

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Rune Hallingstad

Regional styring i lys av foretaksprønsiseringen.

En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge og Helse Midt- Norge

ATM – Skriftserie
Nr. 1 - 2008

 **Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

POLIS
Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nytgivelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008

Innhold

Forord.....	6
Sammendrag.....	8
1 Innledning	9
Valg av tema	10
Studiens avgrensninger	12
Styring – hva er det og hvordan ønskes det synliggjort?.....	13
Studiens datagrunnlag	16
Studiens oppbygging	16
2 Teoretisk og metodisk forankring.....	18
Bruk av teoretiske rammeverk	18
Et instrumentelt perspektiv	19
Et institusjonelt perspektiv	22
Et deltakende perspektiv	25
Analyseapparatet kreative rolleinnhavere	28
Metodisk forankring	29
Oppsummering teoretisk og metodisk forankring.....	37
3 Historisk forankring	38
Mot et regionalisert helsevesen	38
Veien frem til sykehusreformen.....	45
Sykehusreformen.....	49
Oppsummering historisk forankring	52
4 Helse Vest-Norge RHF.....	54
Opprettelse av foretaksstruktur	54
Utfordringer og muligheter ved overtakelse av sektoren.....	55
Arbeidet begynner.....	57

Konkrete satsingsområder	58
Etablering av den formelle styringsstrukturen.	61
Eierstyringen fra sentralt hold innstrammes.....	62
Samarbeid mellom foretakene innad i regionen.....	63
Behov for sterkere regional styring ovenfor helseforetakene	65
Oppsummering empiri Helse Vest-Norge RHF	68
5 Helse Midt-Norge RHF	70
Opprettelse av foretaksstruktur	70
Utfordringer og muligheter ved overtakelse av sektoren.....	72
Arbeidet begynner.....	73
Konkrete satsingsområder	74
Etablering av den formelle styringslinjen	79
Eierstyring fra sentralt hold innstrammes	80
Samarbeid mellom foretakene innad i regionen.....	82
Behov for endring av styringslinjen ovenfor helseforetakene?.....	83
Oppsummering empiri Helse Midt-Norge RHF.....	85
6 Linjene trekkes	86
Empirisk sammenligning av de to regionale helseforetak	86
Helse Vest-Norge sin eierstyringsmodell.....	88
Helse Midt-Norge RHF sin eierstyringsmodell	96
Teoretisk forklaringskraft de regionale helseforetakene imellom	103
Konkretisering av studiens hovedfunn	110
7 Endene møtes.....	112
Haren og skilpadden.....	112
Er problemstillingen tilfredsstillende belyst?	118
Vurdering av studiens teoretiske forankring.....	119
Behov for videre forskning.....	121

Noter.....	122
Litteratur.....	126
Vedlegg.....	130

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til

prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Rune Hallingstad er cand. polit fra 2004 med hovedfag fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Hallingstad har sykepleiestudiet fra Høgskulen i Sogn og Fjordane og har arbeidet som sykepleier ved Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane og i kommunehelsetjenesten i Solund og Frogn. Hallingstad har tidligere vært engasjert som forskningsassistent ved Rokkansenteret og arbeider nå som seniorrådgiver i Helse og omsorgsdepartementet.. Denne rapporten er en nytgivelse av hans hovedoppgave som ble skrevet i tilknytning til ATM- prosjektet og POLIS – seminaret ved Rokkansenteret.

Sammendrag

Denne studien viser hvordan to regionale helseforetak – Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF – har valgt å styre sine underliggende foretak. Det tas utgangspunkt i de formelle styringsvirkemidler som ble innført i forbindelse med sykehusreformen i 2002. Til tross for at det formelle utgangspunktet var nokså likt avdekker studien forskjeller i valg av strategier og organisasjonsstrukturer i kjølvannet av reformen.

Studien er en komparativ case analyse som bygger på kvalitative intervjuer, dokumentanalyser og avisartikler. Det legges til grunn fem kriterier for hvordan fenomenet styring kan betraktes innenfor de to valgte regioner. Disse er; valg av foretaksstruktur, etablering og endring av formell styringslinje, satsingen tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling, sentrale aktørers syn på styring og utvikling av samarbeidsforaer innad i regionene. De teoretiske retningene som benyttes som analyseverktøy er; et instrumentelt- et institusjonelt- og et deltakende perspektiv. Videre skisseres det to modeller for hvordan styring kan uttøves; en hierarkisk modell og en nettverksmodell, for å synliggjøre i hvilken grad regionene beveger seg mot den ene eller andre modellen.

Studien avdekker at de to regionale foretakene har valgt ulike styringsstrategier underveis i studiens tidsforløp. Helse Vest-Norge RHF har i betydelig grad lagt vekt på arbeidet med arbeids- og funksjonsfordeling. Grunnet motstand mot endring nedover i organisasjonen har de valgt å vektlegge en styringsstrategi som grenser mot den hierarkiske modellen. Siktemålet er instrumentelt: å framtvinge de resultater som reformen og overordnede føringer forutsetter. Helse Midt-Norge RHF har lagt mindre vekt på arbeidet med arbeids- og funksjonsfordeling. Andre aspekter ved reformen har blitt prioritert. De har ikke søkt å styre de underliggende virksomhetene ovenfra, men har i større grad valgt en strategi som grenser mot nettverksmodellen.

Sykehusreformen i 2002 er blitt kalt den største reformen i norsk offentlig sektor noensinne. Den aktuelle studien viser imidlertid at reformen ikke stilte de aktuelle aktørene i sektoren overfor et ”nullpunkt”. Også i denne situasjonen gjelder det at historiske føringer og nedarvede kulturer danner viktige premisser for styringsmuligheter og veivalg. Aktørenes valg av strategier i de respektive regionene var i stor grad bygd på tidligere erfaringer. Helse Midt-Norge valgte nettverksstrategien, som var i pakt med etablerte tradisjoner for styring i denne regionen, mens Helse Vest valgte en mer hierarkisk styringsmodell som var mer i samsvar med styringskulturen i en region der det var større motsetningsforhold mellom de involverte aktørene.

1 Innledning

Sykehusreformen trådte i kraft 1. januar 2002 og blir av mange betraktet som den største og mest omfattende endringen som har skjedd innenfor norsk helsevesen den senere tid. Initiativet til reformen kom som et svar på det økonomiske uføret flere av sykehusene rundt om i landet hadde havnet i, og arkitekten bak reformen – daværende helseminister Tore Tønne – var tydelig på at sykehussektoren trengte fornying og omorganisering for å kunne tilfredsstille de krav til effektivitet og kvalitet som ble forventet. Disse synspunktene sammenfaller med konklusjoner fra tidligere utredninger som fra ulike ståsted avdekket mangler ved den daværende organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Arbeiderpartiet vedtok dermed på sitt landsmøte i november 2000 at staten skulle overta ansvaret for sykehusene, og 6. juni 2001 ble sykehusreformen formelt vedtatt i Stortinget med politisk støtte fra Høyre og Fremskrittspartiet. Det tok dermed 13 måneder fra ideen om en sykehusreform var presentert til den ble iverksatt, noe som må anses som kort tid for en så omfattende reform innenfor en så samfunnsmessig viktig sektor.

Norge har i likhet med Sverige og Danmark hatt en tradisjon for et desentralisert sykehusvesen (Byrkjeflot og Neby 2004). Sykehusreformen signaliserer på flere måter et brudd med denne tradisjonen og det er særlig to hovedkomponenter i reformen som fremhever dette; 1) sentralisering av statlig eierskap med overføring fra fylkeskommunen til den sentrale staten og 2) opprettelse av helseforetak for å sørge for tilknytning mellom sykehus og stat (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001). Fylkeskommunene sitt eierskap av sykehusene overføres til staten og den nærmeste politiske myndighet blir sentrale politikere. Helsedepartementet, med opprettelsen av Eieravdelingen, blir den utøvende myndighet ovenfor sektoren. Det legges videre opp til en organisasjonsmodell hvor det etableres regionale helseforetak innenfor fem allerede eksisterende helseregioner, hvor disse innehar et overordnet ansvar for tjenesteproduksjonen innenfor sine regioner. Disse regionale helseforetakene etablerer videre en foretaksstruktur innenfor sine respektive regioner, hvor de underliggende virksomhetene har ansvar for selve tjenesteproduksjonen (kap 3).

Sykehusreformen har på tross av organisatorisk og strukturell endring ikke endret de generelle helsepolitiske målsetningene, men opprettholder den overordnede målsetningen om et godt og likeverdig offentlig tjenestetilbud til befolkningen uavhengig av bosted, alder og kjønn (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001). Et mål som allikevel fremheves og som anses som viktig for denne studien er ønsket 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 et sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling” (s 12). Den nyopprettede foretaksstrukturen og samlingen av det statlige eierskapet skal bidra til en bedre og mer effektiv måte å styre

sykehussektoren på, samt at det skal fremme arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av tidligere institusjonelle grenser. Videre sies det i proposisjonen at ”Hensikten med organisering av sykehus som foretak er å desentralisere styring, effektivisere ledelse, forbedre informasjonstilgangen og delegere økonomisk ansvar innenfor de helsepolitiske mål og rammer som trekkes opp. Gjennom desentralisering ønsker man å oppnå mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering” (s 12). Med utgangspunkt i dette vil man dermed desentralisere ansvar til de etablerte foretakene og muliggjøre styring gjennom en forenklet organisasjonsmodell sammenlignet med den tidligere organiseringen. De strukturelle endringene anses dermed som viktige for å oppnå større grad av styring, kontroll og måloppnåelse.

Sykehusreformen representerer som vist ovenfor flere nye aspekter for sykehussektoren, og må betraktes som et reformoptimistisk syn på mulige endringer av sektoren. Jeg ønsker videre i studien å fokusere nærmere på den styringsmessige endringen som reformen tilstreber.

Valg av tema

Selv om sykehusreformen ble iverksatt så sent som 1. januar 2002, så har helseregionene og spesialisthelsetjenesten lang historie og tradisjon. Helseregionene ble etablert i 1974–1975 og siden den tid har en rekke tiltak blitt iverksatt innenfor disse regionene for å fremme kvalitet og samordning av spesialisthelsetjenesten. En vesentlig utfordring innenfor disse helseregionene har vært utvikling og gjennomføring av styringsmuligheter ovenfor underliggende institusjoner, både innad i de ulike fylkene og på tvers av disse innenfor hver enkelt helseregion (Opedal og Stigen 2002). Grunnet fylkeskommunalt eierskap og geografiske grenser har det vist seg problematisk å iverksette endringer på tvers av disse grensene. Styringslinjen har også vært uklar med føringer og styringssignaler fra ulikt hold, noe som ikke gitt de regionale helseutvalgene de entydige styringsforhold og styringslinjer som var ønskelig. Det har derfor vært et viktig punkt i utarbeidelsen av sykehusreformen å arbeide for bedre styringsmuligheter av sektoren.

Iverksettelsen av sykehusreformen med opprettelse av de regionale helseforetakene legger vekt på dette aspektet og ønsker å fremme denne styringslinjen. Ved å desentralisere autonomi og ved å sentralisere politisk beslutningsmyndighet vil man teoretisk få større mulighet for å styre virksomhetene i retninger som er ønskelig. Ut fra New Public Management tradisjonen vil man dermed kunne oppnå større mulighet for effektiv styring, bedre kontroll over sektoren og effektiv tjenesteproduksjon, noe som vil kunne fortone seg som svaret på mange av de utfordringene spesialisthelsetjenesten tidligere har stått ovenfor.

Styringslinjen ovenfor foretakene på de ulike nivåer baserer seg formelt på fire ulike styringsverktøy som med et fellesbegrep blir omtalt som *eierstyring* (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001). Disse er 1) *styringsdokumenter* – detaljerte dokumenter som skal spesifisere hvilke mål og hvilke konkrete tiltak de ulike foretak skal nå og iverksette, 2) *bestilling* – en økonomisk bestilling basert på kriterier for hvor mye som skal produseres av de ulike

tjenester. Sentralt her står mulighet for økonomisk inntjening basert på innsatsstyrt finansiering (ISF). 3) *Foretaksmøter* – møter hvor styrene for de overordnede nivåer formelt møter underliggende virksomheter for å evaluere iverksatte tiltak, grad av måloppnåelse etc, og for å legge planer for videre drift, og 4) *styrerepresentasjon* – som tar utgangspunkt i at representanter for overordnet nivå deltar i styrene i de underliggende nivåer¹.

Selv om disse styringsredskapene er gitt fra reformen, er det opp til de regionale foretakene å prioritere hvilken vektlegging av disse redskapene de ønsker. Hvorvidt man ønsker å vektlegge store og omfattende styringsdokumenter, stor eller liten grad av bestilling, mange eller få representanter i de underliggende styrene, deres posisjon etc, vil kunne bestemmes av det enkelte regionale foretak. Det fremheves i reformen at ”.. helseforetakene gis stor mulighet for frihet til å disponere sine resurser innen rammen av den kontrakt eller bestilling som gis fra de regionale helseforetakene” (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001:21), noe som innebærer en betydelig vektlegging av autonomiaspektet ved foretaksorganiseringen. På den annen side påpekes det at ”Helseforetakene må likevel ikke tillates å bli så autonome at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende. For å kunne utløse de ønskede synerger mellom helseforetakene er det derfor behov for noen samordnende grep på tvers. Dette samordningsbehov på tvers forutsettes ivaretatt av de regionale helseforetakene” (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001:21). Ut fra dette kan man anta at de regionale helseforetakene selv må finne ut hvor sterkt de ønsker å styre sine underliggende virksomheter og hvorvidt de ønsker at autonomien skal være fremtredende innenfor denne styringsstrategien. De står dermed relativt fritt til å velge styringsstrategier og å vektlegge egen grad av eierstyring.

I denne studien vil jeg fokusere på hvilke hensyn, avveininger og begrunnelser som ligger til grunn for hvordan styring uttøves. Dette leder frem til følgende problemstilling for studien:

Hvilket syn har det regionale helseforetaket på styring, hvordan foregår utøvelsen av denne og hva forklarer forskjeller i utøvelsen av styring de regionale helseforetakene imellom?

Denne problemstillingen har til hensikt å være dekkende for hvordan man kan se på fenomenet *styring* innenfor foretaksorganiseringen. Styring vil herunder forstås som *et middel for å oppnå ønskede resultater*. Jeg har i studien valgt å ta utgangspunkt i de regionale helseforetakene fordi disse ”overtar” fylkene sine roller med tanke på ansvaret for gjennomføringen av helsetjenesteproduksjon ut til brukerne. Skjæringspunktet mellom de regionale helseforetakene og de underliggende foretakene fremstår også som spennende fordi regionene omfatter flere fylker med geografiske ”barrierer”, noe som trolig medvirker til utfordringer med tanke på styringsmuligheter.

Problemstillingen fremstår som tredelt og vil bli belyst med utgangspunkt i dette. Som følge av at de regionale helseforetakene har styrer og administrasjoner med ulik aktør sammensetning, kan man forvente at de har en ulik tilnærming til hvordan styring av de underliggende foretakene bør uttøves. Hvorvidt de ønsker at de underliggende virksomheter skal få autonomi og ro til etablering og videreutvikling av sin tjenesteproduksjon, eller hvorvidt de ønsker raske endringer vil således kunne reflekteres i deres syn på styring. Det vil også være interessant å se om deres oppfatninger av overordnede føringer, interessehevding fra involverte aktører etc vil påvirke dette synet.

Videre ønsker jeg å fokusere på hvordan den faktiske styringen av de underliggende foretakene gjennomføres. Jeg vil ta utgangspunkt i vektleggingen av de formelle styringsredskapene og forsøke å analysere hvordan de regionale helseforetakene har kommet frem til disse. Videre vil det være interessant å se på hvorvidt det har vært en endring av styringsmessige forhold innenfor studiens tidsforløp.

Avslutningsvis vil jeg forsøke å illustrere hva som kan forklare forskjeller regionene imellom når det gjelder utøvelse av styring. Vil aktørsammensetning regionalt og deres syn på styring være rådende, vil tolkning av overordnede signaler være førende eller vil andre faktorer bidra til forskjeller i styringsutøvelse regionene imellom?

Problemstillingen anses å være dekkende for å kunne si noe generelt om styringsstrategiene de ulike regionene gjennomfører, og jeg vil også kunne si noe om hvorfor forskjellene gjøres gjeldende og hva som forklarer dette. Det vil også kunne sies noe generelt om hvilke styringsstrategier som kan antas å ha hatt den tilsiktede effekt, både ut fra reformens målsetninger og ut fra de regionale helseforetakenes intensjoner og forutsetninger.

Studiens avgrensninger

Som problemstillingen viser så ønsker jeg å se på de regionale helseforetakenes styring av sine underliggende virksomheter. For denne studien er det ikke mulig å sammenligne alle de fem regionale foretakene, og jeg vil etter metodiske og teoretiske avveielser avgrense meg til å sammenligne to regionale foretak, nemlig Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF. Videre ville det også vært hensiktsmessig å fokusere på de underliggende foretakenes opplevelser av regional styring, men jeg vil av tidsmessige og resursmessige forhold ikke ha anledning til fordypning av dette forholdet.

Tidsmessige begrensninger vil også legge føringer på studiens fokusområde. Da sykehusreformen er relativt nyetablert vil en grundig evaluering av de tiltak som er iverksatt vil derfor være vanskelig å gjennomføre fordi regionene fortsatt anser seg som inne i en ”etableringsfase” og av den grunn bruker tid på å finne

frem til egnede styringsforhold og satsingsområder. Jeg vil allikevel forsøke å evaluere de tiltak som er iverksatt innenfor studiens tidsavgrensning for å kunne si noe om en generell tendens og utvikling. For denne studien vil den tidsmessige avgrensningen være perioden august 2001 og til mai 2003. I tillegg vil det fokuseres på arbeidet gjort innenfor de regionale helseutvalgene fra deres oppstart 1974–1975 og frem mot etableringen av de regionale helseforetakene august 2001. Dette for å sette reformen og foretaksorganiseringen inn i en historisk og kulturell kontekst.

Som vist tidligere så vektlegger sykehusreformen fire formelle styringsredskaper hvorav en av disse er *bestilling*. Bestillingen omhandler i stor grad de økonomiske rammene som legges for tjenesteproduksjon og utformes på bakgrunn av økonomiske kalkyler og teorier. I denne studien er det ikke anledning til å analysere og gå i dybden av disse bestillingsdokumentene, og de vil derfor kun behandles på et generelt nivå. Det vil heller ikke i studien være mulig til å gå i dybden av de to valgte regionale foretakenes økonomiske situasjon, men det legges til grunn at som kontrollvariabel er deres økonomiske situasjon relativt lik.

Styring – hva er det og hvordan ønskes det synliggjort?

Sett i lys av sykehusreformens intensjoner skal styring skje ut fra de virkemidler som er nevnt tidligere. Disse styringsredskapene blir i reformen betegnet som ”eierstyring” og har til hensikt å gi foretakene betydelig autonomi samtidig som de skal gi overordnede nivåer kontroll og styringsmuligheter ovenfor underliggende virksomheter.

Med utgangspunkt i teoretiske innfallsvinkler vil styringsbegrepet kunne defineres ulikt med forankring i de perspektiver som ligger til grunn for det empiriske inntaket i denne studien. Styring vil dermed kunne opptre med forskjellige forutsetninger innenfor ulike kontekster og vil derfor ikke kunne ses på som et entydig og avklart begrep. I denne studien ønsker jeg allikevel å legge til grunn to hovedsyn på styring for å klargjøre hvilket inntak som ønskes benyttet.

Den første styringsmodellen som legges til grunn er en *hierarkisk modell*. Denne tar utgangspunkt i en *ovenifra og ned tilnærming* hvor intensjonen er at ledelsen definerer betingelser og mulighet for styring ovenfor underliggende virksomheter. Dette tar utgangspunkt i en tradisjonell byråkratisk styringsform med vekt på formelle mål og regler, og kan teoretisk knyttes opp imot rational choice (Røvik 1998). Et sentralt element innenfor den *hierarkiske modellen* er mål- og resultatsstyring (Christensen og Lægreid 1998, Eriksen 1999) som vektlegger målformulering fra ledelsen og iverksettelse av tiltak for måloppnåelse fra de underliggende virksomhetene. Siden disse virksomhetene rapporterer på resultater knyttet opp imot målformuleringen, gir dette også en kontrollmulighet for ledelsen. Mål- og resultatsstyring er med andre ord ikke bare et målhierarki, men

også et ledelses- og kontrollhierarki (Gammelsæter 2002). Selv om den *hierarkiske modellen* vektlegger formelle mål og regler, gis det autonomi til de underliggende virksomheter til å gjennomføre tiltak for måloppnåelse innenfor rammen fastsatt av ledelsen. Modellen er styringsoptimistisk i den forstand at det forventes at organisasjonen følger de krav som blir satt ovenifra (Røvik 1998) og lar seg styre ut fra nye mål og krav. Med utgangspunkt i studiens problemstilling og de formelle styringsredskapene som reformen vektlegger, vil man kunne anta at den *hierarkiske modellen* vektlegger eierstyring ut fra detaljert målformulering og vektning av styrerepresentasjon i de underliggende virksomheter. Hvis resultater ikke er i samsvar med ønsket måloppnåelse, vil ledelsen endre sin eierstyring med vekt på å fremtvinge ønskede resultater. Dette vil kunne medføre at lokal autonomi må vike for detaljerte styringsdokumenter og instrumentell styring.

Den andre styringsmodellen som legges til grunn er en *nettverksmodell* hvor intensjonen er å påvirke endringer og styringsmuligheter nedenfra i organisasjonen (March og Olsen 1995). Ledelsen forsøker å forankre endringer og målsetninger nedover i organisasjonen, og det tilstrebes å involvere flest mulige aktører i beslutningsprosessene (Pollitt 2003). *Nettverksmodellen* vektlegger autonomi og deltakelse i beslutningsprosesser fremfor detaljert eierstyring, og den ser viktigheten av legitimitet i avgjørelsesprosesser (Eriksen 1999). Dersom ønskede resultater ikke nås innenfor denne modellen, vil ledelsen forsøke å tilpasse målene til organisasjonens uformelle målsetninger, eller påvirke organisasjonsmedlemmene via nettverket til å akseptere de formelt satte målene. Måldannelsen vil dermed skje i et samspill mellom organisasjonsmedlemmene og ledelsen (Eriksen 1999, Pollitt 2003). *Nettverksmodellen* har fire underliggende målsetninger som ønsker å gi den et fortrinn fremfor andre styringsmodeller. Disse er 1) eliminere spenninger og konflikter mellom deltakende parter, 2) bedre resursutnyttelse, 3) fremme kreativitet, gode ideer og samarbeid mellom involverte parter og 4) mer integrerte og samarbeidende tjenesteproduksjon (Pollitt 2003:68). Med utgangspunkt i studiens problemstilling vil man kunne anta at nettverksmodellen fremmer involvering av de underliggende foretakene og styrer disse med betydelig vekt på bestilling og lokal autonomi, og mindre vekt på styringsdokumenter og detaljert mål- og resultatstyring.

Begge de ovennevnte styringsmodeller tar utgangspunkt i de formelle føringer som ligger innenfor sykehusreformens intensjoner, men man kan tenke seg at ved å vektlegge de ulike styringsredskapene forskjellig vil man kunne tilnærme seg den ene styringsmodellen mer enn den andre. Styringsmodellene er fremstilt som idealtypiske og man vil trolig ikke innenfor empirien finne klare mønstre hvor casene kan plasseres entydig innenfor de beskrevne modeller. Trolig vil man allikevel finne tendenser som viser at casene beveger seg mer eller mindre i retning av en av modellene.

For å belyse studiens problemstilling empirisk vil det være nødvendig å se på visse faktorer utover de formelle styringsredskapene. De faktorene som har betydning for styringsmessige forhold og som jeg særskilt ønsker å fokusere på i studien er som følger: 1) *Foretaksstruktur* – valg og opprettelse av foretaksstrukturen for de underliggende virksomheter vil være viktig for å kunne si noe om hvordan det regionale foretaket ønsker at styringen skal kunne foregå. Dette med begrunnelse i at det ofte er en sammenheng mellom struktur og styringsambisjoner (Egeberg 1984). 2) *Formell styringslinje* – hvilke styringsredskaper har de ulike regionale foretakene vektlagt og hva er begrunnelsen for dette? 3) *Arbeids- og funksjonsfordeling*² – denne tar utgangspunkt i behovet for å samordne tjenesteproduksjonen innenfor regionene, og vil således si noe om hvordan styring uttøves fra regionalt nivå for å tilstrebe dette. 4) *Syn på styring* – de ulike aktører innenfor det regionale helseforetaket vil trolig ha bestemte syn på hvordan styring ønskes utøvd ovenfor de underliggende virksomheter. Dette vil også kunne gjenspeile organisasjonens vektlegging av styring og valg av styringsstrategi. 5) *Samarbeidsforaer* – dette punktet tar utgangspunkt i hvordan samarbeidet innad i regionen fungerer og vil således si noe om hvorvidt det regionale helseforetaket gis mulighet til å styre i retning av nettverksmodellen.

Som vist ovenfor så vil de ovennevnte empiriske faktorer kunne medvirke til å belyse hvilken form for styringsstrategi de ulike regionale helseforetakene har valgt, medvirke til å begrunne valget av disse og trolig si noe om virkningen/effektene av disse valgene. Siktemålet er at dette sammen med de teoretiske perspektivene som studien legger til grunn vil bidra til å belyse studiens problemstilling på en tilfredstillende måte.

Studiens teoretiske grunnlag

Som vist ovenfor så legges det til grunn to modeller for styring (hierarkisk modell og nettverksmodell) for denne studien. Dette er styringsmodeller som tidvis vil kunne være sammenfallende og som ikke nødvendigvis i den empiriske virkelighet vil fremstå som klare og gjensidig utelukkende. Med bakgrunn i dette, studiens problemstilling og den empiriske virkelighet legger jeg til grunn tre teoretiske perspektiver som kan forklare hvordan styring uttøves og hvilke betingelser som ligger til grunn for denne.

Det første perspektivet er et *instrumentelt perspektiv*. Dette teoretiske perspektivet vektlegger betydningen av å se på organisasjoner som et verktøy for ledelsen, og tar utgangspunkt i en styringsfilosofi basert på mål og resultater fastsatt av ledelsen (Perrow 1986, Scott 1992, Røvik 1998). Det andre perspektivet som legges til grunn er et *institusjonelt perspektiv*. Dette perspektivet fremhever at betydningen av styring skjer med forankring i organisasjonens kultur, tradisjon og historiske arv, og ser i stor grad på styring som et fenomen som forankres nedover i organisasjonen (Krasner 1988, Scott 1992, March og Olsen 1995). Tett opp til dette perspektivet ligger studiens tredje teoretiske perspektiv, *det deltakende*

perspektivet. Dette perspektivet vektlegger betydningen av at involverte aktører får anledning til å delta i beslutningsprosesser, og er i sin rendyrkede form lite mål- og resultatsfokustert, men mer opptatt av at enighet og legitimitet tilstrebes (Eriksen 1993, 1999).

Jeg ønsker med disse teoretiske perspektivene å fange opp hvilke faktorer som kan ha betydning for styring, og de vil således være komplimenterende for bruk av empiri og metodiske innfallsvinkler. Disse tre teoretiske perspektiver vil kunne knyttes opp imot de to valgte styringsmodeller. Det er herunder nærliggende å anta at instrumentell styring grenser mot den hierarkiske modellen, mens institusjonell- og deltakende styring ligger tett opp imot nettverksmodellen. Sistnevnte perspektiver ønskes allikevel å holdes atskilt for å fange opp nyanser i den empiriske virkelighet.

Studiens datagrunnlag

For å belyse studiens problemstilling på en tilfredsstillende måte er det viktig å ha et bevisst forhold til valg av datamateriale. Jeg har valgt å benytte en kvalitativ komparativ case analyse for å forklare hvordan fenomenet styring kan sees på innenfor Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF. Med utgangspunkt i dette har jeg i denne studien benyttet meg av dokumentanalyser og intervjuer for å belyse problemstillingen. Det er fokusert på offentlige og interne dokumenter innenfor de to regionale foretakene, med vekt på styringsdokumenter, utredninger og styreprotokoller. Disse har gitt et innblikk i foretakenes prioriteringer og arbeider, og de har gitt god bakgrunnsinformasjon for gjennomførte intervjuer. Jeg har videre gjennomført intervjuer med styremedlemmer, styreledere og administrerende direktører innenfor de to regionale foretakene. Dette har vært et godt supplement til studiens dokument analyser. Siden denne studien inngår i et prosjekt ved Rokkansenteret har også annen forskning innenfor dette prosjektet³ vært medvirkende og utfyllende til denne studiens datagrunnlag.

Studiens oppbygging

I kapittel 2 vil jeg fokusere på det teoretiske og metodiske grunnlaget for studien. Jeg vil begrunne hvordan teorien ønskes benyttet, før de valgte teoretiske perspektiver utdypes og konkretiseres. Videre vil jeg gjøre rede for hvilke empiriske funn man kan forvente å finne innenfor disse perspektivene. Avslutningsvis i kapittel 2 vil jeg gjøre rede for de metodiske grepene som er benyttet i oppgaven og hvilke begrensninger og muligheter disse gir.

Kapittel 3 i er et kontekstkapittel hvor det gjøres rede for arbeidet innenfor de regionale helseutvalgene med vekt på arbeids- og funksjonsfordeling og styringsmessige utfordringer. Videre vil jeg kort skissere hvilke utredninger som

ligger til grunn for sykehusreformen og hovedtrekkene i disse, før jeg avslutningsvis utdyper sykehusreformens intensjon om foretaksorganisering, styring og arbeids- og funksjonsfordeling.

I kapittel 4 og 5 presenteres de to valgte case og jeg viser kronologisk hvilke arbeider de regionale foretakene har iverksatt tilknyttet valg av foretaksstruktur, etablering av formell styringslinje, arbeid tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling, syn på styring og utvikling av samarbeidsforaer. Kapitlene er bygd opp på en lik måte slik at man lett skal kunne se forskjeller og likheter.

Kapittel 6 utgjør analysedelen av studien. Først forklarer jeg de empiriske funnene innenfor hvert case belyst av de ulike teoretiske implikasjoner, før jeg avslutningsvis gjør en direkte komparasjon med vekt på de empiriske faktorer som legger betingelser og premisser for styring.

I kapittel 7 vil jeg oppsummere studiens hovedfunn og hva som kan forklare disse. Jeg vil også kommentere hvilke modeller og strategier som synes å ha hatt tilsiktet effekt innenfor de valgte casene og hvilke som ikke har gitt de ønskede resultater. Videre vil jeg sette studien inn i en forskningsmessig kontekst, og trekke paralleller med andre studier som bygger opp under denne studiens funn, før jeg skisserer fremtidige forventninger innenfor de to valgte case. Avslutningsvis vil jeg gi noen kommentarer til svakheter og styrker ved studien generelt før jeg gir forslag til videre forskning innenfor studiens tematikk.

2 Teoretisk og metodisk forankring

I dette kapitlet ønsker jeg å fokusere på det teoretiske rammeverket som benyttes for å belyse studiens empiri og den metodiske tilnærmingen for hvordan dataene er samlet inn og håndtert. Jeg vil også rette noe kritikk og påpeke noen svakheter ved bruken av de teoretiske perspektivene og det metodiske grepet.

Den første delen av kapitlet tar for seg det teoretiske rammeverket som er lagt til grunn for studien. Jeg forsøker å synliggjøre hvilke implikasjoner dette rammeverket har for studiens overordnede problemstilling, antagelser om sentrale sammenhenger og forventninger til empiriske funn. Jeg vil også redegjøre for hvordan teorien ønskes benyttet i studien og hvordan teorimangfoldet blir håndtert. Studien legger i all hovedsak tre teoretiske perspektiver til grunn for hvordan styring kan uttøves, henholdsvis 1) et instrumentelt perspektiv, 2) et institusjonelt perspektiv og 3) et deltakende perspektiv. I tillegg vil det gjøres rede for et aktørbasert syn på styring som tar utgangspunkt i hvordan enkeltaktører kan ha betydning for utfall av styringsmuligheter og beslutningsprosesser. I sin rene form er perspektivene idealtypiske⁴, mens man innenfor den empiriske virkelighet vil finne hybrider og koblinger av disse perspektivene. I analysekapitlet (kap 6) vil jeg derfor knytte perspektivene sammen for å forklare de empiriske prosessene som har funnet sted.

Den andre delen av kapitlet er viet det metodiske grepet som benyttes for innsamling og håndtering av dataene. Studien benytter seg av en kvalitativ komparativ tilnærming til datamaterialet, med hovedvekt på intervju og dokumentanalyser.

I det følgende vil jeg gjøre rede for studiens bruk av teoretiske begreper, for deretter å presentere de teoretiske innfalsvinklene som er valgt for denne studien. Jeg vil videre skissere generell kritikk mot de teoretiske implikasjonene, før det avslutningsvis under hvert perspektiv presenteres hvilke empiriske implikasjoner man kan forvente å finne.

Bruk av teoretiske rammeverk

En teori kan ses på som et relativt systematisk sett av forestillinger om sammenhenger mellom ulike fenomener (Roness 1977). De gir oss på mange måter et forenklet bilde av verden, og benyttes som et verktøy for å forstå sammenhenger og hendelser. De ulike teoretiske perspektivene vil dermed

representere ulike tilnærminger og forklaringer på oppgavens empiriske problemstilling.

Når det benyttes ulike teoretiske perspektiver for å forklare et fenomen, anses det som viktig å forklare forholdet mellom perspektivene og hvordan de ønskes benyttet. Roness (1997) presenterer fire ulike strategier for hvordan man kan håndtere dette teorimangfoldet. Disse er 1) avskjerming, 2) utfylling, 3) konkurrerende og 4) sammenslående. Hver av disse strategiene innebærer forskjelling måter å benytte teorien som utgangspunkt for analyse og fortolkning av ulike empiriske fenomener. *Avskjerming* tar utgangspunkt i at man velger ut en konkret teori og eventuelt videreutvikler denne, med *utfylling* benyttes flere teorier i sammenheng for å søke forklaringen i empirien, *konkurrerende* tar utgangspunkt i at man setter to eller flere teorier opp mot hverandre for å vurdere forklaringskraften deres, mens *sammenslående* ønsker å benytte elementer fra ulike teorier for å la dem gå inn som deler av en større teoretisk helhet (Roness 1997: 97–112).

Jeg har i denne studien valgt å benytte meg av en utfyllende strategi for å belyse oppgavens problemstilling. Hensikten med å benytte en utfyllende strategi er i første rekke *å forstå og forklare mest mulig av det som skjer, og ikke velge mellom de teoriene som blir benyttet. Det gjør at vurderinger av suksess bygger på hvor mye innsikt en kan vinne gjennom å bruke teoriene under ett* (Roness 1997:100). Da det for denne studien er viktig å forklare 1) hvordan styring utøves og 2) hva som kan forklare forskjeller i dette, anses bruk av den *utfyllende* strategien som mest hensiktsmessig for å gjøre dette. De perspektivene som benyttes i denne studien vil dermed kunne antas å alle ha en forklaringskraft på hvordan styring utøves, men de kan i de to forskjellige casene vektles forskjelling. I tillegg vil de ulike perspektivene vil kunne være overlappende i den empiriske virkelighet, og av den grunn være vanskelig å identifisere som rene idealtypiske perspektiver. Dette vil i følge Roness ikke medføre vansker, men heller styrke den teoretiske forklaringskraften ved bruk av perspektivene. De vil dermed benyttes som en ”konstellasjon” (Roness 1997:101) for å forklare og forstå mest mulig av det som skjer ut fra en ide om at det alltid vil være flere faktorer som påvirker et styringsforhold.

Et instrumentelt perspektiv

Det instrumentelle perspektivet favner om en rekke beslektede teoretiske tilnærminger. Perspektivet er utledet av en tradisjon innenfor organisasjonsteorien som bygger på teoretiske retninger som *scientific management*, *klassisk administrasjonsteori* og ikke minst *byråkratiteori* (Bukve 1988, Røvik 1998). Byråkratiteorien vektlegger spesialisering og arbeidsdeling blant de ansatte, avgjørelser etter formelle lover og regler, autoritet knyttet til formell posisjon og dokumentasjon av vedtak gjennom skriftlig og arkivert referat (Østerud 1996). Byråkratiet kunne ut fra denne hensikten utrede og iverksette tiltak uten at

personlige hensyn eller motiver kom inn i bildet, og ga med dette en større grad av rettssikkerhet og sørget for at iverksettelsen av politiske vedtak ble mer oversiktelig og forutsigbar. Organisasjonen ble i denne sammenheng et instrument for ledelsen for å nå de overordnede målene.

Siden den Weberianske byråkratiteorien ble utviklet, har en rekke nyere organisasjonsteoretikere benyttet seg av denne idealtypiske tilnærmingen for å forklare ulike prosesser innad i organisasjoner. Begreper som *det rasjonelle perspektivet* (Scott 1992), *reformperspektivet* (Brunsson og Olsen 1993) og *verktøyperspektivet* (Røvik 1998) er alle perspektiver med fellestrekk som kan knyttes til det instrumentelle perspektivet. Det instrumentelle perspektivet er også fremtredende innenfor mye av økonomisk teori, hvor kriterier som mange markedsdeltakere, fri tilgang og avgang av disse, homogene varer og tjenester og perfekt informasjon i markedet er fremtredende (Askildsen 1999, Zey 1998).

Idealtypisk er det essensielt innenfor det instrumentelle perspektivet at den formelle organisasjonsstrukturen ses på som summen av to hovedkomponenter; 1) måten organisasjonen deler opp arbeidsoppgavene på og 2) samordningen av disse (Mintzberg 1979). Oppdeling av arbeidsoppgavene er viktig for å kunne etablere regler og prosedyrer som gjør organisasjonen styrbar, og samordningen gjør at de enkelte delområdene henger sammen og at organisasjonen når sine overordnede målsetninger. Man vil dermed se en klar sammenheng mellom den formelle organisasjonsstrukturen og den faktiske adferdsstruktur (Egeberg 1984).

En annet viktig komponent innenfor det instrumentelle perspektivet som henger sammen med struktur og styrbarhet er evnen til å formulere klare og konsise mål for organisasjonen (Perrow 1986). I en organisasjon blir det ofte konstruert mål-middel kjeder med utgangspunkt i organisasjonens overordnede målsetninger. De virkemidlene som på høyt nivå i organisasjonen blir spesifisert for å nå målene, blir på neste nivå målsetninger som danner grunnlag for valg av nye virkemidler. Målene er ofte kjennetegnet ved at de på et høyt nivå innehar en betydelig del av verdipremisser, mens de på lavere nivå inneholder en stor del av faktapremisser (Bukve 1988). Ledelsen styrer dermed sin virksomhet ved å sette mål for organisasjonen, og sørge for at disse blir splittet opp til delmål nedover i hierarkiet. Det forventes innenfor det instrumentelle perspektivet at målene blir fulgt innenfor de gitte rammer. Handlingslogikken innenfor dette perspektivet blir en *konsekvenslogikk* (March and Olsen 1995a), hvor man vurderer styrker og svakheter bak mål og tiltak for så å ta en beslutning ut fra hva som er rett eller galt i forhold til organisasjonens målsetninger. I denne sammenheng er det et viktig kjennetegn ved det instrumentelle perspektivet at organisasjonen er hierarkisk oppbygd, med vekt på de formelle posisjonene i hierarkiet. Videre vektlegges instruksjoner og prosedyrer for å tilstrebe arbeidsdeling og samordning nedover i systemet, samtidig som det forventes en lojalitet fra organisasjonsmedlemmene til systemet i sin helhet.

Som følge av at organisasjonen handler som et instrument for ledelsen, og at suksess er knyttet opp imot grad av måloppnåelse, vil organisasjonsendring innenfor dette perspektivet være knyttet opp imot ledelsen sin mål- og situasjonsopplevelse (Roness 1997). Dersom organisasjonens mål (må) endres, vil ledelsen tilpasse den organisatoriske strukturen for lettere å kunne nå de nye målsetningene. Dette som følge av et instrumentelt syn på den klare sammenhengen mellom den formelle- og den faktiske adferdsstrukturen i organisasjonen (Egeberg 1984).

Endring i organisasjonen skjer innenfor dette perspektivet som et ledd i en styringsprosess, og er et resultat av planlagt og bevisst handling. Endringsprosessen blir dermed et redskap for ledelsen i organisasjonen, i jakten på måloppnåelse og bedre styring (Roness 1997). Av denne grunn er dette perspektivet et styrings- og reformoptimistisk perspektiv. Valg mellom ulike organisasjonsformer vil være gjenstand for rasjonell kalkulasjon og veiing av fordeler og ulemper i forhold til gitte mål (Brunsson og Olsen 1993).

Det instrumentelle perspektivet har stått sentralt i en rekke studier, men som flere teoretikere har påpekt så har det flere klare begrensninger sett i lys av den empiriske virkelighet (Olsen 1988). Blant annet er det påpekt at institusjonelle forhold – som identitet, kultur og historie – påvirker organisasjonen og dens medlemmer til å handle mot en konsekvenslogikk og en instrumentalitet.

Forventninger til empiriske funn

Innenfor det instrumentelle perspektivet vil man kunne forvente at ledelsen i de regionale helseforetakene setter klare og konsise mål ovenfor sine underliggende foretak for å nå de overordnede målsetningene. Disse målene vil kunne være spesifikke, både med tanke på formulering og med tanke på virkemidler for å nå disse. Målene vil gjøres gjeldende i styringsdokumentene ovenfor HF, og ved styrerepresentasjon og foretaksmøter. Man kan forvente at RHF utøver en betydelig grad av eierstyring for å få gjennomført kravene de setter overfor HF. Disse kravene vil kunne gjenspeiles i de målene som kommer fra sentralt hold, og fra RHF sine egne målsetninger. De underliggende HF blir dermed instrumenter for RHF for å få gjennomført de formelle kravene som er satt. Begrunnelsen for dette fra aktører innenfor RHF vil kunne forventes å være at organisasjonen trengs å styres i en gitt retning for måloppnåelse, og man kan anta at deres syn vil gjenspeiles i organisasjonsstrukturen. Organisasjonsstrukturen vil dermed bli preget av en byråkratisk oppbygging, med vekt på en formell mål- og resultatsstyring.

Innenfor dette perspektivet vil man videre kunne forvente at organisasjonen gjennomfører vedtak fra sentralt eller regionalt hold, og at tiltak som utvikling av DMS, forsterkede fødestuer, nedleggelser eller sammenslåinger av avdelinger eller lignende vil bli iverksatt uten særlig innblanding eller protester fra lokale aktører

innad i organisasjonen. Organisasjonen vil handle på bakgrunn av de formelle krav som kommer, og innenfor den gitte rammen som er skissert fra RHF.

Endring av eksisterende organisasjonsstruktur vil komme som følge av at HF ikke oppfyller de kravene som kommer fra overordnet nivå, og at RHF av den grunn ønsker å tilpasse sin eierstyring for å lettere nå målene. Det er også sannsynlig at RHF tilpasser sin underliggende organisasjonsstruktur ut fra eventuelle endringer fra sentralt hold, for å møte nye krav og forventninger. RHF ene ser med dette på organisasjonsstrukturen som et instrument for å nå nye målsetninger og for å styre organisasjonen i rett retning.

Et institusjonelt perspektiv

Det andre teoretiske perspektivet jeg benytter i denne studien er det *institusjonelle perspektivet*. Dette perspektivet ser på organisasjoner som løst koblede systemer, noe som innebærer at andre koblinger enn de formelle gjøres gjeldende. Organisasjonsmedlemmene har egne preferanser og identiteter utover de som er formelt satt av ledelsen i organisasjonen. Hvem man sitter sammen med, hvor man kommer fra, hvilken profesjon man innehar, hvem man identifiserer seg med etc. er eksempler på egenskaper som vil påvirke den *uformelle strukturen* i organisasjonen. Dette vil kunne medføre at man får et avvik mellom det som er organisasjonens formelle struktur og faktiske adferd (Egeberg 1984). På bakgrunn av dette vil det kunne utvikles beslutningsarenaer og autoritetsaktører som ”truer” den formelle organisasjonsstrukturen og beslutningsadferden, og vil kunne medføre at organisasjonen ikke handler etter de formelle målene (Scott 1992, March 1994). Aktørene samhandler på tvers av hierarkiske nivåer, og har egne preferanser for hva som anses som rett og galt. Det utvikles en særegen identitet i organisasjonen, en egen organisasjonskultur. I motsetning til den handlingslogikken som ligger til grunn for det rasjonelle perspektivet (konsekvenslogikk) så ligger det her til grunn *en passende logikk* som i større grad vektlegger hva som til enhver tid anses som passende for organisasjonsmedlemmene å gjøre (March og Olsen 1995). De vil innenfor dette perspektivet alltid holde de formelle målene og virkemidlene opp imot egne og organisasjonens preferanser, og handle på bakgrunn av dette. Ved avvik mellom disse preferansene, vil organisasjonsmedlemmene utvikle en kompatibilitetstest og handle på bakgrunn av hva som anses som passende i situasjonen, knyttet opp imot organisasjonens identitet, kultur og historie.

