

# UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

## Statlige sykehus

### Kan styrings- effektiviteten bedres?

**Ståle Opedal**  
*Rogalandsforskning*

**Inger Marie Stigen**  
*Norsk institutt for by- og  
regionforskning*

**Skriftserie 2002: 12**



# **Statlige sykehus**

## **Kan styringseffektiviteten bedres?\***

Ståle Opedal &  
Inger Marie Stigen  
*Mai*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo**  
**HERO 2002**

HERO Skriftserie 2002:12

Forfatterne:

*Ståle Opedal*: Rogalandforskning, 4068 Stavanger, Norge

E.post; [Staae.Opedal@rf.no](mailto:Staae.Opedal@rf.no)

*Inger Marie Stigen*: Norsk institutt for by- og regionforskning, postboks 44 - Blindern, 0313 Oslo

\* Notat utarbeidet i forbindelse med innlegg på den fjerde nasjonale helseøkonomikonferansen i Hurdal 13.-14. mai 2002.

# Forord

Foreliggende notat er utarbeidet i forbindelse med et innlegg som ble holdt på den fjerde nasjonale helseøkonomikonferansen i Hurdal 13.-14. mai 2002. Tittelen på innlegget var ”Statlige sykehus. Kan styringseffektiviteten bedres?”. Notatet tar kort for seg hvilke faser regionaliseringen av spesialisthelsetjenesten har vært i gjennom de siste 30 årene og hvilke erfaringer som ble høstet i forbindelse med gjennomføringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet i 1999-2001. Til sist berører notatet enkelte styringsmessige sider ved den nye modellen med statlig eierskap og foretaksorganisering og hva som kan være mulige fallgruver for modellen.

Notatet bygger på en evaluering av det regionale helsesamarbeidet som Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandforskning (RF) og Nordlandforskning (NF) har utført på oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet. I den forbindelse er det laget tre arbeidsnotater, samt en sluttrapport som oppsummerer resultatene fra de tre notatene.

Som følge av reformen med statlig eierskap og foretaksorganisering som trådte i kraft 1.1.2002, er evalueringen av det regionale helsesamarbeidet omformulert og tilpasset den nye styringsstrukturen. Den omdefinerte evalueringen er treårig og skal være avsluttet i 2004. Evalueringsprosjektet skal, i likhet med evalueringen av det regionale helsesamarbeidet, ha fokus på styringseffektiviteten i styringsmodellen. I notatet er det kort redegjort for noen av de spørsmål som evalueringen vil søke å besvare.

Vi gjør oppmerksom på at foreliggende notat ikke dekker alle resultatene fra evalueringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet. For ytterligere utdyping vises det til referanser oppgitt i notatet.

Stavanger, mai 2002

Ståle Opedal  
Forsker, Rogalandforskning

---

# Innhold

1	Statlige sykehus. Kan styringseffektiviteten bedres? .....	3
1.1	Innledning .....	3
1.2	Mot en mer regionalisert spesialisthelsetjeneste .....	4
1.3	Forskjeller mellom gammel og ny modell .....	6
2	Erfaringer med lovpålagt regionalt helsesamarbeid .....	9
2.1	Innledning .....	9
2.2	Politikerne – regionale samordnere eller advokater for eget fylke? .....	10
2.3	En bredt forankret og effektiv planprosess? .....	10
2.4	Statlig styring, men rom for lokalpolitisk innflytelse? .....	11
2.5	Planenes innhold - opptrapping og intensivering av samarbeidet? .....	12
2.6	Iverksetting i en overgangsfase – ”mens de ventet på staten” .....	15
2.7	Politikken i det regionale helsesamarbeidet .....	16
2.8	Hvorfor så langt, men ikke lenger .....	17
3	Statlig overtakelse av spesialist-helsetjenesten i de fem regionene .....	20
3.1	Innledning .....	20
3.2	De regionale helseforetakenes organisering .....	20
3.3	Organisering av helseforetakene .....	22
3.4	Forventninger til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten .....	23
4	Statlig eierskap og foretaksmodell – hva nå? .....	26
4.1	Innledning .....	26
4.2	Staten som eier og myndighetsutøver .....	26
4.3	De regionale helseforetakenes rolle .....	29
4.4	Helseforetakenes rolle .....	31
4.5	Sluttord .....	33

# 1 Statlige sykehus. Kan styringseffektiviteten bedres?

## 1.1 Innledning

Fra 1.1 2002 ble modellen med fylkeskommunalt eierskap og et lovpålagt regionalt helsesamarbeid avløst av en statlig modell basert på statlig eierskap og foretaksorganisering av spesialisthelsetjenestene. De fem helseregionene er beholdt, men er nå blitt et beslutningsnivå i styringskjeden mellom staten og helseforetakene.

Allerede på 1970-tallet var det et frivillig, statlig initiert, samarbeid mellom fylkeskommunene i den enkelte helseregion. Dette samarbeidet ble av staten lovfestet i 1999, og fylkeskommunene i den enkelte helseregion ble pålagt å opprette et politisk regionalt helseutvalg, samt utarbeide regionale helseplaner.

Denne utviklingen gjør det mulig å identifisere ulike modeller for styringen og utviklingen av sykehusene og andre institusjoner. En modell i perioden 1999-2001 basert på regionalt samarbeid mellom fylkeskommunene i den enkelte helseregion. Og en modell fra 1.1. 2002 basert på statlig eierskap og statlige helseregioner.

I år 2000 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandforskning (RF) og Nordlandforskning (NF) i oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet å evaluere det da nylig lovpålagte regionale helsesamarbeidet. Evalueringsoppdraget skulle gjennomføres i perioden 2000-2004.

Som følge av reformen med statlig eierskap og foretaksmodell som trådte i kraft 1.1.2002, er evalueringsprosjektet omformulert i samarbeid med Helsedepartementet og tilpasset den nye organisasjonsmodellen. Det omdefinerte prosjektet skal, i likhet med evalueringen av det regionale helsesamarbeidet, ha fokus på *styringseffektiviteten* i den valgte organisasjonsmodellen, og det skal bygge videre på de resultatene som fremkom i det opprinnelige evalueringsprosjektet.<sup>1</sup> Denne omdefineringen av evalueringen gjør det

---

<sup>1</sup> Nils Finstad, Bjørn Kjenslie, Terje Lie, Ståle Opedal og Helge Strand Østveiten (2000): "Evaluering av regionalt helsesamarbeid. En forstudie". Samarbeidsrapport 2000 NIBR/RF/NF . Nils Finstad, Tonje Haugberg, Bjørn Kjenslie, Terje Lie, Ståle Opedal, Inger Marie Stigen og Helge Strand Østveiten (2001): "Regionale helseplaner. En evaluering av planprosess og innhold". Upublisert underveisnotat. Sommer 2001  
Nils Finstad, Sissel Hovik, Bjørn Kjenslie, Terje Lie, Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (2001): "Mens vi venter på staten... Iverksetting i en overgangsfase". Upublisert underveisnotat. Høst 2001

mulig å foreta sammenligninger mellom de to nevnte modellene med tanke på å belyse graden av styringseffektivitet.

Det omdefinerte evalueringsprosjektet, som har fått tittelen "Evaluering av statlig eierskap og foretaksmodell", skal ha fokus på fire hovedtemaer:

- Statens rolle som eier og myndighetsutøver
- De regionale helseforetakenes rolle
- Helseforetakenes rolle
- Politisk styring og påvirkning

Prosjektet har særlig fokus på det statlige og regionale nivået. Det er gjennomføringen av de organisatoriske målsettingene for reformen og av de politisk bestemte nasjonale satsningsområder, i særdeleshet arbeids- og funksjonsfordeling som skal evalueres. Styringseffektiviteten skal derfor primært vurderes i forhold til *strukturstyring*. Bidrar den statlige modellen til forsterket statlig styring, en klargjøring av ansvarsforholdene og en ansvarliggjøring og myndiggjøring av helseforetakene? Det er nærliggende å tro at balanseforholdet mellom overordnet statlig styring og lokal handlefrihet for helseforetakene er viktig for å realisere de organisatoriske målene og ønsket om mer effektiv strukturstyring i spesialisthelsetjenesten.

Evaluering av de endelige resultater på ressursbruk, produktivitet, likhet i behandlingstilbudet, kvalitet og tilgjengelighet vil kreve en annen tilnærming, og omfattes derfor ikke av evalueringsprosjektet.

## 1.2 Mot en mer regionalisert spesialisthelsetjeneste

Siden midten av 1970-tallet har staten jobbet med å utvikle et regionalisert helsevesen. Grunntanken har vært at en gjennom en regionalisert spesialisthelsetjeneste kan skape et mer hensiktsmessig, effektivt og bedre organisert helsetjenestetilbud. I St.meld. nr. 9 (1974-75) "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen" ble det fastslått at regionaliseringsprinsippet skulle ligge til grunn for organiseringen av helsetjenesten. Landet ble delt inn i 5 helseregioner, med tre hovednivåer: distriktshelsetjenesten, fylkeshelsetjenesten og regionhelsetjenesten, noe som medførte en etablering av tre typer sykehus: lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus. Et *regionalt helseutvalg* skulle være det koordinerende og rådgivende organet i fylkenes bestrebelser på å samordne helsetjenestetilbudet innenfor regionen.

I St.meld. nr. 50 (1993-94) skjerpet staten kravene til den regionale prosessen ved å pålegge de regionale utvalgene å utarbeide *regionale helseplaner*. Lovfestingen av de regionale helseutvalgene gjennom endringer i sykehusloven gjort gjeldende fra 1.1.99<sup>2</sup>, og de nye kravene til utforming av planen, innebar en ytterligere skjerping av de statlige kravene til et regionalt samarbeid mellom de fylkeskommunale eierne av spesialisthelsetjenestene.

I 1996 ba Sosial- og helsedepartementet på bakgrunn av dette om å få tilsendt rammeplaner for alle helseregionene. Ifølge St.meld. nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og

<sup>2</sup> Ot prp nr 48 (1997-98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Stærkere nasjonal styring og regionalt samarbeid).

faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste” hadde disse planene ulikt innhold og detaljeringsgrad. De bar preg av ulikt ståsted og ulike forslag til løsninger, selv om de var samstemte på flere områder som gjaldt spesialisthelsetjenestens mål, framtidige organisering og styring.<sup>3</sup>

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

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

Videre ble det påpekt at et virkemiddel for å bedre den regionale samordningen og sikring av nasjonale prioriteringer ville være å pålegge de regionale helseutvalgene å utarbeide en regional helseplan som ble godkjent av departementet, som skulle erstatte fylkenes helseplaner. Det ble varslet at det i den kommende loven om spesialisthelsetjenesten ville bli foreslått bestemmelser som ga departementet adgang til å godkjenne de regionale planene og til å gi regler om planenes innhold og utforming. De viktigste oppgavene for de regionale helseutvalgene skulle være utarbeiding av regional helseplan. I tillegg skulle utvalgene få en viktig oppgave med fordeling av legestillinger og utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten ut fra kvoter gitt til de enkelte helseregionene.

Den 6. juni 2001 sluttet Stortinget seg imidlertid til regjeringen Stoltenbergs forslag om at staten fra 1.1.02. skulle overta fylkeskommunenes eieransvar for spesialisthelsetjenesten, og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak ble det opprettet et regionalt helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelse-

---

<sup>3</sup> Departementet viser til følgende forhold:

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

tjeneste i hver av de fem helseregionene<sup>4</sup>. Det regionale helsesamarbeidet gikk dermed fra årsskiftet 2001/2002 over i en ny fase, med nye eiere og endret organisering. De regionale helseutvalgene ble nedlagt fra samme tidspunkt.

