

KAPITTEL 2

Bakgrunn og teoretiske perspektiver

2.1 Bakgrunn

De prosessene jeg har studert, strekker seg over et langt tidsrom – tilbake til slutten av 1960-årene. De «spill» og «strategier» som er beskrevet her, må forstås innenfor rammen av nasjonale utviklingstrekk i helsepolitiske mål og tiltak. Østfold-casen illustrerer og utdyper hvordan disse overordnede rammene manifesterer seg på lokalt og regionalt nivå. Flere forfattere har vært opptatt av hvordan rammene for helsesektoren har endret seg: Ole Berg har særlig knyttet den historiske utviklingen med ulike faser til endringer i makt- og innflytelsesforhold mellom ulike kunnskapsregimer og profesjonsgrupper i Norge (Berg, 1987, 2009). Internasjontalt har for eksempel Scott et al. (2000) analysert utvikling i amerikansk helsevesen. Og andre igjen har vært særlig opptatt av reformer i helse- og forvaltningssystemet, ofte med et særlig fokus på de siste årenes radikale endringer knyttet til sykehusreformen i 2002 (Opedal & Stigen, 2005; Byrkjeflot & Neby, 2008; Melberg & Kjekshus, 2012; Tjora & Melby, 2013; Bukve & Kvåle, 2014). Magnussen, Vrangbæk og Saltman (2009) har sett endringsprosesser i sektoren i et nordisk perspektiv. Her gjennomgår de likheter og ulikheter mellom de nordiske land sett i relasjon til ideen om en «nordisk modell» i helsesektoren. Sammen med mange andre arbeider er det imidlertid også i deres analyse særlig de siste tiårene som er i fokus, noe som er naturlig ettersom en her har opplevd både omfattende og til dels radikale endringer i helsesystemet i disse landene. Og det er fremdeles relativt usikkert i hvilken grad de reformene som har vært iverksatt, har fått de effekter en har ønsket fra politisk hold (Hagen & Vrangbæk i Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009).

Med utgangspunkt i de spørsmål jeg er opptatt av, er det noen helsepolitiske rammer som er viktige å fokusere på: Det første er egenskaper

ved det norske forvaltningssystemet. Og det andre er reformene som har funnet sted innenfor de forvaltningspolitiske rammene som tjenestene er organisert innenfor. Jeg skal her – relativt kortfattet – skissere noen momenter innenfor disse temaene.

Forvaltningspolitiske perspektiver

De forvaltningspolitiske rammene for helsetjenestene i Norge har historisk vært sterkt preget av ønsket om å kombinere likhet i tilgang på helsetjenester, desentralisering av tjenestene til politisk styrte lokale organer og faglig kvalitet i utførelsen av helsearbeid (Byrkjeflot & Neby, 2008; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009). Disse verdiene står i et spenningsforhold – og potensielt motsetningsforhold – til hverandre. Historisk har helsetjenestene i Norge vært kjennetegnet av *desentralisering* av forvaltningssystemet. Ideen om det lokale selvstyret har stått sterkt – selv om dette selvstyret har vært «undergravet» av en rekke prosesser der statlige myndigheter har fått stadig sterkere innflytelse – for eksempel gjennom finansiering av tjenestene, faglige minstekrav, kontroll- og tilsynsordninger (Aarsæther & Vabo, 2002). Frem til sykehusreformen i 2002 var forvaltningssystemet kjennetegnet av at fylkeskommunen var et selvstendig politisk system som hadde ansvaret for planlegging, organisering og – i utgangspunktet – finansiering av disse tjenestene. Frem til 1976 var den sterke lokalpolitiske forankringen uttrykt ved at fylkestinget var sammensatt av blant annet ordførerne og andre politikere fra samtlige kommuner i det enkelte fylke. Som en kan se for seg, innebar denne modellen at helsepolitiske avgjørelser ofte dreide seg om å kjempe for lokale interesser, finne kompromisser og derved balansere lokale hensyn når det gjaldt fordelingen av tjenester (også sykehus og sykehusfunksjoner) innenfor fylkets grenser.

Denne situasjonen endret seg i første omgang gjennom etableringen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan i 1976. Dette innebar bl.a. egne fylkestingsvalg, der altså fylkespolitikere var valgt fra egne valglister. I prinsippet skulle dette borge for en større grad av «frikopling» fra kommunale interesser. Men fylkestingspolitikere opplevde å komme i en vanskelig mellomposisjon, mellom statlige krav og

kommunale forventninger og krav. En ekstra utfordring var, som Balderheim (1990) har formulert det, at etableringen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan i 1976 var «*unnfanget på en søndag men født på en mandag*» – forstått slik at de økonomiske rammene for fylkespolitisk arbeid ble trangere enn forutsatt da denne endringen i forvaltningssystemet ble utredet. Etter hvert fikk fylkeskommunen problemer med nasjonal politisk oppslutning, og flere partier mente at en burde avvikle dette mellomnivået i forvaltningen. Og gjennom sykehusreformen i 2002 ble det gjennomført en radikal endring i forvaltningen av helsepolitikken, i og med at staten overtok ansvaret for spesialisttjenestene inkludert sykehus. Sykehusreformen 2002 innebar at fylkeskommunene mistet oppgaver som representerte ca. 65–70% av deres budsjetter. Dette ble senere et argument for å slå sammen flere fylkeskommuner til større enheter, som skulle få flere oppgaver overført fra statlige myndigheter. Statsovertakelsen av spesialisttjenestene innebar en – i norsk sammenheng – radikal forvaltningsreform, som brøt med den historiske – riktig nok ganske kortvarige – tradisjon med desentralisert ansvar for helse-tjenestene (Byrkjeflot & Neby, 2008; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009).

Et reformperspektiv – hvorfor og hvordan reformer?