Det institusjonelle perspektivet forkaster ikke mål-middel rasjonaliteten som det instrumentelle perspektivet fremhever, med velger å tone det noe ned. Perspektivet fremhever at organisasjonens medlemmer – og dermed organisasjonen i sin helhet – innehar egne mål som ikke nødvendigvis er i samsvar med de formelle (Perrow 1986). Dette kan være mål knyttet til

profesjonstilhørighet, egen utvikling, karriere, organisasjonens eksistens etc. Med bakgrunn i dette vil organisasjonen få en *målforskyvning*, hvor andre mål enn de som er formelt satt blir fremtredende og gjeldende for handling. Ved en konflikt mellom de uformelle og formelle målene, vil de formelle målene kunne bli tilsidesatt (Selznick 1957). Organisasjonens medlemmer blir preget av sin *institusjonelle tilhørighet*, og deres adferd blir mer preget av det normative rammeverket for organisasjonen enn dens tekniske og økonomiske mål (Lægreid og Olsen 1979).

Sentralt i det institusjonelle perspektivet står det historiske og det kulturelle aspektet. Dette fenomenet blir av enkelte beskrevet som *institusjonaliserte organisasjoner* (Selznick 1957, March og Olsen 1989, Brunsson og Olsen 1993). Her settes det fokus på at en institusjons kultur og historie vil legge føringer og begrensninger for dens kommende adferd. Tidligere beslutninger og veivalg vil styre organisasjonen i gitte retninger, og være førende for hvilke handlingsalternativer og muligheter organisasjonen har i fremtiden. Dette tar utgangspunkt i historisk arv og påpeker at gjennom organisasjonens erfaring dannes forestillinger om hva som anses som passende og rett/gal måte å handle på. Etablerte organisasjoner endrer seg derfor ikke raskt og effektivt, men følger et mønster ut fra hva som er gjort tidligere i organisasjonens historie. Videre fremheves det at organisasjoner over tid utvikler særegne organisasjonskulturer og institusjonelle identiteter som tillegges egenverdi, noe som vil være med å forme deres adferd i forhold til nye situasjoner og utfordringer. Man kan si at organisasjonen lærer av tidligere erfaringer – positive eller/og negative – og at disse erfaringene vil legge føringer og begrensninger for fremtidige handlingsmønstre (March og Olsen 1989). En videreutvikling av den historiske institusjonalismen er *sti-avhengighet* (Krasner 1988). Dette begrepet tar utgangspunkt i at når organisasjoner når et gitt punkt skjer en endring som er *nødt* til å komme. Begrepet kommer opprinnelig fra geografiske studier som omhandler fremvekst av industri i tettsteder (Arthur 1988). Studien viser at ved et gitt tidspunkt under denne prosessen utviklet tettstedene seg til å bli byer – det var på mange måter ingen vei tilbake. Med utgangspunkt i dette blir sti-avhengighet en tilspissning av historisk institusjonalismen i den forstand at ved et visst punkt så skjer en endring/utvikling som i betydelig grad legger føringer for senere handlingsalternativer og handlingsvalg (Krasner 1988).

Endring vil innenfor det institusjonelle perspektivet være preget av at man først forsøker å løse utfordringene innenfor nåværende organisasjonsstruktur. Dersom dette ikke lar seg gjøre, vil man forsøke å utvikle de strukturene som allerede finnes. Endringene vil dermed være små og stegvise, og ikke innebefatte store omveltninger innad i organisasjonen (Roness 1997). Dersom endringsprosessene bryter med sentrale normative elementer i organisasjonens identitet og kultur, vil det være stor sannsynlighet for at endringene ikke blir

adoptert i organisasjonen. Røvik (1998) betegner dette som *frastøtingsteser*, og beskriver det som at det er organisasjonens motstandsstrategi for å hindre en utvikling den ikke ønsker. Andre betegner tilsvarende fenomener som *institusjonell treghet* (March og Olsen 1989, Scott 1995) og påpeker at organisasjoner er komplekse, verdibærende og integrerte institusjoner som er generelt motstandsdyktige ovenfor raske og omfattende endringer.

Styring innenfor dette perspektivet vil ta utgangspunkt i de uformelle føringene som ligger i organisasjonens kultur, identitet og historie, og tilpasse regler og mål til disse. Det vil være viktig å klare å identifisere de uformelle koblingene innad i organisasjonen, for på den måten å kunne påvirke organisasjonen i rett retning (March og Olsen 1989, Roness 1997).

Det institusjonelle perspektivet har i likhet med det instrumentelle perspektivet visse svakheter, og noe av kritikken har gått i retning av at perspektivet i for liten grad tar hensyn til omgivelsene og dennes betydning for beslutningsprosesser og handlingsmønstre. Det fremheves at handling og beslutninger i organisasjoner ofte iverksettes på bakgrunn av føring fra omgivelsene og dennes oppfatning av hva som er rett måte å organisere eller styre organisasjonen på (Perrow 1986, Olsen 1988, Roness 1997, Røvik 1998). De teoretiske retningene bak dette synet videreutvikler institusjonens behov for intern legitimitet, og fremhever at enhver organisasjon opererer i samarbeid med andre organisasjoner (populasjoner), innenfor kulturelle kontekster, nasjonale standarder, lover og verdier. Dette medfører at behovet for å orientere seg i forhold til disse og oppnå legitimitet i disse omgivelsene vil være fremtredende for en organisasjons beslutninger og handling⁵.

Forventninger til empiriske funn

I motsetning til det instrumentelle perspektivet kan man innenfor det institusjonelle perspektivet forvente at HFene ikke vil reagere spontant på de formelle styringsbudskaper som kommer fra RHF, men man kan forvente at foretakene innehar egne identiteter og kulturer som vanskeliggjør en instrumentell styring. Sykehusene er – som tidligere omtalt – organisasjoner som er styrt av ulike krav og hensyn, og som er spesielle i den forstand at de er organisert som profesjonsorganisasjoner (Eriksen 1993, Elvbakken m.fl 1994, Erichsen 1996). De er sterkt styrt av den faglige logikken som ligger i bunn for produksjonen av helsetjenester og som er representert ved profesjonene. Man kan derfor forvente at styring av disse foretakene ikke lar seg gjøre ved hjelp av en instrumentell tilnærming, men ved at styring skjer via den profesjonstilhørigheten og den faglige logikken som gjøres gjeldende nedover i hierarkiet (Kjekshus og Nordby 2003). Instrumentell styring fra RHF ovenfor HF vil innenfor dette perspektivet medføre motstand og treghet ovenfor eventuelle endringsprosesser. Utfordringer for

ledelsen av RHF vil dermed være å identifisere institusjonelle betingelser, for å kunne klare å påvirke dem i retning av formelle mål og virkemidler.

Man kan videre anta at de beslutninger og valg av handlinger som tidligere har vært gjort mellom faggrupper innenfor sykehusene vil fortsette, og at organisasjonene av den grunn har en rekke uformelle beslutningsarenaer. Avstanden mellom den formelle- og den faktiske adferdsstrukturen vil dermed kunne antas å være betydelig. Det vil derfor være vanskelig å styre organisasjonen om man ikke har tilgang til disse beslutningsarenaene.

I tillegg vil man innenfor det institusjonelle perspektivet kunne forvente at de historiske føringene som ligger innenfor de aktuelle regionene har betydning for utfall av styringsmuligheter og handlingsalternativ. Selv om foretakenes historie er kort, så har sykehusene og de ulike institusjoner lang historie. De har dermed frem til sykehusreformens implementering gått igjennom ulike prosesser som trolig har formet deres identitet, kultur og historiske forutsetninger for endring av organisasjonsstruktur. Det har vært forsøkt samarbeid mellom sykehusene innad i fylkene og på tvers av disse med varierende utfall. Med bakgrunn i dette kan man forvente at de to valgte casene har noe forskjellige forutsetninger for adopsjon av nye organisasjonsformer som vil påvirke utfallet av disse mulighetene.

Et deltakende perspektiv

De to ovenstående perspektivene tar utgangspunkt i at styring skjer i form av regelendringer og fastsettelse av mål, eller at man med utgangspunkt i institusjonens normer, identitet og historie utvikler et sett av regler og handlingsalternativer som er tilpasset disse (Roness 1997). Begge disse teoretiske tilnærmingene vil danne utgangspunkt for å forsøke å nå gitte mål for organisasjonen. Det deltakende perspektivet vil på sin side ikke være så formålsrettet men mer være opptatt av samhörighet og mulighet for deltakelse blant de involverte aktører. Målene oppstår i selve deltakelsesprosessene. Perspektivet bygger på grunntanken om at alle skal ha anledning til å delta på beslutningsarenaer og ha mulighet for å bli hørt (Peters 1996) og er således ikke bare motivert av å få gjennomslag for sine meninger.

I den deltakerdemokratiske tradisjonen hevdes det at en politisk beslutning kun er legitim når alle berørte parter har blitt hørt og har fått uttalt seg (Held 1996). I Norge har vi sterke deltakerdemokratitradisjoner knyttet til blant annet lekmannsbevegelsen, det kommunale selvstyre, til utviklingen av bedriftsdemokrati og medbestemmelse i det offentlige (Eriksen 2001). Her er forestillingen at deltakerne selv må kunne påvirke sine handlingsbetingelser og at deltakelse er en verdi i seg selv.

Sentralt i det deltakende perspektivet står den *kommunikative rasjonaliteten* (Eriksen 1993, 1999). Denne formen for rasjonalitet representerer et brudd med

den tradisjonelle forståelsen av rasjonalitets begrepet i den forstand at den ikke definerer rasjonalitet som relasjon mellom midler og mål, men mer som en søkeprosess etter bestemte typer av mål (Alexander 1985). I følge dette synspunktet vil dermed den kommunikative formen for rasjonalitet fremstå som irrasjonell sammenlignet med de to ovennevnte perspektiver. Eriksen (1999) på sin side beskriver den kommunikative rasjonaliteten som en sosial prosess hvor mål-middel rasjonaliteten blir for snever til å fange opp hva som er rasjonelt/irrasjonelt. Han påpeker at det mer handler om å *forstå sosiale normer og forholde seg passende til sine medmennesker, og gi et adekvat uttrykk for personlige opplevelser, behov og interesser, enn av å maksimere en gitt funksjon* (Eriksen 1999: 42). Sentralt i dette resonnetet ligger forutsetningen om at legitime beslutninger kun kan fattes på det grunnlag at aktørene ved hjelp av en oppriktig kommunikasjon hvor alle involverte parter får uttrykt sin mening, kan komme frem til fornuftige og rasjonelle løsninger.

Målet – ut fra en et kommunikativt syn på organisasjoner – er dermed å komme frem til en felles forståelse mellom aktørene i organisasjonen. Et sentralt premiss i denne formen for rasjonalitet er at aktørene gjennom tvangsløs kommunikasjon basert på en felles språklig plattform gis anledning til å komme frem til enighet. Utviklingen av en felles forståelse er dermed et resultat av en prosess der trusselen om sanksjoner og straff ikke er til stede, men hvor alle kan delta uten fare for egen posisjon, eksistens eller lignende. Dette forutsetter til en viss grad at aktørene i prosessen er likeverdige med tanke på posisjon, makt, språklig forståelse og med potensielt lik kompetanse og bakgrunn. Aktørene må dermed gå inn i prosessene med genuin interesse for å komme frem til felles forståelse. Dette innebærer at aktørene må være villige til å endre standpunkt om deres argumenter overvinnes av sterkere argumenter fra andre aktører, og at de evner å kommunisere på en måte som ikke er strategisk (Eriksen 1993).

Mulighet for styring sett i lys av dette perspektivet vil i stor grad avhenge av lederens kommunikative evner og muligheter for å skape et miljø for trygghet og forståelse. Det vil kunne ligge strategiske eller instrumentelle handlinger bak lederens intensjoner og handlinger (Eriksen 1999), men det avgjørende for utfallet og mulighet for styring vil ligge i hvor godt han klarer å skape et samarbeid, en trygghet, åpenhet og en mulighet for de involverte aktører til å ville samhandle på felles premisser og forståelse (Byrkjeflot 1997). Styringspotensialet vil dermed i stor grad henge sammen med det miljøet lederen klarer å skape i styringskjeden i organisasjonen og på de ulike beslutningsarenaene.

Endring sett i lys av det deltakende perspektivet vil ta utgangspunkt i at de involverte aktørene i fellesskap kommer frem til fornuftige og rasjonelle løsninger. På denne måten blir beslutningene legitime og vel forankret i de ulike involverte aktørers hensyn og verdier. Eriksen (1999) skisserer en studie av sykehussektoren hvor han beskriver en organisasjonsmodell som han betegner som *verkstedmodellen*

(Eriksen 1999: 170–180). Denne modellen tar utgangspunkt i en desentralisering av beslutningsmyndighet og styring, og en kommunikativ forståelse av beslutninger og handling. Med utgangspunkt i at de ulike aktørene forstår hverandres språk og klarer å komme frem til rasjonelle beslutninger uten strategiske hensyn, vil styringsmuligheter og handlingsalternativer bidra til legitime og godt verdiforankrede endringer i organisasjonen.

En åpenbar kritikk av dette perspektivet – spesielt innenfor sykehussektoren – er de mange ulike profesjonsinteressene som vil kunne opptre på de ulike beslutningsarenaene. Helsesektoren i sin helhet – og spesielt sykehussektoren – har over lang tid vært preget av profesjonsstridigheter (Torgersen 1994, Eriksen 1996, Sahlin-Andersson 1999), slik at det innenfor den empiriske virkelighet vil være vanskelig å tenke seg at de ulike aktører skal kunne tilfredsstille kravene til kommunikativ rasjonalitet. På den annen side er det flere undersøkelser (Eriksen 1999, Kjekshus og Nordby 2003) som antyder at det deltakende perspektiv får større fotfeste innenfor deler av sykehussektoren, og at den således vil kunne ha gyldighet innenfor den nye foretaksorganiseringen av spesialisthelsetjenesten. En annen kritikk og utfordring ved bruk av dette perspektivet er hensikten ved å vektlegge det i den empiriske virkelighet. Man kan tenke seg at ledelsen i en organisasjon er bevisst bruken av det deltakende aspektet for å nå visse resultater, noe som kan antyde at det ligger strategiske og/eller instrumentelle valg bak deltakelses form.

Forventninger til empiriske funn

Innenfor det deltakende perspektivet vil man kunne forvente å finne at RHF innehar et fokus på samhandling og deltakelse. Det vil kunne være formelle arenaer – av mer eller mindre beslutningsmessig art – som har til hensikt å formidle informasjon, meninger og bidra til læring på tvers av horisontale og vertikale linjer. Man kan forvente at dette ligger innenfor den styringsmessige delen av kjeden (styrene) og/eller innenfor den operative delen (administrasjonen), og at det er en stor grad av bevissthet rundt dette arbeidet.

En vil også kunne forvente å finne en enighet blant de involverte aktører om at man har en god dialog og forståelse for hverandres situasjon, og at organisasjonen bærer preg av harmoni og samarbeid. Dette vil innebære at de endringsprosesser som finner sted er godt forankret i RHF og HF og dermed møter lite intern motstand. Videre vil en kunne forvente at avstanden mellom de formelle målene som er gitt og de tiltakene som iverksettes ikke er tett koblet, men er nyanser av hverandre. Dette med begrunnelse i foræts evne til å diskutere seg frem til fornuftige og tilfredsstillende løsninger forankret hos de involverte.

Med utgangspunkt i dette perspektivet vil man forvente å finne ledere som har et stort fokus på å klare å skape denne formen for trygghet og samhandling i organisasjonen. Dette vil henge sammen med en bevisst utvelgelse av aktører i

samarbeidende stillinger. Lederen vil også være bevisst den kommunikative rasjonaliteten og samhandlingsformen, og vil arbeide aktivt for at dette skal kunne gjenskapes i organisasjonen i sin helhet. Dette vil være hans måte å styre HFe på, og utfallet av styringsmulighetene og handlingsalternativene vil henge sammen med *miljøet* han har klart å skape innenfor organisasjonen.

Analyseapparatet kreative rolleinnhavere

En vanlig kritikk av de ovenstående perspektivene – og herunder spesielt det instrumentelle og det institusjonelle – er at individene på organisasjonsnivå blir tillagt for liten egenverdi i forhold til de valg og beslutninger som tas (Perrow 1986, Lotsberg 1995). Dette er en generell problemstilling som ofte vies oppmerksomhet innenfor ulike former for ledelseslitteratur, ledelsesforskning og innenfor psykologiske og sosiologiske teorier (Abrahams 1982, Lotsberg 1995, Byrkjeflot 1997, Strand 2001). Disse bidragene ønsker primært å sette fokus på at enkeltaktører ofte innehar større innflytelse og påvirkning på beslutningsprosesser og handlingsmuligheter enn det de ovennevnte teoretiske perspektivene legger til grunn. Det vil ikke si at disse bidragene ser aktører og strukturer som totalt atskilte, men de fremhever betydningen av å se dem mer i sammenheng for å skape et helhetlig bilde av den empiriske virkelighet. Med utgangspunkt i de ovennevnte perspektiver vil man kunne anta at enkeltaktører innehar en betydelig rolle i utformingen av organisasjonens policy. Det anses derfor som fruktbart for denne studien å bruke begreper som tar hensyn til enkeltaktører innenfor den styringsmessige delen av organisasjonsteorien.

Et bidrag som ønsker å koble aktør-struktur forholdene tettere sammen er Hollis begrep om *kreative rolleinnhavere* (Hollis 1994). Begrepet ble opprinnelig introdusert som en kritikk av institusjonelle forklarings vektlegging av aktørers passive regelfølgning, og benyttes for å knytte aktører til strukturer på en slik måte at aktørenes kompetanse, kunnskap og dømmekraft får betydning for ulike utfall (Lotsberg 1990, 1995). På denne måten vil enkeltaktører som kjenner til organisasjonens institusjonaliserte normer og omgivelser kunne fremstå som rasjonaliserte agenter for endringsprosesser og beslutningsadferd. En slik aktør har evnen til å fortolke normer, vise dømmekraft, og må derfor kunne oppfattes som både kreativ og kompetent (Søreng 2002). Aktører innenfor denne teoretiske retningen vil dermed ha ulike muligheter og kompetanse til å utvikle handlingsalternativer i bestemte situasjoner (Serigstad 2003). Som følge av endringer i organisasjonens målsetninger, problemoppfatninger, politikktutforming eller lignende, vil det kunne oppstå ulike muligheter og situasjoner for den kreative rolleinnhavere til å påvirke utfall og handlingsalternativer. Kingdon (1984)

beskriver dette som et *policy window* og viser til at den kreative rolleaktøren vil kunne utnytte disse forholdene til sin fordel for å få gjennomslag for de endringer eller beslutninger som ønskes.

Dette synet på aktører er utviklet for å utdype de forannevnte teoretiske perspektiver, og vil dermed kunne gjøres gjeldende innenfor både det instrumentelle-, det institusjonelle- og det deltakende perspektivet. Det er således ikke et perspektiv som vil gi en forklaringskraft alene, men som vil kunne utdype de andre perspektivene sin forklaringskraft.

Forventninger til empiriske funn

Hensikten med å introdusere begrepet *kreative rolleinnhavere* er at det i denne studien ønskes å ta høyde for at enkeltindivider med sin egenverdi, dømmekraft og tolkningsevne *kan* ha betydning for organisatoriske prosesser. Det vil derfor innenfor denne retningen kunne forventes å finne enkeltaktører som har hatt – og har – stor betydning for utforming av mål, kartlegging av problemer, utvikling av virkemidler etc for å møte organisatoriske utfordringer innenfor foretaksorganiseringen. Man kan således forvente at enkeltaktører innehar en stor grad av autoritet og autonomi i de ulike beslutningssprosesser, og at de med sin kjennskap til organisasjonen klarer å utnytte de ulike situasjoner og muligheter som oppstår til RHF sin fordel.

I tillegg er det sannsynlig at enkeltaktører innenfor dette analyseapparatet har kjennskap til foretakenes institusjonelle betingelser, og klarer å utnytte disse på en instrumentell måte slik at målsetninger kan oppfylles. Man kan også anta at disse enkeltaktørene har et betydelig fokus på betydningen av å skape en god organisasjons kultur mellom RHF og HF med vekt på samhandling, tilhørighet, trygghet og åpenhet – faktorer som vil fremme det deltakende perspektivet og den kommunikative rasjonaliteten.

Metodisk forankring

I denne delen av kapittelet vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å belyse studiens problemstilling. Jeg vil kort forklare hvilken forskningsstrategi som er valgt, før jeg problematiserer valg av case. Videre vil jeg gå igjennom datagrunnlaget som er benyttet i studien, for så å beskrive muligheter og begrensninger i datatilgangen av dette. Avslutningsvis vil jeg kommentere dataenes validitet og reliabilitet opp imot studiens problemstilling og drøfte generelle styrker og svakheter ved det metodiske grepet rundt studien.

I vitenskapelige studier må man ta stilling til om det metodiske grepet man har benyttet er godt nok og dekkende for å belyse studiens tema og problemstilling. Hvorvidt det er godt nok vil avhenge både av det empiriske materialet man innehar og de teoretiske implikasjonene man har valgt for studien. Det finnes en

rekke ulike metodiske alternativer å velge imellom, og jeg vil i denne delen av kapittelet gjøre rede for og drøfte de valg som er gjort for denne studien.

Valg av komparativ casestudie som forskningsstrategi.

Som beskrevet i kapittel 1 ønsker denne studiens problemstilling å forklare 1) hvordan de regionale helseforetakene utøver styring ovenfor sine underliggende foretak og 2) hva forklarer forskjellen i denne styringen. Yin (1994) hevder at case studier er det beste metodiske grepet for å forklare begreper som *hva*, *hvordan* og *hvorfor*, og dette har derfor vært studiens metodiske utgangspunkt for valg av forskningsstrategi. Med hovedfokus på å komme frem til hvilke faktorer som påvirker styring, hvilket syn involverte aktører har på styring og hvilke begrunnelser som forklarer valg av styringsstrategi, anses bruk av casestudier som den beste forklaringsmåten. Casestudier blir ofte karakterisert som et tvetydig og omdiskutert begrep⁶, og bør av den grunn ikke ses på som en bestemt forskningsstrategi, men som en kategori av ulike strategier. I denne sammenheng er det vanskelig å enes om hva som kjennetegner et case (Ragin og Becker 1992), og å klare å komme frem til gyldige og universelle definisjoner på hva et case er (Yin 1994, Andersen 1997). Jeg ønsker derfor å betrakte casestudier som empiriske undersøkelser av et samtidig fenomen innenfor sin naturlige kontekst, hvor man vil undersøke både fenomenet og konteksten. Caset blir dermed en empirisk avgrenset enhet hvor mange variabler opererer i sammenheng og avhengig/uavhengig av hverandre, og at de derfor ikke kan løsrives fra sin naturlige, historiske og kulturelle kontekst.

Et av casestudiens fortrinn er at de er en velegnet metodisk strategi for håndtering av data når datamangfoldet er av en slik karakter at studien ikke kan baseres på en datainnsamlingsmetode alene (Yin 1994). Dette forholdet anses som dekkende for valg av strategi med utgangspunkt i denne studiens hovedfokus. Denne studiens teoretiske utgangspunkt er at styringsmuligheter blant annet bestemmes av faktorer knyttet til historie, kultur, identitet og rasjonalitet. For å empirisk kunne belyse disse forholdene vil datamangfoldet og tilnæringsmåtene til disse være av en så omfattende art, at casestudiens fortrinn vil anses som betydelige for å øke studiens forklaringskraft.

Fordelen med å benytte casestudier er som nevnt ovenfor at man kan benytte et mangfold av datakilder, noe som gir fleksibilitet i forbindelse med innsamling, bearbeiding og tolkning av data. Videre åpner casestudier for å studere komplekse sammenhenger og prosesser, endringer over tid og selve konteksten som fenomenet befinner seg i. Svakheten ved å benytte casestudie som forskningsmetode er på den annen side den begrensede muligheten for generalisering (Andersen 1997, Hellevik 1999) fordi årsaksforholdene blir for komplekse og spesielle til å kunne si noe om fenomenet på et generelt og utvidet grunnlag. På den annen side vil mange hevde at generalisering ikke er en

målsetning ved bruk av casestudier, men derimot å kun forklare de prosessene som har skjedd innenfor det valgte case (Skocpol 1984, Ragin 1987). Dette sammenfaller med det Yin (1994) omtaler som *analytisk generalisering*, hvor studiens ambisjoner er avgrenset til å si noe om relevansen av, og forklaringskraften til, de teoretiske perspektivene som blir benyttet. Dette bidrar til å åpne for en *hermeneutisk* forståelse av vitenskapstradisjonen, hvor man aksepterer at ulike teoretiske og metodiske innfallsvinkler bidrar til en utvidet forståelse av studieobjektet, og hvor essensen ligger i å gjøre rede for de premisene som ligger til grunn for det studieobjektet og det analyseopplegget som er valgt.

Jeg har valgt å benytte en *komparativ caseanalyse*, hvor fokuset er satt på to ulike case for å fange opp hva som kan forklare særegenheter og mer generelle tendenser i lys av studiens problemstilling. Ulike metodiske grep kan benyttes for å utføre dette, og i denne studien er det benyttet ”Mills indirect method of indifference” (Ragin 1987:39–42) hvor intensjonen er å kontrastere og maksimalisere ulikhetene mellom casene for på den måten å komme frem til variabler og faktorer som kan forklare årsak-virkningsforhold (Andersen 1997: 116–119). Metodisk utføres dette ved å fokusere på sammenlignbare variabler i de to valgte casene, for så å finne forskjeller og likheter ved disse. Forskjellene kontrasteres for å søke forklaringskraft ved hjelp av de teoretiske implikasjonene. De variablene som fremstår som like er, sett i lys av dette metodiske grepet, ikke relevante fordi de ikke medfører noen forskjell i årsaks-virkningsforholdet (Ragin 1987)⁷.

Valg av case

Ved komparative casestudier vil ofte utfordringen ligge i å identifisere case som lar seg sammenligne ut fra den metodiske tilnærmingen som er valgt (Skocpol 1984, Ragin 1987, Ragin og Becker 1992). Med utgangspunkt i ”Mills indirect method of indifference” ble det for denne studien sitt vedkommende essensielt å finne case hvor det kunne identifiseres forskjeller og likheter i variabler som vil kunne påvirke styring. Ved å holde noen variabler konstante og benytte disse som kontrollvariabler, ville årsaks- og virkningsforhold kunne identifiseres og gi en forklaringskraft på studiens problemstilling (Hellevik 1995, 1999). For denne studien sitt vedkommende var det fem mulige case som kunne undersøkes (Helse Øst-Norge, Helse Vest-Norge, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Norge og Helse Nord-Norge), og grunnet studiens omfang ville det ikke være mulig å sammenligne mer enn to av dem. I tillegg ble studien initiert våren 2002 hvor foretaksreformen nylig var blitt iverksatt, så det var vanskelig å se utpregede forskjeller og likheter casene imellom. Dette medførte at valg av case ble gjort med bakgrunn av følgende kontrollvariabler: 1) Begge casene skulle inneha relativ lik geografisk størrelse, 2) begge casene skulle ha relativ lik befolkningspopulasjon, 3) begge casene skulle inneha relativt lik sykehusstruktur, 4) begge casene skulle

inneha regionsykehusfunksjoner og 5) begge casene skulle være i tilsvarende økonomisk situasjon. Ved bruk av seleksjonsmetoden ble det klart at Helse Øst-Norge, med hovedsete rundt Oslo området ble for spesielt (geografisk og populasjonsmessig) til å kunne sammenlignes med de andre. Også Helse Nord-Norge skilte seg ut med hensyn til geografi og spredt populasjon, men i motsetning til Helse Øst-Norge, hvor tilsvarende faktorer stod for geografisk konsentrasjon og høy populasjon, var det i Helse Nord-Norge en langstrakt geografi og spredt populasjon. Med utgangspunkt i dette stod jeg igjen med tre ulike case. Helse Sør-Norge ble sett på som et spennende case grunnet deres valg av foretaksstruktur, men regionen grenset svært tett til Helse Øst-Norge (Rikshospitalet ligger i Helse Sør-Norge, Ullevål sykehus i Helse Øst-Norge) og regionen hadde ikke et regionssykehus. Dette medførte at valg av case falt på Helse Midt-Norge og Helse Vest-Norge. De to casene er områdemessig relativt like ved at de omfavner tre fylker, de har begge regionssykehus med universitetsfunksjoner, de har relativt lik sykehusstruktur og den økonomiske situasjonen er sammenlignbar.

Datagrunnlaget

Hva som kjennetegner gode data i en vitenskapelig studie må ses i sammenheng med studiens tema og problemstilling. Et sentralt kjennetegn ved databruken i casestudier er at det ofte benyttes til dels store datamengder for å kunne gå i dybden av caset. Dette gir et godt innblikk i sentrale prosesser rundt fenomenet som ønskes belyst, men kan på den annen side medføre at studien blir for omfattende og uoversiktlig. Med utgangspunkt i studiens validitet vil det på den annen side styrke studien når det benyttes flere typer av kilder for å belyse oppgavens problemstilling (Yin 1994). Dette ble derfor en sentral målsetning i det metodiske grepet for denne studien.

Med utgangspunkt i studien sin problemstilling og det teoretiske rammeverket, har jeg valgt å benytte meg av dokumentanalyser og intervjuer som sentrale datakilder. Dokumentanalysene har i all hovedsak tatt utgangspunkt i offentlige dokumenter, og har hatt til hensikt å danne utgangspunkt for utforming av intervjuguide, danne bakgrunnsmateriale for studien og bidra til å fokusere på RHF sine konkrete satsingsområder. I utarbeidelsen av kontekstkapittelet (kap 3) er det benyttet materiale fra de regionale helseutvalgene, og det er brukt NOU-er og Stortingsmeldinger for å kartlegge den sentrale utvikling spesialisthelsetjenesten har gått igjennom de senere år. I utarbeidelsen av empirikapitlene (kap 4 og 5) er det tatt i bruk styringsdokumenter til de ulike nivåer, og det er systematisk gått igjennom styrerprotokoller, saksdokumenter og rapporter/utredninger som er utarbeidet eller initiert av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Dokumentanalysene vil være verdifulle og ytterst nødvendige som datagrunnlag for studien, men de har sine svakheter og bør av den grunn ikke

benyttet som empiriske bevis alene (Yin 1994). De vil derfor i denne studien være komplimenterende til det datagrunnlaget som intervjuene fremskaffer. Intervju blir ansett som den viktigste informasjonskilden for casestudier generelt (Yin 1994:85), og vil også bli betraktet som det viktigste datagrunnlaget for å belyse denne studiens problemstilling. Det er i denne studien intervjuet sentrale aktører innenfor de regionale helseforetakene, både i styrene og i administrasjonen, noe som har gitt innsikt i de prosesser, handlingsalternativ og utredninger som er blitt foretatt. Disse intervjuene har komplimentert dokumentanalysene i tilfredsstillende grad, og har medvirket til et helhetlig vitenskapelig fundament for utvikling av analyse og konklusjoner.

Datatilgang

Prosessen med å samle inn data til dette caset var relativt tidkrevende og tidvis vanskelig, både med tanke på dokumentinnsamling og med tanke på gjennomføring av intervjuer. I forbindelse med kontekstkapittelet (kap 3) var det ønskelig å se på hva de regionale helseutvalgene hadde iverksatt av utredninger, hvilke tiltak som var gjennomført og hvilke fremtidsplaner som var initiert innenfor de respektive regioner. I Helseregion Vest-Norge var store deler av disse dokumentene tilgjengelige, men i Helseregion Midt-Norge var de vanskelige å få tak i. Dette med bakgrunn i at det regionale helse- og sosialutvalget i Helseregion Midt-Norge ikke hadde systematisert, bearbeidet eller gjort sine dokumenter elektronisk tilgjengelig i samme grad som Helseregion Vest-Norge. Mye av datagrunnlaget for denne delen av studien er derfor innhentet fra et forskningsprosjekt i regi av Norsk Institutt for By- og Regionsforskning (Opedal og Stigen 2002). Kildene her er av den grunn mer preget av å være sekundærdata enn å være primærdata.

Tilgangen til offentlige dokumenter som styreprotokoller, sakspapirer, utredninger og rapporter blir jevnlig lagt ut på de regionale helseforetakenes sine nettsider, og har således vært lett tilgjengelig i begge de valgte case. Dokumenter som har vært unndratt offentligheten (saksgang, forberedende saksdokumenter etc.) har vært noe vanskeligere å få tilgang til og utfordringen har særlig vært fremtredende ovenfor Helse Midt-Norge RHF. Flere henvendelser har vært gjort uten konstruktiv respons, noe som har medført at mye av informasjonen knyttet til denne type problemstillinger er komplimentert med personlige intervjuer.

Intervjuene har blitt utført på en tilfredsstillende måte og samtlige intervjuobjekter som har blitt forespurt har vært positive, både med tanke på gjennomføring av intervjuet og informasjonsutveksling innenfor rammen av denne. Utfordringen har vært å få intervjuene til å passe inn i deres timeplaner, noe som har medført at de har vært foretatt over en 4–5 måneders periode. Dette har vært en utviklende prosess, men samtidig utfordrende da tidsaspektet medfører at nye elementer kontinuerlig kommer inn i prosessene. Intervjuene er derfor i noen

tilfeller blitt komplimentert med oppfølgingsintervjuer av en mer uformell karakter, enten pr telefon, e-post eller personlig oppmøte.

Bruk av intervju

Personlig intervju er som nevnt ovenfor en viktig kilde til datamaterialet for denne studien. Intervjuene har hatt til hensikt å være en kilde til kunnskap, som et supplement til og utdyping av dokumenter og skriftlig materiale, og som et grunnlag for å komme frem til de bakenforliggende hensyn og strategiske valg som casene har foretatt.

I arbeidet med å fremstille og forklare forløp og utfall av prosesser er det vanlig å intervju de mest sentrale aktørene innenfor disse (Roness 1992). Potensielle og ønskelige intervjuobjekter var styreleder, ett ordinært styremedlem, og en ansetterrepresentant innenfor hvert av styrene samt administrerende direktør for de regionale helseforetakene. Disse valgene ble tatt med utgangspunkt i studiens problemstilling, de teoretiske implikasjoner og studiens naturlige begrensninger. Samtlige intervjuer på bakgrunn av ovennevnte kriterier ble foretatt på informantenes arbeidssted eller en nøytral plass tilknyttet denne, og hadde en varighet på ca 1–1 1/2 time. Intervjuene bar preg av å være *semi-strukturerte* i den forstand at tematikken var utviklet på forhånd i en intervjuguide (Vedlegg). Spørsmålene var åpne med det hensyn at informantene selv kunne komme med deres versjon av konkrete hendelser, noe som medførte at intervjuguiden utviklet seg underveis etter som noe informasjon viste seg å være mer eller mindre relevant enn først antatt. Dette førte til at informantene fikk noe ulike spørsmål utover i prosessen, og kan ses på som en naturlig prosess hvor empirien utvikler studien i en bestemt retning (Kjeldstadli 1999, Silverman 2001).

Intervjuene ble registrert med diktafon for så å bli transkribert. Intervjuobjektene ble tilbudt å lese igjennom intervjuene, uten at noen benyttet seg av dette. De av informantene som sitter i sentrale posisjoner (styreledere og administrerende direktører) ble uten oppfordring oversendt transkriberte intervjuer og de empiriske kapitlene. Dette med den begrunnelse av at ved bruk av sitater er det tidvis vanskelig å beholde anonymiteten, og at det anses som en styrke at de sentrale aktørene godkjenner bruken av sitatene og empirikapitlene i sin helhet. Tilbakemeldingen på dette tiltaket var fra aktørene positivt, og medførte en utviklingsprosess med oppfølgingsspørsmål og oppfølgingsintervjuer.

Som følge av at det i forkant av hvert intervju var utsendt et informasjonsbrev som omhandlet studiens hovedfokus og ønsket informasjon i intervjuprosessen, og at det var gjort samtaler med samtlige informanter på telefon i tilknytning disse, ble intervjuene svært fokuserte og informative. Dette – kombinert med at intervjuobjektene ble intervjuet om prosesser som ble oppfattet som dagsaktuelle⁸ – medførte at kvaliteten på intervjumaterialet i all hovedsak vil kunne anses som tilfredsstillende. Som følge av at styringslinjer, muligheter og begrensninger er

prosesser som utvikles over tid, og at de regionale foretakene arbeider med dette kontinuerlig, medførte tidsaspektet at aktørene hadde god hukommelse og et stort engasjement ovenfor studiens problemstilling. Roness (1992) påpeker at nærhet i tid er en viktig faktor som bidrar til å sikre kvaliteten på intervjuene fordi hukommelsen til aktørene forringes jo større tidsmessig avstand man kommer fra det fenomenet som ønskes belyst. På den annen side vil dette forholdet kunne medføre at aktørene ikke har hatt mulighet til å evaluere de tiltak som er iverksatt, og det vil kunne være en fare for at intervjuobjektene besvarer spørsmålene ut fra et taktisk hensyn. Disse forholdene ble forsøkt unngått ved å tilstrebe intervjuobjektene anonymitet, samt ved å benytte intervjumaterialet som generell tekst og ikke som direkte sitat. I tillegg er informasjonen kryssjekkert opp mot hverandre og opp imot andre datakilder.

Det kan allikevel bli betegnet som en svakhet ved studien at ikke samtlige sentrale styrerepresentanter innenfor de regionale helseforetakene er blitt intervjuet, og man kan anta at hvis så hadde vært gjort ville utfallet blitt noe mer nyansert. Det er også en svakhet ved intervjumaterialet at bare én representant ved administrasjonen er blitt intervjuet, selv om vedkommende er den ”mest sentrale” i organisasjonen. Også her kan man anta at utfallet ville blitt noe annerledes og mer nyansert hvis flere var blitt intervjuet.

Bruk av dokumentanalyser

Som vist tidligere så har jeg denne studien benyttet meg av ulike typer av skriftlige kilder. Disse kildene kan deles i inn i to hovedpunkter; 1) offentlige kilder og 2) kilder som omhandler interne forhold.

Omfanget av de *offentlige kildene* og tilgangen av disse har vært gode. De regionale helseforetakene gjør sine styreprotokoller og saksdokumenter tilgjengelig på sine hjemmesider noe som bidrar til at det har vært lite arbeidskrevende å skaffe til veie informasjon. I tillegg legges det ut ulike rapporter og utredninger etter hvert som disse har blitt utarbeidet og vedtatt. NOU-er, Stortingsmeldinger og styringsdokumentene til de forskjellige foretaksnivåene er også elektronisk tilgjengelige. Hovedvekten av disse dokumentene er benyttet som bakgrunnsmateriale for fokusområder eller intervjuer, mens noe er benyttet direkte i studien. Dokumentene er behandlet kvalitativt med hovedfokus på å komme frem til en helhetlig forståelse av saksfeltet, prosessene innad i helseregionene og for å få en forståelse av sammenhenger og hensyn bak ulike vedtak. Dette har gitt en innsikt i de regionale helseforetakenes sentrale problemstillinger og har vært et godt utgangspunkt for utforming av intervjuguide. Et viktig trekk ved slike offentlige dokumenter er at de er ofte utformet med en viss type formål, og at de av den grunn ikke alltid bør betraktes som objektive og verdinøytrale (Yin 1994). Det er av den grunn viktig å koble dem opp imot andre datakilder for å kontrollere deres troverdighet.

Jeg har også til en viss grad benyttet kilder som omhandler forarbeider til saksdokumenter og rapporter/utredninger. I forbindelse med strategiprosesser innad i foretakene ble det for denne studien sett på som verdifullt å få innsyn i *hva* de ulike arbeidsgruppene tenkte, debatterte og reflektert over utover det som formelt ble lagt frem for styrene. Ved et par tilfeller ble det gitt innsyn i slike dokumenter fra Helse Vest-Norge, mens det fra Helse Midt-Norge ikke ble gitt innsyn utover det som ble definert som offentlige dokumenter. Dette medførte at mye av arbeidet knyttet til strategiprosessene i casene baserer seg på intervjumaterialet og kryssjekk mellom informanter av disse.

Vurdering av studiens datagrunnlag

I vitenskapelige studier er det viktig å vurdere om studiens design er egnet til å svare på den problemstillingen som ønskes belyst. Spesielt ved bruk av kvalitative forskningsmetoder anses dette som viktig, fordi metodene som benyttes ofte er lite formaliserte (Yin 1994) og dermed gir mindre presisjon i behandling av data. For forskeren er det derfor viktig å vurdere om skjevheter, tilfeldigheter eller feil kan påvirke de antagelser og/eller konklusjoner som studien kommer frem til.

Studiens *validitet* viser til om de dataene som er samlet inn er gyldige og relevante for å belyse studiens problemstilling. Dette tilstrebes gjort ved å utforme den operasjonelle definisjonen av fenomenet man ønsker å fokusere på så tett opp mot den teoretiske definisjonen som mulig (Hellevik 1999:183), for så å utvikle et *rett* empirisk fokus, *rett* teoretisk forankring og *rett* metodisk strategi for å belyse studiens fokusområde. Dette henspeiler seg på dataenes *relevans*. Med utgangspunkt i å tilstrebe rett empirisk fokus – og for å gi dataene en best mulig gyldighetserklæring – vil man generelt oppnå en større grad av validitet ved å bruke flere datakilder. På denne måten får man kontrollert dataenes gyldighet opp imot hverandre, og vil kunne unngå at feil i datainnsamlingen eller datagrunnlaget drar studien i feil retning. I tillegg vil studiens validitet kunne øke ved å la informanter lese igjennom og evaluere de dataene som foreligger, for på den måten å kontrollere dets gyldighet.

For denne oppgaven sitt vedkommende har det vært noe problematisk å finne en konkret teoretisk definisjon på styring, med den begrunnelse at ulike teoretiske retninger har ulik oppfatning av fenomenet. Det er derfor lagt til grunn to modeller for styring, og operasjonaliseringen av denne definisjonen er gjort med utgangspunkt i teoretiske, empiriske og metodiske hensyn. Videre har studien benyttet ulike datakilder for å tilstrebe en høy grad av gyldighet og validitet. For å ytterligere sikre validiteten har fire informanter lest igjennom, kommentert og gitt nye og/eller utfyllende innspill til empirikapitlene.

I tillegg til studiens krav til validitet, er det i vitenskapelige forskningsprosesser en målsetning å tilstrebe så høy *reliabilitet* som mulig. Begrepet *reliabilitet* henspeiler seg til hvordan data er innsamlet, behandlet og analysert. Ideelt sett skal dette være

gjort på en slik måte at hvis en annen forsker utførte tilsvarende studie med samme fokus og datamateriale, så ville vedkommende komme frem til sammenfallende funn og konklusjoner (Hellevik 1999: 183–186). For å tilstrebe en høy grad av reliabilitet er det derfor viktig å behandle dataene etter korrekte måter og å dokumentere dette.

I datainnsamlingen av denne studien ble samtlige intervjuer tatt opp på bånd for så å bli transkribert. Disse utskriftene er tilgjengelige ved henvendelse til Rokkansenteret og leder for ATM-prosjektet Haldor Byrkjeflot. Det er også blitt gjort rede for hvilke intervjuobjekter som har blitt benyttet som informanter, og intervjuguidene til disse informantene er vedlagt. Dokumentene som er benyttet er elektronisk tilgjengelige på internett, og der hvor direkte sitater er brukt er det dokumentert med dato for styrebehandling. De dataene som ikke var offentlige dokumenter er kun benyttet som bakgrunnsmateriale, og vil av den grunn kunne være vanskelig å få kontrollert fordi de ikke er like lett tilgjengelige for andre. Dette vil kunne svekke reliabiliteten og etterprøvarheten noe.