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

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

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

### 1.3 Forskjeller mellom gammel og ny modell

For å kunne vurdere styringseffektiviteten med utgangspunkt i forskjellige organisasjonsmodeller blir det viktig å ta utgangspunkt i forskjellene mellom ny og gammel modell. Med ”gammel” modell tenker vi da på den daværende organisasjonsmodellen med formalisert regionalt helsesamarbeid under fylkeskommunalt eierskap. Med den ”nye” organisasjonsmodellen mener vi modellen med statlig eierskap og foretaksorganisering der helseregionene inngår som et selvstendig styringsnivå.

Vi kan peke på noen hovedforskjeller mellom gammel og ny organisasjonsmodell:

1. Staten har overtatt eierskapet til sykehus og øvrig spesialisthelsetjeneste – alt offentlig eierskap er samlet hos staten. Mens regionene før 2002 hentet sine fullmakter fra fylkeskommunene, er det fra 2002 staten som avgjør hvilke fullmakter regionene skal ha i styringskjeden mellom staten som eier og de enkelte virksomhetene. Mens regionene før dels var et produkt av lokalt selvstyre og dels statlig styring, er regionene nå tydeliggjort som et nivå i den statlige styringskjeden. På den måten betyr sykehusreformen etablering av en klarere hierarkisk styringsstruktur. Ansvar er tydeliggjort mellom staten som eier og sektoransvarlig myndighet, regionale helseforetak som ”konsernledelse”, bestiller/oppdragsgiver og mottaker av bevilgninger og helseforetakene/virksomhetene som tjenesteprodusenter og utførere. Staten er dermed ikke lenger avhengig av fylkeskommunene i realiseringen av de helsepolitiske målene. I stedet baserer den nye modellen seg på lojal oppfølging av statens politikk i styrene og ledelsen for de regionale helseforetakene (RHF) og helseforetakene (HF). Den lokalpolitiske dimensjonen i styringen av spesialisthelsetjenesten er således erstattet med statlig eierskap, der Stortinget utgjør

<sup>4</sup> Besl. O. Nr 123 (2000-2001). Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) av 6. juni 2001.



det politiske nivået. Den politiske styringen skal utøves gjennom budsjettbehandling og lovstyring i Stortinget, mens eierstyring skal foregå gjennom foretaksmøte, vedtekter, oppnevning av styrer og eventuelt kontrakter/avtaler. Profesjonelle styrer regionalt og lokalt skal på sin side sikre at den statlige politikken blir gjennomført.

2. De nye virksomhetene organiseres som foretak – de er ikke en del av den statlige forvaltningen, men er blitt utskilt som egne rettssubjekter med vide fullmakter i forhold til drift av virksomhetene. For den enkelte virksomhet, enten det er snakk om et sykehus eller annen type institusjon, er det gjennom foretaksorganiseringen skapt større avstand til det politiske nivået i styringskjeden. Det er imidlertid viktig å presisere at foretakene er skattefinansiert og således er avhengig av overordnede politiske beslutninger om finansiering. Dette gir også en legitim rett til innsyn og påvirkning for befolkningen. Enkelte fylker hadde før den statlige overtakelsen valgt å skille ut sykehusene som egne foretak, blant annet i Buskerud.

Ved å skille ut foretakene som egne rettssubjekter endres rammvilkårene for ledelse og styring ved institusjonene. Større handlefrihet og mer ansvar for økonomi og utnyttelse av kapitalutstyr legger et ansvar på ledelsen ved foretakene om å ”holde orden i eget hus”. Sykehusreformen kombinerer dermed en sentralisering av ansvars- og eierposisjonen i staten med økt lokal myndighet for sykehusene gjennom foretaksorganisering. En ønsker med det å oppnå klarere ansvars- og myndighetsforhold mellom de som produserer tjenestene, de regionale helseforetakene som regional konsernledelse og staten som eier og myndighetsutøver.

Selv om det overordnede eierskapet og styrings- og kommandolinjene er endret i den nye modellen, er det likevel viktig å presisere de forhold som foreløpig ligger fast – som ikke er endret ved inngangen til ny modell. For de første ligger de nasjonale helsemålene fast. Dernest er det ikke lagt opp til store endringer i finansieringen av sykehusene i 2002. Et eget utvalg under ledelse av professor Terje P Hagen ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, skal gjennomgå finansieringssystemet med tanke på eventuelle tilpasninger til den nye statlige organisasjonsmodellen. I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001):12 fremholdes det dessuten at ”det legges til grunn at de handlingsplaner som er vedtatt av Stortinget, videreføres i statlig regi og at regionale og fylkeskommunale planer fortsatt vil være et viktig grunnlag for videre arbeid og utvikling”. Det pekes spesielt på de fylkeskommunale opptrappingsplanene for psykiatri. Det er imidlertid viktig å presisere at foretakene formelt sett står fritt når det gjelder innholdet i egen (års)planlegging.<sup>5</sup>

Målsettingen med reformen er å få en bedre helsetjeneste for befolkningen – å oppnå bedre kvalitet, tilgjengelighet og likhet i tjenestetilbudet. De organisatoriske og styringsmessige endringene er således ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel som en antar vil føre til at de overordnede helsepolitiske målsettingene oppfylles på en bedre og mer effektiv måte enn tidligere.

Gjennom endringer i eierskaps-, ansvars- og organisasjonsstruktur søker en å få bukt med det en oppfatter har vært sentrale problemer innenfor den tidligere modellen:

- Uklare ansvarsforhold gjennom et delt eier- og finansieringsansvar mellom fylke og stat. Dette har skapt problemer både internt i sektoren og mellom helsesektoren og

<sup>5</sup> Mht. regionale helseplaner innebærer dette at disse *kan* utgjøre et bakteppe for videre planlegging, men foretakene er formelt sett ikke bundet av de vedtatte planene.

andre sektorer. ”Svarteperspill” har vært en hyppig brukt karakteristikk for å forklare irrasjonaliteten i systemet.

- En medisinsk-faglig utvikling preget av et stadig mer spesialisert tjenestetilbud og dyrt utstyr. Denne utviklingen har medført et behov for i større grad å organisere pasientstrømmene på tvers av fylkesgrensene. Fylkesgrensene har blitt oppfattet å være for trange noe som har tvunget fram behov for samordning.
- For store variasjoner i hvordan fylkene utøvde sitt eierskap – forskjeller i hvor stor grad eierne grep inn i driftsspørsmål eller om de konsentrerte seg om overordnet rammestyring. Det fylkeskommunale eierskapet er også sett i lys av oppfatninger om et styringsmessig underskudd mht struktur- og budsjettstyring i den gamle modellen.
- For store geografiske forskjeller når det gjelder befolkningens tilgang til helsetjenester og medisinsk praksis.
- For store forskjeller i ressursbruk mellom de ulike sykehusene; dvs. ulik effektivitet og ressursutnyttelse.

Gjennom endringer i eierskap og etablering av en foretaksstruktur søker en å få bukt med uklare ansvarsforhold, og å få en mer ensartet og mindre detaljorientert styring av driften i virksomhetene. Større ansvarsklarhet, økt styringsautoritet og en ansvarliggjøring og myndiggjøring av helseprodusentene er som nevnt i innledningen de sentrale overordnede organisatoriske målsettingene med reformen.

---

## 2 Erfaringer med lovpålagt regionalt helsesamarbeid

### 2.1 Innledning

Lovfestingen av det regionale samarbeidet med opplegg for en sterkere statlig styring og innføring av et nytt planverktøy, var ment å føre til organisatoriske endringer i helsesektoren. Tanken var at regional samordning av helsetjenestene med oppgavefordeling og effektivisering av helsetilbudet, faglige samarbeidsordninger, bedre utnyttelse av helsesamarbeid m.m. ville føre til en mer effektiv organisering og ressursutnyttelse, og bedret kapasitet og pasientflyt. En forventet fra statens side en effektiv regional oppfølging av nasjonale satsingsområder som arbeids- og funksjonsfordeling, styrking av kreftomsorgen og opptrapping av psykiatrien.

I evalueringen av det regionale helsesamarbeidet ble det fokusert på hvordan det formaliserte regionale helsesamarbeidet fungerte som styringssystem, og effektiviteten i dette styringssystemet. Det ble også satt fokus på resultatene av det regionale samarbeidet på de spesifikke nasjonale og regionale satsingsområdene.

Selv om regionene utarbeidet regionale helseplaner, som så ble godkjent av departementet, vet vi ikke hvordan det ville gått med iverksettingen av planene. Etter at planene ble godkjent våren 2001, var det meningen at iverksettingen av tiltakene i planene skulle pågå i tiden fram til 2004. Som følge av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten er det bare 2001 som formelt inngår som et iverksettingsår. Året ble også spesielt siden det etter hvert ble klart at staten ville overta tjenesten fra 2002 av.

Vi har nedenfor gjengitt noen resultater fra evalueringen av planprosessene i de fem regionene. Vi har gitt en vurdering av forankring og effektivitet i planarbeidet, hva som er innholdet i planene og kort drøftet hva som har preget politikken i det regionale helsesamarbeidet. Til sist går vi kort inn på hva som skjedde det første året med iverksetting av tiltakene i de regionale helseplanene, dvs året 2001. Som tidligere nevnt er ikke de nye regionale helseforetakene nødt til å videreføre de regionale helseplanene.

Hvilke metoder og datakilder som er benyttet i forbindelse med evalueringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet, er detaljert beskrevet i de tre arbeidsnotatene fra evalueringen (jf Finstad m fl 2000, Finstad m fl 2001ab). Vi gjør derfor ikke nærmere rede for metodebruken her.

## 2.2 Politikerne – regionale samordnere eller advokater for eget fylke?

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

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

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

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

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

## 2.3 En bredt forankret og effektiv planprosess?

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

Hovedinntrykket fra prosessanalysen var at administrasjonen, det vil si fylkesrådmannskollegiene/ fylkeshelsesjefene og sekretariatene for helseutvalgene, var de dominerende aktørene i planarbeidet. Det var disse aktørene som, ikke uventet, drev planprosessen framover og førte planene i pennen. Politikerne var sentrale i oppstartsfasen og i vedtaksfasen, men kom sterkere på banen når konfliktfylte saker trengte politisk avklaring. I så måte skilte ikke denne prosessen seg fra det som ofte kjennetegner planprosesser generelt. Et annet fellestrekk var at representanter for brukerne, ledelsen ved de lokale

sykehusene og primærkommunene ikke ble trukket tungt med i prosessen. Prosessen synes i så måte ikke å ha vært sterkt forankret lokalt og hos de som står nærmest brukerne av helsetjenester.

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

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

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

## 2.4 Statlig styring, men rom for lokalpolitisk innflytelse?

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

Det var en utbredt oppfatning at statens styring av planprosessene var sterk og konkret. Et hovedinntrykk fra evalueringen er at regionene syntes at det statlige ønsket om mer samarbeid var bra, men at staten blandet seg for mye inn i detaljer i den enkelte region. Særlig politikerne var overrasket over detaljstyringen fra statens side når det gjaldt forskrifter og bestemmelser om innhold og utforming av planen. De statlige normkravene la klare føringer på prosessen, og var i stor grad et effektivt "ris bak speilet" når det gjaldt å oppnå enighet og effektivitet i planarbeidet.

Selv om staten styrte prosessen stramt, ser vi likevel at det var et ikke ubetydelig rom for lokal innflytelse på planenes innhold. Ikke minst skyldes det at det var rom for å legge ulikt meningsinnhold i de problem- og løsningsoppfatninger som staten presenterte. Begrepet arbeids- og funksjonsfordeling var ikke entydig definert, og regionene laget derfor i noen grad sin egen "lokale" fortolkning av begrepet, og presenterte løsninger i tråd med en slik fortolkning.

