Helse Øst og Helse Vest plasserer seg

over gjennomsnittet mht. styringsrelasjon, mens Helse Øst skårer noe lavere på autonomi-indeksen. Helse Sør og Helse Nord skårer litt under gjennomsnittet på begge indeksene. Nord ligger imidlertid noe nærmere gjennomsnittet på styringsrelasjon enn Helse Sør.

I en regresjonsanalyse (ikke vist i tabell) har vi sett på betydningen av region i tillegg til styringsrelasjon for vurderinger av autonomi. Region er her representert med et sett av dummy-variabler hvor Helse Øst er brukt som konstant. Analysen viser i tråd med figuren over en signifikant effekt av styringsrelasjon (jo bedre styringsrelasjon, desto større handlingsfrihet). I tillegg slår regionstilhørighet ut. De lokale helseforetakene i Helse Midt-Norge vurderer handlefriheten som vesentlig bedre enn de andre regionene. Dette betyr at større handlefrihet i Helse Midt-Norge ikke bare kan forklares ut fra gode formelle og uformelle styringsrelasjoner. Det må også søkes etter andre forhold som kan være spesifikke for denne regionen. Før vi diskuterer dette nærmere vil vi først se litt nærmere på erfaringer med den interne styringen i helseforetakene, slik disse oppfattes av et utvalg divisjonsdirektører, kliniksjefer og avdelingssjefer.

For det første er det relativt store strukturelle variasjoner mellom regionene mht. hvordan de enkelte foretak er organisert, hvilke stillingsstrukturer som er utbredt, hvor mange hierarkiske nivå som er innført og hvor stort geografisk område den enkelte leder har ansvar for. I Helse Sør og Helse Vest er kliniksjeferstruktur den dominerende stillingsstrukturen, mens divisjonsstruktur har fått stor utbredelse i Helse Øst. I Helse Midt-Norge står vi overfor en mer blandet situasjon med en kombinasjon av avdelingssjefer og kliniksjefer i de ulike lokale foretak. I Helse Nord fremstår avdelingssjef som den dominerende stillingsmodell (Jf. også kapittel 3). Variasjoner i stillingsstruktur kan være med å forklare variasjoner mellom regionene mht. ledernes resultatansvar og autonomi. Handlefriheten ser ut til å være størst i Helse Midt-Norge og minst i Helse Nord; noe som sannsynligvis delvis kan forklares på bakgrunn av stillingsstruktur. I den grad ledere rapporterer om begrensninger i autonomi dreier dette seg om administrative beslutninger dvs. budsjett, innkjøp, disponering av lokaler og beslutninger om organisasjonsstruktur. På de mer kliniske funksjoner og beslutningsområder fremstår autonomien til disse lederne som gjennomgående stor.

For det andre gir undersøkelsen blant divisjonsdirektører, kliniksjefer og avdelingsledere et bilde av ledernes verdipreferanser. I Helse Sør ser lederne ut til å være mest opptatt av fornyelse og innovasjon, det samme gjelder i Helse Øst. I de andre regionene, f.eks. i Helse Vest og Helse Midt-Norge gjør andre verdipreferanser seg sterkere gjeldende. Lederne i Helse Vest er mer opptatt av å overskride sektorgrenser og utvikle nettverk, mens lederne i Helse Midt-Norge tydelig skiller seg fra ledere i andre regioner - med en sterkere vektlegging av å styrke brukedemokratiet. I Helse Nord ser tradisjonelle sektorspesifikke verdier fremdeles ut til å stå sterkt. Lederne her vektlegger helsefaglige tradisjoner og kontinuitet, mens de samtidig er mer "skeptiske" og mindre lojale til overordnet ledelse og mer tilbøyelige til å anvende uformell styring. Dette bildet kan sannsynligvis være med på å forklare noen av styringsutfordringene i Helse Nord. Det kan samtidig legges til at i Helse Nord er flertallet av de undersøkte lederne medisinerer (71 prosent). Det vil på denne bakgrunn være nærliggende å anta at lederne i Helse Nord er mer tilbøyelige til å vektlegge medisinfaglige preferanser.

Det er også undersøkt hvilke enheter og grupper lederne identifiserer seg med innenfor helseregionene. I Helse Midt-Norge har man tydeligvis fått til et mer harmonisk og balansert forhold mellom de ulike ledernivåene i regionen og det regionale helseforetaket - et funn som forøvrig er bekreftet i tidligere undersøkelser (Hallingsstad 2004). Det regionale helseforetaket har større legitimitet og anerkjennelse blant lokale helseforetaksledere i Helse Midt-Norge. Lederne i de lokale helseforetakene i Helse Midt-Norge gir

sterkere uttrykk for at de identifiserer seg med det regionale helseforetaket. Det er samtidig et gjennomgående trekk blant ledere i alle regioner i denne undersøkelsen at egen klinikk, avdeling, eller lokalt helseforetak, er de viktigste identifikasjonsfaktorene, mens regionen har gjennomgående liten oppslutning som identifikasjonsfaktor. Lederne i Helse Nord skiller seg ut ved at de rapporterer om en betydelig sterkere identifikasjon med egen fagprofesjon (Torjesen 2005).

Når det gjelder arbeidsformer og styringsrelasjoner mellom ulike enheter i helseforetakene ser det ut til at uformell styring gjør seg sterkt gjeldende. Denne respondentgruppen er også redd for at den uformelle styringen kan undergrave det helhetlige resultatansvaret til ledelsen. Helse Nord representerer her en absolutt topp med relativt større utbredelse av uformell styring enn i de andre regionene. Bildet er samtidig tvetydig ved at ledergruppene i alle regioner rapporterer om god dialog og samarbeid mellom ulike nivå. (jf også vedlegg 2, vedleggstabell 6.1.)

6.6 Hvorfor regionale variasjoner?

For å forstå de regionale variasjonene når det gjelder oppfatninger om styringsrelasjoner og handlefrihet må vi trenge dypere inn i de enkelte regionale foretakenes styrings- og lederskapsstruktur. I tillegg må vi ta i betraktning ulike historiske erfaringer i regionene. Regionene har for det første hatt ulikt syn på styring i reformens etableringsfase. I Helse Sør og i Helse Øst valgte en fra starten av en mer hierarkisk modell enn i de øvrige regionene. Dette ga seg blant annet uttrykk i valget av modell for eierrepresentasjon i foretaksstyrene. Prinsippet om gjennomgående representasjon har derfor vært praktisert noe forskjellig i de ulike regionene (Tabell 6.8)

Tabell 6.8 *Gjennomgående styrerepresentasjon. Region. 2004*

	Styreleder	Nestleder	Vanlig medlem
Helse Øst	X	(x)	
Helse Sør	X	(x)	
Helse Vest			x
Helse Midt-Norge			x
Helse Nord	x	x	x

Tabellen viser at Helse Øst og Helse Sør har den sterkeste eierstyringen målt gjennom praktisering av prinsippet om gjennomgående representasjon. I Helse Øst er regionale administrative ledere styreledere i samtlige foretaksstyrene, med unntak av Sykehuset Asker og Bærum og Ullevål Universitetssykehus. Her er den regionale representanten nestleder. I Helse Sør var det kun i det tidligere Rikshospitalet at prinsippet om regional styreleder ble fraveket. I Helse Vest og i Helse Midt-Norge har representanten for den regionale administrasjon kun deltatt som ordinært medlem. Helse Nord hadde inntil sommeren 2003 ikke gjennomgående representasjon. Deretter har en også i denne regionen praktisert dette prinsippet. Her varierer det imidlertid om den regionale representanten innehar rollen som leder, nestleder eller ordinært medlem.

Blant annet i Helse Vest ble det ved etablering av den regionale styringsstrukturen diskutert hvilken form man skulle legge seg på når det gjaldt eierrepresentasjon i de underliggende styrene. Noen styremedlemmer ønsket to representanter i styrene for å kunne utøve sterkere eierstyring. Den løsningen som ble valgt var at administrerende direktør – eller representant for han – inntok rollen som ordinært styremedlem i hvert av

de underliggende helseforetakene (Hallingstad 2004:67). Heller ikke i Helse Midt-Norge gikk en inn for en rendyrket konsernmodell med regionale ledere som styreledere, ut fra et bevisst ønske om å gi de underliggende foretakene stor grad av autonomi.

I Helse Øst hvor en har praktisert en relativt sterk konsernstyring, vurderes styringsrelasjonene som klare, entydige, men samtidig tillitsbaserte. Her har en også arbeidet aktivt med å gjennomføre omfattende arbeids- og funksjonsfordelingsprosjekter, uten at det har medført interne styrings- og tillitsutfordringer, skal vi tro våre respondenter. Det samme gjelder i Helse Vest hvor arbeidet med arbeids- og funksjonsfordeling har blitt tillagt stor vekt og fått stor medieoppmerksomhet.

For å forstå vurderingene av autonomi og styringsrelasjoner må en antakelig søke utover indikatorene i spørreskjemamaterialet. Helse Midt-Norge, Helse Øst og Helse Vest er karakterisert ved betydelig større ledelsesmessig stabilitet enn Helse Nord og Helse Sør, hvor det har det skjedd endringer i den regionale ledelsen. Dette må vi anta kan bidra til å forklare at en ikke har greid å bygge opp like klare og tillitsbaserte styringsrelasjoner her som i de øvrige regionene. I Helse Sør har det også vært helt spesielle forhold knyttet til flere turbulente situasjoner (jf. kapittel 5).

De ulike regionene har dessuten et noe forskjellig utgangspunkt historisk. I Helse Nord var perioden med regionalt helsesamarbeid preget av interne regionale konflikter, mens Helse Midt-Norge bevisst har søkt å videreføre målsettingen om nettverksbasert styring og samarbeid på tvers av fylkesgrenser også innenfor den nye modellen (Hallingstad 2004, Opedal og Stigen (red.) 2002 a, b). Styringsfilosofien er basert på kultur, historisk arv og deltakelse. En kan heller ikke se bort fra at teorien om kreative rolleinnhavere kan ha forklaringskraft. Den omhandler betydningen av enkeltaktører som kjenner organisasjonens egenart og som har tydelig forankring innenfor organisasjonen (Hallingstad 2004, Kingdon 1984). Stabiliteten i ledelsen både i Helse Øst og i Helse Midt-Norge kan antakelig åpne opp for slike rolleinnhavere, ut fra deres spesielle erfaring og kjennskap til egen region, sektorens egenart og til politikken handlingslogikk.

6.7 Mot en strammere og mer lik regional styring – Helse Nord som case

Våre data tyder på at det over tid det er blitt noe strammere regional styring, i likhet med hva vi fant for den statlige styringen i kapittel 5. Vi har sett at flere oppfatter styrene som kontrollorgan i 2004 enn i 2003, og den lokale autonomien vurderes også som noe mindre over tid. I tillegg har vi sett at våre respondenter mener at det er behov for en mer uformell stabsdialog, eller konsulterende dialog, i tillegg til den formelle stabsdialogen i styringsdokumenter, foretaksmøter og resultatrapporter. Dette kan også ses som et uttrykk for et økende behov for en tettere og mer fleksibel styring på regionalt nivå.

Et annet interessant trekk er at de første årene var preget av noe større variasjon mht. styringsmodeller i regionene enn hva som er tilfellet tre år etter at reformen ble iverksatt. Både Helse Vest og Helse Nord la ved oppstarten av reformen vekt på stor foretaksautonomi gjennom valg av en bestiller-utfører-modell og kontraktstyring. I Helse Vest RHF vedtok en i 2001 at styringslinjen overfor helseforetakene skulle bygge på bestilling. De underliggende helseforetakene skulle slik gis anledning til å gjennomføre tiltak ut fra lokale forutsetninger og med stor autonomi. I styrene gikk administrerende direktør i RHF eller en representant for denne inn som ordinært styremedlem. En ønsket ikke så sterk eierstyring i styrene som i Helse Øst og i Helse Sør, der det regionale foretaket gikk inn med flere styrerepresentanter eller plasserte denne som leder eller nestleder i de

underliggende styrene. Høsten 2002 ble det imidlertid gjort endringer i modellen. Det ble lagt større vekt på styringsdokumentene og mindre vekt på bestilling. Samtidig ble administrerende direktør flyttet i direkte linje mellom styret i det regionale helseforetaket og styrene i de underliggende foretakene (Hallingstad 2004:66, 96).

Vi vil i det videre illustrere dynamikken i styringsrelasjonen over tid nærmere ved hjelp av en casestudie fra Helse Nord. I denne studien følger vi utviklingen av det regionale helseforetaket og relasjonen til de lokale foretakene etter at staten overtok sykehusene, gjennom tre ulike faser. Vi viser hvordan Helse Nord måtte endre både de formelle og uformelle styringsrelasjonene i løpet av reformens første 3 år. Endringene viser hva som skjer når reformens organisasjonslogikk møter etablerte politiske og profesjonsbaserte logikker på sykehusfeltet.

Et viktig spørsmål er om, og hvordan en formell kontraktsdialog og en mer uformell myndighetsdialog utvikles i helseforetakene. Disse to styringsdialogene vil påvirke hverandre og til dels være i konkurranse med hverandre. Hvis den uformelle dialogen blir for viktig, kan kontraktdialogen bli uten innhold. Et spørsmål i forhold til foretaksorganiseringen har derfor vært om en myndighetsdialog kan formaliseres gjennom prosedyrer slik at den kan støtte oppunder kontraktdialogen? Vil den i så fall medføre så omfattende styring at den begynner å ligne på tradisjonell forvaltningsstyring? På den andre siden kan bare bruk av kontraktsformen bli et for stivt redskap for styring mellom nivåene. Den tar for lite hensyn til læringsbehovet i en organisasjon og behovet for mer løpende styringsmessige tilpasninger (Levitt and March 1995).

6.7.1 Helse Nord i etableringsfasen

Organiseringen av Helse Nord ble fra starten av basert på en entydig styringslinje fra eier (staten) gjennom det regionale styret til styrene i helseforetakene som så skulle gi driftsansvar til direktøren for helseforetakene. En søkte å bygge opp en liten og strategisk orientert regional administrasjon. Det ble, i motsetning til de andre regionene, ikke etablert gjennomgående representasjon mellom administrasjon og underliggende styre. En fryktet at gjennomgående representasjon ville utvikle en type instruksjonsmyndighet som kunne forstyrre kontraktdialogen og medføre sterk linjestyring. Særlig næringslivsrepresentantene i styrene i Helse Nord var opptatt av den regionale administrasjonen kun skulle ha rådgivende og kontrollerende myndighet, og ikke et linjeansvar ovenfor driften av foretakene. En representant for det regionale helseforetaket sa det på denne måten:

Den formelle linje går mellom styrene, direktørene er iverksetter av oppdrag og konfliktløsning går formelt.

Vi ønsket en mindre konsernledelse enn det som var utgangspunktet fra statens side. Konsernledelsen skal være liten og lett og forholde seg til de langsiktige mål, men ikke styre i det daglige. Da må vi i så fall bygge opp en helt annen organisasjon. Det var en grunnleggende diskusjon vi hadde i styret at vi ikke skulle ha en konsernledelse med linjer til foretakene.

I prinsippet ønsket en altså å etablere en ”prinsipal-agent” relasjon mellom det regionale helseforetaket og foretakene både i styresammenheng og administrativt, med kontraktdialog som formidlingsform (Finstad 2000, Hart 1995). Å iverksette tiltak rettet mot det medisinske feltet var i utgangspunktet et ansvar for foretakene. Det ble startet forsøk med gjennomgående ledelse for å styrke koordineringen av de medisinske tjenestene innen helseforetakene. I denne første fasen savnet en likevel en sterkere

overordnet koordinering fra regionalt nivå. Det ble fra mange hold etterlyst et tyngre grep fra Helse Nord i forhold til de medisinske utfordringer i regionen:

Vi skal levere helsetjenester, det regionale nivået er opptatt av datasystemer, forsikringsordninger, eiendom.(informant)

Forholdet til staten som eier ble i denne første fasen opplevd som uklar og medførte at autoriteten til det regionale helseforetaket som planlegger, ble tyngre å etablere. Administrasjonen beskrev eierens initiativ og planlegging som tilfeldig og ad hoc preget. Uklarheter om rammene virket direkte inn på foretakenes autoritet, og det ble stilt spørsmål om en trengte det regionale nivået.

I denne første perioden var det få åpne konflikter, og oppmerksomheten både i media og politiske fora var liten.

Etter hver oppsto det imidlertid uro i foretaket. Modellens utfordringer kom til syne når den ble utfordret av den politiske og medisinske handlingslogikken. For det første kom det til syne et behov for å utvikle andre styringsredskaper som kunne sikre dialog internt i foretaket og ut i regionen om utviklingen av helsetilbudet. Styrene i helseforetakene syntes at de fikk for liten kjennskap til overordnede forventninger utover det som kom fram i styringsdokumentene og foretaksmøtet, mens direktørene i foretakene hevdet at de hadde to sjefer, sitt eget styre og direktøren for det regionale foretaket. Og når prosesser og beslutninger måtte fattes hurtig, følte styrene i de lokale helseforetakene at de kom på etterskudd og ble sandpåstrøingsorganer. Det var også usikkerhet rundt den regionale representantens status. I noen av foretakene ble de regionale observatørene oppfattet positivt som informanter med faglige vurderinger, i andre ble de oppfattet som kontrollør som signaliserte at det ikke var full tillit til foretaksstyret. Observatørrollen ble altså oppfattet som tvetydig og uklar. I hvilken grad skulle observatøren bidra med stabsdialog eller skulle han være kontrollør i forhold til kontraktstyring?

Behovet for felles diskusjon i konsernet eller myndighetsdialog presset fram et styreseminar mellom de regionale og lokale styrene første gang januar 2003. Gjennom seminaret søkte en å skape større konsensus og samforståelse. Viktige stikkord var integrasjon, fellesskap og kontroll. Som et av tiltakene ble det etablert direktørmøter. En opplevde med andre ord at ensidig bruk av kontraktstyringen hadde ført til fragmentering i organisasjonen og divergens mellom foretakene. Det var behov for en dialog i tillegg som kunne binde organisasjonen sammen og skape en felles virkelighetsforståelse. Det hadde vist seg vanskelig å forene ønsket om autonomi for foretakene innen konsernet og behovet for integrering og felles satsing.

Den organisatoriske handlingslogikken i seg selv syntes imidlertid ikke å skape uhåndterbare konflikter. Når organisasjonen skulle anvendes i forhold til den helsepolitiske agendaen og den medisinske handlingslogikk ble imidlertid utfordringene betydelig større. Sammenslåingen av flere sykehus til et foretak (HF) medførte behov for at behandlingslinjer ble sett i sammenheng gjennom gjennomgående ledelse. I prinsippet var det enighet, men når det skulle iverksettes oppstod det problemer i forhold til lokale faglige ambisjoner slik at prosessen i noen grad stoppet opp. I de tilfelle hvor foretaket hadde medført sammenslåing av flere sykehus, møtte tanken om gjennomgående ledelse motstand. En oppfattet gjennomgående ledelse som første forsøk på å fjerne aktiviteter, og kanskje nedleggelse.

I foretakene opplevde en å bli styrt bort fra pasientene og i stedet måtte rette oppmerksomheten mot systemsiden.

Reformen er opptatt av styringssystemet, men er ikke villig til å betale det som det koster å gjennomføre reformen. Jeg er for reformen, den var nødvendig fordi du hadde svarteperspill, men reformens innhold er blitt helt borte. Reformens innhold er nå bare økonomi..... og brev og papirer og foretaksmøter og styringssignaler, fokusering på alt annet enn det vi skal drive med. (informant)

6.7.2 Fase II. Helse Nord i hardt vær. Revidering av styringssystemet

I oppstartsfasen erfarte en altså at å hoppe fra den hierarkisk/byråkratiske styringen i fylkeskommunen til en rendyrket resultatmodell over dagen, var problematisk – en så at det trenges tid og at kontraktformen alene ga for få styringsimpulser. Det var derfor behov for å utvikle andre styringsredskaper som kunne sikre en dialog både internt i foretaket og ut i regionen om utviklingen av helsetilbudet. Modellens mangler i forhold til kommunikasjon kom til syne etter hvert. Gjennom utviklingen av en mer konsulterende dialog eller myndighetsdialog prøvde en etter hvert å justere den opprinnelige modellen. En søkte å vektlegge de institusjonelle sidene ved organisasjonen sterkere ved å sette identitet og felles handlingsrom på dagsorden.

Den store prøven på organisasjonsmodellen i Helse Nord kom med funksjonsdelingsdebatten om akutt- og fødetilbudet som skapte sterkt lokalt engasjement både internt i det regionale helseforetaket og eksternt gjennom forsøk på å påvirke beslutningsprosessen, og ved at saker ble prøvd brakt opp til Stortinget på ulike stadier i prosessen. Prosessen fram til endelig beslutning var krevende for Helse Nord og lojaliteten internt i foretaket og legitimiteten til helseforetaket i befolkningen, ble satt på alvorlige prøver (jf. kapittel 7). Det var demonstrasjoner og innspill i mediene. Den første diskusjonen i det regionale styret etter avgjørelsen om akutt og fødselsberedskapen, gjaldt erfaringene med foretaksstyrene og utnevningen av nye styreverter hvor blant annet kriterier for utvelgelse av styreverter ble diskutert (jf. vedtak fra styremøte 1.7.2003). Utgangspunktet for diskusjonen var den lojalitetskrisen en hadde opplevd og at det var skapt usikkerhet rundt det regionale helseforetakets autoritet.

Flere av styrene i de lokale helseforetakene ble oppfattet som lite lojale i forhold til det regionale helseforetakets vedtak og den selvstendige stillingen til helseforetakene ble satt på dagsordenen. Dette ble understreket fra den regionale ledelsen med utsagn om at ”styret er eiers verktøy”. På styremøtet i juli 2003 ble det oppnevnt nye styreverter og mange representanter ble skiftet ut. Det ble samtidig innført gjennomgående representasjon hvor ledere fra administrasjonen i Helse Nord ble oppnevnt som styreverter, for å sikre en sterkere kobling mellom nivåene i foretaket. Den gamle modellen med autonome helseforetak ble av mange i styret framhevet som et ideal, men etter hvert hadde det blitt nødvendig å etablere en strammere styringsstruktur som kunne kobles sterkere mot eieren gjennom en tydeligere styringslinje.

6.7.3 Fase III - Et konsolidert Helse Nord?

Etter endringene i styresammensetningene, gjennomgående representasjon og en aktivisering av administrasjonen i forhold til en stabs/myndighetsdialog, formidles det større tilfredshet i det regionale styret med utviklingen av Helse Nord. Det er mer ro rundt foretaket og kritikken er redusert.

Hvorfor blir ikke RHF vurdert ut fra det de har oppnådd, blir det spurt.

Det er mye mer integrert samhandling nå mellom ledelsen på sykehusene og de som jobber der enn tidligere. Slik sett er det lettere å være direktør når linjene nedover er blitt klarere og mer entydig. I tillegg er det ikke så lett å gå til Oslo med problemene. Det er ikke så mye spill oppover, en er mer opptatt av å skikke sitt bo. (informant)

Det spørsmålet som nå reises er om den direkte linjestyringen fra departementet via regionalt helseforetak til helseforetakene blir så detaljert at den undergraver helseforetakenes evne til selv å planlegge og å ta ansvar for driften av sykehusene.

Jeg er mest redd for byråkratiet. Det sitter i departementet og bygges nå opp på regionalt nivå. Det er en reinnføring av den gamle forvaltningsstyringen. I så fall kan en spørre om de regionale foretakene er et nødvendig ledd, eller om de ikke utgjør en unødvendig byråkratisering – at staten kan forholde seg direkte til helseforetakene, slik det også er blitt stilt spørsmål om. (informant)

Flere i helseforetakene har et ambivalent forhold til behovet for det regionale nivået, men det uttrykkes også en sterkere oppslutning om det regionale nivået. Dette gjelder både i forhold til å skape en bedre dialog gjennom foretaksmøtene og gjennom stabsdialog, men aller mest i forhold til at en trenger en felles mobilisering av kreftene for å sikre et tilbud til den nordnorske befolkningen.

Den regionale administrasjonen ble ikke dimensjonert for å ha et linjeansvar, men for å være en liten strategisk overbygning over de lokale helseforetakene. Spørsmålet som nå reises er om den eksisterende administrasjonen også klarer de nye oppgavene, eller om den må bygges ut som en tyngre forvaltningsenhet. Spørsmålet om økt bemanning har vært tatt opp på styremøte (28.04.04).

Den helsepolitiske diskusjonen om akutt- og fødeomsorgen medførte, som vist, en politisering og svekket regional autoritet. Behovet for en brobygging for å forbedre helseforetakets legitimitet i forhold til omgivelsene, ble derfor tydeligere i løpet av 2003. Endringer i styresammensetningene og den økte linjestyringen som gjennomgående representasjon medførte, bidro til at foretaket kom mer offensivt ut, slik at en ved årsskiftet kunne sette relasjonen til omgivelsene mer på dagsorden. På et styreseminar i mars 2004 ble samfunnsansvaret tatt opp til drøfting. Etter seminaret ble det skrevet samarbeidsavtaler med de tre fylkeskommunene. Det er slik et mer konsolidert foretak med økende autoritet og selvtillit som vi ser konturen av.

6.7.4 Fra kontraktstyring til sterkere linjestyring

Utviklingen i styringsrelasjonen kan framstilles ved hjelp av følgende figur.

Figur 6.4 *Utvikling i styringsrelasjon – Helse Nord*

	Forvaltning (Top down)	Selvstendige foretak (Bottom up)
Ensidig kontrakt/ resultatstyring	1) Ensretting, standardisering	2) Fragmentering, utvikling av lokale institusjoner og foretak
Utviklet stabsdialog/ konsulterende dialog	3) Felles utvikling ut fra regionale premisser og krav	4) Regional konkurranse, Intern samordning

Figuren antyder en utvikling fra en fragmentert kontraktbasert modell, til en mer forvaltningsrettet modell med større standardisering og top-down-styring.

En konsernmodell basert ensidig på den formelle styringslinjen eller kontraktformen fra det regionale styret, via den regionale direktøren til det lokale foretaksstyret og derfra til direktøren for foretakene, ble både for omstendelig og tidskrevende med tanke på koordinering av driftsoppgavene. I Helse Nord er direktørmøter og styringsseminarer eksempler på en myndighets-/konsulterende dialog som etter hvert presser seg fram som en nødvendig del av styringsdialogen. På den annen side har også de regionale helseforetakene et "sørge-for-ansvar" som kanskje best kan sikres gjennom den formelle strukturen og dermed betinger en tyngre styringsmodell. Ansvar for driftsoppgaven og "sørge-for" oppgavene kan slik representere et dilemma for de regionale helseforetakene.

Også styringsdokumentene i Helse Nord har vært preget av et sterkere fokus på styringskrav (se tabell V.6.2 vedlegg 2). Styringsdokumentene bruker ulike styringsformer i styringen av helseforetakene. Vi finner eksempler på rammeorientert mål – og resultatstyring i kravet om at flest mulig nordnorske pasienter skal velge å bli behandlet i egen helseregion. Det fins også eksempler på rammeorientert styring av organisering og prosess når det regionale foretaket krever at foretakene legger til rette for bruk av telemedisin og helsenett. Også mål- og resultatsiden styres på detaljnivå, for eksempel ved at det kreves at bedre effektivitet skal oppnås gjennom å øke den polikliniske delen av spesialisthelsetjenesten. På organisasjons- og prosessnivå finner vi eksempel på konkrete krav om samordning av VOP og BUP ved Hålogalandssykehuset. Styringsdokumentene i Helse Nord har en generell og en spesifikk del for det enkelte helseforetak. Detaljstyringen som fremkommer er mest fremtredende i den spesifikke delen hvor hvert enkelt helseforetak blir anmodet eller fortrinnsvis instruert om hva det regionale foretaket forventer. Styringsdokumentene er også blitt tydeligere og mer spesifikke over tid (se tabell V.6.3. vedlegg 2). Fra 2003 spesifiserer Helse Nord sine bestillerkrav og eierkrav til helseforetakene, og disse formuleres i stor grad som instruksjoner. Det regionale helseforetaket ber også om rapportering på nokså detaljert nivå fra og med 2002, og fra 2003 krever de i tillegg hyppigere rapporteringer – dette gjelder fortrinnsvis økonomiske rapporter.

Det regionale helseforetaket bruker flere virkemidler i sin styring av helseforetakene (se tabell V.6.4. vedlegg 2). Det anvendes vedtak i saker som oppfattes som vesentlige, men dette synes ikke minst og i økende grad å gjelde endringer av helseforetakenes vedtekter. Valg av nytt styre og valg av nye styremedlemmer har også stått på dagsorden i flere foretaksmøter. Av saker som er behandlet i foretaksmøter er for eksempel organiseringen av akutt- og fødetilbudet i Helgelandssykehuset (2003).

6.8 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet sett på de regionale helseforetakenes rolle. De skal være statens oppdragsgiver i forhold til de lokale helseforetakene, men må balansere sin bestiller og eierstyring i forhold til den autonomi som de lokale foretakene har i driftsspørsmål. Utviklingen i årene etter reformen tyder på at den statlige tilstramningen i styringen av de regionale helseforetakene også har fått følger for styringen av de lokale helseforetakene. De regionale helseforetakenes kontrollrolle på vegne av eier har blitt viktigere og handlefriheten til helseforetakene er blitt mindre. Men fortsatt har både de regionale og lokale helseforetakene rimelig stor autonomi i spørsmål om budsjett, personell og så

videre. Det kan tyde på at de regionale helseforetakene også spiller en "buffer-rolle" i forhold til en aktiv stat.

Sterkere statlig styring ser ikke ut til å ha skapt spesielle utfordringer i relasjonen mellom regionale helseforetak og de lokale foretakene. Styringsrelasjonen oppfattes i hovedsak som ryddig og avklart. Tilliten mellom nivåene er høy og få av lederne i de lokale helseforetakene stiller spørsmål ved de regionale helseforetakenes autoritet. Behovet for utfyllende stabsdialog understrekes imidlertid. Det er også betydelige regionale forskjeller i hvordan styringsrelasjonen oppfattes. Helse Midt-Norge skårer høyest både når det gjelder god styringsdialog og handlefrihet for de lokale helseforetakene. Helse Sør og til dels Helse Nord har større utfordringer i forholdet mellom regionalt helseforetak og de lokale foretakene. Betegnelsen "samspill" synes imidlertid å være mer dekkende enn "fri dressur" når styringsrelasjonen mellom regionale og lokale helseforetak skal karakteriseres. Dette er sannsynligvis betinget av utviklingen i retning av sterkere statlig styring, men det kan også fortolkes som et uttrykk for at en institusjonell, mer forvaltningspreget styring fungerer bedre enn den mer kontraktsbaserte. Felles for alle styrene er imidlertid sterk tvil om hvilken legitimitet de har i regionen og lokalsamfunnene. De eksterne relasjonene synes å være en større utfordring enn de interne.

De regionale helseforetakene har påtatt seg ulike roller. Av de formelle rollene har Eierrollen til en viss grad fått større oppmerksomhet enn bestillerrollen, særlig den første tiden med etablering av helseforetakene og utvikling av felles styrings- og rapporteringssystemer på tvers av fylkesgrensene. På den annen side viser resultatene at de regionale helseforetakene langt fra har neglisjert bestillerrollen og de styringskrav som er knyttet til denne rollen. Men rollen er ikke blitt tydeliggjort på samme måte som Eierrollen. De regionale helseforetakene synes ikke selv det er noe problem å kombinere rollene.

Det er med andre ord ikke noe svart-hvitt bilde som trer fram fra datamaterialet. For de regionale helseforetakenes del er bildet langt mer nyansert enn det bildet som er skapt i mediene. Kanskje er det vel så oppsiktsvekkende at de regionale helseforetakene har klart å håndtere en rekke kryssende hensyn som at de har trådt feil ved noen anledninger i en oppstarts- og etableringsfase. Selv om de regionale helseforetakene til tider fremstår som "venneløse", kan de neppe karakteriseres som "rådløse".

7 Effektivisering av sykehusstrukturen: Staten bedre enn fylkeskommunene?

7.1 Innledning

Fakkeltog og folkelig protest mot forslag om nedlegging av akuttberedskap og føde-avdelinger har satt sitt preg på samfunnsdebatten etter at staten overtok sykehusene. Over hele landet er det blitt mobilisert mot nedleggelse av sykehustilbud og sentralisering av tjenestene. Oppslag i mediene tydet på at hele 20 lokalsykehus stod i fare for å miste akutt- og fødetilbudet. Dette førte til en rekke lokale folkeaksjoner, og fikk 35 000 mennesker til å gå ut i gatene for å protestere mot helseforetakenes forslag om å svekke tilbudene ved lokalsykehusene, mens over 130 000 skrev under på protestlister.

Det er ikke noe nytt at lokale grupper mobiliserer til kamp for å bevare tjenestetilbud ved "sitt" sykehus (Olsen 1988). Tvert imot har slik lokal motstand blitt sett på som et effektivt hinder mot forsøk fra myndighetenes side på å effektivisere sykehusstrukturen gjennom sentralisering av tjenestetilbudet. Bygd har stått mot by i en konflikt hvor ulike hensyn har vært vanskelige å forene. Tilhengerne av et lokalt og nært sykehustilbud har kjempet mot de som har ønsket et mer effektivt og kvalitativt bedre tjenestetilbud ved de større sykehusene. Slik sett føyer kampen om sykehusene seg inn i en klassisk konflikt mellom sentrum og utkant i Norge.

I de 30 årene fylkeskommunene eide sykehusene ble de beskyldt for å være mer opptatt av å bevare alle sykehusene enn av å skape en mer effektiv arbeids- og funksjonsfordeling dem i mellom. De fremstod i statens øyne som forsvarere av en foreldet og desentralisert sykehusstruktur formet av førkrigstidens bosettingsmønster, vanskelige kommunikasjonsforhold og datidens behandlingsformer. Staten inntok etter hvert en rolle som pådriver overfor fylkeskommunene for å få gjort noe med sykehusstrukturen.

Med sykehusreformen har staten kommet i en styringsmessig posisjon hvor den ikke lenger er avhengig av fylkeskommunene for å få gjort noe med sykehusstrukturen. Staten kan selv avgjøre hvor aktivt arbeids- og funksjonsfordeling skal brukes som virkemiddel for å effektivisere og kvalitativt heve tjenestetilbudet ved sykehusene. All den tid en viktig begrunnelse med reformen var mer aktiv bruk av dette virkemidlet, er det nærliggende å tro at staten vil ta grep der fylkeskommunene før strittet i mot. I dette kapitlet undersøker vi hva staten har gjort for å effektivisere sykehusstrukturen og stiller spørsmålet om den gjør en bedre jobb på dette feltet enn det fylkeskommunene gjorde.

Norske sykehus har en lokal opprinnelse. Store udekkede medisinske behov og gunstige etableringsvilkår satte fart i sykehusutbyggingen i første halvdel av det 20. århundre. Lokale ildsjeler, humanitære organisasjoner og engasjerte politikere var viktige drivkrefter i en lokalt styrt sykehusutbygging (Grønlie 2004 a, b, Hansen 2002, Schiøtz

2003). Resultatet har blitt en uensartet struktur med mange lokalsykehus i noen områder av landet og få i andre.