Oppsummering teoretisk og metodisk forankring

I dette kapitlet har jeg gjort rede for de teoretiske tilnærmelser som jeg ønsker å legge til grunn for å belyse studiens problemstilling. Jeg har vektlagt et instrumentelt perspektiv, et institusjonelt perspektiv og et deltakende perspektiv, og det er argumentert for at disse perspektivene i stor grad vil kunne belyse studiens problemstilling på en tilfredsstillende måte. Videre har jeg gjort rede for de empiriske funn man kan forvente å finne innenfor de ulike perspektivene. Jeg har også argumentert for viktigheten av å tillegge enkeltaktører visse egenskaper og hvilken betydning dette kan ha for styringsmessige forhold, og det er herunder presentert begrepsapparatet kreative rolleinnhavere for å belyse dette aspektet ytterligere.

Videre i kapitlet har jeg skissert studiens metodiske forankring, og det er vist hvilke metodiske grep jeg har benyttet i denne studien. Det er lagt til grunn en kvalitativ komparasjon med vekt på data innhentet fra dokumenter og intervjuer, og det er vist hvilken tilgang jeg har hatt til disse dataene. Det er avslutningsvis gjort en vurdering av studiens datagrunnlag, og det er argumentert for at studien – sett i lys av den kvalitative metoden – innehar en relativ sterk metodisk forankring og en relativ høy grad av validitet og reliabilitet.

3 Historisk forankring

I dette kapitlet vil jeg vise den historiske utviklingen innenfor Helseregion Vest-Norge og Helseregion Midt-Norge, og illustrere hvordan de ulike regionale helseutvalgene ble startet, hvilken utvikling de hadde og hvilke oppgaver de prioriterte. Videre vil jeg skissere bakgrunnen for sykehusreformen med vekt på de sentrale bidrag reformen vektlegger, før det avslutningsvis, med fokus på foretaksorganisering, styring og arbeids- og funksjonsfordeling, redegjøres for de viktigste punktene i sykehusreformen.

Mot et regionalisert helsevesen

I Stortingsmelding nr 9 1973–74 – Sykehusbygging mv i et regionalisert helsevesen, gikk utvalget inn for at spesialisthelsetjenesten i Norge burde inneha en annen inndeling enn det den hadde hatt tidligere. Det ble i første omgang lagt vekt på en regional inndeling hvor Norge skulle deles inn i fem helseregioner⁹. Videre skulle sykehusene inndeles i ulike nivåer; regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Forskjellene på sykehusene skulle synliggjøres ut fra hvilke tjenester som ble tilbudt. Det ble her vektlagt at lokalsykehusene skulle dekke behovene for de vanligste tjenester innen spesialitetene indremedisin og kirurgi med røntgen, laboratorie- og anestesistjenester som støttefunksjoner. Sentralsykehusene skulle utvikles som gjennomgående store sykehus med over 200 sengeplasser pr institusjon. De skulle ha flere spesialiteter samlet, og var planlagt for å imøtekomme et fylkes behov. Hvert fylke hadde i hovedregel ett sentralsykehus. Det skulle også etableres et regionsykehus innenfor hver helseregion, og disse skulle i særlig grad ivareta høyspesialiserte funksjoner og tjenester, men hadde samtidig også lokal- og sentralsykehusfunksjoner. Regionsykehusene skulle dekke regioner eller landsdeler med den begrunnelse at det ikke var rasjonelt eller faglig forsvarlig å ta sikte på etablering av slik spesialisert service i hvert fylke.

Dette var på mange måter starten på den regionale helseinndelingen av landet og starten på det regionale samarbeidet innad i hver region. Samarbeidet var ikke formalisert, men grunnet regionsykehusenes høykompetanse startet en prosess innad i regionene med et tydeligere samarbeid enn tidligere på tvers av fylkesgrensene.

Helseregion Vest-Norge

Helseregion Vest-Norge omfatter fylkene Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Befolkningmessig var det den nest største regionen i Norge. Utgangspunktet for det regionale samarbeidet var en sykehusstruktur bestående av 13 somatiske sykehus¹⁰ hvor Haukeland, lokalisert til Bergen, var regionsykehus. Det regionale helseutvalget (RHU) ble etablert i 1981 og var et samarbeid mellom de tre fylkene. Arbeidet var i starten preget av et uforpliktende samarbeid og var begrenset av omfang og betydning.

I 1994 ble RHU noe mer formalisert grunnet føringer fra Helse – og sosial departementet¹¹. I tilknytning til dette fikk også RHU egen finansiering og myndighet til etablering av et mer forpliktende samarbeid. Her ble det lagt vekt på at det fra regionenes side skulle utvikles regionale helseplaner. Som følge av disse føringene fra statlig side ble det RHU utviklet og formalisert i større grad enn det hadde vært tidligere. Utvalget ble i første omgang satt sammen av tre folkevalgte fra hver av fylkestingene. I tillegg ble det opprettet et regionalt administrasjonsråd bestående av ledere ved fylkesadministrasjonene og sykehusdirektør ved regionsykehuset. Det ble også opprettet et regionalt helsefagråd bestående av sjefslegene ved de største sykehusene. Disse to sistnevnte rådene hadde tale- og møterett i RHU.

De oppgavene som RHU hadde i denne fasen var å være rådgivende om samarbeid, nettverk og funksjonsdeling innad i regionen. I tillegg gav de tilrådninger i utbyggingssaker ved de ulike sykehusene og vurderte ressursbruken innad i regionen. De hadde også som oppgave å utvikle det faglige samarbeidet i regionen. Dette gav sitt utspring til en regional helseplan som ble vedtatt i 1995. Denne planen hadde som hovedmålsetning å etablere et forpliktende regionalt samarbeid for å oppnå selvforsyning av regionfunksjoner og utvikling av kvalitet, kompetanse og rett kapasitet for spesialisthelsetjenesten i regionen.

Videre beskrev den regionale helseplanen delmål for å realisere denne hovedmålsettingen. Disse var; 1) etablere generelle retningslinjer for regionalt samarbeid, 2) beskrive prioriterte samarbeidsområder og legge premisser for etablering og organisering av disse, 3) utarbeide konkrete planer for sentrale institusjoner sin rolle i det regionale samarbeidet, 4) etablere et styringssystem for det regionale samarbeidet, 5) etablere folkevalgte, administrative og faglige samarbeidsorgan og 6) utarbeide delplaner for faglig og økonomisk samarbeid.

Selv om helseplanen var noe begrenset i omfang i den forstand at den laget funksjonsfordelinger kun for medisinske spesialiteter og ikke generelle tilbud, la den et godt grunnlag for videre arbeid. Konkrete arbeider rundt temaene kreftsatsing, hjertesamarbeid, desentralisert medisinerutdanning, utdanning og rekruttering, og it-nett kom som et direkte resultat av den regionale helseplanen. I tillegg til disse arbeidene medvirket den til å skape en identitet og legitimitet for det

RHU som gjorde det lettere for utvalget å få gjennomslag for sine vedtak og ideer ovenfor berørte parter.

Selv om arbeidet så langt ikke var lovmessig forankret kunne man se resultater av samarbeidet innenfor ulike satsningsområder i regionen. Det var innen utgangen av 1998 blitt gjennomført en desentralisering av ulike medisinske spesialiteter som kreftomsorg og hjerteroperasjoner (PTCA) og det var gjort en desentralisering av den medisinske utdanningen. Utover dette var det særlig samarbeidsprosjektet mellom sykehusene i Haugesund, Odda og Stord (HOS) som gav det mest synlige resultatet. Her var det gjennomført et samarbeid basert på arbeidsdeling og funksjonsdeling mellom de tre sykehusene¹² på tvers av fylkesgrensene, noe som medførte at sykehusene som en enhet ble stående som en relativt sterk aktør innenfor regionen. Selv om samarbeidet ikke fikk status som sentralsykehus, fikk helseregionen Vest-Norge i prinsippet fire likeverdige sykehusområder¹³.

I 1998 ble samarbeidet lovfestet¹⁴, og det regionale helsesamarbeidet gikk inn i en ny fase. Dette medførte nye vedtekter for helseutvalget som i stor grad ga dem større beslutningsmyndighet. Utvalget kunne nå gjøre bindende vedtak ovenfor fylkeskommunene med tanke på etablering av nye avdelinger, omfordeling av eksisterende grensespesialiteter og spesialfunksjoner, fordeling av legestillinger og søknader om nye funksjoner innad i regionen. I tillegg skulle utvalget kunne gi tilrådninger om større endringer innad i regionen som omfatter sykehus – og institusjonsstruktur. Ut over disse beslutningsmyndighetene var et av de viktigste punktene i vedtakene at regionen skulle utarbeide en overordnet regional helseplan for perioden 1999–2003. I et rundskriv 1–34/99 fra departementet ble det fremhevet tre områder som særlig skulle vektlegges. Disse var 1) arbeids- og funksjonsdeling 2) kreftomsorg og behandling og 3) psykisk helsevern. Med utgangspunkt i føringene fra departementet valgte det RHU å formulere en helseplan som skulle omfatte følgende punkter:

A) Fire likeverdige sykehusområder – videreføring av HOS samarbeidet, B) rehabiliteringsplan for regionen, C) forskning og utdanning som tar utgangspunkt i alle sykehus i regionen, D) sterkere satsing på arbeid tilknyttet kreftsykdommer, E) satsing innenfor psykiatri, F) IT – nasjonalt helsenett. Etablere telepatologisamarbeid i regionen og utvikle dette i samarbeid med førstelinjetjenesten og G) etablere tettere samarbeid med høyskoler og universiteter for å sikre utdanning og bedre rekruttering.

For å imøtekomme kravene fra departementet samt å kunne utarbeide den regionale helseplanen ble det gjort ulike organisatoriske endringer innen det RHU. Det ble etablert en prosjektorganisasjon og ulike typer av arbeidsgrupper tilknyttet satsingsområdene beskrevet for å utarbeide fremtidige planer. Tidsaspektet for den regionale helseplanen var å bruke 2 år med forarbeid og planlegging, 2 år med iverksettelse og ett år med rapportering/evaluering. Den viktigste aktøren i

utarbeidelse av denne planen viste seg å være de ulike fylkeskommunale helseadministrasjonene gjennom prosjektgruppen. Brukerorganisasjoner og primærkommuner var i denne sammenheng noe mer perifere.

I mai 2000 ble et høringsutkast til den regionale helseplanen sendt ut og senere samme år ble den vedtatt i det RHU og i de tre fylkestingene. Av de sentrale punktene i planen som ble vedtatt var arbeids- og funksjonsdeling særlig fremtredende. Her ble det lagt vekt på at HOS samarbeidet skulle være én av fire sykehusområder innenfor regionen¹⁵, og at alle disse skulle være likeverdige i tilbud av medisinske spesialiteter. Haukeland skulle fungere som et høyspesialisert sykehus med regionfunksjoner, samtidig som det skulle fungere som et sentral- og lokal sykehus for nærområdet. Videre skulle man i større grad se bort ifra tre delingen av sykehusene og heller betrakte de geografiske områdene som en helhet. Innenfor disse områdene skulle arbeids- og funksjonsdeling tilstrebes. Det var en uttalt enighet innenfor sykehussektoren, det RHU og fylkeskommunene at grunnet forhold knyttet til geografisk, demografisk og sykehusstruktur var dette yterpunktet av hvor langt man kunne bevege seg i retning av funksjonsdeling og samtidig opprettholde tilgjengeligheten til sykehusene.

Ved overgangen til 2002 og starten på sykehusreformen var det innenfor regionen fire likeverdige sykehusområder, hvor det innenfor Sentralsykehuset i Førde var 2 lokalsykehus lokalisert til Eid og Lærdal. Innenfor regionen rundt Haukeland var det 3 somatiske sykehus, Haraldsplass, Hagavik Kysthospital og Voss Sykehus, og innenfor HOS samarbeidet var det 3 sykehus som dannet regionen. Disse var Stord sykehus, Odda sykehus og Haugesund sykehus. I Stavanger området var det sentralsykehuset i Rogaland som dannet grunnlaget for sykehusområdet. Utover dette kom en rekke små institusjoner av typen psykiatriske enheter, rehabiliteringssentre etc.

Helseregion Midt-Norge

Helseregion Midt-Norge består av fylkene Nord Trøndelag, Sør Trøndelag og Møre og Romsdal. Sykehusstrukturen i regionen er bestående av 9 sykehus¹⁶, i tillegg kom Orkdal Sanitetsforenings sykehus (OSS) og Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus. Regionsykehuset (RIT) er lokalisert til Trondheim. Det regionale helse- og sosialutvalget (RHSU) ble etablert i 1977, og bestod av 9 faste medlemmer. Disse var folkevalgte fordelt på de tre fylkene. I tillegg hadde fylkeshelsesjefene, fylkesleger og andre fra administrasjonen møterett. Det ble også etablert et regionalt fylkeshelsesjefsforum med innstillingsrett til det RHSU.

Også i helseregion Midt-Norge var arbeidet frem mot 1990 tallet preget av uforpliktende samarbeid, men fra begynnelsen av 1990 tallet ble det gjort visse organisatoriske endringer. Det ble etablert ulike fagråd innenfor gitte satsingsområder. Disse fagrådene var en institusjonalisering av faglige møter som tidligere hadde pågått innenfor regionen. I tillegg ble det etablert sjefslegeforum og

sjefssykepleierråd, hvorav sistnevnte særlig hadde oppgaver i forbindelse med rekruttering av personell.

Som følge av føringer fra departementet¹⁷ ble det i 1995 fremlagt en regional helseplan. Denne planen ble en overordnet rammeplan for helsetjenestene i regionen, og satte fokus på følgende punkter; 1) sette pasienten i fokus og gi et samordnet og likeverdig godt tilbud på rett nivå, 2) få til en effektiv utnytting av de samlede helsetjenesteresursene i regionen og en klarere og mer veldefinert arbeidsdeling, 3) få til et helsenettverk i regionen gjennom tettere og mer forpliktende samarbeid¹⁸, 4) slutte opp om regionsykehuset, 5) sikre utvikling av alle sykehusene i regionen og gi alle en viktig funksjon i nettverket, 6) unngå at funksjoner blir flyttet til et høyere nivå enn nødvendig, 7) lokalisere regionfunksjoner til andre sykehus i regionen når tilbudet ikke krever regionsykehusets faglige bredde, 8) utarbeide gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler og felles planer/handlingsprogram for sentrale områder og 9) sikre alle fylkeskommunene medvirkning i planlegging og organisering av de regionaliserte tjenestene.

Som følge av denne planen, og målsetning beskrevet i denne, ble det i perioden fremover lagt frem ulike regionale delplaner som skulle sørge for måloppnåelse av den overordnede regionale planen. Planer som ble lagt frem var strategiplan for rekruttering 1997, strategiplan for IT og telemedisin 1997, regional plan for psykiatri 1998, regionalplan for kreftomsorg og behandling 1999 og regional plan for funksjonsdeling og samordning 1999. Arbeidet ble avsluttet og oppsummert i en sluttrapport¹⁹ som ble utarbeidet i 1999.

Et av hovedprinsippene bak disse planene var at avgjørelsene i prosessen skulle være godt legitimt forankret i befolkningen. Det var viktig at involverte parter fikk uttale seg og var med på de føringer som ble lagt. Det ble derfor allerede i 1994 etablert et regionalt pasientråd som skulle delta aktivt i planprosessene med tanke på å ivareta brukerinteressene i arbeidet. Dette regionale pasientrådet fikk oppgavene formalisert i 1995, og i 1998 ble det vedtatt mandat og sammensetning av rådet. Deres oppgaver ble primært lagt til å ha en rådgivende funksjon i forhold til RHSU og pasientombudet.

Ut over dette var det også et sentralt punkt for det RHSU at ingen somatiske sykehus skulle legges ned. Det ble i så måte lagt liten vekt på detaljstyring av sykehusene og sammenslåing, men ble vektlagt at samarbeid skulle foregå ut fra et nettverksarbeid. Dette nettverkssamarbeidet skulle bygges på tillit, likeverd og selvstendige parter, og skulle være et reelt alternativ til sammenslåing og nedleggelse av sykehus. Et annet prinsipp som også lå til grunn for de regionale planene var subsidiaritetsprinsippet. I dette ligger det at medisinske funksjoner ikke blir flyttet på et høyere nivå enn nødvendig. Man hadde derfor et sterkt ønske om å opprettholde både lokal-, sentral- og regionsykehusfunksjonene.

I tråd med nasjonale føringer²⁰ ble det i 2000 vedtatt å starte arbeidet med en regional helseplan for 2001–2004. Fylkeshelsestjefskollegiet ledet arbeidet med planen og i 2000 ble det vedtatt at dette kollegiet skulle utvides med en sykehusdirektør fra hvert fylke. Planen tok utgangspunkt i de føringer som kom fra departementet i rundskriv 1–34/99 med vekt på arbeids- og funksjonsdeling, kreftbehandling og psykisk helsevern. Grunnet at regionen hadde lagt ned et betydelig arbeid med utgangspunkt i tilsvarende kriterier (regional helseplan 1995 og funksjonsfordelingsprosjektet Sluttrapport 1999), valgte det RHSU i stor grad å ta utgangspunkt i de foreliggende planene. De føringene som ble lagt for den nye helseplanen tok dermed utgangspunkt i nettverkssamarbeid og ble beskrevet som følgende:

A) For å nå de sentrale målene om effektivitet, god kvalitet og likeverdige tilbud for befolkningen, anbefales et formalisert og forpliktende samarbeid mellom sykehusene og aktuelle helse- og sosial institusjoner i regionen, B) samarbeidet skal sikre et desentralisert sykehusstilbud og vil innebære en ytterligere desentralisering av noen tilbud, men også samling av tilbud på færre sykehus og funksjonsfordeling av andre tilbud, D) nettverkssamarbeid velges som hovedstrategi for samarbeid i regionen, E) det skal utvikles et forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten, F) alle sykehus skal ha et minimum akuttberedskap og skal oppfylle visse faglige standarder for å sikre den faglige kvaliteten, G) alle sykehus skal ha basistjenester for å kunne takle de vanligste lidelser H) det må settes i gang ulike tiltak for å bedre og effektivisere den planlagte virksomheten, herunder ventelister, skjermede enheter og vurdering av vaktberedskap, I) kronisk syke må gis et bedre tilbud enn i dag gjennom et tverrfaglig og skjermet tilbud, J) alternative driftsformer og finansieringsformer bør vurderes for samarbeidstiltak og regionaliserte tjenester og K) arbeid med ytterligere funksjonsfordeling herunder profilering av sykehusene i regionen bør prioriteres.

Disse føringene for den regionale helseplanen ble i stor grad fulgt opp og helseplanen som ble fremlagt og vedtatt av det RHSU og fylkeskommunene i 2000, tok utgangspunkt i at alle sykehus skulle inneha et minimum av funksjoner. Det ble også skissert muligheter for arbeidsdeling av medisinske spesialiteter, da med utgangspunkt i nettverkssamarbeid og it/telemedisin. Videre ble det fremhevet behovet for samarbeid med primærhelsetjenesten med utgangspunkt i subsidiaritetsprinsippet. Det ble herunder utarbeidet samarbeidsavtaler med kommunene og fylkeskommunene. Også ut fra de føringene departementet la for innhold av planen (funksjonsfordeling, kreft og psykisk helsevern) ble det iverksatt tiltak med utgangspunkt i de tidligere fremlagte planer. Disse tok imidlertid også utgangspunkt i nettverkssamarbeidet og føringer fra de overordnede prinsippene i det RHSU.

Ved overgangen til 2002 og starten på sykehusreformen bestod sykehusstrukturen i regionen av 4 sykehus i Møre og Romsdal, lokalisert til

Ålesund, Molde, Kristiansund og Volda. I Sør-Trøndelag besto sykehusstrukturen av Regionsykehuset i Trøndelag. I tillegg kom Orkdal Sanitetsforeningssykehus. I Nord-Trøndelag var det sykehuset i Namsos og Levanger som dannet strukturen. Utover dette var det i regionen ulike typer institusjoner innenfor psykiatrisk og rehabilitering.

Oppsummering Helseregion Vest- og Midt-Norge

Som vist ovenfor har det vært noen ulike form for aktivitet i de to regionene. Begge regionene har lagt ned et grundig arbeid i forbindelse med de regionale helseplanene. Resultatet av arbeidet kan allikevel betraktes som noe forskjelling.

Helseregion Midt-Norge kom relativt tidlig i gang, og hadde som en primærforutsetning at ingen sykehus skulle legges ned eller avvikles. For å unngå dette ble det definert hvilke oppgaver alle sykehus skulle kunne utføre, og spesialiserte oppgaver utover dette ble organisert i et nettverkssamarbeid. Det kan på mange måter se ut som om helseregion Midt-Norge med utgangspunkt i dette formelle nettverkssamarbeidet unngikk arbeids- og funksjonsfordeling og dertil nedlegging av sykehusfunksjoner. Samarbeidet ble ansett som viktig, og styring innad i regionen tok utgangspunkt i dette.

Helseregion Vest-Norge hadde ikke dette formelle nettverkssamarbeidet, selv om det også her ble inngått avtaler sykehus imellom. Det ble allikevel i større grad lokalisert rundt sentralsykehusene, med deres kompetanse og funksjon som det førende. Lokalsykehusene ble til en viss grad underlagt disse sentralsykehusene. De geografiske grensene var i helseregion Vest-Norge naturlige inndelinger. I tillegg kom HOS samarbeidet som i stor grad også ble utviklet grunnet geografiske forhold, og mulighet for å skape et sykehus alternativ som kunne stå imot de andre store i regionen. Utfallet ble derfor fire store sykehusområder innad i regionen. Det kan i så måte virke som om satsingen tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling i større grad ble gjort gjeldende innenfor Helseregion Vest-Norge, men da i all hovedsak innenfor de fylkeskommunale grenser. Unntaket her er HOS samarbeidet.

En annen forskjell som gjøres gjeldende mellom regionene er deltakelse av brukerne på beslutningsarenaer. I Helseregion Vest-Norge kan det i stor grad se ut som om brukerorganisasjoner var holdt utenfor disse arenaene, mens de i Helseregion Midt-Norge fikk stor innflytelse både på beslutningsarenaer og i selve beslutningsprosessene.

Selv om de to regionene har utarbeidet konkrete planer for arbeids- og funksjonsfordeling, og man innenfor regionene kan se resultater av ulike tiltak, viser det seg at mulighet for styring på tvers av geografiske grenser innenfor regionene var ansett som vanskelig. Det vil derfor være interessant å fokusere på hva man kan forvente av empiriske funn i denne studien forankret i den historiske tradisjonen.

Forventninger til empiriske funn ut fra historisk forankring

Som vist i kapittel 2 så legger denne studien ulike teoretiske perspektiver til grunn, og innenfor det *institusjonelle perspektivet* er særlig den historiske arven og stivhengighets prinsippet vektlagt. Man kan derfor med bakgrunn i ovennevnte redegjørelse av de to regioner anta at visse forhold vil være førende for videre utvikling innenfor de regionale helseforetakene.

Som vist så har det innenfor Helseregion Vest-Norge vært forsøkt iverksatt samhandling og arbeids- og funksjonsfordeling mellom institusjonene. Samarbeidet har gitt noe resultater, men samtidig har det vist seg å være vanskelig å få til konkrete resultater tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling, og da særlig på tvers av fylkesgrenser. Derimot ser man en styrking av sentralsykehusene innenfor sine respektive fylkes og geografiske områder. Med bakgrunn i dette kan man anta at det innenfor den nye foretaksorganiseringen vil bli vanskelig å få til samarbeid på tvers av disse geografiske grenser, og at foretakene i stor grad vil forsøke å ivareta sine medisinske funksjoner, fremfor å samarbeide om dem. Dette vil kunne medføre en form for *institusjonell motstand* mot endringsforsøk i denne retning.

I Helseregion Midt-Norge er det i stor grad arbeidet med å utvikle nettverkssamarbeid som et alternativ til arbeids- og funksjonsfordeling. Den fordelingen som har skjedd, har skjedd med bakgrunn i høyspesialiserte medisinske funksjoner. Dette har medført at ingen av institusjonene innad i regionen har følt sin eksistens truet, og av den grunn trolig bidratt til å bedre samarbeidet. Med bakgrunn i dette kan man anta at den nye foretaksorganiseringen vil fremme dette samarbeidet, og at regionen fortsatt vil finne alternativer til arbeids- og funksjonsfordeling. Man vil videre kunne forvente at samarbeidet vil fungere godt og medføre få konflikter for det regionale helseforetaket.

En annen forskjell som gjøres gjeldende de to regionene imellom er samarbeidet med interessegrupper, brukerorganisasjoner etc. Man kan derfor forvente at dette samarbeidet videreføres innenfor Helseregion Midt-Norge i større grad enn det vil gjøres innenfor Helseregion Vest-Norge.

Som vist ovenfor så vil man kunne anta at historisk arv er førende for fremtidige handlingsalternativer. Videre i dette kapittelet vil jeg derfor fokusere på hvilke utredninger og nasjonale føringer som ligger til grunn for sykehusreformen.

Veien frem til sykehusreformen

Denne delen av kapittelet ønsker å belyse hvilke utredninger som ligger direkte til grunn for sykehusreformen. Det tas utgangspunkt i de arbeider som sykehusreformen selv omtaler som viktige. Disse er 1) Hellandsviksutvalget – Hvem skal eie sykehusene? 2) Stortingsmelding nr. 24 (1996–97) – Tilgjengelighet og faglighet og 3) Sørensenutvalget – Hvor nært skal det være?

NOU 1996:5 Hellandsvikutvalget – Hvem skal eie sykehusene?

Under behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993–1994) Samarbeid og Styring, vedtok Stortinget at det skulle utredes konsekvensene av en statlig overtakelse av sykehusene. Dette ble grunnlaget for etableringen av Hellandsvikutvalget. Deres mandat var i utgangspunktet knyttet til en redegjørelse for regionsykehusene, men ble senere utvidet til å omfatte eierskap, organisering og finansiering av alle sykehusene.

Blant medlemmenes innstilling var det enstemmig støtte til å styrke den regionale forankringen og samordningen mellom fylkene, men de var delt i oppfatningen av hvordan dette skulle gjøres. Det var ulike modeller som ble vurdert og redegjort for som alternativer.

En modell gikk ut på et regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier. Samarbeidet skulle være løst formalisert. Det ble tatt utgangspunkt i pågående regionalisert arbeid hvor de regionale helseutvalgene skulle være den organisatoriske enheten. De skulle i utgangspunktet ha begrenset beslutningsmyndighet og fungere som et rådgivende organ for fylkeskommunene. Styrke som ble fremhevet ved denne modellen var at man hadde en god kostnadskontroll, og en rimelig høy kostnadseffektiv produksjon. I tillegg var det en styrke at man bevarte den lokale politiske kontrollen. Svakheter ved denne modellen var at det var en redusert mulighet for et formelt og effektivt regionalt samarbeid, og at dette igjen medførte en redusert effektivitetsgevinst og standard på medisinske tjenester, forskning etc.

En annen modell som ble vurdert var forankret i et formalisert interkommunalt samarbeid. Denne modellen tok utgangspunkt i at sykehusene ble overført til et interkommunalt selskap hvor fylkeskommunene ville stå som eiere og ha mulighet for å styre selskapet via eierrepresentasjon. Ved at fylkeskommunene fortsatt vil styre pasientvolumet, ville man få et klarere skille mellom tilbydere og etterspørrere av sykehustjenestene. Denne modellen vil kunne gi bedre mulighet for regional samordning, men muligens ikke så bra som ved et statlig eierskap. Det ble også antatt at modellen ville gi god kostnadskontroll.

Den tredje modellen som utvalget gjorde rede for tok utgangspunkt i et regionalisert sykehusvesen med staten som eier. Det ble her hevdet at statlig eierskap ville gi det beste grunnlaget for en regionalisert modell. En av begrunnelsene for dette gikk i retning av at med det økte kravet til spesialisering ville det trenges et større nedslagsfelt og et større pasientvolum enn det mange av dagens sykehus hadde. For å ivareta dette kravet måtte man derfor se ut over de fylkeskommunale hensyn og geografiske grenser, noe som fylkeskommunene som eier hadde vansker med å gjøre. De foreslo derfor innunder denne modellen at staten overtok styringen ved et forvaltningsorgan kalt ”Statens sykehusforvaltning”. Dette forvaltningsorganet skulle opprette regionskontorer

som hadde ansvaret for å samordne tjenesteproduksjon, tildele midler, utvikle kompetanse etc innad i sine respektive regioner.

På bakgrunn av ovennevnte punkter og drøftinger kom utvalget frem til følgende innstillinger; 1) Ønsket om en bedre samordning mellom fylkene er det sentrale premiss for utvalgets innstilling, 2) utvalget vil ikke gå inn for en statlig overtakelse av regionssykehusenes kapitalkostnader grunnet fylkeskommunenes motivasjon for å interessere seg for kostnaders størrelse og vedlikehold av bygninger og utstyr, 3) ved statlig overtakelse av regionsykehusene synes det vanskelig å finne finansieringsordninger som støtter opp under behovet for regional samordning. Utvalget vil derfor ikke anbefale at staten overtar drifts- og eier ansvar for bare regionsykehusene. I så fall bør staten overta drifts- og eieransvaret for alle sykehus, 4) utvalget tilrår en styrkning av universitetsfunksjonene som et viktig bidrag til å opprettholde kvalitet og kompetanse i helsetjenesten, 5) utvalget tror ikke at en oppløsning av fylkeskommunene til fordel for etablering av regionfylkeskommuner vil være en egnet modell, 6) utvalget tilrår at alle sykehus bør tilhøre det samme forvaltningsnivået og 7) utvalget mener at dagens frivillige regionsamarbeid ikke har vært tilstrekkelig for en effektiv regional utnyttelse av sykehusressursene.

Selv om utvalget var enige i at et sterkere regionalisert samarbeid og en sterkere statlig styring var nødvendig, ble ikke utvalget enige i hvilke av de tre ovennevnte modeller som ga best resultat totalt sett for spesialisthelsetjenesten²¹.

Stortingsmelding nr. 24 (1996–97) – Tilgjengelighet og faglighet

Denne innstillingen var en oppfølging til Hellandsvikutvalget og gikk inn for å opprettholde fylkeskommunen som eier av sykehusene, men ønsket samtidig en sterkere statlig styring gjennom økonomiske og juridiske virkemidler. Arbeidet ble ledet av nåværende helseminister Høybråten som mente at statlig styring best kunne skje ved en sterkere regional samordning av spesialisthelsetjenesten og en større grad av oppgavefordeling mellom sykehusene.

For å fremme statlig styring var det ønskelig å formalisere de regionale helseutvalgene, samt å innføre en statlig godkjenning av regionale helseplaner og rapportering om gjennomføring av disse. Videre skulle staten ved hjelp av forskrifter og faglige krav til definerte oppgaver kunne påvirke endring av sykehusstruktur. Det ble også i utvalgets innstilling påpekt betydningen av informasjonsteknologi og telemedisin og dens utvikling i tiden fremover. Nettverkssamarbeid innad i regionene ble også fremhevet som mulige samarbeidsmåter. Videre ble det satt fokus på de økonomiske rammebetingelsene til sykehusene, og det ble understreket at for å fremme effektivitet innad i sektoren måtte økte bevilgninger knyttes direkte til økt pasientbehandling²².

Innstillingen redegjorde også for ansvarsforholdet innad i spesialisthelsetjenesten og redegjorde for at uklare eier/myndighetsforhold i stor

grad preget ledelse og organisering av sykehusene. Det ble derfor ansett som viktig at eier/myndighetene hadde ansvaret for å sette overordnede mål, tilrettelegge økonomiske rammer og etterspørre resultater, mens sykehusene i større grad skulle ha mulighet til å fatte beslutninger om interne og organisatoriske virkemidler.

Stortinget sluttet seg til utvalgets innstilling som ble konkretisert på følgende måte; 1) De regionale helseutvalgene ble tilrådet opprettholdt, og formalisert ved bestemmelser i den nye loven om spesialhelsetjenesten, 2) de regionale utvalgene skulle være politiske organer sammensatt av politikere oppnevnt av fylkestingene i regionen, 3) det ble etablert permanente sekretariater og 4) utkast til planer skulle utarbeides i helseregionene, men staten ved Sosial- og helsedepartementet skulle vedta planene og sette vilkår i vedtaket.

Som følge av disse tilrådingene ble det i Lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern 1998²³ vedtatt en formalisering av de regionale helseutvalgene med bestemmelser om beslutningsmyndighet og krav til utarbeidelse av regionale helseplaner, rapporteringer og oppfølginger innenfor gitte områder bestemt av Sosial- og helsedepartementet.

NOU 1999:15 Sørensenutvalget – hvor nært skal det være?

Utvalgets mandat var å se på ulike tilknytningsformer som kunne velges mellom staten og de offentlige sykehusene. Utvalget startet med å definere ulike problemer og utfordringer innenfor helsesektoren og fremhevet følgende forhold:

1) Sykehusene er på mange måter i en særstilling fordi de er komplekse organisasjoner med mange koblinger innad, 2) sykehusene er i en særstilling fordi de spiller en meget viktig samfunnsmessig rolle, 3) en rekke nye elementer har kommet inn i de helsepolitiske virkemidlene, herunder ISF, pasientrettigheter, fritt sykehusvalg og styrking og formalisering av det regionale samarbeidet, 4) det er viktig for sykehusene at de gis rammebetingelser som gir mulighet for rasjonell bruk av kapital og personell, og at variasjonene innenfor de ulike fylker og på tvers av disse gav en for ustabil situasjon med tanke på styringsmuligheter og 5) realisering av de helsepolitiske målene, det faktum at sykehusene er offentlig eide og finansierte og behovet for utgifts- og kostnadskontroll, fordrer at sykehusene er underlagt politisk-demokratisk styring.

Det ble også i denne sammenheng fremhevet at det innenfor de ulike sykehus i tilknytning økonomiske rammer og tilsetnings- og personalsaker er store variasjoner, både mellom de ulike fylker og mellom sykehus innad i fylkene.

I lys av disse forholdene drøftet utvalget ulike former for modeller som kunne benyttes i forbindelse med tilknytningsform. Det ble presentert kommunalt foretak som er en underform av forvaltningsorganisering. Denne modellen åpner for å gi sykehusene en friere organisatorisk posisjon enn det som var gjeldende. Videre ble det presentert statsforetak og kommunalt selskap som begge fremstår

som selvstendige rettssubjekter. Avslutningsvis ble det presentert tilknytningsformene aksjeselskap, statsaksjeselskap, særlovselskap og stiftelse. De tre førstnevnte gir eier mulighet til å styre via generalforsamling, mens sistnevnte er den mest uavhengige fordi den ikke har noen eier men er selveide og selvstyrende.

Et samlet utvalg mente ut fra ovennevnte forhold at de styringsmessige utfordringene innenfor sykehusvesenet tilsier reformer, både med tanke på oppfyllelse av helsepolitiske målsetninger, mulighet for demokratisk styring og den forvaltningsmessige hensiktsmessigheten. Reformene burde klargjøre statens og fylkeskommunenes roller som myndighetsutøvere, som eiere og som oppdragsgivere for de offentlige sykehusene.

Konklusjonen fra utvalget var at det var et klart behov for å gi sykehusledelsen bedre mulighet for profesjonell ledelse og utvidete fullmakter knyttet til økonomi og personell. I denne sammenheng var det også et uttalt ønske om å gi ledelsen et mer langsiktig mandat til å styre den daglige driften. Videre var det i utvalgets innstilling et samlet utvalg som gikk inn for at en variant av forvaltningsorganformen er den mest egnede tilknytningsformen for sykehusene.

Oppsummering sentrale reformbidrag

I denne delen av kapittelet har jeg skissert noe av bakgrunnen for sykehusreformen. Det har vært lagt vekt på de tre ovennevnte utredninger og skissert hvilket innhold disse hadde som kan etterspores i sykehusreformen. Som et gjennomgående problemområde for Hellandsviksutvalget og St meld nr 50 var behovet for en sterkere regional samordning. Resultatet av disse utredningene ble da også et mer formalisert regionalisert helsevesen. Man kan allikevel anta at dette formaliserte samarbeidet basert på frivillighet og ikke totalt faste rammer – sammen med fylkespolitikernes lokale interesser – ikke ga det resultatet man skulle ønske. Videre kan man ut fra Sørensenutvalget se problemer knyttet til tilknytning til staten. Liten autonomi ved de enkelte sykehus blir fremhevet som et hinder for effektivitet, samtidig som det fylkeskommunale nivået, basert på lokalpolitiske interesser, ikke gir den mulighet for regional styring og samordning som er ønskelig. En videreutvikling av tilknytningsform blir her anbefalt.

Avslutningsvis i dette kapittelet ønskes det å sette fokus på sykehusreformen og dens innhold. Det vil i stor grad fokuseres på betingelser for styring, mulighet for valg av foretaksstruktur og behovet for arbeids- og funksjonsfordeling.

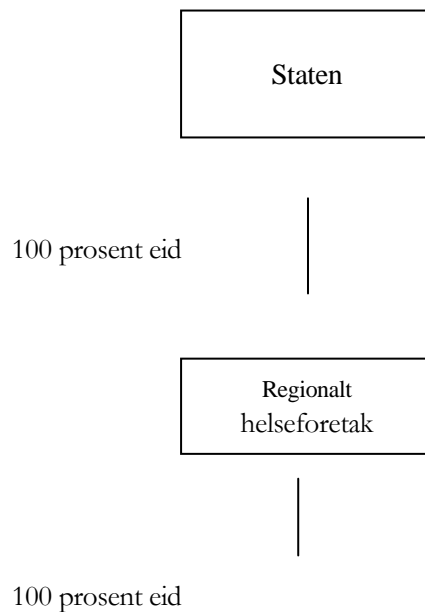
Sykehusreformen

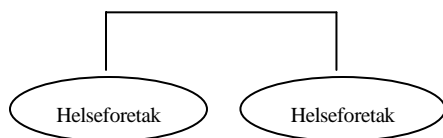
Sykehusreformen²⁴ ble iverksatt 1.januar 2002 og kom som et resultat av et ønske om å effektivisere spesialhelsetjenesten i Norge²⁵. Det var i all hovedsak to grep som ble gjort i denne reformen 1) statens overtakelse av eieransvaret for

virksomhetene og 2) foretaksorganisering av virksomhetene. Førstnevnte medførte at fylkeskommunens rolle som eier ble flyttet opp på statlig nivå. Nærmeste politiske myndighet ble dermed sentrale politikere. Tanken bak dette er å oppfordre til samarbeid innad i regionene på tvers av fylkeskommunale grenser. Ved å fjerne fylkeskommunen som eier vil man unngå interessehevninger (les lokal/fylkes politikk) innenfor sine geografiske grenser, noe som i sin tur vil fremme arbeids- og funksjonsdeling innad i regionen. Ved å videre organisere de enkelte virksomheter som foretak vil man tilstrebe å flytte autonomi over til det enkelte foretak. De vil, innenfor gitte helsepolitiske rammer, gis ansvar for egen drift og driftsmessige prioriteringer. Hvordan de ønsker å organisere og utnytte mulige effektiviseringsgevinster vil i så måte ligge i det enkelte foretak. Siden de økonomiske virkemidlene som benyttes er ISF og en ”bestiller-utfører modell²⁶” skal dette videre fremme effektiviseringspotensialet og motivere det enkelte foretak til effektiv og rasjonell drift basert på deres komparative fortrinn. Gjennom frihet og anledning til å velge forskjellige løsninger og tilpasninger, vil det gis rom for innovasjon, læring, erfaringsoverføring og positiv konkurranse.

Reformen tar utgangspunkt i de fem eksisterende helseregioner, og oppretter regionale helseforetak (RHF) innenfor hver region. Disse RHF vil ha totalansvaret for helsetjenestene som utøves i sine respektive regioner. Under disse RHF vil man igjen dele regionen opp i helseforetak som er ansvarlige for selve utøvelsen av helsetjenestene. Organiseringen vil da se ut som følger:

Fig.3.1 Foretaksstruktur





Denne måten å organisere helsetjenesten på skaper et klarere skille mellom roller enn det som har vært tidligere. Reformen legger opp til å i større grad avklare departementets rolle som eier, det regionale helseforetaks rolle som oppdragsgiver og helseforetakets rolle som tjenesteproducent. Dette skal bidra til å fremme styring og effektivisering ut fra gitte juridiske og økonomiske virkemidler.

Sykehusreformen om styring

Reformen skal som nevnt tidligere fremme styring gjennom økonomiske og juridiske virkemidler. I tillegg omtaler reformen styring sett ut fra tre forhold. Disse er 1) sentrale politikere påvirkning ovenfor spesialist helsetjenesten 2) departementets styringsmulighet ovenfor de regionale helseforetak og 3) de regionale helseforetaks styringsmulighet ovenfor helseforetakene.

Sentrale politikere skal som tidligere ha mulighet til å utforme politikk som skal legge føringer for den generelle helsepolitikken. Dette skal gjøres gjennom budsjettprioriteringer i Stortinget som leder til et stortingsvedtak. I tillegg vil den politiske myndighet kunne fremmes gjennom staten som eier, med for eksempel krav til forsvarlighet, regulering av egenbetaling etc. For at sentrale politikere skal få anledning til politisk styring vil det foreligge rapporter og styringsdialog fra departementet til Stortinget. Reformen presiserer at det ikke skal være en politisk styring av selve utførerprosessen av helsetjenestene, men at styring skal skje via eier gjennom foretaksmøtene (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001: pkt 2.9.4).

De regionale helseforetakene vil være departementets (statens – eiers) instrument for å oppnå nasjonale helsepolitiske målsetninger. Dette gjøres ved at departementet i de regionale helseforetaks vedtekter fastsetter overordnede rammer for foretakets virksomhet, samt overordnede politiske mål og oppgaver for virksomheten (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001: pkt 2.8). Videre kan departementet i foretaksmøter fastsette generelle og spesielle instruksjoner for de regionale helseforetakene. For å følge opp de oppgaver som utføres i regionene pålegges de regionale helseforetakene å utarbeide en årlig rapportering i form av en årsmelding. Denne kommer i tillegg til årsoppgjøret og årsberetningen.

Styring fra det regionale helseforetak og til helseforetakene skjer i utgangspunktet via en ”bestiller-utfører” modell. Gjennom den kontrakt eller bestilling som gis fra det regionale helseforetak gis helseforetakene autonomi til å produsere helsetjenester ut fra egne komparative fortrinn innenfor den gitte helsepolitiske rammen. Utover dette skal de regionale helseforetakene ha mulighet

til å hevde sin eierstyring i form av foretaksmøter, representasjon i underliggende styrer og kontroll ved hjelp av rapportering og årsmeldinger.

Sykehusreformen om foretaksorganisering

Reformen legger i liten grad føringer for hvordan de ulike RHF skal organisere sine virksomheter. Det vektlegges at de ulike virksomhetene skal organiseres i foretak som er gitt autonomi og som er selvstendige rettssubjekt. Fordelene med dette er i følge reformen mulighet for desentralisert styring, bedre og mer effektiv ledelse, mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001;pkt 2.5). Videre understrekes det at denne foretaksorganiseringen skal markere et klart organisatorisk skille mellom virksomhet og overordnet politisk nivå.

Sykehusreformens punkt 2.9 og 2.10 gir et lite innblikk i tankegangen rundt denne organiseringen. Her vektlegges det effektiviseringspotensialet ved arbeids- og funksjonsdeling som har kommet frem etter arbeid i de RHU. Det understrekes at for å hente frem gevinster av dette må ledelsen i de ulike foretakene være sterke nok til å foreta de prioriteringer og avveininger som måtte være nødvendige. Det vises også til de store fordelene ved å ha en desentralisert autonomi med mulighet for kontraktsbygging, oppbygging av kapital og formuer samt egne bedriftsøkonomiske prioriteringer. En forutsetning for dette er at de ulike foretakene organiseres som egne rettssubjekter.

Sykehusreformen om arbeids- og funksjonsfordeling

Sykehusreformen legger opp til en hovedmålsetning at de fem regionene skal være selvforsynende av helsetjenester. I tillegg legges det opp til at det innad i regionene bør være større samordning enn tidligere forankret i de medisinske spesialitetene. Sykehusreformen viser i pkt 2.7.2 utvalgte områder som den mener det bør satses på med tanke på arbeids- og funksjonsdeling. Herunder blir det beskrevet samordning mellom tjenestenivåer med hovedvekt på fødestuer og akuttavdelinger, samordning av psykisk helsevern, forskning og utvikling, beredskap situasjoner etc.

Oppsummering historisk forankring

I denne delen av oppgaven har jeg satt fokus på den historiske utviklingen i de ulike helseregionene, og de føringer dette måtte ha lagt for videre drift for de nye helseforetakene. Som vist har de RHU gjort gjennomgående store arbeider for å samordne helsetjenesteproduksjonen innad i sine regioner. Selv om man kan si at arbeidet i begynnelsen av perioden var noe ad hoc preget, kan det argumenteres

for at det fra midten av 90 tallet ble gjort arbeider som både var godt legitimert og forankret i det regionale samarbeidet.