Som nevnt ovenfor ble administrasjonen trukket fram som den dominerende aktørgruppen i planprosessen. Det betyr imidlertid ikke at disse hadde en dominerende innflytelse, på bekostning av politikerne. Vi har ikke belegg for å karakterisere de regionale helseutvalgene som "sandpåstrøingsorgan". Selv om administrasjonen stod for saksforberedelsen, pekes det jevnt over på at disse var dyktige til å tolke politiske signaler

og antesipere hva som vil være "politisk gangbart" i regionen. Det at det etter reformen kom mer toneangivende og sentrale politikere inn i de regionale helseutvalgene synes også å ha styrket politikernes rolle i forhold til administrasjonen og fagfolkene. Både tradisjon for involvering og hvilke saker som var sentrale i planarbeidet, synes å ha hatt betydning for politikernes engasjement og innflytelse. I så måte er Helseregion Øst et godt eksempel: Prosessen ble politikerstyrt i den forstand at man i stor grad definerte regional helseplan til å dreie seg om sykehusutbyggingen i Akershus. De øvrige sakene ble derimot i større grad en sak for administrasjonen, og engasjerte politikere i mindre grad.

## 2.5 Planenes innhold - opptrapping og intensivering av samarbeidet?

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

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

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

Gjennomgangen av de regionale planene viser at det er både fellestrekk og forskjeller med hensyn til prioriteringer i planene. For eksempel laget tre av regionene planer for spesialisthelsetjenesten, mens Helseregion Nord og Helseregion Sør laget en plan som dekket både helse- og sosialtjenestene. Vi har tatt utgangspunkt i de statlige og regionale satsingsområder og foretatt en enkel summering av antall tiltak under hvert av områdene. Den sier ingenting om tiltakenes størrelse og viktighet, men sammenholdt ved informantintervjuene kan vi danne oss et bilde av hva som er viktige signal i planene.

Tabell 2.1 *Oversikt over antall tiltak på de ulike satsningsområdene*

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

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

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

Det er også forskjeller mellom regionene når det gjelder i hvilken grad hele det tradisjonelle sykehushierarkiet inngår i spørsmålet om arbeids- og funksjonsfordeling. I Helseregion Sør er arbeids- og funksjonsfordelingen primært et spørsmål om oppgavefordeling mellom de fem sentralsykehusene og mellom sentralsykehusene og regionsykehusene (Det Norske Rikshospital og Radiumhospitalet). I Helseregion Nord er samarbeidet primært fokusert på oppgavefordelingen mellom regionsykehus og sentralsykehus, slik det også var i forrige planperiode i Helseregion Vest. I Sør kan ikke lokalsykehusene sies å inngå i diskusjonen om en regional arbeids- og funksjonsfordeling, mens i Nord er flere tiltak foreslått for å starte prosesser mellom nærliggende sykehus/sykestuer med sikte på endret arbeids- og funksjonsfordeling. Felles for Sør og Nord er at utviklingen av disse er presisert å være et anliggende for den enkelte fylkeskommune. I helseregionene Vest,

Midt og Øst inngår lokalsykehusene i større grad i tiltakene under arbeids- og funksjonsfordeling. Dels dreier det seg om den framtidige organiseringen av akuttberedskap og fødetilbud, dels om noen av lokalsykehusene skulle ha elektiv virksomhet som bygger på et pasientgrunnlag som strekker seg utover fylkesgrensene.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

I *helseregion Midt-Norge* ble iverksettingen av den regionale helseplanen i hovedsak preget av ”business as usual”. Mange tiltak ble gjennomført i tråd med planen, men utredningen av den såkalte nettverksstrategien synes ikke å ha forløpt som planlagt.

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

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

Det er vanskelig å si hvilke faktorer som var de viktigste for å forklare forskjellene i utfall. Et godt etablert regionalt samarbeid og en sterk plantradisjon er trolig viktig. Det samme gjelder trolig også enighet om, og et sterkt lokalt eierskap til planen. Dette synes imidlertid ikke å ha vært en avgjørende forklaring. Det kan vanskelig forklare forskjellene i utfall mellom *Sør* og *Midt-Norge* på den ene sida, og *Vest* på den andre. Organiseringen

av iverksettingsprosessen var trolig også viktig. En iverksettingsorganisasjon som var skjermet mot arbeidet med den nye reformen, men også mot det daglige driftsansvaret, framstår som viktig. At de som hadde det direkte ansvaret for iverksettingen også hadde et eierforhold til planen eller tiltaket, ved å ha deltatt i utformingen, var trolig også vesentlig. Sist, men ikke minst, de planene som ble operasjonalisert i konkrete tiltak, synes å ha vært lettere å iverksette, enn mer generelle planer eller planer om større strukturendringer.

## 2.7 Politikken i det regionale helsesamarbeidet

Den amerikanske statsviteren Ted Lowi (1964) har utviklet en bestemt typologi over offentlig politikk. Han deler politikk inn i tre kategorier: Fordelingspolitikk, reguleringspolitikk og omfordelingspolitikk. Lowis budskap er at det er sammenhenger mellom politikken *innhold* (fordeling, regulering, omfordeling) og den politiske *prosessen* (konfliktnivå, hvem som er aktørene og beslutningsnivå). Politikken innhold, eller forventede innhold, forklarer hvordan aktørene handler.

Ifølge Lowi vil hver politikktipe ha sin "egen" beslutningsarena, og der disse arenaer skiller seg fra hverandre både med hensyn til hvem som deltar på de enkelte arenaer og graden av konflikt. Konfliktnivået tiltar når man går fra en fordelingspolitisk arena via en reguleringspolitisk arena og til en omfordelingspolitisk arena. I en viss forstand kan man si at mens den fordelingspolitiske arenaen kjennetegnes av byråkratisk beslutningsfatting i henhold til etablerte fordelingsregler, kjennetegnes omfordelingspolitikk av konflikter med sterke ideologiske islett. Det som imidlertid er et hovedpoeng i Lowis behandling av denne problematikken er at det er aktørenes egen forståelse som vil definere hva slags type beslutning man står overfor. Et tiltak som i en gitt situasjon kan oppfattes som omfordelingspolitikk kan i en annen situasjon bli oppfattet som fordelingspolitikk. Likeså vil tiltak som på ett tidspunkt oppfattes som omfordelingspolitikk kunne gjennomgå en rutinisering i retning av en fordelingspolitisk arena. Det er for eksempel ingen tvil om at en rekke grunnleggende velferdsreformer i utgangspunktet ble oppfattet som radikalt omfordelende, men hvor de faktiske tiltakene etter hvert er rutinisert i lite konfliktfylte enkeltfordelinger. Selv om Lowi knytter omfordelingstiltak til forholdet mellom sosiale klasser, kan omfordeling og konfliktene rundt slike spørsmål også gå langs andre dimensjoner, slik som geografiske fordelinger. Det siste har størst aktualitet i vår sammenheng.

Hva slags politikk er det regionale samarbeidet mer generelt et uttrykk for? Er det snakk om fordelingspolitikk, reguleringspolitikk eller omfordelingspolitikk? Vi kan nærme oss et svar ved å ta utgangspunkt i arbeidet i de regionale helseutvalgene. Her behandles en rekke ulike saker, ikke bare de regionale helseplanene. Vi har gått igjennom sakene og kategorisert dem under de tre ulike politikktypene. *Fordeling* er definert som tildeling av statlige tilskudd, helsepersonell, utstyr, bygninger og tjenestetilbud der tildeling til ett fylke ikke fører til at et annet må bære kostnadene. *Regulering* er definert som behandling av plansaker, utredninger, regelverk, vedtekter og retningslinjer som på en eller annen måte har omfordelende virkning (dvs det kan identifiseres vinnere og tapere blant fylkene i regionen). *Omfordeling* er definert som behandling av saker som direkte fører til at ett eller flere av fylkene i regionen blir belastet med kostnadene, mens de øvrige får fordelene. Det kan være snakk om omfordeling av helsepersonell mellom fylkene,

omfordeling av utstyr, omfordeling knyttet til allokering av penger og omfordeling knyttet til funksjonsfordeling mellom sykehusene<sup>6</sup>.

Ut fra denne kategoriseringen dreier regionalt helsesamarbeid seg mest om reguleringspolitikk, dernest fordelingspolitikk, mens omfordelingspolitikk er bortimot fraværende. Men et flertall av sakene er vanskelige å plassere under de tre begrepene. Trolig er det moderate innslaget av omfordelingspolitikk en forklaring på at konfliktnivået i regionalt helseutvalg er så lavt sett i lys av den store forekomsten med enstemmige vedtak (Finstad m fl 2000). Selv om disse tabellene gir oss en forholdsvis stor restkategori av saker, gir tallene en meget klar indikasjon av at grensene for det helsepolitiske samarbeidet går ved omfordelingsspørsmål. Dette er saker som ikke synes å la seg løse på en politisk arena som er basert på fravær av beslutningsmyndighet og en form for vetorett blant de deltakende fylker innenfor de enkelte helseregioner. Behandlingen av omfordelingssaker kan tenkes å forutsette at beslutningsmyndigheten sentraliseres, enten dette skjer gjennom en formalisering av helseregionene som egne jurisdiksjoner med selvstendig beslutningsmyndighet, eller gjennom å flytte ansvaret til statlig nivå.

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

En siste mekanisme som har vært viktig for dempe konfliktnivået i regionalt helseutvalg, har vært politikernes "gi og ta" strategi. De har fått til samarbeid fordi fylket de representerer har fått noe mot at det har måttet avgi noe annet. Det har i stor grad vært snakk om å legge en "politisk kabal" der det viktigste hensynet har vært å få til en rettferdig fordeling av ulike tjenestetilbud og funksjoner for på den måten å opprettholde maktbalansen mellom fylkene. Denne byttestrategien (eller hestehandelen) har sikret samarbeid også om saker som dreier seg om omfordeling og konsentrasjon av ulike tjenestetilbud. Legges en stråleenhet for kreftbehandling til et fylke bør kanskje nabofylket få hjerte-/karområdet. På den måten har politikerne omdefinert enkeltsaker som i utgangspunktet var nullsum-saker til pluss-sum-saker ved å se flere ulike saker i sammenheng: "*Vi aksepterer å miste noe om vi får kompensert på annen måte*". Mange brikker i dette spillet fører imidlertid til at når brikkene først er lagt er det vanskelig å gjøre endringer (reduerte omkampsmuligheter). Grunnen er at flytting på en brikke også påvirker de andre brikkene. Det kan få "domino-effekter" som kan føre til at spillet må legges på nytt.

## 2.8 Hvorfor så langt, men ikke lenger.....

Politikernes evne til å omdefinere enkelte av de konfliktfylte omfordelingssakene til mer håndterlige fordelingssaker, viser at politikerne kan være en *drivkraft* for mer regionalt samarbeid. Når de regionale planene legger opp til et intensivert regionalt samarbeid og

---

<sup>6</sup> Nærmere drøfting av Lowis begreper og vår operasjonalisering av dem, finnes i eget notat i vedlegg til Finstad m fl 2001a.

tar et første skritt mot en mer spesialisert sykehussektor, må ikke dette minst ses på bakgrunn av den evne og vilje politikerne har hatt til å finne fram til "vinn-vinn-saker".