De forvaltningspolitiske rammene som er beskrevet ovenfor, manifesterte seg i særlig grad når det gjaldt utviklingen i spesialisttjenestene og sykehusstruktur. Reformene i helsesektoren har vært mange, men frem til statsovertakelsen i 2002 dreide de seg om endringer innenfor den forvaltningspolitiske rammen som fylkeskommunen representerte. Som jeg skal diskutere nærmere i neste kapittel, har helsesektoren sin egen logikk, knyttet til historiske, institusjonaliserte særtrekk. Disse trekkene kjenneretegner også reformene i sektoren. Martinussen og Magnussen (2009, s. 21) skiller mellom reformer forankret i strukturelle og institusjonelle særtrekk på den ene siden, og endringer i mål og ambisjoner på den annen side. De sammenholder fem tema reformene har kommet til uttrykk som: forholdet mellom stats- og markedsløsninger, grad av sentralisering og

desentralisering, utvikling i pasientrettigheter, rollen som forebyggende helsearbeid gis, og finansiering og betalingsordninger. I vår sammenheng er det særlig diskusjonen av nye politiske mål og ambisjoner, desentralisering/sentralisering sett i lys av nye styringsbehov, faglige og teknologiske forutsetninger, nye styrings- og organisasjonsprinsipper for tjenestene og nye ledelsesformer som er interessante.

Hovedutfordringen med den desentraliserte, fylkeskommunale modellen ble etter hvert knyttet til den økende statlige de-facto-finansieringen av helsetjenestene på den ene siden og de fylkespolitisk styrte beslutningene om utvikling av tjenestene på den annen side. Gjennom flere reformer søkte statlige myndigheter å effektivisere, regulere og samordne tjenestene. Dette skjedde gjennom lovreguleringer, som sykehusloven som ble gjeldende fra 1969. I 1974 ble det opprettet fem sykehusregioner (de som opprinnelig ble lagt til grunn for de fem regionale helseforetakene i forbindelse med sykehusreformen i 2002). Disse regionene var forutsatt å samordne sykehusenes virksomhet innenfor hver sin region, først som relativt frivillige pålegg, senere – i 1994 – som obligatoriske krav til regional samordning.

Parallelt med disse administrative reformene kom det også endringer i finansieringssystemet, med innføring av aktivitetsbasert finansiering og DRG (Diagnose-relaterte grupper) i 1997. Det siste er et system for klassifisering av behandling i sykehus, som fremdeles er gjeldende. Systemet innebærer at det nå er definert ca. 900 grupper av behandlinger, som gruppevis forventes å kreve en bestemt mengde ressurser. Systemet ble opprinnelig utviklet for det amerikanske Medicare, senere innført i norsk helsevesen (Kjekshus, 2012; Neby, 2008).

Da sykehusreformen ble vedtatt iverksatt fra 2002, var bakgrunnen at statlige myndigheter ikke lenger mente at fylkeskommunene var i stand til å håndtere de utfordringene og dilemmaene helsesektoren stod overfor. Sykehusreformen innebar at fylkeskommunene ble fratatt ansvaret for spesialisttjenestene, et radikalt reformtiltak som skjedde gjennom et «Big Bang» – et raskt hierarkisk grep som brøt med den norske forvaltningstradisjonen (Martinussen, Neby & Vrangbæk, 2017). Resultatet var at desentralisering nå kan betegnes som «dekonsentrasjon», det vil si at lokale politiske myndigheter ikke lenger involveres i styringen av

sykehussektoren. Kort sagt innebar dette at en desentraliserte ansvaret for tjenestene til administrative organ; regionale helseforetak og innenfor disse til semi-autonome lokale sykehusforetak. Hvert sykehusforetak kan ha ansvar for flere sykehus. Sett i vår sammenheng er det viktig å understreke de grunnene som ble oppgitt for reformen: For det første behovet for likhet i helsetilbudet for hele landet. For det andre at forholdet mellom statlige og fylkeskommunale myndigheter hadde utviklet seg til et spill om ansvar – en såkalt «blame game», der alle skyldte på alle andre (Opedal & Stigen, 2005; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009; Byrkjeflot & Neby 2008; Halvorsen, 2019). De økonomiske relasjonene mellom statlige og lokale myndigheter innebar at en i fylkeskommunene valgte å opprettholde eller videreutvikle tjenestene til tross for at de økonomiske rammene som statlige myndigheter i all hovedsak vedtok, ikke ble fulgt. Resultatet ble omfattende og akkumulerende budsjettunderskudd, som i sin tur innebar at press på dekning av underskuddene ble sendt tilbake til staten. I den perioden jeg har studert, kom dette i tillegg til at innstramminger med redusert vekst i overføringen også medførte manglende omprioriteringer (for eksempel fra somatikk til psykiatri) (Ramsdal, 2013, s. 214–233). Til tross for dette var Stoltenberg-regjeringen i 2001 tydelige på at ingen lokalsykehus skulle nedlegges – men uten at det ble gitt eksplisitte formuleringer av hvilke funksjoner et lokalsykehus skulle ha – noe som gjorde at forsvarerne av lokalsykehusene var i tvil om hva dette utsagnet innebar i praksis (Kvåle & Torjesen, 2014, s. 155).

Jeg vil i del 3 komme tilbake til de organisasjons- og ledelsesformene sykehusreformen innebar. Men det er interessant å konstatere at helsemyndighetene tok initiativ til å utrede disse formene i flere sammenhenger før reformen. I NOU 1999:15 «Hvor nært skal det være?» tok et ekspertutvalg for seg ulike tilknytningsformer for sykehusene. På mange måter var diskusjonen utvalget foretok, et frempek mot organiseringen sykehusreformen innebar. Blant de spørsmål utvalget stilte, var om alternative tilknytningsformer ville være mer hensiktsmessige enn den som eksisterte. Her ble både statsforetak, aksjeselskapsformen og stiftelsesformen utredet. Utvalget konkluderte ikke, men viste til at ulike helsepolitiske og faglige hensyn kunne ivaretas på ulike måter innenfor disse modellene. Det som er viktig her, er at utredningen viste til alternativer

som alle innebar en avvikling av den forvaltningsmodellen som da eksisterte.

Som Neby diskuterer i sin doktoravhandling, er «reform-begrepet» sterkt forbundet med «endring» og utviklingsprosesser. Reform er vanligvis definert som bevisste forsøk på å endre mål, styrings- og kontrollformer (Neby, 2008, s. 107). Derved skiller en mellom de mer løpende endringsprosesser som finner sted i sektoren, knyttet til for eksempel organisatoriske og styringsmessige tilpasninger til ny (medisinsk-faglig) teknologi, eller justeringer i finansieringssystemet der en for eksempel endrer vektingen av DRG-baserte overføringer fra sentrale myndigheter til helseforetakene (Neby, 2008).