På denne ”grunnmuren” av geografisk spredte sykehus har generalistsykehuset vokst fram. Stadig flere tjenester er blitt inkludert i sykehusenes tilbud. Parallelt med denne utbyggingen av tjenestetilbudet har ny medisinsk teknologi og endret sykdomsbilde ført til et stadig mer oppdelt og spesialisert sykehusstilbud. Spesialiseringens kostnadsside er mange små fagmiljøer ved det enkelte generalistsykehus. Det kan bli dyrt å opprettholde heldøgns beredskap. Lite pasientvolum kan gjøre det vanskelig å opprettholde kvaliteten på tjenestene gjennom ”øvelse-gjør-mester”-prinsippet.

For å bøte på disse problemene har det vokst fram et ønske om å sentralisere tjenester preget av små fagmiljøer og få pasienter. Staten og også mange i fagmiljøene ved de større sykehusene, har argumentert for at det er bedre at noen sykehus tilbyr kvalitativt gode tjenester enn at alle skal prøve å tilby det samme. Når det også kan spares penger ved større konsentrasjon av tjenestetilbudet har funksjonsfordeling blitt løftet fram som et columbi egg som kan løse mange av de problemer som sykehusene sliter med. Kvaliteten på tjenestene kan bli bedre, og det kan bli lettere å rekruttere gode fagfolk. Økonomiske stordriftsfordeler kan tas ut, samtidig som tjenestetilbudet blir mer likt uavhengig av hvor i landet det tilbys.

Arbeids- og funksjonsfordeling er ikke noe entydig begrep. Det er et uttrykk for hvordan oppgaver og funksjoner er fordelt mellom sykehusavdelinger, institusjoner, helseforetak og helseregioner. Endring i arbeids- og funksjonsfordeling kan ta to veier: Enten kan funksjonene spres på flere eller så kan de konsentreres til færre. Er pasientvolumet stort og det kreves nærhet mellom tjenesteyter og pasient, kan geografisk spredning være en aktuell strategi. Eksempler er lindrende kreftbehandling og psykiatriske tjenester. På andre felt, slik som kreftkirurgi, kan konsentrasjon av tjenestetilbudet være mer hensiktsmessig.

Arbeids- og funksjonsfordeling er også forbundet med innføring av et skarpere skille mellom planlagte (elektive) operasjoner og akuttfunksjoner for å ta seg av de som trenger øyeblikkelig hjelp. Ved å skjerme den planlagte virksomheten ved sykehusene er tanken at ressursene kan brukes på en mer effektiv måte. Arbeids- og funksjonsfordeling angår ikke bare det medisinske og pasientrettede tjenestetilbudet. Også administrative stabs- og støttefunksjoner som innkjøp og IKT kan fordeles på forskjellige måter på institusjoner og helseforetak.

I dette kapitlet retter vi først og fremst oppmerksomheten mot arbeids- og funksjonsfordeling som innebærer nedleggelse og sentralisering av tjenestetilbud ved sykehusene. Utviklingen i akutt- og fødetilbudet står i den sammenheng i en særstilling. Vi spør om det er blitt lettere å håndtere slike konfliktfylte saker etter at staten overtok sykehusene. Ved å fokusere på statens og helseregionenes håndtering av disse sakene søker vi å avdekke organisatoriske betingelser for gjennomføring av slike arbeids- og funksjonsfordelingstiltak.

7.2 Teoretisk innfallsvinkel

Motstanderne og tilhengerne av arbeids- og funksjonsfordeling kan sies å utgjøre to koalisjoner. Blant forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen finner vi kommune- og fylkespolitikere, ansatte i lokalsykehusene og lokalbefolkningen som kjemper for sitt sykehus. Trygghet gjennom et nært og tilgjengelig tjenestetilbud og hensynet til

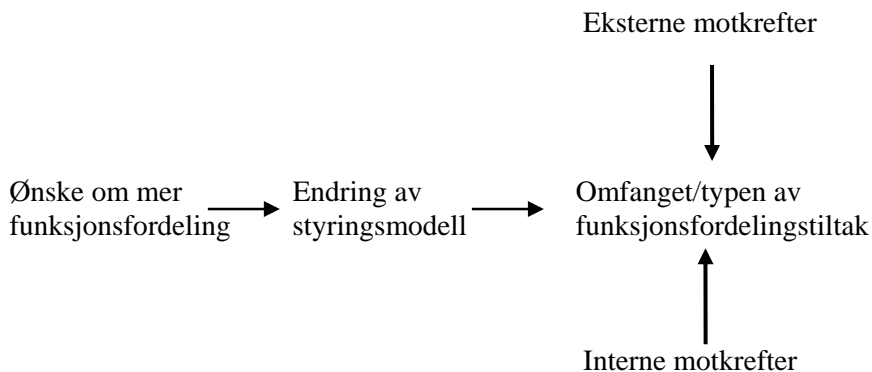
arbeidsplassene veier tungt i deres argumentasjon. Denne koalisjonen har sterkest støtte i sentrumspartiene og i Sosialistisk Venstreparti.

Blant tilhengerne av mer utstrakt arbeids- og funksjonsfordeling finner vi enkelte av rikspolitikere i Høyre og Arbeiderpartiet og helsebyråkrater i den sentrale helseforvaltningen. I denne koalisjonen inngår også ledende personer i den medisinske profesjon, særlig konsentrert til fagmiljøer ved de største sykehusene. For dem er hensynet til robuste fagmiljøer, et økonomisk effektivt sykehusvesen og kvalitativt gode tjenester det avgjørende.

Den fylkeskommunale organiseringen av sykehusene bidro til å gi aktører innenfor den første koalisjonen stor innflytelse på spørsmålet om arbeids- og funksjonsfordeling. Med statens overtakelse av sykehusene og opprettelse av profesjonelle styrer for helseforetakene har den andre koalisjonen styrket sine innflytelsesmuligheter. Rikspolitikere, den sentrale helseforvaltningen og eksperter i foretaksstyrene har fått styringsmessige rammevilkår som de ikke hadde i det fylkeskommunale regimet. Forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen er i større grad blitt skjøvet ut av styringssystemet, mens tilhengerne av å effektivisere sykehusstrukturen har erobret nye styringsposisjoner.

Vi baserer oss på en slik virkelighetsforståelse i vår analyse av om sykehusreformen har utløst mer arbeids- og funksjonsfordeling. Som skissert i figur 7.1 tar vi utgangspunkt i den statlige ambisjonen om å bruke funksjonsfordeling mer aktivt som virkemiddel, og spør om endringen i styringsmodell har bedret vilkårene for bruken av virkemidlet. Både interne og eksterne motkrefter antas å kunne påvirke omfanget og typen av funksjonsfordelingstiltak.

Figur 7.1 *Analysemodell*



Handlingslogikken mellom mål, styringsmodell og virkemiddelbruk er forankret i et klassisk *strukturelt-instrumentelt perspektiv* (Egeberg 1989, Gulick 1937, Simon 1957). Det retter fokus mot det formelle institusjonelle rammeverket aktørene opererer innenfor. Det formelle rammeverket avgjør hvilke aktører, og dermed hvilke interesser, som deltar i ulike faser og på ulike måter i beslutningsprosessen. Dermed bidrar det til å påvirke hvilke aktører og interesser som får gjennomslag i prosessen.

Med utgangspunkt i dette perspektivet kan det argumenteres for at ambisjonen om å bruke funksjonsfordeling mer aktivt bedre kan ivaretas når staten selv eier helseforetakene. For det første samles helsepolitiske mål og eieransvar på en hånd, mens det før var delt mellom fylkeskommunene og staten. For det andre har arbeids- og funksjonsfordeling på landsdelsnivå fått et institusjonelt feste gjennom de regionale helseforetakene. Foretakslovens § 28 tildeler dette nivået vid kompetanse når det gjelder organiseringen av sykehustilbudet i regionen. For det tredje er de regionale og lokale foretaksstyrene trolig mer robuste enn de regionale helseutvalgene og fylkestingene til å tåle de konflikter som følger av funksjonsfordelingstiltak. Mens fylkespolitikerne primært var opptatt av tjenestetilbudets nærhet og tilgjengelighet kan foretaksstyrene i større grad søke å balansere dette hensynet mot andre hensyn slik som hensynet til økonomiske stordriftsfordeler og oppbygging av større fagmiljøer. Medlemmene av foretaksstyrene er ikke på samme måte som fylkespolitikerne avhengig av aksept og legitimitet hos velgerne i det enkelte fylke. Dermed kan foretaksstyrene lettere innta en pådriverrolle i forhold til funksjonsfordeling enn det fylkespolitikerne kunne. *I et strukturelt-instrumentelt perspektiv kan det derfor argumenteres med at sykehusreformen har bedret de institusjonelle rammevilkårene for en mer aktiv bruk av arbeids- og funksjonsfordeling.*

Sykehusreformen påvirker ikke interessekonfliktene mellom tilhengere og motstandere av funksjonsfordeling – i alle fall ikke på kort sikt. Selv om fylkeskommunene som helsepolitisk arena ble nedlagt med reformen vil lokale og regionale aktører fortsatt anse det som i sin interesse å kjempe for å opprettholde dagens sykehusstruktur. Spørsmålet er om de finner nye kanaler som gir adgang til de helsepolitiske beslutningsprosessene. Folkeaksjoner og pressgruppevirksomhet kan være en strategi, heving av lokale konflikter til rikspolitiske arenaer en annen (Martinussen og Paulsen 2004, Olsen og Sætren 1980). Internt i de lokale helseforetakene kan de ansatte, men også ledelsen gå imot funksjonsfordelingstiltak som frarøver dem oppgaver. Spørsmålet er om foretaksstyrene vil fatte beslutninger upåvirket av disse motkreftene og om Stortinget og politisk ledelse i Helsedepartementet vil tillate det.

I et *omgivelsesbasert interesseperspektiv* er utgangspunktet at interessekonflikter har en tendens til å politiseres, og komme på dagsorden i politiske beslutningsorganer. Omfordelingssaker, og særlig saker med asymmetrisk fordeling av fordeler og ulemper (jf. Lowi 1964, Wilson 1973) kan resultere i betydelig interessekonflikt. I følge dette perspektivet vil det være en tendens til at politiske partier og politisk valgte representanter mobiliseres, også i tilfeller hvor administrative eller faglige aktører er tilført myndighet for å avgjøre sakene (Hanf og Underdal 1998). Har funksjonsfordelingstiltakene omfordelende virkninger vil de med stor sannsynlighet komme i nærkontakt med politikens vesen; som interesseavveining, gode- og byrdefordeling, partiprofilering og den politiske ombudsrollen. Med andre ord; 'policies determine politics' (Kjellberg og Reitan 1995, Lowi 1964).

Sykehusreformen åpner opp for ulike former for politisk deltakelse. Selv om sykehusreformen innrømmer stor handlefrihet til profesjonelle foretaksstyrer og ledelse, skal viktige avgjørelser fattes av helseministeren eller Stortinget. Disse risikerer dessuten å bli stilt til politisk ansvar for det helseforetakene vedtar, fra sine egne velgere. I et omgivelsesbasert interesseperspektiv, hvor aktører, interesser, koalisjoner og forhandlinger står sentralt, vil det være et dynamisk forhold mellom styringssystem og omgivelser (Olsen 1992). Funksjonsfordeling vil i et slikt perspektiv være et resultat av forhandlinger og kompromiss mellom ulike interessegrupper. *I et omgivelsesbasert interesseperspektiv kan politisk uvilje og lokal mobilisering bremse ambisjonene om mer funksjonsfordeling. Resultatet kan bli liten eller ingen endring i omfanget av funksjonsfordelingstiltak.*

Iverksettingslitteraturen viser at resultater av ovenfra-ned-reformer i stor grad er påvirket av beslutninger til de aktørene som gjennomfører tiltakene (Lane 1992, Pressman og Wildawsky 1973). I et *autonomiperspektiv* kan interne motkrefter blokkere eller fordreie reformforsøk. Med sykehusreformen er helseforetakene tildelt myndighet som gir rom for skjønnsutøvelse. De har fått en *administrativ autonomi* som følge av den beslutningsmakt de har i forhold til penger, ansatte og organisering (Bouckaert og Peters 2004, Verhoest m.fl. 2003). Men de er også tilført beslutningsmakt som refererer seg til *policyautonomi*. De må foreta prioriteringer innenfor knappe budsjettammer og har myndighet til å ta i bruk virkemidler med fordelende og omfordelende konsekvenser. Denne autonomien kan helseforetakene bruke til å motsette seg krav om mer arbeids- og funksjonsfordeling. *I et autonomiperspektiv kan fortolkninger eller interesser til ledelsen i helseforetakene eller blant ansatte begrense omfanget av funksjonsfordelingstiltak. Resultatet kan bli liten eller ingen endring i omfanget av funksjonsfordelingstiltak.*

Det omgivelsesbaserte interesseperspektivet og autonomiperspektivet kan begge gi opphav til regionale forskjeller. Både den eksterne og interne mobiliseringen av motkrefter kan variere. Ved hjelp av saksstudier og kvantitativ analyse vil vi forsøke å avdekke de motkrefter og organisatoriske betingelser som påvirker omfanget av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak.

7.3 Statens politikk for arbeids- og funksjonsfordeling

Effektivisering av sykehusstrukturen har vært et viktig formål med mye av statens reformarbeid helt siden opprettelsen av fem helseregioner tidlig på 1970-tallet. En inndeling av landet i fem helseregioner var et viktig skritt, det samme var vedtaket om at hver helseregion skulle ha en sykehusstruktur bestående av et regionsykehus, sentral-sykehus i hvert fylke (med unntak av Finnmark) og lokale sykehus. Lokalsykehusene skulle ha kirurgisk og indremedisinsk beredskap og i de fleste tilfeller også fødeavdelinger. Det skulle være akuttberedskap ved alle sykehus.

Temaet kom igjen sterkt på dagsorden i siste halvdel av 1990-tallet. Tidligere helseminister Gudmund Hernes la fram for Stortinget en melding hvor han stilte seg svært kritisk til den norske sykehusstrukturen (St.meld.nr.24, 1996-1997: 16-21). Sterkere statlig styring ble trukket fram som en strategi for å få gjort noe med sykehusstrukturen. Denne strategien ble fulgt opp i det lovpålagte regionale helsesamarbeidet i perioden 1999-2001 (Opedal og Stigen 2002 a, b). Mer effektiv arbeids- og funksjonsfordeling ble et hovedmål for samarbeidet. Lokalsykehusenes akuttberedskap og fødetilbud ble imidlertid ikke noe viktig tema i de handlingsplaner helseregionene utarbeidet.

I forbindelse med Stortingets behandling av akuttmeldingen gikk en bort fra tredelingen av sykehus i lokal-, sentral- og regionsykehus (St.meld.nr.43, 1999-2000, jf. NOU 1998: 9). Der fikk akuttutvalgets forslag om å erstatte de tre tidligere sykehusnivåene med tre nivåer på den akuttmedisinske beredskapen retningsgivende status. I innstillingen fra Stortinget pekte flertallet i sosialkomiteen på ”.. behovet for å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen. Der forholdene ligger til rette for det kan sykehusene skille mellom den indremedisinske og kirurgiske beredskapen” (Innst.S.nr.300, 2000-2001)³⁵.

³⁵ I akuttutvalgets forslag til ny nivåinndeling av akuttmedisinsk beredskap er det skilt mellom tre nivåer: 1) sykehus med høyspesialiserte funksjoner, 2) Sykehus med forskjellig nivå på den akuttmedisinske beredskapen – fra modell A med akuttberedskap i indremedisin kombinert med fødestue til modell C med akuttberedskap i indremedisin og flere kirurgiske spesialiteter kombinert med fødeavdeling, og 3) prehospitaltjenester (NOU 1998: 9).

Helsetilsynet foreslo i 1997 en inndeling av fødetilbudet i: 1) klinikker (minst 1500 fødsler per år), 2) fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) og 3) fødestuer (minst 40 fødsler per år). Stortinget gikk først i mot dette forslaget i forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen fra tidligere helseminister Gudmund Hernes (St.meld.nr.24, 1996-1997, Innst.S.nr.237, 1996-1997). Forslaget ble på ny fremmet for Stortinget i akutt-meldingen. Der foreslo Helsedepartementet at Helsetilsynets retningslinjer ble gjort *veiledende* for de regionale helseforetakene. Året etterpå valgte imidlertid et enstemmig Storting å forsterke departementets forslag gjennom følgende vedtak: ”Stortinget ber regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen *gjeldende* [vår utheving] for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen” (Innst.S.nr.300, 2000-2001). Stortinget uttrykte imidlertid fortsatt bekymring for hvilke konsekvenser Helsetilsynets retningslinjer kunne ha for tilbudet i grisgrendte strøk, og understreket at det overordnede målet for fødselsomsorgen fortsatt skulle være et desentralisert fødetilbud.

En mer effektiv sykehusstruktur ble også et viktig mål med sykehusreformen. I forbindelse med lovforslaget til den nye helseforetaksloven pekte staten på at fylkeskommunene styrte for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og sykehusstruktur (Ot.prp.nr.66, 2000-2001: 20). Ønsket om en mer aktiv strukturpolitikk ble uttrykt på denne måten: ”Det er en klar målsetting med denne reformen at eier skal tilrettelegge for en bedre struktur i helsetjenesten. Dette gjelder ikke bare sykehusstruktur og funksjonsfordeling, men også driftsmessig og pasientrettet samarbeid på tvers av helseforetakene og i forhold til primærhelsetjenesten” (Ot.prp.nr.66, 2000-2001: 36).

Arbeids- og funksjonsfordeling i sykehussektoren har i vel så stor grad vært et spørsmål om politikk som fag. Både i fylkestingene og i Stortinget har funksjonsfordeling hatt sine forkjempere og motstandere (Martinussen og Paulsen 2004, Opedal og Rommetvedt 2005). Det er i en atmosfære av politisk tautrekking staten har integrert arbeids- og funksjonsfordeling som et element i den nasjonale helsepolitikken. Mest velvilje har Høyre og Arbeiderpartiet vist. Motforestillingene har vært sterkere i de andre partiene. I forbindelse med behandlingen av akuttmeldingen uttrykte et mindretall på Stortinget bestående av Kristelig folkeparti, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti sterk skepsis til en sentralisering av sykehusstrukturen: ”...en sterkere sentralisering av spesialisttjenesten, og særlig akuttberedskapen, ved våre lokalsykehus vil svekke både tilgjengeligheten og nærheten til helsetjenesten for våre fremtidige pasienter” (Innst.S.nr. 300, 2000-2001).

Stortinget har også etter sykehusreformen uttrykt bekymring for lokalsykehusenes framtid, blant annet på bakgrunn av stor folkelig mobilisering mot helseforetakenes forslag om å sentralisere akutt- og fødetilbudet. Stortinget har derfor etterlyst en klargjøring fra Helsedepartementets side om hvilken rolle lokalsykehusene skal spille (Budsjettinnst.S.nr.11 2003-2004). Høsten 2004 vedtok et flertall i sosialkomiteen å støtte Helsedepartementets forslag om at lokalsykehusene skal være en trygghetsbase for lokalbefolkningen. I innstillingen fra komiteen heter det at ”... lokalsykehusenes rolleoppgaver fortrinnsvis skal konsentrere seg om tilbudene til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten, eksempelvis indremedisin, psykiatri, rehabilitering og tjenester for syke, særlig syke eldre (St.prp.nr.1, 2004-2005, B.innst.S.nr.11, 2004-2005).

Med sykehusreformen har ansvaret for arbeids- og funksjonsfordeling i stor grad blitt overlatt til lokale og regionale helseforetak. Dette er et ansvar som ikke forvaltes i et politisk tomrom. En mer utstrakt arbeids- og funksjonsfordeling var en viktig begrunnelse

for sykehusreformen, og stortingsflertallet har også i andre sammenhenger uttrykt et ønske om å effektivisere sykehusstrukturen. Et samlet Storting har imidlertid ikke stått bak dette, og regjeringen har i årene etter sykehusreformen bestått av partier med ulikt syn både på reformen og på effektivisering av sykehusstrukturen. Denne politiske situasjonen kan føre til tvetydige og uklare politiske signaler, slik tilfellet er med Stortingets vedtak om å differensiere fødetilbudet i sykehusene. Hva de regionale og lokale helseforetakene gjør i en slik situasjon er ikke åpenbart. Helseforetakene har i utgangspunktet frihet til selv å avgjøre organiseringen av tjenestetilbudet, og sprikende politiske signaler vil kunne gi helseforetakene større frihet til å velge den strategien de selv mener passer best.

7.4 Kort om data og metode

Innholdet i dette kapitlet bygger i hovedsak på tre datakilder. For det første spørreskjemaundersøkelsen blant styremedlemmer og administrative ledere i regionale og lokale helseforetak, gjennomført høsten 2004. Denne undersøkelsen inneholder bl.a. data om ledernes vurdering av omfanget av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak og deres vurdering av resultatet av reformen i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling. Vi rapporterer også noen tall fra en tilsvarende undersøkelse til samme respondentgruppe høsten 2003 og fra en tilsvarende undersøkelse blant klinikksjefer høsten 2004. For det andre har vi gjennomført en kartlegging av utviklingen innenfor sykehusstrukturen vedrørende akutt- og fødetilbudet fra 1996 til 2004. Et særlig fokus på akutt og føde er som nevnt begrunnet i at dette saksfeltet er konfliktfylt. For det tredje har vi gjennomført studier av to saker hvor helseforetakene gjennomførte prosesser for å omorganisere fødetilbudet (Gjøvik og Lærdal). Disse studiene gir oss nyttig informasjon om beslutningsprosessen og systemets virkemåte, hvordan tiltaket ble satt på dagsorden og hvordan det ble håndtert fra foretakenes side. De vil også belyse mobiliseringen av eksterne og interne motkrefter for å stoppe omorganiseringen.

Å beskrive utviklingen er en sak, å finne fram til *årsaker* til denne utviklingen er langt vanskeligere. I hvilken grad endringer i funksjonsfordeling er forårsaket av sykehusreformen er vanskelig å verifisere. Dette kan vi bare sannsynliggjøre gjennom en teoretisk fundert diskusjon, ut fra kunnskap om hvordan slike saker ble behandlet i det gamle systemet og påpeking av viktige mekanismer her, og sammenholde dette med hvordan slike saker blir behandlet under dagens statlige regime. Dataene om omfanget av funksjonsfordelingssaker gir oss et inntrykk av regionale variasjoner. En analyse av hva som påvirker slike variasjoner i resultater vil bidra til å avdekke betingelser for at det nye styringssystemet skal levere resultater på dette området. Spørreskjemaundersøkelsen gir mulighet for å undersøke hva som kan forklare forskjeller i resultater.

7.5 Utviklingen i arbeids- og funksjonsfordeling

7.5.1 Omfanget av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak generelt

For å danne oss et bilde av omfanget av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter sykehusreformen har vi benyttet ulike tilnæringsmåter. For det første ba vi styremedlemmer, administrativ ledelse i regionale og lokale helseforetak og klinikksjefene om en vurdering av omfanget etter sykehusreformen i forbindelse med spørreundersøkelsen høsten 2004. Tabell 7.1 viser at ca. halvparten av lederne mener det har skjedd en del

endringer. Resten fordeler seg omtrent likt på de som mener det har skjedd små eller ingen endringer og de som mener det har skjedd omfattende endringer. Vurderingene er svært sammenfallende mellom medlemmene av foretaksstyrene og administrativ ledelse og klinikksefene. Hovedinntrykket er at sykehusreformen i begrenset, men varierende grad, har utløst omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordeling. De fleste helseforetak og klinikker er berørt av slike tiltak.

Tabell 7.1 *Omfang av endringer i arbeids- og funksjonsfordeling etter at sykehusreformen trådte i kraft. Prosentfordeling for ulike respondentgrupper. 2004*

	Omfattende endringer	En del endringer	Små eller ingen endringer	N
Foretaksstyrer og administrativ ledelse	24	52	24	284
Klinikksefer	28	46	26	104

Årsmeldingene til de regionale helseforetakene for 2002 og 2003 gir eksempler på funksjonsfordelingstiltak etter sykehusreformen. Flest eksempler gis på funksjonsfordeling i forhold til administrative stabs- og støttfunksjoner. Konsentrasjon av funksjoner som IKT, innkjøp og lønn/personal er noe alle de fem helseregionene har arbeidet med. I Helse Sør ivaretar en egen enhet, Sykehuspartner, ikke-medisinske fellestjenester. I Helse Midt-Norge er det etablert en felles IKT-enhet for regionen kalt HEMIT. Også i Helse Øst etableres en felles driftsmodell for IKT. I Helse Vest er det opprettet en IKT-enhet og en ny felles innkjøpsordning ble innført i mai 2003. Også enkelte medisinske funksjoner, særlig småfag, er blitt konsentrert til færre sykehus. Et eksempel fra Helse Øst er funksjonsfordeling mellom Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus på fagområdene øye og øre, nese- og hals. Et annet eksempel fra samme region er funksjonsfordeling innad i Sykehuset Innlandet HF. Lillehammer er blitt senter for nevrologi, Elverum for øyefaget og Gjøvik for øre-nese-hals. I flere av helseregionene er kreftkirurgien blitt konsentrert til færre sykehus.

Resultatene tyder på at det har skjedd omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen i rundt en fjerdedel av alle klinikker og foretak innen utgangen av 2004. Tallet er noe høyere enn det SINTEF kom fram til i en undersøkelse fra 2003. De fant at sju av 45 sykehus, eller 16 prosent hadde fått endrede funksjoner fra 2001 til 2003 (Kjekshus 2004). At antallet har økt fra 2003 til 2004 er ikke overraskende, både fordi slike tiltak tar tid å gjennomføre og fordi flere helseforetak har utredet og vedtatt slike tiltak etter 2003. Men heller ikke våre resultater tyder på drastiske endringer i arbeids- og funksjonsfordeling.

For det andre ba vi lederne i helseforetakene høsten 2003 og høsten 2004 om å gi sin vurdering av om reformen har medført forbedringer i form av arbeids- og funksjonsfordeling. Spørsmål ble stilt både i forhold til funksjonsfordeling *mellom* helseforetak i regionen og *innad* i det enkelte helseforetak. Svarene på disse spørsmålene underbygger funnene over om begrensede, men også varierende resultater (jf. tabell 7.2). Flere medlemmer av foretaksstyrene og den administrative ledelsen svarer imidlertid at

reformen har medført større forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling i 2004 enn hva tilfelle var i 2003.³⁶

Tabell 7.2 *Vurdering av i hvilken grad sykehusreformen har medført forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling hhv. mellom og innad i helseforetak.. Prosentfordeling for ulike respondentgrupper. 2004*

	I svært stor grad	I nokså stor grad	Både og	I nokså liten grad	I svært liten grad	N
Mellom helseforetak						
- styre og adm. ledelse	2	26	35	28	9	269
- kliniksjefer	1	13	27	37	21	99
Innad i helseforetak						
- styre og adm. ledelse	5	39	29	22	4	277
- kliniksjefer	7	29	28	28	9	102

Vesentlig flere er fornøyd med de forbedringer en har oppnådd i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling *innad* i helseforetaket, enn *mellom* helseforetak i regionen. Hva gjelder fordelingen mellom foretak, er hovedtyngden av medlemmene i foretaksstyrene og de administrative lederne ”mellomfornøyd”, mens kliniksjeferne tenderer i retning av å være misfornøyd. Det er imidlertid også i forhold til dette spørsmålet betydelig forskjeller i vurderingene av hvilke resultater sykehusreformen har medført.

7.5.2 Omfanget av arbeids- og funksjonsfordeling innen akutt- og fødetilbudet

Som vi har sett har de regionale helseforetakene iverksatt en rekke funksjonsfordelingstiltak for å effektivisere de administrative stabs- og støttefunksjonene. Et neste spørsmål er hvordan det har gått med et langt mer pasientnært og kontroversielt felt som akutt- og fødetilbudet.

Vi har foretatt en kartlegging av antall sykehus med akuttberedskap og fødetilbud i 1996, 2000 og 2004. Disse tallene gir et mer direkte inntrykk av hva sykehusreformen har ført til, sammenlignet med omfanget av slike tiltak forut for reformen. Tallene viser at sykehusreformen hittil har ført til beskjedne resultater på dette området (tabell 7.3).

³⁶ På en skala fra 1 til 5, svarte styremedlemmene og administrative ledere i regionale og lokale foretak i gjennomsnitt 2,86 på spørsmålet om forbedringer i form av bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom foretak i regionen i 2004, mens gjennomsnittsvurderingen var 2,53 i 2003. På spørsmål om forbedringer i arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene var gjennomsnittsbesvarelsen i 2004 3,20 mot 3,06 i 2003.

Tabell 7.3 *Antall sykehus/institusjoner med akuttberedskap og fødetilbud totalt i Norge 1996, 2000 og i 2004.**

	1996	2000	2004
a) Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i både indremedisin og kirurgi	57	54	50
b) Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i bare indremedisin	6	4	5
c) Antall sykehus/institusjoner med kvinneklinikk/fødeavdeling	52	45	40
d) Antall fødestuer/helsesentra i og utenfor sykehusene/ institusjonene	13	16	18

* Kilder: Vedlegg 1 til St.meld. nr. 24, 1996-97, kapittel 6 i St.meld. nr. 43, 1999-2000, nettsider til lokale helseforetak i 2004 og vedtak i foretaks møte i Helse Øst, Helse Vest og Helse Nord i 2003.

Tallene viser at det har skjedd en sentralisering av akuttberedskapen og fødetilbudet siden 1996, men det er ingen tendens til at arbeids- og funksjonsfordelingen mellom sykehusene har akselerert etter at staten tok over sykehusene. Tvert imot, like mange endringer har funnet sted med fylkeskommunene som sykehuseiere som med staten som sykehuseier. Antallet sykehus med akuttfunksjon i både indremedisin og kirurgi er redusert med sju sykehus - fra 57 i 1996 til 50 i 2004. Reduksjonen i antall sykehus var imidlertid like stor i perioden 1996-2000 som i de påfølgende årene fram til 2004. Staten har som nevnt ønsket et klarere skille mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske beredskap, og ønsker at flere sykehus opprettholder akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. Utviklingen viser at det tvert imot er færre sykehus med akuttfunksjon bare i indremedisin i 2004 enn det var i 1996.

Mens det var 52 sykehus som hadde fødeavdeling i 1996 var det kun 40 sykehus som hadde et slikt tilbud i 2004. Mest markant var nedgangen mellom 1996 og 2000, altså i en periode med fylkeskommunalt eierskap. Samtidig med nedgangen i antallet fødeavdelinger har det vært en økning i antallet fødestuer. Fødetilbudet har altså blitt mer differensiert gjennom etablering av kvinneklinikker ved de største sykehusene, fødeavdelinger ved de mellomstore sykehusene og fødestuer i mer grågrønte strøk av landet.

Regionale forskjeller i funksjonsfordeling innen akutt- og fødetilbudet

Tabell 7.4 viser utviklingen i antall sykehus med akutt- og fødetilbud i hver region fra 1996 til 2004. Tabellen viser at forandringene i sykehusstrukturen varierer en god del mellom helseregionene. I Midt-Norge har sykehusstrukturen grovt sett ligget mer eller mindre fast i hele perioden fra 1996 til 2004. Nedgangen i antall sykehus med akuttberedskap i både kirurgi og indremedisin har vært størst i Helseregion Sør og Helseregion Øst, mens endringer i fødetilbudet har vært størst i Helseregion Vest og Helseregion Nord. Eksempler fra hver av de fem helseregionene viser at både fylkeskommunene og staten noen steder har lykkes godt med sitt funksjonsfordelingsarbeid.

Tabell 7.4 *Antall sykehus/institusjoner med akuttberedskap og fødetilbud i de fem helseregionene i 1996, 2000 og i 2004.**

	1996	2000	2004
<i>Helseregion Sør:</i>			
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi	14	13	11
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i bare indremedisin	1	0	0
- Antall sykehus/institusjoner med kvinneklinikk/fødeavdeling	10	8	8
- Antall fødestuer/helsesentra i og utenfor sykehusene/ institusjonene	1	2	2
<i>Helseregion Øst:</i>			
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi	14	12	11
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i bare indremedisin	4	3	4
- Antall sykehus/institusjoner med kvinneklinikk/fødeavdeling	11	10	9
- Antall fødestuer/helsesentra i og utenfor sykehusene/ institusjonene	2	3	3
<i>Helseregion Vest:</i>			
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi	10	10	10
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i bare indremedisin	1	1	0
- Antall sykehus/institusjoner med kvinneklinikk/fødeavdeling	10	9	7
- Antall fødestuer/helsesentra i og utenfor sykehusene/ institusjonene	2	2	2
<i>Helseregion Midt-Norge:</i>			
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi	8	8	8
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i bare indremedisin	0	0	0
- Antall sykehus/institusjoner med kvinneklinikk/fødeavdeling	8	8	8
- Antall fødestuer/helsesentra i og utenfor sykehusene/ institusjonene	2	2	2
<i>Helseregion Nord:</i>			
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi	11	11	10
- Antall sykehus/institusjoner med akuttfunksjon i bare indremedisin	0	0	1**
- Antall sykehus/institusjoner med kvinneklinikk/fødeavdeling	11	10	8
- Antall fødestuer/helsesentra i og utenfor sykehusene/ institusjonene	6	7	9

* Kilder: Vedlegg 1 til St.meld. nr. 24, 1996-97, kapittel 6 i St.meld. nr. 43, 1999-2000, nettsider til lokale helseforetak i 2004 og vedtak i foretaksmøte i Helse Øst, Helse Vest og Helse Nord i 2003.

** Vi har plassert sykehuset i Mosjøen under denne kategorien. Plasseringen kan imidlertid oppfattes som misvisende all den tid sykehuset fortsatt har kirurgisk beredskap på dagtid. Den kirurgiske akuttberedskapen er omgjort til generell kirurgisk beredskap på dagtid i kombinasjon

med poliklinisk, dagkirurgisk og elektiv aktivitet som ikke krever kirurgisk akuttberedskap på døgnbasis.

I *Helseregion Sør* har de største endringene de siste 8-10 årene funnet sted i Vestfold og Telemark. På slutten av 1990-tallet ble sykehusene i Tønsberg, Larvik, Sandefjord og Horten slått sammen til et stort sentralsykehus. I årene som fulgte vedtok fylkestinget i Vestfold en funksjonsfordeling mellom de fire sykehusene. Horten sykehus, som i 1996 hadde akuttfunksjon i indremedisin, ble i 2000 omgjort til en sykehusavdeling med ansvar for dagkirurgi og dagbehandling. Året etter ble akuttmottaket i Sandefjord nedlagt og sykehuset ble omgjort til et rent elektivt sykehus. Fra den tid har alle akuttfunksjonene i fylket vært sentralisert til Tønsberg og Larvik. Endringene i sykehusstrukturen skjedde ikke uten motstand. De ble drevet i gjennom av fylkestinget i en atmosfære preget av utspill i mediene, underskriftskampanjer, lokale sykehusaksjoner og folkelig protest. Lokale sykehuslister, blant annet i Sandefjord, fikk stor politisk oppslutning ved flere av lokal- og fylkestingsvalgene. I Telemark gjennomførte fylkestinget funksjonsfordeling mellom sykehusene i Skien og Porsgrunn. I 1997 ble akuttfunksjonene og fødeavdelingen avviklet i Porsgrunn og overført til sykehuset i Skien. Fødeavdelingen ved Notodden sykehus ble nedlagt i 1996, mens fødeavdelingen på Rjukan ble omgjort til fødestue i 1997.

