

Nytt sykehus – supersykehuset?

11.1 Innledning

I sine analyser av helsesystemet i San Fransisco Bay-området hevdet Scott et al. (2000, s. 217) at man i midten av 1980-årene opplevde en ny fase i organiseringen av helsesektoren, preget av et hovedfokus på «managerial control» og introduksjon av nye markedsmekanismer. Den grunnleggende logikken var at organisasjons-, ledelses- og styringsformer måtte bidra til sterkere kontroll med de eskalerende utgiftene. Dette innebar også mindre tro på at helseprofesjonene og helsebyråkratene var i stand til å effektivisere sykehusdriften. Nye aktører, gjerne konsulentfirma med ekspertise i organisasjons- og ledelsesformer basert på management-teorier, fikk økende innflytelse over måten sektoren skulle organiseres og ledes på. I lys av institusjonelle teorier kunne dette gi inntrykk av en «critical juncture», et radikalt nytt perspektiv som fikk gjennomslag i organiseringen av helsetjenestene.

I vår analyse av de strategier som ble valgt i Østfold, kan en hevde at disse kjennetegnene som preget de beslutninger som ble tatt om organisasjons- og styringsprinsipper fra slutten av 1980-tallet, fulgte de samme sporene som tilfellet var i Scott et al.'s analyse. Vedtaket om å etablere konsernorganisasjonen i 1987, og senere prinsippet om «ett sykehus med fem dører», var utvilsomt preget av den samme underliggende logikken som er beskrevet om utviklingen i USA. Særlig viktig var det at nye aktører – konsulenter med organisasjons- og ledelseskompetanse – fikk stor innflytelse over de prinsippene for styringen av sektoren i fylket som ble valgt. Men som en rekke studier basert på institusjonelle organisasjonsteorier har vist, var denne utviklingen verken entydig eller rettlinjert. Tvert imot var det mange viktige modifiseringer og tilpasninger til lokale, kontekstuelle forhold som påvirket konkret organisering (Byrkjeflot &

Neby, 2005; Neby, 2008; Torjesen, 2007). Likevel har de underliggende premisser for endring i organisasjons-, ledelses- og styringsformer endret på noen viktige parametere, knyttet til ideer om at en kunne etablere mer helhetlige, «rasjonelle» modeller for helsesektoren enn det som tidligere hadde vært mulig under de «helsepolitiske spill» som her er redegjort for i del 2. Den skrittvis utviklingen basert på disse premissene la likevel til rette for endringer som, slik jeg ser det, har hatt stor betydning for den videre utvikling av tjenestene. Dette reflekteres også i denne delen av boken, der tiden etter sykehusreformen i 2002 er satt i fokus.

Da statsovertakelsen av sykehusene/spesialisttjenestene skjedde i 2002, så en hvordan Østfolds desentraliserte helsesektor med fem sykehus – riktignok innenfor rammen av det fristilte «ett sykehus med fem dører» – var uløselig knyttet til fylkeskommunens særegne balansegang mellom økonomiske, geografiske og faglige hensyn. En slik balanse ville åpenbart være vanskelig å opprettholde uten medvirkning av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan. Mange av de styringsproblemene som plaget helsetjenestene i fylket, ble gjennom reformen tilsynelatende organisert ut av den helsepolitiske agendaen. Likevel er det grunn til mene at de endringsprosessene som hadde skjedd tidligere, manifestert gjennom konsernorganisasjonen og det «fristilte» sykehuset fra 1999, pekte mot et slags sluttpunkt i de stridighetene som hadde preget fylkets helsepolitiske historie. Mange av de aktørene som hadde hatt sentrale roller tidligere var da allerede organisert ut av styringssystemet på det tidspunktet sykehusreformen ble gjennomført. Men det var fremdeles tale om sykehusvirksomhet i alle de tidligere fem helse- og sosialdistriktene. En kan derfor hevde at sykehusreformen tilrettela for utviklingen mot *ett sykehus* i et helseforetak, og *et helhetlig, synoptisk grep om planlegging, organisering og styring av dette foretaket*.

Dette bringer diskusjonen frem til det som er dagens situasjon: at Østfold fylkeskommune opphører å eksistere (fra 1.1.2020), at spesialisttjenestene nå finnes innenfor et helseforetak, og at grunnlaget for helsepolitisk mobilisering og faglige utviklingsprosesser skjer innenfor radikalt nye rammer. De nye sykehusene på Kalnes og Moss innebar en konsentrasjon i spesialisttjenestetilbudet, men også nye organisasjons-, styrings- og ledelsesformer. Dette må ses i sammenheng med den eksplisitt formulerte

styringsideologi sykehusreformen representerte: horisontal og vertikal integrasjon, mål- og rammestyringsideologi preget av bestiller–utfører-relasjoner mellom statlig nivå (helseministeren som generalforsamling), regionale og lokale helseforetak. Gjennom de årlige bestillingsbrev – som senere ble omdøpt til «årlig melding», ble det etablert et nasjonalstatlig «konsern», der viktige kjennetegn var ledelse på distanse, totalansvarsholdelse til sykehusdirektørene og relativt autonome relasjoner når det gjaldt hvordan driften ved de enkelte sykehus skulle organiseres (Opedal & Stigen, 2005).