Noen reformer hadde i løpet av den tiden denne boken omfatter, viktige konsekvenser for sykehussystemet og spesialisttjenestene: sykehusloven 1969, etableringen av fylkeskommunene (som selvstendig forvaltningsorgan) i 1976), sykehusreformen 2002 og samhandlingsreformen i 2012. I forbindelse med velferdsstatens oppbygging etter andre verdenskrig var det vanlig å hevde at helse- og velferdsreformer var preget av relativt spesifikke kjennetegn. Basert på omfattende «reformkompetanse» i nasjonalpolitiske og -administrative miljøer benyttet man seg av en slags verktøykasse der en avklarte om mål og målgruppe for reformen, anvendelse av legale, økonomiske, organisatoriske og ideologiske virkemidler, og et iverksettningssystem som var hierarkisk – fra stat til lokale forvaltningsnivå (Ramsdal, 2012). Sykehusloven fra 1969 fremstår som en viktig reform basert på kraften i lovendringer, mens omorganisering av fylkeskommunen er et eksempel på en organisatorisk forvaltningsreform som endret rammebetingelsene for beslutninger innenfor spesialisttjenestene, blant annet ved å til en viss grad «frikople» det fylkeskommunale politisk-administrative systemet fra sine tidligere direkte bindinger til primærkommunene.

De siste årene har en ofte vektlagt tre – til en viss grad sammenvevde – reformer innenfor denne sektoren: For det første endringer i styrings- og ledelsesreformer basert på det som betegnes som New Public Management (NPM). NPM har vært forstått som en bredt anlagt tilnærming for å «modernisere» offentlig sektor (Hood, 1991). Blant de virkemidler en taler om, er «fristilling», «konsernorganisasjon», mål- og rammestyring,

management-ledelse og et «kunde»-fokus (det vil her si pasientfokus) (Ramsdal & Skorstad, 2004; Lian, 2003; Pollitt & Bouchaert, 2000). For det andre sykehusreformen i 2002, som er ansett som en radikal, omfattende forvaltningsreform som endret rammebetingelsene for styring og ledelse av sektoren (Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009). Og for det tredje samhandlingsreformen fra 2012, som dreide seg om samordning og samarbeid mellom de ulike delene av tjenestene, særlig forholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenestene (Bukve & Kvåle 2014; Tjora & Melby, 2013). Det har vært hevdet at reformstrategier i vestlige velferdsstater har endret form i løpet av de siste par tiårene, fra hierarkiske til dialogiske reformdesign (Salamon, 2002; Lascoumes & Le Gales, 2007; Eliadis, Hill & Howlett, 2005). Samhandlingsreformen kan hevdes å ha et slikt preg, som en «retningsreform» der samspill og avtaler mellom forvaltningsnivåene er et kjennetegn (Ramsdal, 2012).

Et viktig kjennetegn ved de reformene som er gjennomgått, er at de dreier seg om forvaltningspolitiske endringer. Det vil si at det er endringer i ansvars- og samordningsforhold, økonomistyring – særlig overføringsordninger mellom stat og fylkeskommune/foretak – og ulike tilsyns- og kontrollordninger (Neby, 2008). *Målene* for helsepolitikken – «innholdet» i tjenestene – har vært påfallende stabile gjennom mange tiår. Dette kan synes som et paradoks – de konflikter, utfordringer og dilemmaer som en har opplevd i denne sektoren, dreier seg derfor i stor grad om hvordan forvaltningspolitiske rammer endrer betingelsene for å realisere målene – ikke om målene som sådan.

De prosessene jeg har studert, dreier seg dels om endringer innenfor rammene av de tidsepokene som fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan var gjeldende, dels om reformprosesser lokalt og regionalt som skjedde i tidsrommet til, eller etter at de tre sistnevnte reformene (NPM, sykehusreformen og samhandlingsreformen) ble gjennomført. I hvilken grad er utviklingen i helsesektoren i Østfold representativ for det som har skjedd og skjer i andre deler av landet? På et overordnet, teoretisk og strukturelt nivå mener jeg det finnes likhetspunkter med andre regionale prosesser om de tema som denne boken tar for seg. Østfold-casen kan derved fremstå som et «reflekterende speil» for tilsvarende prosesser andre steder. Likevel er det særpreg og lokale variasjoner – til tross

for at begrepsbruk, organisasjons- og styringsformer har mange likheter. Kanskje kan mine studier av de lokale endringsprosessene inspirere til tilsvarende analyser andre steder i landet – på samme måte som jeg har blitt inspirert av slike analyser både i Norge og i andre land.

Om «helsepolitiske spill»

«Helsesektoren» kan forstås som et konglomerat av tiltak og tjenester. Her er det særlig relasjoner mellom ulike ideer og aktører som påvirker utformingen av tjenestene som er i fokus. Tradisjonelt har en vært opptatt av tre forhold om dette: For det første den faglig-profesjonelle påvirkning, knyttet til ulike kunnskaper om hvordan helsearbeid skal utføres, og hvilke organisatoriske rammebetingelser som bør være til stede for å optimalisere anvendelsen av disse kunnskapene. For det andre påvirkning fra de politiske aktører, knyttet til helsepolitiske prioriteringer og økonomiske rammer og styringssystemer, og for det tredje organisatoriske forhold, knyttet til læring gjennom erfaringer og gjennom importering av organisasjonsløsninger fra andre sektorer. På et makronivå har en vært opptatt av hvordan aktører som representerer disse perspektivene, har kjempet om innflytelse, inngått allianser, skapt helsepolitiske konflikter og nye organisatoriske løsninger. På et slikt overordnet plan kan disse prosessene dreie seg om prioritering av helsetjenester i relasjon til andre (offentlige) tjenester, sykehusstruktur, funksjonsfordeling mellom sykehus, mellom sykehus og primærhelsetjenester, og mellom ulike faglige perspektiver og arbeidsformer. Dette makroperspektivet er preget av diskusjoner om det som ofte betegnes som «helsepolitiske spill».