De største endringene skjedde altså i perioden med fylkeskommunalt eie og regionalt helsesamarbeid. Et radikalt forslag i høringsutkastet til regional helseplan om å sentralisere akutt- og fødetilbudet til de fem sentralsykehusene i regionen fikk imidlertid ikke fylkespolitikernes støtte. Også forslaget om å sentralisere thorax-kirurgien i regionen skapte høy temperatur og tautrekking mellom fylkespolitikere (Opedal og Stigen 2002 a, b). Den statlige overtakelsen av sykehusene har ikke ført til større endringer i akutt- og fødetilbudet. Sykehuset Sørlandet har avviklet døgnplasser og dagkirurgisk virksomhet ved Farsund sykehus, og det vurderes funksjonsfordeling mellom sykehusene i Arendal og Kristiansand. Men per 2004 har spørsmålet om funksjonsfordeling først og fremst dreid seg om å sentralisere administrative støttefunksjoner (IKT, innkjøp mv.) og samle mindre medisinske spesialiteter til ett eller noen få av sykehusene i regionen.

I *Helseregion Øst* har de største funksjonsendringene funnet sted i Østfold. Allerede i 1985 vedtok fylkestinget der å nedlegge fødeavdelingene i Askim, Halden, Sarpsborg og Moss og sentralisere fødetilbudet til sentralsykehuset i Fredrikstad. Indremedisinsk beredskap ble overført fra Sarpsborg og Halden til Fredrikstad i 1997, og fra Indre Østfold i 1998. Den kirurgiske døgnberedskapen ble samlet til sykehusene i Moss og Fredrikstad. Fylkestinget gjennomførte endringene på tross av høyt konfliktnivå og omfattende sykehusaksjoner i nærmiljøene til de ulike sykehusene. Et annet fylke hvor det har skjedd endringer er Hedmark. I perioden 1996-2000 ble sykehusene i Kongsvinger og Tynset omgjort fra akuttsykehus til sykehus med akuttfunksjon kun i indremedisin. I samme periode ble fødeavdelingen i Tynset omgjort til fødestue. Fødetilbudet har stått i fokus også etter at staten overtok sykehusene. Daværende helseminister Dagfinn Høybråten stadfestet i foretaksmøte november 2003 Helse Østs vedtak om å legge ned fødeavdelingen ved Aker universitetssykehus i Oslo. Men, som vi skal se siden i kapitlet, valgte helseministeren å overprøve regionens vedtak om å legge ned fødeavdelingen i Gjøvik. Helse Øst vurderte også å avvikle Stensby sykehus i Akershus, men vedtok i 2003 å ikke gå videre på en slik løsning. Som tidligere nevnt har Helse Øst foretatt funksjonsfordeling mellom sykehus i hovedstaden.

I *Helseregion Vest* har spesielt akutt- og fødetilbudet i Sogn og Fjordane stått i sentrum de siste 10 årene. I 1996 hadde sentralsykehusets avdeling i Florø både akuttberedskap i indremedisin og fødetilbud. Først ble fødetilbudet avviklet og sentralisert til sentral-

sykehusets avdeling i Førde. Etter at staten overtok sykehusene vedtok styret i Helse Vest og helseministeren i foretaksmøte at de kirurgiske og indremedisinske tjenestene i Florø skulle overføres til de andre sykehusene i fylket. Tilbudet til befolkningen i Florø skulle i stedet bestå av et nyopprettet offentlig nærsykehus hvor staten samarbeider med omkringliggende kommuner om helsetjenestetilbudet. Også fødetilbudet andre steder i fylket har gjennomgått endringer. Fødeavdelingen ved sykehuset i Lærdal er fra mars 2004 omgjort til forsterket fødestue. Som vi skal se senere i kapitlet førte denne omgjøringen til sterk lokalpolitisk og folkelig mobilisering for å stoppe planene om en fødestue. Langt fredeligere har omgjøringen av fødeavdelingen til fødestue vært ved Odda sykehus i Hordaland. Også denne endringen har funnet sted etter at staten overtok sykehusene. I Rogaland kom endringene i fødetilbudet før staten overtok. Der avvirket fylkestinget de fødetilbud som tidligere ble gitt ved sykehusavdelingene i Sauda og i Egersund. Antall sykehus med akuttfunksjoner i både indremedisin og kirurgi har vært stabilt i hele perioden. Etter at staten overtok sykehusene foreslo en arbeidsgruppe i Helse Vest å sentralisere all akuttberedskap i kirurgi til de fire største sykehusene i regionen. Forslaget fikk imidlertid ikke støtte verken i de lokale helseforetakene i regionen eller i styret for Helse Vest.

I *Helseregion Midt-Norge* har stabilitet i sykehusstrukturen vært et kjennetegn i en årrekke. I perioden med regionalt helsesamarbeid rådet det bred politisk enighet blant fylkespolitikere i Trøndelagsfylkene og Møre og Romsdal om å beholde alle de åtte akutt sykehusene i regionen (Hallingsstad 2004, Opedal og Stigen 2002 a, b). Den gang ble formelt nettverkssamarbeid mellom sykehusene lansert som et alternativ til mer utstrakt arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. Etter at staten overtok sykehusene har det vært signalisert ønsker om å foreta visse endringer i funksjonsfordelingen, blant annet i fødetilbudet ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus og ved den sykehusavdeling St. Olavs Hospital i Trondheim har i Røros. Per 2004 hadde ikke signalene nedfelt seg i konkrete endringsvedtak. Helse Midt-Norge har valgt en mer forsiktig funksjonsfordelingsstrategi enn ledelsen i de øvrige regionene. Det har ikke vært ytret noe sterkt ønske i styre og ledelse i helseregionen om å utfordre de historiske kompromisser og den enighet som råder om den bestående sykehusstrukturen i regionen.

I *Helseregion Nord* har de fleste endringene i akuttfunksjoner og fødetilbud kommet etter at staten overtok sykehusene. Verken i perioden med frivillig eller lovpålagt regionalt helsesamarbeid ble det gjort politiske vedtak om større endringer i sykehusstrukturen. Den har i over 50 år bestått av sju akutt sykehus i Nordland, to i Troms og to i Finnmark. Det var før staten overtok bred politisk enighet blant fylkespolitikere om ikke å presse fram funksjonsfordelingstiltak som kunne sette det regionale helsepolitiske samarbeidet i fare (Finstad m.fl. 2001, Opedal og Stigen 2002 a, b). Unntaket var omgjøring av fødeavdelingen ved Lofoten sykehus til fødestue i 1997.

Da staten tok over eierskapet initierte det regionale helseforetaket, Helse Nord, raskt et utredningsarbeid for å se nærmere på akutt- og fødetilbudet i regionen. To prosjektgrupper konkluderte i februar 2003 med at det ikke var behov for seks lokalsykehus med akuttberedskap i kirurgi i Nordland. Det ble også anbefalt å omgjøre fødeavdelingene ved flere av disse lokalsykehusene til fødestuer. Mest radikalt var forslaget om å sentralisere både akuttkirurgi og fødetilbud til bare fem sykehus i regionen – til ett sykehus i hver av de fem helseforetakene. Prosjektgruppene valgt imidlertid å frede sykehusene i Finnmark og Troms, unntatt Harstad sykehus. Dette sykehuset ble sett i sammenheng med den foreslåtte omorganiseringen av lokalsykehusene i Nordre Nordland.

Forslagene om funksjonsfordeling resulterte i omfattende protester fra lokalsamfunn, lokal- og fylkespolitikere og representanter på Stortinget. I Ofoten og Vesterålen skrev over 40 000 seg på underskriftskampanjer for bevaring av akuttberedskapen og fødetilbudet. Også blant ansatte og ledelse i de berørte sykehusene ble det ytret klare motforestillinger mot Helse Nord's planer. Etter høringsrunder og behandling av forslagene i helseforetakene valgte styrene for de berørte helseforetakene, Helgeland-sykehuset og Hålogalandssykehuset å gå i mot de foreslåtte endringene. Styret for Helse Nord godtok imidlertid ikke de lokale vedtakene og valgte en mellomløsning hvor en del av de opprinnelige forslagene ble opprettholdt, om enn i en sterkt modifisert form. Daværende helseminister, Dagfinn Høybråten, bemerket da også i foretaksmøte i juni 2003 at ”.. styrevedtaket [...] innebærer et mer desentralt tjenestetilbud enn hva som ville følge av de opprinnelige forslagene” (foretaksmøte 19. juni 2003). Resultatet av beslutningsprosessen ble omgjøring av fødeavdelingene ved sykehusene i Narvik og Mosjøen til fødestuer. I Mosjøen ble i tillegg den kirurgiske akuttberedskapen omgjort til generell kirurgisk beredskap på dagtid (jf. fotnote til tabell 4). Mellom Hålogalandssykehusets avdelinger i Narvik og Stokmarknes ble det foretatt en funksjonsfordeling innen kirurgi. Akuttberedskap i ortopedi ble lagt til Narvik, mens akuttfunksjonen i bløtdelskirurgi ble lagt til Stokmarknes. Full akuttberedskap i kirurgi ble beholdt og styrket i Harstad i nord og Mo i Rana i sør.

Mye tyder altså på at sykehusreformen ikke har ført til noen sterk økning i omfanget av arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehus. Særlig gjelder dette på akutt- og fødeområdet. Dette har trolig sammenheng med to forhold. På den ene sida synes fylkeskommunene å ha fått et ufortjent dårlig rykte hva angår evnen til å gjennomføre funksjonsfordelingstiltak på dette området. På den andre sida har det også for de statlige foretakene vært vanskelig å gjennomføre slike tiltak der disse er møtt med stor motstand. En gjennomgang av to ulike saker belyser dette siste poenget nærmere.

7.5.3 Statens nei til å legge ned fødeavdelingen i Gjøvik

Helse Øst satte våren 2002 i gang arbeid med utredning av foretaksstruktur og funksjonsfordeling. Dette resulterte i vedtak om ny foretaksstruktur (sak 145-2002), bl.a. ble Sykehuset Innlandet opprettet som et eget helseforetak. Vedtaket innebar en sammen-slåing av sykehusene på Elverum, Hamar, Gjøvik, Kongsvinger, Lillehammer og Tynset. Det ble videre forutsatt at funksjonsfordelingen internt i det nye helseforetaket skulle gjennomgås. Helse Øst har både gjennom dette og senere vedtak signalisert et klart ønske om strukturendringer i Sykehuset Innlandet, og vedtatt retningslinjer for dette. En la vekt på å ivareta mål om bedre tilbud til pasientene, sterkere og mer robuste fagmiljøer, og en mer kostnadseffektiv drift. I forbindelse med behandling av fødsels- og nyfødtsomsorgen i helseregionene i møte av 26. juni 2003 la Helse Øst klare føringer på Sykehuset Innlandet vedrørende organiseringen av fødetilbudet. Vedtakets to første punkter var som følger (sak 81/2003):

Fødeinstitusjonene i Sykehuset Innlandet HF samordnes under en felles gjennomgående klinisk ledelse i tråd med tidligere vedtak 145/2002.

Fødetilbudet i Sykehuset Innlandet organiseres slik at det blir faglig differensiert med minimalisert dublering av tilbudet.

Effektiviseringspotensialet som påvises i utredningen av fødselsomsorgen realiseres.

Styret i Sykehuset Innlandet fulgte opp dette vedtaket i møte 22. august 2003, der mandat for arbeidet ble vedtatt og administrasjonen ble bedt om å utrede tre modeller for organi-

sering av fødetilbudet i Hedmark og Oppland. På bakgrunn av interne utredninger og drøftinger foreslo administrerende direktør i sin innstilling til styremøte 6. oktober 2003 å samle fødetilbudet i Oppland til en kvinneklinikk med gynekologisk sengeavdeling ved SI Lillehammer, mens kvinneklinikken på SI Elverum ble gjort om til fødeavdeling med gynekologisk sengeavdeling. Fødeavdelingen ved Kongsvinger sykehus ble foreslått opprettholdt. Vedtaket innebar altså en nedleggelse av fødeavdelingen på Gjøvik sykehus. Denne endringen skulle inngå som en del av et omfattende forslag om arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene i helseforetaket (Organisering av somatiske helsetjenester i Sykehuset Innlandet HF). Hovedbegrunnelsen var en kombinasjon av å sikre et faglig godt tilbud og å oppnå økonomiske effektiviseringsgevinster.

Forslaget møtte sterk motstand lokalt, både blant folk flest, lokalpolitikere og lokalt ansatte. 4. oktober, to dager før styremøte i Sykehuset Innlandet, gikk 3.500 mennesker i fakkeltog i Gjøvik til støtte for fødeavdelingen. Argumentene for at fødeavdelingen ved Gjøvik burde opprettholdes var delvis at den var i tråd med Stortingets ønske om desentralisert tilbud, samt at fødeavdelingen innfridde Nasjonalt råds krav til en fødeavdeling. En nedleggelse av avdelingen ble opplevd som en klar forringelse av fødetilbudet i regionen.

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok imidlertid administrasjonens forslag. Et flertall gikk inn for å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik sykehus (sak 086/2003, 6. oktober 2003). Mindretallet, to eieroppnevnte medlemmer fra Vest-Oppland, gikk inn for at fødeavdelingen på Gjøvik sykehus ble opprettholdt, - men samtidig at det ble etablert en kvinneklinikk på Lillehammer. Styret i Helse Øst sluttet seg til vedtaket i Sykehuset Innlandet i møte 16. oktober 2003 (sak 131/2003), mot en stemme. En ansatterepresentant gikk inn for å opprettholde fødetilbudet på Gjøvik, fordi han mente en nedleggelse av avdelingen ville medføre at fødende i deler av Oppland ville få et dårligere tilbud.

Opprettholdelse av fødeavdelingen på Gjøvik sykehus ble gjenstand for bredt engasjement fra Vest-Opplandsregionen og fra Oppland fylke som sådan. Det var et bredt tverrpolitisk engasjement, der representanter fra ulike partier og organisasjoner mobiliserte for å påvirke helseministeren til å omgjøre vedtakene i Sykehuset Innlandet og Helse Øst. Bl.a. ble fylkesbenken på Stortinget mobilisert, og representanter fra ulike partier, bl.a. regjeringspartiet Høyre, gikk inn for å beholde fødeavdelingen. Både Inger Enger (Sp) og John Alvheim (Frp) stilte helseministeren spørsmål om dette i Stortingets spørretime 04.11.2003. I sitt svar varslet Helseministeren at han ville gå inn for å opprettholde fødeavdelingen på Gjøvik. Sosialkomiteens leder John Alvheim ga i den forbindelse følgende kommentar til Oppland Arbeiderblad (5.11.2003): "Fødeavdelingen på Gjøvik blir ikke lagt ned. Den får dere beholde. Der har jeg gjort en god jobb, for å si det selv".

Helseministeren vedtok i foretaksmøte 6. november 2003 at fødeavdelingen på Gjøvik sykehus skulle opprettholdes. Foretaksmøtet aksepterte at vedtaket i Helse Øst og Sykehuset Innlandet;

bygger på nasjonale helsepolitiske retningslinjer når det gjelder nivåinndeling av fødetilbudet. Foretaksmøtet ser også argumentene for at en samling av fødeavdelingene ved SI Gjøvik og SI Lillehammer vil kunne gi et større og mer robust fagmiljø, at det vil bidra til å redusere en høy vaktbelastning på legesiden og bedrerekrutteringen av leger. I tillegg til potensialet for reduserte kostnader gjennom reduserte vikarkostnader og en reduksjon i antall stillinger for jordmødre, barnepleiere og sykepleiere.

Når helseministeren kom til en annen konklusjon, var det fordi disse hensynene ”nå veies opp mot det faktum at fødeavdelingen ved SI Gjøvik i følge Nasjonalt råd, oppfyller de faglige kravene til en fødeavdeling både med hensyn til fødselstall, bemanning og beredskap”. Selv om avstanden til Lillehammer ikke er lengre enn 45 kilometer, så ble argumentet om antall fødsler og befolkningsunderlaget vurdert som så viktig av helseministeren, at han endret vedtaket fra regionalt og lokalt foretak.

7.5.4 Vedtaket om å omgjøre fødeavdelingen i Lærdal til fødestue

Styret i Helse Vest tok våren 2002 initiativ til å utarbeide en strategisk plan for helseregionen (styresak 25/02). En overordnet foretaksplan skulle utarbeides sammen med planer for henholdsvis administrativ funksjonsfordeling og medisinsk funksjonsfordeling. Strategiarbeidet ble tolket som en naturlig oppfølging av foretakets rolle som konsernledelse for de fem helseforetakene i regionen. Fokuseringen på funksjonsfordeling ble dels begrunnet med føringer i den regionale helseplan som ble laget i forbindelse med det regionale helsesamarbeidet. Dels ble fokuset begrunnet med statens intensjon med sykehusreformen om å ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur (rapport Helse Vest 2003).

Selve strategiarbeidet ble organisert som et samarbeid mellom Helse Vest og fire av de fem helseforetakene i regionen. Arbeidet ble utført av fire arbeidsgrupper, en prosjektgruppe bestående av de administrerende direktørene for helseforetakene og en styringsgruppe. En egen arbeidsgruppe utredet behovet for en omorganisering av akuttberedskapen ved sykehusene i regionen. I desember 2002 offentliggjorde Helse Vest rapporten fra arbeidsgruppen. I rapporten ble det foreslått en radikal endring i sykehusstrukturen. Akuttfunksjonen i kirurgi og ortopedi ble foreslått sentralisert til de fire største sykehusene i regionen, mens den indremedisinske akuttberedskapen ble foreslått nedlagt i Lærdal, Odda og Florø. I tillegg anbefalte arbeidsgruppen at fødeavdelingen i Lærdal ble omgjort til fødestue sammen med fødeavdelingene ved sykehusene på Stord, i Odda, i Voss og i Nordfjordeid. Begrunnelsen var for få fødsler i året til å kunne opprettholde fødeavdelinger ved disse sykehusene. Blant annet ble det vist til at Lærdal sykehus kun hadde rundt 220 fødsler i året.

Mens arbeidet pågikk i arbeidsgruppene slo lokale og riksdekkende medier opp at Helse Vest og flere av de øvrige helseregionene planla nedleggelse av akuttberedskap og fødetilbud. Blant annet viste Høyres stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli til oppslag i Dagsrevyen 2. september 2002 om at Helse Øst og Helse Vest planla å legge ned fødeavdelinger i distriktene. I et spørsmål til daværende helseminister Dagfinn Høybråten henviste hun til at ”Stortingets vedtak i 2001 i forbindelse med behandlingen av akuttmeldingen innebar en desentralisering av fødselsomsorgen” (Stortingets spørretime 9.9.2002). Etter hennes oppfatning ville de planlagte endringene i Helse Vest og Helse Øst være ”.. stikk i strid med stortingsvedtaket”. SVs Audun Bjørlo Lysbakken fulgte opp temaet i spørretimen 18. desember samme år og spurte helseministeren om nedleggelse av akuttavdelingene og fødeavdelingene ved sykehusene på Stord, Voss, Nordfjord og Lærdal ”.. er i tråd med regjeringens helsepolitiske prioriteringer?”. Flere av partiene på Stortinget ba helseministeren om å gripe inn overfor helseforetakene. Andre igjen krevde at helseministeren la fram for Stortinget planene om omorganisering av akutt- og fødetilbudet. En tverrpolitisk kvinneaksjon på Stortinget, bestående av kvinnelige representanter for alle partiene utenom Fremskrittspartiet, krevde stopp i den foreslåtte sentraliseringen av fødetilbudet.

Høsten 2002 mobiliserte lokalbefolkningen i Lærdal, Nordfjordeid, Voss, Odda og Stord. Både fylkespolitikere, Sogn regionråd og industriselskaper engasjerte seg i aksjonen for å

bevare fødeavdelingen i Lærdal. Fylkesordføreren engasjerte seg sterkt i et forsvar for den bestående sykehusstrukturen i Sogn og Fjordane. Sogn regionråd utarbeidet en rapport kort tid etter at arbeidsgruppen i Helse Vest hadde lagt fram sine endringsforslag. Denne ble lagt fram for fylkesbenken til Sogn og Fjordane på Stortinget. En direktør ved Norsk Hydro i Årdal sa til NTB 19. juni 2003, dagen etter foretaksrådet i Helse vest, at nedleggelse av akuttberedskapen og fødeavdelingen i Lærdal ville gå utover sikkerheten til de ansatte.

De lokale folkeaksjonene ble etter hvert en del av den landsdekkende folkeaksjonen mot nedleggelse av akuttberedskap og fødetilbud ved sykehusene (Folkebevegelsen for lokalsykehusene). I Lærdal fikk aksjonen navnet "Forsvar Lærdal sjukehus". En dag i mars 2003 slo 1000 sogninger bokstavelig talt ring rundt Lærdal sykehus. I følge Sogn avis hadde nestlederen i styret for Helse Førde, Kjell Opseth, følgende kommentar: "Eg har sett større mønstringar". 4. april reiste 36 sogninger til Oslo og gjennomførte en punktmarkering utenfor Helsedepartementet før de møtte helseminister Dagfinn Høybråten. De overleverte 13 000 underskifter som de hadde samlet inn i kampen for å beholde fødeavdelingen i Lærdal. Også i de andre berørte stedene ble det gjennomført aksjoner. I Nordfjordeid gikk 4000 mennesker i fakkeltog. I Florø ble det samlet inn 5000 underskifter mot nedleggelse av det medisinske tilbudet der. På Stord ble det samlet inn 11 000 underskifter. Og i Odda samlet 5000 mennesker seg til demonstrasjon.

I en atmosfære preget av lokale aksjoner, kritikk fra lokalpolitikere og politikere på Stortinget og omfattende medieomtale, satte Helse Vest i gang en prosess for å behandle forslagene fra arbeidsgruppen. Etter en ny behandling av forslagene i prosjektgruppen og styringsgruppa, ble forslagene oversendt til de tre berørte helseforetakene i regionen, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde. Før oversendelsen behandlet styret i Helse Vest prinsipper for den framtidige organiseringen av akutt- og fødetilbudet i regionen. I et ekstraordinært styremøte 17. februar 2003 fastholdt et flertall på sju styremedlemmer mot to stemmer at akuttbehandlingen i kirurgi skulle sentraliseres og at Helsetilsynets nivåinndeling skulle legges til grunn for utviklingen av fødetilbudet i regionen.

Helse Førde valgte å opprettholde forslaget om å opprette en fødestue i Lærdal etter en intern behandling av saken. Saken ble så sendt på høring i april 2003 med kort frist for å avgi uttalelse. Både lokale og regionale myndigheter deltok i høringen, sammen med brukerutvalget. Sogn regionråd utarbeidet en uttalelse på vegne av alle kommunene i indre Sogn hvor de sa nei til det foreslåtte tiltaket. Deretter gjennomførte Helse Førde dialogmøte med høringsinstansene. På basis av alle innspillene, der blant annet fylkeslegen uttrykte tvil om tiltaket lot seg gjennomføre, valgte direktøren for Helse Førde å gå inn for fortsatt fødeavdeling ved Lærdal sykehus. Styret for helseforetaket ville det imidlertid annerledes. Med fem mot fire stemmer vedtok styret i slutten av mai at fødeavdelingen ved Lærdal skulle omgjøres til en forsterket fødestue. Vedtaket ble bekreftet av styret i Helse Vest 11. juni to uker senere. Der ble det også vedtatt at de kirurgiske og indremedisinske tjenestene ved sykehusavdelingen i Florø skulle overføres til de andre sykehusene i Sogn og Fjordane.

Tiltakene ble bekreftet av foretaksrådet 18. juni 2003. Helseminister Dagfinn Høybråten stilte imidlertid krav om at han ville ha en rapport om framdrift og status i forberedelsesarbeidet. Foretaksrådet merket seg at;

.. styrets vedtak [11. juni] på flere punkter er annerledes enn de opprinnelige forslagene fra prosjektgruppen, og at dette innebærer et mer desentralt tjenestetilbud enn hva som ville følge av de opprinnelige forslagene (protokoll foretaksrådet i Helse Vest 18. juni 2003).

I mediene ble prosessen karakterisert som ”berget som fødte en mus”. Av de radikale strukturforslagene som arbeidsgruppen i Helse Vest opprinnelig hadde foreslått, stod en tilbake med kun to endringstiltak i Sogn og Fjordane og omgjøring av fødeavdelingen ved Odda sykehus til fødestue. Alle de andre foreslåtte tiltakene i Hordaland ble borte i løpet av beslutningsprosessen.

Oppsummert viser de to sakene at både interne og eksterne motkrefter modifiserte de opprinnelige forslagene fra de regionale helseforetakenes side. I de regionale helseforetakene ble forslagene begrunnet med de vedtak Stortinget gjorde i forbindelse med behandlingen av akuttmeldingen. Radikale forslag ble på den bakgrunn satt på den regionale dagsorden. I eksemplet fra Helse Vest bidro særlig styringsrelasjonen mellom regionale og lokale helseforetak til å dempe de opprinnelige forslagene. Uenigheten ledelse og ansatte ved berørte sykehus ga uttrykk for ble viktige premisser for vedtakene regionalt. De lokale helseforetakene kunne påberope seg en autonomi som de brukte til å motsette seg regionalt helseforetaks forslag om endringer i funksjonsfordeling mellom helseforetakene. Det samme har en kunnet observere i Helse Nord.

I styringsrelasjonen mellom Helsedepartementet og regionale helseforetak oppstod en dynamikk preget av økende politisk oppmerksomhet drevet fram av folkelig mobilisering, lobbyvirksomhet og kritikk fra de fleste partiene på Stortinget, også blant reformtilhengerne. Kritikken fra Stortingets side og utsagn fra helseministerens side om at helseforetakene overfortolket eiers styringssignaler ser ut til å ha satt sitt preg på beslutningsprosessen i helseforetakene. Deres autonomi ble innkrenket av en uformell politisk styringslinje. Minst betydning fikk den uformelle styringen for Helse Østs forslag om å legge ned fødeavdelingen i Gjøvik. Saken fikk en formell avklaring i foretaksmøte, men både at saken havnet på dagsordenen i foretaksmøtet og ble forkastet av statsråden vitner om en politisert atmosfære som ikke gav eier så mange andre muligheter. I balansegangen mellom å verne foretakenes autonomi og å forholde seg et aktivistisk Storting valgte statsråden politisk intervensjon.

Politikkens og omgivelsenes betydning for konfliktfylte funksjonsfordelingstiltak understøttes av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen blant lederne i helseforetakene fra 2003. Over to tredjedeler av lederne i både de regionale og lokale helseforetakene sa seg enige i at ”Det er manglende politisk støtte til funksjonsfordelingstiltak, for eksempel innenfor akutt- og fødetilbudet” (67 prosent både lokalt og regionalt). Også lokalpolitikere og folkelig mobilisering ble tillagt betydning i slike spørsmål. Blant lederne i de lokale helseforetakene var 40 prosent enige i en påstand om at ”Lokalpolitisk og folkelig motstand hindrer gjennomføringen av funksjonsfordelingstiltak”, mens 22 prosent var enige på regionalt nivå. Det var likevel få av lederne som sa at de lar være å ta opp kontroversielle funksjonsfordelingstiltak på grunn av potensialet for politisk konflikt. Kun 16 prosent i de regionale helseforetakene og 22 prosent av lederne i de lokale foretakene sa seg enige i at ”For å unngå politisk konflikt tar ikke helseforetaket opp kontroversielle funksjonsfordelingstiltak”. Også internt i helseforetakene kan omstillingsarbeid møte på motkrefter. 47 prosent av de regionale lederne og 40 prosent av de lokale var for eksempel enige i at ”Organisasjonskulturen i helseforetaket gjør omstilling vanskelig”.

7.5.5 Arbeids- og funksjonsfordeling – et spørsmål om organisering og styring?

Vi har sett tidligere i kapitlet at det er store forskjeller mellom de fem helseregionene i omfanget av funksjonsfordelingstiltak. Disse forskjellene kan ikke alene forklares ut fra

omfanget av folkelig mobilisering og politisk intervensjon i enkeltsaker. De regionale helseforetakene har organisert seg forskjellig og løst styringsforholdet til de lokale helseforetakene på ulike måter. Sannsynligvis virker slike forhold inn på hvordan de regionale helseforetakene har håndtert spørsmålet om arbeids- og funksjonsfordeling.

Spørreskjemaundersøkelsen blant foretakslederne viser at vurderingene varierer betydelig både mellom og innenfor de fem helseregionene. I noen helseregioner og helseforetak mener en at en har kommet langt i arbeidet med funksjonsfordeling, i andre regioner og foretak er lederne mer forbeholdne. Vi benytter gjennomsnittet av ledernes vurderinger i de lokale helseforetakene som indikator på forskjeller. I tabell 7.5 rapporterer vi gjennomsnittsverdien for denne indikatoren for hver helseregion. Som det framgår rapporterer foretakslederne i Helse Øst og Helse Vest bedre resultater enn landsgjennomsnittet, mens de i Helse Sør, Helse Midt-Norge og Helse Nord rapporterer dårligere resultater enn gjennomsnittet. Det er imidlertid også betydelig variasjon innenfor regionene.

Tabell 7.5 *De lokale foretaksledernes vurdering av om en har oppnådd forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling etter sykehusreformen, fordelt på helseregion. 2004. (Aritmetisk gjennomsnitt, standardavvik og antall enheter).*

	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
- Helseregion Sør	2,82	0,78	50
- Helseregion Øst	3,19	0,92	49
- Helseregion Vest	3,11	0,77	32
- Helseregion Midt-Norge	2,71	0,96	35
- Helseregion Nord	2,65	0,91	42
Samlet	2,90	0,89	208

En F-test viser at forskjellen mellom regionene er signifikant på 0,01-nivået. $F=3,19$.

At vi analyserer oppfatninger av resultater mellom og innad i helseforetak sammen er begrunnet i sterk sammenheng i svarene på disse spørsmålene. Korrelasjonen mellom variablene er 0,56 (pearsons r). Variablene lader også på en og samme faktor i en faktoranalyse. Sammen med andre spørsmål om resultater i form av bedre ledelse, organisering og styring utgjør de en resultatdimensjon. Denne er i sin helhet nærmere analysert i neste kapittel. Her har vi valgt å konsentrere oss om resultater i form av forbedret arbeids- og funksjonsfordeling.

Forventningene om at sykehusreformen ville føre til mer omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen er begrunnet i at det nye styringssystemet vil gi forkjemperne for dette større innflytelse på bekostning av motkreftene. Hvilken innflytelse disse ulike kreftene kan tenkes å ha, kan også være avhengig av hvordan foretaket er organisert. I et strukturelt-instrumentelt perspektiv vil vi forvente at hvordan foretakene organiserer seg internt vil påvirke hvor synlige ulike hensyn blir, og hvilke prosesser og hensyn som blir sett i sammenheng eller atskilt (Egeberg 1989, Gulick 1937, Simon 1957). Rent konkret vil vi forvente at valg av et *geografisk* eller *funksjonelt* spesialiseringsprinsipp vil ha betydning. En geografisk spesialisering bygger i stor grad på tidligere organisasjonsstruktur og kan tenkes å opprettholde geografiske skillelinjer og gi interne og eksterne krefter som ønsker å opprettholde et geografisk spredt tilbud større gjennomslag. En funksjonell arbeidsdeling kan bidra til at det som er en faglig og økonomisk fornuftig arbeidsdeling mellom stedene vektlegges. I kapittel 3 viser Stigen at de fleste helseforetakene har valgt å dele virksomheten inn i divisjoner, klinikker eller

avdelinger etter funksjoner, og at stadig flere velger en slik løsning. I 2004 var det imidlertid fortsatt en rekke foretak som hadde organisert seg etter et geografisk spesialiseringsprinsipp. Stigen viser også at foretakene har valgt forskjellig ledelsesstruktur. Vi vil undersøke om det har noen betydning hvorvidt foretaket har valgt en hierarkisk struktur eller en flatere struktur der avdelingsledere rapporterer direkte til administrerende direktør.

Innenfor det regionale helsesamarbeidet var det mye som tydet på at strukturendringer som berørte sykehus i ulike fylker var vanskeligere å gjennomføre enn endringer som berørte sykehus i samme fylke. En grunn til dette kan være at forslag om å flytte tilbud ut av fylket møtte større lokal motstand enn å flytte tilbud til andre steder i samme fylke. I alle fall er det mulig å tenke seg at de eksterne motkreftene kan bli sterkere, siden det da er lettere å mobilisere fylkespartier, fylkesting, KS i fylket og fylkesbenken på Stortinget, enn dersom det er snakk om fylkesinterne konflikter. Vi vil derfor forvente at lederne fra foretak som innbefatter sykehus i kun ett fylke vil mene at en har oppnådd større resultater hva funksjonsfordeling angår, enn aktører med tilknytning til foretak som krysser fylkesgrensene.

Sykehusreformen har i mange tilfelle ført til sammenslåing av flere sykehus i ett stort lokalt helseforetak. Dette var noe Stortinget ønsket, begrunnet bl.a. med at "slike organisatoriske sammenslåinger vil gjøre sykehustjenestene mer robuste og legge til rette for en mer optimal funksjonsfordeling, bedre samarbeid og mer effektiv ressursutnyttelse enn om de minste sykehusene forblir enkeltstående" (Innst.O.nr.118, 2000-2001: 48). Det er rimelig å forvente at både en organisatorisk sammenslåing av sykehus og det faktum at foretakets geografiske omland dermed blir større, bidrar til å bedre forutsetningene for å gjennomføre strukturendringer mellom de tidligere enhetene. Det er imidlertid også mulig at størrelse i seg selv har betydning, at det er enklere å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordelingstiltak som berører store foretak, enn små. For å kunne skille betydningen av antall sykehus fra betydningen av foretakets størrelse, vil vi også ta med størrelse som en egen variabel.

Tanken bak reformen er å kombinere sterkere sentral styring gjennom statlig eierskap forvaltet av regionale helseforetak, med økt lokal handlefrihet gjennom lokale foretak. De regionale helseforetakene har fått i oppgave av staten å vurdere og å gjennomføre nødvendige strukturendringer i sin helseregion. Kapittel 6 viser at foretaksledelsen vurderer styringsrelasjonen oppover til regionalt helseforetak forskjellig. Vi vil forvente at regionalt nivå i større grad vil lykkes med å gjennomføre strukturendringer i de tilfelle det er utviklet *gode styringsrelasjoner* og en god styringsdialog mellom det regionale helseforetaket og det lokale helseforetaket.