Regionenes egentyngde i utviklingen av det regionale helsesamarbeidet må også ses på bakgrunn av en økende erkjennelse blant politikerne, helseadministrasjon og fagfolk at den medisinsk-faglige utviklingen og kostbart utstyr tvinger fram et behov for sterkere faglig spesialisering mellom sykehusene. Mange har dermed sett et politisk regionalt nivå som en naturlig overbygning over den oppgave- og funksjonsfordeling som teknologiutviklingen presser fram mellom sykehusene. På den bakgrunn er imidlertid politikerne blitt stilt overfor utfordringen om å bli enige seg i mellom. En av mekanismene for å sikre slik enighet, er som vi har sett, å legge en politisk kabal som politikerne oppfatter som rettferdig ut i fra sitt fylke.

Men drivkreftene i det regionale helsesamarbeidet er ikke bare lokale. Også statens sterke styring av innholdet i det regionale helsesamarbeidet har vært en viktig drivkraft. Også indirekte har staten lagt et press på fylkene i den enkelte region om å samarbeide. "Riset bak speilet" har vært at staten selv kunne intervensere i samarbeidet om ikke fylkene gikk langt nok.

Men det er også åpenbare *motkrefter* i det regionale helsesamarbeidet. En mekanisme som demper muligheten for regionalt samarbeid er at politikerne slett ikke alltid klarer å finne fram til vinn-vinn-saker. Noen saker synes rett og slett ikke å havne hos politikerne fordi de ikke inviterer til en eller annen form for "gi-og-ta-strategi". Nedleggelse av sykehus er et slikt område, sentralisering av akuttberedskap og fødetilbud et annet. I slike saker er det vanskelig å finne fram til former for kompensasjon for å skape en vinn-vinn-sak. Da frastår også fylkene fra å legge press på hverandre. Eller som en av informantene uttrykte det: *"Det regionale helsesamarbeidet ville bevege seg helt på stupet om andre fylker skulle vedta at et av fylkene måtte legge ned sykehus og rasjonalisere sin sykehusstruktur"*.

Regionpolitikere må også foreta en avveining mellom mål som kan være konflikterende. Å satse på effektivisering av sykehussektoren gjennom økt spesialisering og/eller strukturrasjonalisering, kan gi gevinster i form av frigjort kapasitet og mer robuste fagmiljøer<sup>7</sup>. Men øker den fysiske avstanden mellom befolkningen og lokaliseringen av tjenestetilbudet kan det gå utover folks trygghet, nærhet og tilgjengelighet til tjenestetilbudet. For å ikke miste legitimitet i den befolkning de utgår fra, er de nødt til å avveie ulike hensyn. Både geografi, velgeroppslutning og kommunikasjoner blir premisser i den politiske vurderingen av hvor langt det er mulig å gå i retning av en mer spesialisert sykehussektor. Både nettverksstrategien i Helseregion Midt-Norge og etablering av fire sykehusområder (subregioner) i Helseregion Vest kan ses som kompromisser mellom ønsket om mer spesialisering og effektivisering av sykehusstrukturen og ulike trekk ved regionene som lange avstander og begrensede kommunikasjonsmuligheter.

Til sist kan også ulike institusjonelle føringer legge en demper på det regionale helsesamarbeidet. Det ene er som tidligere nevnt, at regionen som planenheter ikke har et eget regionalt iverksettingsapparat utover de regionale sekretariatene. Mange av informantene peker på fylkeskommunal finansiering av tiltakene i planen som en mulig "snubletråd". Med statlig overtakelse av eierskapet til sykehusene kan dette problemet bli mindre, men

---

<sup>7</sup> Her kan føyes til at vegen mot sterkere spesialisering ikke utelukkende trenger å føre til effektivisering i alle meninger av begrepet. Spesialisering i sin ytterste konsekvens kan føre til tap av formålseffektivitet, dvs den effektivitet som knytter seg til tjenestetilbudets tilpasning til folks behov og preferanser. Når det gjelder bedring av kostnadseffektiviteten trenger ikke denne motforestillingen være like relevant.

dette er usikkert. Tiltaksplanene er forankret politisk, faglig og administrativt i fylkene og skulle dermed gi en sikkerhet for iverksetting av tiltakene. Tiltakene har ikke en tilsvarende statlig forankring, på statlig hold. Men på sykehusnivå er det tunge og etablerte institusjoner som det ikke er gjort i en håndvending å spesialisere til noe annet enn det de er i dag.

Gjennomgangen av planprosessen og planinnholdet i de fem regionene, viser at staten har utøvd en detaljert styring både i forkant og underveis i planarbeidet, samtidig som staten endelig har godkjent de regionale planene. Sett i lys av plankravene til framdrift, deltaking og mål og satsingsområder i planene, har staten hatt betydelig gjennomslag i det regionale planarbeidet. Dels har økonomiske styringsvirkemidler vært viktige (styrking av kreftomsorg og psykisk helsevern), dels har instruks og rundskriv, sammen med løpende statlig oppfølging av planarbeidet, vært viktige.

Den detaljerte styringen fra statens side er avledet av et ønske om sterkere statlig styring av spesialisthelsetjenesten slik dette ble signalisert i St meld nr 24 (1996-97). Sett fra regionenes ståsted har imidlertid styringen blitt oppfattet å være unødig, eller altfor, detaljert. De har opplevd et motsetningsforhold mellom ønsket om å lage en langsiktig strategisk plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen, og det statlige ønsket om en mest mulig konkret plan med fokus på detaljerte tiltak. Det er også enkelte som har stilt spørsmål ved om det er mulig for staten å gå inn med så detaljerte krav sett i lys av at regionene er forskjellige og behovene varierer.

Selv om arbeids- og funksjonsfordeling er et prioritert satsingsområde i regionene, er det gitt et noe forskjellig meningsinnhold i regionene. Dette satsingsområdet berører i særlig grad konfliktfylte saker knyttet til omfordeling av funksjoner over fylkesgrensene. Det utgjør dermed en særskilt styringsutfordring for staten. Staten har imidlertid ikke vært entydig i sin forståelse av begrepet arbeids- og funksjonsfordeling. I St meld nr 24 (1996-97) er begrepet primært brukt om spesialisering, dvs bedre arbeids- og funksjonsfordeling betegner en mer spesialisert sykehusstruktur. Her er det også presisert at spesialisering er et virkemiddel for å effektivisere sykehusstrukturen, bedre rekrutteringen og redusere ventelistene. I rundskriv I-34/99 som tar for seg nasjonale mål og satsingsområder for regionale helseplaner, er det poengtert at «bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene gjennom sterkere samordning av spesialisthelsetjenesten, er hovedmålet med det regionale helseplanarbeidet» (s.2). Virkemidlet er her blitt til hovedmålet uten at rundskrivet gir en beskrivelse av hva det legger i begrepet arbeids- og funksjonsfordeling. Heller ikke i instruksen eller rundskriv I-19/99 er det nærmere presisert hva staten mener med dette begrepet.

Når begrepet arbeids- og funksjonsfordeling ikke er entydig definert er det også vanskeligere å formidle. Staten har også lagt opp til et regionalt helsesamarbeid der regionene parallelt skulle bygge ut tjenestetilbudet (styrke kreft og psykiatri) og spesialisere sykehusstrukturen. Selv om arbeids- og funksjonsfordeling i instruks og rundskriv ble poengtert å være det viktigste, blir nødvendigvis den statlige styringsutfordringen langt større om samarbeidet er bredt enn om det er spisset i retning bedre regional arbeids- og funksjonsfordeling. Slik det ble lagt opp til fra statens side skulle det både bygges ut og spesialiseres samtidig. Både dette forhold og noe mangelfull begrepsavklaring kan bidra til å forklare at arbeids- og funksjonsfordeling fikk noe forskjellig definisjon og vektlegging i regionene

## 3 Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten i de fem regionene

### 3.1 Innledning

I dette avsnittet ser vi kort på hva som faktisk er gjort i de fem regionene for å etablere en regional statlig organisasjon. Beskrivelsen gir et grovkornet bilde av situasjonen per mai 2002 av de regionale helseforetakenes organisering, hvilken foretaksstruktur de (foreløpig) har valgt og hvilke forventninger enkelte aktører i fylkeskommuner og sykehus hadde til sykehusreformen høsten 2001.

Vi har dels benyttet protokoller og pressemeldinger som de fem regionale helseforetakene har lagt ut på nettet, dels er det trukket vekslers på evalueringen av det første året med iverksetting av tiltakene i de regionale helseplanene (jf Finstad m fl 2001b).

### 3.2 De regionale helseforetakenes organisering

I alle regionene ble det sommeren 2001 opprettet regionale styre med 9 medlemmer, inklusive 3 ansattrepresentanter. Det er personer med helsefaglig bakgrunn som dominerer i de fleste styrene, dersom vi også inkluderer de ansattes representanter. Av de oppnevnte representantene, utgjør personer fra privat næringsliv den største gruppa. Nesten like mange er rekruttert fra offentlig forvaltning, mens noen færre har en helsefaglig bakgrunn. Hvilken bakgrunn de oppnevnte styrerepresentantene har, varierer noe mellom regionene. I Sør og Øst er det relativt mange som kommer fra offentlig forvaltning (utenom helseinstitusjoner), mens det i Vest og Nord er rekruttert mange fra privat næringsliv. I Midt er styremedlemmene fordelt mellom personer med helsefaglig bakgrunn, bakgrunn fra offentlig sektor og fra privat næringsliv. Med ett unntak har styrene i de regionale helseforetakene valgt å avholde møtene for lukkede dører. Alle har imidlertid lagt ut protokoller og annen informasjon elektronisk for å gi offentligheten innsyn i styrets og administrasjonens arbeid. Spørsmålet om åpenhet og innsyn har vært gjenstand for omfattende debatt i flere av regionene.

Den administrative kapasiteten i de regionale helseforetakene varierer noe. I Helse Vest er det lagt opp til en begrenset administrasjon på til sammen ca 25 stillinger. I Helse Midt og Helse Nord er det lagt opp til at administrasjonen vil utgjøre ca 30 stillinger. I Helse Sør og Helse Øst blir det etablert noe større administrasjoner, ca 40 stillinger i Helse Sør og i overkant av 50 stillinger i Helse Øst. Etter hvert vil trolig de regionale administrasjonene til sammen omfatte i underkant av 200 stillinger. I følge Helsedepartementets opplysninger er ca 80 av disse tidligere ansatte i fylkeskommunene.

320 av de ansatte i fylkeskommunene har gått over til helseforetakene, mens 90 personer fortsatt vil arbeide i fylkeskommunene.

Flere hensyn har vært utslagsgivende for dimensjoneringen av administrasjonene. Det ene er størrelsen på kontrollspennet til helseforetakene. I Sør og Øst er (foreløpig) antallet helseforetak større enn i de øvrige regionene, det samme er antallet sykehus/virksomheter totalt i disse regionene (60 sykehus/institusjoner i Sør, 90 i Øst mot 20 i Midt-Norge, 30 i Nord og 45 i Helse Vest). Koordineringsbehovet er dermed trolig noe større i Sør og Øst enn i de øvrige regionene. Også fordelingen av ansvar og oppgaver mellom regionale helseforetak og foretakene har konsekvenser for dimensjoneringen av den regionale administrasjonen. I Helse Vest er det for eksempel uttalt at mye av ansvaret er lagt til de fem helseforetakene, og at de vil ha stor handlefrihet i løsningen av oppgavene. Dette har hatt betydning for dimensjoneringen av det regionale helseforetaket.