I det regionale foretaket som ble etablert gjennom sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst 1. juni 2007, er det nå 11 sykehusforetak, hvorav Sykehuset Østfold HF er et. Når jeg fremdeles konsentrerer analysen om Østfold, innebærer dette likevel at fokus endres. Når det gjelder spesialisttjenestene, er det da dette ene sykehusforetakets utvikling jeg skal konsentrere meg om. Og med dette følger også at mange av de faglige perspektivene som er diskutert ovenfor forankret i teorier om «helsepolitiske spill» også får en annen karakter. «Feltet» endres. Nå blir det nye måter å organisere sykehusvirksomheten på. Utfordringen er mer ensidig knyttet til spørsmålet om hvordan en skal kunne etablere helsetjenester av høy kvalitet som samtidig er kostnadseffektive. Byggingen av flere nye sykehus har vist at dette er en utfordring, og evalueringer viser at det er vanskelig å omsette ideer om nye måter å organisere på til praksis. De grunnleggende utfordringene mellom kvalitet på tjenester, effektiv økonomistyring og ansattes arbeidsvilkår innebærer nå som før at det kreves en særegen balansegang å organisere og lede sykehus (Bode, Lange & Märker, 2017).

I Norge har nå ny sykehus- og helseplan blitt en ramme for helseforetakenes utvikling. Her har politiske slagord om «pasientens helsetjeneste» og «pasienten først» fått forrang (Helsedepartementet, 2015–2016). Både i Norge og internasjonalt er dette fokuset i sin tur blitt knyttet til nye perspektiver og begreper om organisering og ledelse. En av de mest kjente nyvinningene i denne forbindelse, og som har fått enorm utbredelse i den vestlige verden, er knyttet til begrepet «verdibaserte helsetjenester» (Porter & Teisberg, 2006). Etersom dette begrepet ble lagt som en teoretisk og organisatorisk overbygning i planleggingen av det nye østfold-sykehuset, vil vi i den videre fremstillingen vise hvordan dette har vært anvendt her.

Det andre temaet vi konsentrerer oss om, er knyttet til ledelsesstrukturen i det nye sykehuset. Gitt at lokalpolitiske organ er borte, at foretakstyrene forutsettes å lede på distanse basert på strategiske overveielser, og at sykehusdirektøren fremstår som en CEO, med stor frihet til å organisere og lede for å nå de mål som er satt til organisasjonen, er et viktig spørsmål hvordan denne friheten benyttes. Vi skal i de neste to kapitlene vise hvordan ledelsesformer og ledelsesstruktur i helseforetaket i Østfold har blitt utviklet innenfor denne rammen.

I denne avsluttende delen endres derved fokus fra de samfunnspolitiske, bredt anlagte og offentlige debatter til spørsmål om hvordan og hvorfor en fatter beslutninger om organisasjons-, styrings- og ledelsesformer innenfor nye rammer. I kontrast til de konfliktfylte forsøkene på omorganiseringer som er redegjort for i del 2, er mange av de prosessene der nye organisasjons-, styrings- og ledelsesformer nå ble lansert, i hovedsak utenfor befolkningens og medias søkelys. Likevel er de endringene som skjer viktige, ikke minst fordi de legger premisser om hvordan fordeling av helsetjenester eller samarbeid med andre deler av helsetjenestene vil skje. Til tross for den avpolitiserte karakter som disse prosessene gir inntrykk av, er det fremdeles beslutninger i skjæringspunktet mellom politikk, fag og økonomi som bygges inn de organisasjons-, styrings- og ledelsesformene som nå gjelder. Men utgangspunktet her er at helsesektoren som organisatorisk «felt» likevel har endret karakter. Dette skjer særlig gjennom nye prinsipper for organisering – at spesialisttjenestene i hovedsak er forankret i ideen om den «moderne» sykehusorganisasjon. Men denne organisasjonen må samtidig relatere seg til at det har en rolle innenfor et mer bredt definert «helsesystem».

Mange av de problemstillingene som er drøftet i forrige del av boken, kan gjenfinnes i det nye. Men de ideer og det språket som nå anvendes er nytt. Hvordan formes så den «moderne» helsesektor? Hvilke utfordringer står en overfor når det gjelder organisering, styring og ledelse?

Her skal jeg først identifisere noen kjennetegn ved den moderne sykehusorganisasjonen. Organiseringen av det nye sykehuset på Kalnes (og Moss) representerer et inntak til å illustrere hvordan denne kan bli. Derfor har vi trukket frem to aspekter ved denne organiseringen: om endringer i ledelsesstruktur i det nye sykehuset, og om «konseptualiseringen» av

sykehuset tuftet på organisering av faglig-medisinsk arbeid. Det siste er en variant av ideen om «verdbasert» organisering som er nevnt ovenfor. Avslutningsvis vil jeg peke på noen av de kjennetegn som preger organisering av «helsesystemet» som sykehuset inngår i, og hvordan en ser for seg fremtidig samhandling mellom spesialisttjenester og kommunale allmenntjenester.