Som redegjørelsen for de ulike utredninger også viser, trekker de alle frem behovet for samordning innenfor regioner. Dette begrunnes mye i medisinen utvikling og spesialisering, noe som fordrer et større volum av pasientbehandling og et større faglig nettverk for å opprettholde den faglige kvaliteten. Det gjennomgående er allikevel de begrensninger de fylkeskommunale grenser ofte skaper med tanke på flytting eller samordning av tjenester på tvers av disse grensene. Også styringsmuligheter og autonomi ved de ulike institusjoner fremstår som problematisk og lite effektivt ved den organisatoriske modellen som har vært benyttet tidligere. De ulike utredningene fremhever i denne sammenheng mulighet for omorganisering og reformering av spesialisthelsetjenesten, uten å nødvendigvis konkretisere hvordan dette bør gjøres.

Sykehusreformen bør sees i lys av disse utfordringene som utredningene fremhever og det arbeidet som er nedlagt i de ulike RHU. Reformen går allikevel noen skritt videre enn det som tidligere er skissert og anbefalt, og bygger i stor grad på tanken om konsernmodell og effektiviseringsgevinster knyttet opp imot denne. Ved å benytte økonomiske incentiver ovenfor autonome enheter som i prinsippet skal ligge i konkurranse med hverandre, skal denne formen for styring fremme arbeids- og funksjonsfordeling, samt sikre økonomisk effektivitet som igjen skal bidra til et bedre helsetjenestetilbud for befolkningen.

4 Helse Vest-Norge RHF

Helse Vest-Norge RHF hadde sitt første styremøte 30.august 2001. I forkant av dette var det fra sentralt hold utnevnt styre, og styreleder for det regionale helseforetaket var Anne Kværneland Bogsnes. Styret hadde 7 medlemmer og av disse var 2 ansettereprerentanter. De første styremøtene gikk med til å etablere ulike former for administrative løsninger som valg av revisor, valg av lokaler styreinstruksjer, ansettelse av administrativt personell etc, for å kunne starte arbeidet med driften. Intervjuobjektene legger vekt på at det i denne perioden var et godt stykke arbeid som måtte utføres for å få satt i gang de prosesser som var nødvendige for at det skulle ligge klart for drift av foretakene innen januar 2002. Bogsnes ble i denne perioden frikjøpt fra sin faste jobb, og arbeidet aktivt i samarbeid med de delene av administrasjonen som vokste frem etter hvert som organisasjonen ble etablert. Helge Bryne ble konstituert som administrerende direktør inntil Herlof Nilssen ble ansatt 1.januar 2002.

Opprettelse av foretaksstruktur

På styremøtet 17/9–2001 valgte styret i det regionale foretaket å etablere en foretaksstruktur basert på de føringer som var lagt fra det regionale helseutvalget. De valgte foretak var Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Helse Førde HF og Helse Fonna HF. I tillegg ble sykehusapotekene organisert som et eget selvstendig helseforetak. Styrene i foretakene var etablerte innen utgangen av november 2001. I forbindelse med fastsettelse av foretaksstruktur var det noe uenighet innad i styret. Styreleder, nestleder og et styremedlem ønsket en utskilling av psykiatrien i Bergen og Stavanger for å organisere disse som separate foretak. Dette med den begrunnelse at øremerkede midler til psykiatrien var lettere å holde atskilt fra somatikken, og med et ønske om andre organisatoriske løsninger enn det som var skissert fra det regionale helseutvalget. En informant beskriver det på følgende måte:

Vi stilte en del spørsmål om det var riktig å slå sammen psykiatri og somatikk på dette stadiet. Noen av oss mente at vi burde prøve oss litt frem og se hvordan det funker.... psykiatrien har jo fått øremerkede midler hvert år og det kunne av den grunn være attraktivt å holde dem noe mer atskilt.

I tillegg ble det presisert fra styreleder at det på kort sikt trolig ville være lettere å styre foretakene i den retningen moderselskapet ønsket, og at dette kunne være gunstig i oppstartfasen for å møte de krav, forventninger og utfordringer reformen

bygde på. Dette forslaget ble av de øvrige styremedlemmene nedstemt i hovedsak av to grunner. Det ene var at det allerede lå føringer fra det regionale helsesamarbeidet om fire innarbeidete blokker, og flere av styremedlemmene hadde en form for ”eierskap” til det regionale helseutvalgsarbeidet. Denne strukturen var også en organisatorisk løsning som hadde vist seg fruktbar i forkant av reformen, og som var godt innarbeidet innenfor de fire blokkene. Diskusjonen rundt dette i styret skapte noe turbulens og var en av de store diskusjonene ved oppstart av styrevirksomheten.

Det andre aspektet som talte imot en deling av psykiatri og somatikk var den profesjonsfaglige begrunnelsen. Denne gikk på at man ikke i like stor grad som tidligere kunne skille mellom disse to behandlingsformene, da psykiatrien i utstrakt grad benytter seg av tradisjonell biologi og medisinske aspekter. Å skille disse to disiplinene ytterligere ville i så måte skape et kunstig skille innad i medisinen som ikke var tjenlig ut fra den generelle utviklingen og pasientenes reelle behov.

På bakgrunn av de ovennevnte argumenter endte Helse Vest-Norge RHF opp med fem selvstendige foretak inkludert sykehusapotekene. I ettertid viser det seg at styremedlemmene er godt fornøyde med denne organiseringen og fremhever denne strukturen som en av de store fortrinnene regionen har fremfor de andre regionene. Dette begrunnes med at det regionale foretaket har lagt til grunn de føringer som ligger fra det historiske samarbeidet og har i all hovedsak benyttet seg av de eksisterende geografiske grenser for inndeling²⁷. Også i en SWOT²⁸ analyse lagt frem i styremøte 26/9-2002 blir denne foretaksstrukturen fremhevet som en generell styrke i regionen.

Utfordringer og muligheter ved overtakelse av sektoren

Som beskrevet i kapittel 3 så har sykehussektoren stått ovenfor en rekke utfordringer i de senere år. Behovet for koordinering innad i regionen, enhetlig styring, behov for utvikling av kvalitative tjenester basert på volum i behandlingsapparatet, kontroll over resultater og fremtidige forventninger, bedre økonomistyring etc er stikkord som kommer opp i de ulike utredningene i forkant av reformen. Også dokumentet som ligger til grunn for reformen ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver” fremhever disse utfordringene og skisserer mulige løsninger ovenfor noen av dem.

For Helse Vest-Norge RHF sitt vedkommende lå det store utfordringer innenfor mange av disse områdene, og aktørene innad i foretaket har klare syn på hvilke av disse de mener var de viktigste områdene det burde satses på ved oppstart av reformen. Disse synspunktene var generelt i tråd med reformens målsetninger og identifisering av tidligere problemområder. Spesielt fremhever aktørene i Helse Vest-Norge RHF betydningen av å gjøre sektoren styrbar med

påfølgende mulighet for samordningsgevinster – både kvalitetsmessig og økonomisk – ved arbeids- og funksjonsfordeling. Et intervjuobjekt sier:

..for jeg synes vel at vi driver med alt for mye på mange steder i Norge. Det er helt klart at man må ha et visst volum for å kunne opprettholde en viss kvalitet og kontinuitet i det vi holder på med.

Sektoren i sin helhet ynder ofte å fremheve spesialklinikker for å illustrere hvilke fordeler man kan få av en mer effektiv organisering. Blant annet vises det ofte til Feiring Klinikken²⁹, hvor spesialiseringen innenfor hjertekirurgi har medført økonomiske og kvalitetsmessige gode resultater. Helse Vest-Norge strekker seg over et geografisk område hvor det er vanskelig å få opprettholdt et volum i pasienttilbudet grunnet den befolkningsmessige bosetningen, noe som medfører problemer med å rekruttere og holde på kvalifisert personell. I tillegg har infrastrukturen innad i regionen blitt såpass mye bedre de senere år, og den pre-hospitale tjenesten tilsvarende utbygd og kvalitetshevet, at behovet for mange desentraliserte spesialistfunksjoner reduseres betraktelig. Helse Vest-Norge RHF så det derfor tidlig som en utfordring å skape et helhetlig tjenestetilbud på tvers av tidligere geografiske grenser med tilsvarende sentralisering innenfor disse for å opprettholde kvaliteten på de tjenestene som tilbys. Tanken var i stor grad å betrakte store deler av regionen som ett, noe som også fremheves i strategidokumentene.

En annen utfordring som fremheves av flere av aktørene er muligheten for å styre sektoren i den retningen man ønsker. Dette blir også fra sentralt hold understreket som en generell svakhet ved den tidligere organiseringen, fordi fylkestingene som eiere i liten grad ga styringssignaler som var tilpasset samordning innad i fylkene og på tvers av disse. Det var derfor vanskelig å skulle koordinere og styre institusjonene når styringslinjen var fragmentert og lite langsiktig.

Spesialisthelsetjenesten var underlagt fylkesting, fylkesutvalget og helse – og sosialutvalget i Fylkeskommunen. I tillegg var den administrativt underlagt helse- og sosialdirektøren med stab, og rådmannen med stab. Det var praktisk talt ikke mulig å styre med så mange ulike signaler som nødvendigvis måtte forekomme i et sånt system.

Helse Vest så det derfor som en stor fordel å klare å etablere styringslinjer som gjorde endringsprosesser enklere og raskere å implementere enn tidligere. Dette gjelder såvel internt i foretakene som på tvers av dem. Ved større mulighet for å utøve eierstyring ville man lettere kunne få gjennomført endringsprosesser enn slik forutsetningene var ved den tidligere organiseringen.

Arbeidet begynner

For å få gjennomslag for de endringer som reformen forutsetter, blir det fra sentralt og regionalt hold sett på som essensielt å få de involverte aktører med på endringsprosessene. Sykehussektoren har tidligere vært preget av det som omtales som ”svartepersillet” som kjennetegnes ved at ulike aktører innenfor sykehusene sprer informasjon til media med den hensikt å fremme sine egne – eller profesjonstilhørighetens – synspunkter og ønsker. Dette vanskeliggjør endringsprosesser og mulighet for å skape legitimitet i avgjørelser. I tillegg forventet man fra sentralt hold at politikerne – på tross av at det fylkeskommunale nivået var skjøvet ut – fortsatt ville delta i debatter og diskusjoner for å forsvare sine lokalpolitiske interesser. Det ble derfor allerede på første styremøte 30. august 2001 diskutert hvordan man skulle kunne få utarbeidet en informasjonsstrategi som kunne møte disse potensielle utfordringene.

Som et resultat av denne satsingen ble det på det styremøtet (17. september 2001) vedtatt en foreløpig mediestrategi og denne ble videreutviklet frem mot oppstart av reformen primo 2002. Denne strategien beskrives i styreprotokollen som et godt styrings- og endringsverktøy hvor det særlig vektlegges to dimensjoner; *den eksterne* og *den interne*. Innenfor den interne dimensjonen fremheves betydningen av å gi klare styringssignaler ovenfor de ansatte, øke motivasjon og etablere en forståelse for helheten, samt å bidra til å fokusere på felles mål, strategier og samhandlingsmønstre. Innenfor den eksterne dimensjonen fremheves betydningen av å gi god informasjon til brukerne og innbyggerne, og bidra til å gi helsevesenet et godt omdømme. Videre understrekes det at *”informasjonsaktivitetene bidrar aktivt til endrings og utviklingsprosessene i spesialisthelsetjenesten – i tråd med reformens intensjoner”*.

Med utgangspunkt i de føringer som kommer fra overordnet nivå med tanke på etterstrebeelse av arbeids- og funksjonsfordeling, blir det i styringsdokumentene for 2002 (og 2003) understreket betydningen av å skape legitimitet i befolkningen ved eventuelt organisatoriske og strukturelle endringer. På bakgrunn av dette ble behovet for et aktivt informasjonsarbeid understreket på et tidlig tidspunkt innenfor Helse Vest-Norge RHF. På tross av denne satsingen indikerer visse informanter behovet for å ha ilagt denne funksjonen enda større vekt i møte med de utfordringer og konfrontasjoner som har kommet underveis. Dette må ses i lys av de utfordringer foretaket har hatt knyttet opp imot arbeids- og funksjonsfordelingen innad i regionen. Mye av de strukturelle og organisatoriske endringer Helse Vest-Norge RHF har iverksatt på tvers av – og intern i – foretakene har møtt stor motstand i befolkningen, i media og blant politikere. Spesielt gjelder dette de forhold som har pågått innenfor Helse Førde HF, hvor sentrale politikere – inkludert Helseministeren – og sentrale medier har engasjert seg. I tillegg har det vært demonstrasjoner blant befolkningen i involverte

kommuner og ansatte har sagt opp sine stillinger (Bergens Tidende 19/6-2003). Det indikeres dermed også fra informanter at motkreftene i befolkningen ble noe undervurdert i forhold til de strukturelle endringene som Helse Vest-Norge RHF ønsket å iverksette med bakgrunn i føringer fra sentralt hold. Noen informanter fremhever da også at man ikke kan legge skylden på informasjonsstrategien, men må se det i en større helhet med de følelsene slike endringer vekker i befolkningen.

Konkrete satsingsområder

Som vist i kapittel 3 hadde det regionale helseutvalget i Helseregion Vest-Norge lagt ned et betydelig arbeid med planer og satsingsområder for regionen. Konkret ble det – etter sentrale føringer – utarbeidet planer for perioden 1999–2004. Dette forholdet fremheves også i styringsdokumentene for 2002 til det regionale helseforetaket, hvor det understrekes at disse planene skal ligge til grunn for en videreutvikling av satsingsområder innenfor regionen. Det påpekes videre at man skal videreføre disse planene så langt det lar seg gjøre ut fra hva som blir ansett som hensiktsmessig for regionen. Med bakgrunn i dette tok styret i Helse Vest-Norge RHF utgangspunkt i de føringer som lå i de regionale helseplanene ved utvikling av egne satsingsområder, men planene ble nok ikke så førende eller dominerende som intensjonen var. En informant beskriver det på følgende måte:

De har på en måte ligget i bunnen og dannet grunnlaget. Men samtidig så ser vi at det legges andre typer føringer nå som kanskje ikke var mulig å få til i den gamle konstellasjonen hvor man hadde fylkeskommuner som skulle oppnå en grad av politisk balanse.

En av de store utfordringene til det regionale helseutvalget var å komme frem til samarbeidsløsninger som gikk på tvers av fylkeskommunale grenser. Dette viste seg å være vanskelig fordi aktørene i stor grad var mer opptatt av å ivareta sine egne interesser og institusjonenes funksjoner innenfor det fylkeskommunale – og lokale tjenestetilbudet, enn de var i å komme frem til samarbeidsløsninger. Dette medførte dermed en rekke kompromisser i de regionale helseplanene. Etter reformens implementering ble derfor disse planene ikke vurdert som nok omfattende for å oppnå den grad av effektivitet, kvalitet og resultat som reformen forutsetter. Det som derfor ble sett på som essensielt for Helse Vest-Norge RHF var å skape et grunnlag for en helhetlig tankegang innad i regionen, hvor man kunne oppnå økonomiske fordeler, bedre kvalitet i tjenestene og mer effektive løsninger. Dette hadde for flere av de valgte styremedlemmene fremstått som fraværende ved den tidligere organiseringen. Det ble derfor på styremøtet 25/1-02 iverksatt en idédugnad for hvordan man kunne hente ut gevinster ved den nye organiseringen. Som følge av denne idédugnaden ble det utarbeidet et strateginotat og et styringsdokument som tok utgangspunkt i følgende punkter; 1)

administrativt personell, 2) ventelister, 3) brukerundersøkelser, 4) bedre utnyttelse av personell, 5) funksjonsfordeling, 6) pasientansvarlig lege og 7) forholdet mellom offentlige tjenester og privatpraktiserende leger. Dette ble utgangspunktet for en strategiprosess for regionen som akkumulerte ut i 3 overordnede satsingsområder og strategidokumenter; A) en overordnet foretaksplan, B) en plan som omhandlet funksjonsfordeling og C) en plan for de administrative støttestrukturfunksjonene. Den overordnede foretaksplanen skulle legge premissene for de to underliggende, og alle planene skulle være klargjorte i løpet av 2002.

Overordnet foretaksplan

Denne planen ble initiert på styremøtet 22/2-02 og hadde til hensikt å skape en verdimestende plattform for hvilke overordnede strategier, mål og visjoner Helse Vest-Norge RHF hadde for spesialisthelsetjenesten i regionen. På styremøtet 13/12-02 ble den fremlagt i sin helhet, og utover en beskrivelse av hvordan det regionale foretaket ønsket å fremstå ovenfor brukere, ansatte og andre involverte (den verdimestende forankringen), formulerte foretaksplanen fem overordnede satsingsområder for de nærmeste 2–3 årene. Disse var 1) *Positiv pasientoppleveling og behandlingskvalitet* 2) *Utdanning og kompetansebygging* 3) *Kommunikasjon og omdømme* 4) *Eierstyring og organisering* og 5) *Andre tjenestoområder*. Disse punktene skulle være overordnet for den videre satsingen innenfor regionen og skulle være retningsgivende for organisasjonen i sin helhet.

Funksjonsfordeling

Tilsvarende som den overordnede foretaksplanen, ble funksjonsfordelingsprosjektet initiert på styremøtet 22/2-02. Her ble det spesielt fremhevet behovet for en effektiv struktur og arbeidsdeling innad i foretakene og på tvers av disse. Dette er i henhold til de overordnede føringer som er skissert fra sentralt hold i styringsdokumentene for 2002. På styremøtet 2/4-02 hadde administrasjonen kommet opp med forslag til aktuelle problemstillinger funksjonsfordelingen kunne bidra til å løse. Det blir i styreprotokollen presisert at *spørsmål om funksjonsfordeling må tas utgangspunkt i en felles forståelse av hvilke helsetjenester som skal ytes og i hvilket omfang. Dermed må det fastsettes hvilke helseforetak som skal løse hvilke oppgaver. Foretakene må selv ta ansvar for en effektiv funksjonsfordeling innad i de enkelte foretak*. Av konkrete problemstillinger som ble skissert av administrasjonen var; 1) hvordan regionale funksjoner skal ivaretas 2) skal det skilles klarere mellom akutt og planlagt virksomhet 3) mer spesialisering kontra flere generalistfunksjoner 4) oppgavefordeling og samarbeid med primærhelsetjenesten 5) hvordan utnytte telemedisin og nettverkssamarbeid og 6) hvordan er forholdet mellom volum og kostnad, og volum og kvalitet.

Med utgangspunkt i dette, samt at man ønsket en snarlig effekt av eventuelle endringsprosesser, ble det besluttet at man skulle etablere prosjektgrupper for dette arbeidet regionalt og ved det enkelte helseforetak. I tillegg ble det etablert en styringsgruppe for prosjektet i sin helhet med representanter fra Helse Vest-Norge RHF og helseforetakene hvor administrerende direktør for det regionale foretaket satt som leder for gruppen. Det ble innhentet ekstern konsulent bistand, blant annet fra Universitetet i Bergen, Senter for medisinsk metodevurdering og Sintef. Prosjektet skulle gjennomføres i 2002 og implementeres i 2003.

Funksjonsfordelingsprosjektet ble vedtatt av prosjektgruppen 31/1-03 og det ble fremlagt på et ekstraordinært styremøte 17/2-03. Prosjektgruppen hadde sett på hvordan oppgaver og funksjoner ivaretas i helseregionen pr i dag, og hvordan tjenestene burde utvikles for å tilstrebe høy kvalitet og god tilgjengelighet etter krav fra sentralt hold. Det som særlig ble gjennomgått var akuttberedskapen, vaktordninger hos helsepersonell og fødselsomsorgen i helseforetakene. Hovedkonklusjonene i prosjektgruppens fremstilling gikk i retning av at akuttfunksjonene innen bløtdelskirurgi, ortopedi og avansert fødselsomsorg skulle samles ved ett av sykehusene i hvert helseforetak. I tillegg ble det fremhevet at arbeidet rundt utviklingen av et desentralisert tjenestetilbud³⁰ skulle fortsette i samhandling med primærhelsetjenesten. Innenfor dette forslaget ble det fremhevet behovet for opprettholdelse av de indremedisinske tjenestene i distriktene. Tilsvarende ble det fremmet forslag om fødselsomsorgen, at Helsetilsynets forslag om tredeling av fødselsomsorgen legges til grunn, og at fødestuer bygges opp tilsvarende for å ivareta de fødende.

Avslutningsvis ble det vedtatt på styremøtet at omstillingstiltakene i helseforetakene skulle gjennomføres innen utgangen av 2004.

Administrative støttefunksjoner

Tilsvarende som for de to ovennevnte planer ble det på styremøtet 2/4-02 initiert en plan for hvordan man kunne samordne og få en kostnadsmessig effektivitet ut av de administrative støttefunksjonene tillagt institusjonene. Dette forholdet blir fremhevet i styringsdokumentene fra Helsedepartementet, men blir også i ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver” ansett som et stort økonomisk og kvalitetsmessig potensialet ved den nye foretaksorganiseringen. I utgangspunktet ønsket Helse Vest-Norge RHF å se på mulighet for besparelser av 1) innkjøpstjenester, 2) økonomi, 3) lønn, likviditet og regnskap, 4) It og 5) bygg og eiendomsforvaltning.

Dette prosjektet var ferdig og ble innstilt på styremøtet 26/9-02, og det ble trukket frem forslag for besparelser innenfor en rekke innkjøpsområder, nye lønns- og økonomisystem og utvikling av nytt it system for regionen³¹. Som følge av satsingen rundt de administrative støttefunksjonene, ble det iverksatt samarbeid på tvers av foretakene for å få dratt nytte av volumet ved kontraktstegnelser. Man

fikk med dette en tredeling av innkjøpene, hvor noe skulle styres nasjonalt fra en felles innkjøpssentral i Vadsø, noe regionalt fra Helse Vest-Norge RHF, og noe lokalt i de enkelte helseforetak.

Etablering av den formelle styringsstrukturen.

Som vist tidligere er det fra sentralt hold besluttet at styring ovenfor helseforetakene skal være *eierstyring*. Denne skal uttøves i form av 1) Foretaksmøtet, 2) styringsdokumenter, 3) bestilling og 4) representasjon i styrene i de underliggende virksomheter. Helse Vest-Norge RHF tok utgangspunkt i dette da de på styremøtet 1/11-01 besluttet at styringslinjen ovenfor helseforetakene i all hovedsak skulle bygge på bestilling, og ble begrunnet med at de underliggende virksomhetene skulle gis anledning til å gjennomføre tiltak ut fra lokale komparative fortrinn og med en relativt stor grad av lokal autonomi. Utover dette var det i styringsdokumentet fra Helsedepartementet konkretisert flere mål og krav – blant annet knyttet til psykiatri, kreftomsorg, funksjonsfordeling, forskning etc. – som det regionale foretaket fulgte opp i sine styringsdokumenter til de underliggende foretak. Helse Vest-Norge RHF besluttet med dette å utforme sine styringsdokumenter ovenfor foretakene ut fra ”malen” fra Helsedepartementet, og videreføre disse føringene. Det første styringsdokumentet som gikk ut til helseforetakene fra Helse Vest-Norge RHF var på 13 sider inkludert bestilling.

Det ble også i foretaket diskutert i hvilken grad og form man skulle legge seg på i forbindelse med eierrepresentasjonen i de underliggende styrene. Flere av styremedlemmene ønsket to representanter i styrene for å i større grad kunne utøve sterkere eierstyring, mens de resterende ønsket en representant. Argumentene som ble benyttet gikk i retning av hvor mye autonomi de underliggende foretakene skulle ha, og å gjennomføre konsekvenshveten ved den vedtatte bestiller-utfører modellen.

Muligheten for representasjon i styrene ved å inneha styrelederrollen ble ikke fremmet, selv om dette trolig ville medført større grad av eierstyring³². Dette er et forhold som flere av informantene understreker i etterkant.

Jeg ser at dersom jeg hadde hatt styrelederposisjon så hadde det vært en mer direkte linje mellom styret i Helse Vest via administrasjonen og direkte ut i helseforetakene. Og da på mange måter ville vårt styre i Helse Vest kunne ansvarliggjort meg i større grad for alle resultater som lå ute enn de kan i dag. I dag må Helse Vest styret ansvarliggjøre meg for det som ligger til meg, samtidig som de må ansvarliggjøre styrne for det som tillegges dem.

På tross av at andre regionale helseforetak valgte en strammere eierstyring knyttet opp mot dette styringsverktøyet – og at Helse Vest-Norge RHF ved senere anledning valgte å endre styringskjeden med samme begrunnelse – ble ikke denne løsningen på daværende tidspunkt sett på som hensiktsmessig for regionen. Den

løsningen de valgte bestod av at administrerende direktør – eller en representant for han – inntok rollen som et ordinært styremedlem i hvert av de underliggende helseforetakene.

Eierstyringen fra sentralt hold innstrammes.

Siden oppstarten av reformen indiker informanter fra Helse Vest-Norge RHF at det fra sentralt hold har blitt en større grad av eierstyring enn det som i utgangspunktet var tiltenkt. Dette eksemplifiseres både ut fra styringsdokumentenes størrelse og detaljgrad, men også fra Helseministeren innblanding i enkeltsaker på foretaksnivå (Bergens Tidende 19/6-03). Aktørene i foretaket har ingen entydig forklaring på dette hvorfor denne eierstyringen innstrammes, men blant noen av informantene er det særlig to årsaksfaktorer som fremheves. Den ene går i retning av at endringsprosessene i foretakene med påfølgende mangel på resultater ikke skjer i samsvar med sentrale ønsker og føringer, og at det dermed er behov for ytterligere konkretisering og eierstyring for å fremtvinge disse endringene. Flere av informantene fremhever dette forholdet som betydningsfullt, og legitimerer denne eierstyringen ved størrelsen på midlene som bevilges sektoren og betydningen av sektoren sett ifra et nasjonalt politisk ståsted. De ser det derfor som naturlig at Stortinget og sentrale myndigheter ønsker en kontroll og påvirkning over disse midlene. Et intervjuobjekt beskriver det på følgende måte:

Vi på regionalt nivå tenker og gjør våre beslutninger på bakgrunn av hva vi mener er best for befolkningen i regionen... Og på samme måte må vi faktisk akseptere at Helseministeren skal sikre gjennomføring og praktisering av en gjeldende nasjonal helsepolitikk... Så jeg har ingen problemer med å akseptere at han vil sikre at vi opererer i henhold til det.

Dette vises spesielt i måten Helseministeren og andre sentrale politikere har deltatt i debatten rundt de strukturelle endringene som er foreslått i ulike deler av regionene. I Helse Vest-Norge har turbulensen rundt fødetilbudet i Lærdal (Helse Førde HF) engasjert kraftig, og sentrale politikere har bl.a. deltatt i demonstrasjoner tilknyttet sykehuset. Temaet har også vært oppe i spørretimen på Stortinget flere ganger. I tillegg har det vært oppe til debatt – både på et generelt og et konkret grunnlag – i sentrale medier, TV debatter etc. Her har sentrale aktører, med Helseministeren i spissen, gitt uttrykk for et behov for kontroll og beslutningsmulighet i forbindelse med disse endringsprosessene.

Den andre årsaksfaktoren som er gjennomgående blant informantene er regjeringsskiftet som skjedde i forkant av implementeringen av reformen. Tidligere helseminister Tore Tønne (Ap) – som var arkitekt bak reformen – gikk av og Dagfinn Høybråten (Krf) tiltrådte. Med utgangspunkt i reformens utforming, var

intensjonen at de ulike foretak og nivåer skulle inneha en stor grad av autonomi. Som følge av at Høybråten ikke var involvert i denne utformingen, men fikk ansvaret for implementering og oppfølging, kan man tenke seg at han med bakgrunn fra sitt politiske ståsted ønsker å sette et annet preg på reformens hovedintensjoner. Som et intervjuobjekt beskriver det:

Jeg tror nok at det statsrådskjefet var et ganske vesentlig skille for reformen. Spesielt på det området for graden av mulighet, graden av selvstyre og graden av detaljstyring. Og den detaljstyringen har jeg følelsen av øker i volum og i detalj. Vi startet opp med ca 15 sider styringsdokument, og nå er vi oppe i over førti. Og kanskje blir det enda mer.

Med bakgrunn i dette kan man anta at den nye regjeringens behov for kontroll og påvirkning av sektoren vises ved at den formelle styringen som skjer fra overordnet nivå blir sterkere og mer detaljfokuserende. Andre informanter fremhever i denne sammenheng vår nye parlamentariske situasjon hvor vi har en samarbeidsregjering med mindretall i Stortinget, og at dette også kan være en av forklaringsfaktorene til en økende grad av eierstyring fra sentralt hold. I denne sammenheng påpekes det også at de politiske motkreftene var betydelige de første to årene, og at det var vanskelig å gjennomføre de endringer som kom fra sentralt politisk hold nettopp av denne grunn.

Et annet forhold som fremheves er den noe uklare og spesielle styringsstrukturen som ligger til grunn ovenfor helseforetakene sammenlignet med annen statlig virksomhet. En informant fremhever dette forholdet som merkelig, nettopp at det er fagdepartementet som også ligger som eier av foretakene og at dette gjør styringsforholdet mer komplisert enn nødvendig³³. Etter hans syn er problemene med forutsigbarhet i styringsstrukturen og endring av denne knyttet opp imot nettopp dette forholdet.

Som forsøkt vist ovenfor kan det være ulike årsaker til at styringen fra sentralt hold øker i omfang. Samtlige informanter påpeker at styringen utvikler seg i en retning hvor sentrale myndigheters rolle blir mer fremtredende og at eierstyringen forsterkes. Dette blir også eksemplifisert ved omfanget av styringsdokumentene ovenfor de regionale helseforetakene som øker i størrelse og detaljgrad fra 2002–2003. Samtidig gir de fleste informantene uttrykk for en forståelse av denne utviklingen, og legitimerer den ved at dette forholdet vil være naturlig i en innkjøringsfase. De antar at eierstyringen gradvis vil avta når regionene oppnår de resultater og den målsetningen som er skissert fra sentralt hold

Samarbeid mellom foretakene innad i regionen

Som vist i kapittel 3 har samarbeidet innad i regionen på tvers av fylkeskommunale grenser tilsynelatende fungert frem til det skulle iverksettes konkrete tiltak, og erfaringer viser at det har vært vanskelig å få til gode løsninger. Dette forholdet fremheves også som

en av utfordringene og svakhetene ved den tidligere organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Det ble derfor tidlig i Helse Vest-Norge RHF iverksatt tiltak for å fremme dette intraregionale samarbeidet. Dette ble konkretisert ved at det ble dannet et direktørfora som har til hovedhensikt å fremme samarbeid på tvers av foretaksgrenser – både vertikalt og horisontalt. I tillegg ble det etablert ulike prosjektgrupper og faggrupper på tvers av nivåene for å fremme konsernstyringsmuligheten den nye organiseringen åpnet for. Disse gruppene hadde alle til hensikt å lette informasjonstilgangen innad i foretakene og å sørge for at alle foretakene i størst mulig grad var involvert i de endringer og samarbeidsløsninger som ble skissert. Ingen av disse gruppene ble tillagt noen form for beslutningsmyndighet, men var tiltenkt å skape et nødvendig samarbeid og et tettere forhold mellom nivåene i produksjonskjeden.

Samtidig indikerer visse hendelser at dette samarbeidet ikke fullt ut virker ut fra intensjonen. Blant annet har arbeidet rundt funksjonsfordelingen innad i Helse Førde HF medført at rollefordelingen mellom Helse Vest-Norge RHF og Helse Førde HF ikke blir ansett som optimal. Dette illustrert ved at Helse Førde HF fremla sin plan for arbeids- og funksjonsfordeling kun få dager før Helse Vest-Norge RHF la frem sin regionale plan tilknyttet samme tematikk (Bergens Tidende 11.12.2002). Denne gikk til en viss grad imot planen lagt frem av Helse Førde, og vektla et samarbeid mellom Helse Fønna HF, Helse Førde HF og Helse Bergen HF. Denne kommunikasjonssvikten og inkonsekvensen mellom foretaksnivåene skapte en turbulens som medførte en form for ”svarteperspill” hvor sentrale og lokale media engasjerte seg kraftig.

Selv om mye av denne situasjonen kan oppfattes som medieskapt og uten særlig påvirkning for utfall av resultatet, indikerer uttalelser fra informanter at kommunikasjonen mellom nivåene kunne vært bedre og at dette forholdet var utslagsgivende for senere problemer ved starten av arbeidet. Det kan derfor virke som om arbeidet med å få til samarbeidet mellom nivåene og på tvers av disse ikke var tilstrekkelig utviklet. Dette forholdet fremheves også av samtlige informanter. Det understrekes allikevel at dette samarbeidet ikke på noen som helst måte kan oppfattes som fiendtlig slik som media ønsker å fremstille det, men at det må sees i lys av den historiske situasjonen som tidligere har vært gjeldende innenfor regionen. Det blir fremhevet at dette er en historisk forutsetning som man ikke raskt kan snu, men som må utvikles over lang tid og ved hjelp av omstendelige prosesser. Et intervjuobjekt beskriver det på følgende måte:

Dette er forhold hvor det fortsatt er mye mer å hente. Og igjen må vi – selv om reformen har kort historie – se det litt i historisk perspektiv. Styrene og administrasjonene var jo oppnevnt og rekruttert med tanke på en veldig autonom struktur hvor man ikke skulle ha så mye med hverandre å gjøre. Nå ønsker en et nærmere samarbeid og samhandling. Det er fortsatt mye å hente, men det er kommet inn i et veldig godt spor.

På tross av denne uttalelsen og den ovennevnte skisserte situasjonen, kan det se ut som om Helse Vest-Norge RHF i den senere tid har klart å få til et bedre samarbeid på tvers av nivåer og foretak. Dette blant annet illustrert ved den konflikten som har pågått innenfor Helse Førde HF knyttet opp mot utviklingen av et Distriktsmedisinsk Senter i Florø. Denne utviklingen møtte mye motstand blant involverte aktører i oppstarten, men har i den senere tid blitt mer godtatt av befolkningen i nærliggende kommuner, ansatte og andre involverte. Det kan også se ut som om konfliktene mellom de ulike nivåene blir færre og mindre i omfang, selv om både Helse Vest-Norge RHF og Helseministeren har engasjert seg i arbeidet lokalt. Dette kan indikere at samarbeidet og informasjonsflyten i større grad enn tidligere virker etter intensjonen.

Behov for sterkere regional styring ovenfor helseforetakene

Som vist ovenfor etablerte Helse Vest-Norge RHF tidlig en formell styringsstruktur basert på en bestilling. Denne styringsmodellen ble senere noe modifisert grunnet det forhold at styringen ovenifra ble mer detaljert og volumiøs, og medførte at det regionale helseforetaket i større grad enn tidligere så et behov for å tilnærme seg den sentrale styringslinjen. I tillegg til dette fikk Helse Vest-Norge RHF primo 2002 et skifte av styreleder hvor Anne Kverneland Bogsnes gikk over som administrerende direktør i et underliggende helseforetak – Helse Bergen HF – og Mai Vik tiltrådte som ny styreleder i det regionale foretaket. Hun hadde tidligere sittet som styreleder i Apotekene Vest HF. Dette skifte av aktør i lederposisjon blir av flere informanter beskrevet som et skifte av ledelsesfilosofi, med det resultat at det ble lagt større vekt på de andre aspektene ved eierstyringen og mindre vekt på bestillingen. På tross av dette tidlige skifte av styreleder, ble det ikke formelt fremmet noe konkret forslag om endring av styringsstruktur før styremøtet 26/9-02. Her ble det, i sammenheng med utviklingen av det regionale strategiarbeidet, gjennomgått en SWOT analyse for regionen. Denne analysen fremhever hvilke styrke, svakheter, muligheter og trusler regionen har i sin helhet og skulle bidra til en videreutvikling av de foretaksplanene som var under utarbeidelse.

Av *styrke* i regionen ble det fremhevet at foretaksstrukturen var på plass og at den er godt forankret i historiske tradisjoner og føringer. Dette medfører for regionen sin del at videre arbeid og fokus kan rettes mot selve innholdet av reformen. I tillegg ble det fremhevet at samarbeidsevne, regional identitet og endringsvilje er generelle styrker regionen innehar. Konklusjonen var at dette vil kunne gi et godt grunnlag for utvikling av et sterkt fellesskap med en klar arbeidsdeling. Av *svakheter* ble det fremhevet den manglende rolleavklaring mellom Helse Vest-Norge RHF og de underliggende foretakene, og den økonomiske

situasjonen regionen befinner seg i. Også ledelse, personell, holdninger, funksjonsfordeling og rammevilkår ble fremhevet som svakheter, men det ble herunder understreket at disse faktorene er av intern karakter, noe som forenkler mulighet for endring og tilpasning. Av *trusler* ble særskilt mangelen på samhandling og omstillingsvilje/evne fremhevet, samt den historisk forankrede striden som sykehusene har hatt seg imellom. Det ble beskrevet det sterke interne fokuset foretakene innehar, noe som vanskeliggjør samarbeid på tvers av foretaksgrenser. De *mulighetene* som ble beskrevet knyttes i stor grad opp imot de tre førstnevnte punkter, og deles inn i tre hovedpunkter; 1) utvikling av organisasjonen, 2) mulighet for bedre samhandling og oppgavefordeling på tvers av og innad i foretakene og 3) bedre resursutnyttelse som følge av de to førstnevnte.

Ut fra SWOT analysen kan man dermed anta at regionen i sin helhet har et fortrinn i hvordan foretakene er organisert ved at dette er forankret i etablerte tradisjoner. Dette medfører på den annen side visse svakheter og begrensninger knyttet til fremtidige muligheter for samhandling og arbeids- og funksjonsfordeling. Liten vilje til samhandling grunnet de historiske tradisjonene, og et for internt fokus innad i helseforetakene indikerer at funksjonsfordeling på tvers av disse – og til en viss grad internt i disse³⁴ – vil kunne være vanskelig å få gjennomført innenfor de rammer og det tidsperspektivet det regionale helseforetaket ønsker.

På bakgrunn av denne analysen, og med utgangspunkt i sentrale føringer og egne satsingsområder, ga Helse Vest-Norge RHF uttrykk for at de i større grad enn tidligere ønsket å tilspisse eierstyringen for raskere å hente ut økonomiske og kvalitetsmessige gevinster. Det kan her virke som at tidsperspektivet for de strukturelle endringene var en viktig faktor for foretaket. Det å få iverksatt og gjennomført disse i løpet av kort tid blir av flere informanter fremhevet som et prioritert satsingsområde. Dette begrunnes ved behovet for å kvalitetsmessig heve tjenestene, men også ved kravet fra sentralt hold om oppnå økonomisk balanse innen 2005. Som følge av at disse resultatene uteble, og at SWOT analysen pekte på visse svakheter rundt fremtidig organisering, iverksatte Helse Vest-Norge RHF en sterkere eierstyring. En informant legitimerte dette på følgende måte:

Hvis vi skal få ønsket effekt av reformen må vi styre innledningsvis. Når vi har sikret at alle trekker i rett retning og etterlever reformens intensjoner, trengs det mindre styring. Selvfølgelig skal vi ikke styre på detaljer, vi skal styre på mål og resultatskrav, krav til kvalitet, krav til ventetider og kapasitet, krav til økonomiske resultater og krav til service og standarder. Kort og godt sørge for at de overordnede målene i reformen innfris.

Videre i den styringsmessige endringsprosessen ble det på styremøtet 15/10-02 gjort en evaluering av de styringsverktøyene som var benyttet i 2002. Disse ble evaluert opp imot de endringene man kunne tenke seg å gjøre for 2003. Denne potensielle endringsprosessen ble begrunnet i de føringer som kommer fra sentralt

hold, hvor departementet i større grad enn tidligere antatt hadde vektlagt detaljert eierstyring fremfor en bestiller-utfører modell. Helse Vest-Norge RHF antok med dette at dette var en styringslinje som departementet ville legge seg på i den nære fremtid, og at det regionale foretaket av den grunn burde tilpasse sine styringsverktøy opp mot dette. Det ble derfor på nevnte styremøte vurdert fordeler og ulemper ved den styringslinjen som var ført i 2002, opp imot hvilke forventninger, krav og føringer man kunne tenke seg for 2003. Av svakheter fremheves spesielt ”*en såpass sterk rendyrkning av bestiller-utførermodellen har ikke passet inn i styringsopplegget slik det praktiseres fra Helsedepartementets side*”. På bakgrunn av dette ble det dermed vedtatt at man for 2003 skulle etablere styringen langs to hovedlinjer; styringsdokument og bestilling. Bestillingen skulle forenkles i forhold til slik den var utformet for 2002, og den skulle skilles fra styringsdokumentet og legges ved som et vedlegg. Styringsdokumentet på sin side skulle være mer spesifikk og klargjørende ut fra de fastsatte målsetninger regionalt og fra de førende signaler sentralt.

Det understrekes hos samtlige informanter at på dette tidspunktet var behovet for å legge større press på foretakene og for å få iverksatt strukturelle endringer av stor betydning for Helse Vest-Norge RHF. I denne sammenheng ble det på styremøtet 2/12-02 gjort ytterligere to organisatoriske endringer innad i det regionale helseforetaket. Den ene gikk direkte på administrerende direktør sin rolle som representant i de underliggende styrene, mens den andre gikk på samhandling mellom de ulike nivåene i beslutningskjeden.

Førstnevnte gikk ut på at administrerende direktør i Helse Vest-Norge RHF organisatorisk skulle ligge i en direkte linje under styret i det regionale foretaket og ovenfor styrene i de underliggende foretakene. Det ble med denne organisatoriske endringen understreket administrerende direktør sin rolle som operative leder for styret i det regionale helseforetaket. For flere av informantene innebar dette ingen endring av styringsmessig karakter, og det blir fremhevet at dette er gjort av praktiske årsaker mer enn styringsmessige.

I den forrige modellen måtte administrerende direktør formelt sett ha fullmakt til å opptre på vegne av det regionale styret ovenfor styreleder og administrerende direktør på underliggende nivå. Nå er han det operative leddet fra styret, og skal ivareta ledelsesfunksjonen ovenfor HFene sin styreleder og adm. dir. Den formelle eierstyringen foregår fortsatt gjennom foretaksmøtene.

Selv om dette fra styret i Helse Vest-Norge RHF ikke blir betraktet som en vesentlig endring av styringslinjen, vil det trolig oppleves av de underliggende foretakene som en tilspissning og konkretisering av denne. Det at han har fått en mer operativ rolle og utvidete fullmakter ovenfor de underliggende styrene, har om ikke annet en symbolsk betydning for de underliggende involverte aktører.

Den andre endringen tok utgangspunkt i en større grad av samhandling mellom styrene innad i regionen, noe som for styreleder i Helse Vest-Norge RHF

ble sett på som mangelfullt. Det ble på styremøtet besluttet at det skulle være fire faste møter i året mellom styreleder i det regionale foretaket og styrelederne i de underliggende foretakene for å bedre denne samhandlingen og for å i større grad kunne utøve direkte styring ovenfor disse. Det var her skissert et behov for å i større grad kunne påvirke beslutningskjeden i foretaksstrukturen utover de formelle styringsverktøyene, og for å kunne koordinere fremtidige satsingsområder og unngå konflikter av kommunikasjonsmessig art.

Disse forslagene ble vedtatt med 5 mot 3 stemmer, hvor argumentene imot endringene var at dette ville undergrave de underliggende styrenes autonomi. Argumentet for endringene gikk i retning av behovet for eierstyring og kontroll, og behov for bedre koordinering ved endringsprosesser.