Arbeidsmessig har virksomheten i de regionale administrasjonene første halvår 2002 vært preget av å få folk på plass, skaffe lokaler, utarbeide budsjett, etablere styringsrutiner og få på plass en (foreløpig) foretaksstruktur med egne styrer og ny ledelse. Oppfølging av departementets styringsdokument har stått sentralt i forhold til å avklare prioriteringer for 2002. Tidkrevende og utfordrende oppgaver har vært å utarbeide drifts- og investeringsbudsjett for helseforetakene, etablere rapporteringsrutiner i forhold til økonomi og øvrige resultatkrav, samt utarbeidelse av vedtekter og avtaler for det enkelte helseforetak. Helt konkret er det startet arbeid for å korte ned ventelistene i de fem regionene, trappe opp det psykiatriske tjenestetilbudet og å etablere regionale brukerutvalg. Det foretas også hyppig kontroll av utviklingen i økonomi og aktivitet i helseforetakene. Hensynet til budsjettbalanse og opprettholdelse av aktivitetsnivået fra 2001 har vært viktige ledetråder i dette arbeidet. En stor utfordring for de regionale helseforetakene har vært å få på plass et investeringsbudsjett for det enkelte helseforetak tilpasset behov og tildelte rammer.

Det er også startet opp strategiarbeid i de regionale helseforetakene blant annet for å avklare prioriteringer, ansvarsforhold, oppfølging og oppgavefordeling mellom regionalt helseforetak og helseforetakene. I Helse Vest er det for eksempel startet opp et strategiarbeid med tre siktemål; å få laget en egen foretaksplan, samt å foreta en vurdering av funksjonsfordeling og støttetjenester i regionen. I Helse Øst er det satt i gang en omfattende gjennomgang av funksjonsfordelingen mellom foretakene i regionen som skal ende ut med forslag om en mer endelig foretaksstruktur med tilhørende funksjonsfordeling fra 1.1.2003. Det regionale styret har fattet vedtak om at de planlagte byggeaktivitetene ved Follo sykehus og det såkalte Østfold-prosjektet skal holdes på et absolutt minimum i 2002, mens Nye Ahus skal videreføres med sikte på byggestart i januar 2003.

Etablering av samarbeid med helseforetakene og med forsknings- og utdanningsinstitusjoner har også vært en viktig del av virksomheten så langt i de regionale helseforetakene. Møteplasser er etablert både mellom de fem regionene på styrenivå og administrativt nivå og mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene. Når det gjelder samarbeid mellom regionene har for eksempel Helse Sør og Helse Øst inngått en formell samarbeidsavtale og gjennomfører blant annet et samarbeidsprosjekt om funksjonsfordeling innen høyspesialisert medisin i hovedstadsregionen. De har også etablert et felles apotekforetak – sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS.

### 3.3 Organisering av helseforetakene

En av de første oppgavene de regionale styrene tok fatt på var etablering av helseforetak. Utgangspunktet var omkring 240 sykehus og andre institusjoner, herunder 84 sykehus og over 150 andre institusjoner og virksomheter. Disse er per mai 2002 organisert i 47 helseforetak, med andre ord en omfattende sammenslåing av virksomhetene til et mindre antall større enheter.

Den regionale foretaksstrukturen varierer en del mellom regionene. I Vest er antallet helseforetak lavest. I alt er det etablert fem helseforetak inkludert apotekene. Fire av foretakene følger en geografisk inndeling. Tre er organisert med utgangspunkt i ett stort sykehus med en rekke underlagte virksomheter (Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF og Helse Førde HF). Det fjerde foretaket dekker sykehusene og virksomhetene i Nord-Rogaland og de sørlige delene av Hordaland, dvs på tvers av fylkesgrensene (Helse Fonna HF). De fem helseforetakene dekker som nevnt til sammen ca 45 sykehus og institusjoner. Sammenlignet med Helse Midt og Helse Nord er kontrollspennet mellom foretaksledelse og den enkelte sykehus og institusjon noe større i denne regionen.

I Helse Nord har en opprettet seks helseforetak, etter en geografisk inndeling. Hvert foretak inkluderer flere institusjoner/sykehus, totalt 30. Den geografiske inndelingen til foretakene følger dels fylkesgrensene (f eks Helse Finnmark HF), dels deler de opp fylkene i flere foretak eller så går foretaket på tvers av fylkesgrensene.

I både Helse Vest og Helse Nord er det vedtatt en endelig foretaksstruktur. I Midt-Norge er det vedtatt opprettet sju helseforetak inkludert apotekene. To i Møre og Romsdal, ett i Nord-Trøndelag og tre i Sør-Trøndelag. I Sør-Trøndelag omfatter disse henholdsvis RiT og Røros sykehus, ett for Orkdal sykehus og ett for psykiatri og sosiale tjenester. I Sør-Trøndelag vil endelig foretaksstruktur bli avgjort når plassering og bygging av nytt regionsykehus er endelig avklart. I dette fylket er altså foretaksstrukturen foreløpig.

Også i Sør og Øst er foretaksstrukturen midlertidig. Her er det opprettet flere foretak enn i de øvrige regionene. I Sør ble det først opprettet 17 helseforetak. I hovedsak bygget styret på den etablerte strukturen med fem sentralsykehus, to regionsykehus og seks lokalsykehus. Deretter er det foretatt flere sammenslåinger slik at antallet per mai 2002 er nede i 13 foretak inkludert Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospitalet. Sammen med Helse Øst er det som nevnt etablert et felles apotekselskap lokalisert til Oslo. Flere av foretakene er fylkesvise enheter slik som Aust-Agder sykehus HF, Vest-Agder sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Telemark HF. Enkelte institusjoner er imidlertid lagt inn under det enkelte foretak. For eksempel er Kragerø kombinerte helseinstitusjon slått sammen med Sykehuset Telemark HF. Et spesialsykehus er også opprettet. De to sykehusene med rehabilitering som hovedfelt, Kysthospitalet i Stavern og Kongsgård sykehus i Kristiansand, ble etablert som et foretak lokalisert til Larvik. Også psykiatrien i Vestfold er organisert som eget foretak, mens den i de øvrige fylkene er integrert i sentralsykehusene. Tre lokalsykehus er også blitt slått sammen, Rjukan, Notodden og Kongsberg, til Helse Blefjell HF.

I Øst er det opprettet 15 foretak. Styret etablerte i møte 27.09.01 en midlertidig helseforetaksstruktur fra 1.1.2002. Det er etablert 2 foretak i Østfold, 4 foretak i Oslo, 3 i Hedmark, 1 i Oppland, 5 i Akershus, samt Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS. I tillegg kommer Tynset Sjukehus som midlertidig organiseres som eget helseforetak i påvente av samordningsprosessen med Helse Midt-Norge. Begrunnelsen for å etablere en midlertidig struktur var at styrets hovedfokus måtte rettes mot å videreføre en sikker og helsefaglig forsvarlig drift samt å sikre økonomisk kontroll over virksomheten fra første



dag. Det er store forskjeller mellom foretakene i størrelse og kompleksitet. Styret skal i løpet av 2002 arbeide fram en langsiktig foretaksstruktur og funksjonsfordeling basert på en omfattende gjennomgang av hele foretaksstrukturen.

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

Sammenfattet kan vi trekke fram noen hovedpunkter fra denne kortfattede gjennomgangen av foretaksstrukturen:

- Det ene er en omfattende *sammenslåing* av sykehus og institusjoner. Både en forventning om samordningsgevinster og det forhold at eierskapet er løftet opp på regionalt nivå, kan bidra til å forklare disse sammenslåingene.
- Det andre er at foretakene i stor grad er organisert ut fra *geografi*, dvs en territoriell organisering i stedet for en faglig og regiondekkende organisering. Et eksempel på det siste er Spesialsykehuset for rehabilitering HF i Helse Sør og de fem apotekforetakene. Sammenslåingene har imidlertid ført til at det geografiske omlandet til mange av helseforetakene er blitt større. Det kan åpne opp for å gjøre noe med pasientfordeling og funksjonsfordeling mellom sykehusene og institusjonene som inngår i det enkelte foretak. Relativt få av helseforetakene er organisert slik at de binder sammen sykehus og institusjoner fra flere fylker. Eksempler på dette finner vi i Helse Vest (Helse Fonna HF) og i Helse Sør (Helse Blefjell HF).
- Det tredje er at somatikk og psykiatri i stor grad er blitt *slått* sammen, i alle fall i de regionene hvor det er etablert en mer permanent foretaksstruktur (Helse Vest og Helse Nord). I Helse Sør er psykiatrien blitt integrert i de tidligere sentralsykehusene, men med unntak for psykiatrien i Vestfold. Også i Sør-Trøndelag er psykiatrien beholdt som eget foretak, i alle fall inntil endelig foretaksstruktur er på plass. I Helse Øst er psykiatrien langt på veg beholdt som egne foretak.

### 3.4 Forventninger til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten

Høsten 2001 ble en rekke representanter for sykehusene, regionale helseutvalg og helseadministrasjonene i fylkeskommunene spurt om sine forventninger til den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten (jf Finstad m fl 2001b). Videre ble høringsuttalelsene til lovforslaget om statlig overtakelse gjennomgått for å identifisere holdninger og forventninger til reformen.

Gjennomgangen av høringsuttalelsene viser at uttalelsene var preget av aktørenes ståsted. Sykehusene var spesielt opptatt av foretaksorganiseringen – hvilke institusjoner som bør inngå i foretakene, forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetakene, sammensetningen av styrene og hvilke funksjoner helseforetakene skal ivareta. Mange av sykehusene var positive til statlig eierskap, særlig de største sykehusene.

Fylkeskommunene uttrykte i større grad skepsis til statlig eierskap og var opptatt av den avpolitiserings og sentralisering av spesialisthelsetjenesten de mener reformen representerer. Flere av fylkeskommunene var opptatt av at lokal forankring,

desentralisering og en klargjøring av ansvarsforholdene like gjerne kunne oppnås med fylkeskommunalt eierskap til spesialisthelsetjenesten. De fryktet større maktkonsentrasjon, dårligere behovstilpasning av tjenestene og økt profesjonsstyring når politikkerne ble satt på sidelinjen. Både fylkeskommunene, og i særdeleshet de regionale helseutvalgene, var opptatt av at de regionale helseplanene måtte videreføres med staten som eier. Brukerorganisasjonene var opptatt av at forslaget i for liten grad ivaretok hensynet til brukermedvirkning og at reformen skjedde for raskt. Et flertall av brukerorganisasjonene var imidlertid positive til statlig eierskap.

Mange av fylkeskommunene og de regionale helseutvalgene omtalte hensynet til regionalt helsesamarbeid i sine uttalelser. Mange var opptatt av at dette samarbeidet måtte videreføres. I Sør hadde verken fylkeskommunene eller det regionale helseutvalget særlig tro på at det ville bli lettere å få til regionalt samarbeid med staten som eier. De som uttalte seg om dette i Nord, var derimot av motsatt oppfatning. Finnmark fylkeskommune og det regionale helseutvalget mente at den statlige reformen ville lette samarbeidet regionalt. I Nord ga også alle sykehusene uttrykk for det samme, noe som også gjelder sentralsykehusene i Sør. Felles for sykehusenes uttalelser var at hensynet til regionalt helsesamarbeid ikke var viet noen stor plass. Uttalelsene fra fylkeskommunene i Øst, skiller seg ut fra de andre regionene, i den forstand at de i liten grad kommenterte verken regional helseplan eller helsesamarbeidet, og uttalelser om at det var viktig å videreføre planene eller samarbeidet forekommer sjelden eller aldri. De var derimot opptatt av at regioninndelingen burde vurderes i samband med eierskiftet. Sykehusene i denne regionen var også opptatt av dette.