Sykehusreformen bygger både på økt sentral styring og økt *lokal handlefrihet*. Foretaksledelsen vurderer også handlefriheten de har forskjellig (jf. kapittel 6). Hvorvidt lokal handlefrihet fremmer eller hemmer foretakenes evne til å gjennomføre strukturendringer er ikke opplagt. Vi vil imidlertid ta utgangspunkt i at de foretakene som er gitt betydelig handlefrihet vil ha bedre forutsetninger for å gjennomføre fornuftige funksjonsendringer, og dermed forventer vi en positiv sammenheng.

I en organisasjonsmodell som bygger på betydelig handlefrihet til de lokale helseforetakene, er *styrenes rolle* sentral. Eierstyringen utøves gjennom styrene, som også forvalter foretakenes autonomi. Dermed er det grunn til å tro at styrets kompetanse, dets

regionale anerkjennelse eller legitimitet, så vel som hvilke oppgaver de retter sterkest fokus mot eller prioriterer, vil være avgjørende for hva en oppnår av strukturendringer.³⁷

I tillegg er det grunn til å forvente at de regionale helseforetakene har noe forskjellige prioriteringer av og policy i forhold til gjennomføring av arbeids- og funksjonsfordeling, bl.a. fordi behovet for dette kan oppfattes forskjellig mellom regionene. Derfor inkluderer vi også region som en faktor i analysen.

7.5.6 Empirisk analyse av regionale forskjeller

Tabell 7.6 gjengir resultatene av en analyse av sammenhengen mellom strukturelle og prosessuelle sider ved foretaksorganiseringen og foretaksledelsens oppfatninger av forbedret arbeids- og funksjonsfordeling.

Som det framgår av tabell 7.6, er det to *strukturelle* variabler som viser signifikant sammenheng med foretaksledelsens oppfatninger av bedre arbeids- og funksjonsfordeling både innad og mellom foretak. Jo flere sykehus som er innlemmet i foretaket, jo bedre resultater mener ledelsen en har oppnådd. Som forventet bidrar det å samle flere sykehus i samme foretak til å legge forholdene til rette for strukturendringer. Dersom foretaket består av sykehus i to fylker, bidrar dette som ventet til mindre strukturendringer. Om foretaket har valgt et funksjonelt eller geografisk spesialiseringsprinsipp er av liten betydning. Sammenhengen er faktisk også motsatt av det vi forventet. Der en har valgt et geografisk spesialiseringsprinsipp oppfattes resultatene på arbeids- og funksjonsfordelingen å være størst. Denne analysen indikerer altså at det å samle flere sykehus i ett foretak bedrer mulighetene til å hente ut gevinster i form av bedre arbeids- og funksjonsfordeling. Om foretaket har en organisasjonsstruktur som følger skillene mellom de gamle sykehusene eller ikke, eller hvor stort foretaket er, har derimot liten betydning.

³⁷ Se vedlegg til neste kapittel angående hvordan variablene 'gode styringsrelasjoner', 'lokal handlefrihet', 'foretaksstyrets kompetanse', 'foretaksstyrets aksept og 'foretaksstyrets fokus på organisering og økonomi' er konstruert.

Tabell 7.6 *Sammenhengen mellom strukturelle og prosessuelle sider ved organiseringen og helseforetaksledelsens oppfatning av forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling etter sykehusreformen (OLS-regresjon, standardiserte regresjonskoeffisienter).*

	Standardiserte regresjonskoeffisienter
Strukturelle organisasjonsforhold:	
Funksjonell organisering	-0,05
Flat struktur (avdelingsstruktur)	-0,02
Foretaket dekker sykehus i to fylker	-0,17*
Antall sykehus	0,33**
Foretakets størrelse	-0,06
Prosessuelle organisasjonsforhold:	
Gode styringsrelasjoner	0,26**
Foretakets handlefrihet	0,14*
Foretaksstyrets kompetanse	0,12
Foretaksstyrets aksept	0,15
Foretaksstyret overfokuset på organisering og økonomi	-0,17*
Region:	
Helse Sør	-0,15
Helse Vest	-0,14
Helse Midt-Norge	-0,36**
Helse Nord	-0,09
Konstant (Helse Øst)	0,98
Justert R ²	0,28
N	177

* signifikant på 0,05-nivået, ** signifikant på 0,01-nivået.

En modell som inkluderer helseregionene bidrar til å øke justert R² fra 0,22 til 0,28. Endringen er signifikant på 0,01-nivået. Dette indikerer at det er regionale forskjeller som ikke kan forklares ved hjelp av de strukturelle og prosessuelle organisasjonsforholdene som inngår i analysemodellen.

Når det gjelder de *prosessuelle* sidene ved organiseringen, er både egenskaper ved styringsrelasjonen, foretakenes handlefrihet og egenskaper ved foretaksstyrene av betydning. Sterkest betydning har imidlertid styringsrelasjonen. Som forventet har de foretakene hvor lederne mener det er etablert en god styringsdialog mellom regionalt nivå og foretaket oppnådd mest hva angår funksjonsfordelingstiltak. At det å gjennomføre strukturendringer som potensielt skaper mye intern og ekstern motstand, krever avklarte formelle styringslinjer og gjensidig tillit mellom overordnet og lokalt nivå, er helt som forventet.

At en opplever størst resultater der foretakets handlefrihet oppfattes som størst, er også som forventet. Foretak som har ansvar og myndighet på området, vil ha de beste forutsetningene for å gjennomføre tiltak som anses som fornuftlig lokalt, både ut fra faglige og politiske vurderinger. Det er også som forventet at resultatene vurderes størst av ledere som oppfatter styrene som kompetente og legitime lokalt. Disse sammenhengene er imidlertid ikke signifikante. Av de tre egenskapene ved styrene, er det styrets fokus som slår sterkest ut. Det er faktisk slik at jo mer en oppfatter at styret er overfokuset på økonomiske og organisatoriske spørsmål framfor tjenesteytingen, desto mindre mener en foretaket har oppnådd av strukturendring. Dette gir mening i sammenheng med de andre funnene. Tiltak som er fornuftige i en lokal kontekst, og som tjener den lokale

tjenesteytingen er trolig enklere å få gjennomført, enn tiltak som foreslås kun for å spare penger.

Når det gjelder forskjeller helseregionene i mellom, er det Helse Midt-Norge som skiller seg ut. Lederne fra Midt-Norge mener mindre er oppnådd i form av strukturendringer, enn lederne i de andre regionene. Forskjellen er størst sammenlignet med Helse Øst. Sammenligner vi disse forskjellene regionene mellom der vi har tatt hensyn til strukturelle og prosessuelle forhold, med de bivariate sammenhengene vist i tabell 7.5, ser vi at forskjellene mellom Helse Øst og Helse Vest på den ene sida og Helse Sør og Helse Nord på den andre nærmest blir borte, mens forskjellene i forhold til Helse Midt-Norge opprettholdes. Dette tyder på at forskjellene i synet på arbeids- og funksjonsfordeling mellom de fire første regionene langt på veg kan forklares ved ulike organisatoriske forhold. At dette ikke gjelder for Helse Midt-Norge er ikke overraskende, sett på bakgrunn av at regionen skårer høyt både på gode styringsrelasjoner og stor lokal handlefrihet, samtidig som lite er oppnådd i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling. Dette skyldes en bevisst policy fra det regionale helseforetakets side. En har ikke ønsket, eller ikke sett behovet for å gjennomføre omfattende arbeids- og funksjonsfordeling i regionen.

For de andre regionene, som alle har satt arbeids- og funksjonsfordeling på dagsorden, er organisatoriske forhold viktige for om en har lyktes. Gode styringsrelasjoner, både i form av ryddige formelle linjer og gode tillitsforhold, og betydelig handlefrihet til lokale helseforetak er viktige betingelser. Det samme er styrer som er kompetente og ikke minst fokuserte på helsetjenestene i regionen. Å samle flere sykehus i ett stort helseforetak gjør det lettere å hente ut gevinster av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak. Der disse foretakene krysser fylkesgrenser svekkes imidlertid denne effekten. Mindre er oppnådd hva arbeids- og funksjonsfordeling angår der foretakene består av sykehus fra to fylker.

7.5.7 Erfaringer med arbeids- og funksjonsfordelingstiltak

Som nevnt i innledningen blir endringer i arbeids- og funksjonsfordeling sett på som tiltak som kan fremme flere målsetninger samtidig. De skal bidra til å øke kvaliteten på tjenestene som tilbys, de skal gjøre det lettere å rekruttere kvalifiserte fagpersoner, samtidig som de skal muliggjøre økonomiske innsparinger. Argumentene mot slike tiltak er at den geografiske tilgjengeligheten til tjenestene kan bli dårligere gjennom et mer sentralisert tilbud.

I spørreundersøkelsen blant medlemmer av styrene og den administrative ledelsen i helseforetakene ba vi lederne i foretakene oppgi hvilke erfaringer de har med arbeids- og funksjonsfordeling på disse områdene. Kun de som oppga at det er gjennomført omfattende eller en del endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen i henholdsvis helseregionen eller helseforetaket ble bedt om å svare på spørsmålet. Resultatene er gjengitt i tabell 7.7 nedenfor.

Tabell 7.7 *Hvilke erfaringer foretakslederne har med de endringene som er gjennomført i arbeids- og funksjonsfordeling i helseforetaket. Prosent, 2004*

Endringen(e) har medført:	I nokså eller svært stor grad	Både og	I svært liten eller nokså liten grad	N
- økt kvalitet på tjenestetilbudet	42	28	30	199
- gjort det lettere å rekruttere fagfolk	18	34	49	177
- økonomiske innsparinger	40	26	33	201
- klarere skille mellom akutt og elektiv behandling	30	29	41	187
- mer geografisk spredt og tilgjengelig tilbud til pasientene	10	31	59	203
- en sterkere geografisk sentralisering av tjenestetilbudet	44	33	23	204
- større regionale forskjeller i tilbudet til pasientene	19	24	58	183

I følge lederne i regionale og lokale helseforetak er det en klar tendens til at de arbeids- og funksjonsfordelingstiltak som er gjennomført har ført til sterkere geografisk sentralisering. Få peker på et mer geografisk spredt tjenestetilbud som en effekt av funksjonsfordelingstiltakene.

Slik foretakslederne vurderer det har funksjonsfordelingstiltakene hatt tilsiktede virkninger i forhold til heving av tjenestekvaliteten og økonomiske innsparinger. Det er også som forventet at tiltakene ikke har ført til økte regionale forskjeller i tjenestetilbudet. Med økt sentralisering av tjenestetilbudet kan kvaliteten på tilbudet blir likere uavhengig av hvor det tilbys. Arbeids- og funksjonsfordelingstiltakene ser imidlertid ikke ut til å ha gjort det lettere å rekruttere fagfolk. Vurderingene spriker også mye i forhold til spørsmålet om tiltakene har ført til et klarere skille mellom akutt og elektiv behandling.

7.6 Oppsummerende diskusjon

7.6.1 Strukturendringer i møte med politikken

Våre data viser at det i begrenset, men varierende grad, er gjennomført omfattende arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter at staten overtok sykehusene. I forhold til effektivisering av administrative stabs- og støttefunksjoner er det gjennomført tiltak i alle de fem regionene. Funksjonsfordelingstiltak innenfor mer pasientnære og konfliktfylte tjenester som akutt- og fødetilbudet har det vært langt vanskeligere å gjennomføre. Det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen av sykehusene har ikke vært tilstrekkelige betingelser for effektiv gjennomføring av omfattende funksjonsfordeling på dette konfliktfylte feltet.

Antagelsen om at sykehusreformen ville føre til mer omfattende strukturendringer, bygde på en forventning om at statlig eierskap og foretaksorganisering ville gi motkreftene mot slike tiltak mindre innflytelse og tilhengerne økt innflytelse. Under det gamle regimet med fylkeskommunalt eie og regionalt samarbeid ble de mest radikale forslagene om å sentralisere tjenester stoppet av fylkestingene eller de regionale helseutvalgene. Det

statlige styringsregimet ser ut til å ha gjort det lettere å få satt radikale funksjonsfordelingstiltak på dagsorden. Det er imidlertid fortsatt vanskelig å få gjennomført slike tiltak. Forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen er delvis ekskludert fra den nye styringsmodellen, men ser ut til å erstatte tapet av formelle deltakelsesrettigheter med sterk mobilisering, alliansebygging og uformell lobbyvirksomhet. De *eksterne motkreftene* har dermed stor mobiliseringsevne og gjennomslagskraft. Verken eier, foretaksledelse eller de profesjonelle foretaksstyrene har vært immune mot folkelig mobilisering, lobbyvirksomhet og kritikk fra Stortingets side. Studien viser at funksjonsfordeling ikke er noe som vedtas i lukkede styrerom fjernt fra politikens vesen. Dette støtter vår antagelse om at det er vanskelig å skjermeslike konfliktfylte prosesser fra press fra omgivelsene. Selv om Stortinget er tildelt en nokså tilbaketrukket rolle og fylkespolitikkerne formelt er plassert på sidelinjen, vitner akutt- og fødesakene om at lokale stridsspørsmål finner nye arenaer og innflytelseskanaler. Den rikspolitiske dagsorden tar opp i seg spørsmål som det før i stor grad var opp til fylkestingene å avgjøre. Sakene gir inntrykk av at den rikspolitiske dagsordenen utvides og at den dermed i noen grad kompenserer for den politiske tilbaketrekning som tapet av sykehusene innebærer for fylkespolitikkerne.

Det er flere eksempler på at *interne motkrefter* i de lokale helseforetakene har modifisert eller stoppet forslag om radikal funksjonsfordeling. Dette viser at forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen også har fottfeste internt i den statlige styringsmodellen. Vurderes omkostningene i form av tap av oppgaver, arbeidsplasser og trygghet å være større enn fordelene med funksjonsfordeling, blir resultatet intern mobilisering og motstand. I slike saker tilbyr ikke foretaksmodellen hierarkisk instruksjon som et gangbart virkemiddel. De regionale helseforetakene må finne fram til kompromiss med de lokale foretakene. Autonomiseringen av de lokale helseforetakene har ikke bare tilført dem handlefrihet, men også en mulighet til å motsette seg regionale krav om funksjonsfordeling.

Studien avslører enkelte viktige *organisatoriske betingelser* for at helseforetakene skal lykkes med å få til en bedre arbeids- og funksjonsfordeling. Lokale helseforetak hvor ledelsen mener en har lyktes godt på disse områdene har gode styringsrelasjoner til regionalt foretak og stor handlefrihet. Lokal autonomi innenfor klare og forutsigbare rammer, eller tydelig ansvarliggjøring og myndiggjøring av de lokale helseforetakene, er viktig for å få til strukturendringer. Den lokale autonomien foretakene er gitt innebærer både frihet til å gjennomføre funksjonsfordelingstiltak som lokalt oppfattes som fornuftige, men også å forsøke å hindre forslag pådyttet en fra oven. At det er en positiv sammenheng mellom foretaksledelsens vurdering av egen autonomi og deres vurdering av resultater innenfor arbeids- og funksjonsfordelingsområdet kan skyldes at de som har opplevd at regionalt nivå har forsøkt å pådytte dem tiltak ikke oppfatter å ha stor handlefrihet, selv om de har greid å stoppe slike forsøk. Samtidig vil vi også tro at handlefrihet innenfor gode og tillitsfulle relasjoner til regionalt nivå kan bidra til en atmosfære der funksjonsfordelingstiltak både foreslås oftere og gjennomføres lettere.

Å samle flere sykehus innenfor samme foretak synes å gjøre det enklere å oppnå resultater i form av bedre arbeids- og funksjonsfordeling. En slik samling bidrar til å se tilbudet som gis under ett og dermed også hvor endringer i funksjonsfordeling kan være fornuftige. På den måten kan fusjoneringen av sykehusene i store foretak åpne for funksjonsfordeling internt i helseforetakene. Foretak som består av flere sykehus er heller ikke like sårbare som mindre enkeltsykehus vil være, noe som kan bidra til å lette arbeidet med å gjennomføre funksjonsfordelingstiltak med andre foretak. At foretakene omfatter sykehus i ulike fylker synes derimot å bidra til at det blir vanskeligere å oppnå resultater i form av bedre arbeids- og funksjonsfordeling. Det indikerer at tiltak som går

på tvers av gamle institusjonelle grenser kan generere både intern og ytre politisk motstand. Arbeidet med å samle sykehusene i få og store helseforetak ble startet opp allerede under det fylkeskommunale regimet. Den statlige overtakelsen av sykehusene har imidlertid medvirket til fortgang i fusjonsprosessene, og også til fusjonering av sykehus på tvers av fylkesgrenser.

Studien avdekker også et regionalt handlingsrom i forhold til bruk av funksjonsfordeling som virkemiddel. Helse Midt-Norge har valgt å ikke prioritere slike strukturendringer, og en har derfor oppnådd få forbedringer på dette området slik foretaksledelsen vurderer det. Det kan skyldes at den eksisterende arbeids- og funksjonsfordelingen i Midt-Norge er bedre tilpasset behovet enn tilfellet er i andre regioner. Men det kan også skyldes at det regionale helseforetaket ikke har ønsket å gripe fatt i tematikken på grunn av antatt sterk motstand. Foretaksledelsen kan velge sine konflikter med omhu. Samtidig er de organisatoriske betingelsene for å lykkes med funksjonsfordeling (gode styringsrelasjoner, stor handlefrihet og helseforetak som består av flere sykehus) til stede ikke minst i Helse Midt-Norge. Dersom de manglende funksjonsfordelingstiltakene er et utslag av en bevisst strategi fra regionalt helseforetaks side for å unngå konflikter er situasjonen paradoksal: Den helseregionen som har de beste organisatoriske forutsetningene for å lykkes med funksjonsfordelingstiltak velger ikke å ta opp temaet.

7.6.2 Fortsatt ansvarsuklarhet?

Akutt- og fødesakene illustrerer at sykehusreformen ikke har skapt noen armlengdes avstand mellom politikkenes vesen og de regionale og lokale helseforetakene, eller noe klart skille mellom politikk og administrasjon. Arbeids- og funksjonsfordeling er ikke et faglig-nøytralt virkemiddel langt unna den politiske dagsorden. Både utformingen og bruken av virkemidlet er i vel så stor grad et spørsmål om politikk som fag.

I utgangspunktet tillegger foretaksloven ansvaret for organiseringen av tjenestetilbudet på de regionale og lokale helseforetakene (§ 28 i helseforetaksloven). Bruken av funksjonsfordeling som organisatorisk virkemiddel er dermed formelt lagt til foretakene. § 30 i samme lov åpner imidlertid opp for at tiltak som har vesentlige konsekvenser for helsetilbudet skal legges fram i foretaksmøte eller i siste instans Stortinget. Denne juridiske tvetydigheten har åpnet opp for en debatt om ansvarsfordelingen mellom eierdepartementet og Stortinget og mellom eier og helseforetakene. Signalene fra Stortingets side har vært sprikende. Noen av representantene, ikke bare reformmotstanderne, har krevd en tilbakeføring av helseforetakenes organisasjonsfullmakter for å sikre at akutt- og fødetilbudet og lokalsykehusenes fremtid avgjøres i Stortinget. En annen fremgangsmåte har vært å benytte de mest konfliktfylte sakene til å legge et press på helseministeren om å gripe inn i forhold til helseforetakene. Sakene har blitt et egnet virkemiddel i den politiske tautrekkingen mellom mindretallsregjeringen og vekslende politiske flertall på Stortinget. En tredje framgangsmåte fra enkelte representanters side har vært å skyve ansvaret over på helseforetakene og beskyldt dem for å opptre egenrådig og i strid med Stortingets forutsetninger. Det er skapt en dynamikk mellom politisk styring og foretaksautonomi som til dels er frikoplede de juridiske og organisatoriske føringer som ligger i foretaksloven og foretaksorganiseringen.

Spesielt i forhold til organiseringen av fødetilbudet har Stortinget opptrådt som reven. Det har gjennom behandlingen av akuttmeldingen sikret seg flere mulige utganger alt avhengig av politisk situasjon. På den ene siden har Stortinget enstemmig bedt helseforetakene om å bruke Helsetilsynets retningslinjer for nivåinndeling av fødselsomsorgen. På den andre siden har representanter fra hele partispekteret på Stortinget gitt uttrykk for at hovedmålet fortsatt er et desentralisert fødselstilbud. Når de ubehagelige konsekvensene

av helseforetakenes tiltak har vist seg i praksis har flere av stortingsrepresentantene valgt å lene seg mest mot formuleringen om at Stortinget vil ha et desentralisert tilbud. De har ikke vært villige til å ta de ubehagelige konsekvensene av de vedtak de selv har truffet og som de fleste helseforetakene lojalt har forsøkt å følge opp.

Selv om helseministerens omgjøring av styrevedtaket i Sykehuset Innlandet er en politisk legitim beslutning, er omgjøringen samtidig et signal til omverdenen om at omkamper fortsatt er mulig å få til. Styrets vedtak om å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik ble vurdert å være faglig etterrettelig, men helseministeren valgte å vektlegge politiske sider ved saken. For lokale folkeaksjoner og lokalpolitikere forteller dette at bare de får lagt fram deres sak for rikspolitikere vil utfallet kunne bli et annet fordi andre premisser legges til grunn. Effekten av slike signal kan være økt interessepåvirkning og lobbyisme overfor de sentrale politiske beslutningsarenaene. Som en del av politikens vesen er slike forhold legitime. For foretakene kan det bety at friheten til å organisere tjenestetilbudet blir mer formell enn reell. De sterkest berørte partene vil i konfliktsaker stille politikerne til ansvar, selv om politikerne har valgt å delegere avgjørelsesmyndigheten til forvaltningen eller foretakene.

Staten har i de siste styringsdokumentene nedtonet forventningene om at de regionale helseforetakene skal gjennomføre omfattende funksjonsfordelingstiltak. Det er forsøkt tydeliggjort at det er de regionale helseforetakene som selv avgjør om slike tiltak skal tas i bruk. Parallelt med dette har staten pålagt helseforetakene å balansere sine budsjetter i løpet av 2005, med unntak for Helse Sør som skal innfri kravet i 2006. Med til dels store underskudd i fire av helseregionene unntatt Helse Øst er det et sterkt press på helseforetakene om å effektivisere. For å oppnå en ytterligere effektivisering er det kanskje nødvendig å ta i bruk omfattende funksjonsfordelingstiltak. Samtidig viser erfaringene fra akutt- og fødeområdet at det er politisk uakseptabelt å gjennomføre tiltak med store konsekvenser for pasientene. Når foretakene har fremmet upopulære tiltak har mange av politikerne toet sine hender og skapt et inntrykk av at det ikke var det de mente. De regionale helseforetakene har blitt hoggestabbe for kritikk fra eier, folkevalgte i Stortinget, fylkes- og lokalpolitikere, lokale aksjonsgrupper og til dels ansatte og ledelse i berørte lokale helseforetak.

De regionale helseforetakene kan reagere på forskjellige måter på denne situasjonen. De kan for det første la være å benytte strukturendringer som et virkemiddel i omstillingsarbeidet. I en politisk situasjon der helseforetakene opplever at Stortinget og regjeringen avskjærer dem fra å benytte dette virkemidlet, men samtidig gir dem tilgivelse for å gå ut over tildelte budsjettammer, har de regionale helseforetakene sterke insentiver til ikke gjennomføre strukturendringer som kan føre til mer effektiv drift. For det andre kan det bli fristende for de regionale helseforetakene å forsøke å skyve ansvaret for strukturendringer oppover i styringssystemet. Når de politisk er avskåret fra å ta drastiske og kontroversielle tiltak i bruk, vil de stå i en situasjon hvor de må ta ansvaret og ubehaget, men ikke gis adgang til å utøve den makt som stor frihet i virkemiddelbruken innebærer. En tredje respons kan være å overlate ansvaret for funksjonsfordeling til fagmiljøene i de lokale helseforetakene. Ved å desentralisere ansvaret og la fagmiljøene selv finne ut hva som er fornuftig funksjonsfordeling kan konfliktene bli færre og den lokale forankringen bedre.

8 Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?

8.1 Innledning

Sykehusreformen ble gjennomført for å bedre både innholdet i og tilgjengeligheten av sykehustjenestene. Reformens overordnede målsetning var at helsetjenestens innhold skulle bli bedre sett fra pasientens ståsted (Ot.prp.nr. 66, 2000-2001). I den forbindelse la staten stor vekt på å rydde opp i det som ble ansett som uverdige forhold knyttet til uakseptable ventetider og overbelegg. I tillegg la en stor vekt på å utjevne det som ble oppfattet å være store forskjeller i helsetilbud ut over landet, og generelt å sikre helsetjenester av høy kvalitet.

I odelstingsproposisjonen (nr. 66, 2000-2001) kom det klart til uttrykk en forståelse av at problemene og utfordringene innenfor sykehussektoren ikke først og fremst var et spørsmål om ressurser eller kompetanse, men et spørsmål om organisering og styring. Det var da også disse forholdene reformen berørte. Reformen er i så måte tosidig, en vil både oppnå sterkere sentral styring og større lokal handlefrihet. En sterkere sentral styring skal oppnås ved å samle eieransvar, myndighetsutøvelse og finansieringsansvar. Det skal så bidra til å bedre de organisatoriske forutsetningene for å oppfylle de nasjonale helsemålene. En desentralisert foretaksorganisering skal bidra til bl.a. mindre byråkrati, større fleksibilitet, effektivisering og bedre brukerorientering. Å samle et helhetlig ansvar for sykehustjenestene på staten som eier, og å ansvarliggjøre og myndiggjøre virksomhetene som egne foretak, er ment å føre til tydeligere ansvarslinjer. Det igjen skal gjøre sykehusene bedre i stand til å yte et bedre helsetilbud til befolkningen.

De organisatoriske og styringsmessige grepene skulle lette arbeidet med det som ble oppfattet som nødvendige strukturendringer (arbeids- og funksjonsfordeling) og effektivisering av driften i sykehusene. Dette skal igjen bidra til kvalitativt bedre og mer tilgjengelige tjenester. Effektiviseringstiltak skal frigjøre ressurser til pasientbehandling, mens strukturtiltak skal medføre en bedre fordeling av funksjoner mellom sykehus, slik at det nås et visst minstevolum på aktiviteten som antas å være en viktig forutsetning for å sikre god kvalitet på tjenestene, samtidig som det også kan medføre effektiviseringsgevinster.

I dette kapitlet skal vi undersøke om en har nådd ulike mål med reformen. Det overordnede målet med sykehusreformen er at den skal bidra til å bedre både innholdet i og tilgjengeligheten av sykehustjenestene. To forhold ble særlig trukket fram som problematiske, ja sågar uverdige ved situasjonen før reformen, nemlig lange ventetider og overbelegg med korridorpasienter som konsekvens.

Lange ventetider og store ventelister ble ansett som et betydelig problem ved spesialisthelsetjenesten. Per 1. januar 2002 var median gjennomsnittlig ventetid innenfor de somatiske fagområdene 77 dager. Over 12 prosent av de som sto på venteliste hadde ventet i mer enn ett år (Kalseth 2003: 57). Både antall ventende og ventetiden varierte dessuten betydelig mellom helseregionene. Slike forhold var lite akseptable sett i forhold til sentrale helsepolitiske målsetninger om å sikre pasientrettigheter og lik tilgjengelighet til sykehustjenestene. Reduksjon av ventelister og kortere ventetider er derfor viktige suksesskriterier for sykehusreformen.

Overbelegg og korridorpasienter ble ansett som uverdige forhold ved norske sykehus og staten forventet at helseforetakene umiddelbart grep fatt i problemene. Undersøkelser avdekket at korridorpasienter var et betydelig problem ved sykehusene, og også at det var store forskjeller mellom helseregionene (Kalseth 2003: 88). I en gitt uke i 1999 var det gjennomsnittlige antallet korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger 4,7 prosent. Andelen varierte fra hele 9,6 prosent i Midt-Norge til 2,5 prosent i Nord Norge (Kalseth 2003: 88). En reduksjon i antall korridorpasienter er et annet viktig suksesskriterium for sykehusreformen.

Et tredje sentralt mål med reformen var å sikre større geografisk likhet i tjenestetilbudet. Den nevnte undersøkelsen viste at problemene med både ventelister og korridorpasienter varierte betydelig mellom både sykehus og helseregioner (Kalseth 2003). Staten hadde en oppfatning om at tilgjengelighet og kvalitet i tilbudet av sykehustjenester varierte for mye mellom regioner. Økt geografisk utjevning er dermed et tredje viktig suksesskriterium for sykehusreformen.

Reformen skal generelt sikre god kvalitet på tjenestetilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten og sørge for fortsatt satsing på de to prioriterte helsepolitiske områdene, nemlig psykisk helse og kreftomsorg. Disse målsetningene er konkretisert gjennom styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Reformen skulle i tillegg bidra til resultater i form av bedre ledelse, effektivisering, økonomistyring, arbeids- og funksjonsfordeling og brukerinnflytelse, for å nevne noen av de mest sentrale målene (Sosial- og helsedepartementet 2001).

Først i dette kapitlet tar vi for oss i hvilken grad de ulike målene med reformen er nådd. Deretter undersøker vi hvilken betydning organisatoriske og styringsmessige forhold har for resultatene som er oppnådd. Har det noen betydning hvordan helseforetakene er organisert, hvordan de styres og hvor autonome de er?

Data om ulike indikatorer på tilgjengelighet og kvalitet i sykehustjenestene er hentet fra Norsk Pasientregister, enten via publikasjoner fra SINTEF Helse (SAMDATA) eller gjort tilgjengelig for oss av Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg benytter vi surveydata fra en spørreundersøkelse til medlemmer av styrene og administrasjonen i de lokale og regionale helseforetakene høsten 2004. Disse suppleres med data fra en tilsvarende undersøkelse høsten 2003, og fra en undersøkelse gjennomført blant divisjonsdirektører, kliniksjefer og avdelingsledere høsten 2004.

8.2 Resultater av sykehusreformen

Det er opplagt for tidlig å felle den endelige dom over sykehusreformen etter bare tre års levetid. Å løse utfordringene sykehussektoren står overfor er både en langsiktig oppgave, og en oppgave som avhenger av flere forhold enn eierskap og organisering av virksomhetene. Staten har i sine styringsdokumenter lagt vekt på at de regionale helseforetakene skal gripe fatt i problemene umiddelbart, og gitt uttrykk for forventninger

om relativt raske forbedringer. Dermed er det grunnlag for å forvente at vi allerede nå kan observere at utviklingen går i positiv retning, selv om vi ikke kan forvente at målene er nådd. Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene og effektivisering av driften skulle også bidra til et bedre helsetilbud. Utviklingen på disse områdene etter reformen tilsier en forsiktig optimisme:

I kapittel 7 ble det konkludert med at omfanget av arbeids- og funksjonsendringer mellom sykehusene fortsatt er begrenset, også etter sykehusreformen. Dessuten synes de fleste tiltakene å gjelde administrative støttfunksjoner og ikke sykehusenes medisinske kjernevirksomhet. Argumentasjonen bak ønsket om slike strukturendringer er en forventning om at dette kan bidra til både mer effektiv tjenesteproduksjon og kvalitativt bedre tjenester. At det er gjennomført få strukturiltak som berører tjenesteproduserende virksomheter direkte tilsier moderate forventninger angående effekter på kvaliteten på tjenestene.

Effektiviteten innenfor de somatiske helsetjenestene har økt markant de to første årene etter at staten overtok eierskapet til sykehusene. Særlig den tekniske effektiviteten (ressursinnsatsen målt i årsverk i forhold til aktiviteten), men også kostnadseffektiviteten (innsatsen målt i kroner i forhold til aktiviteten) økte både i 2002 og 2003 (Ose og Magnussen 2004: 36-37). Det har vært en effektivitetsøkning i alle regionene, men størst i Helse Øst, og minst i Helse Nord.

Det har i perioden vært en betydelig aktivitetsvekst, langt ut over det som kan forklares ved økt effektivitet, og også langt ut over det som var planlagt fra statens side. På tross av at Storting og regjering la opp til nullvekst i både 2003 og 2004, var veksten i aktivitet betydelig. Aktivitetsveksten har blitt finansiert gjennom tilleggsbevilgninger fra Stortinget (jf. Hagen og Kaarbøe 2004, Huseby 2004: 48-49 og St.prp.nr. 1, 2004-2005). Aktivitetsveksten kan først og fremst knyttes til finansieringssystemet. Et innsatsstyrt finansieringssystem ble innført fra 1997, nettopp for å stimulere til aktivitetsvekst og reduserte ventetider (Hagen og Kaarbøe 2004). Et utvalg ble oppnevnt for å gå gjennom finansieringssystemet, og flertallet i utvalget foreslo betydelige endringer (NOU 2003: 1). Regjeringen innstilte imidlertid på en videreføring av hovedtrekkene i det eksisterende systemet, noe Stortinget ga sin tilslutning til (St.meld.nr. 5, 2004-2004). Hagen og Kaarbøe (2004) argumenterer for at dette finansieringssystemet, kombinert med uklare forventninger fra statens side vedrørende aktivitetsnivået, samt lite forutsigbarhet om de finansielle rammene, gir insentiver til betydelig aktivitetsvekst og også til en relativ nedprioritering av rammefinansiert aktivitet som psykiatri.

Økt effektivitet og aktivitetsvekst leder til en forventning om økt tilgjengelighet og også økt kvalitet på sykehustjenestene. Imidlertid kan både effektiviseringen og aktivitetsveksten tilbakeføres til før sykehusreformen, dette ble ikke utløst av sykehusreformen (Hagen og Kaarbøe 2004, Ose og Magnussen 2004). Det er altså mulig at målene med sykehusreformen kan realiseres, samtidig som det er usikkert om og eventuelt hvor mye reformen har betydd i så henseende. Selv om vi kan kartlegge utviklingen og si noe om grad av måloppnåelse, vil det være vanskelig å si noe om årsakene til disse og om effektene er forårsaket av reformen. Dette fordi andre forhold uavhengig av reformen, som for eksempel finansieringssystemet, også vil påvirke måloppnåelsen, og fordi vi mangler lange tidsserier på mange av de resultatområdene vi konsentrerer oss om i dette kapitlet.

8.2.1 Hva viser offentlig statistikk?

Mer tilgjengelige sykehustjenester?

Som indikator på sykehustjenestenes tilgjengelighet benytter vi data om antall pasienter som venter på behandling per 1000 innbyggere, median ventetid og andel pasienter som har ventet i mer enn seks måneder. I tabell 8.1. presenterer vi data om disse forholdene per 1. tertial 2004, og endring i prosent fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2004.