Oppsummering empiri Helse Vest-Norge RHF

Som vist ovenfor så har styringslinjen for Helse Vest-Norge RHF ovenfor de underliggende foretakene utviklet seg fra å skulle være en modell hvor bestillingen var vektlagt, til en modell som legger mer vekt på påvirkning og styring via styringsdokumenter og styrerepresentasjon. Dette legitimeres av aktører innenfor det regionale foretaket med den institusjonelle tregheten i de underliggende helseforetak og behovet for å følge opp den sterkere styringslinjen som legges fra sentralt hold. Trolig har man også dratt erfaringer fra utfordringer og problemer ved den tidligere valgte organiseringen, og ser i ettertid klare svakheter ved denne. Man kan også se et skifte av ledelsesfilosofi hvor aktørene i større grad enn først antatt ønsker en annen form for styring enn det som var reformens intensjon. En informant beskriver det på følgende måte:

Jeg tror at i begynnelsen når paradigmeskiftet kom så var det mange som mente at dette var helt feil, for det var jo ikke dette man ønsket seg. Her hadde man forestilt seg at man skulle være fullstendig autonome enheter som kun skulle se sin eier en gang i året og det var når man fikk overlevert pengene og bestillingen. Så skulle man ikke se noe mer til hverandre for året var slutt. Da fikk man enten stjerne i boken eller smekke på fingrene. Men det er ikke sånn vi vil ha det. Det regionale foretaket skal ivareta tre viktige roller. Vi skal sørge for at befolkningen i vår region får de spesialisttjenester de har krav på og rett til. Da må vi tenke helhet og se foretakene i sammenheng. Vi skal være garantist for pasienten. Dette går på både kvalitet og standarder. Da må vi følge opp at tjenestene innfrir de kvalitetskrav som er satt. Og til sist skal vi ivareta eierrollen. Da må vi støtte og bry oss og legge forholdene til rette for å hente ut gevinster der alle tjener på et samarbeid.

Som følge av de sterke kravene fra sentrale aktører og ut fra egne prioriteringer har Helse Vest-Norge RHF valgt å legge seg på en linje med sterkere eierstyring. Dette går på den ene siden på bekostning av den autonomien de underliggende foretakene i utgangspunktet var forespeilet, men på den annen side så har Helse

Vest-Norge RHF mistet noe av sin autonomi grunnet den økende sentrale styringen. Med bakgrunn i dette kan man anta at det regionale foretaket er avhengig av å følge disse føringene og endre seg parallelt med dem for å kunne beholde sin rolle som en aktiv aktør innenfor spesialisthelsetjenesten.

En annen faktor som anses som en viktig forklaringsfaktor er tidsaspektet rundt de vedtatte og planlagte endringer. Som følge av sterke nasjonale føringar om krav til kvalitet³⁵, og som følge av de sentrale krav til økonomisk balanse, kan det virke som om Helse Vest-Norge RHF i stor grad ikke har tid til å avvente lokale autonome endringsprosesser, men overstyrer de underliggende helseforetakene for å oppnå strukturelle endringer. Flere informanter indikerer dette, parallelt med at de understreker et ønske om – og behov for – å tidvis kunne utøve større press ovenfor helseforetakene.

På bakgrunn av dette kan man anta at behovet for endringer i relativt raskt tempo ønskes prioritert ganske høyt i Helse Vest-Norge RHF, og at de endringer som man har sett så langt trolig bare er begynnelsen på ytterligere spesialisering og funksjonsfordeling.

5 Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF hadde sitt første styremøte 24. august 2001. Det var i forkant oppnevnt styremedlemmer fra sentralt hold og Paul Hellandsvik var valgt som styreleder i det regionale helseforetaket. Han hadde tidligere sittet sentralt i departementet hvor han hadde jobbet med dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver”. Han ble senere – på styremøtet 20/10-01 ansatt som direktør for det regionale helseforetaket. Styret bestod av seks styremedlemmer hvor 3 av disse var ansettere-representanter. De første styremøtene gikk med til å etablere kontorer på Stjørdalen, organisere foretaksstruktur, tilsette administrasjonen etc. for å få klarlagt rammer til oppstart av virksomhetene innen jan 2002.

Opprettelse av foretaksstruktur

Helse Midt-Norge RHF valgte delvis å basere sin foretaksstruktur på de geografiske fylkesgrensene som hadde vært utgangspunktet for den tidligere organiseringen. De valgte en såkalt ”et par sykehus” struktur bestående av 2 somatiske sykehus innenfor hver region. Utover dette lå det i Sør-Trøndelag visse juridiske forutsetninger som ga begrensninger for valg av foretaksstruktur³⁶. Dette medførte at Helse Midt-Norge RHF på styremøtet 13/9-01 vedtok å etablere 6 helseforetak; Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre- og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Orkdal Sanitetsforenings Sykehus (OSS), Psykisk Helsevern og Sosialtjenester HF (PST) og Helse Nord-Trøndelag HF. I denne sammenheng ble det forutsatt at PST skulle slå sammen med St. Olavs Hospital HF innen 1 år, og at OSS skulle gjøre tilsvarende innen 2 år. Dette i tråd med de muligheter som ligger i de tidligere juridiske avtalene. I tillegg ble sykehusapotekene organisert som et eget HF, og grunnet vedtatt byggeplaner rundt det nye regionssykehuset i Trøndelag (St. Olavs Hospital), ble en prosjektorganisasjon – Helsebygg Midt Norge HF – organisert som egen prosjektorganisasjon under Helse Midt-Norge RHF. Den hadde primært til hensikt å arbeide med utbygging av St. Olavs Hospital, men skulle også kunne bistå i arbeidet tilknyttet andre byggeprosjekter rundt om i regionen.

Utvelgelsen av denne foretaksstrukturen bygger som nevnt ovenfor delvis på de tidligere tradisjoner som ligger innenfor regionen. Unntaket er den strukturen som ble vedtatt i Møre og Romsdal hvor man tidligere hadde hatt et fokus mot Sentralsykehuset i Ålesund. Det var i denne sammenheng sterke føringer fra det fylkespolitiske miljø i Møre- og Romsdal hvor man i stor grad ønsket å ha ett stort

foretak i fylket, og aktører ved det Regionale Helseforetaket ble forsøkt overbevist om fordeler ved å velge denne løsningen. Argumentene fra fylkeskommunen sin side var at ved å organisere seg som ett foretak ville man være store nok til å kunne forsvare samtlige sentralsykehusfunksjoner i fylket og på sikt tilstrebe å etablere ytterligere spesialisttjenestefunksjoner, noe som ville tjene regionen i sin helhet. Helse Midt-Norge RHF valgte allikevel å gå for to separate helseforetak innad i fylket, knyttet opp imot henholdsvis sykehuset i Ålesund og sykehuset i Molde.

Møre og Romsdal var utfordringen. Der hadde man fire selvstendige sykehus og fylkestinget hadde et vedtak som gikk på at ved evt. overtakelse så skulle det slås sammen til et foretak med egen direktør. Men jeg tror vi valgte helt riktig; det var ingen av organisasjonene som ønsket ett sykehus. Det var litt bitterhet ute og gikk, men jeg tror det har lagt seg.

På bakgrunn av at det regionale helseforetaket valgte å gå for en annen løsning enn det fylkeskommunen ønsket, ble det noen konflikter i regionen som blant annet utspant seg i media. Flere informanter – særlig de som kommer fra fylket – antyder at dette var en relativt sterk påkjønning, men mener allikevel at de tok det rette valget. Dette begrunnet med at involverte interesseorganisasjoner og sykehusene i sin helhet ønsket to foretak fremfor ett, og at sett i ettertid fungerer organiseringen etter hensikten.

På grunn av at tidsaspektet satte krav til en relativt rask beslutning på hvordan foretaksstrukturen skulle etableres, var selve prosessen karakterisert av at få aktører påvirket utfallet og stod for utvelgelsen. Dette blir allikevel ikke sett på som negativt av informantene, og samtlige fremhever foretakstrukturen i regionen som en generell styrke regionen innehar. Dette særlig begrunnet i det nettverkssamarbeidet som tidligere har vist seg nyttig innad i regionen og at foretakene består av to somatiske sykehus (par sykehus) som har et godt potensial for effektiviseringsgevinster seg imellom.

Og det er ingen tvil om hvis du ser på foretakstrukturen her i Helse Midt-Norge, så var jeg jo ganske alene i og med at jeg var oppnevnt som styreleder og hadde ingen administrerende. Jeg var rundt i alle foretakene og diskuterte løsninger på det, og kom så med en plan. Hvis man ser på det i etterkant så var jo det utvilsomt en betydelig maktutøvelse selv om konklusjonene til slutt ble tatt av styret.

Som følge av at foretaksstrukturen var tidlig klarlagt, ble det på styremøtet 1/10-01 vedtatt administrasjonssted og styresammensetning for de underliggende virksomhetene. Denne prosessen bar delvis preg av at styremedlemmer og tilsatte i det regionale foretaket benyttet seg av sine nettverk i utvelgelsesprosessen for å komme frem til en rask og akseptabel løsning for alle involverte parter³⁷, slik at styrene kunne være klarlagte før driften ble iverksatt.

Utfordringer og muligheter ved overtakelse av sektoren

Som beskrevet i kapittel 3 har spesialisthelsetjenesten de senere år stått ovenfor en rekke utfordringer. Blant annet har problemer knyttet opp imot ledelsesaspektet ved sektoren vist seg vanskelig å løse ut fra tidligere organisering og rammer. Dette særlig begrunnet i at den medisinske logikkens mønster å styre nedenifra ofte blir en motsetning til den økonomiske rasjonaliteten ved å styre ovenifra (Kjekshus og Nordby 2003). En av de store mulighetene ved den nye organiseringen – og dette særlig fremhevet i dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver – er derfor å innføre ledelse som et verktøy for å gjøre organisasjonene mer ansvarliggjorte og styrbare.

Dette er et fokus som flere av informantene innenfor Helse Midt Norge RHF vektlegger når de skal skissere problemer ved den tidligere organiseringen og muligheter for sektoren fremover. De ser det som en stor fordel at de enkelte ledere kan få ansvar og muligheter innenfor gitte rammer, samtidig som de fremhever betydningen av en klar og entydig styringsstruktur.

Jeg har vært 10 år i Sintef og ledet forskning på helsesektoren. Jeg har erfaring som utøvende lege og som fylkeslege før tiden i Sintef. Og når jeg nå kommer tilbake så ser jeg at ledelse er lite presist når det gjelder operasjonalisering. Og da snakker vi om individuelt ansvar, det å bli fulgt opp etter mål. Vi har gjort det sånn at alle ledere i Helse Midt-Norge har som felles mål å bryte ned virksomheten i målbare størrelser slik at ledelse kan måles.

Flere av informantene fremhever dette som det viktigste kriteriet for å imøtekomme de krav som blir satt fra sentralt hold, samtidig som det antydes et stort effektiviseringspotensiale ved at de ulike ledere blir ansvarliggjorte for de resultater deres enheter produserer. Under forutsetning av at ledelsesaspektet fungerer vil man også lettere kunne styre organisasjonen i ønsket retning.

I tillegg til ledelse er det flere informanter som fremhever betydningen av å kunne samordne produksjon og tjenestetilbud. Dette begrunnes både med det økonomiske effektiviseringspotensialet, men også ved den kvalitative siden av tjenestetilbudet. Flere tror også at fremtidige pasienter i større grad enn tidligere vil etterspørre kvalitet og være villige til å forflytte seg geografisk for å oppnå dette. Det er allikevel gjennomgående for informantene i Helse Midt-Norge RHF at man ikke ønsker å begynne med dette arbeidet umiddelbart, men at man bør la organisasjonen og brukerne få tid til å venne seg til den nye organisasjonsformen og særtrekkene ved denne. Dette både for å skape legitimitet ovenfor nye organisasjonsformer og strukturer, men også av respekt for tidligere organisering og produksjon av tjenester.

Skal vi begynne å sitte her på toppen og dytte ting ned over. Altså, litt ydmykhet og respekt for at det har foregått ting på sykehus før reformen slo igjennom – og det har foregått mye bra – det bør man ha.

Som følge av dette har det regionale foretaket ikke foretatt de store strukturelle endringene med tanke på arbeids og funksjonsfordeling, men startet med et litt annet fokus og litt andre målsetninger. De ser det allikevel som ønskelig og nødvendig å gjennomføre de strukturelle endringene som sentrale føringer forutsetter, men skisserer dette som mulig og ønskelig over en 5 års periode.

Arbeidet begynner

På styremøtet 2.november 2001 vedtok Helse Midt-Norge RHF å videreføre elementer av hovedsatsingsområdene som var skissert i de regionale helseplanene. Det ble lagt sterk vekt på at nettverksmodellen som var initiert og iverksatt av det regionale helse- og sosialutvalget skulle videreføres og legge grunnlaget for tjenesteyting og samarbeid innad i foretakene. I denne sammenheng ble det fremhevet betydningen av å videreutvikle konsensus innenfor den ”par” sykehusstrukturen som var vedtatt, og i mindre grad tilstrebe arbeidsdeling på tvers av foretakene. Dette begrunnet i å opprettholde den lokale autonomien til foretakene, og å la organisasjonen få ”satt” seg før ytterligere arbeidsdeling ble initiert.

Helse Midt-Norge RHF vektla i denne sammenheng betydningen av at foretakene skulle få en så rolig start som mulig. Dette innebefattet i stor grad å sørge for at de ulike virksomhetene fikk tid til å etablere seg, tid til å sette seg inn i aktuelle problemstillinger og virksomhetenes særtrekk, og tilstrekkelig med autonomi til å gjennomføre tiltak forankret i regionale og lokale føringer. Utover dette var det for Helse Midt-Norge RHF viktig å sette fokus på ventetidene ventelistene i tillegg til korridorpasientene, grunnet betydelige avvik fra sentrale målsetninger på disse områdene. Dette var hovedmålsettingen for regionen, og ble raskt implementert nedover i organisasjonen.

Vi har jo valgt å ha en rolig innføringsfase. Det var et bevisst valg at vi skulle jobbe med å få samarbeidet mellom de to sykehusene i hvert foretak opp å gå.... Og vi har – kan du si – valgt å jobbe først med å redusere ventelister, korridorpasienter og å få orden på økonomien vår i stedet for å starte med struktur.

Dette bevisste valget blir også av flere informanter fremhevet som taktisk smart både ovenfor de involverte parter innad i organisasjonene, men også med tanke på befolkningen i regionen. Med utgangspunkt i informantenes generelle syn på at endringer og styring bør komme nedenifra og være godt forankret i befolkningen, ble det ansett som betydningsfullt å la de underordnede virksomheter få den tiden de trengte for å gjennomføre organisatoriske tilpasninger. Helse Midt-Norge RHF forutså også i denne sammenheng at nedleggelse av tilbud trolig ville skape motstand hos involverte parter, og ikke ville skape den tillit til foretaket som var nødvendig for å kunne opprettholde god drift. Det ble derfor gjort visse

prioriteringer ut fra hvilke områder som ble ansett som mest hensiktsmessige å begynne med.

Vi måtte jo spørre oss når vi hadde landets lengste ventetider om det var en verdig prioritering å gå løs på fødeavdelinger med alle de demonstrasjonstogene det måtte skape, og hvilken betydning det får for arbeidet vårt for ventetidene. Vi tror vi har klart å skape en positiv holdning til Helse Midt-Norge som merkevare gjennom at vi har tatt tak i det som folk har vært opptatt av, nemlig uverdige venting.

Med utgangspunkt i dette unngikk Helse Midt-Norge de store konflikten i befolkningen som flere av de andre regionale foretakene har opplevd. Enkelt aktører innenfor det regionale helseforetaket setter også spørsmålsteget ved de tallene som ligger til grunn for de kvalitetsmessige kravene som kommer fra sentralt hold³⁸, og mener at de er for omdiskuterte og teoretiske til å ene og alene skulle være premissleverandør for organisering av spesialisthelsetjenesten. Andre aktører fremhever på sin side at styrings- og ansvarsstrukturen tatt i betraktning, ligger ansvaret for kvaliteten hos de ulike avdelingsledere innad i foretakene, og ikke hos det regionale foretaket. Og under forutsetning av at disse lederne anslår kvaliteten for å være tilfredsstillende, vil det i så måte være akseptabelt for moderselskapet.

Som følge av ovennevnte valgte Helse Midt-Norge RHF å gjøre de strukturelle endringene internt i foretakene og å gi disse underliggende virksomhetene nok autonomi til selv å vedta hvilke endringer som måtte iverksettes. Dette selvfølgelig innenfor rammen av de overordnede regionale og sentrale føringer.

Konkrete satsingsområder

Som beskrevet ovenfor valgte Helse Midt-Norge RHF å videreutvikle deler av de planene som var utarbeidet av det regionale helse- og sosialutvalget. De fremhevet betydningen av å fortsette satsingen innenfor kreft, psykiatri etc. Selv om planene – etter intensjonen fra sentrale myndigheter – skulle ligge til grunn for det videre arbeidet, har heller ikke Helse Midt-Norge RHF latt disse være absolutt førende for den strategiske utviklingen i regionen.

Men vi har aldri hatt noen diskusjon om den planen for Helse Midt-Norge. Og den etterlyste jeg etter 3–4 uker, og da ble den sendt ut. Men de ble aldri gjennomgått eller tatt opp til vurdering, men man kan si at hovedlinjene har fortsatt.

På tross av at aktørene innenfor Helse Midt-Norge RHF hadde relativt klare og entydige formeninger om hvilke satsingsområder som skulle tilstrebes i startfasen, ble det på styremøtet 28/11-01 iverksatt et strategiarbeid, hvor styret ga en henvendelse til administrasjonen om å forberede en strategisamling for regionen.

Det ble vektlagt at det skulle tas utgangspunkt i punkter knyttet opp imot verdigrunnlag, kommunikasjonsstrategi, informasjonsteknologi og utdanning og forskning. Denne strategisamlingen fant sted 30–31/1-02, og ble utgangspunktet for et overordnet dokument for regionen for roller, ansvar og myndighet (Masterdokument). På flere styremøter fremover ble det orientert om arbeidet rundt dette dokumentet, og det ble fremlagt i sin helhet på styremøtet 30.01.03. Dokumentet skal være retningsgivende for roller og ansvar mellom RHF-nivået og HF-nivået, og det inngår som en del av en felles overordnet strategi for foretaksgruppen Helse Midt-Norge. Videre skal det legges føringer for hvilke områder regionen ønsker å utvikle i fremtiden og det fremheves særlig 3 ulike hovedområder som er særlige oppgaver for det regionale foretaket. Disse er 1) Overordnet strategiutvikling, 2) Koordinering og 3) Styring og rapportering.

Overordnet strategiutvikling

Dette området omhandler tiltak som skal være overordnet for regionen, og det skal legges fremtidige føringer for hvilke prosesser man ønsker å tilstrebe. De skal i så måte være premissleverandør for grad av måloppnåelse. Området deles inn i følgende punkter; A) myndighetskrav fra eier, B) organisasjonsutvikling og strategisk personalarbeid, C) strategisk samarbeid og konkurransestrategi, D) oppgavedeling, E) kommunikasjon og samfunnskontakt, F) eier/politisk kontakt og G) lederutvikling. Helse Midt-Norge RHF har som følge av disse punktene utviklet og utredet en rekke tiltak for å fremme måloppnåelse, og særlig har de satt et stort fokus på lederutvikling og implementering av styringsredskaper innad i foretakene.

De definerer med dette ledelsesutvikling som et av hovedtiltakene for å nå målsetningen om økonomisk kontroll, og har av den grunn satt i gang en egen regional ledelsesutvikling for å selektere og utvikle ledere på topp- og mellomledernivå. Dette arbeidet blir sett på som et viktig strukturelt grep innad i organisasjonen for å nå de overordnede målsettinger som reformen forutsetter. I denne sammenheng er administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF leder for den nasjonale satsingen på lederutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten, og det arbeidet som gjøres regionalt er i så måte godt forankret til de sentrale føringer. Kursene som holdes pågår over ca 60 timer, og det tilstrebes at potensielle ledere får en grundig opplæring i ledelse av sykehus forankret i egen kultur og egne strategier. Videre tilstrebes det primært å benytte seg av ledere som innehar faglig ekspertise, både innenfor det medisinske fagfeltet, men også innenfor ledelse og administrasjon.

Våren 2002 ble det initiert et tiltak for utvikling av en kommunikasjonsplan for regionen. Dette med bakgrunn i de nye utfordringene foretakene står ovenfor med tanke på mediekontakt, informasjonsansvar etc. Dette resulterte i en ”Kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge RHF” som ble vedtatt på

styremøtet 5/9-02. Strategien beskriver hvilke utfordringer spesialisthelsetjenesten i sin helhet står ovenfor, og hvilke utfordringer Helse Midt-Norge spesielt må regne med å møte. I tillegg beskrives ulike former for løsninger og muligheter, og det legges vekt på betydningen av å ha en velfungerende informasjonsavdeling i de ulike foretak som kan samarbeide horisontalt og vertikalt i organisasjonen, samt betydningen av å skape en legitimitetsforankring hos brukerne for å få gjennomslag for de endringer som regionen vil måtte gjennomføre i nærmere fremtid.

Helse Midt-Norge RHF satte også raskt et fokus på å samordne den pre-hospitale tjenesten innad i regionen. Dette begrunnet i behovet for en kvalitetsmessig økning og samordning av tjenesten, med vekt på de strukturelle endringer av desentraliserte tjenester som trolig vil skje i fremtiden. Det ble i denne sammenheng nedsatt en arbeidsgruppe våren 2002 bestående av medlemmer oppnevnt fra administrerende direktører i de involverte foretak. I tillegg ble det innhentet ekstern konsulenthjelp fra Sintef Unimed. Utgangspunktet for rapportene var at man ønsket en forsterkning av den pre-hospitale tjenesten, med vekt på ambulans- og AMK drift. Forholdet her var at man hadde en rekke private tilbydere av ambulansedrift, og flere AMK-sentraler innenfor hvert foretak. Arbeidsgruppen fremla sine rapporter 18/3-03, og det går fram at man ønsket å organisere den pre-hospitale tjenesten opp imot det enkelte foretak. Dette for å etterspørre og skape kvalitet i tjenestetilbudet. Betydningen av å få en samordnet tjeneste med mulighet for hospitering og større læringspotensiale vektlegges. I tillegg tilrådte utvalgene at man samordnet AMK-sentralene til én sentral per foretak slik at man i større grad kunne utnytte stordriftsfordeler og kvalitetssikring rundt dette.

Som vist tidligere valgte Helse Midt-Norge RHF å avvente deler av arbeidet rundt arbeids- og funksjonsfordelingen knyttet opp imot tjenestetilbudet. Det ble allikevel fokusert på potensielle muligheter for arbeids- og funksjonsfordeling, og i ”Årlige melding” til Helsedepartementet som ble gjennomgått på styremøtet 19/6-02 vektlegges mulige effektiviseringsfordeler og faglige gevinster av å gjøre strukturelle endringer også på tvers av foretakene. Det understrekes på tross av dette at for Helse Midt-Norge sitt vedkommende så vil det i første omgang tilstrebes at dette arbeidet utføres innenfor foretaksgrensene, og at det er foretakene selv som avgjør hvordan og i hvilket tempo dette skal iverksettes.

Våre helseforetak har jo egentlig to sykehus hver, og det er klart at å samarbeide de to sykehusene internt i foretakene, der må det jo være mye å hente. Og avstanden er ikke for stor imellom slik at det går an å få et fornuftig samarbeid dem imellom.

Med dette som utgangspunkt har ikke Helse Midt-Norge RHF iverksatt nevneverdige utredninger eller tiltak for å fremme arbeids- og funksjonsfordeling innenfor tjenestetilbudet, men det understrekes av informantene at dersom

kravene fra sentralt hold om økonomisk balanse og utvikling av tjenestetilbud tilspisses, er også Helse Midt-Norge RHF avhengig av å gjøre større strukturelle inngrep som kan forringe det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet.

Et ytterligere fokus for det regionale foretaket har vært å utvikle den desentraliserte tjenesten³⁹. Dette punktet nevnes eksplisitt i årlige melding til Helsedepartementet og er nært knyttet opp imot utfordringene regionen har i forhold til ventelistene. Det understrekes betydningen av å redusere tallet på korridorpasienter og få frigjort produksjonskapasitet ved å utvikle en 1 ½ linjetjeneste som i stor grad kan ta imot pasienter som er ferdig behandlet/utredet men som følge av sykdomsutviklingen ikke kan tilbakesendes til førstelinjetjenesten. I denne sammenheng er det inngått et samarbeid mellom St. Olavs Hospital HF og Trondheim kommune, hvor man har utviklet et sykehjemskonsept som i stor grad kan ta imot pasienter som er ferdigbehandlet men som ikke kan sendes til ordinære sykehjem. Dette fungerer i følge informantene etter hensikten, og er medvirkende til at tallene for ventelister og korridorpasienter er synkende.

Koordinering

Dette området omhandler hvordan regionen kan samordne støttefunksjonene for å oppnå en størst mulig økonomisk effektivitet innad i regionen. Argumentene er at ved samordning, spesialisering og stordriftsfordeler vil man kunne hente ut et potensiale som kan omfordeles til andre ledd i foretakene. Masterdokumentet fremhever betydningen av felles IT- enhet, innkjøp, felles lønnsfunksjon samt utvikling av felles rutinesystemer som eksempler på hvordan dette kan gjennomføres.

I denne sammenheng ble det allerede på styremøtet 2/9-01 besluttet at de strategier som var vedtatt fra det regionale helse- og sosialutvalget innenfor IT- og telemedisin skulle videreføres. Det ble videre bestemt at alle nye IT-systemer som ønskes tatt i bruk skal vurderes for regionen i sin helhet, for på den måten å understøtte den valgte strategi. Dette arbeidet ble starten på en overordnet IT-strategi som ble vedtatt på styremøtet 1/11-02 . Denne strategien tok sikte på å bygge opp en regional resultat enhet som skal yte IT-tjenester til hele regionen. Dette forankret i andre kompetansemiljøer innenfor regionen, og knyttet opp imot den nasjonale IT-strategien Si@.

Helse Midt-Norge RHF har også utarbeidet en egen innkjøpsstrategi som tar sikte på å samordne innkjøp innad i regionen. Denne ble fremlagt og vedtatt på styremøtet 27.11.02, og det er her stipulert med at man kan spare inntil kr 200 mill. Dette under forutsetning av at man etablerer prosjektmål for innkjøp i hvert helseforetak, etablerer en effektiv innkjøpsorganisasjon, gjennomfører et kompetanseprogram knyttet opp imot lederseminarer, gjennomfører et langsiktig reforhandlingsprogram og etablerer gode mål – og rapporteringsrutiner. Arbeidet

er fordelt på det regionale og lokale nivået, hvor de ulike nivåer er ansvarlige for sine respektive innkjøp. Strategien er også gjort i samråd med de nasjonale føringer som ligger fra innkjøpssentralen i Vadsø, hvor de enkelte regionale foretak innehar en eierandel på 20 %.

Styring og rapportering

Dette området omhandler hvordan styring bør utøves og hvordan styringsstrukturen skal se ut. Det skisseres her både hvordan moderselskapet skal forholde seg til de underliggende virksomheter, men også hvordan styrene i foretakene skal forholde seg til sine respektive administrasjoner. I tillegg omhandler området hvordan rapportering skal foregå, og hvilke kriterier de ulike virksomhetene skal måles etter

Styring fra det regionale foretaket ovenfor de underliggende virksomheter skal skje via styringsdokumenter, bestilling og representasjon i styrene. Dette for å klargjøre ansvarslinjer de ulike nivåer imellom. I tillegg fremheves betydningen av at nettverksorganisering og direktørmøtet skal bidra som virkemidler for de ulike nivåer for å bedre kommunikasjonsveier, iverksetting og evaluering av tiltak, og for å oppnå et helhetsperspektiv innad i regionen.

Nettverksorganiseringen skal ta utgangspunkt i det samarbeidet som har vært fremtredende ved den tidligere organiseringen, og i lys av det arbeidet som er gjort innenfor det regionale helse- og sosialutvalget. Det skal primært etterstrebtes å benytte seg av den medisinskfaglige ekspertisen som finnes i regionen, og ved å samordne denne og utnytte den på en maksimal måte vil man kunne oppnå et helhetsperspektiv og en best mulig resursutnyttelse av den samlede kompetansen. På denne måten vil man også kunne unngå at pasienter forlater regionen for behandling til fordel for andre regioner. Det vektlegges at dette nettverkssamarbeidet setter krav til god kommunikasjon og ledelse både internt og på tvers av foretaksgrenser, og en forutsetning for en optimal samhandling i denne sammenheng er et veletablert og velfungerende direktørfora.

Direktørmøtet består av adm. dir. i samtlige foretak i Helse Midt-Norge og møtes jevnlig hver måned. Fire ganger i året deltar også styreledere ved de ulike foretak. Hensikten bak dette direktørmøtet er at det skal være saksforberedende på et tidlig tidspunkt for styrene. I tillegg skal direktørmøtet sikre at de vedtatte strategier og mål blir iverksatt og fulgt opp. Agendaen i direktørmøtet skal sådan være å oppnå en hensiktsmessig resursbruk, samhandling og arbeidsdeling innenfor Helse Midt Norge, og er et viktig fora for den operative delen av virksomheten.

Når det gjelder styrenes rolle ovenfor administrasjonen fremhever Masterdokumentet betydningen av å skille disse fra hverandre for å unngå sammenblanding av roller. Dette illustreres ved bruk av to ”søyler” hvor styrene ligger under ”ansvarssøylen” og av den grunn innehar det fulle ansvar for at

administrasjonen gjennomfører de vedtatt tiltak. Administrasjonene på sin side er plassert under den ”operative søylen”, og har ansvar i forhold til å iverksette de føringer som kommer fra styrene. Ut over dette beskriver Masterdokumentet styrets rolle knyttet opp imot to hovedpunkter 1) drive strategisk og langsiktig styring av virksomheten og 2) kontinuerlig overvåke at administrasjonen følger opp virksomheten på en tilfredsstillende måte. Helse Midt-Norge RHF har i tillegg til dette utarbeidet egne instruksjoner for styret og administrasjonen i det regionale foretaket med vekt på ovennevnte oppgavefordeling. Denne instruksjonen ble gått igjennom og vedtatt på styremøtet 18/4-02.

Når det gjelder det regionale foretakets rolle ovenfor de underliggende virksomhetene skal rapportering skje ut fra krav i forhold til de oppgitte kvalitetsindikatorer. Disse er a) epikrisetid, b) strykninger i operasjonsprogrammer, c) korridorpasienter og ferdigbehandlede pasienter, d) FoU, e) sykehusinfeksjoner og f) pasienttilfredshet. Det er videreført de krav som kommer fra sentralt hold og i tillegg spesifisert konkrete tiltak direkte fra det regionale helseforetak. I tillegg skal det foregå en kontroll av de underliggende virksomhetene ved direktørmøtet, hvor dialogen i stor grad skal være toveis og tilstrebe at uklarheter, ufullstendigheter eller annet unngås.

Etablering av den formelle styringslinjen

Som nevnt tidligere skal styring skje på bakgrunn av styringsdokument, bestilling og representasjon i styrene. Informantene innenfor Helse Midt-Norge RHF følte at denne form for styringsstruktur i seg selv ikke var avklarende nok, og på styremøtet 13/12-01 besluttet styret at de ønsket en nærmere grenseoppgang mellom det regionale- og de underliggende foretakene. Det var ønskelig at denne grenseoppgangen tok utgangspunkt i forholdet mellom styring, ansvar og autonomi. Denne henvendelsen resulterte i Masterdokumentet ”Prinsipper for rolle- og ansvarsavklaring i Helse Midt-Norge”. Dokumentet ble i sin helhet fremlagt på styremøtet 30.01.03, men hovedpunktene ble gjennomgått på våren 2002. Det fremhever betydningen av en klar rollefordeling mellom styret og administrasjonen, og vektlegger videre betydningen av en deltakende styring ovenfor de underliggende virksomhetene hvor de bør inneha en betydelig grad av autonomi.

På styremøtet 17/1-02 ble det vedtatt representasjon fra det regionale foretaket ovenfor styrene for de underliggende virksomhetene. Det ble besluttet at administrerende direktør skulle inngå som et ordinært styremedlem i de underliggende foretakene, men grunnet praktiske problemer knyttet mot gjennomføringsmulighet, ble representasjonen fordelt på ledelsen i administrasjonen, med administrerende direktør med møterett i alle styrer. Helse Midt-Norge RHF la seg med dette på en styringslinje som etter intensjonen skulle

innebefatte relativ stor grad av autonomi hos de underliggende foretakene. Aktører innenfor det regionale foretaket føler at dette er en form for påvirkning og styring som er mer resultatgivende enn en rendyrket konsernmodell hvor man enten innehar styrelederrollen eller har flere representanter innenfor hvert styre.

Når vi opprettet HF så valgte vi en litt "laidback" holdning. Det bar å gjøre med respekt ovenfor den enkelte institusjon som faktisk har gjort mye bra. Og det er respekt ved å vise styrene at vi sender oppdrag til helseforetakene og at dem skal løse dem. Hvis vi skulle hatt administrerende direktør som styreleder i hvert helseforetak så ville det nesten ikke vært aktuelt for styrene å kunne ha egne meninger.

På bakgrunn av dette valgte Helse Midt-Norge RHF en styringsstruktur som i stor grad av dem selv blir betegnet som inkluderende. I denne sammenheng blir administrerende direktør for RHF trukket frem av samtlige informanter som en aktør som innehar en lederstil hvor inkludering, bygging av kultur, tillit og dialog er fremtredende. Det blir skissert betydningen av han som person for at man klarer å inneha en kontroll og påvirkning ovenfor de underliggende foretakene på tross av den relativt svake graden av eierstyring.

Helse Midt-Norge RHF har også foretatt endringer av sine styringsdokumenter ovenfor de underliggende foretakene. De har kuttet ned på antall konkrete målsettinger og antall sider på styringsdokumentene fra 2002 til 2003, noe som fremheves av informanter som viktig for å gi virksomhetene signaler om mulighet for selvbestemmelse.

Man kan godt legge seg på en såkalt sterk styringslinje, med et vesentlig styringsdokument og følge opp på det. Men jeg tror ikke det er sann du påvirker kultur. Jeg tror mer på involvering og på ansvarstaking gjennom et kollektiv.

I sum gir dette – sett ifra informantenes side – en eierstyring som er lite påtrengende og som gir god autonomi hos de underliggende aktører, noe som gir de resultater det regionale helseforetaket ønsker. Aktørene fremhever styringsstrukturen som klar og tydelig, men gir også delvis uttrykk for at denne formen for eierstyring har begrensninger ovenfor foretakene hvis man ønsker snarlige og effektive endringer. Det har allikevel ikke vært tendenser i de underliggende virksomheter til at disse utfordringene har skapt konflikter, noe som blir knyttet opp imot de kulturelle tradisjoner man har klart å skape mellom nivåene.

Eierstyring fra sentralt hold innstrammes

Som vist i kapittel 4 indikeres det at eierstyringen fra sentralt hold er blitt mer fremtredende siden oppstart av reformen. Helse Midt-Norge RHF fremhever også dette aspektet, og trekker frem styringsdokumentene som eksempler på at

eierstyringen er mer detaljert og omfattende. De opplever allikevel dette som en naturlig prosess ved at departementet som den øverste eier ønsker å samordne tjenesteproduksjonen og tilbudet i større grad nå enn tidligere. Dette blir begrunnet med at ved det tidsaspektet som var en viktig premisseleverandør ved oppstarten av reformen, kunne man ikke forvente at departementet som en overordnet instans fullt ut kunne delta uten å sinke prosessene. Det blir derfor sett på som mer naturlig at nå som reformen er i ferd med å sette seg vil også disse aktørene i større grad delta i utformingen av sektoren, og sørge for at overordnede føringer og signaler blir iverksatt.

Og det er sånn at hvis departementet skulle ha vært med (i oppstarten) i stor grad så ville man aldri ha klart tempoet. Da måtte man ha utsatt dette, noe som ville ha medført en politisk omkamp. Og det var Tønne veldig tydelig på at han ikke ville. ... Men det (endringen) viser allikevel en departemental styring på det som skjer. Og ikke minst Finansdepartementet. Så jeg tror vi må leve med at den ekstreme dynamikken som var i oppstarten må justeres i forhold til helt sentrale rettigheter og muligheter som Storting og Regjering må ha.

Allikevel fremheves noen problemer ved at det fra sentralt hold stadig skjer en sterkere eierstyring og en mer detaljert interessehevdning ovenfor foretakene. Spesielt indikerer informantene at det på den finansielle siden er vanskelig å planlegge ut fra de korte tidsperspektivene som gis og med utgangspunkt i de endringene som tidvis kommer. Det vektlegges herunder av flere at det hadde vært ønskelig å kunne fått lengre tidsrammer å forholde seg til for på den måten å i større grad kunne planlegge virksomhetene fremover.

Så det vi trenger er en debatt i Stortinget om en 3 års plan for norsk helse. Hvor de kan legge noen føringer – ikke minst på prioriteringssiden – at nå er det faktisk slik det skal være. Hvilken rolle skal Stortinget ha? Vi skal selvfølgelig ikke ta over politikken, og være sånne småkonger som sitter rundt i regionene. Men innenfor en viss grense så er det de enkelte styrer og ledere som skal ta ansvar for å operasjonalisere den helsepolitikken som er vedtatt. Men det er helt klart at når dette skal vedtas pr år – ikke minst de finansielle sidene – så blir dette litt stakkato. ... Det står helt klart (i Ot. prp.) hva Stortinget skal legge seg bort i, og det er nedleggelse av kjernevirksomhet – og det synes jeg er helt legitimt at det må være styring med dette.

Herunder indikeres det også en form for undring blant flere informanter, hvor de føler at fylkespolitikkerne i stor grad har flyttet inn på Stortinget (Adresseavisa 13/9-2003). De opplever at det ofte skjer uttalelser i media i konkrete saker og innblanding som står i strid med reformens intensjoner. Det er allikevel ingen av informantene som opplever dette som problemfylt, men ser det knyttet opp imot den parlamentariske situasjonen i Stortinget, og den politiske betydningen av helsesektoren i sin helhet. Det forsvares med en politisk dynamikk som man trolig alltid vil se i en sektor som fremstår som så viktig for befolkningens velferdstilbud.

Andre informanter fremhever på sin side at de fortsatt føler at de har god autonomi fra sentralt hold og fortsatt kan styre etter de overordnede føringer som ligger til grunn. På tross av at styringsdokumentene fremstår som mer detaljerte og man ser en større grad av innblanding i enkeltsaker, indikeres det at styringen fra sentralt hold fortsatt gir nødvendig autonomi og frihet for å gjennomføre de regionale og lokale prioriteringer og hensyn man ønsker.

Jeg synes at denne form for styring gir nok autonomi. Jeg er jo vant til å få styringsdokument, og jeg vet at innenfor styringsdokumentene så har jeg frihet til å legge forholdene til rette sånn jeg vil. Så jeg ser ikke noen hindring eller begrensning for styring.

Generelt sett gir informantene innenfor Helse Midt-Norge RHF uttrykk for at de har forståelse for at styringen fra sentralt hold innstrammes og blir mer detaljert. De opplever dette allikevel ikke som noe hinder eller særlige begrensninger i å tilrettelegge produksjonen etter regionale strategiske områder. Det de derimot ser på som ønskelig er et lengre tidsperspektiv for de finansielle rammene slik at man i større grad kunne planlegge strategisk over lengre tid, og kunne ha ro til å gjennomføre de tiltak man ønsker å iverksette.

Samarbeid mellom foretakene innad i regionen

Som vist tidligere har det vært nedlagt et betydelig arbeid for å få til et samarbeid internt i regionen på tvers av foretaksgrensene. Allerede på styremøtet 17/1-02 ble det vedtatt at administrerende direktør skulle følge opp det tverregionale arbeidet som var gjennomført tidligere, og at det skulle satses på nettverkssamarbeid i fremtiden. Denne modellen er forankret innad i administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF av enkelt aktører, og har historisk sett vært effektiv for å skape et godt faglig miljø innad i regionen.

Men de som har lagt den, han som stod for nettverksmodellen – han sitter i Helse Midt-Norge og har skolert oss. Og forklart styret hva nettverksmodellen gikk ut på. For det var en Kongstanke han hadde. Og det var enighet om at det var greit.

Nettverksmodellen har med dette fått et legitimt forankret ståsted i den overordnede strategien for Helse Midt-Norge RHF, og potensialet i den er videreført for å ivareta de faglige og strukturelle endringer og utfordringer som regionen blir satt ovenfor etter den nye organiseringen. Det er et viktig poeng for det regionale foretaket at fagpersonene nedover i systemet er ansvarlige for den faglige kvaliteten som skal ligge til grunn ved tjenesteproduksjon. Antall fødsler, operasjoner etc. vil i denne sammenheng bli knyttet opp imot det faglige nettverket og de utøvende aktører i større grad enn mot de utøvende institusjoner. Ved å forflytte personell innad i foretakene – eller på tvers av disse – ”unngår” man problemer knyttet opp imot de faglige standardene og kravene som

settes fra sentralt hold. Dette medfører at man unngår nedleggelse eller avvikling av tjenestetilbudet på bakgrunn av de førende signaler, og kan opprettholde en faglig anerkjent kvalitet på de tjenestene som tilbys.

En forutsetning for å få til denne formen for samarbeid er i følge informanter i Helse Midt-Norge RHF at man har et direktørfora som fungerer etter hensikten. Det er derfor lagt ned et betydelig arbeid i å rekruttere aktører innad i dette foraet som kan samarbeide og få det til å fungere slik det er tilsiktet. Utvelgelsen av ledere har dermed også skjedd på bakgrunn av kriterier hvor man ønsker å få aktører som innehar visse egenskaper for å tilstrebe at dette foraet vil være hensiktsmessig og resultatskapende. Disse egenskapene har – i tillegg til medisinsk- og faglige aspekter – vært erfarne ledere med sosiale og pedagogiske evner.

Som følge av denne selektive utvelgelsen har Helse Midt-Norge RHF skapt et direktørfora som stimulerer til kreativitet og tillit, og som bidrar til at samarbeidet innad i regionen stimuleres og videreutvikles. Det er et fora hvor man skal kunne gi uttrykk for meningsutvikling, læring av hverandre, diskusjoner etc., og det skal inneha en relativ uformell karakter. For aktører innenfor Helse Midt-Norge RHF gis dette foraet stor betydning for at de tiltak som iverksettes blir gjennomført og uten konflikter eller ”svarteperspill” i media. Foraet blir i så måte fremhevet som en stor styrke innad i regionen.

Behov for endring av styringslinjen ovenfor helseforetakene?

Som nevnt tidligere har Helse Midt-Norge RHF valgt en styringsstruktur som innebærer en stor grad av autonomi for de underliggende foretak. De har også i stor grad basert seg på den historisk forankrede nettverksløsningen hvor direktørforaet har blitt tildelt en betydelig rolle. Dette har medført at det ”operative” leddet i styringskjeden (administrasjonene) innehar et godt samarbeid både horisontalt og vertikalt, mens den ”ansvarsmessige” delen av styringskjeden (styrene) til en viss grad er blitt skjøvet ut på sidelinjen av dette samarbeidet

Som følge av dette ble det på styremøtet 30/-03 diskutert hvilken rolle direktørmøtet skulle ha innenfor den styringsmessige organiseringen av Helse Midt-Norge. Det ble vurdert direktørmøtets praktiske og funksjonelle rolle opp imot den formelle styringslinjen. Noen av synspunktene gikk i retning av at direktørmøtet burde inneha en viktig rolle også styringsmessig, mens andre i større grad ønsket at det utelukkende skulle være av rådgivende og informativ karakter. Herunder indikerer noen informanter at dette direktørforaet er en nødvendig del for å kunne få regionen til å fungere etter hensikten, og at man må anta at visse avveininger og beslutninger alltid vil bli tatt utenfor den formelle strukturen. De så det i så måte ikke som alvorlig i forhold til sine egne roller eller at det ville innskrenke deres mulighet for beslutninger og myndighet.

Sehyfelig så skjer det uformelle beslutninger og mange kritiserer jo det her direktørforaet. Men det er jo en umulighet å kunne styre regionen uten å skulle ha det.

I dette henseendet blir det betraktet som en så stor fordel at direktørmøtet fungerer – og at det trolig ikke vil være mulig å hindre at visse beslutninger blir tatt der – at det ikke er noen utfordringer eller ulemper ved denne formen for beslutningstaking. Det blir understreket at de beslutningene som tas er mer av rådgivende karakter, og går på saksforberedende materiale og informasjon, mer enn de formelle beslutningene.

Andre informanter fremhever på sin side ulike problemer ved denne formen for styring og uformell beslutningsstruktur, men knytter det i større grad opp imot styrene i de underliggende foretakene enn i det regionale. De ser det som generelt uheldig at beslutninger tas utenfor de formelle beslutningsarenaene, men fremhever det som lite problemfylt ovenfor det regionale styret. Ovenfor de lokale styrene derimot antydes det at disse styrene i større grad vil bli skjøvet ut på sidelinjen ved denne formen for organisering, og vil miste mye av sin autonomi grunnet beslutningsmulighet på den operative delen av strukturen. Dette er også et element ved den formelle organiseringen som flere informanter fremhever som uheldig. Ved at de operative delene av styringsstrukturen innehar et så godt samarbeid, og at den ansvarmessige delen av styringsstrukturen ikke har det, så blir styrene i de underliggende foretakene noe mistilpassede og klarer ikke helt å finne sin rolle. Dette bekrefte også av flere informanter.