Vi har sammenfattet aktørenes forventninger til statlig eierskap i følgende seks punkter:

- *Mer effektiv strukturstyring.* Mange informanter var av den oppfatning at den nye organisasjonsmodellen ville være bedre egnet til å treffe beslutninger i spørsmål om sykehusstruktur og funksjonsfordeling. Noen fryktet dette, andre håpet at det ville bli slik.
- *Svekket lokal forankring.* De fleste informantene mente at den lokale forankringen ville bli svakere med den nye modellen. Både eierskapet i seg selv, styrets sammensetning og vedtaket om at styremøtene skulle holdes for lukkede dører, ble benyttet som argumenter for å underbygge dette synet.
- *Klarere ansvarsforhold, ...* Mange av informantene trodde også at ansvarsforholdene ville bli tydeliggjort med den nye modellen. Denne forventningen knyttet både til at staten får et samlet ansvar for spesialisthelsetjenesten, og til foretaksorganiseringen av sykehusene. Det ville føre til at sykehusene ble myndiggjort og ansvarliggjort og at ”svartspersillet” mellom sykehus og myndigheter ble mindre.
- *..., men også mer rom for lokalpolitisk mobilisering og lobbyvirksomhet.* Mange var usikre på hvor robust den nye modellen er den dagen styret i regionalt helseforetak treffer kontroversielle beslutninger og lokalsamfunn, profesjoner og politikere mobiliseres til kamp for å redde ”sine” sykehus. Blant de momenter som ble nevnt var en uklar styringsstruktur, som kan gi rom for aktører til å bygge allianser. Institusjonene vil ha to styreverter å spille på. I tillegg vil det være kanaler til både lokale, regionale og nasjonale politikere.
- *Usikre på forholdet mellom samarbeid og konkurranse i den nye modellen.* Flere av informantene pekte på uklarheter i den nye modellen når det gjelder forholdet mellom samarbeid og konkurranse – mellom regionene, mellom helseforetakene og mellom institusjoner innad i det enkelte foretak.

- *Ut med politikerne, inn med profesjonene!* Med politikerne på sidelinjen trodde mange av informantene at profesjonene i sterkere grad ville entre arenaer der politikerne forsvinner ut.

## 4 Statlig eierskap og foretaksmodell – hva nå?

### 4.1 Innledning

Evalueringen av det lovpålagte regionale helsesamarbeidet avdekket, som vist i kapittel 2, både positive sider og enkelte utfordringer knyttet til samarbeidet. I evalueringen av det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen er det nærliggende å stille spørsmålet om staten vil lykkes bedre enn det fylkeskommunene gjorde. I evalueringen av den statlige modellen vil som før nevnt hovedfokus være styringseffektiviteten med utgangspunkt i de organisatoriske målsettingene for reformen og gjennomføringen av politisk bestemte nasjonale satsningsområder, i særdeleshet arbeids- og funksjonsfordeling<sup>8</sup>.

I evalueringen skal det fokuseres på sammenhengen mellom organisasjons- og styringsstruktur, beslutningsprosesser og arbeids- og funksjonsfordelingstiltak. Når det gjelder de organisatoriske målsettingene for reformen vil det bli fokusert på resultater mht. ansvarsklargjøring, mindre svarteperspill mellom ulike nivåer og aktører, og balansen mellom overordnet rammestyring (eierskap) og detaljstyring. En studie av tiltakenes innhold vil si noe om hvorvidt en har fått til en bedre arbeids- og funksjonsfordeling gjennom omfordeling og samarbeid på utvalgte satsningsområder. Evaluering av de endelige resultater på ressursbruk, behandlingstilbud og tilgjengelighet vil kreve en annen tilnærming, og er derfor ikke inkludert i evalueringen..

Nedenfor redegjøres nærmere for innfallsvinklene i evalueringen. Fokus settes på statens rolle i det nye styringssystemet, de regionale helseforetakenes rolle og helseforetakene rolle, samt hva som kan være mulige fallgruver for reformen.

### 4.2 Staten som eier og myndighetsutøver

Tatt i betraktning statens oppgraderte styringsposisjon og samlede ansvar for spesialisthelsetjenesten, er en svært sentral problemstilling hvordan staten utøver sin rolle som eier og myndighetsutøver.

Reformen innebærer at staten har det hele og fulle ansvar for den helsepolitiske sektorstyringen. Det forutsettes at staten har tilstrekkelige virkemidler til å sikre at målsettingene oppfylles på en effektiv måte. Samtidig legger foretaksorganiseringen opp

---

<sup>8</sup> I forbindelse med evalueringen av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten er det laget en prosjektbeskrivelse, datert 19.02.2002. Helsedepartementet er oppdragsgiver for evalueringen som skal foregå i perioden 2002-2004. Materialet i dette kapitlet er i all hovedsak hentet fra denne prosjektbeskrivelsen.

til stor grad av autonomi og frihet for de regionale helseforetakene. Staten skal ikke ha noen direkte myndighet eller ansvar for den løpende driften av foretakene. Staten skal styre gjennom:

- Etablering av foretakene
- Fastsetting av vedtekter og andre overordnede mål og rammebetingelser for foretakene
- Valg av styre
- Tilføring av kapital

Det forventes således at staten ikke skal gripe inn i driften gjennom detaljstyring, men ha en overordnet, strategisk ledelse uten at dette går ut over statens behov for overordnet styring og kontroll med foretakene. Hvordan balansegangen mellom behovet for overordnet statlig styring og lokal frihet for det enkelte foretak er utformet og vil bli praktisert i den nye modellen, er således et svært interessant spørsmål. Den nye modellen legger opp til en ny ”styringskultur” – spørsmålet er hvilket innhold denne styringskulturen vil få.

*I hvilken grad er de formelle ansvars- og ledelsesforholdene mellom eier og regionalt helseforetak entydige og klare?* Er det klart hvordan staten skal utøve sin eier- og styringsposisjon? Hvor entydige og konsistente er ulike mål og virkemidler? Hvordan er den formelle rolleavklaringen mellom eier og regionale helseforetak? Regelverket inneholder ulike regler som er ment å ivareta statens behov for styring og kontroll av de regionale helseforetakene. Forarbeidene og loven omtaler ulike virkemidler som staten har til rådighet: Vedtekter og generelle og spesielle instruksjoner for foretakene, årlige styringsdokumenter, foretaksmøtet, krav om årsrapportering og mulighet til å styre gjennom avtaler. Dette er de formelle rammene for statens styring – spørsmålet er om disse er klare nok til skape klare ansvarsforhold og sikre den forutsatte balansen mellom behovet for overordnet styring og lokal autonomi for foretakene.

*Hvordan utøver staten sin eier og styringsposisjon i praksis? ”Taler staten med en stemme” slik at en unngår motstridende og inkonsistente styringssignaler? Hvor konsistent opptrer staten i forhold til helseforetakene? Vi vil her kartlegge form og innhold i statens styring av de regionale helseforetakene. Flere delproblemstillinger er interessante. For det første: *Hvor aktiv er staten i sin styring av de regionale helseforetakene og hvordan griper staten inn overfor dem?* Når tar departementet sine styringsvirkemidler i bruk (for eksempel i hvilke saker), og hvilke virkemidler tas i bruk (administrative, legale eller økonomiske)? Ett interessant spørsmål er hvor ofte staten innkaller til foretaksmøte, hvilke saker blir behandlet i foretaksmøtet og hvordan følger staten opp/eventuelt omgjør beslutninger fattet i de regionale foretaksstyrene?<sup>9</sup>*

For det andre: Reformen legger opp til et skille mellom statens rolle som eier og statens rolle som myndighetsutøver (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): 20). Et interessant spørsmål i denne forbindelse er *hvor reelt eller klart skillet mellom statens eierrolle og*

<sup>9</sup> I lovens forarbeider står det at styringsrelasjonen mellom eier og foretaksledelse i foretakene kan tilsi at det avholdes mer enn ett foretaksmøte i året, uten at det er noe ekstraordinært ved det (Ot.prp. nr. 66. (2000-2001):73 ). I lovens § 30 sies det at foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal treffe vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipiell betydning eller vesentlige samfunnsmessige virkninger. Hvilke saker dette gjelder er det fastsatt nærmere bestemmelser om i vedtektene. Det er imidlertid et empirisk spørsmål hvorvidt vedtektene regulerer dette på en tilstrekkelig klargjørende måte.

*myndighetsrolle egentlig fortøner seg ute i de regionale helseforetakene?* Betyr dette skillet noe for oppfatninger om statens overordnede styring? Et annet interessant spørsmål i forlengelsen av dette er *hvordan staten utøver sin eierstyring versus sin styring som myndighetsorgan?* Det er i loven forutsatt at eier ikke kan utøve eierstyring i foretaket utover i foretaksmøtet (§16). Departementet kan imidlertid sette vilkår for bevilgninger til de regionale foretakene utenom foretaksmøtet. Dessuten er det fortsatt aktuelt for departementet å utøve styring over spesialisthelsetjenesten som myndighetsorgan. Typiske eksempler på dette vil være at det gis forskrifter eller at det fattes vedtak i enkeltsaker, for eksempel godkjenningssaker og fordeling av lands- og flerregionale funksjoner. Et sentralt empirisk spørsmål blir å avdekke hvilke saker som behandles i foretaksmøtet, sammenlignet med i hvilke saker departementet utøver sin myndighetsrolle. Vil en gjennom eierrollen primært fokusere på økonomi og kostnadseffektivitet, mens en i myndighetsrollen orienterer seg mot tilbud og innhold i tjenestene?

For det tredje vil vi undersøke *om virkemiddelbruken praktiseres likt overfor de ulike regionale foretakene*. Blir virkemiddelbruken generell eller selektiv? I hvor stor grad aksepteres regionale forskjeller? Problemene i de ulike regionene er ikke standardiserte og relasjoner til lokalmiljø, historikk osv. er også forskjellig i de ulike regionene.<sup>10</sup> I hvor stor grad vil eier ta ”høyde for” slike forskjeller?

Samlet vil disse problemstillingene si noe om hvilken *rolleforståelse* som i praksis utvikler seg på statlig nivå når det gjelder styring av de regionale foretakene. Hvordan rolleforståelsen utformes/utvikles vil kunne avhenge av flere forhold. En sentral rammebetingelse er hvor klart og entydig lovverket er på dette punktet. Jo større rom for skjønn og fortolkning det gir mht. valg og bruk av ulike styringsmidler, jo større fleksibilitet vil staten ha i sin styring. Samtidig kan dette innebære at den ønskede balansen mellom statlig styring og lokal autonomi for foretakene ikke oppnås. Dette leder over til et tredje spørsmål:

*Hvilke forhold kan svekke statens styringsrolle? I hvilken grad, og eventuelt hvorfor utfordres statens styringsrolle?* Den rasjonelle styringslogikken som reformen bygger på, har en implisitt tanke om en entydig styringslinje fra Stortinget via departement til de regionale foretakene. I den grad det kan oppstå flertydighet i styringslinjen, kan det være med å utfordre effektiviteten i styringslinjen. Vi vil fokusere på tre forskjellige kilder til slik flertydighet:

For det første omfanget av *politisk interessehevding/ lobbyvirksomhet*. Et interessant spørsmål her er om press fra lokalpolitiske aktører, pasientgrupper, profesjonsgrupper, eller andre, bidrar til at Stortinget tar opp saker og blander seg inn i spørsmål som reformen forutsetter skal avklares av departementet eller av det regionale helseforetaket. Vi vil både undersøke i hvilken grad lokale og regionale aktører eller interessegrupper driver lobbyvirksomhet overfor Stortinget i slike saker, og i hvilken grad stortingsrepresentanter eller Stortingets institusjoner forfølger slike saker. Et sentralt spørsmål blir i hvilken grad politiske signaler og vedtak som resultat av slik lobbyvirksomhet bidrar til klarhet og usikkerhet om helsepolitikken.