Begrepet «helsepolitiske spill» ble benyttet allerede i St.m. nr. 24 (1996–97) «Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996). Her ble begrepet knyttet særlig til «tautrekking mellom forvaltningsnivåene»; økonomiske analyser av måten fylkeskommunene reduserte sine bevilgninger til helsesektoren på når statlige myndigheter økte sine. Begrepet ble utvidet til å dreie seg om de beslutningsprosessene som fant sted mer generelt mellom aktørene i sektoren i Helseplan 2000 (Grund & Hjort, 2000). Selv om planen ble utarbeidet av disse to forfatterne, ble den utgitt som en selvstendig bok og hadde derfor en noe uklar status mellom en «offisiell» plan fra

helsemyndighetene og en gjennomgang av utfordringer og krav til tiltak fra en gruppe kvalifiserte helsebyråkrater (Berg, 2009). Begrepet «helsepolitiske spill» fikk etter hvert en status som en overordnet beskrivelse av de beslutningsprosesser – og beslutningskriser – som en definerte innenfor denne sektoren (Halvorsen, 2019). Men disse prosessene hadde også tidligere blitt studert, som ledd i fremveksten av statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske analyser av sektoren. En av de tidligste var Finn Henry Hansen, som publiserte en artikkel om helsesektoren som «Velferdsstatens dronning» – og en utvikling i sektoren som han betegnet som «kjempevekst og fordelingskrise» (Hansen, 1979). Denne var i sin tur basert bl.a. på hans hovedoppgave fra 1974 om beslutningsprosesser i forbindelse med sykehusstriden i Møre og Romsdal (Hansen, 1974). Det ble i disse analysene vist til at ulike aktører – som representanter fra legeprofesjonen, andre helsefaggrupper, aksjonister i lokalsamfunnet, politiske og administrative aktører i fylkeskommuner og andre forvaltningsnivåer, ekspertgrupper og akademikere, og media – søkte å påvirke beslutninger om utviklingen av tjenestene, ikke minst sykehusstruktur, gjennom å delta i disse «helsepolitiske spillene». Her ble saker, synspunkter, aktører og løsninger koplet sammen eller fra hverandre i komplekse prosesser. En viktig dimensjon i disse prosessene var forholdet mellom de som arbeidet for å finne legitime løsninger som koplet faglige, økonomiske og lokalpolitiske interesser sammen i «helhetlige» strategier, versus de prosesser der noen få aktører, verdier og mål ble ivaretatt – det som ofte ble betegnet som «særinteresser».

«Helsepolitiske spill» er kanskje det viktigste inntaket til å forstå dynamikken i moderne helsetjenester, og det er gjort en rekke undersøkelser av hva som kjennetegner slike spill. Dette perspektivet er viktig for vår analyse, som et gjennomløpende tema for flere av kapitlene om Østfolds helsepolitiske utvikling.

Ved siden av de mer overordnede problemstillinger som blir assosiert med begrepet «helsepolitiske spill», er også spørsmål om organisering, styring og ledelse innenfor rammen av den enkelte institusjon gjenstand for tilsvarende analyser. Her er det med andre ord sykehuset som organisatorisk ramme som jeg er opptatt av. Sykehuset som organisasjonsform har vært gjenstand for utallige studier, noe som selvsagt har

sammenheng med dets viktige funksjon i helsetjenesten, men også fordi det representerer et viktig symbol for profesjonalitet, avansert kunnskap og teknologi, og ivaretagelse av livsviktige samfunnsfunksjoner. Også her gjør «spill» mellom ulike aktører og hensyn seg gjeldende, innenfor det som Berg (1987) betegnet som «autoritetsmangfold og beslutningskrise» i sykehusene. Sykehusstyret, som oftest hadde et flertall av fylkeskommunalt utpekte politikere fra det aktuelle helsedistrikt, bidro til å sementere sykehusets interesser i egenskap av en forsvarsskanse for lokalbefolkningen, direktøren kom i en klemme mellom sykehusstyre og fylkeskommunal administrasjon, og de relativt autonome profesjonsgruppene og andre «vetogrupper» sto derfor ofte på lokalbefolkningens side.

I vår sammenheng er de to nivåene nødvendige for å forstå hvilke hensyn som har vært gjeldende når helsesektoren i fylket har utviklet seg. For å forstå hvordan helsesektoren utvikler seg, må en forstå hvordan sykehusorganisasjonen endres. Men de helsepolitiske spill dreier seg om et større bilde, der sykehuset inngår som en sentral, noen vil hevde avgjørende faktor, for hvordan helsesektoren organiseres. De endringene jeg studerer her, er skapt i samspillet mellom de to nivåene. Det er imidlertid en krevende øvelse å skulle forklare det dynamiske samspillet mellom hensyn, interesser og faktorer som gjør seg gjeldende på de to nivåene – noe som er en begrunnelse for å konsentrere analysen om ett fylke.

2.2 Institusjonelle organisasjonsteorier

Min tilnærming er forankret i «institusjonelle» organisasjonsteorier. Den klassiske tilnærmingen innenfor denne teoritradisjonen vektla de etablerte rutiner, vaner og verdier som er bygget inn i organisasjoner, og som gir organisasjoner et relativt stabilt preg. Etter hvert har en blitt mer opptatt av dynamikken mellom stabilitet og endring innenfor denne teoritradisjonen – og hvordan endringer skjer innenfor relativt stabile rammer, og hvordan stabile trekk kan gjenkjennes der det tilsynelatende skjer endringer (Meyer & Rowan, 1977; Brunsson & Olsen, 1993). Mine analyser er forankret særlig i det en kan kalle historisk institusjonalisme, og utviklingen i de institusjonelle logikker som definerer og eventuelt endrer feltet (Thelen & Steinmo, 1992). Når jeg har studert utviklingen

av sykehussystemet i Østfold, ser en hvordan denne utviklingen skjer innenfor nasjonale rammer der helsemyndigheter på ulike nivå samspiller (eller motarbeider) hverandre. Som vist til ovenfor preges utviklingen i sektoren av helsepolitiske spill – som fremstår som et etablert, her forstått som «institusjonalisert», kjennetegn ved måten beslutninger tradisjonelt ble fattet på – og som fremdeles preger – sektoren. Fokuset på endringsstrategier dreier seg i min sammenheng om hvordan en har søkt å finne «helhetlige», synoptiske løsninger som bryter – eller avklarer – de problemstillingene som de helsepolitiske spill karakteriseres ved: særlig forholdet mellom faglig-medisinske, økonomiske og geografiske hensyn.