Tabell 8.1 *Antall ventende³⁸ per 1000 innbyggere etter helseregion, median ventetid og andel ventende med ventetid over 6 mnd. per 1. tertial 2004, og endringer i disse forholdene fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2004. Endringene er uttrykt som den prosentvise reduksjonen fra 2002 til 2004, der nivået i 2002 = 100.*

Helseregion	Periode	Antall ventede per 1000 innbygger	Median ventetid	Prosent av ventede som har ventet over 6 mnd
Sør*	1. tertial 2004	37	52	14
	<i>Endr. 2002-04</i>	<i>-12%</i>	<i>-25%</i>	<i>-33%</i>
Øst	1. tertial 2004	31	44	8
	<i>Endr. 2002-04</i>	<i>-31%</i>	<i>-37%</i>	<i>-64%</i>
Vest*	1. tertial 2004	37	59	17
	<i>Endr. 2002-04</i>	<i>-10%</i>	<i>-29%</i>	<i>-41%</i>
Midt-Norge	1. tertial 2004	46	53	12
	<i>Endr. 2002-04</i>	<i>-36%</i>	<i>-49%</i>	<i>-67%</i>
Nord	1. tertial 2004	59	50	13
	<i>Endr. 2002-04</i>	<i>-17%</i>	<i>-30%</i>	<i>-50%</i>
Alle regionene*	1. tertial 2004	39	51	12
	<i>Endr. 2002-04</i>	<i>-22%</i>	<i>-34%</i>	<i>-54%</i>

Kilde: Huseby red. 2004: Samdata Somatikk 2003. SINTEF, tabell 7.2 side 125. SINTEF bygger på data fra Norsk pasientregister.

* Sykehuset Vestfold HF og Haugesund sykehus leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003, og er derfor ekskludert fra grunnlaget for 2002 og 2004 for å gjøre det mulig å sammenligne over tid.

For hele landet har det fra 2002 til 2004 skjedd en nedgang i antall ventende per 1000 innbyggere på 22 %, median ventetid er redusert med 34% og antall langtidsventende (som har ventet over seks måneder) er redusert med 54%. At utviklingen går i samme retning i alle regioner underbygger konklusjonen om at sykehustjenestene er blitt mer tilgjengelig etter at staten overtok som eier. Utviklingstakten er imidlertid svært forskjellig regionene imellom. Reduksjonene har vært størst i Helse Midt-Norge, som hadde det høyeste tallet i 2002, og deretter i Helse Øst. I de tre andre regionene har reduksjonene vært betydelig mindre, og i Helse Sør var det til og med en økning i ventelister og ventetider fra 2003 til 2004 (ikke vist i tabell).

Analysen indikerer at reduksjonen i antall ventende både skyldes økning i pasientbehandlingen, så vel som rydding og kvalitetssikring av ventelister, bruk av private aktører, kjøp av tjenester i utlandet og trykdeetatens kjøp av tjenester. Nedgangen

³⁸ Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

i antall ventende fra 2003 til 2004 kan i Helse Vest forklares gjennom en sterk økning i pasientbehandlingen. Nedgangen i Helse Øst og Helse Midt-Norge kan delvis forklares i økning i pasientbehandlingen, mens det i Helse Nord ikke var noen økning i pasientbehandlingen, og dermed må reduksjonen i antall ventende forklares på andre måter (Jørgenvåg 2004).

Når det gjelder målet om geografisk utjevning mellom regionene, gir ventelistedataene ikke noe grunnlag for en entydig konklusjon. Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid peker i retning geografisk utjevning. I 2002 var ytterpunktene representert ved Helse Sør med en gjennomsnittlig ventetid på 69 dager og Helse Midt-Norge med et gjennomsnitt på 103 dager, dvs. en forskjell på 34 dager (se Jørgenvåg 2004: 125). I 2004 var forskjellen på 15 dager mellom Helse Øst og Helse Vest, som da utgjorde ytterpunktene. Forskjellene i antall pasienter som står på venteliste har derimot ikke blitt vesentlig mindre i løpet av disse to årene. I 2002 var det 41 ventende per 1000 innbygger i Helse Vest, mot 72 i Helse Midt-Norge, altså en forskjell på 31 personer. I 2004 var forskjellen mellom Helse Øst og Helse Nord 28 personer.

Bedre kvalitet på sykehustjenestene?

Vi har valgt å benytte tre indikatorer på kvaliteten på sykehustjenestene: 1) andel korridorpasienter, 2) andel av epikrisene som sendes til fastlege innen sju dager etter utskriving, og 3) andel pasienter med lårhalsbrudd som ble operert innen 48 timer etter innleggelse. Dette er alle veletablerte indikatorer på kvaliteten på sykehusenes tjenester, som både benyttes av overordnede myndigheter og innen forskningen (Kalseth 2003, Styringsdokumentene for 2004). De er imidlertid samtidig indikatorer på kun noen sider ved tjenestenes kvalitet, andre forhold kan vi ikke uttale oss om. Utfordringene knyttet til korridorpasienter berører både integritet og verdighet til pasientene og svekker mulighetene for god behandling og pleie. Epikrisetid er den tiden det tar å oversende opplysninger fra pasientjournalen til pasientens fastlege etter at pasienter er utskrevet fra sykehuset. Dette påvirker mulighetene for å gi pasienten forsvarlig oppfølging etter utskrivelse. Målet er å korte denne tiden ned til maksimum sju dager. Ventetid etter innlegging må anses som en belastning for pasientene, og ventetid for lårhalsbruddpasienter brukes som indikator både på kapasitet og prioriteringer i sykehuset (Kalseth 2003: 95).

En systematisk registrering av disse forholdene startet i andre kvartal 2003, mens foreløpig siste registreringstidspunkt er andre tertial 2004. Det innebærer at vi kun kan registrere utviklingen i kvalitetsindikatorer for vel ett år, som er en svært kort tidsperiode i denne sammenheng. At det, med unntak av data om korridorpasienter ikke foreligger registreringer av disse forholdene fra før reformen, medfører også at vi bare kan uttale oss med forsiktighet om effekter. Data foreligger også som andeler per sykehus, som innebærer at forholdene i små sykehus teller uforholdsmessig mye, og omvendt for store sykehus. Dette skulle imidlertid ha mindre betydning både for utviklingen i hele sektoren som sådan og hva regional variasjon angår. Tabell 8.2. nedenfor viser det gjennomsnittlige nivået på disse kvalitetsindikatorerne per 2. tertial 2004 og endringen fra 2. kvartal 2003 til 2. tertial 2004 målt i prosentpoeng for landet som helhet og fordelt på helseregioner.

Tabell 8.2 *Andel korridorpasienter, andel epikriser sendt til fastlege innen sju dager etter utskriving og andel pasienter med lårhalsbrudd som ble operert innen 48 timer etter innleggelse 2. tertial 2004 (målt i prosent) og endringer i disse indikatorene fra 2. kvartal 2003 til 2. tertial 2004 (målt i prosentpoeng)*

Helseregion*	Periode	Andel korridor- pasienter	Andel epikriser sendt innen 7 dager	Andel lårhals- bruddoperasjoner innen 48 timer
Sør	2 tertial 2004 <i>Endring 2003 – 2004</i>	1,93 0,05	50,6 -4,6	95,9 2,0
Øst	2 tertial 2004 <i>Endring 2003 – 2004</i>	2,30 0,24	45,6 -0,9	92,6 -0,3
Vest	2 tertial 2004 <i>Endring 2003 – 2004</i>	2,03 -1,02	39,1 8,3	91,7 -2,0
Midt- Norge	2 tertial 2004 <i>Endring 2003 – 2004</i>	2,16 0,23	40,1 3,4	86,7 -4,0
Nord	2 tertial 2004 <i>Endring 2003 – 2004</i>	1,06 -0,25	43,6 0,7	95,3 +2,4
Alle regioner	2 tertial 2004 <i>Endring 2003 – 2004</i>	1,85 -0,09	45,0 0,5	93,7 -0,5

* Kun sykehus som har rapportert data på begge tidspunkt er tatt med i tabellen. Antallet sykehus som har rapportert data på begge tidspunkter om korridorpasienter er 46 (og kun 6 i Helse Vest), om epikrisetid 50 (og kun 4 i Midt Norge) og om lårhalsbruddoperasjoner 42 (kun 2 i Midt Norge). Private sykehus er ikke tatt med.

For hele landet var andel *korridorpasienter* 2. tertial 2004 i gjennomsnitt på 1,85 prosent.³⁹ Reduksjonen i korridorpasienter fra 2. kvartal 2002 var på kun 0,09 prosentpoeng, med andre ord en svært beskjeden forbedring. Helse Vest, som hadde den høyeste gjennomsnittlige andelen korridorpasienter i 2003 (på 3,05 prosent) har redusert denne andelen med vel ett prosentpoeng eller med en tredjedel. Helse Nord hadde på begge tidspunkt den laveste andelen korridorpasienter, og greide å redusere denne med et kvart prosentpoeng i løpet av perioden. I Helse Øst og Helse Midt-Norge økte faktisk antallet korridorpasienter, og disse to regionene hadde i 2004 den høyeste andelen slike pasienter.

Kalseth (2003: 88) rapporterer data fra en kartlegging Helsetilsynet gjennomførte av andelen korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger en gitt uke per år. Denne undersøkelsen viser at andelen korridorpasienter gikk ned fra 4,7 prosent til 3,6 prosent fra 1999 til 2002. Betydelige regionale forskjeller, der særlig Midt-Norge, men også

³⁹ Tallene er basert på manuell registrering av totalt antall korridorpasienter hver dag klokka 07:00 for hele perioden som inkluderes. En korridorpasient er definert som en pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue, m.m.. Tidspunktet klokka 07:00 er valgt for å få med de pasienter som faktisk har ligget på korridor plass om natten. Dette tallet sees i forhold til antallet ordinære sengeplasser som til enhver tid er i bruk. Tallene registreres av Norsk pasientregister, og publiseres som et ledd i det nasjonale indikatorsettet av Sosial- og helsedirektoratet.

Vestlandet skilte seg negativt ut, ble i stor grad utjevnet i perioden. Disse dataene er ikke sammenlignbare med de registreringene Norsk pasientregister nå gjør for Sosial og helsedirektoratet, verken hva nivå eller endring angår. Det regionale mønsteret er imidlertid svært sammenfallende mellom Helsetilsynets tall for 2002 og Norsk pasientregisters tall for 2003. Sammen antyder disse tallene også at reduksjonen i andel korridorpasienter var større forut for reformen, særlig fordi svært problematiske forhold ved enkeltsykehus i Midt-Norge og på Vestlandet ble redusert i disse årene. Registreringene som er gjort etter at reformen trådte i kraft indikerer at reduksjonen i gjennomsnitt nærmest har stoppet opp. På et eller annet tidspunkt vil en ytterlig reduksjon i korridorpasienter ikke være mulig uten å planlegge med overkapasitet. At andelen korridorpasienter er mer enn dobbelt så høy i regionen med høyest andel enn i regionen med lavest andel, indikerer imidlertid at flere foretak har en del å gå på før nedre grense er nådd.

Et mål for helseforetakene er å redusere *epikrisetiden* fra sykehusene til primærhelsetjenesten (fastlegene). I gjennomsnitt ble 45 prosent av alle epikrisene sendt til fastlege innen sju dager etter utskriving i 2. tertial 2004. På denne indikatoren er helseforetakene altså langt fra å nå målet staten har satt. Det har også bare vært en beskjeden økning på ½ prosentpoeng fra 2. kvartal 2003. Andelen epikriser som sendes innen sju dager var høyest i Helse Sør på begge tidspunkt, på tross av en betydelig nedgang i perioden. Andelen var lavest i Helse Vest på begge tidspunkt, samtidig som økningen var størst, på vel åtte prosent. Forskjellen regionene imellom er dermed redusert, fra nesten 25 prosentpoeng i 2003 til vel 11 prosentpoeng i 2004. Det er imidlertid store variasjoner både i nivå og utvikling mellom enkeltsykehus. Resultatene er følsomme for hvilke sykehus som har rapportert tall på begge tidspunkt. Det er også usikkerhet knyttet til data. I følge nasjonal kravspesifikasjon skal data hentes fra det pasientadministrative systemet, men i alle fall i starten ble registreringene ved en del sykehus gjennomført manuelt. Kalseth (2003: 93) argumenterer for at en derfor skal utvise forsiktighet i konklusjonene en trekker fra disse tallene.⁴⁰

Når det gjelder andelen pasienter med *lårhalsbrudd* som opereres innen 48 timer har det i gjennomsnitt skjedd en liten økning på ½ prosentpoeng. Nivået ligger på vel 93 prosent, og varierer fra 86,7 prosent i Helse Midt-Norge, til 95,9 prosent i Helse Sør. Forskjellen mellom regionene har blitt større, da nedgangen har vært størst i Helse Midt-Norge, der nivået i utgangspunktet var lavest.⁴¹

Tabell 8.2. indikerer altså knapt noen forbedring i de kvalitetsindikatorene vi har benyttet om utviklingen etter statens overtakelse av sykehusene. Hva angår målet om større geografisk utjevning, er også resultatene tvetydige. Som nevnt over har det over en lengre periode skjedd en utjevning i andelen korridorpasienter, både mellom helseregionene og enkeltsykehus. Dette har også vært tilfelle for perioden 2. kvartal 2003 til 2. tertial 2004. Alle fem lokale helseforetak som per 2. kvartal 2003 hadde mer enn tre prosent korridorpasienter, greide å redusere antallet i løpet av perioden. Per 2. tertial 2004 har kun to foretak en andel over tre prosent, mot fem i 2002.

⁴⁰ Denne indikatoren er definert som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen sju dager etter utskrivningsdato. Tallene registreres av Norsk pasientregister, og publiseres som et ledd i det nasjonale indikatorsettet av Sosial- og helsedirektoratet.

⁴¹ Vi har imidlertid tall kun fra to sykehus i Midt-Norge. Definisjon av indikatoren er andelen av pasienter over 65 år med lårhalsbrudd som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp. Data er basert på manuell innrapportering fra sykehusene til Norsk pasientregister. Tallene publiseres som et ledd i det nasjonale indikatorsettet til Sosial- og helsedirektoratet.

Når det gjelder andelen epikriser sendt til oppfølging innen sju dager, indikerer også tallene som nevnt over utjevning mellom regionene. Underlagsmaterialet viser store hopp mellom registreringstidspunkter for flere sykehus. Dette skyldes trolig endringer i registreringsmåte, og gjør det uforvarselig å beregne utviklingen for enkeltsykehus. Tallene for preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter indikerer økende regionale forskjeller, og også større forskjeller mellom enkeltforetak. Antall foretak som skårer relativt dårlig, dvs. har en andel opererte innen 48 timer på under 90 prosent har heller ikke gått ned. Antallet var fem både i 2. kvartal 2003 og 2. tertial 2004.

Alt i alt viser denne offentlige statistikken at tilgjengeligheten til sykehustjenestene har blitt bedre i årene etter sykehusreformen. Kvaliteten på tjenestene, uttrykt i form av korridorpasienter, epikrisetid og preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter, har derimot ikke blitt vesentlig endret i denne perioden. Det er heller ingen entydig utvikling i retning større geografisk utjevning.

8.2.2 Hva mener sykehusledelsen er oppnådd?

Vi har bedt medlemmene av regionale og lokale foretaksstyrever og -administrasjon gi sin vurdering av hva som er oppnådd som følge av reformen, ikke kun begrenset til mål om tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene, men også i forhold til andre viktige mål med reformen både direkte relatert til pasientbehandling og mål knyttet til ledelsesutvikling, økonomistyring, kompetanseutvikling, brukermedvirkning, m.m. (Sosial- og helsedepartementet 2001). Disse data gir et mer utfyllende bilde enn registerdataene referert over, samtidig som de er subjektive vurderinger av ledelsens erfaringer med reformen. Respondentene ble stilt følgende spørsmål: *"Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer på følgende områder for din regions vedkommende (alternativt for ditt helseforetaks vedkommende)?"*

Størst forbedringer mener respondentene en har oppnådd i forhold til kortere ventelister og mer effektiv økonomistyring (tabell 8.3), som er i tråd med det andre data indikerer. Mange mener også at en har oppnådd mer profesjonell og resultatfokuseret ledelse. På den andre siden mener respondentene en har oppnådd minst i forhold til større likhet i tjenestetilbudet i regionene. Det er relativt få som mener at en i stor grad har oppnådd forbedringer i forhold til arbeids- og funksjonsfordeling mellom foretak, flytting av ressurser fra byråkrati til tjenesteyting, korridorpasienter samt tilbudet til psykiatriske pasienter. Ser vi på de tre gruppene av forbedringsområder (slik vi har delt dem inn), har en i følge våre respondenter oppnådd relativt lite på *områder som berører pasientene og helsetjenestene direkte*. Unntaket er reduksjon i ventelister. En har oppnådd relativt mye på området *forskning, opplæring og utvikling*. Særlig mener en mye er oppnådd i form av utvikling av kvalitetsindikatorer. De nasjonale kvalitetsindikatorer vi har rapportert tidligere i dette kapitlet er nettopp et uttrykk for dette. Når det gjelder brukermedvirkning er det opprettet regionale brukerutvalg i alle helseregionene og lokale brukerutvalg tilknyttet hvert foretak. I tråd med andre resultater fra spørreundersøkelsen, rapportert i kapittel 5, er det oppnådd middels resultater i form av økt brukerinnflytelse. Når det gjelder spørsmål om *ledelse, organisering og styring* er det stor variasjon mellom indikatorer. Mye er oppnådd på ledelse og økonomistyring, mindre i forhold til strukturelle endringer. Som følge av sykehusreformen ble det etablert et nasjonalt utviklingsprogram for sykehusledelse (Sosial- og helsedepartementet 2001), og det er også gjennomført ledelsesutviklingsprogrammer på regionalt og lokalt nivå. Denne innsatsen synes altså å ha gitt positive resultater, skal vi tro sykehusledelsen.

Tabell 8.3 Sykehusledelsens oppfatninger av i hvilken grad det har skjedd forbedringer på følgende områder for deres region eller helseforetak, som følge av sykehusreformen i 2004 (prosentfordeling)

	I svært eller nokså stor grad	Både og	I svært eller nokså liten grad	N
Områder som berører pasientene og tjenesteytingen direkte				
Kortere ventelister	76	17	8	281
Færre korridorpasienter	30	37	33	264
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser	32	32	36	251
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud	45	30	25	249
Styrket kreftomsorg	44	32	24	244
Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	20	44	36	248
Forskning, utvikling og opplæring				
Utvikling av kvalitetsindikatorer	64	24	12	284
Sterkere pasientinnflytelse / brukermedvirkning	32	39	29	278
Økt fokus på pasientopplæring	49	29	23	268
Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene	55	25	21	282
Ledelse, organisering og styring				
Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse	65	21	14	284
Bedre utnytting av personellressursene	49	31	21	275
Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	30	32	38	276
Mer effektiv økonomistyring	75	16	10	284
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene i regionen	45	29	26	277
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	28	35	36	269
Bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten	32	45	23	264
Erfaringer med reformen generelt	60	27	14	284

Det er betydelige forskjeller i vurderingen av om det er oppnådd resultater. På de fleste områdene svarer minst 1/5 at det har skjedd forbedringer ”i nokså eller svært liten grad” og samtidig svarer minst like mange ”i svært eller nokså stor grad”. Når det gjelder vurdering av reformen generelt, mener 60 prosent at den har vært nokså eller svært vellykket. Det er imidlertid bare 9 prosent som mener reformen har vært svært vellykket. Kun 14 prosent mener den har vært nokså eller svært mislykket, mens 27 prosent mener den verken har vært vellykket eller mislykket.⁴²

De samme spørsmålene ble stilt respondentene høsten 2003.⁴³ Rangeringen mellom indikatorene er nesten helt parallell mellom de to undersøkelsestidspunktene.

⁴² Spørsmålet vi stilte var: ”Alt i alt, hvor vellykket mener du sykehusreformen har vært så langt?”

⁴³ Dette gjelder med unntak av spørsmålene om bedre tilbud til psykiatriske pasienter, der vi i 2003 ikke skilte mellom døgnplasser og poliklinisk tilbud.

Respondentene ga imidlertid generelt en mer positiv vurdering i 2004 enn i 2003. Her er det ett unntak, færre mener en i stor eller nokså stor grad har oppnådd å redusere antallet korridorpasienter i 2004 enn i 2003. Omvendt, er det relativt mange flere som registrerer positive resultater når det gjelder fokus på forskning og utdanning, samt pasientopplæring i 2004, enn det var i 2003. På spørsmålet om vurdering av reformen generelt har det vært svært små endringer siden høsten 2003. At flere mener en har oppnådd forbedringer på konkrete områder har ikke ført til at styremedlemmene og sykehusledelsen generelt er mer fornøyd med reformen. Dette skyldes kanskje en klar forventning om tydeligere resultater på flere områder jo lengre tid reformen har vært virksom. I tabell 8.4. er gjennomsnittsskårene for både undersøkelsen fra 2003 og 2004 gjengitt, samt gjennomsnittsskåren fra undersøkelsen blant divisjonsdirektørene/klinikk-sjefene høsten 2004.

Tabell 8.4 *Sykehusledelsens oppfatninger av i hvilken grad det har skjedd forbedringer på følgende områder for deres region eller helseforetak, som følge av sykehusreformen i 2003 og 2004, samt klinikk-sjefenes vurdering i 2004 (aritmetisk gjennomsnitt).*

	Sykehus- ledelsen 2003	Sykehus- ledelsen 2004	Div.dir/ klinikk- sjefer 2004
Områder som berører pasientene og tjenesteytingen direkte			
Kortere ventelister	3,85	3,98	3,47
Færre korridorpasienter	3,13	2,91	2,45
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser	(3,12)	2,86	2,48
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud		3,22	2,92
Styrket kreftomsorg	3,09	3,24	2,87
Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	2,64	2,73	2,52
Forskning, utvikling og opplæring			
Utvikling av kvalitetsindikatorer	3,49	3,68	3,52
Sterkere pasientinnflytelse / brukermedvirkning	2,85	3,04	3,20
Økt fokus på pasientopplæring	2,96	3,31	3,41
Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene	3,04	3,42	3,31
Ledelse, organisering og styring			
Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse	3,56	3,63	3,42
Bedre utnytting av personellressursene	3,17	3,28	3,11
Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	2,76	2,76	2,36
Mer effektiv økonomistyring	3,68	3,91	3,35
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene i regionen	3,08	3,20	2,98
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	2,62	2,86	2,35
Bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten	2,81	3,05	2,88
<i>Erfaringer med reformen generelt</i>	3,47	3,52	3,23

Som det framgår av tabellen rapporterer klinikksjefene i gjennomsnitt noe mindre resultater på alle områdene enn det medlemmer av styrer og administrativ ledelse i foretakene gjør. Rangeringene av de ulike spørsmålene er imidlertid svært parallell mellom disse gruppene (se vedlegg 3). Det er altså betydelig enighet både om hvilke områder en har oppnådd størst forbedringer og hvilke en har oppnådd minst forbedringer på både mellom ulike respondentgrupper og for foretaksledelsens vedkommende også over tid. Dette sammenfallet i relative vurderinger mellom ulike respondentgrupper og over tid indikerer at respondentenes vurderinger gjenspeiler forskjeller i hva som faktisk er oppnådd.

8.2.3 Størst effekter på administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner

Når det gjelder hva som er oppnådd i forhold til målene om kvalitativt bedre og mer tilgjengelige tjenester, viser registreringene av sentrale indikatorer gjennomført for Sosial- og helsedirektoratet en varierende grad av suksess. Dette understøttes av våre surveydata. Sykehustjenestene har blitt mer tilgjengelig ved at ventetidene er redusert og antall pasienter som venter på behandling har også gått betydelig ned. Reduksjonen, slik den framstår gjennom tallene som presenteres her, gir imidlertid et nyansert bilde: en god del skyldes kort og godt rydding i listene, men dette kan ikke forklare hele nedgangen (Kalseth 2003). Resultatet synes også å ha en bismak, ved at ventetiden er redusert mest for de letteste pasientene (definert som de med liggetid på 0 eller 1 dag). De tyngre pasientgruppene med mer kompliserte eller kroniske lidelser har ikke oppnådd de samme forbedringer (Martinussen og Hagen 2005). Det må imidlertid presiseres at ventetiden har gått ned for begge pasientgruppene. Det er derfor ikke grunnlag for å påstå at tilpasningene skjer i konflikt med nasjonale prioriteringer.

Helseforetakene har i begrenset grad lyktes å bedre kvaliteten på tjenestene, slik dette registreres av de nasjonale helsemyndigheter. Reduksjonen i antall korridorpasienter har nærmest stoppet opp. Det er imidlertid et åpent spørsmål om en ytterligere reduksjon er realistisk der nivåer er lavest. I Helse Nord er den gjennomsnittlige andelen nede i 1 prosent. I andre regioner er andelen imidlertid mer enn dobbelt så høy, og et forbedringspotensial burde være til stede. Helseforetakene er også nær å nå målet for preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter. I gjennomsnitt blir 94 prosent operert innen 48 timer. For indikatoren epikrisetid, er foretakene mye lengre fra målet, uten at det har skjedd noen vesentlig forbedring fra 2003 til 2004.

Registerdata og surveydata peker også i samme retning hva gjelder målet om større geografisk likhet i tjenestetilbudet: Resultatene er beskjedne, om enn varierende. De regionale forskjellene i ventetider / antall ventende og korridorpasienter er redusert, siden regionene som har ligget dårligst an, henholdsvis Helse Midt-Norge og Helse Vest har oppnådd de største reduksjonene. Det er imidlertid fortsatt betydelige forskjeller mellom regioner og enkeltforetak hva gjelder antall pasienter på ventelister, korridorpasienter, epikrisetid og preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter.

Surveyundersøkelsen indikerer at sykehusreformen har vært mer vellykket i forhold til å oppnå viktige delmål, som styrking av forsknings-, utviklings- og opplæringsoppgavene og bedre ledelse og økonomistyring. Undersøkelser som er gjennomført av andre indikerer en omfattende effektivitetsøkning innenfor sektoren de senere år. Alt dette gir håp for framtida, da det kan sees som viktige virkemidler eller forutsetninger for evne til å produsere kvalitativt gode og tilgjengelige tjenester.

At registerdata og surveydata peker i samme retning der det er rimelig å sammenligne, gir økt tiltro til at datakildene belyser generelle mønstre som gjenfinnes i helseforetakene. At de ulike surveyundersøkelsene på tilsvarende måte støtter opp om hverandre, bidrar også til økt tiltro til resultatene fra disse undersøkelsene.

8.3 Hvilken betydning har organisatoriske forhold for resultatene en har oppnådd?

Som vist i tabell 8.3. så varierer oppfatningene av hva som er oppnådd betydelig blant styremedlemmer og administrative ledere i helseforetakene. I dette avsnittet skal vi undersøke om disse oppfatningene har sammenheng med organisatoriske og styringsmessige forhold i foretakene.

For å forenkle antallet resultatindikatorer har vi gjennomført en faktoranalyse der de 17 ulike delspørsmålene eller resultatindikatorerne inngår. Denne faktoranalysen resulterer i følgende tre faktorer eller dimensjoner:

1. *En ledelses-, organiserings- og styringsdimensjon:* De som skårer høgt på denne faktoren mener en i stor grad har oppnådd resultater i form av ”mer profesjonell og resultatfokuseret ledelse”, ”bedre utnytting av personellressursene”, ”mer effektiv økonomistyring”, ”bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene i regionen”, ”bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen”, og ”større likhet i tjenestetilbudet i regionen”.
2. *En tjenesteytingsdimensjon:* De som skårer høgt på denne faktoren mener en i stor grad har oppnådd resultater i form av ”bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser”, ”bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud” og ”styrket kreftomsorg”.
3. *En forsknings, utviklings- og opplæringsdimensjon:* De som skårer høgt på denne faktoren mener en i stor grad har oppnådd resultater i form av ”utvikling av kvalitetsindikatorer”, ”sterkere pasientinnflytelse / brukermedvirkning”, ”økt fokus på pasientopplæring” og ”økt fokus på utdannings- og forskningsopp-gavene”.

I tabell 8.5. nedenfor presenteres disse tre resultatindikatorerne. Indeksene er konstruert som det aritmetiske gjennomsnitt av respondentenes svar på enkeltspørsmål som inngår i hver enkelt dimensjon.

Tabell 8.5 *Tre resultatindikatorer, vurderingene til styremedlemmer og administrative ledere i lokale helseforetak (aritmetisk gjennomsnitt, standardavvik og antall enheter).*

Resultatindikator:	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Ledelse, organisering og styring	3,19	0,77	229
Tjenesteyting	2,98	0,92	196
Forskning, utvikling og opplæring	3,21	0,78	228

Gjennomsnittsskåren for alle tre indikatorerne er rundt det teoretiske midtpunktet (eller ’både og’). Indikatoren som beskriver resultater innenfor forskning, utvikling og opplæring har i gjennomsnitt noe høyere skåre enn indikatoren som beskriver resultater innenfor ledelse, organisering og styring. Lavest skåre får tjenesteytingsindikatoren.

8.3.1 Begrunnelse for fokus på organisatoriske og styringsmessige forhold

Reformen er tosidig: Det er både en reform for sentralisering gjennom at staten overtar som eier, og en reform for desentralisering, ved at regionale og lokale foretak får en betydelig autonomi. Et viktig element i reformen er denne autonomien, eller ansvarliggjøring og myndiggjøring av foretakene. Autonomien har ført til valg av noe ulike løsninger hva organisering og styring angår. Tidligere kapitler har vist at både strukturelle og prosessuelle trekk ved organiseringen er forskjellig både mellom og innenfor helseregionene. Vi er interessert i om valg av ulike løsninger hva organisering og styring angår har sammenheng med forskjeller i hva som er oppnådd.

Dermed er spørsmålet: Spiller disse organisatoriske og styringsmessige forholdene noen rolle? Kan noe av variasjonen i oppnådde resultater tilbakeføres til forskjeller i organisatoriske og styringsmessige forhold? Eller, er dette snakk om endringer og tiltak som berører foretakenes overbygning, og som ikke kommer i inngrep med de nivåer som faktisk styrer driften og foretar beslutninger om helsetjenestene? Vi vil skille mellom strukturelle og prosessuelle forhold, her i betydningen formell organisasjonsstruktur og informantenes vurdering av egenskaper ved aktører og prosesser i organisasjonen.

Strukturelle forhold

I kapittel 3 viser Stigen at trekk ved den formelle organiseringen varierer mellom og til dels innen regionene. Helseforetakene har valgt ulik grad av *vertikal spesialisering*, dvs. hvor hierarkisk eller flat organisasjonsstrukturen er. Mens enkelte helseforetak er organisert i divisjoner eller klinikker med underliggende avdelinger, er andre organisert slik at avdelingslederne rapporterer direkte til sykehusledelsen. Disse siste har altså valgt en flat struktur, med to ledernivåer. I enkelte foretak er divisjonene, klinikkene eller avdelingene inndelt etter et geografisk *spesialiseringssprinsipp*, mens andre benytter et funksjonelt. En geografisk spesialisering bygger i stor grad på tidligere organisasjonsstruktur, mens en funksjonell spesialisering innebærer nye inndelinger på tvers av tidligere institusjoner. Selv om det er tydelige regionale mønstre i valg av organisasjonsprinsipp, så varierer dette også innenfor regionene. Som Stigen argumenterer for i kapittel 3, kan et funksjonelt organisasjonsprinsipp bidra til spesialisering og standardisering og dermed muligheter for å høste stordriftsfordeler (jf. Jacobsen og Thorsvik 1996). På den andre siden kan det gjøre organisasjonen mindre i stand til å se geografiske variasjoner i behov og utfordringer, dvs. gjøre organisasjonen "romblind" (Egeberg 1984, Strand 1978). *Vi spør: I hvilken grad vil funksjonsdelte helseforetak oppnå bedre resultater enn geografisk inndelte helseforetak? Og: I hvilken grad vil foretak med flat struktur oppnå bedre resultater enn foretak med en hierarkisk organisasjon?*

I hvilken grad helseforetakene følger "gamle" institusjonelle grenser eller ikke, varierer også. Et flertall av helseforetakene rommer flere enn ett sykehus, men antallet varierer fra ett (Sunnaas, Radiumhospitalet, Ringerike, Buskerud og Universitetssykehuset Nord-Norge), til sju (Sykehuset Innlandet). Det er grunn til å vente at de styringsmessige utfordringene vil øke, jo flere sykehus som skal koordineres. Vi vil anta at de vil møte større koordineringsutfordringer i utformingen av strategier og tjenester. På den andre siden kan en slik sammenslåing gjøre sykehusforetakene mer robuste, sikre en mer effektiv ressursutnyttelse og bedre funksjonsfordeling, samt bedre samarbeidet mellom enkeltsykehus. *Vi spør: Vil helseforetak som omfatter mange sykehus oppnå andre resultater enn foretak som omfatter få sykehus?*

Helseforetakene er organisasjoner av svært ulik størrelse, fra Sunnaas sykehus med 500 årsverk, til Ullevål universitetssykehus med mer enn 8000 årsverk. Mulighetene for å høste kvalitetsforbedringer gjennom spesialisering og andre stordriftsfordeler vil være svært ulik. *Vi spør: Vil store helseforetak oppnå bedre resultater enn små?*

Prosessuelle forhold

Gjennom reformen ønsker en som nevnt å kombinere både en sterkere overordnet styring av virksomheten med betydelig grad av autonomi til de regionale og lokale helseforetakene. Disse organisatoriske grepene må oversettes av de regionale og lokale helseforetakene, og resultatet av denne oversettelsen vil være forskjellig. Dette gir seg ikke bare utslag i forskjeller i strukturelle løsninger som for eksempel antall ledernivåer, ikke minst vil mer prosessuelle aspekter som dialog og samhandling bli forskjellig. Et slikt prosessuelt forholdt er respondentenes vurdering av styringsrelasjonen mellom regionalt foretak og lokalt foretak. Hvordan aktørene oppfatter den formelle styringsrelasjonen mellom regionalt og lokalt foretak varierer mye både mellom og innenfor regionene (kapittel 6). Dette dreier seg bl.a. om i hvilken grad en oppfatter at ansvarsforholdene er avklart, hvorvidt RHF's styring er forutsigbar og hvorvidt regionalt nivå opptrer ryddig overfor det lokale nivået. Om en oppfatter relasjonen mellom regionalt og lokalt nivå som preget av dialog og samarbeid og av tillit, varierer også mye. I kapittel 6 viste vi at vurderingen av de mer uformelle tillitsbaserte relasjonene og de formelle styringsrelasjonene korrelerer sterkt og slår ut i samme dimensjon i en faktoranalyse. Det identifiseres en dimensjon som beskriver en god styringsrelasjon eller styringsdialog mellom regionalt og lokalt nivå. *Vi forventer å finne en positiv sammenheng mellom oppfatning om at styringsrelasjonen mellom nivåene er god og resultatene helseforetaket har oppnådd.*⁴⁴

Reformen bygger både på sterkere overordnet styring og større lokal autonomi. Noe av utfordringen er å finne en god balanse i dette forholdet. Våre data indikerer at ledelsen i de ulike helseforetakene vurderer sin handlefrihet eller autonomi forskjellig (kapittel 6). Det er grunn til å anta at mer autonome helseforetak er bedre i stand til å gjennomføre nødvendige tiltak for å utnytte et lokalt forbedringspotensial. De kan imidlertid også utnytte denne autonomien til å unnlate å gjennomføre effektiviserings- og strukturendringstiltak som den regionale ledelsen anser ønskelig, men som helseforetaksledelsen ikke vil gjennomføre. *Vi spør: Er det en positiv sammenheng mellom helseforetaksledelsens oppfatning av foretakenes autonomi og resultatene foretaket oppnår?*⁴⁵

Sykehusreformen innebærer en overgang fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Helseforetakene ledes av egne styrer oppnevnt av og ansvarlig overfor eier. Data referert i kapittel 4 indikerer at de lokale styrene har stor innflytelse over

⁴⁴ Oppfatningen av styringsdialogen mellom regionalt og lokalt foretak er operasjonalisert som det aritmetiske gjennomsnittet av respondentenes vurdering av følgende spørsmål: "styringen fra regionalt helseforetak er detaljert" (snudd), "styringen fra regionalt helseforetak er lite forutsigbar" (snudd), "det oppstår stadig tvil om hvilke saker som er det regionale helseforetakets ansvar og hvilke saker som er helseforetakets ansvar" (snudd), "regionalt helseforetak har ikke nok autoritet til effektiv styring av helseforetaket" (snudd), "regionalt helseforetak opptrer på en ryddig måte overfor helseforetaket" og "det er et godt tillitsforhold mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket".