For det andre *uklarheter og inkonsistens i styringssystemet*, relatert til kompleksiteten som preger den funksjonen som skal styres (spesialisthelsetjenesten). I hvilken grad klarer departementet å utforme entydige styringssignaler? I hvilken grad er virkemidler for å oppnå ulike delmål konsistente? I hvilken grad står for eksempel statens krav (eller

<sup>10</sup> Jfr. bl.a. evalueringen av regionalt helsesamarbeid.

bestillinger) i forhold til de økonomiske og organisatoriske rammebetingelsene de regionale helseforetakene er gitt?

For det tredje *de institusjonelle føringene aktørene tar med seg inn i det nye systemet*. Vi tenker her på historiske og verdimeslig forankrede relasjoner, arbeidsmåter, prosedyrer og strukturer knyttet til ulike aktørgrupper, som pasientgrupper og profesjoner. Hvordan påvirker slike institusjonelle føringer styringsforløpet fra departementet og nedover i styringslinjen? Gjør etablerte tanke- og handlingsmønstre i helseforvaltningen det vanskelig å tilpasse seg forventningene om en ny styringskultur og styringslinje?

### 4.3 De regionale helseforetakenes rolle

De regionale helseforetakenes plassering mellom departementet og helseforetakene/ virksomhetene i styringskjeden gir dem en styringsmessig svært interessant posisjon. De skal være statens forlengede arm overfor helseforetakene når det gjelder overordnede styringssignaler og krav, samtidig som de skal ha den nødvendige styringsmessige frihet og autoritet til å styre helseforetakene i driftsspørsmål i henhold til egne regionale prioriteringer. Samtidig er det understreket at de regionale helseforetakene må gi helseforetakene handlefrihet slik at foretakene blir myndiggjort og ansvarliggjort i forhold til egen driftssituasjon og utvikling. De regionale helseforetakene må dermed balansere mellom å ivareta statens oppgraderte styringsposisjon regionalt, samt sørge for at helseforetakene får tilstrekkelig frihet i samsvar med den desentralisering av ansvar og myndighet som foretaksorganiseringen forutsetter.

Foretakets driftsmessige ansvar defineres gjennom:

- Mål og planprosess og organisatoriske tiltak
- Fordeling av ressurser
- Arbeidsgiverpolitikk

Resultater i form av bedre arbeids og funksjonsfordeling, regional likhet i tjenestetilbudet, samordning av investeringer og avtaler med private aktører vil være avhengig av de interne prosesser i foretaket. Det gir muligheter for ulik utvikling av de regionale foretakene. Et komparativt perspektiv som kan definere ulikheter i prosess og resultater mellom regionene kan peke på suksessfaktorer. Det vil også være interessant å se om statens styringssignaler oppfattes forskjellig mellom regionene.

På samme måte som for forholdet mellom departement og regionalt foretak omhandler problemstillingene her spørsmålet om de regionale helseforetakene har den nødvendige formelle organisatoriske handlefrihet og autoritet i samsvar med reformens intensjoner, og hvordan de i så fall utøver sin myndighet i praksis overfor helseforetakene. Dels dreier dette seg om hvordan de regionale helseforetakene opplever og fortolker overordnede politiske styringssignaler, dels hvordan de fem regionale helseforetakene forholder seg til helseforetakene.

Det første spørsmålet er *hvordan de regionale helseforetakene følger opp og fortolker helsepolitiske målsettinger og overordnede styringssignaler* – blant annet gitt gjennom foretaksmøte eller gjennom styringsdokumentene til de fem regionene. Særlig viktig i denne sammenhengen er hvordan de regionale foretakene velger å følge opp det årlige styringsdokumentet der staten har beskrevet oppdraget til regionalt helseforetak. Hvilke saker prioriteres, når og hvordan? Den konkrete oppfølgingen av oppdraget kan blant annet ses i forhold til vedtak regionalt og hvordan de regionale foretakene organiserer seg internt. Hvilke avdelinger og interne planer og rutiner som etableres vil kunne sin noe om

hvordan de regionale helseforetakene ser for seg at de skal følge opp målene for reformen.

De regionale helseforetakene skal være statens instrument når det gjelder oppfølging av statlige satsingsområder som bedre arbeids- og funksjonsfordeling, kreftomsorg, samt opptrapping av psykiatrien. Vi vil legge særlig vekt på hvordan de regionale helseforetakene følger opp statens helsepolitiske målsetting om økt samordning og *bedre arbeids- og funksjonsfordeling*. En målsetting med reformen er å styrke så vel den nasjonale og den regionale samordningen. En slik samordning er forventet å gi betydelige gevinster både i forhold til beslutninger om investeringer, dimensjonerings og arbeids- og funksjonsfordeling (Ot.prpr. nr. 66 (2000-2001):33-34). *På hvilken måte gir de regionale helseforetakene arbeidet med samordning og bedre arbeids- og funksjonsfordeling et konkret feste i foretakets virksomhet?* Hvordan følger de opp eventuelle statlige initiativ eller pålegg til samarbeid på tvers mellom regionene, og (hvordan) tar regionene selv initiativ til samordning og arbeids- og funksjonsfordeling innenfor/mellom regionen(e)? En særlig interessant side knyttet til oppfølgingen av dette helsepolitiske målet er hvordan de regionale helseforetakene håndterer mer kontroversielle spørsmål knyttet til endringer i sykehusstrukturen, bygging av nye sykehus og samordnede investeringer/innkjøp - spørsmål som har vist seg vanskelige å håndtere innenfor den gamle styringsstrukturen. Blir de regionale helseforetakene beslutningseffektive i forhold til spørsmål der det kan være snakk om omfordeling av ressurser og tjenester mellom helseforetakene?

Innenfor denne problemstillingen vil det dessuten være interessant å kartlegge omfanget av avtaler med private aktører og prioriteringer mellom somatikk og psykiatri. På hvilke områder er det avtaler med private aktører i dag, og hvilke endringer skjer det i omfanget i løpet av evalueringsperioden? Når det gjelder forholdet mellom somatikk og psykiatri, ser vi blant annet at det er ulik organisering av områdene i den nye modellen. I enkelte foretak, for eksempel i region vest, så er psykiatri og somatikk slått sammen. Også i Helse Midt-Norge tar en sikte på å integrere psykiatrien i den somatiske delen.

Et neste sentralt spørsmål er *om de regionale helseforetakene klarer å etablere et styringsforhold mellom regionalt helseforetak og helseforetakene som ivaretar de organisatoriske målsettingene for reformen?* Oppnås det klarhet og forutsigbarhet i forhold til "hvem som gjør hva" mellom regionalt helseforetak og helseforetakene? Er ansvarsforholdene ryddige og oppnås en ansvarliggjøring og myndiggjøring av helseforetakene? Disse forholdene angår i stor grad hvilken *rolle* det regionale helseforetaket inntar, hvilke *virkemidler* det tar i bruk overfor helseforetakene og på hvilke *felt* av helseforetakenes virksomhet det forsøker å styre. Inntar de regionale helseforetakene en strategisk overordnet rolle i forhold til helseforetakene eller inntar de en mer løpende saksorientert og detaljert styringsrolle der de intervensjoner på en rekke felt? Som nevnt tidligere skal de regionale helseforetakene ha stor handlefrihet som selvstendige rettssubjekter og med det kontroll over økonomi, kapital og organisasjon. Et av spørsmålene er hvordan denne formelle råderetten over en rekke viktige ressurser slår ut i styringen av helseforetakene. Her hører også spørsmålet om hvilke virkemidler regionalt helseforetak tar i bruk (administrative/legale/økonomiske) overfor helseforetakene. Hvor effektive disse virkemidlene er vil ikke bare ha å gjøre med typen virkemiddel, men også om regionalt helseforetak har så stor autoritet overfor helseforetakene at de faktisk blir fulgt opp. Til sist er det også et spørsmål om hvilke felt av helseforetakenes virksomhet som regionalt helseforetak forsøker å styre. Er det i forhold til økonomi, sykehusstruktur, effektivisering, prioritering og dimensjonering av tjenestene eller kvalitetsutvikling av tjenestene? Eller litt av alt? I denne sammenheng er det et interessant spørsmål om forskjellene mellom de regionale helseforetakene (admini-



strasjonens størrelse, styresammensetningen og antall helseforetak) har noen betydning for styringsutøvelsen i forhold til helseforetakene.

Et tredje spørsmål, som er viet en del oppmerksomhet i den offentlige debatten, er spørsmålet om *reformen bidrar til økt byråkrati*? Flertallet i Sosialkomiteen pekte i innstillingen til helseforetakslov (Innst. O. nr. 118 2000-2001:32) blant annet på nødvendigheten av ”å begrense de byråkratiske funksjonene til det som er nødvendig.” Vi vil søke å kartlegge hvor stor administrasjon som bygges opp i de ulike regionene, og hvordan denne er sammensatt mht. erfaringsbakgrunn (offentlig/privat/fylke/stat osv) og profesjonstilhørighet for de ansatte. Hvor mange er overført fra fylkeskommunene, og hvor mange er ansatt i tillegg? En slik kartlegging kan kaste lys over diskusjonen om økt byråkrati. Vi vil kunne studere forskjeller med hensyn til bruk av hierarki som styringsmiddel eller om en har fått til enklere strukturer med delegering av ansvar. Organisasjonsstrukturen på regionalt nivå vil også kunne studeres i forhold til oppgave/funksjonsfordeling og samarbeid mellom helseforetakene. Kartleggingen kan dessuten brukes til å forklare beslutningsprosessers forløp og innhold.

Et fjerde spørsmål er om det er *forhold som kan svekke det regionale helseforetaket som helsepolitisk instrument*. I reformen er de regionale foretakene viktige for å sikre klare ansvarsforhold og gjøre styringen av de mange helseforetakene håndterbar for staten. Det kan imidlertid tenkes flere forhold som kan bidra til å svekke de regionale foretakenes styringsmessige autoritet og legitimitet. Det ene forholdet er den betydelige *organisasjonsmessige kompleksitet* som de mange helseforetakene representerer. Uansett om regionene har organisert seg i mange eller et fåtall helseforetak, så er foretakene gjerne ledelsesmessige overbygninger over en rekke ulike institusjoner og virksomheter. I sum representerer alle foretakene og de underliggende virksomhetene en betydelig organisasjonsmessig - og dermed også fagpolitisk - kompleksitet som det kan være vanskelig for de regionale helseforetakene å overskue. Mangler foretakene oversikt kan det være vanskelig å utøve treffsikker styring i forhold til helseforetakene. En annen kilde til forvitring av de regionale helseforetakenes autoritet og legitimitet er de mange og sterke *profesjonene* som befolker helseforetakene og de mange underliggende virksomhetene. Mobiliseres profesjonene til motstand på bred front mot beslutninger i regionalt foretak vil det være interessant å se hvilke strategier de regionale helseforetakene velger i slike mer akutte situasjoner. Det kan også tenkes at *lokalsamfunn* og fylker vil kunne mobilisere mot beslutninger i regionalt helseforetak. Dette kan være et tredje forhold som kan utfordre autoriteten og legitimiteten til de regionale helseforetakene. Det kan også oppstå *allianser* av ulike slag mellom profesjoner, lokalbefolkning og politikere. Hva gjør de regionale helseforetakene i slike situasjoner? Bli de handlingslammet? Prøver de å skyve ansvaret fra seg? Omgjør de vedtak? Eller står de på sitt? Hva de regionale helseforetakene faktisk gjør vil være et interessant empirisk spørsmål. Det vil være svært interessant å studere hvilke utfordringer som ligger i lokale variasjoner og hvordan disse takles.