Å studere forholdet mellom endring og stabilitet her er en utfordring: Hvilke initiativ til helhetlige løsninger skaper grunnlag for reell endring? På hvilken måte er slike initiativ «absorbent» inn i institusjonaliserte organisasjons- og beslutningsformer, og hvordan kan en identifisere det «nye i det gamle» og «det gamle i det nye»? Den tilnærmingen som er valgt for å svare på disse spørsmålene, tilsier at søkelyset rettes mot konkrete initiativ, og ser i hvilken grad og på hvilken måte disse initiativene lykkes i å endre sykehussystemet og sektoren i tråd med sine intensjoner. Innenfor denne teoritradisjonen er endring potensielt knyttet til tre ulike prosesser: For det første «små, inkrementelle» (skrittvis) endringer som ikke berører de mønstre og beslutningsformer som er etablert. For det andre «transformative» inkrementelle endringer, der en faktisk endrer etablerte mønstre og prosesser relativt grunnleggende, men gjennom utvikling som skjer gradvis, med små endringer for hvert skritt. Og for det tredje gjennom det som betegnes som «critical junctures» – best forstått som der en kan identifisere bestemte «tidspunkt for avgjørende veivalg» – og som skaper radikal endring (Thelen & Steinmo, 1992; Capoccia & Keleman, 2007).

Om helseorganisatoriske felt og institusjonelle logikker

Scott et al. (2000) hevder at feltbegrepet er velegnet for å studere forholdet mellom enkeltorganisasjoner, populasjoner av organisasjoner og relasjoner, horisontalt og vertikalt, mellom organisasjoner innenfor populasjonen. Feltbegrepet har vist seg særlig nyttig i studier av endringsprosesser

der en ikke kun er opptatt av å forklare hvordan bestemte organisasjonsformer etableres og vedlikeholdes gjennom isomorfisme – dvs. etterlikninger av tidligere etablerte former. Et for oss viktig punkt er derfor at feltbegrepet gir mulighet til å studere dynamikken i endringsprosesser også der hvor en observerer brudd med etablerte organisasjonsformer og -løsninger som blir tatt for gitt som institusjonaliserte normer og vaner. Det er, hevdes det, gjennom feltbegrepet mulig å ta i betraktning både de normative påvirkninger som skaper stabilitet, og de dynamiske faktorene som skaper endring.

I et institusjonelt perspektiv oppfattes helseorganisasjoner – inkludert sykehus – som enheter innenfor et organisatorisk «felt» (Reay & Hinings, 2005). Sykehus blir studert innenfor dette feltet, som en av flere aktører. Derved blir analysene mer åpne for sykehusenes samhandling med sine omgivelser, noe som innebærer et fokus på det helsesystemet som sykehuset er en del av. Innenfor dette perspektivet er det særlig forholdet mellom drivkrefter for å hierarkisere styrings- og ledelsesfunksjoner på den ene side og ambisjoner om å etablere nettverksorganisasjoner der sykehuset oppfattes som et av flere elementer i et mer omfattende helsesystem på den andre side som har vært i fokus (Scott et al., 2000; Jespersen, 2005; Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Sykehus er – som del av et felt – å anse som organisasjoner mellom tradisjon og fornyelse. Her er utgangspunktet at det eksisterer et dynamisk samspill mellom etablerte, historisk utviklede normer for adferd og organisasjon, styring og ledelse og dagens organisasjoner. Innenfor sykehusets vegger har arbeidsformer og organisasjon alltid vært kjennetegnet av endringer. Sykehus har vært oppfattet som lite endringsvillige – ja, som «geriatrike pasienter» (Kjekshus, 2012). Den klassiske fag- og funksjonsbaserte «siloorganisasjonen» har eksistert lenge, men likevel har det skjedd store endringer i form av nye behandlingsformer og organisering av helsefaglig arbeid – der ny kunnskap, ny teknologi og nye profesjoner/faggrupper har blitt introdusert (Berg, 1987). Slike utviklingsprosesser har sitt utspring i global kunnskapsutvikling, og innebærer samtidig at styrings- og ledelsesformer som er etablert gjennom historien, modifiseres og tilpasses til disse utviklingstrekkene gjennom endring «innenfra» forankret i ulike fagfelt (Abbott, 1988). Slike endringsprosesser er derved en «naturlig»

del av helsetjenestenes dynamikk. Sykehus fremstår derfor også som dynamiske og innovative organisasjoner, der kunnskapsutviklingen i medisinfaget er den viktigste drivkraften (Levesque, 2012; Lega & DePietro, 2005).

Både organisasjonsstruktur og institusjonelle logikker blir ansett som viktige faktorer for å forklare forholdet mellom stabilitet og endring i et felt. Både organisasjonsstrukturer og institusjonelle logikker må forstås dels som veletablerte «naturlige» fenomen (det vil si at det ikke stilles spørsmålstegn ved dem), dels som resultater av maktrelasjoner, og endringer i disse maktrelasjonene (Dacin, Goodstein & Scott, 2002; Reay & Hinings, 2005). Innenfor ulike aktørgrupper etableres og utvikles institusjonelle logikker.

Med institusjonelle logikker tenker vi på de organisasjonsprinsippene som dominerer i et felt. Dominans kommer til uttrykk ved at noen organisasjonsstrukturer, løsninger og maktrelasjoner tas for gitt, og skaper en følelse av samforstand mellom de aktørene som er de viktigste premissgiverne i feltet. Begrepet «institusjonell logikk» dreier seg derved om maktrelasjoner som er «skjult» i de organisasjonsstrukturene, arbeidsformene og styrings- og ledelsesformene som reproduseres i den daglige virksomheten på feltet. En slik dominans innebærer imidlertid at andre logikker, ofte representert ved andre, nye aktører, søker å påvirke organisering i feltet. Når det gjelder analyser av endringsprosesser, vil det derfor være behov for å identifisere både ulike institusjonelle logikker og ulike aktørgrupper. Et poeng er her at ulike logikker kan eksistere samtidig over lengre tid – i en slags samforstand og i samarbeid, i noen tilfeller bekrefte og styrke hverandre. Men i andre sammenhenger kan det eksistere en mer eller mindre permanent konkurranse mellom ulike logikker, noe som innebærer at institusjonaliserte ordninger blir utfordret igjen og igjen, og at feltet ikke får fred til å konsolidere seg (Friedland & Alford, 1991; Powell & DiMaggio, 1991).