⁴⁵ Vi benytter oss også her av den samme indeks på lokal handlefrihet som brukes i kapittel 6. Variabelen operasjonaliseres som det aritmetiske gjennomsnittet av respondentenes svar på spørsmålet om hvor stor handlefrihet helseforetaket har på områdene: disponering av tildelt budsjett, personalforvaltning, arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket, planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud og påvirke kvaliteten på helsetjenestene.

helseforetakenes beslutninger. Foretaksstyrene er arenaer for viktige beslutninger om helsetjenestene i distriktene. Reformmakerne la vekt på at styrene både skulle besitte en faglig kompetanse og en lokal tilhørighet. Et flertall av lederne i helseforetakene oppfatter styrene som kompetente og effektive, samtidig som de er i tvil om de har bred aksept i lokalsamfunnet. Vurderingene av styrenes kompetanse og aksept varierer imidlertid også noe. Det samme gjelder oppfatningen av om styrene fokuserer tilstrekkelig på innholdet i helsetjenestene i forhold til på økonomi og organisering. *Vi forventer å finne en positiv sammenheng mellom vurdering av styrenes kompetanse og legitimitet og de resultatene helseforetakene har oppnådd. Vi forventer videre en positiv sammenheng mellom foretaksstyrenes fokus på organisering og økonomi framfor helsetjenestene og resultater i form av effektivisering og strukturendring, og negativ sammenheng med resultater i form av bedre tjenesteyting.*⁴⁶

I tillegg tar vi med hvilken region foretaket hører inn under. Det er grunn til å tro at utfordringene sykehusene står overfor varierer mellom regionene. Utfordringene er for eksempel trolig forskjellig i Nord-Norge med spredt bosetning og store geografiske avstander, enn på Østlandet. Regionene står også overfor ulike organisatoriske forutsetninger: Antall helseforetak som er opprettet i den enkelte region varierer, og også størrelsen på foretakene. Størrelsen på den regionale helseadministrasjonen varierer betydelig, fra 26 ansatte i Helse Vest til 48 ansatte i Helse Øst. Hvordan det regionale helseforetaket har organisert den gjennomgående representasjonen varierer også. I tillegg kan de regionale helseforetakene ha utviklet ulike regionale strategier og prioritere noe ulikt mellom nasjonale helsepolitiske målsetninger. Dette er alle forhold som kan føre til variasjoner i hva som er oppnådd mellom regionene. Det er imidlertid ikke mulig å isolere hvilke av disse (og andre) forhold som er avgjørende for å forklare forskjeller i resultater mellom regionene.

8.3.2 Ansvarlige og autonome foretak er viktig

Tabell 8.6. presenterer resultater fra statistiske analyser av sammenhengen mellom organisatoriske og styringsmessige forhold og respondentenes oppfatning av resultater av sykehusreformen langs de tre dimensjonene ledelse, organisering og styring, tjenesteyting og forskning, utvikling og opplæring. Ikke overraskende er det de prosessuelle sidene ved organiseringen som viser sterkest sammenheng med styremedlemmenes og sykehusledelsens oppfatninger om resultater av reformen. Mest entydig og sterkest er sammenhengen hva angår foretakets handlefrihet. De som oppfatter at foretaket de leder har stor handlefrihet på mange områder tenderer også å mene at foretaket har oppnådd de beste resultatene.

Egenskaper ved foretaksstyret er også viktig, og særlig oppfatningen av at styret har bred aksept i lokalsamfunnet. Styrets aksept i lokalsamfunnet viser klar positiv sammenheng med hvilke resultater en mener foretaket har oppnådd. Vurdering av styrets kompetanse

⁴⁶ Variabelen som beskriver vurderingen av styrets kompetanse er operasjonalisert som det aritmetiske gjennomsnittet av respondentenes vurdering av følgende tre påstander: "styret innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver", "styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan" og "styret er et effektivt beslutningsorgan". Variabelen som beskriver styrets fokus er operasjonalisert som gjennomsnittet av vurderingene av følgende to påstander: "styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen" og "styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen". Variabelen som beskriver styrets legitimitet er operasjonalisert som respondentenes vurdering av følgende påstand: "styret har bred aksept i lokalsamfunnet". En faktoranalyse ligger til grunn for konstruksjonen av disse variablene.

viser også positiv sammenheng med oppfatninger av resultater på ledelses-, organiserings- og styringsdimensjonen. Hvorvidt en mener styret har fokus på administrasjon og økonomi framfor tjenesteytingen har mindre å si for oppfatningen av reformens resultater.

Styringsrelasjonen mellom regionalt helseforetak og lokalt helseforetak er også viktig. Dette gjelder først og fremst for hvilke resultater en mener foretaket har oppnådd i forhold til bedre ledelse, organisering og styring, og dernest for resultater i forhold til forskning, utvikling og opplæring. Kvaliteten på styringsrelasjonen mellom nivåene har mindre å si for hvilke resultater en vurderer å ha oppnådd i forhold til de helsepolitiske satsingsområdene.

De strukturelle forholdene har mindre å si for oppfatning av resultater.⁴⁷ Jo flere sykehus foretaket de som sitter i styret eller ledelsen for omfatter, desto bedre resultater mener de er oppnådd både hva ledelse, organisering og styring angår og hva forskning, utvikling og opplæring angår. Jo større helseforetaket er, desto mindre mener en å ha oppnådd hva forskning, utvikling og opplæring angår. Verken valg av horisontalt spesialiseringsskema (geografisk eller funksjonell spesialisering) eller flat struktur viser signifikante sammenhenger med oppfatninger av hva som er oppnådd langs noen av dimensjonene.

Det er små regionale forskjeller i oppfatninger av resultater. Unntaket gjelder for tjenesteytingsdimensjonen, der respondentene fra Helse Sør og Helse Vest vurderer resultatene vesentlig bedre enn respondentene fra andre regioner.⁴⁸

Tabell 8.6 *Sammenhengen mellom ulike organisatoriske forhold ved helseforetakene og foretaksledelsens oppfatninger av hva en har oppnådd som følge av reformen i forhold til ledelse, organisering og styring, tjenesteyting og forskning, utvikling og opplæring (regresjonsanalyse, OLS, standardiserte regresjonskoeffisienter).*

	Ledelse, organisering og styring	Tjenesteyting	Forskning, utvikling og opplæring
Strukturelle forhold:			
Stort helseforetak	-0,06	0,14	-0,15*
Antall sykehus i foretaket	0,20*	-0,01	0,17*
Funksjonell organisering	0,03	-0,18	0,17
Flat struktur (to ledelsesnivå)	-0,01	0,04	0,15
Prosessuelle forhold:			
Gode styringsrelasjoner	0,26**	0,13	0,18**
Foretakets handlefrihet	0,24**	0,32**	0,33**
Styrets kompetanse	0,14*	0,03	0,04
Styrets aksept i lokalsamfunnet	0,20**	0,22**	0,21**
Styret overfokuset på organisering og økonomi	-0,13	-0,13	-0,10

⁴⁷ Det er kun for ledelse, organisering og styringsdimensjonen vi kan forkaste en nullhypotese om at ingen av de fire strukturelle forholdene viser sammenheng med resultatindikatorene.

⁴⁸ Det er kun for tjenesteytingsdimensjonen vi kan forkaste en nullhypotese om av region ikke viser sammenheng med resultatindikatorene.

	Ledelse, organisering og styring	Tjenesteyting	Forskning, utvikling og opplæring
Region:			
Helse Sør	-0,04	0,22*	0,02
Helse Vest	0,00	0,21*	0,06
Helse Midt-Norge	-0,20*	0,00	0,15
Helse Nord	-0,05	0,11	0,00
Konstant (Helse Øst)	0,82	0,93	0,72
Justert R ²	0,34	0,26	0,36
N	195	178	195

* signifikant på 0,05-nivået, ** signifikant på 0,01-nivået.

Både god overordnet styring og stor lokal handlefrihet framstår altså som viktig for hva en oppnår. At dette lar seg kombinere, at god styringsdialog bidrar til å myndiggjøre og ansvarliggjøre de lokale foretakene, er et viktig moment som drøftes i kapittel 6. Vår analyse indikerer at faktorene likevel har uavhengig betydning. Ikke overraskende har styringsdimensjonen størst betydning på hva en mener å oppnå av bedre ledelse, organisering og styring, mens lokal handlefrihet har størst betydning for hva en mener å oppnå innenfor forsknings- og utviklingsområdet og de helsepolitiske satsningsområdene. På de to siste feltene er det viktig at tiltakene er tilpasset de lokale forhold og behov.

Det er videre interessant å merke seg at det er foretaksstyrets aksept i lokalsamfunnet som er av størst betydning av variablene som beskriver egenskaper ved styrene. Den slår systematisk sterkere ut enn variablene som beskriver styrets kompetanse og tematiske fokus. Foretaksstyrer med bred aksept evner trolig bedre å spille på lag med lokale og regionale aktører, og mobilisere disse bak en utvikling av sektoren, heller enn at de mobiliserer mot styrets politikk. De kan kanskje også bedre utnytte kompetansen til både lokale brukerorganisasjoner, FOU-aktører og lokalforvaltning.

De strukturelle faktorene er mindre viktig. Det er imidlertid slik at jo flere sykehus foretaket består av, desto mer mener ledelsen en har oppnådd hva bedre ledelse, organisering og styring angår, og hva forskning, utvikling og opplæring angår. Det har altså vært gevinster å hente på disse områdene ved å samle enkeltsykehus. Skal vi tro foretaksledelsen, har en derimot ikke greid å hente ut gevinster i form av bedre resultater på de to nasjonale helsepolitiske satsingsfeltene kreft og psykiatri.

Det framstår som et tydelig funn at slike strukturelle organisatoriske forhold i liten grad påvirker resultatene av sykehusreformen, slik disse vurderes av foretaksledelsen. Det kan være et tegn på at de organisatoriske grepene som mange foretak har gjort, både med å samle sykehus i ett foretak og med innføring av et funksjonelt spesialiseringsprinsipp, er endringer som først og fremst påvirker foretakenes overbygning, og i liten eller ingen grad har nådd ned til de tjenesteproduserende enhetene og påvirket deres virksomhet, i alle fall ikke foreløpig.

Hvilken helseregion foretaket er tilknyttet har lite å si, og de bivariate forskjellene som måtte finnes (se vedlagt tabell i vedlegg 3) blir forklart gjennom ulike prosessuelle forhold ved organiseringen. Unntaket er at Helse Sør og Helse Vest kommer vesentlig bedre ut hva resultater innenfor de to nasjonale helsepolitiske satsingsområdene angår, enn de andre regionene. De bivariate forskjellene mellom regionene er vesentlig redusert i 2004 i forhold til hva undersøkelsen fra 2003 avdekket (se vedlagt tabell). En tilsvarende analyse av data fra 2003 viste større regionale forskjeller enn det analysen som er rapportert her gir (Hovik og Lie 2004). At de regionale forskjellene blir mindre desto

bedre reformen ”setter seg” er kanskje ikke overraskende. Imidlertid er det lite som tyder på at forskjellene i datamaterialet har blitt mindre, det synes først og fremst å være slik at disse forskjellene i 2004 i mindre grad kan forklares av regiontilhørighet enn hva tilfellet var i 2003.

8.4 Konklusjon

Foreløpig er de tydeligste resultatene av sykehusreformen å finne innenfor administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner i sykehusene. Det er bred enighet blant sykehuslederne selv at en har oppnådd bedre og mer resultatfokusert ledelse, bedre økonomistyring og mer satsing på FOU-oppgaver. Når det gjelder tjenesteytingen er resultatene både mer variable og beskjedne. Mye er oppnådd i forhold til å redusere ventelister og ventetider, selv om en del kan forklares ved administrativ rydding i listene. Mindre er skjedd i forhold til mål om kvalitativt bedre tjenester og større geografisk utjevning. I kapittel 8 ble det konkludert med at en har endret arbeids- og funksjonsfordelingen av en rekke støttefunksjoner, mens mindre har skjedd innenfor sykehusenes kjernevirksomhet. Det samme synes å være tilfelle mer generelt. Det er også å vente at en finner målbare resultater i virksomhetens overbygning, før en kan observere resultater i kjernevirksomheten. Bedre ledelse og styring og økt satsing på FOU-aktivitet må vi forvente vil medføre bedre tjenester på sikt.

Resultatene av reformen varierer. De som oppnår mest, etter informantenes syn, er foretak med stor grad av handlefrihet, bred lokal aksept, et tydelig ansvar og klare og forutsigbare rammer. Dette er forhold som langt på veg forklarer forskjellene som finnes mellom helseregionene. Regiontilknytning har liten direkte innvirkning på sykehusledelsens oppfatning av hvilke resultater som er oppnådd etter reformen.

Dette bringer oss over i spørsmålet om de regionale helseforetakenes rolle innenfor sykehussektoren. Vår analyse indikerer at deres bidrag først og fremst skjer ved å gi de lokale foretakene forutsigbare og tydelige rammer gjennom å ansvarliggjøre og myndiggjøre foretakene, og i liten grad gjennom en egendefinert policy. Det blir da et viktig spørsmål om et sentralt statlig direktorat, eller folkevalgte regionale forsamlinger for den saks skyld, kan gi foretakene de samme rammevilkårene. Det er kanskje heller tvilsomt. Den sentrale styringen av sykehussektoren synes å ha tiltatt i styrke (jf. kapittel 5). I en slik kontekst er kanskje den viktigste funksjonen til de regionale helseforetakene å være en buffer mellom en styringsaktiv stat og helseforetak som trenger både forutsigbare rammer og lokalt armslag.

9 Oppsummering og avsluttende kommentarer

Sykehusreformen er i 2005 vel tre år gammel. Den representerer en av de største reformene i norsk samfunnsliv noensinne. 100 000 ansatte fikk nye arbeidsgivere, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Omorganiseringen skjedde i stort tempo. Det gikk bare vel 13 måneder fra Arbeiderpartiet gjorde vedtak om at staten skulle overta sykehusene på sitt landsmøte i november 2000, via stortingsbehandling 6. juni 2001 til reformen trådte i kraft 1.1.2002.

Ambisjonen med rapporten har vært å bidra til en første beskrivelse og analyse av reformens gjennomføring og dens umiddelbare konsekvenser - for så vel den sentrale som den lokale styringen av spesialisthelsetjenesten. Vi skal i dette siste kapitlet kort oppsummere hovedfunn fra de enkelte kapitler og gi noen avsluttende kommentarer. Kommentarene tar utgangspunkt i områder hvor reformen har ført til fremskritt i forhold til målene for reformen og de utfordringer som reformen har støtt på i sine første leveår. Er reformen på rett veg sett i lys av de observasjoner som er gjort i de ulike kapitlene?

Komplekse problemer, tilgang på løsninger og handlekraftige politiske ledere

Som bakgrunn for den videre analysen startet rapporten med en kort diskusjon av begrunnelsene for reformen, og hvordan det var mulig at reformen kunne bli utredet og vedtatt på så kort tid (jf. kapittel 2). Kapitlet er basert på tilgjengelig forskningslitteratur om bakgrunnen for reformen. Behovet for organisatoriske reformer i helsesektoren er blitt behandlet i en rekke offentlige utredninger og meldinger i løpet av de siste 20-30 årene. Det var således ikke mangel på dokumentasjon av reformbehov og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesten. Stikkord er problemer og utfordringer knyttet til styringsstruktur og medisinskdemografiske utviklingstrekk, ressursmangel og kostnadskontroll, effektivitet og sykehusstruktur, dårlig tilgjengelighet og kvalitet, og for store regionale forskjeller i tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis. I tillegg ble tilgangen på og erfaringer med alternative organisasjonsmodeller stadig større. Den internasjonale New Public Management bølgen bidro med et økende forvaltningspolitisk fokus på styrings- og ledelsesmodeller hentet fra privat sektor. Norske myndigheter hadde dessuten fått erfaring med spesielle norske organisasjonsløsninger som man antok også kunne egne seg som modell for spesialisthelsetjenesten. At reformen så, etter mange års utredninger og debatt, kunne gjennomføres så raskt, kan kobles til et linjeskifte i toppledelsen i Arbeiderpartiet og sterk handlekraft i den politiske ledelsen.

Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse

I kapittel 3 gjennomgås hovedtrekkene i den nye organisasjons- og styringsstrukturen. Gjennomgangen viser - ikke overraskende - en blanding av stabilitet og fornyelse. Politisk innebærer eierskapsreformen en entydig ansvars plassering på sentralt nasjonalt nivå. Den folkevalgte styringen er flyttet fra 19 fylkesting til Stortinget, og de regionale og lokale foretaksstyrene er sammensatt uten politisk representasjon. I den sentrale

helseforvaltningen har reformen resultert i større rollemangfold og økt organisatorisk spesialisering.

Mens eierskapsreformen er uttrykk for en politisk sentralisering, representerer etableringen av regionale helseforetak et nytt administrativt nivå. Men verken regionaliseringen eller inndelingen i de aktuelle helseregionene er en nyvinning. De fem helseregionene har en historie tilbake til 1970-tallet. Sammenslåingen av sykehus i underliggende helseforetak uttrykker derimot mer gjennomgripende endringer. Hvor store endringer som er gjort, varierer imidlertid mellom regionene. I noen regioner er foretakene hovedsakelig basert på de etablerte fylkesgrensene, mens andre har etablert foretak som går på tvers av fylkesgrensene. Det varierer dessuten i hvilken grad en har innført gjennomgående ledelse internt i foretakene.

Sykehusreformen har ikke ført til en radikal fornyelse av ledelsen i sykehusene. Analysen av sammensetningen av foretaksstyrene og den administrative ledelsen viser at økonomer og ledere med bakgrunn fra det private næringsliv har fått solid innpass i styrer og administrative ledergrupper, men det er helseprofesjonene og ansatte med bakgrunn i offentlig sektor som utgjør de største enkeltgruppene. Ledelsen har således fremdeles solid forankring i den offentlige helsesektoren. Samlet finner vi altså en blanding av nytt og gammelt som kan sikre fornyelse kombinert med stabilitet. Blandingen kan imidlertid også medføre ”kulturkollisjoner” og uklar rolleforståelse, med nye konflikter eller manglende autoritet som resultat.

De regionale administrasjonene som er etablert utgjør bare om lag en tredel av det tidligere antall ansatte i de fylkeskommunale helseavdelingene. Ut fra størrelsen på de regionale administrasjonene er det derfor neppe grunnlag for å si at det er bygd opp et stort regionalt byråkrati. Lederne i helseforetakene er imidlertid tvilsom til om reformen har bidratt til å omfordele ressurser fra administrasjon til tjenesteyting. Det er også en utbredt oppfatning at det fokuseres mer på økonomi, effektivitet og kostnadshensyn, enn på tjenesteyting.

Et aktivt Storting

Kapittel 4 har belyst Stortingets sykehuspolitiske engasjement før og etter sykehusreformen. Kapitlet tar utgangspunkt i to antagelser; en antagelse med utgangspunkt i en New Public Management-tilnærming hvor forventningen er at Stortingets sykehuspolitiske engasjement vil bli redusert etter innføringen av sykehusreformen, og at engasjementet vil bli mindre detaljorientert. En alternativ antagelse utledes fra et (ny)institusjonelt perspektiv på sykehusreformen. Her antas det at Stortinget vil utvise et betydelig engasjement i sykehuspolitiske saker, slik det også har gjort i mange andre saker i de senere år. Denne forventningen gjelder ikke bare de overordnede prinsipielle sakene, men også de mange store og små detaljspørsmålene som preger helseforetakenes virksomhet. Det antas også at reformtilhengerne vil føle seg mer forpliktet til å følge opp intensjonene med reformen enn reformmotstanderne. Det formuleres derfor en antagelse om at reformmotstandernes sykehuspolitiske engasjement vil være mer omfattende enn reformtilhengerens engasjement. Engasjement vil ofte være en nødvendig, men sjelden tilstrekkelig betingelse for å få politisk innflytelse. I tillegg til å studere Stortingets engasjement i sykehussaker, søker kapitlet også å belyse spørsmålet om hvilken innflytelse Stortinget har i disse sakene.

I kapitlet er oppmerksomheten konsentrert om de saker som er preget av de initiativer og det engasjement som Stortinget selv utviser. Det foretas en kartlegging av spørsmål, private forslag, fraksjonsmerknader i komitéinnstillinger og vedtak i Stortinget før og

etter sykehusreformen. Stortingets innflytelse ses i lys av vurderingene til styremedlemmene og de administrative lederne i de regionale og lokale helseforetakene.

Hovedkonklusjonen i kapitlet er at Stortinget utviser et sykehuspolitisk engasjement som er betydelig større enn det man skulle forvente i henhold til den New Public Management-baserte antagelsen. Engasjementet ligger også i overkant av det man skulle forvente i henhold til den (ny)institusjonelt baserte antagelsen og den generelle utviklingen i Stortinget. Stortingsrepresentantene tar opp en lang rekke store og små saker, ikke bare overordnede og prinsipielle saker slik den NPM-baserte antagelsen skulle tilsi. Verken tilhengerne eller motstanderne av sykehusreformen lar seg hemme av forutsetningen om tilbakeholdenhet fra politikernes side. Gjennom sitt omfattende engasjement utfordrer Stortinget det balanseforholdet mellom politisk styring og autonomi for helseforetakene som reformen bygger på.

Helsedepartementets styring av helseforetakene – rollemangfold og sterk sektorstyring

I Kapittel 5 satte vi søkelys på det statlige eierskapet og Helsedepartementets styring av helseforetakene. Hvordan er balanseforholdet mellom Helsedepartementets styring og den autonomi som helseforetakene er tilført gjennom foretaksmodellen, og hvilke mekanismer påvirker balanseforholdet? I likhet med kapittel 4 tar kapitlet utgangspunkt i to antagelser. Den første er basert på at Helsedepartementet inntar en overordnet og tilbaketrukket eierrolle slik staten har gjort på andre områder hvor den har etablert foretak eller selskaper. Den andre antagelsen tar utgangspunkt i statens mange roller og virkemidler og den styringstradisjon som er utviklet i sykehussektoren. Forventningen er at disse forholdene vil gi opphav til en større statlig styringsinnsats enn det som var intensjonen med foretaksmodellen. I kapitlet kartlegges Helsedepartementets styringspraksis etter sykehusreformen med utgangspunkt i rollene som bestiller, eier og myndighetsutøver. Datagrunnlaget er statens styringsdokument, protokoller fra foretaksmøter og de regionale foretaksledernes vurderinger av den statlige styringen.

Konklusjonen er at Helsedepartementet har benyttet eierposisjonen til en aktiv og stadig sterkere styring av de regionale helseforetakene. Denne styringen er kommet i tillegg til den sentrale helseforvaltningens myndighetsstyring og kontroll- og tilsynsvirksomhet. I sum har statens mange roller gitt opphav til en sterk sektorpolitisk styring av helseforetakene som ikke alltid er like konsekvent. Slik foretakslederne ser det, er den statlige styringen for lite samordnet og forutsigbar. Kapitlet viser at den sentrale helseforvaltningen står overfor et dilemma når den både skal forsøke å skille statens mange roller og samtidig samordne de samme rollene i en mest mulig helhetlig og koordinert styring av helseforetakene. Det tette og integrerte styringsforholdet mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene ligger til grunn for spørsmålet i avslutningen om vi her står overfor foretak mer i navnet enn i gavnet.

Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?

I kapittel 6 ble de regionale helseforetakenes roller og styringsfunksjon analysert. Den sentrale problemstillingen er om de regionale helseforetakene har tilstrekkelig autoritet i tråd med reformens intensjoner, og hvordan de i så fall utøver sin myndighet i praksis overfor de lokale helseforetakene. Datagrunnlaget er spørreundersøkelsene i helseforetakene, styringsdokumenter og protokoller fra styremøter og foretaksmøter. En casestudie i Helse Nord danner grunnlag for en nærmere kvalitativ beskrivelse av hvordan organisasjon og styringsrelasjoner har utviklet seg i denne helseregionen de første tre årene av reformen.

I kapitlet vises hvordan de regionale helseforetakene er utsatt for en rekke kryssende hensyn og må håndtere et stort rollemangfold. Av de formelle rollene har eierrollen i reformens oppstartsperiode til en viss grad fått større oppmerksomhet enn bestillerrollen. Men det kan langt fra hevdes at de regionale helseforetakene har neglisjert bestillerrollen. De regionale helseforetakene oppfattes å ha autoritet og innflytelse vis a vis de lokale helseforetakene. Det er et relativt klart over- og underordningsforhold mellom de regionale og lokale helseforetakene. En annen observasjon er at styringsrelasjonen mellom de regionale og lokale helseforetakene består av en kombinasjon av hierarkiske kontraktsbaserte relasjoner og relasjoner basert på styringsdialog og tillit. Selv om styringsrelasjonene i store trekk oppfattes som ryddige og avklart, understrekes det at det også er behov for en mer uformell konsulterende styringsdialog. Det er i de regionene som skårer høyt både på formell og uformell styringsdialog at de lokale helseforetakene vurderer handlefriheten å være størst. Helse Midt-Norge skårer høyest både når det gjelder god styringsdialog og handlefrihet for de lokale helseforetakene. Helse Sør og til dels Helse Nord synes å ha større utfordringer i forholdet mellom regionalt helseforetak og de lokale helseforetakene.

Utviklingen i årene etter reformen tyder på at den statlige tilstramningen i styringen av de regionale helseforetakene også har fått følger for styringen av de lokale helseforetakene. De regionale helseforetakenes kontrollrolle på vegne av eier har blitt viktigere og handlefriheten til de lokale helseforetakene er blitt mindre. Men fortsatt har både de regionale og lokale helseforetakene stor autonomi i forhold til budsjett, personell mv. Behovet for en mer fleksibel styring og sterkere eierstyring har ført til en mer uformell og konsulterende dialog, men også en mer ensartet regional organisering som tydeliggjør behovet for eierstyring. Betegnelsen "samspill" synes å være mer dekkende enn "fri dressur" når styringsrelasjonen mellom regionale og lokale helseforetak skal karakteriseres. Dette er sannsynligvis betinget av utviklingen i retning av sterkere statlig styring, men det kan også fortolkes som et uttrykk for at en institusjonell, mer forvaltningspreget styring fungerer bedre enn den mer kontraktsbaserte.

Felles for alle helseforetakene er sterk tvil om hvilken legitimitet og forankring de har i regionen og lokalsamfunnene. De eksterne relasjonene synes å være en større utfordring enn de interne.

Effektivisering av sykehusstrukturen: Staten bedre enn fylkeskommunene?

Kapittel 7 belyste endringer i sykehusstrukturen og hvordan valget av styringsmodell påvirker omfanget av endringer. Kapitlet tar utgangspunkt i en antagelse om at sykehusreformen har gitt effektiviseringstilhengerne en sterkere styringsmessig posisjon enn den posisjon de hadde i perioden med fylkeskommunalt eide sykehus. Forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen er i større grad blitt skjøvet ut av styringssystemet. Denne antagelsen holdes opp mot en alternativ antagelse hvor eksterne og interne motkrefter gjennom mobiliseringsevne og mer uformelt påvirkningsarbeid søker å erstatte tapet av formelle deltakelsesrettigheter. Kapitlet baserer seg på en kartlegging av akutt- og fødetilbudet ved norske sykehus de siste 10 årene, to casestudier og vurderingene til foretaksledere, divisjonsledere, klinikksjefer og avdelingsledere om utviklingen i arbeids- og funksjonsfordeling etter reformen.

Konklusjonen i kapitlet er at det i begrenset, men varierende grad, er gjennomført omfattende arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter at staten overtok sykehusene. Det har vært lettere å få til en effektivisering av administrative stabs- og støttestrukturer enn av mer pasientnære og konfliktfylte tjenester som akuttberedskap og fødetilbud. Det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen har ikke vært tilstrekkelige betingelser for en effektiv gjennomføring av radikale strukturtiltak på dette konfliktfylte området.

Utviklingen viser at forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen har kompensert for en svekket formell styringsposisjon gjennom sterk mobilisering, alliansebygging og uformell lobbyvirksomhet.

Kapitlet viser at autonomiseringen av de lokale helseforetakene har gitt dem ikke bare handlefrihet, men også mulighet til å motsette seg regionale krav om effektivisering av sykehusstrukturen. Interne motkrefter har dermed bidratt til å modifisere radikale forslag til strukturendringer. Avslutningsvis viser kapitlet hvilke faktorer som er viktige for gjennomføringen av funksjonsfordelingstiltak. Samling av flere sykehus i store foretak legger til rette for strukturendringer slik foretaksledelsen vurderer det, vel å merke hvis dette er sykehus i ett og samme fylke. God styringsdialog mellom regionalt og lokalt helseforetak, samt lokal autonomi innenfor klare og forutsigbare rammer, er også viktige betingelser.

Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?

Kapittel 8 tok utgangspunkt i målene med sykehusreformen og kartla utviklingen etter at staten overtok sykehusene. Staten la i utgangspunktet stor vekt på å rydde opp i ventetider og overbelegg. I tillegg la en stor vekt på å utjevne det som ble oppfattet å være store forskjeller i tjenestetilbudet ut over i landet, og generelt sikre tjenester av høy kvalitet. Den statlige overtakelsen av sykehusene og foretaksorganiseringen er antatt å legge organisatorisk til rette for en mer effektiv målrealisering på disse områdene. I kapitlet benyttes offentlig tilgjengelig statistikk kombinert med data fra spørreundersøkelsene blant lederne i helseforetakene.

Den offentlige statistikken tyder på at tilgjengeligheten til sykehusenes tjenester er blitt bedre i årene etter sykehusreformen. Kvaliteten på tjenestene, uttrykt i andel korridorpasienter, epikrisetid og preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter, er derimot ikke vesentlig endret i disse årene. Det synes heller ikke å være en entydig utvikling i retning av større geografisk utjevning. Slik foretaksledelsen vurderer det, er mest oppnådd i forhold til nedkorting av ventelister og ventetider, utvikling av systemer for økonomistyring og utvikling av en mer profesjonell og resultatfokusert ledelse. De tydeligste resultatene er å finne innenfor administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner. Også forskning, opplæring og utvikling er områder hvor det har skjedd forbedringer, slik foretaksledelsen vurderer det. Mindre synes å være oppnådd på områder som berører pasientene og helsetjenestene direkte. Reduksjon i byråkrati og administrasjon og bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene er områder hvor relativt få av foretakslederne har registrert forbedringer.

I kapitlet foretas det avslutningsvis en statistisk analyse for å identifisere faktorer av betydning for oppfatningene om resultatoppnåelse. Den peker på lokal foretaksautonomi, bred lokal aksept og tillitsbaserte styringsrelasjoner som viktige betingelser for resultatoppnåelse.

Avsluttende kommentarer

Har staten som eier gjort en god jobb? Har reformen lagt til rette for en mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten? Er det skapt en god balanse mellom politisk styring på den ene siden og hensynet til helseforetakenes autonomi på den andre? Er modellen med statlig eierskap og foretaksmodell til pasientenes beste? Endelig dom over sykehusreformen kan ikke felles ennå. Debatten om organiseringen av sykehusene har fortsatt med stor styrke, også i årene etter reformen. Det stilles spørsmål ved den valgte foretaksmodellen, men heller ikke det statlige eierskapet har unngått å bli diskutert. Hittil har ikke reformen på en kraftfull måte klart å overbevise om at den er det rette svaret på sykehussektorens utfordringer. Debatten og tilpasningene i reformen etter dens formelle

iverksetting vitner om en reform som fortsatt er på veg. Tiden i støpeskjeen har ikke vært tilstrekkelig til å gi reformen en mer grunnleggende stabilitet og likevekt. Om utfordringene bare er av forbigående art eller er av grunnleggende karakter kan bare fremtiden gi svar på. Uansett er det vanskelig å forestille seg en naturlig endestasjon hvor alle utfordringene i sykehussektoren er reformert bort.

I forhold til den grunnleggende ansvarsklarhet som etter hvert utviklet seg mellom de tidligere sykehuseierne, fylkeskommunene og staten, representerer sykehusreformen en klar markering av at det nå er staten som sitter med det hele og fulle ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Sammenlignet med de 19 fylkeskommunene som tidligere hadde ansvaret for sykehusene, representerer de fem statlige helseregionene en vesentlig grad av vertikal integrering. På det lokale nivået har reformen medført en enda sterkere integrering ettersom 250 sykehus og andre helseinstitusjoner er blitt slått sammen til 33 lokale helseforetak. Sykehusreformen har muliggjort en sterk statlig sektorpolitisk styring av sykehusene. Den statlige sektorpolitiske styringen understrekes ved at lokale aktører, slik som kommunale og fylkeskommunale myndigheter, tillegges minimal innflytelse på de beslutninger som treffes. Styringen fra statens side er likevel ikke så sterk at den ikke gir armslag for ledelsen i de helseforetakene. Balansen mellom politisk styring og foretakenes autonomi er imidlertid mer preget av ustabilitet og tvetydighet enn av stabilitet og klarhet. Utviklingen etter reformen viser at balanseforholdet mellom styring og autonomi er forskjøvet i retning av en sterkere statlig styring.

Sykehusreformen har medvirket til å sette en rekke endringsprosesser på dagsorden. Den har akselerert prosessen med å samle sykehusene i store enheter. Gjennom modellen med regionale og lokale helseforetak er det lagt til rette for samarbeid og nettverksbygging på administrativt og faglig nivå på tvers av gamle institusjonelle skiller mellom sykehusene og på tvers av fylkesgrensene. Lederutvikling, nye systemer for økonomistyring og tiltak for å utvikle kvaliteten på tjenestene har vært viktige satsingsområder i årene etter reformen. Det er etablert formelle kanaler for sterkere bruker- og pasientmedvirkning gjennom regionale og lokale brukerutvalg, og det er iverksatt ulike tiltak for å effektivisere administrative stabs- og støttefunksjoner. Pasientenes tilgjengelighet til tjenestene er blitt bedret gjennom reduksjon i ventetider og ventelister – en reduksjon som ikke alene skyldes en administrativ rydding i listene. Det er økt fokus på pasientopplæring og på forsknings- og utdanningsoppgavene. De regionale helseforetakene har sammen med den sentrale helseforvaltningen vært viktige pådrivere i forhold til det omstillingsarbeid som er satt i gang etter reformen.