Så når jeg begynte så lurte jeg litt på hvor styrelederne var hen. De var ikke med liksom. Så jeg kalte alle sammen inn til et møte, og det viste seg at de hadde ikke følt seg ivaretatt. Dem var like opprørte dem – de visste ikke helt hvor de hørte til på en måte.

Som følge av dette forholdet, ble det vedtatt at styrelederne i alle foretak skulle delta på direktørmøtet fire ganger i året og i større grad skulle ivaretas for å beholde en grad av desentralisert autonomi. Dette ble sett på som fruktbart også av den operative delen av virksomhetene, som på sin side gir uttrykk for at direktørforaet ikke skulle være et formelt beslutnings- eller styringsorgan.

Her må det være en varsom grensegang ovenfor de lokale styrene. Og det har jeg måtte svare for ovenfor det regionale styret. Altså, de har veldig tydelig fremhevet at direktørmøtene er et uformelt fora av rådgivende karakter. Og det er klart at hvis det skulle vært gitt beslutningsmyndighet uten å gå igjennom styrene så ville det være en uklar modell... Så direktørmøtet er derfor utelukkende et rådgivende organ og har ingen juridisk rolle innenfor styringsystemet i Helse Midt-Norge.

Som følge av denne drøftingen ble det presisert fra styret i det regionale foretaket ovenfor administrasjonen at direktørmøtet ikke skulle inneha noen beslutningsmyndighet, og at de underliggende styrer i større grad enn tidligere skulle ivaretas og inkluderes i styringsstrukturen.

Oppsummering empiri Helse Midt-Norge RHF

Som vist ovenfor så har Helse Midt-Norge RHF i stor grad videreført det nettverkssamarbeidet som var kjennetegnet for det arbeidet som var gjort innenfor det regionale helse- og sosialutvalget. Videre har de i stor grad forsøkt å tilstrebe at eventuelle strukturelle endringer skal startes innad i de enkelte foretak før man begynner å iverksette arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av foretakene. De har arbeidet mye med ledelsesutvikling og oppfølging av disse. Som følge av denne satsingen har Helse Midt-Norge RHF unngått problemer knyttet opp imot befolkningens motstand mot avvikling av tjenestetilbudet, og de har klart å etablere et godt merkenavn rundt foretaket.

Vel så interessant er det å se på hvordan Helse-Midt Norge RHF ”unngår” kravene fra sentralt hold om faglige standarder ved å utnytte nettverkssamarbeidet. Der hvor de fleste andre regioner arbeider aktivt med å nedlegge tjenestetilbud, lar det Helse Midt-Norge RHF dette være og arbeider med andre prioriterte tiltak. Dette uten å bryte de føringer som ligger, og ved å samtidig nå de innsparinger som de økonomiske rammene tilsier. Som en informant sier:

Min opplevelse gjennom mange år i forhold til overordnede nivåer er at man blir ikke straffet for det hvis du klarer økonomibiten. Klarer du oppgavene dine og økonomibiten så vil ting kunne komme på tapetet om og om igjen, men du får være i fred. Du blir ikke egentlig straffet for det.

I tillegg har Helse Midt-Norge RHF gitt et klart uttrykk for at de ønsker at de underliggende virksomheter skal få delta i de beslutninger som foretas og skal gis tilstrekkelig med autonomi. Dette både med den begrunnelse at involvering skaper resultater og endringsvilje, og at dette er en rett tilnæringsmåte ut fra reformens intensjoner.

Helse Midt-Norge RHF har som følge av disse faktorene gitt direktørforæret en relativt stor rolle i styringskjeden, noe som forsøkt vist ovenfor både gir styringsmessige muligheter og utfordringer.

6 Linjene trekkes

I dette kapittelet vil jeg knytte de empiriske fokusområdene innenfor Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF opp imot de teoretiske perspektivene som studien legger til grunn. Jeg vil fokusere på hvilke forskjeller som gjøres gjeldende innenfor de to valgte casene, for så å søke forklaringskraft for disse forskjellene i de tre skisserte teoretiske perspektiver.

Kapittelet er strukturert med utgangspunkt i at de teoretiske perspektivene er førende for hvordan eierstyring er uttøvd. Det innebærer at i kapittelet omtales hver case separat med forankring i de teoretiske perspektivene. Videre vil jeg etter hvert case forsøke å knytte perspektivene opp mot hverandre for å synliggjøre hvordan man kan teoretisk forankre de funn som anses som fremtredende innenfor hvert case. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg knytte de to casene opp mot hverandre for å kontrastere forskjeller og likheter dem imellom.

Som vist i kapittel 2 så vil jeg bruke de ulike teoretiske perspektiver *utfyllende* for å belyse empirien. Det vil derfor ikke i denne studien gjøres noen konklusjoner om hvilke perspektiver som generelt anses å ha størst forklaringskraft, men heller tilstrebe å vise hvordan perspektivene i samspill kan belyse den empiriske virkelighet.

Før kapittelet begynner på den konkrete analysen, gis en kort oppsummering av hvilke empiriske funn som er gjort innenfor de to valgte casene.

Empirisk sammenligning av de to regionale helseforetak

Det regionale helsesamarbeidet i Helseregion Vest-Norge var frem til 1994 av uformell karakter, men ble mer formalisert i perioden etter grunnet føringer fra Helse- og sosialdepartementet. Regionen arbeidet i perioden fra 1994 aktivt med utarbeidelse av regionale helseplaner, hvor noe av hovedpunktene i disse planene er videreført til det regionale helseforetaket. Planene tok i all hovedsak utgangspunkt i en arbeids- og funksjonsfordeling innenfor de fylkeskommunale grenser, men med et samarbeid fylkene imellom på høyspesialiserte medisinske funksjoner, noe som medførte en sentralisering rundt sentralsykehusene innenfor hvert fylke. Samarbeidet innad i Helseregion Vest-Norge bar preg av at fylkeskommunene i liten grad ønsket å gi fra seg noen av sine medisinske funksjoner til de andre i regionene, noe som førte til relativt få iverksettelse av konkrete tiltak innenfor satsingsområdet. Unntaket her er utviklingen av HOS-samarbeidet, som medførte at Helseregion Vest-Norge fikk fire likeverdige

sykehusområder noe som var utgangspunktet for den videre foretaksorganiseringen.

Også innenfor Helseregion Midt-Norge var det en uformell samarbeidsform frem mot 1994. Fra den tid og fremover arbeidet det regionale helse- og sosialutvalget aktivt med de regionale helseplanene. Regionen hadde i sin helhet som en målsetning å fremme samarbeid innad i regionen, også på tvers av de fylkeskommunale grensene, og at man skulle tilstrebe legitimitet i de avgjørelser og vedtak som ble iverksatt. Denne satsingen ble omtalt som nettverkssamarbeid eller ”konsensussamarbeid”, og hovedfokuset her var å komme frem til løsninger for hvordan man på en best mulig måte kunne fremme kvalitet i tjenesten internt i regionen uten nedleggelse eller forringelse av lokale tilbud.

Som vist i kapittel 4 og 5 har de regionale helseforetakene hatt forskjellige fokusområder og satsingsområder siden oppstart av foretaksorganiseringen. Helse Vest-Norge RHF har i perioden som studien undersøker arbeidet aktivt med utredninger og rapporter tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling. Med bakgrunn i uttalelser fra informantene og med fordypning av utredninger, rapporter og styringsdokumenter, er det et fremtredende syn at ønsket om arbeids- og funksjonsfordeling står sterkt. Forestillingen om at et visst volum må til for å opprettholde kvalitet, og overbevisningen om at mange avdelinger og institusjoner gir en ”falsk trygghet” i behandlingstilbudet, er de gjeldende argumenter for dette satsingsområdet. Dette har videre medført en sterk satsing på utvikling av DMS, forsterkede fødestuer og andre desentraliserte tilbud.

Helse Midt-Norge RHF har på sin side lagt større vekt på arbeid innad i de underliggende foretakene, og har ikke i den grad fokusert på arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av disse. Det arbeidet som er gjort tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av foretakene er i all hovedsak tilknyttet utviklingen av den pre-hospitale tjenesten og de administrative støttefunksjonene. Kjerneområdene er lite berørt, og kvalitetsforankringen i dette ligger i forflytning av personell fremfor nedleggelse av tjenestetilbud. Derimot har arbeidet tilknyttet ledelsesaspektet ved reformen stått sterkt, og regionen har lagt ned et betydelig arbeid i lederutvelgelse og utvikling av disse. Dette legitimeres ved at å utvikle ledere og ved å gjøre organisasjonen styrbar vil man kunne fremme effektivitet og faglig kvalitet uten forringelse av tjenestetilbud.

Som vist ovenfor har Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF hatt et noe ulikt utgangspunkt for iverksettelse av sine virksomheter. Empirien viser også at ulike hensyn, oppfatninger og føringer har medført ulike valg av satsingsområder og prioriterte oppgaver. For denne studien har hovedfokuset vært på hvordan eierstyringen utøves innenfor de to regionene, og som vist innledningsvis ønskes dette empirisk forankret i 1) valg av foretaksstruktur, 2) formell styringslinje, 3) arbeids- og funksjonsfordeling, 4) syn på styring og 5) samarbeid innad i regionene. Jeg vil derfor i det resterende av kapittelet fokusere

på hvordan denne eierstyringen kan forklares sett i lys av de valgte teoretiske perspektiver. Kapittelet vil først gjøre rede for styring innenfor Helse Vest-Norge RHF, så Helse Midt-Norge RHF før det avslutningsvis i kapittelet forsøkes å trekke de to casene sammen.

Helse Vest-Norge sin eierstyringsmodell

Helse Vest-Norge RHF valgte tidlig å etablere en styringslinje som tok utgangspunkt i de styringsverktøyene som var skissert fra sentralt hold. Med utgangspunkt i styrerepresentasjonen ovenfor de underliggende foretak var det noe uenighet innad i styret om hvor mange representanter man skulle benytte seg av. Argumentet for flere enn én gikk i retning av mulighet for sterkere styring og realisering av nødvendige endringsprosesser innledningsvis i reformens oppstartfase. Dette gikk imot argumentasjonen om mulighet for lokal autonomi og selvbestemmelse, og med sistnevnte som utgangspunkt valgte styret i det regionale helseforetaket å ha én representant i de underliggende styrene. Denne styringsstrategien ble derfor førende for styringslinjen i regionen.

Helse Vest-Norge RHF valgte senere å endre sin styringsstruktur noe. Den nye endringen innebar en sterkere vektlegging av styringsdokumenter og en mindre vektlegging av bestilling. I tillegg ble administrerende direktør for det regionale helseforetaket flyttet til en direkte linje mellom styret i det regionale helseforetaket og styrene i de underliggende foretak. Argumentasjonen for denne endringen var i stor grad basert på en styringsstruktur tilpasset føringer fra sentralt hold, og et behov for sterkere påvirkning ovenfor de underliggende virksomheter.

Styring sett i lys av et instrumentelt perspektiv

Som vist i kapittel 2 vektlegger det instrumentelle perspektivet at de lokale helseforetakene gjennomfører de krav og føringer som er vedtatt på regionalt hold. Dette synet gjøres gjeldende med utgangspunkt i en *mål-middel rasjonalitet* hvor de underliggende helseforetakene blir ansett som instrumenter for det regionale helseforetaket for måloppnåelse (Perrow 1986, March og Olsen 1995, Roness 1997). Som vist i pkt 2.2.1 vil forventninger til empiriske funn innenfor dette perspektivet være at den etablerte foretaksstruktur og de regionale styringsverktøyene vil være tilpasset organisasjonens offisielle mål. Man kan forvente at Helse Vest-Norge RHF vil legge betydelig vekt på formelle styringsverktøy for å sikre måloppnåelse. Ved manglende måloppnåelse kan man videre forvente at Helse Vest-Norge RHF vil endre sin styringslinje og tilpasse styringsverktøyene for å fremme mål-middel rasjonaliteten.

Helse Vest-Norge RHF valgte relativt tidlig å etablere en styringslinje som tok utgangspunkt i de føringer som kom fra sentralt hold. Med utgangspunkt i de formelle styringsverktøyene, ble det vedtatt at bestilling skulle vektlegges for å

fremme lokal autonomi og mulighet for oppnåelse av effektivitetskrav. De styringsdokumentene som det regionale helseforetaket mottok fra Helsedepartementet, ble benyttet som utgangspunkt for styringsdokumenter ovenfor de underliggende virksomhetene. De formelle målene ble splittet opp i delmål for å sikre høy grad av måloppnåelse. Videre ble det vedtatt at administrerende direktør i Helse Vest-Norge RHF skulle sitte som representant for RHF i de underliggende foretakene.

Den styringsmodellen som ble vedtatt ble i utgangspunktet ansett som tilstrekkelig for å oppnå ønskede resultater. Med utgangspunkt i de formelle krav som var skissert i reformen, og med utgangspunkt i en balansering mellom regional kontroll og lokal autonomi, ble den valgte modellen ansett som en hensiktsmessig måte å styre virksomheten på.

Som vist tidligere så har Helse Vest-Norge RHF hatt en betydelig satsing knyttet opp imot arbeids- og funksjonsfordeling innad i regionen, og de har arbeidet aktivt for å få gjennomført strukturelle endringer. Helse Vest-Norge RHF har i denne sammenheng iverksatt en rekke utredninger og vedtak for å gjennomføre endringsprosesser, men på grunn av sterk motstand hos ulike involverte aktører har disse endringsprosessene resultert i få konkrete tiltak. Denne motstanden har på mange måter medført en opposisjon innad i organisasjonen og i omgivelsene tilknyttet denne, noe som også vanskeliggjør eventuelle organisatoriske endringer.

I tillegg til den motstanden som Helse Vest-Norge RHF møtte nedover i organisasjonen og i dennes omgivelser, ble eierstyringen fra sentralt hold tilstrammet. Foretaksmøtene med Helseminister og eieravdeling, Helseministerens innblanding i enkeltsaker og omfanget av styringsdokumentene for 2003 bekrefter dette. Sentralt i føringen fra overordnet nivå står blant annet satsingen på arbeids- og funksjonsfordeling og utviklingen av desentraliserte tjenester, noe som ytterligere forsterket Helse Vest-Norge RHF sitt behov for strukturelle og organisatoriske endringer for å nå de nye kravene.

Som følge av manglende måloppnåelse i organisasjonen knyttet opp imot arbeids- og funksjonsfordeling, er det flere forhold som peker i retning av at Helse Vest-Norge RHF ønsket å tilpasse sin eierstyring. Flere informanter understreker viktigheten av å utøve sterkere styring ovenfor de underliggende foretakene for å få gjennomført de krav og mål som kommer fra sentralt og regionalt hold. Ved å utøve en betydelig grad av eierstyring i oppstartsperioden av reformen ville man kunne gjennomføre de strukturelle endringer som anses som nødvendig for høy grad av måloppnåelse. Når de ønskelige endringer er oppnådd, kunne man slippe opp den regionale eierstyringen og i større grad vektlegge lokal autonomi.

Andre forhold som peker i retning av at Helse Vest-Norge RHF ønsket å tilpasse sin eierstyring vises i det regionale helseforetakets behandling av SWOT analysen (kap 4). Her påpekes det blant annet regionens utfordringer knyttet til

begrepet *institusjonell treghet* og vanskeligheter med samarbeid internt i regionen. Det vektlegges at regionen i sin helhet innehar et stort potensiale for effektivitetsøkning, men at begrensninger i dette ligger i foretakenes evne til å samarbeide internt og seg imellom.

Som følge av de ovennevnte forhold kan man anta at Helse Vest-Norge RHF i betydelig grad ønsket å gjennomføre de strukturelle endringer som ble ansett som nødvendig. Flere informanter påpeker også dette forholdet, og selv om en instrumentell eierstyring ville kunne medføre motstand i regionen, ble ikke dette ansett som en hindring for å endre styringsstrategi. Informantene påpeker at denne formen for motstand må man forvente og akseptere i forbindelse med slike endringsprosesser.

Som vist i kapittel 2 så vil strukturelle og organisatoriske endringer innenfor det instrumentelle perspektivet være et redskap for ledelsens formelle måloppnåelse. Endringer vil derfor iverksettes hvis de formelle målene endres avstanden mellom formelle mål og faktiske resultater avviker (Egeberg 1984, Roness 1997). Med utgangspunkt i dette kan man dermed anta at Helse Vest-Norge RHF sine styringsmessige endringer ble begrunnet i dette forholdet. Når målene fra sentralt hold ble skjerpet, og resultatene fra de underliggende virksomhetene uteble, vil man kunne anta at sterkere vektlegging av styringsdokumenter (mål-middel rasjonalitet) og mindre vekt på bestilling (mulighet for lokalt autonomi) var bevisste styringsverktøy for å tilstrebe større måloppnåelse. Også direktørens strukturelle plassering vil kunne sies å ha betydning for dette forholdet, om ikke nødvendigvis av praktisk karakter så trolig av symbolsk. Med utgangspunkt i det instrumentelle perspektivet vil man dermed kunne anta at ledelsen innenfor Helse Vest-Norge RHF ønsket å bruke organisasjonsstruktur og mål- og resultats styring som aktive styringsverktøy for å fremme måloppnåelse.

Med utgangspunkt i ovennevnte drøfting vil man kunne anta at det instrumentelle perspektivet har betydelig forklaringskraft på hvordan Helse Vest-Norge RHF tolket signaler fra sentralt hold og hvordan de ønsket at organisasjonen nedover skulle forholde seg til disse signalene. Man kan videre anta at grunnet manglende måloppnåelse og lite konkrete resultater av den valgte styringsmodellen, medførte dette en styringsmessig endring for å i større grad kunne påvirke de resultater som var forventet skulle skje nedover i virksomhetene.

Styring sett i lys av et institusjonelt perspektiv

Styring sett i lys av det institusjonelle perspektivet tar utgangspunkt i de løse uformelle koblingene som gjøres fremtredende innenfor organisasjonen. Aktører innenfor disse koblingene vil kunne være profesjoner og interessegrupper, og det vil kunne oppstå beslutningsarenaer som ikke er formelle eller som finnes på organisasjonskartet. Dette vil dermed kunne medføre en målforskyvning innad i

organisasjonen i den forstand at målene utvikles innenfor de uformelle beslutningsarenaene og dermed ikke samsvarer med de formelle målene satt av ledelsen. Som følge av dette forholdet vil man kunne få en forskjell mellom formell- og faktisk adferdsstruktur i organisasjonen (Egeberg 1984, March 1994). Et annet aspekt som er fremtredende innenfor det institusjonelle perspektivet er hvordan de historiske og kulturelle føringer legger premisser for senere handlingsalternativ. Identiteter og verdier utviklet i forbindelse med tidligere handlinger vil skape muligheter og begrensninger for senere handlingsalternativer (Krasner 1988, March og Olsen 1989, Brunsson og Olsen 1993).

Innenfor det institusjonelle perspektivet vil man som vist i pkt 2.3.1 forvente at den identiteten, kulturen og de historiske tradisjonene som ligger forankret i Helseregion Vest-Norge vil være styrende for de handlingsalternativene som iverksettes i det regionale foretaket. Dette vil kunne fremme eller begrense muligheten for gjennomføring av endringsprosesser. Man vil videre kunne forvente å finne at de uformelle og løse koblinger som finnes i organisasjonen vil forsøke å hindre raske og uventede endringer hvis disse ikke er forenelige med organisasjonens identitet, kultur og/eller uformelle mål. Dette vil kunne medføre institusjonell treghet og frastøting av vedtatte tiltak, og av den grunn gjøre endringsprosessen vanskelig (Røvik 1998).

Helse Vest-Norge RHF la tidlig vekt på at endringsprosesser skulle tilstrebes forankret innad i organisasjonen, og har iverksatt en rekke tiltak for å fremme dette. Det ble tidlig utformet en informasjonsstrategi som tok utgangspunkt i en *ekstern* og en *intern* dimensjon, hvor sistnevnte hadde fokus på de ansatte og forholdene innad i foretakene. Ved å tilstrebe en stor grad av informasjon til de involverte aktører innad i organisasjonen, ønsket Helse Vest-Norge RHF å få legitimitet og oppslutning rundt strukturelle og organisatoriske endringer.

Den vedtatte foretaksstrukturen og styringslinjen som Helse Vest Norge RHF tok utgangspunkt i var også forankret innad i organisasjonen med utgangspunkt i dens ressurser, muligheter og historiske tradisjoner. Den valgte foretaksstrukturen kom som en direkte følge av det arbeidet som var utført i det regionale helseutvalget hvor fire likeverdige sykehusområder var etablert. Styringslinjen tok på sin side utgangspunkt i mulighetene for disse sykehusområdene (foretakene) til å være autonome. Ved å vektlegge bestillingsaspektet rundt eierstyringen, skulle det tilstrebes at de underliggende foretakene kunne styre sin drift ut fra sine forutsetninger, ønsker og prioriteringer. Helse Vest-Norge RHF iverksatte også en rekke tiltak i forbindelse med utredninger av organisatorisk karakter, som tok utgangspunkt i organisasjonens utfordringer og muligheter. Arbeidsgrupper som ble nedsatt var tverrfaglige og hadde aktører på tvers av horisontale og vertikale linjer i organisasjonen. Dette for å tilstrebe legitimitet i de avgjørelser og vedtak som ble truffet innad i arbeidsgruppene. Mandatet for disse gruppene ble i betydelig grad utformet av det regionale foretaket.

Sett i lys av det institusjonelle perspektivet vil som nevnt den historiske arven og de kulturelle betingelsene som ligger forankret i organisasjonen være førende for mulige endringsprosesser (Krasner 1988, March og Olsen 1989). Sykehusreformen har relativt kort historie, men som vist i kapittel 3 så har helseregionene lang historie, tradisjon og betydelig arv å bygge på. Innenfor Helseregion Vest-Norge så hadde arbeidet tilknyttet det regionale helseutvalget båret preg av liten vilje innenfor fylkene til å gi slipp på medisinske funksjoner. Dette gjorde at arbeids- og funksjonsfordelingen innad i helseregionen ikke medførte særlige konkrete resultater. Med dette som utgangspunkt kan man anta at mye av motstanden til arbeidet rundt funksjonsfordeling innenfor den nye foretaksorganiseringen kom som følge av motstanden mot dette i forkant av sykehusreformen. I Helse Vest-Norge så har Hordaland alltid vært ”storebror”, Rogaland ”lillebror” og Sogn og Fjordane stått litt på utsiden. Slik ser bildet ut også etter foretaksorganiseringen, hvor Helse Bergen HF er det definitivt største foretaket i regionen. Dette vil kunne medføre posisjonering fra de andre foretakene ovenfor Helse Bergen HF, noe også utspill i media fra de andre lokale foretakene indikerer (Firda 17/11-2002).

Utover dette ser man også tendenser til tilsvarende forløp innenfor foretakene. Satsingen på utvikling av forsterket fødestue i Lærdal og distriktsmedisinsk senter i Florø har skapt motstand hos flere involverte parter, blant annet kommuner, brukere, fagpersonell og politikere. Engasjementet har således også gått helt opp på Stortingsnivå. Dette har gjort det vanskelig å få gjennomført tiltak på foretaksnivå, og organisasjonen har i stor grad gått imot de endringer som er skissert fra ledelsen. Ovennevnte *institusjonelle tregbet* og *frastøting* er noe som generelt gjøres gjeldende innenfor Helse Vest-Norge, noe som kommer godt til uttrykk i SWOT analysen for regionen hvor det blant annet fremheves samarbeidsproblemer innad i regionen og begrenset evne og vilje til strukturelle endringer.

Som vist i drøftingen ovenfor kan man anta at på tross av Helse Vest-Norge RHF sin bevissthet rundt institusjonelle forhold og deres relativt sterke satsing på at styringen skulle forankres i disse, ble de strukturelle endringene som var forøkt iverksatt vanskelige å gjennomføre nettopp på grunn av disse forholdene. Dette spesielt sett ut fra det historiske aspektet innenfor det institusjonelle perspektivet, hvor endringer anses som vanskelige å gjennomføre dersom de strider mot organisasjonens nedarvede kultur og tradisjon (Røvik 1998).

Styring sett i lys av et deltakende perspektiv

I henhold til det deltakende perspektivet er det viktig å finne samhandlingsforaer hvor involverte aktører har anledning til deltakelse og meningsytring. Dette innenfor en ramme av trygghet og med en felles forståelse av organisasjonens utfordringer og muligheter. Målet innenfor dette perspektivet blir dermed selve

samhandlingen, og ikke hvilke tiltak eller resultater som denne fører frem til (Eriksen 1993, 1999). Dette vil dermed skape en legitimitet i de avgjørelser som vedtas. Innenfor dette perspektivet står den kommunikative rasjonaliteten sentralt, som vektlegger behovet for aktører med forståelse for hverandres synspunkter, respekt for hverandre og uten barrierer som vil forringe dialogen (ibid).

Som vist i pkt 2.4.1 vil man i Helse Vest-Norge RHF forvente å finne en bevisst satsing fra ledelsen i det regionale helseforetaket på å utforme møteplasser hvor denne form for samhandling er realiserbar. Man vil videre forvente at avgjørelsene er legitimt forankret i organisasjonen, og at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom de formelle målene og de tiltakene som iverksettes.

Helse Vest Norge RHF har arbeidet aktivt for å utvikle møteplasser hvor meningsutveksling, informasjonsflyt, samarbeid og læring står sentralt. Utgangspunktet for denne satsingen har vært å fremme samarbeidet mellom virksomhetene i regionen, og satsingsområdet har vært å utvikle direktørforaet og andre administrative foraer. På tross av denne relativt bevisste satsingen viser uttalelser fra ulike aktører at det er tidkrevende å få disse til å virke etter den tilskuede hensikten⁴⁰. Det påpekes fra informanter at foraet i begynnelsen ikke klarte å skape den legitimiteten og/eller fremme det samarbeidet som var ønskelig, men det antydes allikevel at utviklingen er i rett retning, og at foraet tillegges større vekt i organisasjonen etter som denne utviklingen finner sted.

Som vist ovenfor står den *kommunikative rasjonaliteten* sentralt innenfor det deltakende perspektivet. Denne vektlegger særlig betydningen av at ledere innehar en rekke felles egenskaper som gjør at de kan kommunisere fritt uten språklige, autoritære eller kommunikative barrierer (Eriksen 1999). Det er ingen funn i denne studien som tyder på at dette forholdet er fraværende innenfor Helse Vest-Norge, men det er heller ingen av informantene som har påpekt *viktigheten* av å fremme dette i disse foraene. Det virker heller ikke som om det er gjort bevisste valg i utvelgelsen av aktører innenfor disse foraene for å tilstrebe denne form for rasjonalitet. Herunder kan det være ulike forklaringer på dette forholdet. En kan være at styrene i de underliggende helseforetakene er ansvarlige for å ansette sine administrative ledere, og med bakgrunn i dette vil utvelgelsen av disse skje uten særlige føringer fra Helse Vest-Norge RHF eller samarbeid virksomhetene imellom. En annen forklaring kan være at siden både styreleder og administrerende direktør i det regionale foretaket startet i sine posisjoner senere enn utvelgelsen av de underliggende styrene, har de ikke hatt den påvirkning på dette forhold som de ville ha hatt dersom de befant seg i sine posisjoner fra oppstart av foretakene. En tredje forklaring kan være at satsingen på et forum hvor kommunikativ rasjonalitet ønskes fremmet ikke har vært en bevisst handling, men mer en serie av tilfeldigheter.

Som vist ovenfor har Helse Vest-Norge RHF satset bevisst på å skape møteplasser innenfor sin organisasjon som skal forenkle og etterstrebe bedre

styringsmuligheter for det regionale foretaket. Selv om denne satsingen har vært betydelig, kan det antydes at ulike omstendigheter har hatt påvirkning på dette forholdet og vanskeliggjort denne formen for samhandling. Det kan virke som om Helse Vest-Norge RHF i liten grad har forsøkt å etterstrebe den kommunikative rasjonaliteten som er fremtredende innenfor det deltakende perspektivet, og av den grunn ikke klart å skape møteplasser hvor samhandling og involvering tilstrebes.

De teoretiske perspektivene sammenholdt

Som beskrevet tidligere så er det en vesentlig målsetning for denne oppgaven å benytte de teoretiske perspektivene med utgangspunkt i en *utfyllende* strategi for på den måten å oppnå størst mulig grad av forklaringskraft. Således viser også utredningen ovenfor at de ulike perspektivene kan alle tenkes å ha en viss grad av forklaringskraft, selv om noen trolig har større betydning enn andre.

Det *instrumentelle* perspektivet virker tilsynelatende å ha en viss forklaringskraft innenfor styringslogikken i Helse Vest-Norge RHF. Med utgangspunkt i at det regionale foretaket har et fokus på å oppfylle de målsetningene som er satt fra sentralt hold tilknyttet arbeids- og funksjonsfordelingsprosessene – og at de selv anser dette arbeidet som et viktig satsingsområde – har Helse Vest-Norge RHF relativt raskt iverksatt et betydelig arbeid for å nå dette målet. Mye av dette arbeidet bærer preg av en instrumentell rasjonalitet, men de har også – sett i lys av det *institusjonelle* og det *deltakende perspektivet* – forsøkt å forankre dette innad i organisasjonen. Ved å delegerer oppgavene nedover til de underliggende virksomhetene, og ved å benytte ulike administrative foraer som meningsfylte diskusjonsarenaer, har Helse Vest-Norge RHF tilstrebet å få endringsprosessene forankret nedover i organisasjonen og dens kultur og identitet. Herunder har Helse Vest-Norge RHF også i stor grad involvert brukerorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner og andre aktuelle aktører med i utredningsfasene.

På tross av denne betydelige satsingen i å etterstrebe deltakelse og institusjonell forankring i endringsprosesser, indikere mye at samarbeidsforaene på tvers av foretaksgrensene ikke har fungert optimalt etter hensikten. Sett i lys av det *deltakende perspektivet* der man fremhever idèen om at aktørene etterstreber kommunikativ rasjonalitet, ser man antydninger til at foraene har båret preg av et strategisk handlingsmønster og et behov for å verne om aktørenes (les foretakenes) egne interesser. Dette kan forklares ut fra det *institusjonelle perspektivet*, hvor de historiske tradisjonene innad i organisasjonen legger begrensninger for fremtidige handlingsmønstre, og av den grunn begrenser vilje og evne til samhandling. Behovet for autonomi og selvstendighet vil derfor kunne anses som en faktor som i betydelig grad vil hindre samarbeid, noe som også arbeidet tilknyttet utviklingen av desentraliserte tjenester i regionen til en viss grad bærer preg av.

På tross av at Helse Vest-Norge RHF har satset betydelig på arbeidet tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling innad i regionen, er ikke de forventede resultater oppnådd. Mye utredninger og arbeid er iverksatt, men organisasjonen og dens omgivelser har i vesentlig grad forsøkt å hindre denne formen for strukturell endring. Dette forholdet vil kunne forklares ut fra det *institusjonelle perspektivet* med vekt på *sti-avhengighet* (Krasner 1988, March og Olsen 1989). Som følge av den historiske arven organisasjonen bærer med seg, og den motstanden mot samhandling som denne innebærer, vil man som nevnt ovenfor kunne anta at organisasjonen ikke ønsker samarbeid på tvers av eller innenfor foretakets grenser. Man kan også anta at grunnet Helse Vest-Norge RHF sitt behov for å gjennomføre raske endringer innad i regionen, så bidrar dette til en konflikt mellom organisasjonens formelle og uformelle mål. Dette vil kunne medføre en *institusjonell tregbet* og en tendens til *frastøting* av de vedtatte endringsprosesser (Røvik 1998). Med utgangspunkt i dette perspektivet kan man derfor anta at siden Helse Vest-Norge RHF ønsket å gjennomføre strukturelle endringer som gikk imot organisasjonens kultur, identitet og historiske arv, så medførte dette en motstand innad i organisasjonene som begrenset Helse Vest-Norge RHF sin mulighet for å gjennomføre endringene.

Det som kan medvirke som en forklaring på vanskeligheter ved gjennomføring av strukturelle endringer er den tilsynelatende mangelen på legitimitet i avgjørelsene nedover i organisasjonen. Med utgangspunkt i det *institusjonelle perspektivet* som fremhever de historiske samarbeidstradisjoner, men også med utgangspunkt i det *deltakende perspektivet*, kan man anta at de foraene og koblingene som skal fremme legitimitet innad i Helse Vest-Norge har vært mangelfulle. Med vekt på at direktørforaet ikke virket optimalt etter hensikten, vil dette kunne være forklarende for problemer tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av foretaksgrenser, og av den grunn skapt motstand mot dette arbeidet.

Som en følge av at de formelle resultater uteble valgte Helse Vest-Norge RHF å endre/tilpasse deler av sin eierstyringsmodell. Dette kan forklares ut fra et *instrumentelt* perspektiv, hvor tilpasning av styringsstruktur og mål-middel rasjonalitet er virkemidler for ledelsen til å nå overordnede målsetninger. Som nevnt tidligere blir disse endringene legitimert av informanter med argumenter forankret i praktiske årsaker og sentrale føringer, men med utgangspunkt i deres konkrete målsetninger tilknyttet forventede resultater og endringsprosesser, kan man anta at styringstilpasningen også kommer som følge av et behov for en sterkere instrumentell eierstyring.

Sentralt i Helse Vest-Norge RHF er behovet for å oppfylle kravene fra sentralt hold innenfor en relativ kort tidsramme. Informantene fremhever at kvaliteten ved visse deler av tjenestetilbudet er nødt til å heves om man skal klare å oppfylle de kravene til kvalitet som blir stilt i nasjonale standarder. Dette vil for Helse Vest-

Norge sin del innebefatte et større volum i pasientbehandling innenfor visse deler av regionen, og for å oppnå dette kreves visse strukturelle endringer. Helse Vest-Norge RHF sin legitimering av de strukturelle endringene ligger forankret i dette resonnetet, og med utgangspunkt i det *instrumentelle perspektivet* iverksettes derfor strukturelle endringer og sterkere eierstyring for å oppfylle disse kravene.

Som forsøkt vist ovenfor har de ulike teoretiske perspektivene noe ulik forklaringskraft innenfor Helse Vest-Norge RHF. Behovet for en *instrumentell styring* synes å ha vært fremtredende, da mangelen på lokalt samarbeid med påfølgende motstand har hindret de endringer som var iverksatt. Det kan også tyde på at grunnet behovet for endringer innenfor et kort tidsaspekt, hadde ikke det regionale foretaket anledning til å avvente de underliggende foretakenes bearbeiding og legitimering av prosesser som det *institusjonelle* og *deltakende perspektivet* vektlegger. Som følge av disse forholdene kan man antyde at Helse Vest-Norge RHF har lagt seg på en styringsmodell som grenser opp imot den *hierarkiske modellen* (pkt 1.3) hvor instrumentell styring er vektlagt for å gjennomføre de målsetninger som det regionale foretaket innehar.

Helse Midt-Norge RHF sin eierstyringsmodell

Helse Midt-Norge RHF valgte relativt tidlig å legge seg på en styringslinje som tok utgangspunkt i de formelle styringsredskapene som var skissert fra sentralt hold med vekt på bestilling og lokal autonomi. Det ble videre vedtatt at det regionale foretaket skulle ha én representant i styrene i de underliggende virksomhetene. Dette skulle i utgangspunktet være administrerende direktør for RHF, men av praktiske årsaker ble denne rollen fordelt innad i administrasjonen. Videre vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF at styring skulle ta utgangspunkt i det nettverkssamarbeidet som var innarbeidet i det regionale helse- og sosialutvalget, med vekt på involvering og deltakelse blant de underliggende foretakene.

Et sentralt moment i Helse Midt-Norge RHF sin styringsfilosofi har vært å gjøre de underliggende enhetene styrbare. I dette ligger utvikling av mål- og resultatsstyring på foretaksnivå, og med vekt på utvikling av ledelse. Ved å ansvarliggjøre og muliggjøre ledelse på underliggende nivåer vil man ut fra Helse Midt-Norge RHF sin styringsfilosofi kunne bidra til å styre virksomheten i ønsket retning.

Helse Midt-Norge RHF har i liten grad endret sin styringslinje ovenfor de underliggende foretakene. Selv om styringslinjen fra sentralt hold er blitt betydelig innstrammet, så har det regionale foretaket i vesentlig grad opprettholdt sin vedtatte styringslinje med vekt på lokal autonomi og deltakelse fra involverte aktører. De har i tillegg begrenset sine styringsdokumenter ovenfor de lokale foretakene i detalj og omfang, og har videreført vektleggingen av bestillingsaspektet ved eierstyringen.

Det som fremstår som sentralt innenfor styringslinjen i Helse Midt-Norge RHF er betydningen av direktørforaet hvor administrerende direktører for foretakene på lokalt og regionalt nivå er sentrale aktører. Dette foraet har fått en betydelig legitimitet og forankring innenfor regionen og det har i så måte vært diskutert hvor stor rolle foraet bør ha innenfor organisasjonen.

Styring sett i lys av et instrumentelt perspektiv

Som tidligere beskrevet så tar det instrumentelle perspektivet utgangspunkt i at organisasjonen er et instrument for ledelsen i søken etter måloppnåelse (Rones 1997). Det forutsettes derfor i dette perspektivet at de underliggende virksomhetene i Helse Midt-Norge RHF gjennomfører de krav og målsetninger som er videreført fra sentralt hold eller satt av det regionale foretaket. Som vist i pkt 2.3.1 vil man kunne forvente å finne at Helse Midt-Norge RHF tar utgangspunkt i de føringer som kommer fra sentralt hold og viderefører disse nedover i organisasjonen. Videre vil man forvente at de underliggende foretakene gjennomfører de krav som kommer fra regionalt hold, og at dette dermed vil gi en sammenheng mellom det som er formell – og faktisk adferdsstruktur.

Helse Midt-Norge RHF iverksatte relativt raskt sin styringsstruktur med utgangspunkt i de formelle styringsverktøy som var satt fra sentralt hold. Det ble tatt utgangspunkt i styrerepresentasjon, bestilling, styringsdokumenter og foretaksmøter. Styringsdokumentene fra sentralt hold ble splittet opp og videreført til de underliggende virksomheter. Det ble videre vedtatt at én representant fra det regionale foretaket skulle sitte som styremedlem i de underliggende foretakene for å sikre eierstyring.

Helse Midt-Norge sin foretaksstruktur tok utgangspunkt i de geografiske inndelinger innad i regionen. Dette viste seg noe problematisk tilknyttet strukturen i Møre- og Romsdal, hvor aktører innenfor fylket ønsket ett foretak. Styret i Helse Midt-Norge RHF valgte imidlertid å etablere to helseforetak i fylket. Dette gjorde at foretaksstrukturen i Helse Midt-Norge ble bygget opp av en ”par⁴¹” sykehusstruktur som skulle bidra til likhet innenfor regionen.

I lys av det instrumentelle perspektivet har Helse Midt-Norge RHF hatt et sterkt fokus på å gjøre de underliggende enhetene ”styrbare”. Med begrepet styrbarhet vektlegger det regionale foretaket betydningen av fordeling av ansvar og autonomi hos ledelsen i de underliggende enheter hvor dette skal bidra til at organisasjonen kan styres i gitte retninger. Det fremheves betydningen av at disse lederne må gis rom til å lede i form av ansvar og mandat. Ved å utvikle ledere som har mulighet for å lede enhetene vil muligheten for en instrumentell styring av disse enhetene oppnås. Arbeidet med ledelsesutvelgelse, ledelsesutvikling og implementering av ledelse har derfor stått sentralt innenfor deres satsingsområde.

For Helse Midt-Norge RHF sitt vedkommende har det også vært sett på som viktig å få avklart rollefordelingen mellom styrene og administrasjonene ved de

ulike foretak. Dette gjeldende for både den horisontale og vertikale linjen. Med utgangspunkt i dette ble det utarbeidet en instruks for de formelle beslutningsorganene innad i regionen som er ment å være et styringsverktøy for å hindre rollekonflikter. Det er i denne sammenheng også utarbeidet et notat for rollefordeling og ansvarsforhold innenfor Helse Midt-Norge som vektlegger betydningen av en instrumentell tilnærming til den styringsstrukturen som var valgt.

Som vist ovenfor så har det regionale helseforetaket sin styringslinje, sett i lys av det instrumentelle perspektivet, tatt utgangspunkt i de formelle sentrale føringer. Helse Midt-Norge RHF har herunder ikke endret sin styringslinje vesentlig, men holdt på den først vedtatte linjen. Derimot så har de i stor grad fremhevet betydningen av ledelse, og arbeidet aktivt for å få implementert dette innad i organisasjonen.

Styring sett i lys av et institusjonelt perspektiv

Som vist i kapittel 2 så tar *det institusjonelle perspektivet* utgangspunkt i de løse og uformelle koblingene innad i organisasjonen. Dette vil kunne medføre at andre typer av beslutningsarenaer oppstår, og man vil herunder kunne finne en avstand mellom formell – og faktisk adferdsstruktur innad i organisasjonen (Selznick 1957, Egeberg 1984). Videre vil det innenfor dette perspektivet kunne være historiske, kulturelle og tradisjonelle føringer som legger muligheter og/eller begrensninger for organisasjonens videre handlingsalternativer (Krasner 1988, March og Olsen 1989). Innenfor Helse Midt-Norge RHF vil man som vist i pkt 2.3.1 kunne forvente at organisasjonens tidligere adferd vil legge føringer for hvordan den lar seg styre fremover. Herunder har trolig nettverkssamarbeidet en vesentlig rolle for samhandlings muligheter, og man vil kunne forvente å finne at foretakene samhandler på tvers av foretaksgrenser. Man vil også kunne forvente at det etableres beslutningsarenaer av uformell karakter nedover i organisasjonen som kan true den formelle styringsstrukturen.

Helse Midt-Norge RHF vedtok tidlig å videreføre det samarbeidet som var initiert og etablert innenfor det regionale helse- og sosialutvalget. Det ble fremhevet betydningen av å videreutvikle dette nettverkssamarbeidet innenfor den ”par” strukturen som foretaksorganiseringen bygget på, og det ble understreket at man skulle tilstrebe arbeids- og funksjonsfordeling innenfor hvert av disse foretakene fremfor på tvers av dem. Det ble videre vedtatt at man skulle satse på en videreutvikling av IT og telemedisin, og av den grunn etterstrebe å opprettholde de medisinske funksjonene i regionen uten å legge ned lokale tilbud.

Dette forholdet er også fremtredende innenfor et av de store regionale satsingsområdene innenfor Helse Midt-Norge RHF som omhandler *styring og rapportering*. Her vektlegges betydningen av at det regionale foretaket skal komplimentere de formelle styringsverktøyene ved å aktivt ta i bruk

nettverksorganisering og direktørmøtet. Dette for å skape et tettere bånd mellom moderselskapet og de underliggende foretak, samt at det vil fremme deltakelsesperspektivet og lette kommunikasjonssveiene. I tillegg skal det tilstrebes å samordne den medisinske ekspertisen innad i regionen for på denne måten å utnytte ressursene maksimalt samt å bidra til å skape et helhetsperspektiv.

Et sentralt punkt i disse tiltakene er betydningen av direktørforaet. Dette foraet skal medvirke til at den formelle styringen skjer ut fra foretakenes forutsetninger og med forankring i deres kultur, identitet og historie. Direktørforaet blir således et viktig styringsverktøy ut fra en ”passende logikk” (March og Olsen 1995) hvor styringen tar utgangspunkt i de muligheter de underliggende virksomheter har for endring, og med en målsetning om legitimitet i vedtakene. Helse Midt-Norge RHF etablerte dette foraet på et tidlig stadium, og ut fra informantenes uttalelser fungerer dette foraet på en tilfredsstillende måte.

For Helse Midt-Norge RHF fremstår det som viktig å la organisasjonen få tid til å etablere seg før strukturelle endringer iverksettes fra regionalt nivå. Dette forholdet blir fremhevet av flere informanter, og det ble ansett som viktig å ta hensyn til de underliggende foretakenes autonomi og å la dem selv komme frem til de organisatoriske endringer som er nødvendige. Ved å la foretakene få ro rundt seg og ved å la dem selv komme frem til kvalitative og gode løsninger innad i det enkelte foretak, vil man kunne få etablert og verdiforankret organisasjonen og dermed skape legitimerede beslutninger.