## 4.4 Helseforetakenes rolle

Det spesielle med dette nivået er at vi befinner oss på utøvende virksomhetsnivå med ansvar for tjenesteproduksjon. Helseforetakene skal stå for driftsdelen av virksomheten, mens de regionale helseforetakene skal stå for planlegging og tilrettelegging. All utøvende virksomhet *skal* i henhold til lov om helseforetak §9 organiseres som helseforetak. Foretakene er fullt ut eid og underlagt de regionale foretakene.

Også her vil forholdet mellom overordnet styring og autonomi og iverksetting av helsepolitiske målsettinger stå i fokus for analysen. Flertallet i Sosialkomiteen legger i innstillingen til helseforetakslov (Innst. O. nr. 118 2000-2001:32) vekt på at hensikten med reformen er å desentralisere styringen, effektivisere ledelse og delegerer ansvar innenfor de helsepolitiske mål og rammer, og at mest mulig av aktiviteten må anvendes der pasientene er. Hvorvidt og hvordan en greier å unngå at behovet for overordnet styring og kontroll ikke utvikler seg til innblanding og detaljstyring av de enkelte virksomhetene er et svært interessant spørsmål. Et annet er om og eventuelt hvordan helseforetakene følger opp signaler og vedtak fattet av de regionale helseforetakene. Litt satt på spissen kan det være et spørsmål om helseforetakene bruker sin autonomi til å utvikle tjenestene overfor pasientene eller til å utvikle strategier overfor overordnede styringssignaler.

*Får ledelsen ved virksomhetene tilstrekkelig handlingsrom og kontroll over egne ressurser til å utforme tjenestene på en effektiv måte og i henhold til de politiske målsettingene? I hvilken grad skjer det en reell delegering av ansvar og myndighet som gir ledere på virksomhetsnivå den nødvendige autoritet og styringsposisjon? Det sentrale spørsmålet er altså hva som legges i målsettingen om myndiggjøring og ansvarliggjøring, og hvordan ansvarsfordelingen mellom regionalt nivå og helseforetakene blir praktisert og opplevd. En sterk grad av delegering av myndighet og stimulering til å ta egne beslutninger, vil antakelig styrke ledelsesautoriteten i virksomhetene. Dette er imidlertid et empirisk spørsmål. I evalueringen blir det en oppgave å undersøke hvordan mandat og regler formelt blir utformet, hvordan ledelsen ved virksomheten fortolker og utøver sitt mandat og hvilken legitimitet leder for virksomheten får.*

I forbindelse med evalueringen av de regionale helseforetakenes rolle kartlegger vi de formelle ansvarsforholdene mellom regionalt foretak og helseforetakene, hvilke virkemidler regionalt foretak tar i bruk overfor helseforetakene, og på hvilke felt av helseforetakenes virksomhet en søker å styre. Under delen om helseforetakene vil vi studere hvordan de regionale helseforetakenes styringskultur opplever i utvalgte helseforetak. Hvordan fortolkes overordnede styringssignaler? Oppfattes styringen som overordnet og konsistent eller som uklar og som unødig innblanding og detaljstyring? Samspillet og tillit mellom det regionale foretaket og de underliggende foretak/virksomheter står altså sentralt. På det formelle plan vil konsernledelse skje som en kommunikasjon mellom styret i det regionale foretaket og styrene i helseforetakene. Et interessant spørsmål er hvor sterke eller løse koblinger det er mellom styrene, og mellom styret i helseforetakene og ledelsen i de enkelte foretak/virksomheter.

*(Hvordan) evner helseforetakene å gjennomføre nødvendige endringer besluttet på regionalt nivå? Innenfor denne problemstillingen vil vi fokusere på om og hvordan helseforetakene faktisk følger opp og iverksetter vedtak fattet på regionalt nivå. Fokus settes på vedtak knyttet til samordning og arbeids- og funksjonsfordeling. Er det vilje til å slutte opp om og følge opp regionale vedtak på virksomhetsnivå? Har en de nødvendige ressurser til å følge opp fattede vedtak? Hvilke typer vedtak følges opp? Når oppstår konflikter, og om hvilke spørsmål? I analysen vil iverksatte tiltak innenfor arbeids- og funksjonsfordeling være en sentral avhengig variabel.*

*Hva kan forklare manglende styrings- og iverksettingseffektivitet mellom regionalt helseforetak og helseforetakene? På samme måte som høyere opp i styringskjeden (mellom stat og regionale foretak) forutsetter reformen at det er en entydig og effektiv styringslinje mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak. Dersom det oppstår flertydighet i eller motstand mot denne styringslinjen, kan det være med på å*

skape manglende styrings- og iverksettingseffektivitet mellom regionale helseforetak og underliggende foretak/virksomheter.

Vi har tidligere pekt på ulike forhold som kan svekke det regionale helseforetaket som helsepolitisk styringsinstrument - henholdsvis organisasjonsmessig kompleksitet, profesjonsmotstand og mobilisering fra lokalsamfunn, kommuner og fylker. *I evalueringen av helseforetakenes rolle vil vi særlig legge vekt på å forstå hvordan reformen utfordrer tilvante autoritetsforhold, handlingsmønstre og handlingslogikker på virksomhetsnivå.* De gamle helseregionene ble organisert hierarkisk med region-, sentral-, fylkes- og lokalsykehus. Et interessant spørsmål er hvorvidt denne "tradisjonen" vil utgjøre motkrefter i den nye organisasjonen som kan forklare hvorvidt eventuelle endringer i funksjonsfordeling og andre endringer godtas og etterlevs. Blir det konkurranse eller samarbeid mellom helseforetakene?

En annen interessant innfallsvinkel er knyttet til de mange former for autoritet og handlingslogikker som gjør seg særlig gjeldende på sykehusnivå. Det utøves både en byråkratisk/administrativ, en medisinsk og en bedriftsdemokratisk autoritet (Berg 1987). Enkeltaktørers tanke- og handlingsmønster preges dessuten av spenningen mellom en økonomisk logikk, medisinsk logikk og brukerbehov – krefter som trekker i ulike retninger. Det kan argumenteres for at den medisinske logikken er vekst- og kostnadsskapende, og at den forsterkes av brukerbehov. Den økonomiske logikken er på sin side mer disiplinerende med hensyn til prioriteringer og behov. I analysen av styringseffektiviteten på helseforetaksnivå vil vi legge vekt på å forstå hvordan samspillet og spenningen mellom ulike handlingslogikker påvirker helseforetakenes respons på styring ovenfra.

## 4.5 Sluttord

I den nye modellen med statlig eierskap og foretaksorganisering stilles det ganske strenge krav til klar rolleforståelse mellom staten, de regionale helseforetakene og helseforetakene. Staten forventes å klart skille mellom sin eierrolle og myndighetsrolle, samtidig som staten må balansere sin oppgraderte styringsposisjon med desentralisering av oppgaver og myndighet gjennom foretaksorganiseringen.

Kravet til å balansere på en stram line gjelder også i høyeste grad de regionale helseforetakene. De skal på den ene siden være lojale iverksettere av statlig helsepolitikk samtidig som de skal ha stor handlefrihet som egne rettssubjekter. De skal ha tilstrekkelig autoritet til å styre helseforetakene, men de skal ikke detaljstyre dem siden det kan gå utover den frihet som helseforetakene er forutsatt å ha – særlig i driftsspørsmål. En utfordring knytter seg dermed til å finne et hensiktsmessig balansepunkt mellom overordnet styring og lokal frihet – mellom staten og de regionale helseforetakene og mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Realisering av målene om forsterket statlig styring, klarere ansvarsforhold og en ansvarliggjøring og myndiggjøring av helseforetakene henger nødvendigvis nøye sammen med aktørenes lojalitet til den nye statlige modellen. Styringseffektivitet er også et spørsmål om lojalitet. En kritisk test av aktørenes lojalitet vil ikke minst være knyttet til håndtering av politisk vanskelige saker, for eksempel knyttet til større endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Vil aktørene trå støtt i slike politisk vanskelige saker? Eller vil det skje en (lokal) politisk mobilisering og alliansebygging som setter styrings- og kommandolinjene i den nye modellen under press? For eksempel

ved at lobbyvirksomheten mot Stortinget øker og at Stortinget kanskje velger å gripe inn i enkeltsaker som formelt ligger til eier eller foretakene å avgjøre.

Det er ikke vanskelig å peke på mulige fallgruver for den nye statlige modellen. Velger staten å overprøve beslutninger i de regionale helseforetakene som formelt ligger til foretakene å avgjøre, kan det skape (ny) ansvarsuklarhet. Den samme ansvarsuklarhet kan oppstå om ikke staten utad klarer å opptre med ”en stemme” – det vil si at det oppstår et uklart skille mellom statens eierrolle og myndighetsrollen.

Det vil også være et problem for den nye modellen om ikke de regionale helseforetakene makter å styre helseforetakene – enten fordi de mangler nødvendig autoritet eller fordi det styringsmessig blir for komplekst. Da er det en fare for at handlefriheten for helseforetakene blir så stor at det kan oppstå en form for suboptimalisering. De regionale helseforetakene makter med andre ord ikke å ta ut det som måtte finnes av samordningsgevinster gjennom å se helseforetakene i den enkelte region i sammenheng. Men samtidig må ikke de regionale helseforetakene detaljstyre helseforetakene. Det kan skape (ny) ansvarsuklarhet og gå utover ønsket om forsterket ansvarliggjøring og myndiggjøring av helseforetakene. Oppnås ikke en slik ansvarliggjøring og myndiggjøring kan det hende at helseforetakene benytter handlefriheten til lobbyvirksomhet og/eller at de prøver å kvitte seg med de vanskelige sakene ved å skyve dem oppover i styringsskjeden – til de regionale helseforetakene eller kanskje direkte til Stortinget. En slik situasjon ville sette både ansvarsforholdene og styringseffektiviteten i den nye statlige modellen under press.

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

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

---

# Litteratur

Berg, O. (1987): *Medisinens logikk*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Finstad, N, T Haugberg, B Kjenslie, T Lie, S Opedal, I M Stigen (2001a): "*Regionale helseplaner. En evaluering av planprosess og innhold*". Underveisnotat, sommer 2001.

Finstad, N, S Hovik, B Kjenslie, T Lie, S Opedal, I M Stigen (2001b): "*Mens vi venter på staten.... Iverksetting i en overgangsfase*". Underveisnotat, høst 2001.

Lowi, T. (1964): *American business, public policy, case studies, and political theory*. World politics 16: 677-715

Lowi, T (1972): *Four Systems of Policy, Politics and Choice*. Public Administration Review 32:298-310.

March, J. og Olsen J. P. (1989): *Rediscovering institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press

Selznick, P.(1957): *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. New York. Harper and Row

## **Statlige offentlige dokumenter**

Sosial- og helsedepartementet, SHD: Forskrift om regional helseplan av 1.2.99

Sosial- og helsedepartementet, SHD: *Om krav til og arbeidet med regionale helseplaner*. Brev til de regionale helseutvalgene av 12.04.99. Rundskriv I-19/99

Sosial- og helsedepartementet, SHD: *Regionale helseplaner: Nasjonale mål og satsningsområder for planperioden/gjennomføringsfasen 2001-2004*. Brev til de regionale helseutvalgene av 29.06.99. Rundskriv I-34/99

St. meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusbygging m.v i et regionalisert helsevesen*.

St. meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*

St. meld. nr. 24 (1996-1997) *Tilgjengelighet og faglighet.*

St.meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*

NOU 2000:22 *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om foretak m.m.

Besl. O. nr. 123 Vedtak til lov om helseforetak m.m.