Sykehusreformen har også skapt nye utfordringer. Modellen med statlig eierskap og foretaksmodell stiller strenge krav til klar rolleforståelse mellom staten, de regionale helseforetakene og helseforetakene. Staten forventes å skille klart mellom sin eierrolle og myndighetsrolle, samtidig som staten må balansere sin styring med desentralisering av oppgaver og en selvstendigjøring og myndiggjøring av helseforetakene. Velger staten å overprøve beslutninger i de regionale helseforetakene som det formelt ligger til foretakene å avgjøre, kan det skape uklare ansvarsforhold. Den samme ansvarsklarhet kan oppstå om ikke staten utad klarer å tale med "en stemme". Kravet om å balansere mellom styring og autonomi gjelder også de regionale helseforetakene. De skal ha tilstrekkelig autoritet til å styre helseforetakene, men de skal ikke detaljstyre på en måte som kommer i konflikt med de fullmaktene de er gitt.

Utviklingen i årene etter reformen viser at møtet mellom foretaksmodellen og politikken handlingslogikk har vært krevende. Reformens ambisjon om et desentralisert styringssystem med vide fullmakter til de regionale og lokale helseforetakene er blitt utfordret av en mer styringsaktiv stat. Det kan observeres en utvikling hvor

autonomiseringen av helseforetakene etter hvert har gitt seg utslag i økt statlig styring og kontroll. Utfordringene forbundet med å omorganisere akutt- og fødetilbudet viser at det ikke er skapt noen armlengdes avstand mellom politikkenes sfære og helseforetakene, eller noe klart skille mellom politikk og administrasjon. Det er oppstått spenninger mellom politikkenes oppmerksomhet om det kortsiktige og dagsaktuelle og helseforetakenes ønske om langsiktighet, forutsigbarhet og strategisk planlegging. Denne utviklingen utfordrer en av reformens suksesskriterier, nemlig balansen mellom den politiske styringen og helseforetakenes autonomi.

Sentraliseringen av folkevalgt myndighet fra fylkeskommunene til Stortinget har ettertrykkelig plassert det sykehuspolitiske feltet i den parlamentariske dragkamp mellom en mindretallsregjering og vekslende flertall på Stortinget. Stortinget har ikke falt inn i en tilbaketrukket og strategisk politisk rolle slik helseforetaksmodellen og mål- og resultatstyringen legger opp til. Enkeltspørsmål som i utgangspunktet kan oppfattes som rene lokale administrative anliggender er blitt plassert høyt på den politiske dagsordenen og viet betydelig politisk oppmerksomhet. For helseministeren har et aktivt Storting ført til en krevende balansegang mellom å gi etter for press eller å forsøke å skjerme helseforetakenes autonomi. Mye tyder på at rollen som helseminister er blitt mer kompleks og eksponert for kryssende hensyn. Det statlige eierskapet har gitt helseministeren et tydeligere ansvar for sykehuspolitikken. Samtidig påvirker mediepress, et aktivt Storting og desentraliseringen av myndighet til helseforetakene statsrådets herredømme over egen tid og dagsorden.

Det formelle arrangementet, uttrykt i foretaksorganisering, foretakslov og mål- og rapporteringssystem, gir ikke entydige føringer på hvordan den politiske styringen skal utøves. Det har i årene etter reformen oppstått en dynamikk hvor helseforetakene er blitt trukket nærmere de sentrale helsepolitiske instansene. Det kan hevdes at stortingspolitikkerne i økende grad har trengt inn på helseministerens ansvarsområde, mens Helsedepartementet og øvrige deler av den sentrale helseforvaltningen i økende grad har beveget seg inn på de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Konsekvensen av denne utviklingen er at selve ideen om selvstendigjorte regionale helseforetak settes under press. Fortsetter denne utviklingen vil foretaksmodellen kunne bli en organisatorisk kulisser mer enn en reell organisasjonsform.

De regionale helseforetakene har i noe varierende grad strammet til sin styring av de lokale helseforetakene. Styringsperspektivet er etter hvert blitt mer fremtredende, men de regionale foretakene har også i noen grad fungert som en buffer mot en mer aktiv stat. Et funn i rapporten er at styringsrelasjonen mellom de regionale helseforetakene og de lokale foretakene er mer avklart, ryddig og forutsigbar enn styringsrelasjonen mellom den sentrale helseforvaltningen og de regionale helseforetakene. De regionale og lokale helseforetakene opererer langt på veg ut fra den samme administrative handlingslogikk, mens forholdet mellom staten og de regionale helseforetakene i større grad bærer preg av møtet mellom en politisk og administrativ logikk.

Sterkere styring fra statens side kan bidra til at den nasjonale helsepolitikken på en klarere måte blir fulgt opp av de regionale og lokale helseforetakene. Deres rolle som iverksettere for staten kan bli tydeliggjort. Samtidig viser observasjonene i denne rapporten at lokal autonomi er en viktig betingelse for de resultater helseforetakene oppnår. De helseforetakene som oppnår mest, slik foretakslederne vurderer det, er de foretakene som har stor handlefrihet, legitimitet og hvor ansvarsforholdene er tydelige og forutsigbare. Dermed er det ikke åpenbart at en sterkere styring fra statens side er veien å gå for å sikre bedre resultatoppnåelse lokalt. Redusert autonomi for helseforetakene kan ha en kostnadsside som også må tas med i regnestykket.

De mange rollene på statens hånd har gjort det mer påtrengende for staten å skape uavhengighet mellom rollene. Myndighetsrollen er forsøkt klargjort i forhold til eierrollen, bestillerrollen er forsøkt skilt fra utførerrollen. Tilsynsvirksomheten er blitt mer rendyrket. Den tradisjonelle integrerte organisasjonsmodellen, hvor kryssende krav og hensyn måtte brytes mot hverandre innenfor en og samme enhet, er blitt avløst av en sterkere horisontal rollespesialisering, vel og merke innenfor sektoren. Funnene i denne rapporten tyder på at denne rollespesialiseringen fører til visse samordningsproblemer, sett fra helseforetakenes ståsted. Helseforetakene vil gjerne møte én stat, men møter i stedet på et mangfold av statlige roller og institusjoner. En konsekvens av de mange statlige rollene er at statens styring kan virke sprikende slik helseforetakene opplever styringen. En annen konsekvens av oppsplittingen i roller er at samordningsansvaret skyves oppover. Når det i Helsedepartementet opprettes en egen bestilleravdeling i tillegg til eieravdelingen betyr det at mer av samordningen mellom rollene blir overlatt til departementets politiske og administrative ledelse og til Stortinget. Ansvar for helheten blir skjøvet helt til topps. Hvordan helhetsansvaret ivaretas blir ikke bare et spørsmål om kapasitet, men også om politisk vilje og evne til helhetlig prioritering og styring.

På bakgrunn av våre funn kan det være grunn til å spørre om det i forkant av reformen var tilstrekkelig prinsipiell debatt om hvordan de nye styringsordningene ville være i stand til å ivareta de mange og til dels motstridende målsettingene som reformen skulle ivareta. Det er en klar forskjell mellom debatten om sykehusreformen og debatter rundt andre forvaltningsreformer (f.eks. i kommunesektoren), der det er en løpende diskusjon om reformelementers konsekvenser for grunnleggende verdier knyttet til deltakelse, autonomi og effektivitet. Et nærliggende spørsmål er hvor velegnet det statlige eierskapet og foretaksmodellen er til å ivareta dette settet av verdier. Sykehussektoren består av en rekke kryssende hensyn som må avveies og brytes mot hverandre.

Spørsmålet om åpenhet og legitimitet lokalt og regionalt, har stått sentralt i den offentlige debatten rundt sykehusreformen. Nært knyttet til dette er diskusjonen om demokratisk underskudd i den valgte styringsmodellen. I stedet for å være et lokaldemokratisk prosjekt er sykehusene blitt sterkere integrert i den sentrale parlamentariske styringskjeden. Sakene Stortinget engasjerer seg i gir inntrykk av at den rikspolitiske dagsordenen er blitt utvidet, og at Stortinget til en viss grad kompensere for den politiske tilbaketrekning som tapet av sykehusene innebærer for fylkespolitikerne. Samtidig kan det stilles et spørsmål om hvor sterkt Stortinget styrer i forhold til overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer mellom pasientgrupper og i forhold til eierkrav om at helseforetakene skal gå økonomisk i balanse. Det kan tenkes at bruddet med lokaldemokratiet snarere forsterker en generell prosess preget av en vridning bort fra tradisjonelle borgeridealer over mot en sterkere brukerorientering. Opprettelsen av brukerutvalg og lovfesting av pasientrettigheter i forbindelse med sykehusreformen er eksempler på bevisste framstøt for å sikre pasientene og brukerne mer makt og innflytelse. Rapporten viser imidlertid at brukerutvalgenes innflytelse er relativt begrenset, særlig slik de lokale foretakslederne vurderer de lokale brukerutvalgene. Men det er også eksempler, først og fremst fra Helse Midt-Norge, på at brukerutvalgene er godt forankret og tillegges stor betydning.

Et sentralt spørsmål er om "outputorientert" legitimitet, dvs. støtte ut fra de ytelser og tjenester som gis innenfor helsevesenet, oppveier redusert "inputorientert legitimitet" som følge av at befolkningens og politikernes deltakelse og involvering i utviklingen av tjenestetilbudet tillegges mindre vekt (Scharpf 1999). Lederne i helseforetakene synes å være i tvil om hvilken forankring og legitimitet styrene for helseforetakene har i regionene og lokalsamfunnene. Opplevs beslutningsprosessene i sykehusene å være lukket for innsyn, deltakelse og innflytelse, vil heller ikke resultatene ha særlig aksept hos de som blir berørt - særlig hvis "output" eller resultatet er nedleggelse av tjenestetilbud.

Spørsmålet er om vektleggingen av den resultatbaserte legitimiteten i foretaksmodellen i større grad må suppleres med et sterkere innslag av deltakelsesbasert legitimitet, ikke bare gjennom etablering av brukerutvalg, men også i form av bedre utbygde relasjoner til kommunale og fylkeskommunale myndigheter.

Avslutningsvis kan det stilles et spørsmål om hvor dypt sykehusreformen stikker i forhold til de medisinsk-faglige miljøene. Er endringene i det politiske og administrative systemet av en slik karakter at de har styringsmessige konsekvenser for fagfolkene? Denne rapporten belyser styringsrelasjonene fra Stortinget, via den sentrale helseforvaltningen og de regionale helseforetakene, til divisjonssjefer og klinikkssjefer i de lokale helseforetakene. Hvordan styringslinjene internt i helseforetakene er påvirket av sykehusreformen sier rapporten lite om. I de lokale helseforetakene møter reformen på en medisinsk logikk preget av at helbredelse kommer foran økonomi. Manglende samsvar mellom reformlogikk og den medisinsk-faglige handlingslogikken kan føre til at sykehusreformen frastøtes eller omformes på ulike måter. Men sykehusreformen er ikke alene om å representere en mulig endringsimpuls i forhold til det medisinsk-faglige miljøet. De forholder seg også til en rekke andre reformelementer slik som finansieringssystem og fritt sykehusvalg. Hvordan disse ulike reformelementene i sum påvirker fagmiljøene er i liten grad belyst. Kan hende er endringene i den politiske og administrative overbygning så fjerne fra fagmiljøene at de mer oppfattes som rituelle endringer enn som reelle organisatoriske endringer av betydning for pasientbehandling og kvaliteten på tjenestene!

Litteratur

- Allern, E.H. og T. Kleven (2002) "Ånden som går? Om utbredelse og utforming av kommunal målstyring i Sverige, Danmark og Norge", *Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift* 3/2000:195-224.
- Aucoin, P. (1990) "Administrative Reforms in Public Management Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums" *Governance*, 3 (2):115-137.
- Barnard, Ch. (1938) *The Functions of the Executive*. Cambridge: Harvard University Press
- Bay, Ann-Helèn og Jo Saglie (2003) *I verdens rikeste land. Pressens dekning av velferdsstaten 1969-99*. Rapport 25/03. Oslo NOVA.
- Beck-Olsen, I.G. (2004) *Reorganisering – instrument eller trend? Reorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen 2001*. Hovedoppgave i statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Bentsen, E. m.fl. (1999) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Biørn, E. T. P. Hagen, T. Iversen og J. Magnussen (2002) *The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000*. HERO-rapport 2002: 8.
- Blichner, L. C. og J. P. Olsen (1986) *Spørsmål i Stortinget. Sikkerhetsventil i petroleumspolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bouckaert, G. and G. B. Peters (2004) "What is available and what is missing in the study of qangos?" I Pollitt, C. and C. Talbot (red.) *Unbundled government*. London: Routledge.
- Brunsson, N. (1989) *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Chichester Wiley.
- Brunsson, N. and J. P. Olsen (1993) *The Reforming Organization*. London: Routledge.
- Busch, T. m.fl. (red. 2001) *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2005) "The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway". I A. Andresen, T. Grønlie og S.A. Skålevåg (red.) *Hospitals, Patients and Medicine in Modern History, conference proceedings*. Bergen: Rokkansenteret. Rapport. (Kommende)

- Byrkjeflot, H. og T. Grønlie (2004) *Det regionale helseforetaket, et overgangsfenomen i en utvikling fra velferdslokalisme til sentralstatlig styring?* Notat presentert på den 1.nasjonale helseforskerkonferanse, Hurdalsjøen, 14-15. oktober.
- Byrkjeflot, H. and S. Neby (2003) *The decentralized path revisited. Nordic health care reforms in a historical-comparative perspective.* Paper presented at the 17th. Nordic Conference on Business Studies, Reykjavik, 14.-16 August 2003.
- Carlsen, F. (1995) "Hvorfor rammefinansieringssystemet sviktet. En case-studie av budsjettprosessen i Sør-Trøndelag fylkeskommune 1987-91". *Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift*, (11), 2.
- Christensen, T. (1994) *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen.* Oslo: TANO
- Christensen, T. (2003) "Narratives of Governance in Norway Elaborating the Strong State." *Public Administration*, 81, (1):163-190.
- Christensen, T. og P. Lægreid (1998) *Den moderne forvaltning.* Oslo. Tano: Aschehoug
- Christensen, T. og P. Lægreid (2001a) *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice.* Aldershot Ashgate.
- Christensen, T. and P. Lægreid (2001b) "New Public Management. The effects of contractualism and devolution on political control." *Public Management Review*, 3 (1):73-94.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2001c) "New Public Management i norsk statsforvaltning", i B.S. Tranøy og Ø. Østerud (red.) *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2002) *Reformer og lederskap. Omstillinger i den utøvende makt.* Oslo: Scandinavian University Press.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2003) "Politisk styring og privatisering. Holdninger i elite og i befolkningen". *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 19(4):385-411
- Christensen, T., P. Lægreid og P.G. Roness (2002): "Increasing Parliamentary Control of the Executive? New Instruments and Emerging Effects". *Journal of Legislative Studies*, Vol. 8, No. 1:37-62.
- Christensen, T., P. Lægreid, P. Roness og K.A. Røvik (2004) *Organisasjonsteori for offentlig sektor.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., M. Egeberg, H. O. Larsen, P. Lægreid og P. Roness (2002) *Forvaltning og politikk.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., S. B. Helgesen og P. Lægreid (2001) "En revitalisert Riksrevisjon", i B.S. Tranøy og Ø. Østerud (red.) *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, T., P. Lægreid og I.M. Stigen (2004) *Performance management and public sector reform. The Norwegian hospital reform.* Paper presentert på EGPA konferansen, Ljubljana, 1-4. september.

- Cohen, M.D, March, J. og Olsen, J. P. (1972): "A Garbage Can Model of Organizational Choice". *American Political Science Review* 73:967-986
- Danielsen, Å., T.P. Hagen og R.J. Sørensen (2004) "Den norske sykehusreformen: Hva som er galt, og hvordan den kan forbedres?" *Økonomisk forum*, nr. 8:36-42
- Egeberg, M (1984) *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Egeberg, M. (1997) "Verdier i statsstyre og noen organisatoriske implikasjoner". I T. Christensen og M. Egeberg (red.) *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Egeberg, M. (red.) (1989) *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til anvendt statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eggertsson, T. (1990) *Economic behavior and institutions*. Cambridge University Press.
- Eide, M. og G. Hernes (1987) *Død og pine! Om massemedia og helsepolitikk*. Oslo: FAFO.
- Eriksen, E. O og J. Weigård (1993) "Fra statsborger til kunde Kan relasjonen mellom innbyggerne og det offentlige reformuleres på grunnlag av nye roller?" *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 9 (2): 111-13.
- Finstad, N. (1998): "The Rhetoric of Organizational Change." *Human Relations vol 51, no 6*.
- Finstad, N. (2000) "Ansvarliggjøring og myndiggjøring som endringsmulighet". I T. Dahl, N. Finstad og T.O. Moe (red.) *Tid for forandring. Arbeidsgiverpolitikk i kommunesektoren*. Oslo: Kommuneforlaget
- Finstad, N. m.fl. (2001) *Regionale helseplaner. En evaluering av planprosess og innhold*. Upublisert undervegsnotat NIBR, RF-Rogalandsforskning og Nordlandsforskning.
- Finstad, N. (2004) *Organisering og styring i helseforetakene*. Arbeidsnotat. Nordlandsforskning.
- Gammelsæter, H. og D.O. Torjesen (2005) Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket. (Kommer i Nordiske Organisasjonsstudier). Se også: Gammelsæter, H. og D.O. Torjesen (2004) *Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital*. Rokkansenteret Workingpaper 1-2004.
- Grøndahl, Ø. og T. Grønlie (1995) *Fristillingens grenser. Statsaksjeselskapet – styringsproblemer og reformprosesser gjennom 50 år*. Bergen.
- Grønlie, T. (1989) *Statsdrift. Staten som industrieier i Norge 1945-63*. Oslo.
- Grønlie, T. (2000) "Statlig eierskap – hvem styrer statsaksjeselskapene?" Rapport fra Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, *Eierskap og makt – konferanserapport*. Rapport nr. 11.

- Grønlie, T. (2001) "Mellom politikk og marked – organisering av statlig næringsdrift". I B.S. Tranøy og Ø. Østerud (red.) *Den fragmenterte staten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grønlie, T. (2004a) "Norwegian general hospitals 1970-2002 County ownership – an interlude between welfare localism and state direction". In A. Andersen og T. Grønlie, red. *Hospitals, patients and medicine in modern history*. Bergen: Rokkan Centre, report.
- Grønlie, T. (2004b) *Arven fra fortiden – sykehusreformen i historisk perspektiv*. Foredrag på styreseminar i Helse Nord, Tromsø, 13.10 2004.
- Grønlie, T. og P. Selle (red.) (1998) *Ein stat? Om fristillingas fire ansikt*. Oslo: Samlaget.
- Gulick, L. (1937) "Notes on the Theory of Organizations." I L. Gulick and L. Urwick (eds.) *Papers on the Science of Administration*. New York: A.M. Kelley.
- Hagen, T. P. (1998) "Staten, fylkeskommunane og sjukehusa Trekantdrama utan ende?", i H. Baldersheim (red.) *Kan fylkeskommunen fornyast?* Oslo: Det Norske Samlaget.
- Hagen, T.P. og O. Bukve (1993) "Styret i kommunal verksemd", i T. Reve og T. Grønlie (red.) *Styrets rolle*. Oslo:TANO
- Hagen, T.P, T.M. Myrvold, S.Opedal, I.M. Stigen og H.S. Østtveiten (1999) *Parlamentarisme eller formannskapsmodell? Det parlamentariske styringsystemet i Oslo, sammenliknet med formannskapsmodellene i Bergen, Trondheim og Stavanger*. NIBRs Pluss-serie 3-99
- Hagen, T. P., T. Iversen og J. Magnussen (2001) *Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?* Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. HERO-skriftserie 2001: 5.
- Hagen, T. P. og O. M. Kaarbøe (2004) "The Norwegian Hospital Reform of 2002 Central government takes over ownership of public hospitals". *HORN Working Paper 2004 1*. Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo.
- Hallingstad, R. (2004) *Regional styring av helseforetak. En sammenlignende studie av Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF*. Hovedfagsoppgave ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Hanf, K. og A. Underdal (1998) "Domestication International Commitments Linking National and International Decision Making", I A. Underdal (ed.) *The Politics of International Environmental Management*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hansen, F. H. (1974) *Vekstprosesser i helsesektoren – en undersøkelse av beslutningssystemer og beslutningsprosesser i sykehusvesenet*. Hovedoppgave, Universitetet i Bergen.
- Hansen, F. H. (2002) *Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår*. SINTEF Unimed, rapport 3/01.

- Hansen, T. (red) (1985) *Offentlige budsjettprosesser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, T. (red.) (2003) *Mellom politiske prinsipper og lokal pragmatisme. Kommunesammenslutningenes legitimeringsgrunnlag*. NIBR-rapport 2003 10.
- Hart, O. (1995) "An Economist's Perspective on the Theory of the Firm." I O. Williamson (ed.) *Organization Theory. From Chester Bernard to the Present and Beyond*. New York: Oxford University Press.
- Herfindal, S. (2004) *Veien frem til sykehusreformen – en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. Hovedfagsoppgave. Institutt for Administrasjon og Organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Hood, C. (1991) "A Public Management for all Seasons?" *Public Administration*, 69 (Spring):3-19.
- Hovik, S. og S. Opedal (2004) *Mer effektiv sykehusstruktur med staten som eier?* Upublisert arbeidsnotat. Norsk institutt for by- og regionforskning og Rogalandforskning.
- Hovik, S. og I.M. Stigen (2004) *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for Kommunal og Regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-notat 2004:124
- Hovik, S. og T. Lie (2004) *Resultater av sykehusreformen – hvilke og hvorfor?* Paper til nasjonal forskerkonferanse om ledelse og organisering i helsetjenesten, Hurdal 14.-15.oktober 2004.
- Huseby, B. (red.) (2004) *Samdata Somatikk 2003. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003* SINTEF Helse Rapport 1/04. Trondheim
- Jacobsen, D.I. og J. Thorsvik (1997) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsson, (2001) *Hur styrs regjeringkanselliet? Om prosedurer, prat och politik*. Stockholm Score, Working paper 2001 8.
- Jørgenvåg, R. (2004) "Tilgjengelighet (ventetider)", i Huseby, B. (red.) (2004) *Samdata Somatikk 2003. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003*. SINTEF Helse Rapport 1/04. Trondheim.
- Kalseth, J. (2003) *Samdata Sykehus rapport. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2002*. SINTEF Unimed rapport 04/03. Trondheim
- Kingdon, J. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York: The Free Press
- Kjekshus, L. E. (2004) *De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003*. SINTEF-rapport STF 78 A045005.
- Kjellberg, F. og M. Reitan (1995) *Studiet av offentlig politikk – en innføring*. Oslo: Tano.
- Klausen, K. K. (1996) *Offentlig Organisation, Strategi og Ledelse*. Gylling: Odense Universitetsforlag.

- Klausen, K. K. (2001) "NPM – en fortolkningsramme for reformer". I Busch, Tor et al. 2001. *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kragh Jespersen, P. (2001a) "Health Care Policy". I H. Jørgensen: *Consensus, Cooperation and Conflict - The Policy Making Process in Denmark*. London: Edward Elgar 2002.
- Kragh Jespersen, P. (2001b) "Kontraktstyring i sykehusvæsenet: Økonomisk styringsverktøy eller systematisk dialog?" *NOLK*, 26/5.
- Krasner, S. (1988) "Sovereignty. An Institutional Perspective." *Comparative Political Studies* 21: 66-94.
- Kuhnle, S. og L. Svåsand (1984) "Spørreordningene og politiske profiler i Stortinget 1977-1981". I O. Berg og A. Underdal (red.) *Fra valg til vedtak*. Oslo: Aschehoug.
- Lane, J. E. (1992) *The Public Sector. Concepts, Models and Approaches*. London: Sage.
- Larsen, H. O. og A. Offerdal (1990) *Demokrati uten deltakere? Arbeidsvilkår og lederroller i kommunepolitikken*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Levitt, B. and March J.G. (1995) "Barnard and the Intelligence of Learning", i O. Williamson (ed.) *Organization Theory. From Chester Barnard to the Present and Beyond*. New York: Oxford University Press.
- Lie, J.M. (2001) *Lederskap i reorganiseringsprosesser. Entreprenørskap, hykleri eller statsmannskunst?* Hovedoppgave, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Lowi, T. (1964) "American business, public policy, case studies, and political theory", *World Politics* 16:677-715.
- Lowi, T. (1972) "Four systems of Policy, Politics and Choice". *Public Administration Review* 32:298-310.
- Lunder, J. K. (2002) *Sentralisering og fristilling. Et resultat av instrumentalitet eller institusjonelle faktorer? En reorganiseringsstudie av sykehusreformen 2000-2001*. Hovedfagsoppgave i statsvitenskap, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Lundquist, L. (1987) *Implementation Steering. An Actor-Structure Approach*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundquist, L. (1988) *Byråkratisk etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lægreid, P. og J.P. Olsen (1978) *Byråkrati og beslutninger*. Bergen: Universitetsforlaget
- Lægreid, P. (1989) "Personellressurser og identifikasjon", i J.P. Olsen (red.) *Petroleum og politikk*. Oslo:TANO
- Lægreid, P. og O. K. Pedersen (1999) *Fra opbygning til ombygning av staten*. København: Jurist- og Økonomforbundets forlag.

- Lægheid, P. og P. G. Roness (2001) "Administrative Reform Programmes and Institutional Response in Norwegian Central Government." I J. J. Hesse, C. Hood and B. G. Peters (eds.) *Paradoxes in Public Sector Reforms*. Berlin: Ducker and Humbolt.
- Lægheid, P., S. Opedal og I. Stigen (2003) *The Norwegian Hospital Reform. Balancing political control and enterprise autonomy*. Paper presentert på den 17. Conference on Business Studies, Reykjavik, 14.-16 August 2003. Kommer i Journal of Health Politics, Policy and Law.
- Lægheid, P., S. Opedal og I. M. Stigen (2004) *Den norske sykehusreformen – mer sentral politisk styring enn fristilling?* Paper lagt fram på den 1. nasjonale forskerkonferanse om ledelse og organisering i helsetjenesten, Hurdalsjøen 14.–15. oktober 2004. Kommer i tidsskriftet *Nordiske Organisasjonsstudier*.
- March, J. and J. P. Olsen (1976) *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget
- March, J. and J. P. Olsen (1989) *Rediscovering Institutions*. New York: The Free Press.
- Martinussen, P. E. og B. Paulsen (2003) *Fra eier til ombud – ny rolle for fylkespolitikkerne etter statlig overtakelse av sykehusene*. Rapport STF78 A035010. Trondheim SINTEF-Unimed Helsetjenesteforskning.
- Martinussen, P. og B. Paulsen (2004) "Nedlegging av en politisk arena. Fylkeskommunal helsepolitikk før statlig overtakelse av sykehusene". *Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift* vol. 20:339-364.
- Martinussen, P. E. og T. P. Hagen (2005) *Ventetider og alvorlighet ved dagkirurgiske inngrep*. Upublisert notat. SINTEF Helse / Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- Midttun, L. og T.P. Hagen (2005) *The private-public mix of specialist health services in a decentralized NHS-model: The case of Norway*. Paper presentert på Nasjonal fagkonferanse i statsvitenskap, Hurdalsjøen, 5.-7. januar 2005
- Moe, T. (1995) "The Politics of Structural Choice: Toward a Theory of Public Bureaucracy". I O. Williamson (ed.) *Organization Theory. From Chester Barnard to the Present and Beyond*. New York: Oxford University Press
- Møller Pedersen, K. (2002) *Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform*. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, HERO-skriftserie 2002: 7.
- Nordby, T. (2000) *I politikkens sentrum. Variasjoner i Stortingets makt 1914-2000*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P (red) (1978) *Politisk organisering*. Bergen, Oslo, Stavanger, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (1983) *Organized Democracy*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (1988) *Statsstyre og institusjonsutforming*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Olsen, J. P. (1992) "Analyzing Institutional Dynamics." *Staatwissenschaften und Staatspraxis*, 2: 247-271.
- Olsen, J. P. (1998) "Offentlig styring i en institusjonsforvirret tid." *Nytt Norsk Tidsskrift*, 5(1): 7-20.
- Olsen, J. P. og H. Sætren (1980) *Aksjoner og demokrati*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Opedal, S. (2005) *Statens eierstyring av helseforetakene – balansegang mellom stortingsaktivisme og foretaksautonomi*. Paper presentert på Nasjonal fagkonferanse i statsvitenskap, Hurdalssjøen 5.-7. januar 2005.
- Opedal, S. og H. Rommetvedt (2005), "Sykehus på Løvebakken. Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen". *Tidsskrift for samfunnsforskning*, årg. 46, nr. 2.
- Opedal, S. og I. Stigen (red.) (2002a) *Evaluering av regionalt helsesamarbeid*. Sluttrapport. NIBR-rapport 2002:22.
- Opedal, S. og I. Stigen (2002b) *Statlige sykehus. Kan styringseffektiviteten bedres?*, Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram. HERO skriftserie 2002:12.
- Opedal, S. og I. Stigen (red.) (2003) *Evaluering av sykehusreformen. Presentasjon av spørreundersøkelsen 2003*. Upublisert arbeidsnotat.
- Ose, S. O. og J. Magnussen (2004) "Effektivitetsutviklingen". I Huseby, B. (red.) (2004) *Samdata Somatikk 2003. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003*. SINTEF Helse Rapport 1/04. Trondheim.
- Pfeffer, J. (1983) "Organizational Demography", i L.L. Cummings and B.M. Staw (eds.) *Research in Organizational Behavior*, vol.5:299-357. JAI Press.
- Pollitt, C. (1990) *The New Managerialism and The Public Services: The Anglo American Experience*. Oxford: Basil Blackwell.
- Pollitt, C. (1995) "Justification by Works or by Faith". *Education*, Vol. 2 (2):133-154.
- Pollitt, C. (2003) *The essential public manager*. Maidenhead and Philadelphia: Open University Press/McGraw.
- Postnett, John (2002) Are bigger hospitals better? In McKee, M., and Judith Healy: *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press.
- Power, M. (1997) *The Audit Society*. Oxford: Oxford University Press.
- Pressman J. L. and A. Wildawsky (1984) *Implementation*. (3. utgave). Berkely: California University Press.
- Rasch, B. (red.) (1993) *Symbolpolitikk og parlamentarisk styring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Rasch, B. E. (1994) "Question Time in the Norwegian Storting Theoretical and Empirical Considerations". I M. Wiberg (red.) *Parliamentary Control in the Nordic Countries*. Helsinki: The Finnish Political Science Association.
- Reve T. og T. Grønlie (red.) *Styrets rolle*. Oslo:TANO
- Rodden, J. (2002): "The Dilemma of Fiscal Federalism: Grants and Fiscal Performance around the World". *American Journal of Political Science*, Vol. 46. Nr. 3: 670 – 687.
- Rodden J., Eskeland G. & J. Litvack (2003): " Introduction and Overview". I Rodden J., Eskeland G. & J. Litvack (red): *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*. Cambridge Mass: MIT Press
- Rommetvedt H. (2002) *Politikkens almenngjøring og den ny-pluralistiske parlamentarismen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rommetvedt, H (2003) *The Rise of the Norwegian Parliament*. London: Frank Cass.
- Roness, P. (1997) *Organisasjonsendringer. Teorier og strategier for studier av endringsprosesser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rubecksen, K. (2004): *Politisk styring og institusjonell autonomi – en komparativ studie av norske tilsynsorganer*. Paper presentert på Nasjonal fagkonferanse i statsvitenskap, Hurdalsjøen, 5.-7. januar 2005
- Sahlin-Andersson, K. (2001) "National, International and Transnational Constructions of New Public Management " I T. Christensen og P. Lægred (red.) *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot Ashgate.
- SAMDATA (2003) *Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen*. Rapport SINTEF Helse 4/03.
- Scharpf, F. (1999) *Governing in Europe Effective and Democratic?* Oxford: Oxford University Press
- Schiøtz, A. (2003) *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesen i Norge*, bind 2, Oslo.
- Scott, R. W. (1981) *Organizations Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, N.J Prentice Hall.
- Sejersted, F. (2003) "Om Stortingets kompetanse til å regjere over regjeringen." *Nytt Norsk Tidsskrift*, (3) 20: 281-296.
- Selznick, P. (1957) *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. New York: Harper and Row.
- Simon, H. A. (1957) *Administrative Behavior*. New York: Free Press.
- Slåttbrekk, O. V. og H. P. Aarseth (2003) "Aspects of Norwegian hospital reforms". I *Eurohealth*, 9, 2.

- Statskonsult (1998) *I godt selskap? Statlig eierstyring i teori og praksis*. Rapport nr. 21.
- Statskonsult (1999) *Statlig eierskap og sektorstyring*. Rapport nr. 16.
- Statskonsult (2001) *I god form. Tilknytningsformer i staten*. Rapport 24.
- Statskonsult (2003), *Forvaltningsutsyn. Staten – Fakta om struktur, størrelse og endring*, Rapport 2003:15.
- Stavang, P. (1999) *Storting og regjering. Om instruksar frå Stortinget til regjeringa*. Bergen: Alma Mater/Fagbokforlaget.
- Stigen, I.M. (1989) ”Demografisk profil og mulige effekter av denne. En analyse av kollegiale organer knyttet til etatenes sentralledelse”. I M. Egeberg (red.): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. TANO AS.
- Stigen, I. M. (2004a) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Upublisert arbeidsnotat. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Stigen, I. M. (2004b) *Foretaksstruktur og formell organisering i sykehussektoren*. Upublisert arbeidsnotat. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Stortinget (2004) *Årsrapport 2003. Stortingets administrasjon*.
- Strand, T. (1978) ”Staten og kommunane: Standardisering, hjelp og sjølvhjelp”, i J.P. Olsen (red.) *Politisk organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, R. (2002) ”Er det nok å la ledere lede – eller må de presses? Bruk av eierskap, kontrakter og konkurranse i offentlig tjenesteyting.” *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* vol 18/4:379-392
- Torjesen, D. O. (2004) ”*The Making of Norwegian DRGs. Oversetting og adoptering av DRG-systemet i norske sykehus – fra kvalitetssystem til finansieringssystem*” (Translation and adaptation of the DRG-system in Norwegian hospitals – from quality system to financing system). Paper til dr.polit. seminar, Finse, April 19-20.
- Torjesen, D. O. (2005) *Helseforetaksledere mellom byråkrati og klinikk*. Working Paper, Rokkansenteret. (Under utgivelse),
- Tranøy, B. S. og Ø. Østerud (red) (2001) *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vabo, S. (1993) ”*Profesjonelle*” *sykehusstyrer i Oslo – en effektstudie*. Hovedoppgave. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Vabo, S. (2000) ”Kommunale demokratiltak – alternativ til den representative kanalen?” I Å. Johnsen, L. A. Loe og S.Vabo (red.) *Styring og medvirkning i lokalforvaltningen*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Vabo, S., G.S. Hanssen og J.E. Klausen (2004) ”Demokrati og deltakelse i urbane policynettverk – erfaringer fra Norge.” *Politica*, årg. 36, nr. 2 2004: 164-180.