Innenfor Helse Midt-Norge RHF er det også fremtredende hvilket syn informantene har på styring og utøvelse av denne. De gir alle uttrykk for betydningen av at de underliggende foretakene skal styre sin virksomhet ut fra egne verdier og prioriteringer. Styringen tar utgangspunkt i en ”neden i fra og opp” holdning hvor virksomhetene iverksetter endringer innenfor de rammene som gis fra det regionale foretaket. Det er en viktig observasjon å se at styringsdokumentene fra Helse Midt-Norge RHF ovenfor de underliggende foretakene blir mindre i omfang og detaljgrad, på tross av at de fra sentralt hold øker ovenfor det regionale foretaket.

Som nevnt tidligere så har utvikling av ledelse vært et viktig styringsverktøy for Helse Midt-Norge RHF. Ut fra et institusjonelt syn vil denne ledelsesutvikling bidra til at styring skjer ut fra organisasjonens muligheter og autonomi. Ved at de enkelte ledere iverksetter tiltak som er verdimesig forankret i deler av deres organisasjon, vil endringsprosessene legitimeres på en slik måte at de lettere lar seg gjennomføre.

Som vist ovenfor så har Helse Midt-Norge RHF forsøkt å utvikle sin styringslinje med utgangspunkt i institusjonelle forankringer. De historiske føringene har trolig hatt betydning for videreutvikling av nettverkssamarbeidet og bidratt til å gi direktørforaet den muligheten den har fått for å medvirke til styring av organisasjonen.

Styring sett i lys av et deltakende perspektiv

Som vist i kapittel 2 så er et sentralt element innenfor det deltakende perspektivet å skape foraer og beslutningsarenaer hvor miljøet blir ansett som trygt og fremmede for kommunikativ handling. Det er av stor betydning å selektere deltakende aktører som har et ønske, en vilje og en mulighet for samhandling (Eriksen 1999). Som vist i pkt 2.4.1 kan man i Helse Midt-Norge forvente å finne at det regionale helseforetaket har arbeidet aktivt med å skape og utvikle dette foraet for å fremme deltakelse og kommunikativ handling. Man vil forvente at aktørene er valgt ut på bakgrunn av visse kriterier som fremmer denne kommunikative rasjonaliteten. Videre kan man anta at de tiltakene som blir iverksatt innenfor dette foraet vil avvike noe fra de formelle målene som er satt av ledelsen. Dette med begrunnelse i at innenfor det deltakende perspektivet så er målet i større grad å komme til enighet, enn å sette kriterier for hva man skal komme til enighet om (Ibid).

Som vist ovenfor så har helseregion Midt-Norge en tradisjon og en kultur for samarbeid innad i regionen. Dette særlig eksemplifisert ved det nettverksarbeidet som var lagt til grunn innenfor det regionale helse- og sosialutvalget. Helse Midt-Norge RHF valgte med dette som utgangspunkt å videreføre satsingen av nettverkssamarbeidet for å fremme deltakelse fra de ulike involverte aktører i de ulike beslutnings- og utredningsprosesser.

Allerede ved opprettelsen av foretaksstruktur vektla Helse Midt-Norge RHF betydningen av deltakelse hos de underliggende virksomheter. Utvelgelsen av foretaksstruktur fant sted ved at styreleder reiste rundt i regionen og drøftet ulike alternativer med de involverte aktører. Dette for å sikre deltakelse og for å fremme legitimitet i den valgte foretaksstruktur. Med dette som utgangspunkt kom Helse Midt-Norge RHF frem til en struktur som bar preg av deltakelse og legitimitet hos de underliggende virksomheter. Informantene fremhever herunder fordelene de har ved den valgte ”par” strukturen, både med utgangspunkt i effektivitetspotensialet og med utgangspunkt i styringsmuligheter.

Som vist i kapittel 2 et det innenfor det deltakende perspektivet av stor betydning av at aktørene som deltar i de ulike foraer innehar visse forutsetninger for samhandling. Dette særlig for å fremme den *kommunikative rasjonaliteten* (Eriksen 1993, 1999, Byrkjeflot 1997). Dette har tilsynelatende vært et sentralt satsingsområde innenfor Helse Midt-Norge RHF, og det er eksemplifisert ved det arbeidet som er lagt ned i ledelsesutvikling og ledelsesutvelgelse. Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF har brukt tid og resurser på å utvikle og selektere sine ledere på bakgrunn av kriterier som sosiale, faglige og pedagogiske evner. Dette med en bevisst filosofi om at de skal kunne fungere innenfor sine områder og fordi de som sentrale aktører skal kunne samhandle med underordnede og seg imellom.

I Helse Midt-Norge RHF har det som vist ovenfor vært en betydelig satsing på å gjøre enhetene styrbare ved å fokusere på ledelsesaspektet. I tillegg har det vært viktig å videreføre nettverkstradisjonen ved å etablere samarbeidsforaer på tvers av foretaksgrenser. Herunder er det viktig å understreke direktørforaets betydning for Helse Midt-Norge RHF. Dette foraet er forsøkt etablert og utviklet på en måte som skal fremme samarbeid og samhold. Ved en bevisst utvelgelse av deltakende aktører, og ved å tilstrebe et godt og tillitsfullt miljø innad i foraet, er det i Helse Midt-Norge RHF sin målsetning at dette foraet skal ha stor betydning for de styringsmessige utfordringene innad i organisasjonen.

Innenfor det deltakende perspektivet vil det kunne oppstå en avstand mellom de målene som formelt er satt og de tiltakene som iverksettes. Dette ut fra en tanke om at behovet for legitimitet i avgjørelser og målet om å komme til enighet fremstår som sterkere enn behovet for å enes om de formelle målene (Eriksen 1993). Sett i lys av dette perspektivet kan man derfor anta at årsaken til at Helse Midt-Norge RHF ikke følger opp de sentrale føringer med arbeids- og funksjonsfordeling vil kunne la seg forklare ut fra dette forholdet. Med begrunnelse i at direktørforaet ønsker å tilstrebe enighet, og at dette ønskes forankret i organisasjonens verdigrunnlag, kan man anta at enighet oppstår rundt mål som ikke er formelle. Man kan dermed antyde at direktørforaet ikke ønsker nedleggelse av lokale tjenestetilbud selv om dette går imot sentrale føringer. Avstanden mellom regionens formelle mål og direktørforaets tiltak vil dermed avvike, og resultatet vil gå til fordel for direktørforaet.

Direktørforaet representerer som vist i kapittel 5 den operative delen av styringskjeden. På den administrative delen av organisasjonen hvor styrene befinner seg, ser man ikke samme grad av samarbeid og deltakelse. Dette bekreftes også av informanter innenfor styret i det regionale foretaket, noe flere av dem opplever som tidvis mangelfullt og lite tilfredsstillende ved den formelle organiseringen. Det er derfor iverksatt visse tiltak for å bedre dette samarbeidet, og styreledere i foretakene på tvers av horisontale og vertikale linjer møtes nå hyppigere enn de gjorde ved oppstart av reformen.

Som vist ovenfor så har Helse Midt-Norge RHF lagt ned et betydelig arbeid i å fremme det deltakende aspektet ved foretaksorganiseringen. Utvelgelse av aktører og utvikling av direktørforaet står sentralt innenfor dette perspektivet, og Helse Midt-Norge RHF har i stor grad lyktes i å utvikle dette til en meningsbærende og samarbeidende møteplass. Dette har trolig resultert i kompromisser med hensyn til formelle mål slik at disse er tilsidesatt for ønsket om legitimitet i avgjørelser. Således har Helse Midt-Norge RHF møtt lite motstand hos interessegrupper, politikere og media og har klart å etablere et godt merkenavn rundt sin virksomhet.

De teoretiske perspektivene sammenholdt

Som vist ovenfor så har de ulike teoretiske perspektivene noe forskjellig forklaringskraft på de prosessene som studien fokuserer på innenfor Helse Midt-Norge RHF. Det vil derfor i denne delen av kapittelet forsøkes å knytte disse perspektivene sammen for å utdype deres forklaringskraft ovenfor studiens fokusområde.

Helse Midt-Norge RHF iverksatte relativt tidlig sin styringsstruktur med utgangspunkt i de forutsetninger som ligger i reformen. Sett i lys av et *instrumentelt perspektiv* ble de sentrale overordnede føringer videreført, og Helse Midt-Norge RHF iverksatte sin styringslinje på bakgrunn av styringsdokumenter, bestilling, styrerepresentasjon og foretaksmøter. Videre valgte Helse Midt-Norge RHF å avklare rollefordelinger og strukturelle styringsmessige utfordringer for å hindre sammenblanding av roller og oppgaver. Det ble vektlagt en instrumentell styringslinje som skulle fremme styringsmuligheter ovenfor de underliggende foretak.

Helse Midt-Norge sin betydelige satsing på ledelse vil også kunne forklares ut fra et *instrumentelt perspektiv*. Ved å fokusere på klarere grenseoppganger mellom de ulike avdelinger/institusjoner innenfor hvert foretak, og med vekt på ledere med totalansvar og mandat for iverksettelse av strukturelle og organisatoriske tiltak, vil arbeidsdelingen og samordningen disse imellom lettere la seg gjennomføre og styre. På den annen side så bærer ledelsesaspektet klare paralleller med det *deltakende* og det *institusjonelle perspektivet*. Begge disse perspektivene fremhever betydning av styring nedenifra, men mens det institusjonelle perspektivet i stor grad ønsker å fremme den *normative* forankringen i organisasjonen, vektlegger det *deltakende* perspektivet behovet for foraer hvor deltakelse og *kommunikativ rasjonalitet* blir fremmet. Begge disse faktorene må sies å være tilstede innenfor Helse Midt-Norge, noe som også gir sitt uttrykk i hvordan involvering og deltakelse av foretakene foregår.

Med utgangspunkt i det *deltakende* og det *institusjonelle perspektivet* vil man kunne forvente en faktisk avstand mellom de formelt satte målene og de tiltakene som iverksettes. Dette gjøres også til en viss grad gjeldende innenfor Helse Midt-Norge RHF. På tross av relativt sterke sentrale føringer tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling har Helse Midt-Norge RHF ikke iverksatt nevneverdige tiltak som berører kjernevirksomhet i regionen. Dette kan forklares ut fra det *deltakende* og det *institusjonelle perspektivet* hvor organisasjonen (direktørforaet) ikke ønsker å etterkomme sentrale eller regionale forventninger og krav. Resultatet blir i så måte at organisasjonen enes om å avvende disse strukturelle endringene som vil berøre kjernevirksomhet og delvis unngår problemstillingen ved å fremme samarbeid internt i foretakene og ”forflytting” av personell innad i disse. De tiltakene som gjennomføres innenfor regionen vil derfor kunne avvike fra sentrale føringer, men vil være legitimt forankret hos de involverte aktører/foretak. Ovennevnte forhold

kan også knyttes opp imot det *institusjonelle perspektivet* med vekt på *historisk arv* og *sti-avhengighet* hvor Helse Midt-Norge innehar en tradisjon for samarbeid og ”unngåelse” av arbeids- og funksjonsfordeling.

Det er videre interessant å registrere Helse Midt-Norge RHF sitt syn på de kravene som kommer fra sentralt hold. Som vist i kapittel 4 og 5 så har eierstyringen fra sentralt hold blitt betydelig innstrammet, noe som blant annet gjøres gjeldende i utviklingen av styringsdokumentene, involvering av sentrale myndigheter i enkeltsaker etc. Sett i lys av et *instrumentelt perspektiv* ville Helse Midt-Norge RHF ha videreført disse kravene og forventningene, og/eller tilpasset sin styringsstruktur for å nå de overordnede målene. Helse Midt-Norge RHF har på sin side ikke gjort endringer i sin styringsstruktur for å nå disse målene, men til en viss grad gått motsatt vei og redusert omfanget av sine styringsdokumenter og den ”formelle” styringen. Dette legitimeres av informanter ved behovet for å la de underliggende foretakene få ro og mulighet til å etablere seg innad i sine geografiske og organisatoriske omgivelser, og vil med utgangspunkt i et *institusjonelt perspektiv* på styring kunne forklares ut fra de identiteter og kulturer som finnes innenfor organisasjonen. Med utgangspunkt i en ”passende logikk” velger altså Helse Midt-Norge RHF å la de underliggende virksomhetene få mulighet til å styre ut fra hva som anses som best innad i regionen, selv om dette måtte stride med sentrale føringer.

Et aspekt som også er fremtredende i Helse Midt-Norge RHF er informantenes syn på hvordan styring bør uttøves ovenfor de underliggende virksomheter. Informantene som studien støtter seg på indikerer at styring bør tilstrebes ut fra deltakelse og involvering og ikke ut fra en instrumentell styring. Dette kan belyses ut fra det *deltakende perspektivet* med vekt på kommunikasjon og involvering hos de underliggende virksomheter, hvorav det er viktig å fremme tilhørighet og samhold for å komme frem til felles løsninger til felles beste.

Som vist ovenfor så har Helse Midt-Norge RHF i betydelig grad iverksatt styring ut fra en *nettverksmodell* (pkt 1.3). De har tilstrebet at endringer skal komme nedentfra i organisasjonen og at disse skal være godt verdi og legitimt forankret hos de involverte foretak. Det som herunder anses som fremtredende er Helse Midt-Norge RHF sin tolkning og reaksjon på de sentrale føringer tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling. Regionen har iverksatt få konkrete tiltak eller planer som vil forringe tjenestetilbudet lokalt, noe som kan tolkes til å være i strid med overordnede målsetninger.

Teoretisk forklaringskraft de regionale helseforetakene imellom

Som vist i dette kapittelet har Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF hatt noe ulikt fokus etter implementeringen av sykehusreformen og oppstart av

foretaksvirksomheten. De har også en noe ulik historisk forankring som trolig har forklaringskraft for muligheter og begrensninger i deres fremtidige styringsmuligheter. I denne siste delen av kapitlet vil jeg forsøke å koble de to regionale foretakene opp mot hverandre for å tydeliggjøre forskjeller og likheter disse imellom, og å utdype hvilke faktorer som kan forklare disse forskjellene.

Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en relativt lik oppstartsperiode. Perioden bar preg av arbeid tilknyttet iverksettelse av administrasjonen, finne egnede lokaler og å starte driften av virksomhetene. Innenfor begge foretakene bar arbeidet preg av at få aktører vedtok og utarbeidet forberedelse til virksomhetsstart. I Helse Vest-Norge RHF var det daværende styreleder og konstituert administrerende direktør som var pådriver, mens det i Helse Midt-Norge RHF var tidligere styreleder (nåværende administrerende direktør) som utførte tilsvarende arbeid.

I Helse Vest-Norge ble foretaksstrukturen valgt ut fra den inndelingen som lå til grunn fra det regionale helsesamarbeidet. Innenfor Helse Midt-Norge bar utvelgelsen av foretaksstruktur mer preg av at styreleder reiste rundt og forhørte seg med de underliggende virksomhetene om hvorledes de kunne tenke seg en struktur for således å fatte vedtak på bakgrunn av dette. Sett i lys av *det institusjonelle perspektivet* vil man kunne finne forklaringskraft for Helse Vest-Norge RHF i det historiske samarbeidet som ligger til grunn i regionen med vekt på historisk arv og sti-avhengighet. I Helse Midt-Norge RHF vil man i større grad finne forklaring innenfor *det deltakende* og *det institusjonelle perspektivet* med vekt på organisasjonens involvering i kommende foretaksstruktur.

Også i utarbeidelsen av den formelle styringslinjen finner man mange likheter de to regionale foretakene imellom. Begge valgte i stor grad å videreføre de formelle krav som kom fra sentralt hold med vekt på de formelle styringsverktøyene. De valgte også en relativ lik grad av styrerepresentasjon ovenfor de underliggende virksomhetene, noe som gjør at styringsstrukturen for de to valgte case i utgangspunktet fremstår som relativt like. Utvelgelsen av styringsstruktur vil kunne forklares ut fra en *instrumentell tilnærming* hvor de sentrale styringsbudskaper og sykehusreformen i sin helhet bygger på et ønske om autonomi hos de underliggende foretak. Som følge av dette kan man anta at styringslinjene i stor grad var styrt av de sentrale føringer. Det som allikevel skiller seg noe ut er Helse Midt-Norge RHF sin bevisste videreføring av nettverksamarbeidet som tidligere var utviklet innad regionen. Dette forholdet blir spesifikt tatt opp tidlig i oppstartsperioden i det regionale foretaket, og videreføring av denne formen for styring er gjentakende i flere av dokumentene og utredninger tilknyttet styringsmessige forhold for regionen. Fokuset på samarbeid internt i regionen er også tilstede innenfor Helse Vest-Norge RHF, men det virker ikke å være så fremtredende som det er innenfor Helse Midt-Norge RHF. Selv om Helse Vest-Norge RHF tidlig iverksatte en informasjonsstrategi som et

styringsredskap, finner man ikke i denne regionen det samme fokuset på samhandling og nettverkløsninger som man gjør innenfor Helse Midt-Norge. Dette forholdet kan forklares ut fra et *institusjonelt perspektiv* med vekt på stivhengighet, hvor tidligere historiske tradisjoner legger føringer for nåværende handlingsalternativer. Som følge av at nettverksmodellen har stått så sentralt innenfor det regionale helse- og sosialutvalget i Helseregion Midt-Norge, vil man kunne anta at dette har lagt føringer for videre samarbeid innad i regionen også etter foretaksorganiseringen. Samarbeid innenfor Helseregion Vest-Norge har også vært tilstede, men ikke så fremtredende. Dette kan på sin side antyde at historiske tradisjoner også er førende innenfor Helse Vest-Norge RHF, men her med det utgangspunkt at foretaket ikke klarte å etablere et godt samarbeid når de historiske forutsetningene ikke var tilstedeværende.

Ut fra det *institusjonelle perspektivet* og den historiske arven skulle man forvente en forskjell i deltakelse av brukerorganisasjoner og interessegrupper hos de regionale foretakene (pkt 3.1.4). Helseregion Midt-Norge hadde en utpreget kultur for dette, mens det i Helseregion Vest-Norge var noe mer fraværende. Dette forholdet har ikke vært videreført, og begge de regionale foretakene innehar en god dialog med ovennevnte grupper.

Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF har hatt noe forskjellig fokus og satsingsområder i den perioden som studien legger til grunn. Begge regionene har hatt et sentralt fokus på utvikling av generelle strategier og planer tilknyttet oppstart av virksomheten. I tillegg har begge foretakene iverksatt samordning av administrative støttefunksjoner innad i foretakene og delvis på tvers av disse, men mens Helse Midt-Norge RHF har hatt et bevisst fokus på arbeids- og funksjonsfordeling innad i hvert foretak og latt foretakene få autonomi til å avgjøre hvorledes dette skal utføres, har Helse Vest-Norge RHF i større grad hatt et fokus på samordning på tvers av foretakene. Helse Midt-Norge RHF har også unngått å berøre kjernevirksomhet, noe Helse Vest-Norge RHF i betydelig grad har forsøkt å samordne og arbeids- og funksjonsfordele.

Et sentralt fokus for denne studien har vært å få et innblikk i hvorfor det er en differanse mellom de to regionale foretakene på ovennevnte område og hvilke forklaringer som gjøres gjeldende. Helse Vest-Norge RHF argumenterer for nødvendigheten av å gjennomføre disse strukturelle endringene på bakgrunn av de kvalitetskrav som stilles fra sentralt hold. De fremhever betydningen av å ha et stort volum innenfor hver spesialistfunksjon for å kunne opprettholde behandlingskvaliteten og tilbudet. De anser det også som betydningsfullt å gjennomføre disse endringene innenfor en relativt rask tidsramme, både som følge av at kvalitetshevingen er nødvendig, men også som følge av de spesifikke kravene som spesifiseres i styringsdokumentene fra sentralt hold. Sett i lys av et *instrumentelt perspektiv* blir det derfor viktig for Helse Vest-Norge RHF å tilpasse sine styringsverktøy for å sørge for formell måloppnåelse og man vil dermed finne

forklaring på hvorfor styringsstrukturen til Helse Vest-Norge RHF endres etter som kravene fra sentralt hold tilspisses. Med utgangspunkt i det *institusjonelle perspektivet* og med vekt på *frastøtingstesen* og *institusjonell tregbet* vil man finne forklaring i hvorfor ønskede resultater ikke oppnås. Man vil kunne anta at organisasjonen ikke vil implementere og uten videre godta de endringer som kommer fra regionalt hold, særlig hvis de strider med organisasjonens grunnleggende verdier, kulturer og dens historiske forankring. Med utgangspunkt i *historisk arv* vil man kunne se at de historiske stridighetene som tidvis har vært tilstede innad i regionen, også gjøres gjeldende på nåværende tidspunkt under den nye foretaksorganiseringen.

Helse Midt-Norge RHF har på sin side bevisst ikke berørt kjernevirksomhet, og de har sentralt i sine strategiplaner vedtatt at arbeids- og funksjonsfordeling skal skje innad i hvert enkelt foretak og ikke på tvers av disse. Helse Midt-Norge RHF begrunner dette med betydningen av at virksomhetene skal få ro til å etablere seg og ”unngår” med dette til en viss grad å forholde seg til sentrale målsetninger og kvalitetskrav. De anser det allikevel som nødvendig på sikt å gjøre strukturelle endringer også på tvers av foretaksgrensene, men i motsetning til Helse Vest-Norge RHF ønsker de ikke at disse endringene skal skje før organisasjonen har fått etablert seg.⁴² Dette forholdet kan forklares både ut fra et *institusjonelt perspektiv* og ut fra et *deltakende perspektiv*. Med utgangspunkt i det *institusjonelle perspektivet* kan man anta at Helse Midt-Norge RHF ønsker at endringer skal skje innenfor den rammen som kulturelle, historiske og tradisjonelle forhold tilsier. Det kan dermed antas at Helse Midt-Norge RHF ønsker at organisasjonen selv skal få anledning til å iverksette kommende endringer fremfor å instrumentelt påtvinge dem disse endringene. Ut fra et *deltakende perspektiv* kan man videre anta at det i direktørforaet ikke er legitimitet i avgjørelser knyttet opp imot disse strukturelle endringene, slik at målene som skisseres fra sentralt og regionalt hold ikke ønskes fulgt opp i direktørforaet. Avvik mellom formelle mål og faktiske mål vil herunder prioritere de faktiske mål (Perrow 1986, March 1994). Man kan dermed anta at Helse Midt-Norge RHF bevisst velger å ikke følge opp de sentrale føringene, men tilstreber legitimitet i avgjørelser og vedtak for å unngå turbulens og motstand fra organisasjonen.

Et annet forhold som anses som viktig er de ulike aktører i de regionale helseforetakene sine syn på styring. Innenfor Helse Vest-Norge RHF gir informantene uttrykk for behovet av å styre de underliggende virksomhetene i gitte retninger. Dette legitimeres i behovet for å følge opp de sentrale og regionale målsetningene. De påpeker at i den grad man skal få til endring så må man styre foretakene i en retning som gjør at endringsprosesser faktisk iverksettes. Ut fra et *instrumentelt perspektiv* vil man kunne anta at styringen skjer ”ovenifra og ned” og med utgangspunkt i en ”konsekvenslogikk” (March og Olsen 1995). For Helse Vest-Norge RHF anses det derfor som naturlig at styringsstrukturen endres når de

ønskede resultater ikke oppnås, og de legitimerer dette med behovet for en styringsstruktur tilpasset organisasjonens mål og behov. Som følge av dette vil man derfor kunne anta at når Helse Vest-Norge RHF endret sin styringsstruktur med den begrunnelse at styringen ovenifra tilsvarer en annen vektlegging fra det regionale foretaket ovenfor de underliggende virksomhetene, så skjer dette ut fra en *instrumentell* tilnærming til styringsutfordringene.

For Helse Midt-Norge sitt vedkommende så gir informantene uttrykk for at styring bør skje med forankring nedover i organisasjonen. Med utgangspunkt i de tradisjoner og kulturer som ligger innad i organisasjonen, tilstreber Helse Midt-Norge RHF at styring skal skje i form av involvering og deltakelse, og med utgangspunkt i de underliggende foretaks premisser og forutsetninger for styring. Med utgangspunkt i det *institusjonelle perspektivet* vil man finne forklaringskraft i betydningen av å utføre styring på organisasjonens premisser og dens forutsetninger. Dette gir en styringsform hvor vedtak blir godt legitimert og forankret i organisasjonens verdier, men som forsøkt vist ovenfor så vil også formell måloppnåelse kunne forringes. På tross av relativt sterke sentrale føringer unngår Helse Midt-Norge RHF å ta fatt i de strukturelle endringene som nasjonale standarder setter krav til. Dette kan på sin side forklares i lys av det *deltakende-* og det *institusjonelle perspektivet* ved at deltakelse og behov for legitimitet i avgjørelser hindrer en mål-middel rasjonalitet, men fremmer en *passende logikk* (March og Olsen 1995). Resultatet er at Helse Midt-Norge gjør vedtak som anses som passende for organisasjonen i tid og rom, men som delvis strider med de sentrale føringer.

Det siste aspektet som virker fremtredende de to casene imellom er samarbeidet innad i regionene, og dette særlig eksemplifisert ved utviklingen av direktørforaet. Som vist tidligere så har Helse Vest-Norge RHF forsøkt å få dette foraet til å fungere som en møteplass for informasjonsutveksling, læring og samhandling, men som intervjuobjektene indikerer er dette er i sin ”spede begynnelse”. Det kan således virke som at man ønsker å få dette foraet til å virke etter ovennevnte hensikt, men at prosessen går noe tregere enn antatt. I Helse Midt-Norge derimot virker dette foraet veldig godt, og blir beskrevet som et sentralt organ innenfor organisasjonen i sin helhet. Det er påfallende hvor mye vekt Helse Midt-Norge RHF har arbeidet med å få aktører som passer sammen i dette foraet, og hvor mye resurser og bevisste handlinger som ligger bak hvordan dette foraet skal fungere. Som vist tidligere så har administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF arbeidet aktivt med ledelsesutvikling og ledelsesutvelgelse, med vekt på kriterier som skal fremme samarbeid og samhandling. Dette gir også sitt uttrykk i hvordan direktørforaet fungerer, og med utgangspunkt i *det deltakende perspektivet* så er dette trolig en møteplass som er av stor betydning for organisasjonen. Dette forholdet kan også medvirke til å forklare hvorfor Helse Midt-Norge RHF møter lite motstand i sine avgjørelser, men samtidig ikke tar de

store strukturelle grepene når tiltak skal gjennomføres. Med utgangspunkt i behovet for legitimitet og målformulering i det *deltakende perspektivet* kan man herunder anta at enighet tilstrebes og oppnås, men at målene og virkemidlene for å nå disse avviker fra det som er formelt satt fra sentralt hold.

Ovennevnte drøftelse har i stor grad forsøkt å vise hvilke forskjeller og likheter som gjøres gjeldende innenfor de to valgte casene. Ulike prioriteringer, hensyn og føringer har medført at de to helseregionene har valgt forskjellige løsninger og satsingsområder. Kontrastert opp imot de forventningene som er skissert tidligere i studien viser dette både forventede og overraskende funn⁴³. I Helse Vest-Norge tilstrebes endringer som delvis bryter med etablerte tradisjoner. Arbeids- og funksjonsfordeling på tvers av fylkeskommunale grenser har historisk vært vanskelig å gjennomføre grunnet redusert samarbeid i regionen, og når det regionale foretaket forsøker å gjennomføre dette møtes forventet motstand. At det regionale foretaket fortsetter å gjennomføre tiltak som ikke blir legitimt forankret i organisasjonen må derimot kunne sies å anses som noe overraskende. Selv om de gjennomfører de krav og forventninger som skisseres fra sentralt hold, ville man kunne antatt med utgangspunkt i den historiske forankringen at de ønsket å være noe mer ydmyke ovenfor organisasjonen i sin helhet, og dermed avvente de store strukturelle endringer. I Helse Midt-Norge opprettholdes satsingen på nettverksmodellen. Samarbeidet internt i regionen er godt, og forflytning av personell og pasienter virker tilsynelatende bra. Dette må sies å være i tråd med forventningene ut fra historiske tradisjoner hvor konsensussamarbeidet var et betydelig satsingsområde. Det som på den annen side er noe overraskende er den reduserte mangelen på vilje til arbeids- og funksjonsfordeling. Med utgangspunkt i de sterke føringer fra sentralt hold ville man forventet at regionen til en viss grad imøtekom disse kravene og iverksatte tiltak i forhold til disse. Dette er i begrenset grad gjort, og selv om regionen har tradisjon for å ”unngå” kravene til arbeids- og funksjonsfordeling (Opedal og Stigen 2002), kunne man forvente at sentrale føringer ville endre dette forholdet.

Et punkt som ikke er berørt så langt i dette kapittelet er hvorvidt enkeltaktører har hatt påvirkning på de ulike utfall som har funnet sted innenfor regionene. Sett i lys av redegjørelsen i kapittel 2 vil man kunne anta at enkeltaktører kan ha betydning for de styringsmessige forhold som ligger til grunn innenfor de to regionene, og vil således kunne være en komplimenterende forklaring på de ulikheter som gjøres gjeldende.

Analyseapparatet kreative rolleinnehavere

Som vist i redegjørelsen ovenfor har de ulike perspektivene forskjellig forklaringskraft innenfor de to valgte casene. Ved å belyse de empiriske funnene teoretisk ser man antydninger til at Helse Vest-Norge RHF i stor grad har forankret sin styringsstrategi opp i en *hierarkisk modell* med vekt på instrumentell

styring, mens Helse Midt-Norge RHF tilsvarende har tatt utgangspunkt i en *nettverksmodell* med vekt på kultur, historisk arv og deltakelse.

Som vist i kapittel 2 ønsker jeg i denne studien også å kartlegge om enkeltaktører kan ha hatt betydning for de ulike utfall eller retninger Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF har valgt. Ved å knytte sammen aktør og struktur i settinger hvor det gis anledning til å påvirke handlingsrom vil enkeltaktører kunne benytte muligheter for å påvirke ulike utfall. Dette forholdet kan omtales som *creative rolleinnehavere* og henspeler til enkeltaktører som kjenner til organisasjonens institusjonaliserte normer og av den grunn kan fremstå som rasjonaliserte agenter for endringsprosesser og beslutningsadferd (Søreng 2002). Det rommet som gis anledning til å påvirke endringsprosesser omtales videre som *policy window* og angir hvilke muligheter enkeltaktører har for påvirkning (Kingdon 1984).

I denne studien fremgikk det relativt tidlig i datainnsamlingen at enkeltaktører trolig har hatt betydning for organisasjonens handlingsmuligheter og strategivalg. Dette kom særlig frem i intervjuene med informanter i Helse Midt-Norge RHF hvor de i betydelig grad fremhevet sin administrerende direktør som en aktør som hadde stor betydning innenfor helseregionen spesielt og innenfor spesialisthelsetjenesten generelt.

Jeg velger derfor å trekke frem Paul Hellandsvik som en *kreativ rolleinnehaver* som trolig har hatt betydning for den styringslinjen som er fremtredende innenfor Helse Midt-Norge RHF. Som følge av at han har ledet utredninger i forkant av reformen og at han var sentral i utarbeidelsen av reformen, så har trolig hans person hatt påvirkning på hvordan Helse Midt-Norge RHF har utviklet sin styringsstruktur. Han har innehatt rollen som styreleder og administrerende direktør i det regionale foretaket, og han leder det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet innenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg er han utdannet medisiner med forankring innenfor fylkeshelsetjenesten, og han har bakgrunn som forskningsdirektør i Sintef. Som følge av disse forholdene kan man anta at Hellandsvik har hatt et godt kjennskap til regionen og dens historie, aktørene innenfor dette og de medisinske og akademiske miljøer, noe som har gitt han et fortrinn i utviklingen av organisasjonen. Man kan også anta at hans kjennskap til den sentrale forvaltning gir han et fortrinn i tolkning og utvikling av reformens styringsbudskap.

Hellandsvik sin utforming av direktørforaet vil kunne sies å være hans *policy window* hvor han i stor grad gis anledning til å påvirke organisasjonens styringsstruktur og endringsmuligheter. Hans involvering i prosesser i forkant av reformen, og hans autoritet som medisiner og forsker vil kunne påvirket dette foraet til å handle ut fra hans ønsker og muligheter. Således kan dette være en komplimenterende forklaring på hvorfor dette foraet fungerer såpass godt innenfor Helse Midt-Norge RHF. Herunder kan man anta at Hellandsvik har en

instrumentell hensikt bak dette foræet for å benytte det som et aktivt styringsverktøy. Selv om foræet i sin enkelthet vil kunne forankres innenfor et deltakende perspektiv, kan Hellandsvik ha en instrumentell/strategisk tanke bak utviklingen av og selekteringen av aktørene innenfor dette. Ved å etablere dette handlingsrommet som er forankret nedover i organisasjonen vil han lettere kunne påvirke de endringer og handlinger han ønsker uten å vektlegge instrumentell styring med sterke virkemidler. Således vil han kunne oppnå mye av det han ønsker uten å vektlegge styring ut fra en *hierarkisk modell*.

I lys av dette kan man anta at Hellandsvik har fremstått som en kreativ rolleinnhaver og av den grunn vil ha hatt anledning til å styre organisasjonen i retninger som han anser som betydningsfulle og mulige.

Konkretisering av studiens hovedfunn

I arbeidet tilknyttet denne studien har det vist seg at de to valgte casene har hatt en noe ulike utvikling innenfor studiens tidsaspekt. Selv om mye av det regionale arbeidet også fremstår som likt, så har forskjellige satsingsområder, prioritering og valg av fokusområder bidratt til noen utpregede forskjeller. I lys av drøftingen i dette kapittelet var det særlig fem punkter det var ønskelig å fokusere på. Disse var: 1) Valg av foretaksstruktur, 2) formell styringslinje, 3) satsingen på arbeids- og funksjonsfordeling, 4) aktørenes syn på styring og 5) utviklingen av direktørforæet.

De to førstnevnte punkter viser få forskjeller som bidrar til å belyse studiens problemstilling. Både Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF utviklet sin foretaksstruktur tidlig i oppstartsfasen, og prosessene bar preg av raske avgjørelser av relativt få aktører. I Helse Vest-Norge RHF tok man utgangspunkt i føringer lagt fra det regionale helseutvalget, mens man i Helse Midt-Norge RHF reiste rundt for å komme frem til best mulig foretaksstruktur. Også i valg av formell styringslinje er det lite som skiller de to regionale foretakene. Utgangspunktet deres var likt med tanke på vektning av styringsvirkemidlene og med deltakelse i styrene i de underliggende foretakene. Det viser seg allikevel at mens Helse Midt-Norge RHF i all vesentlig grad har beholdt den først vedtatte styringslinjen, så har Helse Vest-Norge RHF endret denne til mer å vektlegge instrumentell styring fremfor lokal autonomi. Som vist tidligere så kan dette i stor grad knyttes opp i mot regionens satsingsområde, og det som vil karakteriseres som studiens første funn; satsingen på arbeids- og funksjonsfordeling.

Arbeidet tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling fremstod tidlig i studien som et viktig skille de to casene imellom. Helse Vest-Norge RHF har lagt ned et betydelig arbeid i å få gjennomført dette, og de har utviklet konkrete strategier og planer for utbygging av distriktsmedisinske sentre og forsterkede fødestuer. Dette arbeidet er foranket både på regionalt- og lokalt nivå. Selv om de store resultatene har latt vente på seg, har Helse Vest-Norge RHF tatt dette arbeidet alvorlig og

iverksatt betydelige resurser for å legge til rette for gjennomføring av dette. Helse Midt-Norge RHF har på sin side ikke hatt noe særlig fokus på arbeids- og funksjonsfordeling og utvikling av desentraliserte tjenester. Det er iverksatt få konkrete tiltak tilknyttet dette arbeidsområdet fra regionalt nivå, og med utgangspunkt i informanternes uttalelser er dette heller ikke et satsingsområde som det ønskes å fokusere på i denne tidsfasen av driften.

Det andre hovedfunnet som fremstår som sentralt denne studien er aktørenes syn på hvordan styring skal og bør utøves. I Helse Vest-Norge RHF har de klare oppfatninger av at man er nødt til å instrumentelt styre de underliggende foretakene for å oppnå raske og nødvendige resultater. De påpeker herunder betydningen av å innledningsvis vektlegge sterk eierstyring for senere å kunne slippe opp og gi foretakene mer autonomi. I Helse Midt-Norge RHF derimot er aktørene på sin side entydig opptatt av det motsatte. De mener at ved å la foretakene få mulighet til å etablere seg uten unødvendig innblanding og styring fra regionalt nivå, vil man oppnå en god organisasjonskultur, noe som vil bidra til legitimitet i avgjørelser og vedtak og dermed gode resultater.

Det siste punktet som fremstår forskjellig de to casene imellom er utviklingen og betydningen av direktørforaet. Helse Midt-Norge RHF har i stor grad arbeidet aktivt for å få dette foraet til å fungere som et særs viktig organ innenfor organisasjonen, og de understreker at de i stor grad har lyktes med dette. I Helse Vest-Norge har derimot direktørforaet ikke fungert etter hensikten, og har dermed ikke bidratt til den informasjonsutveksling, læringsprosessen og samhandlingen som foraet var tiltenkt. Dette har trolig medført at de underliggende virksomhetene i Helse Vest-Norge ikke har samarbeidet og kommunisert så godt seg imellom som man kan anta at tilfellet er i Helse Midt-Norge, noe som trolig har vanskeliggjort gjennomføringen av arbeidet tilknyttet arbeids- og funksjonsfordelingen innad i regionen.

7 Endene møtes

I dette kapitlet vil jeg gjøre en vurdering av studiens hovedfunn for så å si noe om utviklingen i casene opp imot sykehusreformens intensjon. Jeg vil også sette studien inn i en bredere forskningsmessig kontekst og si noe om hvilken fremtidig utvikling man kan forvente innenfor Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF. Videre vil jeg knytte studiens funn opp imot problemstillingen, før jeg gjør en vurdering av studiens teoretiske grunnlag. Avslutningsvis vil jeg gi noen forslag til videre forskning for komplimentering av denne studien.

Haren og skilpadden

Innledningsvis i denne studien ble det lagt til grunn to modeller for hvordan styring kan uttøves. Disse var henholdsvis en *hierarkisk modell* og en *nettverksmodell* (pkt 1.3). Videre i studien er det satt et fokus på hvordan styring kan uttøves innenfor de valgte teoretiske perspektiver for så i empirikapitlene å presentere de regionale helseforetakenes faktiske utøvelse av styring. I analysekapitlet er det trukket vekslers mellom de teoretiske perspektivene og den empiriske virkelighet, og det er konkretisert studiens hovedfunn. Det gjenstår allikevel å si noe om hvordan disse funnene kan vurderes separat og i lys av sykehusreformens intensjoner og verdigrunnlag.

Helse Vest-Norge RHF har på bakgrunn av føringer fra sentral hold, og med forankring i egne problemoppfatninger av tidligere organisering av spesialisthelsetjenesten, valgt å vektlegge arbeidet tilknyttet *arbeids- og funksjonsfordeling*. Den motstanden og mangelen på konkrete resultater det regionale foretaket har møtt i dette arbeidet, har trolig bidratt til at de har vektlagt en *hierarkisk styringsmodell* basert på detaljerte og relativt omfattende styringsdokumenter. Dette forholdet gjenspeiles også i aktørenes *syn på styring* hvor det fremheves behovet for å styre de underliggende virksomheter i ønsket retning. En annen faktor som også ser ut til å ha påvirket dette valget er begrensningene *direktørforaet* har gitt. Mangelen på samarbeid de underliggende foretakene imellom har trolig vanskeliggjort prosessene tilknyttet arbeids- og funksjonsfordeling innad i regionen, noe som har medført at Helse Vest-Norge RHF i større grad enn først antatt har måtte overstyre for å påvirke prosessene. Dette er trolig medvirkende til at styringslinjen fra Helse Vest-Norge RHF ytterligere har blitt forskjøvet i retning av instrumentalitet.

Helse Midt-Norge RHF har på sin side ikke vektlagt arbeidet tilknyttet *arbeids- og funksjonsfordeling*, men i større grad fokusert på ledelsesaspektet ved reformen. Det er satt et fokus på arbeidet innad i helseforetakene og ikke på tvers av disse. Helse Midt-Norge RHF har videre vektlagt at de underliggende foretakene selv skal gis anledning til å bestemme over egen situasjon og prioriterte satsingsområder, og har av den grunn ikke ønsket å detaljstyre disse. Dette gjenspeiles også i aktørenes *syn på styring*, hvor autonomi, en rolig innføringsfase for foretakene og medbestemmelse i vedtak fremheves som viktige styringsmessige kriterier. Et forhold som anses som sentralt for å gjennomføre denne form for styring er det velfungerende *direktørforaet*. Siden dette foraet har fungert ”optimalt”, så har Helse Midt-Norge RHF blitt gitt en anledning til å styre med forankring i en *nettverksmodell* hvor faktorer som samarbeid, deltakelse og legitimitet i avgjørelser har blitt ansett som viktige. Disse faktorene har dermed medført at Helse Midt-Norge RHF ikke har sett behovet for de store strukturelle endringene i organisasjonen, og behovet for instrumentell eierstyring har således ikke vært påtrengende.

Som vist ovenfor så har de to valgte casene hatt noe ulik tilnærming til prioriterte satsingsområder og strukturelle endringer innenfor studiens tidsforløp. Dette har trolig påvirket de styringsvalgene som er gjort, og man kan antyde at Helse Vest-Norge RHF sin styringsmodell grenser mot en *hierarkisk modell* mens Helse Midt-Norge RHF i større grad grenser mot en *nettverksmodell*. Som følge av disse valgene oppnår de to regionene forskjellige resultater og en noe ulik grad av måloppnåelse. Det vil derfor være interessant å se hvorvidt Helse Vest-Norge RHF som en *rask reformator* oppnår raskere og bedre resultater enn Helse Midt-Norge RHF som en *nølede reformator*. Disse to tilnæringsmåtene kan knyttes opp mot Olsen sin studie (Olsen og Peters 1996) hvor dette forholdet illustreres som *haren mot skilpadden*. Her viser han at Norge i et komparativt perspektiv blir karakterisert som en nølede reformator hvor endringer skjer basert på historiske tradisjoner og nedarvede kulturer. Noe forenklet kan man i denne sammenhengen si at Helse Vest-Norge RHF er *haren* som ønsker de store og raske endringer, og av den grunn vektlegger instrumentelle tiltak for å oppnå dette. Herunder kan man si at de i betydelig grad bryter med etablerte tradisjoner og velger nye veier med samarbeid på tvers av fylkesgrenser. Helse Midt-Norge RHF på sin side kan betraktes som *skilpadden* som langsomt ønsker å endre sektoren og gjør dette på bakgrunn av det historisk forankrede nettverket og ved hjelp av deltakelse og involvering fra de underliggende foretak. Spørsmålet blir i så måte om resultatet blir som i eventyret hvor skilpadden kommer først i mål?

Ut fra studiens empiriske fortolkning kan man anta at Helse Vest-Norge RHF gjennomfører de overordnede føringer som vektlegger strukturelle endringer, mens Helse Midt-Norge RHF i vesentlig grad unngår å gjøre det. Sett i lys av dette forholdet er det ikke gitt at en langsom reformator som Helse Midt-Norge RHF

kommer først i mål med den begrunnelse at de ikke i vesentlig grad tilstreber måloppnåelse på dette punktet. På den annen side så har de strukturelle endringene Helse Vest-Norge RHF forsøkt å iverksette i liten grad gitt de resultater man ønsket, og innenfor studiens tidsområde er ingen vellykkede⁴⁴ strukturelle tiltak gjennomført eller iverksatt. Helse Vest-Norge RHF har derimot måtte betale for sin styringsoptimisme og sitt satsingsområde med negative omtaler i media og motstand i befolkningen. Helse Midt-Norge RHF har på sin side ikke i særlig grad opplevd denne motstanden, og har klart å skape en positiv modus rundt sitt merkenavn.

Med utgangspunkt i ovennevnte forhold er det vanskelig å si noe om hvilken av de to valgte styringsmodeller som har gitt det beste resultatet. Helse Vest-Norge RHF har forsøkt å være lydige ovenfor egne prioriteringer og overordnede føringer, og har av den grunn vektlagt arbeidet med strukturelle tiltak. Dette har som tidligere vist ikke gitt entydige positive resultater. Helse Midt-Norge RHF har på sin side ikke gjennomført overordnede krav og føringer tilknyttet dette, og har av samme årsak unngått problemer og motstand knyttet til nedleggelse av tjenestetilbud. Styringsmodellen de har valgt har i større grad tatt hensyn til deltakelse og medbestemmelse fra de underliggende virksomheter, og kan i så måte virke førende for mangel av strukturelle resultater.