Reay & Hinings (2005) viser hvordan analyser av endringsprosesser preget av konkurrerende logikker i et felt kan gjennomføres ut fra disse teoretiske overveielser. Fire momenter skal fremheves her:

1. For å forstå hvordan endringer skjer på et institusjonalisert felt, må en studere både de strukturelle kjennetegn ved feltet og de institusjonelle logikker som dominerer.

2. Endringer skapes gjennom *re-institusjonalisering* – der en kjemper om hvilke problemer som er viktige, og hvilke løsninger en skal velge på disse problemene, og til slutt hvilke løsninger som re-etableres som «varige».
3. Løsninger som velges, kan fremstå som at en ny institusjonell logikk overtar feltet, men også som hybridløsninger mellom tidlige (og gjerne også latent konkurrerende) logikker.
4. For å analysere dette kreves at en identifiserer institusjonelle logikker, og de aktørene som representerer dem, i ulike faser av endringsprosessene.

Mange av de analysene som er foretatt innenfor denne rammen, er preget av at en er særlig opptatt av forholdet mellom en medisinsk-faglig logikk på den ene siden og fremveksten av en ny styringslogikk, New Public Management, på den andre siden. I den internasjonale litteraturen har møter mellom disse to logikkene vært et fellestrekk, og også i skandinaviske og norske studier har dette vært tilfellet – noe jeg kommer tilbake til senere i kapitlet. Det er likevel et poeng å nevne her at vår analyse dreier seg om et mer langsiktig perspektiv, og søker å fange opp endringsprosessene i flere påfølgende faser – selv om også her er de siste års fokus på etableringen av NPM-relaterte styringsformer viktig.

Scott et al. (2000) bruker begrepet «institusjonelle omgivelser» som et inntak til sin analyse av utviklingen av helsesektoren i SF Bay-area. Institusjonelle omgivelser er sammensatt av regulative, normative og kulturell-kognitive strukturer som skaper sammenheng, mening og stabilitet på et felt. Det pekes på at en har opplevd dramatiske endringer i institusjonelle omgivelser for helsetjenester, og hevder at tre forhold er særlig viktige: endringer i institusjonelle logikker, aktører og styringssystemer.

«Institusjonelle logikker» defineres som «*sets of material practices and symbolic constructions which constitute a field's organizing principles and which are available to organizations and individuals to elaborate*» (Friedland & Alford i Powell & DiMaggio, 1991, s. 232–263).

“Institusjonelle aktører” fungerer som både bærere og skapere av institusjonelle logikker, og endringer i de institusjonelle omgivelser skjer bl.a. ved at nye aktører påvirker feltet med nye verdier og kunnskaper.

«Styringsystemer» dreier seg om de «*arrangements which support the regularized control – whether by regimes created by mutual agreement, by legitimate hierarchical authority or by non-legitimate cohesive means – of the actions of one set of actors by another*» (Scott et al., 2000, s. 21). Scott et al. hevder at i helsesektoren er det tre aktører som påvirker styrings-systemet: profesjonsgrupper (særlig legeprofesjonen), offentlige styringsorgan og (i økende grad) management-orienterte ledere.

Institusjonell endring

De endringer som påføres – eller pålegges – sykehusorganisasjoner utenfra, er ofte ment å skulle effektivisere driften, forenkle styringssystemer og gjøre ledelse mer profesjonell og transparent. Dette blir ofte knyttet til fremveksten av New Public Management-inspirerte styrings- og ledelsesreformer fra 1980-tallet, symbolisert ved uttrykk som «fra ledelse av profesjoner til ledelse som egen profesjon» (Ramsdal & Skorstad, 2004; Byrkjeflot & Grønlie, 2005; Jespersen, 1999). Forskningen viser imidlertid at slike endringer – påført «utenfra og ovenfra», kan ha en tvetydig form, ved å både bekrefte og forsterke allerede etablerte handlingsmønstre og maktrelasjoner, eller ved å bryte radikalt med disse – med større fokus på kostnadseffektivitet («mer helse for hver krone»), og nye kvalitetskrav til arbeidsprosesser og styring av faglig arbeid (Dent, 2003). Dette skaper nye konfliktlinjer, og noen ganger vanskelige beslutningsprosesser, slik noen case-studier av innføring av NPM-inspirerte styrings- og ledelsesreformer har vist (Jensen, 2013; Lindquist & Aidemark, 2005; Byrkjeflot & Torjesen, 2010; Reay & Hinings, 2005).

Den klassiske referansen til den forskningstradisjonen jeg her knytter an til, er som nevnt innledningsvis Scott et al.'s analyse av utviklingen av sykehusstrukturen i SF Bay-området frem til 1990-tallet (Scott et al., 2000). Analysen viste hvordan den historiske utviklingen kunne deles i fire ulike faser, der endringene som skjedde var et samspill mellom hel-sepolitiske rammebetingelser, utvikling i faglig-profesjonelle kunnskaper og endringer i ledelses- og økonomistyringssystemer. Greenwood og Hinings (1996/2005) gjorde en studie med noen års mellomrom av introduksjonen av nye styrings- og ledelsesprinsipper (det vi i dag ville kalt

New Public Management) i Alberta-provinsen i Canada. Begge disse studiene var opptatt av hvordan «institusjonelle logikker» – knyttet til ulike fagprofesjoners responser på de nye krav til organisasjon og ledelse – påvirket endringsprosessene. Med inspirasjon fra bl.a. disse analysene ble det i Danmark etablert et større forskningssenter (FLOS) som gjennomførte en rekke analyser av utviklingen av nye styrings- og ledelsesformer på sykehus, med et særlig fokus på de responsene NPM-inspirerte reformer ble møtt med blant profesjonelle og ledere i sykehusene (Borum, 2003). De mest kjente analysene dreide seg om det titlene på to bøker fra forskningsprosjektene i denne perioden viste: «*Når styringsambisjoner møder praksis*» (Borum, 1999) og «*Mellem profesjon og management*» (Jespersen, 2005).

