

Sammendrag

Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.)

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

Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005

En prosessevaluering. Sluttrapport

Samarbeidsrapport 2005

Om oppdraget og problemstillinger

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

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

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

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

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

Komplekse problemer, tilgang på løsninger og handlekraftige politiske ledere

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

Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse

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

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

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

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

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

Et aktivt Storting

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

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

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

Helsedepartementets styring av helseforetakene – rollemangfold og sterk sektorstyring

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

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

Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?

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

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

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

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

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

Effektivisering av sykehusstrukturen: Staten bedre enn fylkeskommunene?

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

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

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

Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?

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

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

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

Er reformen på rett veg?

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