Skal jeg trekke noen samlende tråder og konklusjoner må det være i retning av at begge de valgte regionale helseforetakene til en viss grad har likt utgangspunkt etter studiens avslutning. De forskjellige tilnærminger til arbeids- og funksjonsfordeling og strukturelle endringer har i begge tilfeller medført mangel av resultater. Den store forskjellen casene imellom illustreres best ved at mens Helse Vest-Norge RHF i stor grad har måttet betale for sitt engasjement med opposisjon og motstand i befolkningen, så har Helse Midt-Norge RHF fått arbeide i fred uten de store negative innblandinger. På den annen side så har Helse Vest-Norge RHF initiert et arbeid og startet en utvikling som trolig vil være fremtredende i de kommende år innenfor store deler av spesialisthelsetjenesten. I så måte ligger de et hestehode foran?

Studiens funn i lys av sykehusreformen

I sykehusreformen pkt 2.1.2. skisseres dens verdigrunnlag. Det vektlegges målsetningen om 1) likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi, 2) helsetjenesten skal være underlagt politisk styring og statlig kontroll 3) helsevesenet skal være et trygghetsskapende element i samfunnet og 4) et helsevesen basert på forståelse og respekt for enkeltindividet. Med utgangspunkt i disse verdiene kan man antyde at noen av funnene i denne studien gir uttrykk for variert grad av måloppnåelse.

Ved å gi de regionale foretakene autonomi og desentralisert beslutningsmakt ønsker sykehusreformen å fremme effektivitet, likhet og kontroll. Med vekt på

elementer fra NPM gjøres dette ved å desentralisere autonomi, innføre økonomiske styringsincentiver, legge til rette for markedstankegang og sette fokus på ledelse (Christensen og Læg Reid 2001). Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF har med dette som utgangspunkt lagt sine planer og strategier for fremtidig drift ut fra hvilke prioriteringer og satsingsområder de har valgt å vektlegge. Resultatet av den desentraliserte autonomien er som denne studien viser to relativt like regioner med ulike prioriteringsområder og handlingsplaner. Dette kontrasterer mot sykehusreformens behov for likhet og kontroll. Selv om de faktiske resultater av arbeids- og funksjonsfordelingen ikke foreligger, så ser man antydning til at ulikheter for brukerne av helsetjenester i de to regionene vil kunne gjøres gjeldende. For innbyggerne i Helse Vest-Norge ville endringer medført forringelse av et kvantitativt tilbud (men med heving av det kvalitative) mens det for innbyggerne i Helse Midt-Norge ikke ville medført særlige endringer i tjenestetilbudet. Således kontrasteres målsetningen om likhet mot målsetningen om autonomi. I lys av dette kan man anta at behovet for statlig styring og kontroll ville stått sterkt for å utjevne disse forskjellene, men som denne og andre studier antyder (Læg Reid, Opedal og Stigen 2003, Grønlie 2001) kan man anta at denne styringen tidvis må vike for behovet for desentralisert beslutningsmakt.

Makt- og demokratiutredningen viser til generelle utfordringer ved reformering av offentlig sektor innenfor New Public Management tradisjonen (NPM), og i Grønlies artikkel kommer dette til uttrykk i forholdet mellom behovet for *kontroll og likhet* kontrasterert mot *autonomi og desentralisert beslutningsmakt* (Grønlie 2001). Også Læg Reid m.fl viser i sin studie om sykehusreformen at balansen mellom styring og kontroll er tvetydig og ustabil og medfører flere vansker og utfordringer. De stiller videre spørsmål ved om det er mulig innenfor sykehusreformen å oppnå både politisk styring og foretaksautonomi samtidig (Læg Reid, Opedal og Stigen 2003).

Som jeg har vist tidligere så gir sykehusreformen Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF mulighet for forskjellig fortolkning og handling, noe som kan medføre ulikt resultat. Reformen betraktes ofte som et styringsoptimistisk syn fra staten ovenfor ulike deler av forvaltningen (Brunsson og Olsen 1993), og sykehusreformen bør også betraktes ut fra en slik tilnærming (Læg Reid, Opedal, Stigen 2003). Som vist tidligere så fordrer sykehusreformen en intensjon om et likt helsetilbud til alle uavhengig av bosted og økonomi. Med utgangspunkt i dette vil den form for ulikhet som denne studien avdekker kunne tolkes i retning av å gå imot det helsepolitiske målet om likhet for befolkningen. Det er i så måte et utfall som ikke er forventet ut fra reformens intensjon. På den annen side vil ikke en reform som sykehusreformen, som i vesentlig grad vektlegger autonomi hos regionale- og lokale foretak, klare å skape den likhet for befolkningen som helsepolitiske målsetninger tilsier (Læg Reid, Opedal, Stigen 2003). Dette støtter oppunder Grønlies betraktninger om varige spenningsforskjeller som man må

forvente å forholde seg til når reformer ønsker å vektlegge både politisk kontroll og lokal autonomi. Han viser at politikernes behov for kontroll vanskelig lar seg gjennomføre når behovet for lokal autonomi skal være fremtredende. Utfallet blir ofte vage reformer og spenninger styringsnivåer imellom. Dette kommer også delvis til uttrykk i denne studien, hvor de regionale foretakene prioriterer ulike arbeidsoppgaver og strukturelle endringer. På bakgrunn av de helsepolitiske målsetningene må dette sies å være et uventet utfall, men på bakgrunn av reformens vektning av lokal- og regional autonomi, må man kunne anta at det er forventet. Dette er også et element som komplimenteres under annen forskning på feltet.

Studiens funn i en forskningsmessig kontekst

Siden sykehusreformens oppstart er det iverksatt en rekke forskningsprosjekter for å evaluere/fokusere på ulike sider ved den. Sentralt nasjonalt står studier innenfor Helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, ATM-Health ved Rokkansenteret og ”Evalueringprosjektet av statlig eierskap og foretaksmodell” som utføres av Norsk institutt for by- og regionforskning, Rogalandforskning og Nordlandforskning på oppdrag fra Helsedepartementet. Sistnevnte utfører en undersøkelse av organisatoriske utfordringer innenfor spesialisthelsetjenesten med et fokus på ansvarsfordeling mellom nivåer og aktører (Stigen m.fl 2003)⁴⁵, og deres foreløpige utkast viser tendenser som på mange måter er komplimenterende til denne studiens funn.

Som et hovedfunn finner forskningsgruppen at det gjøres til dels store forskjeller regionene imellom når det gjelder styringsrelasjoner. Som en ”hovedregel” fremheves det at i Helse Midt-Norge synes tilliten og klarheten i ansvarsfordelingen å være størst, handlefriheten til de lokale foretakene er størst, detaljstyringen minst, mens forutsigbarheten og ryddigheten fra regionalt helseforetaks side ser ut til å være størst. Helse Vest-Norge plasserer seg relativt midt i populasjonen sammenlignet med de andre regionale foretakene, mens Helse Nord-Norge utgjør det andre ytterpunktet (Stigen m.fl 2003:10).

Ser man på samarbeid og tillitsforhold innenfor regionene vises samme mønster ⁴⁶. Mens 85 % i Helse Midt-Norge refererer til et godt tillitsforhold mellom det regionale- og det lokale foretaket i regionen, er det 45 % i Helse Vest-Norge som antyder tilsvarende. På spørsmål om samarbeid mellom helseforetakene i regionen er bra bekreftes dette av 57 % i Helse Midt-Norge mens prosentandelen i Helse Vest-Norge er 39%. Med utgangspunkt i spørsmål som tar for seg hvorvidt styrene for foretakene i regionen er mest opptatt av å forsvare eget helseforetak viser 41 % i Helse Midt-Norge at de er enige mot 91% i Helse Vest-Norge. For hvorvidt det regionale foretakets styring av helseforetakene er preget av dialog og samarbeid svarer 78 % i Helse Midt-Norge ja, mens tilsvarende for Helse Vest-Norge er 47 %. Denne tendensen vises også i en

undersøkelse gjort av Aftenposten (Aftenposten 7/3-2004) hvor problemstillingen er hvorvidt de regionale helseforetakene har utspilt sin rolle. Her vises det at i Helse Vest-Norge så er over halvparten av sykehusdirektørene i regionen helt eller delvis enig i at det regionale helseforetaket har utspilt sin rolle, mens i Helse Midt-Norge, som kommer best ut i denne undersøkelsen, fremheves det i artikkelen at Hellandsvik har fått til et godt samarbeid innad i regionen og et fåtal sykehusdirektører er enige i påstanden.⁴⁷

Disse tallene komplimenterer og underbygger flere av funnene som denne studien kommer frem til. Forskjell i samarbeid mellom nivåene innad i regionene er fremtredende og vil kunne gi forklaring på hvorfor Helse Vest-Norge RHF i større grad enn Helse Midt-Norge RHF har lagt seg på en hierarkisk styringsmodell. Også opplevelse av detaljstyring fra regionalt nivå oppleves som forskjellig de to regionene imellom, noe også denne studien antyder. Videre underbygger tallmaterialet denne studiens påstand om at involvering og deltakelse er styringsvirkemidler som i større grad gjøres gjeldende innenfor Helse Midt-Norge enn i Helse Vest-Norge.

Selv om ovennevnte komplimenteringer bekrefter forskjeller regionene imellom, kan man trolig forvente at de vil endre seg noe i tiden som kommer. Jeg ønsker derfor på bakgrunn av denne studiens betraktninger og sentrale føringer å si noe om hvilken utvikling man kan forvente innenfor Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Hvilken utvikling kan man forvente innenfor de to valgte case?

Ved å fokusere på regionenes satsingsområder og de kravene som blir stilt dem med tanke på økonomisk balanse i regnskapene innen utgangen av 2005, kan man anta at foretakene i stor grad vil nærme seg hverandre med tanke på valg av styringsmodell. Direktøren for Helse Vest-Norge RHF har uttalt i et oppfølgingsintervju at han ønsker å tone ned den store satsingen rundt arbeids- og funksjonsfordeling, men at foretaket fortsatt vil arbeide med utvikling av desentraliserte tjenester. Helse Vest-Norge ser også en positiv utvikling av direktørforaet, noe som kan innebære en forskyving av styringsstrategi fra en *hierarkisk modell* i retning av en *nettverksmodell*. Direktøren for Helse Midt-Norge RHF har på sin side uttalt i media at dersom de økonomiske kravene fra sentralt hold opprettholdes og forventningene til utvikling av tjenestetilbud ønsket kvalitativt forankret, vil dette måtte gå ut over det totale tjenestetilbudet i regionen (Adresseavisen 15/10-03). Dette kan tolkes i retning av at Helse Midt-Norge RHF i større grad ser for seg en arbeids- og funksjonsfordeling enn det som har vært skissert under denne studiens empiriinnsamling, noe som trolig vil måtte frembringe en større vektlegging av styring sett i lys av en *hierarkisk modell* ovenfor de underliggende virksomheter.

Det vil være vanskelig å spå noe konkret om utviklingen av spesialisthelsetjenesten i fremtiden. Den medisinske logikken som i stor grad er styrende i sektoren, vil medvirke til å legge premisser for videre valg og handlingsalternativer (Kjekshus og Nordby 2003). Også den nasjonale helsetjenestepolitikken er i stor grad førende, og som denne studien har vist tidligere så oppfattes det fra regionalt hold som tidvis vanskelig å styre ut fra de fragmenterte og sprikende føringer som settes fra sentralt hold. Med dette som utgangspunkt har flere aktører innenfor de to regionale foretakene ytret ønske om en fastsetting av rammer og mål ovenfor foretakene fra sentralt nivå som strekker seg over en lengre tidsperiode enn det som gjøres gjeldende i dag. De anser dette som et viktig tiltak for å kunne tilrettelegge og planlegge driften av virksomhetene og for mulighet av måloppnåelse. Hvorvidt dette er forhold som er praktisk mulig og/eller ønskelig innenfor en så viktig sektor, og sett i lys av vår nåværende parlamentariske situasjon, vil bare fremtiden kunne gi svar på

Er problemstillingen tilfredsstillende belyst?

Denne studien ønsket primært å fokusere på hvilket syn det regionale helseforetaket har på styring, hvordan utøvelsen av denne foregår og hva som kan forklare forskjeller i utøvelsen av denne de regionale helseforetakene imellom. Med dette som utgangspunkt har det blitt valgt teoretiske, metodiske og empiriske innfalsvinkler for å i størst mulig grad klare å belyse denne problemstillingen.

Med utgangspunkt i første del av problemstillingen viser denne studien at Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF har ulik oppfatning av hvordan styring skal og bør utøves. I Helse Vest-Norge RHF er det en generell enighet om at man er nødt til å instrumentelt styre de underliggende foretakene i startfasen av reformen for å nå ønskede resultater og endringer. Dette legitimeres med behovet for en klar styringslinje nedover i organisasjonen, men også med behovet for en styringslinje tilpasset de styringssignaler som kommer fra sentralt hold. For Helse Midt-Norge RHF er det på den annen siden et fremtredende syn at de underliggende foretakene bør få ro og mulighet til å etablere seg uten for mye detaljstyring og føringer fra regionalt hold. Dette begrunnes med respekt for disse virksomhetenes historie, tradisjon og kultur, og med et generelt syn på at resultater oppnås igjennom deltakelse og involvering.

Problemstillingens andre del fokuserer på hvordan den faktiske styringen foregår innenfor de to valgte casene. I Helse Vest-Norge RHF ser man antydninger til en relativt sterk grad av *hierarkisk* styring fra regionalt hold med vekt på styringsdokumenter og regionalt initierte prosjekter fremfor bestilling og lokal autonomi. Dette forankret i problemstillingens første del som gjenspeiler dets syn på styring. I Helse Midt-Norge RHF ser man på den annen side en vektlegging av *nettverksstyring* med utgangspunkt i autonomi og lokal involvering.

Man ser også innenfor denne regionen en tendens til at styringsdokumentene minker i omfang, og en opprettholdelse av bestilling som styringsverktøy. Dette gjenspeiles i informantenes syn på styring.

For problemstillingens tredje del som fokuserer på årsaker til eventuelle forskjeller kan det virke som om flere forhold påvirker. Først og fremst virker det som om tolkningen av overordnede føringer er av stor betydning. Mens Helse Vest-Norge RHF i stor grad ønsker å gjennomføre tiltak knyttet til arbeids- og funksjonsfordeling og strukturelle endringer som beskrives i styringsdokumenter fra sentralt hold, er Helse Midt-Norge RHF i vesentlig grad avventende til disse tiltakene. De ser utvilsomt viktigheten av dem, men ønsker ikke umiddelbart å iverksette tiltak for å gjennomføre dem. Et annet forhold som også har betydning for ulikheter de to regionene imellom er den historisk forankrede tradisjonen innenfor de to regionene. Mens det innenfor Helseregion Vest-Norge har vært vanskelig å få til samarbeid innenfor fylkeskommunale grenser og på tvers av disse, er det i Helseregion Midt-Norge en sterk forankret tradisjon for nettopp dette. Med dette som utgangspunkt kan man anta at de historiske føringer innenfor helseregionene videreføres og gir de regionale helseforetakene henholdsvis begrensninger og muligheter for fremtidige samarbeidsløsninger. For Helse Vest-Norge RHF har dette medført at de har måttet vektlegge en *hierarkisk styringsmodell* for å oppnå resultater, mens det for Helse Midt-Norge RHF har medført en videreføring av den historisk forankrede *nettverksmodellen*. Det tredje og siste punktet som denne studien finner som forklaring for forskjeller de to regionene imellom tar utgangspunkt i Paul Hellandsvik som administrerende direktør og som en viktig enkeltaktør. Hans rolle i tidligere utredninger av spesialisthelsetjenesten, hans sentrale rolle i arbeidet med utviklingen av sykehusreformen, og hans medisinske profesjon og utøvelse av denne innenfor regionen, har trolig gitt Helse Midt-Norge RHF et fortrinn i muligheten for fortolkning av sentrale føringer og mulighet for legitimitet i beslutningsprosesser innad i regionen. Flere av informantene fremhever herunder Paul Hellandsvik som en viktig og innflytelsesrik aktør innenfor helsetjenesten nasjonalt, og som en stor ressurs for Helse Midt-Norge i sin helhet.

Vurdering av studiens teoretiske forankring

I studien er det lagt til grunn tre teoretiske perspektiver for fortolkning av empirien; det *instrumentelle*-, *det institusjonelle*- og det *deltakende perspektivet*. I tillegg er begrepsapparatet *creative rolleinnehavere* anvendt for å fange opp forklaringskraften hos enkeltaktører. Perspektivene anses ut fra studiens empiriske forløp å være belysende for studiens problemstilling, og de har således vist seg utfyllende for å fange opp faktorer og forhold som kan forklare regionenes valg av styringsmodeller og strategier. Det instrumentelle perspektivet gir god innsikt i

styringsstrategiene innenfor Helse Vest-Norge RHF, og komplimentert med det institusjonelle perspektivet og dets fokus på historisk institusjonalisme og sti-avhengighet gir det et utfyllende bilde for hvilke muligheter og begrensninger denne styringsmodellen gir. I Helse Midt-Norge RHF er det i stor grad det institusjonelle- og det deltakende perspektivet som gir best forklaringskraft, da særlig med vekt på de historiske og kulturelle tradisjoner regionen innehar for samhandling og utvikling av direktørforaet. Også begrepsapparatet kreative rolleinnhavere gir her en viss forklaringskraft med utgangspunkt i Paul Hellandsviks posisjon innad i foretaket.

Det er allikevel visse forhold som har vært utfordrende ved bruken av disse teoretiske perspektivene, og et forhold som har vært gjenstand for dette er bruken av det institusjonelle perspektivet med vekt på forskjellen mellom begrepene *institusjonell historie* og *sti-avhengighet*. Teoretisk skiller begrepene seg fra hverandre ved at *sti-avhengighet* vektlegger en utvikling som er *nødt* til å komme som følge av noe annet (Arthur 1988, Krasner 1988), mens *historisk institusjonalisme* i større grad fremhever betydningen av at tidligere institusjonelle valg legger føringer og begrensninger for senere valg (March og Olsen 1989, Brunsson og Olsen 1993). Med dette som utgangspunkt blir dermed sti-avhengighet en *streng* form av historisk institusjonalisme. Selv om begrepene fremstår som relativt klare og konsise i teorien, har det vist seg å være vanskelig å skille dem fra hverandre i den empiriske virkelighet. Deres betydning blir av den grunn noe overlappende innenfor den analytiske delen av oppgaven.

Et annet forhold knyttet til bruken av teori som har gitt utfordringer i denne studien er utviklingen av direktørforaet i Helse Midt-Norge. Direktørforaet har med utgangspunkt i denne studiens empiri en grunnleggende funksjon som sammenfaller med det *deltakende perspektivet*. Man kan allikevel tenke seg at selv om foraet er utviklet i lys av dette perspektivet, så blir det benyttet som et strategisk og/eller instrumentelt styringsredskap for Helse Midt-Norge RHF i sin styringsmodell. Med utgangspunkt i dette kan man dermed anta at Helse Midt-Norge RHF ser betydningen og viktigheten av direktørforaet som et verktøy de kan benytte i sin styringsstrategi, uten at foraet i sin *enkelhet* fremstår som strategisk eller instrumentell. Den bakenforliggende hensikten med foraet kan derimot tolkes i retning av å være det. Man kan dermed antyde at selv om det i denne studien ikke er noe empiri som underbygger ovennevnte drøftelse, så kan Helse Midt-Norge RHF ha en bevisst strategisk tanke bak utviklingen av direktørforaet utover det som fremkommer belyst av det deltakende perspektivet, noe som medfører at det kan betraktes som et *instrumentelt* styringsredskap.

Som følge av ovennevnte kan man anta at det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet har vist seg fruktbart for å belyse denne studiens tematikk og problemstilling. Tilsvarende har begrepsapparatet kreative rolleinnhavere vært komplimenterende for dette. Det deltakende perspektivet sin

forklaringskraft fremstår som noe svakere. Selv om det gir en viss forklaring på hvordan direktørforaet ønskes etablert og hvordan informantene sier at det virker, kan man anta at det er en rasjonell tanke bak dette foraet, noe som det deltakende perspektivet ikke fanger opp. Jeg vil derfor påpeke at svakheten ved dette perspektivet er at det belyser *hvordan* foraet virker, men ikke hva som er *hensikten* bak utviklingen av dette. Dette er et forhold som trolig andre perspektiver bedre kunne belyst.

Behov for videre forskning

Avslutningsvis i dette kapittelet ønsker jeg å sette søkelyset mot videre forskning innenfor studiens tematikk og problemstilling. Underveis i arbeidet med denne studien har visse svakheter og uklårheter kommet frem, og ved å utvide studiens fokusområde ville dette kunne være utfyllende for denne studien. Det er særlig tre mulige forskningsområder som vil nevnes; 1) sentralt styringsnivå, 2) virksomhets nivå og 3) andre regionale foretak.

I denne studien er det et funn at Helse Vest-Norge RHF i stor grad følger kravene fra sentralt hold om arbeids- og funksjonsfordeling, mens dette i mindre grad gjøres i Helse Midt-Norge RHF. En komplimenterende studie til denne ville da være hvorvidt Helsedepartementet (representert ved eieravdelingen) føler at de regionale foretakene følger de rammer og mål de blir gitt. Det ville også vært interessant å se om sentrale helsepolitikere har noen synspunkter på dette.

Det andre forholdet som også hadde vært interessant å vite noe om er hvordan de underliggende virksomheter innenfor de to valgte case opplever den styringen som kommer fra regionalt nivå. Er det som denne studien viser en reell forskjell i hvordan eierstyringen uttøves, og medfører dette at underliggende foretak innenfor Helse Vest-Norge og Helse Midt-Norge opplever dette forskjellig, eller forholder de seg til det som skjer uten ytterligere refleksjon. Komplimenterende kvalitative undersøkelser på disse nivåene ville kunne gitt gode svar på disse forholdene.

Det siste forholdet som hadde vært interessant å vite noe om er hvorvidt styringsutfordringer er spesielt for studiens valgte case eller om det også gjøres gjeldende innenfor de andre regioner. Helse Sør-Norge RHF har tidvis vært i turbulente situasjoner knyttet til ulike forhold, Helse Nord-Norge arbeider aktivt med å gjennomføre arbeids- og funksjonsfordeling noe man også ser i Helse Øst-Norge RHF. Det ville derfor vært interessant å se på disse andre regionene for å se hvilke forhold og faktorer som har betydning for betingelse for styring. På den måten kunne man gjort bedre generaliseringer om betingelser for regional styring etter innføring av sykehusreformen.

Noter

¹ Deltakelse i styrene i de underliggende foretakene blir ansett som en styringsmulighet, selv om det i følge aksjeloven ligger i styrerepresentantenes ansvarområde å fremme virksomheten de styrer, og ikke føringer fra overordnet nivå. Dette vil i sin rene form si at de er forpliktet å gjennomføre hva som anses som best for virksomheten de er representert i. Tiltaket bør allikevel sees på som en reell styringsmulighet for overordnet nivå med den begrunnelse at representasjon, informasjonskunnskap, autoritet etc gir anledning til å påvirke ut fra overordnet nivå sine prioriteringer. Styrerepresentasjon vil dermed i denne studien gå inn som en del av de formelle styringsredskapene de regionale foretakene innehar.

² Dette er et særlig vektlagt punkt innenfor arbeidet tilknyttet sykehusreformen. Behovet for arbeids- og funksjonsfordeling har vært essensielt i hele spesialisthelsetjenesten med begrunnelse om større volum i tjenestebehandlingen for å opprettholde kvalitet i tjenestene. Dette har samtidig vært et problem innenfor arbeidet tilknyttet det regionale samarbeidet i forkant av reformen, fordi løsninger på tvers av – og for så vikt innenfor – fylkeskommunale grenser har medført motstand. Behovet er også eksplisitt beskrevet i styringsdokumentene ovenfor de regionale helseforetakene (kap 3, 4 og 5) og i Ot prp nr 66, 2000–2001. Satsingen rundt arbeids- og funksjonsfordeling vil derfor kunne eksemplifisere hvordan de regionale helseforetakene ønsker å styre sine underliggende virksomheter, og vil derfor være et viktig fokuspunkt for denne studien.

³ Studien inngår i *Autonomy, Transparency and Management (ATM-Health)* ved Rokkansenteret, og denne studien er knyttet opp imot forskning gjort innenfor dette prosjektet. Se for øvrig pkt 7.4.

⁴ Med idealtypisk menes at teorien er en abstrakt modell, og således ikke finnes i sin rendyrkede form i den empiriske virkelighet. Det blir i så måte en begrepsmessig målestokk som virkeligheten kan sammenlignes med eller måles opp imot (Østerud 1996).

⁵ Dette blir også kalt institusjonaliserte omgivelser og symbolperspektivet (Perrow 1996, Roness 1997, Røvik 1998) og blir på mange måter en videreutvikling av det institusjonaliserte perspektivet. Perspektivene velges dog ikke videre omtalt, grunnet studiens avgrensninger.

⁶ Begrepet case er i seg selv tvetydig da det aller meste av forskningsprosjekter innenfor samfunnsvitenskapen kan oppfattes som et case (Ragin og Becker 1992). Begrepet velges derfor her komplimentert med begrepet kvalitativt som hentyder til få enheter og mange variabler (Hellevik 1999:110–111) og er i utstrakt grad opptatt av å se på variabelnes egenskaper.

⁷ I så fall ville ”Mills method of agreement” (Ragin 1987:36–39) vært benyttet for å illustrere likheter mellom casene for på den måten kunne kartlegge hvilke felles variabler som har hatt påvirkning på utfallet, og hvilke som trolig ikke har hatt betydning.

⁸ Styring, og styringsmessige forhold av mulighetsskapende og begrensende karakter, viste seg å engasjere de fleste informantene og de hadde alle sine respektive syn på dette. Det viste seg også at de hadde reflektert en god del over dette siden reformens iverksettelse.

⁹ Regionene Øst-, Sør-, Vest-, Midt- og Nord-Norge.

¹⁰ 4 i Sogn og Fjordane, 6 i Hordaland og 3 i Rogaland.

¹¹ St meld nr 50 (1993–94) *Samarbeid og styring*.

¹² Samarbeidet tok utgangspunkt i en spesialisering ved hver av de tre sykehusene, og forflytning av pasienter mellom disse. Områder som ble spesialisert var barnesykdommer, risikofødende, hjerte- og kar operasjoner og gynekologi. Det ble tilstrebet at samtlige av de tre sykehusene skulle kunne tilby en basis av tjenestene, men at ved komplikasjoner el skulle de oversendes til det sykehuset hvor den største kompetansen lå. Det ble i den forbindelse inngått samarbeid med de ulike kommunene om trygdesatser for transport av pasienter.

¹³ Sentralsykehuset i Rogaland, Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane, Haukeland regionsykehus og HOS samarbeidet.

¹⁴ Ot prp nr 48 (1997–98) Om lov og endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern

¹⁵ De andre tre var tilknyttet sentralsykehusene i Stavanger og Førde, og regionsykehuset Haukeland, og omfattet geografiske regioner (fylkesgrenser).

¹⁶ 3 i Sør-Trøndelag, 2 i Nord-Trøndelag og 4 i Møre og Romsdal.

¹⁷ St meld nr 50 (1993–94).

¹⁸ Helsenettverket tok utgangspunkt i samordning av vaktberedskap og kompetanseutvikling, også på tvers av fylkeskommunale grenser. Det ble herunder lagt vekt på telemedisin og it-nettverk. Helsenettverket ble fremsatt som et reelt alternativ til sammenslåinger av sykehus.

¹⁹ Funksjonsfordelingsprosjektet. Sluttrapport.

²⁰ Ot prp 48 (1997–98) om lov og endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern.

²¹ Paul Hellandsvik inngikk her i et mindretall hvor ønsket var et regionalisert sykehusvesen med staten som eier.

²² Som et direkte resultat av dette ble det innført innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997.

²³ Lovbestemmelsene ble videreført i den nye spesialisthelsetjenesteloven av 2.juli 1999.

²⁴ Ot prp nr 66 (2000–2001).

²⁵ Det som på mange måter kan virke utløsende for sykehusreformen var at det i St.prp. nr. 47 (1999–2000) ble vedtatt ekstra bevilgninger til sykehusene. Her ble det først vedtatt 1,25mrd kroner, og senere ble det bevilget nye 0,5mrd kroner. I denne perioden var det mye turbulens om sykehusenes økonomiske situasjon, ofte presentert i mediebildet, noe som trolig forsterket behovet for en omstrukturering av spesialisthelsetjenesten. Daværende helseminister Tønne mente således at for å unngå situasjoner med ekstrabevilgninger og usikre fremtidsvisjoner, var det på sin plass med en ny og omfattende vurdering av sykehusenes organisasjons- og styringsproblemer (Helsedepartementet hjemmesider).

²⁶ Med bestiller-utfører modell menes at eier utformer en detaljert økonomisk bestilling til underliggende virksomheter. Disse har ansvar for å utføre innenfor den konkrete bestillingen innenfor de rammer som er gitt.

²⁷ Unntaket her er Helse Fonna som går på tvers av Hordaland og Rogaland, men som eksisterte som en selvstendig enhet i forkant av reformen.

- ²⁸ En SWOT analyse er en analyse som tar for seg fire ulike aspekter (Strengths, Weaknes, Options and Treaths) for organisasjonen for på den måten å kartlegge hvilken situasjon organisasjonen befinner seg i, og på bakgrunn av dette skissere muligheter og utfordringer.
- ²⁹ Privat klinikk utenfor Oslo som har spesialisert seg innenfor hjertekirurgi, hvor kirurgene opererer større volum enn på generelle kirurgiske avdelinger.
- ³⁰ Det ble her spesielt vektlagt utvikling av distriktsmedisinske sentre, 11/2 linjetjeneste etc.
- ³¹ Regionen opplevde relativt raske resultater innenfor likviditet, lønn, regnskap, økonomi og innkjøp. Innenfor området it lot resultatene vente på seg, og innenfor området bygg og eiendom har man ikke sett de store resultater så langt.
- ³² Flere av de andre regionale helseforetakene har valgt å vektlegge denne formen for eierstyring, bl.a. har Helse Øst i flere av foretakene valgt 2 styrerepresentanter, mens det i Helse Sør er blitt valgt å benytte seg av styrelederposisjonen. Dette med den begrunnelse å kunne uttøve sterkere eierstyring.
- ³³ I denne sammenheng er det nedsatt en utredningsgruppe ledet av administrerende direktør for Helse Sør-Norge RHF Steinar Stokke som skal se på styringsstrukturen fra sentralt hold hvor følgende to punkter ønskes besvart; 1) Hvorfor er statlig struktur eierstyring og 2) hvorfor er det lagt til grunn en annen eierstyringsmodell for helseforetakene enn for annen statlig virksomhet?
- ³⁴ Det tenkes her spesielt på at institusjonene innad i helseforetakene tidligere har vært preget av konkurranse seg imellom for å bevare sine funksjoner og muligheter. For eksempel har det innad i Helse Førde HF vært store konflikter mellom tidligere SSSF og Lærdal, Florø, og Nordfjordeid sykehus.
- ³⁵ Blant annet legger Nasjonalt Råd for Fødselsomsorg sterke føringer for hvordan fødetilbudet i regionene skal organiseres.
- ³⁶ Det lå tidligere føringer for at Orkdal Sanitetsforeningssykehus og Psykisk Helsevern og Sosialtjenester hadde juridiske avtaler med fylkeskommunene. Dette hindret en umiddelbar sammenslåing før kontrakten utløp.
- ³⁷ Sett i ettertid var ikke denne utvelgelsen nødvendigvis optimal, og på styremøtet 20/6-02 ble styret i Helse Nordmøre- og Romsdal HF avsatt grunnet interne samarbeidsproblemer.
- ³⁸ Det tenkes her spesielt på de kvalitetskrav som ligger fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Akuttmeldingen.
- ³⁹ Det tenkes her på utvikling av 11/2 linjetjeneste, forsterket fødestue, distriktsmedisinsk senter etc.
- ⁴⁰ Det må herunder påpekes at ingen funn i denne studien indikerer at direktørforaet i begynnelsen bar preg av ”fiendtlighet” eller utpreget strategisk tenkning mellom aktørene, men mer en distanse og begrenset vilje eller mulighet for samhandling.
- ⁴¹ Ønsket om å utvikle en foretaksstruktur basert på to somatiske sykehus (par struktur) kom som følge av ønsket om likhet, mulighet for samarbeid og en naturlig geografisk inndeling. ”Par” sykehusstrukturen kan i så måtes oppfattes som en innovasjon innenfor regionen.
- ⁴² På den annen side viser Helse Midt-Norge RHF innovasjon med utvikling av 11/2 linjetjenesten hvor St. Olavs Hospital i samarbeid med Trondheim kommune driver et sykehjem i fellesskap (pkt 5.4.1).
- ⁴³ Forventninger til reformen i sin helhet vil omtales i pkt 7.1.1

⁴⁴ *Vellykket* blir her et noe diffust begrep, og man kan anta at ved å spørre de ulike sentrale aktører innenfor Helse Vest-Norge RHF eller underliggende virksomheter så ville flere antyde at arbeidet på mange måter har vært vellykket. Det denne studien legger til grunn er fraværet av iverksatte prosjekter, og da særlig tenkes det på arbeidet som er forsøkt iverksatt innenfor Helse Førde HF. Det er gjort konkrete vedtak om DMS og forsterket fødestue, men motstand blant lokalbefolkning, motstand fra media og sentrale politikere, og motstand fra profesjoner har gjort arbeidet mer krevende å få gjennomført enn ønskelig. Det er derfor disse betraktningene som ligger til grunn for begrepet *vellykket*.

⁴⁵ Rapporten er et foreløpig utkast, og tallmaterialet gjengis etter tillatelse fra prosjektleder Inger Marie Stigen ved Norsk Institutt for by- og regionsforskning.

⁴⁶ Disse tallene er hentet fra Evaluering av statlig eierskap og foretaksmodell – presentasjon av resultater fra spørreskjemaundersøkelser (tabell 6.6 og 6.7) og benytter seg av en kvantitativ undersøkelse av ledelsen i helseforetakene (Stigen m.fl 2003).

⁴⁷ I denne undersøkelsen kommer Helse Sør-Norge dårligst ut, mens Helse Midt-Norge kommer best ut. De andre regionale foretakene ligger fordelt imellom (Aftenposten 7/3-2004).

Litteratur

- Abrahams, Philip (1982) *Historical sociology*. New York: Cornell University Press.
- Alexander, Jeffrey C. (1985) *Theoretical logic in sociology*. Berkeley, California: University of California Press.
- Andersen, Svein S. (1997) *Case-studier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arthur, Brian (1988) *Urban Systems and Historical path-dependency*. I J. Ausubel og R. Herman: *Urban systems and infrastructure*. Washington: National Academy of Sciences.
- Askildsen, Jan E. (1999) *Adam Smith og "den usynlige handa"*. *Føresetnadene for marknadsmekanismene*. I Stein Ugelvik Larsen (red.): *Teori og metode i samfunnsfaga*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Brunsson, Nils and Johan P. Olsen (1993) *The reforming organization*. New York: Routledge.
- Bukve, Oddbjørn (1988) *Kommunal forvaltning og planlegging*, 3.utgave. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (1997) *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haldor Byrkjeflot and Simon Neby (2004) "The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison". Bergen: Rokkansenter ATM Notat 2-2004.
- Christensen, Tom og Per Lægred (1998) *Den moderne forvaltning*. Oslo: Tano Aschehoug
- Christensen, Tom og Per Lægred (2001) *New Public Management i norske statsforvaltning*. I B. Tranøy Sofus og Øyvind Østerud (red.): *Den Fragmenterte Staten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Egeberg, Morten (1984) *Organisasjonsutforming i offentlig sektor*. Oslo: Aschehaug/Tanum-Norli.
- Elvbakken, Kari T., Svanaug Fjær og Thor Ø. Jensen (red.) (1994) *Mellom påbud og påvirkning*. Bergen: Ad Notam Gyldendal
- Erichsen, Vibeke (1996) *Profesjonsmakt*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Eriksen, Erik O. (1993) *Den offentlige dimensjon*. Bergen: Tano.
- Eriksen, Erik O. (1999) *Kommunikativ ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, Erik O. (2001) "Nye Deltakelsesformer og Deliberativt Demokrati". Bergen: LOS-senter Notat 0116.
- Gammelsæter, Hallgeir (2002) *Høgskoler til besvær*. Bergen: Fagbokforlaget
- Grønlie, Tore (2001) *Den reformerte sentralforvaltningen*. I Sofus B. Tranøy og Øyvind Østerud (red.): *Den Fragmenterte Staten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Held, David (1996) *Models of Democracy*, Second edition. Cambridge: Polity Press.
- Hellevik, Ottar (1995) *Introduction to Causal Analysis*, 2. edition. Oslo: Scandinavian University Press.
- Hellevik, Ottar (1999) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, 6. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hollis, Martin (1994) *The philosophy of social science*. Cambridge: University Press.
- Kingdon, Jonathan (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, 2. utgave. New York: The Free Press.

- Kjekshus, Lars E. og Halvor Nordby (2003) ”Medisinsk holisme. Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganiseringen”. Paper presented at the 17. Nordic Conference on Business Studies, Reykjavik, 14–16 August 2003.
- Kjeldstadli, Knut (1999) *Fortida er ikke hva den engang var*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krasner, Stephen D. (1988) „Sovereignty. An institutional perspective”, *Comparative Political Studies*, 21.
- Lotsberg, Dag Ø. (1990) *Aktører og sprellemenn. Modellbruk for implikasjoner for ledelsesforskningens status*. Bergen: LOS-senter Notat 32.
- Lotsberg, Dag Ø. (1995) *Aktører – ledelse – struktur*. Bergen: LOS-senter Notat 47.
- Læg Reid, Per og Johan P. Olsen (1979) *Byråkrati og beslutninger*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Per Læg Reid, Ståle Opedal and Inger Marie Stigen (2003) “The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy”. Bergen: Rokkansenter ATM Notat 23-2003.
- March, James G. (1994) *A primer on decision making*. New York: Free Press.
- March, James G. og Johan P. Olsen (1976) *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- March, James G. og Johan P. Olsen (1989) *Rediscovering Institutions*. New York: Free Press.
- March, James og Olsen Johan P. (1995) *Democratic governance*. New York: Free Press.
- Mintzberg, Henry (1979) *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Olsen, Johan P. (1988) *Statsstyre og institusjonsutforming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsen, Johan P. og B. Guy Peters (1996) *Lessons from Experience*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Opedal, Ståle og Inger M. Stigen (2002) *Evaluering av regionalt samarbeid – Sluttrapport*. Oslo: NIBR Rapport 2002:22.
- Perrow, Charles (1986) *Complex Organizations. A critical essay*, 3.utgave. New York: Random House.
- Peters, Guy B. (1996) *The future of governing. Four emerging models*. Kansas: University Press of Kansas.
- Pollitt, Christopher (2003) *The Essential Public Manager*. Philadelphia: Open University Press.
- Ragin, Charles C. (1987) *The Comparative Method*. London: University of California Press.
- Ragin, Charles C. og Howard S. Becker (1992) *What is a case?* Cambridge: Cambridge University Press.
- Roness, Paul G. (1992) *Forvaltningspolitikk gjennom organiseringsprosesser*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap og LOS-senteret. Dr. Polit avhandling
- Roness, Paul G. (1997) *Organisasjonsendringar*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik Kjell Arne (1998) *Moderne Organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sahlin-Andersson, Kerstin (red.) m.fl. (1999) *Når styringsambitioner moder praksis*. København: København Business School Press.
- Scott, Richard W. (1992) *Organizations: Rational, natural and open systems*, 3. utgave. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Scott, Richard W. (1995) *Institutions and Organizations*, second edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Selznick, Philip (1957) *Leadership in Administration. A sociological Interpretation*, 4. utgave. Berkeley: University of California Press.
- Serigstad, Synnøve (2003) *Samordning og samfunnstryggleik*. Bergen: Rokkan-senter Rapport 16.
- Silverman, David (2001) *Interpreting Qualitative Data*, 2. edition. London: SAGE Publications.
- Skockpol Theda (1984) "Vision and Method in Historical Sociology". I T. Skockpol: *Emerging Agendas and Recurrent Strategies in Historical Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stigen, Inger M. (red.) m.fl. (2003) "Evaluering av statlig eierskap og foretaksmodell. Presentasjon av resultater fra spørreskjemaundersøkelsene". Foreløpig utkast. Oslo: NIBR.
- Strand, Torodd (2001) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Søreng, Hege (2002) *Revitalisering av Stortingets kontrollaktivitet*. Bergen: Rokkansenter Rapport 3.
- Torgersen, Ulf (1994) *Profesjoner og offentlig sektor*. Oslo: Tano.
- Yin, Robert K. (1994) *Case study research. Design and Methods*, second edition. California: SAGE Publications.
- Zey, Mary (1998) *Rational choice theory and organizational theory. A critique*. California: Sage Publications.
- Østerud, Øyvind (1996) *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Avisartikler

- Aftenposten* 07.03.04 "6 av 10 sykehusdirektører med samstemt kritikk – legg ned helseforetakene".
- Adresseavisen* 13.09.2003 "Mister tillit til helsebyråkratene".
- Adresseavisen* 15.10.03 "Varsler oppsigelser".
- Bergens Tidende* 19.06.03 "Legg ned i Lærdal og Flora".
- Bergens Tidende* 11.12.02 "Trudde det var spøk".
- Firda* 17.11.02 "Dårlegare sjukehusstilbud".

Offentlige utredninger og dokumenter:

- NOU 1996:5: *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- NOU 1999:15: *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Ot.prp. nr. 48 (1997–98): *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern*,
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001): *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*.
- Sosial- og helsedepartementet (2001): *Sykehusreformen – noen eierperspektiver*. Rapport. Oslo.
- St.meld. nr. 50 (1993–94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.
- St.meld. nr. 24 (1996–97): *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*.
- St.prp. nr. 47 (1999–2000) *Om sykehusøkonomi og budsjett*.

Regionale rapporter og utredninger

Regional Helseplan for Helseregion Vest

Regional Helseplan for Helseregion Midt
Styringsdokument Helse Vest-Norge RHF 2002
Styringsdokument Helse Vest-Norge RHF 2003
Styringsdokument Helse Bergen HF 2002
Styringsdokument Helse Bergen HF 2003
Styringsdokument Helse Førde HF 2002
Styringsdokument Helse Førde HF 2002
Styringsdokument Helse Midt-Norge RHF 2002
Styringsdokument Helse Midt-Norge RHF 2003
Styringsdokument St.Olavs Hospital HF 2002
Styringsdokument St.Olavs Hospital HF 2003
Styringsdokument Helse Sunnmøre HF 2002
Styringsdokument Helse Sunnmøre HF 2003

Årlig melding Helse Vest-Norge RHF 2002
Årlig melding Helse Midt-Norge RHF 2002

Mediestrategi Helse Vest-Norge RHF
Overordnet foretaksplan Helse Vest-Norge RHF
Funksjonsfordeling Helse Vest-Norge
SWOT analyse Helse Vest-Norge

Masterdokument om rolle- og ansvaravklaring Helse Midt-Norge
Kommunikasjonsstrategi Helse Midt-Norge
Individuelle behandlingsfrister i Helse Midt-Norge
Prehospitale tjenester Helse Midt-Norge

Styreprotokoller og saksdokumenter Helse Vest-Norge RHF 30/8-01 –
Styreprotokoller og saksdokumenter Helse Midt-Norge RHF 24/8-01 – 19/5-2003

Databaser og internettadresser

www.hordaland-f.kommune.no

www.mr-fylke.no

www.odin.dep.no

www.helse-vest.no

www.helse-midt.no

www.shdir.no

Vedlegg

Oversikt informanter Helse Vest-Norge RHF

Herlof Nilssen: Administrerende direktør Helse Vest-Norge RHF.

Mai Vik: Styreleder Helse Vest-Norge RHF. Direktør AFF.

Steinar Andersen: Styremedlem Helse Vest-Norge RHF. Pensjonist

Øyvind Watne: Styremedlem og ansatterrepresentant Helse Vest-Norge RHF: Overlege psykiatri Helse Førde.

Oversikt informanter Helse Midt-Norge RHF

Paul Hellandsvik: Administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF.

Ragnbild Berge: Styreleder Helse Midt-Norge RHF. Trygdedirektør Møre- og Romsdal

Greta Herje: Styremedlem Helse Midt-Norge RHF. Rektor Spjelkavika skole.

Ellen Wøhnie: Styremedlem og ansatterrepresentant Helse Midt-Norge RHF. Anestesisykepleier St. Olavs Hospital HF.

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008

- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjukepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma.* April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern.* April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen.* April 2008
- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008