Også i Norge har en hatt en tradisjon for å studere endringer i et historisk perspektiv, der en har vært særlig opptatt av sykehusorganisasjonen, sykehusstruktur og reformer i helsesektoren mer generelt (Berg, 1987; Berg, 2009). De siste 20 årene har en også sett et mer eksplisitt fokus på styring, organisasjon og ledelse. Dette har særlig vært knyttet til moderniseringen av offentlig forvaltning generelt, men der helsesektoren har vært fremhevet (Christensen, Læg Reid, Roness & Røvik, 2004; Byrkjeflot & Neby, 2005; Ramsdal & Skorstad, 2004), og etter hvert større forskningsprosjekter der en har studert bakgrunnen for, iverksettingen av og konsekvensene av sykehusreformen i 2002 (Opedal & Stigen, 2005). Et av de viktigste prosjektene innenfor denne rammen var ATM-prosjektet («Autonomy, Transparency, Management») ledet av Haldor Byrkjeflot. En rekke analyser i tilknytning til dette prosjektet viste hvordan mange trekk ved reformen ikke ble gjennomført slik en forutså fra politisk hold, og forklaringene ble knyttet til de institusjonelle særtrekk sykehusorganisasjoner preges av (Byrkjeflot & Gulbrandsøy, 2013). Andre prosjekter har konsentrert seg om hvordan sykehusene søker å kle seg opp gjennom ulike tiltak knyttet til det en kan kalle «performative management» (Angell & Byrkjeflot, 2007).

Selv om en ikke kan trekke en logisk, entydig linje mellom disse studiene, preges de alle av det en kan betegne som ny-institusjonelle perspektiver. Betydningen av dette perspektivet er åpenbart: Det har bidratt til å nyansere relasjoner mellom etablerte, historisk nedfelte

institusjonaliserte særtrekk ved sykehusorganisasjoner på den ene siden, og på den andre siden endringsdynamikken som sykehusorganisasjoner preges av, slik som antydnet ovenfor. Drivkreftene for disse endringene har vært identifisert på tre nivå: For det første «indre» prosesser knyttet til det en kan betegne som epistemologiske grunnlag, med fokus på utviklingen i (medisinsk-)faglige kunnskaper og endringer i behandlingsformer og teknologi. For det andre endringer i sykehusenes funksjonsmåte i et større helsesystem, med vektlegging av samhandling og samarbeid mellom sykehus/spesialisttjenester og mellom spesialisttjenester og andre helseaktører, som kommunehelsetjenestene. Og for det tredje drivkrefter for å endre sykehusenes indre organisasjon med hensyn til styrings- og ledelsesformer. Disse prosessene har funnet sted i form av politiske reformer, de senere år særlig ved at nye styrings- og ledelsesprinsipper er blitt preget av et sterkere management-perspektiv også på sykehus.

Det er nettopp i analyser av brytningspunkter mellom disse ulike, men sammenflettede, dynamikkene – i samspillet mellom disse kreftene – at ny-institusjonelle teorier har sin styrke.

Faser i helsektorens utvikling

Scott et al. (2000) identifiserer tre faser i helsesektorens utvikling i USA, knyttet til hvordan ulike institusjonelle logikker har dominert: Den første fasen (1945–1965) var preget av profesjonell dominans – dvs. å utvikle tjenestene kvantitativt og kvalitativt, noe som ga legeprofesjonen forrang som premissleverandører for utviklingen av tjenestene. Den andre fasen (1965–1982) var preget av føderale myndigheters involvering, med et hovedfokus på behovet for økt likhet i fordeling av helsetjenester. I den tredje fasen (1983–d.d.) er det behovet for kostnadskontroll og ledelsesformer i samsvar med dette hensynet som dominerer.

I norsk sammenheng er slike faser i utviklingen av helsesektoren og -tjenestene blitt presentert på noe ulike måter – selv om det er stort sammenfall i de grunnleggende kjennetegn. Berg (2009, s. 12–18) har knyttet sin faseinndeling primært til styrings- og forvaltningsregimer – med tilhørende dominante profesjonsgrupper som har dominert i helseforvaltningen – mellom «medikrati, jurokrati og økonokrati». Byrkjeflot og

Neby (2008, s. 201), på sin side, peker på at den «desentraliserte» forvaltningsmodellen som er hevdet å prege Skandinavia, kun var gjeldende i et relativt kort periode – mellom 1970 og 2002 i Norge, og skiller mellom tre perioder: 1) etablering av den desentraliserte modellen (før 1970), 2) høydepunktet for denne modellen (1970–2002) og utfordringene for modellen, som i Norge særlig kjennetegnes ved sentraliseringen av styringssystemet gjennom sykehusreformen 2002. De peker samtidig på at «desentralisering» har hatt ulike uttrykk og implikasjoner i de ulike skandinaviske land – og at ideen om en felles desentralisert modell for helsesektoren er i ferd med å bli undergravd.

Ved å sammenkople den samfunnspolitiske bakgrunn, og de nasjonale, regionale og lokale rammebetingelser for de endringsprosessene som er studert, har jeg har stilt spørsmål ved om det er mulig å strukturere utviklingen av helsetjenestene i Østfold. Innenfor rammene av de mer overordnede faseinndelingene som er nevnt foran, diskuterer jeg i avslutningsvis – i kapittel 15 – hvordan en kan identifisere fire slike faser knyttet til min analyse av endringsprosessene i Østfold.