- Vareide, P. (2001) *Sykehusreformen Et hamskifte i styring av helsetjenestene*. SINTEF Unimed.
- Veenswijk, M. B. and Jan L. M. Haakvoort (2002) "Public Private Transformations. Institutional shifts, cultural changes and altering identities. Two Case Studies." *Public Administration*, 80 (3): 535-555
- Verhoest et.al. (2003) *The study of organizational autonomy. A conceptual and methodological review*. Paper presented for Seminar on organizational forms, autonomy and control in the public sector. Bergen, 1.-2. December 2003.
- Weber, M. (1971) *Makt og byråkrati*. Oslo:Gyldendal
- Williamson, O.E (1995) *Organization Theory. From Chester Bernard to the Present and Beyond*. New York: Oxford University Press.
- Williamson, O.E. (1996) "Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations", i P. Buckley and J. Michie: *Firms Organization and Contracts: a reader in industrial organization*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, J. Q. (1973) *Political Organizations*. New York: Basic Books.
- Wolf, Klaus Dieter (2002) "Contextualizing Normative Standards for Legitimate Governance beyond the State". I Jürgen R. Grote and Bernard Gbikpi (eds.), *Participatory Governance. Political and Societal Implications*. Opladen: Leske & Budrich.
- Østerud, Ø, F. Engelstad og P. Selle (2003) *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aardal, Bernt (2003) "Det første valg i et nytt årtusen", i B. Aardal (red.) *Velgere i villrede....* Oslo: Damm.
- Aarsæther, N. og S.I.Vabo (2002) *Fristilt og velstyrt? Fokus på kommune-Norge*. Oslo: Samlaget.

Offentlige dokumenter og øvrige kilder

- Besl. O. nr. 67 (1997-98) *Lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern*.
- Besl. O. nr. 123 (2000-2001) *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*.
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002), Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2002 vedkommende Sosial- og helsedepartementet*.
- Budsjett-innst. S. nr. II (2001 – 2002): Innstilling fra finanskomiteen om Revidert Nasjonalbudsjett 2002*.
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003), Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)*.

- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004), Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2004 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16).*
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005), Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16).*
- Dokument nr. 8:36 (1999-2000), Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om etablering av nye sengeplasser ved medisinske avdelinger i norske sykehus.*
- Dokument nr. 8:36 (2000-2001), Forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kapittel 2790, post 72, sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge.*
- Dokument nr. 8:45 (2000-2001), Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å bevilge 1.000 mill. kroner til utnyttelse av ledig behandlingsskapasitet ved offentlige og private sykehus i Norge.*
- Dokument nr. 8:26 (2001-2002), Forslag fra stortingsrepresentantene Asmund Kristoffersen, Bjarne Haakon Hanssen, Olav Gunnar Ballo og Ola D. Gløtvold om sluttoppgjør mellom staten og fylkeskommunene som følge av statens overtakelse av sykehusene mv.*
- Dokument nr. 8:107 (2001-2002), Forslag fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold, Eli Sollied Øveraas og Sigbjørn Molvik om åpenhet i saksbehandlingen i de regionale helseforetakene.*
- Dokument nr. 8:85 (2002-2003) Forslag fra stortingsrepresentantene Ola D Gløtvold, Odd Roger Enoksen, Jorunn Ringstad og Åslaug Haga om at større endringer i struktur, lokalisering og kapasitetsforhold innen spesialisthelsetjenesten forelegges Stortinget til behandling*
- Dokument nr. 8:89 (2002-2003) Forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen, Sigbjørn Molvik, Heidi Grande Røys, Geir-Ketil Hansen, May Hansen og Audun Bjørlo Lysbakken om innføring av en nasjonal helseplan.*
- Dokument nr. 8:136 (2002-2003), Forslag fra stortingsrepresentantene Magnhild Meltveit Kleppa og Arne Braut om en særskilt kompensasjon til Sør-Trøndelag fylkeskommune i forbindelse med utbyggingen av Regionsykehuset i Trondheim (RiT) 2000.*
- Dokument nr. 8:10 (2003-2004), Forslag fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold, Morten Lund og Åslaug Haga om dekning av opparbeidet gjeld i helseforetakene for 2002 og 2003.*
- Helsedepartementet (2003) *Revidert styringsdokument 2003 -styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst. 25.6.2003.*
<http://odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/korrespondanse/042031-110004/index-dok000-b-n-a.html>

- Helsedepartementet (2004) *Rolleutvalgets rapport*
- Helsedirektoratet (1995) *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesteten*. Trykksak IK-2482.
- Helsedirektoratet (1999) *National Strategy for Quality Improvement in Health Care*. Kort versjon. Trykksak IK-2564.
- Helsedirektoratet (2003) ”...og bedre skal det bli!” Nettpublikasjon (<http://www.shdir.no/index.db2?id=10833>).
- Helsetilsynet (2004) *Tilsyn med kodepraksis*. Rapport fra Helsetilsynet 10/2004. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Innst.S .nr.237 (1996-97) *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Tilgjengelighet og faglighet)*.
- Innst. O. nr. 118 (2000-2001) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.*
- Innst.S.nr.300 (2000-2001) *Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap*.
- Innst. S. nr 255 (2001 – 2002): *Innstilling fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*.
- Innst. S. nr. 260 (2002-2003) *Innstilling fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003*.
- Innst. S.nr.88 (2003-2004) *Innstilling fra sosialkomiteen om endringer under enkelte kapitler på statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2003 under Helsedepartementet*.
- Inst. S. nr 250 (2003 – 2004): *Innstilling fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*.
- Lov om statsforetak 30.aug. Nr. 71. 1991.
- NOU 1991:26 *Om bruk av styrer i statlige virksomheter*
- NOU 1991:8 *Lov om statsforetak*.
- NOU 1996:5 *Hvem skal eie sykehusene?*
- NOU 1998:9 *Hvis det haster.....*
- NOU 1999:15 *Hvor nært skal det være?*
- NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*.
- NOU 2003:34 *Mellom stat og marked. Selvstendige organisasjonsformer i staten*.
- OECD, ”Norway. Preparing for the Future Now”, *Reviews of Regulatory Reform*. Paris, 2003.

- Ot.prp. nr. 48 (1997-98) *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern*
- Ot.prp. nr. 32 (1990-1991) *Om lov om statsforetak.*
- Ot.prp. nr. 25 (1999-2000) *Lov om fylkeskommunale sykehusselskaper.*
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).*
- Sosialdepartementet (1990) *Ledelse i sykehus*
- Sosial- og Helsedepartementet (1996) *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering.*
- Sosial- og Helsedepartementet (2001) *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*
- St. meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusbygging m.v i et regionalisert helsevesen.*
- St. meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*
- St.meld. nr. 44 (1995-96) *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering*
- St. meld. nr. 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.*
- St. meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap.*
- St. meld. nr. 22 (2001-2002) *Et mindre og bedre statlig eierskap.*
- St. meld. nr. 4 (2003-2004) *Anmodnings- og utredningsvedtak i stortings sesjonen 2002-2003.*
- St. meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten.*
- St. prp. nr. 59 (2001-2002) *Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002.*
- St. prp. nr. 65 (2002-2003) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003.*
- St. prp. nr. 1, Tillegg nr. 4, 2001-2002 *Om endringer av St.prp. nr. 1 (2002-2003) Helsedepartementet.*
- St. prp. nr. 1 (2003-2004) *Statsbudsjettet for 2004.*
- St. prp. nr. 1 (2004- 2005) *Statsbudsjettet for 2005.*

Vedlegg 1

Vedlegg kapittel 3

Vedleggstabell 3.1. Oversikt over helseforetak, sykehus og fylkestilknytning

Foretak	Inkluderer tidligere sykehus (2001)	Fylke	Antall
<i>Helse Øst RHF</i>			
Aker Universitets-sykehus HF	Aker sykehus Ski sykehus Gaustad sykehus	Oslo Akershus Oslo	3
Akershus Universitetssykehus HF	Sentralsykehuset i Akershus Stensby sykehus	Akershus Akershus	2
Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum sykehus Blakstad sykehus	Akershus Akershus	2
Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold- Halden Sykehuset Østfold- Askim Sykehuset Østfold- Moss Sykehuset Østfold- Fredrikstad Sykehuset Østfold- Sarpsborg	Østfold Østfold Østfold Østfold Østfold	5
Sykehuset Innlandet HF	Oppland sentralsykehus - Lillehammer Oppland sentralsykehus - Gjøvik Sentralsjukehuset i Hedmark – Elverum Sentralsjukehuset i Hedmark – Hamar Tynset sjukehus Kongsvinger sjukehus Sanderud sykehus	Oppland Oppland Hedmark Hedmark Hedmark Hedmark Hedmark	7
Sunnaas sykehus HF	Sunnaas Sykehus	Oslo	1
Ullevål Universitets-sykehus HF	Ullevål sykehus Dikemark sykehus	Oslo Akershus	2
			21
<i>Helse Sør RHF</i>			
Blefjell sykehus HF	Kongsberg sykehus Notodden sykehus Rjukan sykehus	Buskerud Telemark Telemark	3
Psykiatrien i Vestfold HF		Vestfold	
Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF	Rikshospitalet Spesialsykehuset for epilepsi Spesialsykehuset for rehabilitering – Kysthospitalet Spesialsykehuset for rehabilitering – Kongsgård sykehus Geilomo barnesykehus Radiumhospitalet	Oslo Bærum Vestfold Vest-Agder Buskerud Oslo	6

forts. vedleggstabell 3.1.

Foretak	Inkluderer tidligere sykehus (2001)	Fylke	Antall
Ringerike sykehus HF	Ringerike sykehus	Buskerud	1
Sykehuset i Buskerud HF	Buskerud sentralsykehus	Buskerud	1
Sykehuset i Vestfold HF	Sentralsykehuset i Vestfold – Tønsberg Sentralsykehuset i Vestfold – Larvik Sentralsykehuset i Vestfold – Sandefjord Sentralsykehuset i Vestfold - Horten	Vestfold Vestfold Vestfold Vestfold	4
Sykehuset Telemark HF	Telemark sentralsykehus – Skien Telemark sentralsykehus - Porsgrunn Kragerø sykehus	Telemark Telemark Telemark	3
Sørlandet sykehus HF	Aust-Agder sentralsykehus Vest-Agder sentralsykehus Mandal sykehus Lister sykehus	Aust-Agder Vest-Agder Vest-Agder Vest-Agder	4
			22
<i>Helse Vest RHF</i>		<i>Fylke</i>	
Helse Bergen HF	Haukeland sykehus Fylkessjukehuset på Voss Kysthospitalet Hagevik Sandviken sykehus	Hordaland Hordaland Hordaland Hordaland	4
Helse Fonna HF	Fylkessykehuset i Haugesund – Haugesund Fylkessykehuset i Haugesund - Sauda Fylkessykehuset på Stord Fylkessjukehuset i Odda Valen sjukehus	Rogaland Rogaland Hordaland Hordaland Hordaland	5
Helse Stavanger HF	Sentralsjukehuset i Rogaland - Stavanger Sentralsjukehuset i Rogaland - Eigersund Rogaland psykiatriske sjukehus	Rogaland Rogaland Rogaland	3
Helse Førde HF	Sentralsjukehuset i Sogn og fjordane - Førde Sentralsjukehuset i Sogn og fjordane - Florø Fylkessjukehuset i Nordfjordeid Fylkessjukehuset i Lærdal	Sogn og Fj. Sogn og Fj. Sogn og Fj. Sogn og Fj.	4
			16

forts. vedleggstabell 3.1.

<i>Helse Midt-Norge HF</i>			
Helse Nord-Trøndelag HF	Innherrred sykehus, Levanger Namdal sykehus, Namsos	Nord-Tr. Lag Nord-Tr. Lag	2
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Fylkessjukehuset i Molde Fylkessjukehuset i Kristiansund	Møre og Romsdal Møre og Romsdal	2
Helse Sunnmøre HF	Sentralsjukehuset i Møre- og Romsdal, Ålesund Fylkessjukehuset i Volda	Møre og Romsdal Møre og Romsdal	2
St. Olavs hospital HF	Regionsykehuset i Trondheim – Trondheim Regionsykehuset i Trondheim - Røros Orkdal sanitetsforenings sykehus	Sør-Trøndelag Sør-Trøndelag Sør-Trøndelag	3
Rusbehandling Midt-Norge HF			
			9
<i>Helse Nord RHF</i>			
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Regionsykehuset i Tromsø	Tromsø	1
Hålogalandssykehuset HF	Harstad sykehus Narvik sykehus Stokmarknes sykehus	Tromsø Nordland Nordland	3
Helse Finnmark HF	Hammerfest sykehus Kirkenes sykehus	Finnmark Finnmark	2
Nordlands-sykehuset HF	Nordland sentralsykehus Nordland psykiatriske sykehus Lofoten sykehus	Nordland Nordland Nordland	3
Helgelands-sykehuset HF	Rana sykehus Vefsn sykehus Sandnessjøen sykehus	Nordland Nordland Nordland	3
Totalt			81

Vedlegg 2

Vedlegg kapittel 6

Vedleggstabell 6.1. *Ledelsesbetingelser og styringsrelasjoner (Divisjonsdirektører, klinikkssjefer og avdelingssjefer) 2004*

	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Alle
Resultatansvar	Gjennomgående fullt innkjøp utstyr og disponering av lokaler	Gjennomgående - innkjøp utstyr og disponering av lokaler	Fullt	Fullt	Begrenset, spesielt innkjøp av utstyr og disponering av senger	Stort
Autonomi	Stor, unntatt disponering av budsjett, lokaler og org. struktur	Stor, unntatt disponering av senger og lokaler	Stor	Stor	Begrenset, spesielt disponering av senger, innkjøp og organisasjonsstruktur	Omfattende
Verdi-orientering	Mest fornyelse og innovasjon Minst kontinuitet og helsefaglige tradisjoner	Mest fornyelse og innovasjon Minst kontinuitet og helsefaglige tradisjoner	Mest overskride sektorgrenser og utvikle nettverk, minst kontinuitet	Mest styrke bruker-demokrati	Minst lojale overfor overordnet ledelse. Mest kontinuitet og helsefaglige tradisjoner	Offentlig innsyn
Organisatorisk identifikasjon	Pasienter Lokalt HF Egen klinikk	Egen klinikk Lokalt HF.	Egen klinikk Minst eget fag	Regionalt HF Pasientene	Minst regionale HF. Mest eget fag	Egen klinikk
Arbeidsformer og styringsrelasjoner	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom. Uformell styring undergraver helhetlig resultatansvar	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom. Uformell styring undergraver helhetlig resultatansvar	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom Uformell styring undergraver helhetlig resultatansvar	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom Uformell styring undergraver helhetlig resultatansvar	Svært lite øk. samarbeid Svært mye uformell styring Lite involvering i beslutningstaking Ledelse på distanse (RHF)	Dialog og samarbeid
Betydning av sykehusreformen	Mer byråkrati Mer fokus på effektivitet og kostnads-hensyn Mye motstand Manglende leder autonomi	Mer byråkrati Mer fokus på effektivitet og kostnads-hensyn	Større handlingsrom som leder Mer fokus på effektivitet og kostnads-hensyn	Bedre organisering Større handlingsrom som leder Mer fokus på effektivitet og kostnads-hensyn	Mer byråkrati Svært mye fokus på effektivitet og kostnads-hensyn Manglende lederautonomi	Mer fokus på effektivitet og kostnads-hensyn

Vedleggstabell 6.2. Styringsformer i Helse Nords styringsdokumenter

	2002		2003		2004	
	Mål – og resultat-styring	Styring av organisering og prosess	Mål – og resultat-styring	Styring av organisering og prosess	Mål – og resultat-styring	Styring av organisering og prosess
Ramme-styring	<p>Nordnorske pasienter skal velge behandling i egen region</p> <p>Redusere ventetider, øke tilgjengelighet og informasjon</p> <p>Etablere en god ledelses- og organisasjonsstruktur.</p> <p>Virksomhetsplaner skal utarbeides.</p> <p>Bedre utnyttelse av sengekapasitet</p>	<p>Krever at foretakene legger til rette for bruk av telemedisin og helsenett.</p>	<p>Unngå korridor-pasienter</p> <p>Reduserer antallet senger og liggedager.</p> <p>Ventetider må reduseres med 25 %, og pasientrettighetsloven tas mer hensyn til.</p> <p>Samelovens språkregler må følges.</p>	<p>Kreves at helseforetakene styrker prosesser som styrer pasientstrømmen innenfor Helse Nord sin region.</p> <p>Krav om enhetlig ledelse.</p>	<p>Stabilisere og redusere sykehusforbruket i regionen, med unntak av psykisk helsevern.</p> <p>Helseforetakene må prioritere pasienters rett til individuell plan.</p> <p>Foretakene skal utføre pasienttilfredsundersøkelser.</p>	<p>Foretakene skal samhandle med hverandre, og primærhelsetjenesten.</p> <p>Samarbeide med private foretak Helse Nord har avtaler med.</p> <p>Det skal opprettes brukerutvalg.</p>
Detalj-styring	<p>Mammografiscreening skal UNN og NNS samarbeide om</p> <p>Krav om flere polikliniske spesialisttjenester til en større del av befolkningen.</p> <p>Krever at enkelte sykehus i særlig grad rustet opp psykiatrien, kreftomsorgen</p>	<p>Krav om å etablere samarbeid med primærhelsetjenesten.</p> <p>Utbyggingsprosjekter ved sykehus stoppes.</p>	<p>Produksjonen i Finnmark må økes. Dagonkologisk enhet må styrkes.</p> <p>Ulike prosjekter må legges fram, for eksempel rehabilitering av Storsteines.</p>	<p>Samarbeidet mellom bestemte helseforetak må styrkes. F.eks, mellom Helse Finnmark og UNN.</p> <p>Hålogaland sykehuset må samlokalisere BUP og VOP.</p> <p>Psykiatrien i Finnmark styres i detalj.</p>		<p>Foretak skal inngå avtaler med kommuner,</p> <p>RHF krever månedlig økonomisk rapportering fra foretakene.</p> <p>Helse Finnmark bør samarbeide med Opptreningscenteret i Finnmark. Nordlandssykehuset bes samarbeide med Nordtun Rehab.</p> <p>Hålogalandssykehuset må gjennom gå og omfordele elektiv kirurgi i sine tre sykehus.</p>

Vedleggstabell 6.3. *Eksempler på endringer i Helse Nords styringsdokument for helseforetakene fra 2002 til 2004*

	2002	2003	2004
a) Om styringsdokumentene for helseforetakene synliggjør hva som er Helse Nords hovedprioriteringer	En rekke omfattende prioriterte innsatsområder listes opp.	Synliggjør behov for en kvalitativt god helsetjeneste i nord på en rekke områder og for omstilling.	Synliggjør behov for en kvalitativt god helsetjeneste i nord, nevner særskilt psykisk helsevern
b) Om Helse Nords styringssignal og – krav er sortert etter RHFets ulike roller (bestiller, eier myndighetsutøver)	Ingen klar sortering.	Sortert mellom bestillerkrav og eierkrav	Sortert mellom eierkrav knyttet til økonomi og organisasjonsutvikling
c) Om Helse Nord Har benyttet anmodninger eller instruksjoner som språkform ved formidling av styringssignal	I stor grad instruksjer (skal og forventes at)	Kombinasjon mellom anmodninger (ber om) og instruksjon (må, forventes, har et særlig ansvar for å.)	I stor grad instruksjon (må, forventes å, har et særlig ansvar for å)
d) Om Helse Nord sitt resultatkrav er kvalitative eller kvantitative	Både kvalitative og kvantitative	Både kvalitative og kvantitative, økning i kvantitative	Både kvalitative og kvantitative
e) Om det er få eller mange forhold som RHF Helse Nord ønsker tilbakerapportering på gjennom årsmelding og lignende	RHF ber om mange rapporteringer. Ca. 14 fra hvert foretak Omhandler alt fra økonomi til samarbeidsrelasjoner	Ber om noen færre typer rapporteringer enn året før, men relativt detaljerte krav til rapportering om en rekke av foretakets aktivitetsområder.	Relativt detaljerte krav til rapportering fra helseforetakene om sine aktiviteter.

Vedleggstabell 6.4. *Saker behandlet i foretaksmøte i helseforetakene i 2002-2004. Absolutte tall som viser hvor ofte slike saker har vært behandlet i foretaksmøte. Kilde: Møteprotokoller*.*

	2002	2003	2004 okt.	Totalt
a) Behandling av saker av vesentlig betydning, § 30 i helseforetaksloven (inkludert styringsdokumentet)	6	7	6	19
b) Endring i foretakenes vedtekter, §10 i helseforetaksloven	0	9	15	24
c) Salg av eiendom, § 13 i helseforetaksloven	0	0	0	0
d) Fastsettelse av instruks for styret	0	0	0	0
e) Valg av nytt styre/oppnevning av nye styremedlemmer, § 21 i helseforetaksloven	0	8	3	11
f) Årsregnskap, årsberetning og årlig melding, §§ 34 og 43 i helseforetaksloven	0	6	5	11
g) Fastsettelse av styregodtgjørelse, § 21 i helseforetaksloven	0	6	5	11
h) Godkjenning/ valg av revisor/revisors godtgjørelse, § 44 i helseforetaksloven	0	6	6	12
Totalt	6	42	40	88

* Når det for eksempel står at styregodtgjørelsen har vært behandlet 6 ganger i 2003 betyr dette at denne saken har vært behandlet i foretaksmøte med hvert helseforetak. Helse Nord eier 6 helseforetak.

Vedlegg 3

Vedlegg kapittel 8

Klinikksjefenes oppfatninger av om det har skjedd forbedringer som følge av reformen.

Vedleggstabell V.8.1 Klinikksjefenes oppfatninger av i hvilken grad det har skjedd forbedringer på følgende områder for deres region eller helseforetak, som følge av sykehusreformen. Prosent. 2004.

	I svært eller nokså liten grad	Både og	I svært eller nokså stor grad	N
Områder som berører pasientene og tjenesteytingen direkte				
Kortere ventelister	22	15	63	104
Færre korridorpasienter	54	27	19	93
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser	56	27	17	52
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud	41	22	37	49
Styrket kreftomsorg	32	37	31	71
Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	47	35	18	88
Forskning, utvikling og opplæring				
Utvikling av kvalitetsindikatorer	15	25	60	104
Sterkere pasientinnflytelse / brukermedvirkning	23	36	42	101
Økt fokus på pasientopplæring	16	31	53	100
Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene	28	17	55	104
Ledelse, organisering og styring				
Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse	21	25	55	102
Bedre utnytting av personellressursene	30	23	47	104
Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	56	24	19	103
Mer effektiv økonomistyring	23	24	54	106
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene i regionen	36	28	36	102
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	59	27	14	99
Bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten	32	41	27	100
Erfaringer med reformen generelt	21	36	43	104

Vedleggstabell V.8.2. Klinikksjefenes og sykehusledelsens rangering av forbedringspunkter, 2004.

	Klinikksjefenes rangering	Styremedlemmer og administrative lederes rangering
Områder som berører pasientene og tjenesteytingen direkte		
Kortere ventelister	2	1
Færre korridorpasienter	15	13
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser	14	14
Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud	10	9
Styrket kreftomsorg	12	8
Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	13	17
Forskning, utvikling og opplæring		
Utvikling av kvalitetsindikatorer	1	3
Sterkere pasientinnflytelse / brukermedvirkning	7	12
Økt fokus på pasientopplæring	4	6
Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene	6	5
Ledelse, organisering og styring		
Mer profesjonell og resultatfokuset ledelse	3	4
Bedre utnytting av personellressursene	8	7
Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	16	16
Mer effektiv økonomistyring	5	2
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene i regionen	9	10
Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	17	14
Bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten	11	11

Operasjonalisering av variabler

Avhengige variabler: Resultatindikatorene.

Resultat av faktoranalyse. Enkelt-itemene tematisk ordnet. Rekkefølgen spørsmålene er stilt er angitt med bokstavene a, b, ... til q. Kun faktorskårer over 0,4 er gjengitt. Faktorskårer i parentes angir at itemet ikke er tatt med i indeksen som er konstruert på basis av faktoranalysen.

	Faktor 1 (LOS)	Faktor 2 (FOU)	Faktor 3 (Tjeneste)
Områder som berører pasientene og tjenesteytingen direkte			
A: Kortere ventelister		(0,56)	(0,48)
M: Færre korridorpasienter		(0,44)	(0,49)
D: Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser			0,81
E: Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud			0,87
F: Styrket kreftomsorg			0,61
P: Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	0,70		
Forskning, utvikling og opplæring			
L: Utvikling av kvalitetsindikatorer		0,65	
C: Sterkere pasientinnflytelse / brukermedvirkning		0,57	(0,45)
K: Økt fokus på pasientopplæring		0,80	
J: Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene		0,70	
Ledelse, organisering og styring			
Q: Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse	0,71		
G: Bedre utnytting av personellressursene	0,65		
N: Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	(0,59)	(0,43)	(0,42)
B: Mer effektiv økonomistyring	0,64		
H: Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetakene i regionen	0,83		
I: Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	0,76		
O: Bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten			

Principal Component Analysis. Rotering: Varimax med Kaisers Normalisering. Til sammen forklarer disse tre faktorene 62 prosent av variasjonen i materialet.

Respondentene ble stilt følgende spørsmål: "Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer, som følge av reformen, på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?". Svaralternativene varierte fra 1 ('i svært liten grad') til 5 ('svært stor grad'). 'Vet ikke' var en opsjon. De som har svart det er registret som missing. De tre resultatvariablene er konstruert som additive indekser

som uttrykker gjennomsnittet av hver respondents svar på de items som inngår i indeksen. Valid svar på minst halvparten av itemene kreves for å få gyldig verdi på indeksen.

Der et item lader relativt høgt på flere faktorer er itemet ikke tatt med i indekskonstruksjonen, for å rendyrke dimensjonene. Variablene ordner seg i tre faktorer som framstår som substansielt forskjellige dimensjoner, som vi har kalt 'forhold som berører pasientene og tjenesteyting direkte', 'forskning, utvikling og opplæring' og 'ledelse, organisering og styring'. Unntaket er resultater i form av større likhet i tjenestetilbudet i regionen, som lader høgt på faktor 1 (LOS), og ikke på faktor 3 (tjenesteyting). Det kan kanskje tolkes som at likhet i tjenesteytingen har noe med strukturelle og organisatoriske grep å gjøre. Kortere ventelister lader litt høyere på faktor 2 (utvikling) enn faktor 3 (tjenesteyting).

Uavhengige variabler:

Strukturelle forhold ved organiseringen.

- *Foretakets størrelse*: 1 dersom foretaket hadde 3.900 årsverk eller mer i 2003. Kilde er årsrapporter til regionale helseforetak for 2003 eller foretakenes hjemmeside.
- *Antall sykehus*: Antall sykehus foretaket omfatter.
- *Flat struktur*: Foretak med kun ett ledelsesnivå under administrerende direktør; dvs. foretak med avdelingsstruktur er gitt verdien 1. Foretak med to eller flere ledelsesnivå, dvs. klinikkstruktur eller divisjonsstruktur er gitt verdien 0.
- *Funksjonell spesialisering*: Hvorvidt foretaket er inndelt etter funksjoner eller geografiske områder. Foretak som i hovedsak benytter er funksjonell spesialisering er gitt verdien 1, andre foretak er gitt verdien 0.

For variablene antall ledelsesnivå og funksjonell spesialisering er strukturen som var gjeldende ved inngangen til 2004 benyttet. Enkelte foretak har endret struktur senere.

Helseforetak:	Størrelse	Ant. sykehus	Flat struktur	Funksjonell spesialisering
Ullevål	1	2	0	1
Aker	0	3	0	1
Akershus	1	2	0	1
Østfold	1	5	0	1
Innlandet	1	7	0	1
Sunnaas	0	1	1	1
Asker og Bærum	0	2	0	1
Radiumhospitalet	0	1	1	1
Rikshospitalet	1	5	0	1
Sørlandet	1	4	0	1
Psykiatrien Vestfold	0	1	1	0
Buskerud	0	1	0	1
Vestfold	0	4	0	1
Telemark	0	3	0	1
Blefjell	0	3	1	0
Ringerike	0	1	1	1
Stavanger	1	3	0	1

Fonna	0	5	0	1
Bergen	1	4	0	1
Førde	0	4	1	0
Sunnmøre	0	2	1	0
Nordmøre	0	2	1	0
St.Olavs hospital	1	3	0	1
Nord Trøndelag	0	2	0	1
Finnmark	0	2	0	0
UNN	1	1	1	1
Hålogaland	0	3	0	0
Nordland	0	3	1	.
Helgeland	0	3	0	0

Prosessuelle forhold ved organiseringen.

Egenskaper ved styrene:

Resultater av faktoranalyse. Kun skårer over 0,50 er oppgitt. Enkeltvariablene er gjengitt i samme rekkefølge som i spørreskjema.

	Faktor 1 Styrets kompetanse	Faktor 2 Styrets fokus
Styret har bred aksept i lokalsamfunnet	(0,43)	
Styret har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver	0,72	
Styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan	0,61	
Styret er et effektivt beslutningsorgan	0,73	
Styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen		0,78
Styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen		0,78
Styret er et kontrollorgan for eier		0,60
Styret er et talerør overfor eier	(0,56)	

Principal Component Analysis. Rotasjon: Varimax med Kaiser Normalization.

Til samme forklarer de to faktorene 51 prosent av variasjonen i materialet.

Respondentene ble spurt: "Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF-styret?" Svaralternativene varierte fra 1 ('helt uenig') til 5 ('helt enig'). 'Vet ikke' var en opsjon. De som svarte det er registrert som missing. De som har svart det er registrert som missing. Faktorskårer i parentes angir at itemet ikke inngår i konstruksjonen av indeksen. To variabler er konstruert som additive indekser som uttrykker gjennomsnittet av hver respondents svar på de items som inngår i indeksen. Valid svar på minst halvparten av itemene kreves for å få gyldig verdi på indeksen. I tillegg benyttes den første variabelen – om styrets aksept i lokalsamfunnet – som en egen variabel i analysene.

Styringsdialog mellom regionalt og lokalt foretak:

Resultat av faktoranalyse. Enkeltvariablene er gjengitt i samme rekkefølge som i spørreskjema.

	Faktor 1 Styringsdialog	Faktor 2 Lojalitet (ikke med i analysen)
Det er et godt tillitsforhold mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket	-0,79	
Det oppstår stadig tvil om hvilke saker som er det regionale helseforetakets ansvar og hvilke saker som er helseforetakets ansvar	0,70	
Helseforetaket har stor handlefrihet	(-0,58)	
Regionalt helseforetak har ikke nok autoritet til effektiv styring av helseforetaket	0,60	
Helseforetakets resultatansvar er på en presis måte klargjort gjennom avtaler/styringsdokument mellom regionalt helseforetak og helseforetaket		
Styringen av regionalt helseforetak er for detaljert	0,77	
Regionalt helseforetak opptrer på en ryddig måte overfor helseforetaket	-0,83	
Styringen fra regionalt helseforetak er lite forutsigbar	0,72	
Helseforetaket går utenom regionalt helseforetak, og tar direkte initiativ overfor departement og politisk myndigheter		0,90
Helseforetaket allierer seg ofte med lokale aksjonsgrupper for å påvirke beslutninger i regionalt helseforetak		0,89

Principal Component Analysis. Rotering: Varimax med Kaiser Normalization.

Til sammen forklarer de to faktorene 55 prosent av variasjonen i materialet, første faktor forklarer 38 prosent etter rotering.

Respondentene ble spurt: "Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene om relasjonene mellom helseforetaket og øvrige instanser (regionalt helseforetak, andre helseforetak i regionen, sentrale helsemyndigheter)?" Svaralternativene gikk fra 1 ('helt uenig') til 5 ('helt enig'). 'Vet ikke' var en opsjon, de som har svart det er definert som missing. Spørsmål som ikke berører relasjonen mellom helseforetaket og regionalt helseforetak er utelatt, uten at det påvirker resultatet av faktoranalysen hva disse to faktorene angår. En variabel er konstruert som en additiv indeks som uttrykker gjennomsnittet av hver respondents svar på de items som inngår i indeksen. Variabel 2, 4, 6 og 8 er snudd, slik at indeksen uttrykker god styringsdialog. Valid svar på minst halvparten av itemene kreves for å få gyldig verdi på indeksen.

Helseforetakets handlefrihet:

Variabelen er konstruert som en additiv indeks som uttrykker gjennomsnittet av hver respondents svar på følgende spørsmål: "Hvor stor handlefrihet vil du si at helseforetaket / styret har på følgende områder?" Fem områder ble oppgitt: a) Disponering av tildelt budsjett, b) personalforvaltning, c) arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket,

d) planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud, og e) påvirke kvaliteten på helsetjenestene. Svaralternativene varierte fra 1 ('liten frihet') til 5 ('svært stor frihet'). 'Vet ikke' var en opsjon. De som har svart dette er registrert som missing. Valid svar på minst halvparten av enkeltpørsmålene kreves for å få gyldig verdi på indeksen.

Univariat fordeling av uavhengige variabler som inngår i regresjonsanalysene. N=196.

Variabel:	Gjennomsnitt	Standardavvik
Helseforetakets størrelse	0,36	0,48
Antall sykehus i foretaket	2,91	1,43
Funksjonell organisering	0,67	0,47
Flat struktur	0,36	0,47
Styrets legitimitet	3,16	0,92
Styrets kompetanse	3,47	0,84
Styret overfokuset på økonomi og organisering	3,22	0,98
Styringsdialog	3,37	0,78
Helseforetakets handlefrihet	3,24	0,87
Helse Øst	0,24	0,43
Helse Sør	0,24	0,43
Helse Vest	0,16	0,37
Helse Midt-Norge	0,18	0,38
Helse Nord	0,18	0,39

I regresjonsanalysene er det sjekket at forutsetningene om normalfordelte residualer og fravær av multikolaritet er oppfylt.

Regionale forskjeller i vurdering av resultater som er oppnådd i 2004 og 2003. Medlemmer og administrativ ledelse i lokale helseforetak. Aritmetisk gjennomsnitt.

	LOS 2004	FOU 2004	Tjeneste 2004	LOS' 2003	FOU' 2003	Tjeneste' 2003
Sør	3,14	3,12	3,08	3,08	3,10	2,88
Øst	3,36	3,19	2,77	3,33	3,17	3,07
Vest	3,38	3,31	3,19	3,09	3,00	3,24
Midt-Norge	3,21	3,72	3,22	3,13	3,73	3,47
Nord	2,88	2,81	2,74	2,51	2,67	2,62
Alle	3,19	3,21	2,98	3,06	3,14	3,05