2.3 Hvordan analysere institusjonalisering og institusjonell endring i helsesektoren?

D'Aunno (2014) gjennomgår ulike perspektiver på institusjonelle endringer i helsesektoren, og foreslår en fremgangsmåte for å studere slike endringer. For å kunne gjennomføre slike analyser må en a) forstå hvordan institusjonell endring finner sted, b) hvorfor slike endringer skjer, og c) vise hvordan en kan gjennomføre analyser av reformer i helsesektoren ved hjelp av et slikt analyseopplegg. Et vanlig syn var ifølge DiMaggio og Powell (1983) at institusjonell teori opprinnelig var sterkt preget av å skulle forklare hvordan eksisterende institusjoner og institusjonelle ordninger ble etablert og bevart gjennom samfunnsmessig støtte og legitimitet – i den grad de var tilpasset utbredte oppfatninger om hvordan slike institusjoner skulle opptre. Med andre ord, institusjonell teori var fokusert på å forstå forhold som skapte likhet og homogenitet mellom organisasjoner, mens radikale endringer ikke fikk plass i analysemodellene. Dette preget av å kunne forklare institusjonell status,

men ikke endringer i institusjonell praksis og organisasjonsformer, ble kritisert av en rekke forfattere som var opptatt av institusjonelle teorier (Powell & DiMaggio, 1991; Christensen et al., 2004; Røvik, 1998/2007). Dette førte, på den ene siden, til sterkere interesse for dynamikken mellom de prosesser som fant sted når organisasjonsformer og praksiser ble etablert og institusjonalisert, og hvorfor og hvordan *de-institusjonaliseringsprosesser* og også *re-institusjonaliseringsprosesser* fant sted, på den andre siden. De-institusjonalisering dreide seg da om prosessen der institusjoner svekkes og forsvinner, og blir erstattet – helt eller delvis – med nye institusjoner. Re-institusjonalisering dreier seg om hvordan disse nye institusjonene befestes som de normale, legitime og innarbeidete organisasjonsformer og praksiser.

Til tross for et økt fokus på endringsprosesser er det, ifølge D'Aunno (2014), fremdeles i forståelsen av grunnleggende verdier, normer og vaner for etablering og vedlikehold av institusjonaliserte organisasjonsformer og praksiser at denne teoritradisjonen har sin styrke. Han presenterer derfor en tilnærming til å studere reformer i helsesektoren som – slik jeg tolker det – dreier seg om to forhold:

For det første å studere endringsprosesser i et helhetlig grep – der en innbefatter hele organisasjonspopulasjonen på feltet, og der en identifiserer endringsprosesser som en mener er betydningsfulle for det feltet en studerer. Dette krever en avklaring av grensene for feltet, og en apriorisk prioritering av noen endringsprosesser innenfor dette. Dette har vært utgangspunktet for de prosessene jeg har studert i del 2 og 3 i denne boken.

For det andre at en stiller spørsmål ved om *hvorfor* radikale endringer finner sted. Her peker D'Aunno på tre mulige grunner: Med henvisning til Smets, Morris og Greenwood (2012) peker han på tre potensielle perspektiver på hvorfor institusjonell endring finner sted: «eksogene sjokk», «innebygde motsetninger i feltet», og «intra-organisatoriske dynamikker».

Det første perspektivet, «eksogene sjokk», dreier seg om hendelser der eksisterende organisasjonsformer kolliderer med nye verdier, arbeidsformer, teknologier, demografiske endringer eller politiske eller økonomiske modeller som blir utviklet utenfor eller i periferien av feltet. Disse

faktorene vil kreve svar i form av nye organisasjonsformer, styringsformer eller praksiser. I utgangspunktet tenker en seg at dette skaper konflikter og legitimitetsproblemer i relasjon til omgivelsene, men ikke nødvendigvis.

Det andre perspektivet, «innebygde motsetninger i feltet», skaper endringer ved at det er situasjoner med inkonsistente krav og motsetninger mellom ulike verdier, normer og hensyn innen feltet. Da vil sannsynligheten for at en blir tvunget til å velge, øke. Betydningen av språkbruk, politiske konflikter og alliansebygging dominerer. Ofte vil slike motsetninger spilles ut i lokale beslutningsprosesser, og bare senere innebære at en må foreta omfattende, helhetlige radikale endringer. Kort sagt: I lys av forklaringer om endring basert på indre motsetninger hevder en at slike ofte finner sted når feltet preges av heterogene, konfliktfylte, eller motsetningsfylte logikker; ulike verdier, holdninger og preferanser (D'Aunno, 2014, s. 85). På hvilket tidspunkt indre motsetninger skaper grunnlag for institusjonelle endringer, er derfor avhengig av en rekke faktorer som krever nærgående analyser av de beslutningsprosessene som skjer i organisasjonen.

«Intraorganisatoriske dynamikker», som er det tredje perspektivet, knytter an til hvordan disse endringene blir gjennomført – og om de da medfører de-institusjonalisering og re-institusjonalisering. En kan tenke seg at veletablerte aktører i feltet innser at det er behov for nye løsninger, og at det fremtrer et «entreprenørsjikt» – aktører som fortolker og formidler nye løsninger. D'Aunno (2014) hevder at under bestemte forutsetninger kan slike entreprenører være mer sannsynlige å spille en viktig rolle. Det gjelder bl.a. der en taler om organisasjonsfelt som er umodne, med mer heterogene verdier og normer, og der konfliktfylte relasjoner i feltet eksisterer fra før av. Her vil organisasjoner, i likhet med felt, være preget av inkonsistente, konfliktfylte og ukoordinerte institusjonelle logikker (Reay & Hinings, 2005). Hvordan ledere og sterke profesjonsgrupper responderer på slike konfliktfylte situasjoner, kan forsterke eller løse dem. Én strategi er å etablere løse koplinger mellom aktører i organisasjonen, mellom retorikk og realiteter (Meyer & Rowan, 1977; Brunsson, 1989). Slike løse koplinger er en av flere mekanismer som kan bidra til å dempe konflikter; utsettelse og sekvensiell problemløsning.

Som D'Aunno peker på, er det imidlertid grenser for bruken av slike mekanismer. For eksempel kan eksternt press for å øke effektiviteten i organisasjonen innebære at en må håndtere konfliktene gjennom valg og prioriteringer mellom ulike logikker og hensyn.

D'Aunno oppsummerer spørsmål som forskningen om institusjonell endring bør konsentrere seg om, og nevner fem forslag til tema som bør underlegges flere studier: Han hevder vi behøver studier som undersøker når institusjonell endring finner sted ovenfra-og-ned, og når det skjer «bottom-up». Det er behov for å studere betydningen av organisatoriske entreprenører som promoterer institusjonell endring, og hvilke faktorer som fremmer eller hemmer individer som endringsagenter. I hvilken grad skjer det konfliktfylte maktkamper i relasjon til endringsprosesser, og i hvilken grad skjer endringer «under radaren» for disse konfliktene? Og til slutt: Hvilke retoriske tilnærminger – hvilket språk – skaper grunnlag for endring, og hvilke utløser konflikter?