11.2 Planlegging og organisering av det nye sykehuset

Årene mellom etableringen av det «fristilte» østfoldsykehuset (med «fem dører») og åpningen av det nye sykehuset i 2015 var preget av store endringer i rammebetingelsene for helsesektoren i Norge. Mest avgjørende var sykehusreformen i 2002, som på mange måter endret alle forutsetningene som de helsepolitiske spill som er gjennomgått foran, dreiet seg om. Sykehusreformen innebar ikke bare at eieforholdet til spesialisttjenestene, inkludert sykehusene, ble overført til staten (Opedal & Stigen, 2005). Det var også en bekreftelse på og en forsterking av de organisasjons-, styrings- og ledelsesprinsipper som var introdusert i Østfold gjennom konsernmodellen i 1987 og det «fristilte» sykehuset ti år senere.

Selv lenge før fristillingen var vedtatt, ble det arbeidet med å samle alle sykehusfunksjoner i ett sykehus for hele østfoldbefolkningen. Østfold fylkeskommune fattet i desember 1997 vedtak om å opprette en prosjektorganisasjon for å utrede den fremtidige sykehusstrukturen i Østfold. Her var krav til behandlingsskapitet, behandlingskvalitet, effektivitet, produktivitet og «totaløkonomi» i fokus. Utredningen ble lagt til grunn for et forslag til ny struktur, der det neste år ble enighet om at Østfold skulle satse på å organisere spesialisttjenestene for somatikk i ett sykehus, og det ble opprettet et eget prosjektkontor for det nye Østfoldsykehuset. Fylkestinget valgte modell for Østfoldsykehuset, som skulle stå ferdig til 2010. I vedtaket het det at alle akutfunksjonene skulle samles i ett nytt sykehus som både skulle ha ordinære senger og syke-/pasient-/hotellsenger. Det ble også vedtatt, i kontrast til det opprinnelige forslaget, at voksenpsykiatriske sykehusavdelinger skulle integreres i sykehuset. Planen ville derved innebære at det nye sykehuset ble det første i landet som samlet somatikk

og psykiatri i ett bygningskompleks, og under felles ledelse. Dette må ses på bakgrunn av at en gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som et av sine mål å bidra til avstigmatisering av psykiske lidelser, og at «normalisering og integrering» skulle gjennomsyre organiseringen av tjenestene (St.meld. nr. 25 (1996–97)).

I mai 1999 besluttet derved fylkestinget en modell som innebar at det nye sykehuset skulle erstatte de seks sykehusene (inkludert Østfold Psykiatriske Sykehus på Veum) som den gang var operative i Østfold. Utredningen og vurderingen av mulig lokalisering av det nye sykehuset endte opp med vedtak om plassering på Kalnes i Sarpsborg. Det var i siste omgang en snuoperasjon i Østfold Arbeiderparti som var avgjørende for dette lokaliseringsvalget. Samme konklusjon ble trukket i konsekvensutredning fra høsten 2001. Selve lokaliseringen innebar at en bygde sykehus på den tomten Smaalenenes Amt hadde kjøpt til dette formålet allerede i 1864.

Arbeidet med «hovedfunksjonsprogram» for det nye sykehuset ble påbegynt høsten 2000, og dette ble godkjent i Østfold fylkesting i mars 2001 og deretter i Helseregion Øst i mai 2001. Som nevnt var forutsetningen da at det nye sykehuset skulle stå ferdig i 2010. Invitasjon til begrenset designkonkurranse ble utlyst sommeren 2001, og vinneren ble kåret våren 2002. På dette tidspunkt var ansvaret for spesialisthelsetjenestene og prosjektet overført til ny eier, Helse Øst RHF. Prosjektet ble derfor vurdert i sammenheng med øvrige investeringsprosjekter og tilgjengelige rammer innen det nye regionale foretaket, og utsatt i tid.

Arbeidet med prosjektet startet opp igjen i 2005 i regi av Sykehuset Østfold HF. Det ble da gjennomført en idéfaseutredning som konkluderte med at nytt sykehusbygg på Kalnes kombinert med avvikling av driften i Fredrikstad og Østfold Psykiatriske Sykehus på Veum hadde best økonomisk bæreevne. På dette grunnlag ble konseptfasen startet i 2006 i regi av Helse Øst RHF og fullført sommeren 2007.

Som en følge av sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF til et nytt regionalt helseforetak (Helse Sør-Øst RHF) ble det behov for å vurdere investeringsbehovene i regionen på nytt, på bakgrunn av nye rammebetingelser og forutsetninger. I styremøte i Helse Sør-Øst (etter at helseregionene Helse Øst og Helse Sør var slått sammen i 2007). 18.12.07

(sak 066–2007) ble kapasitet, opptaksområder og struktur/oppgavefordeling i regionen vurdert i forhold til behov for nye sykehusprosjekter. I denne saken la styret i Helse Sør-Øst RHF til grunn at det var behov for nye sykehusbygg ved Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF. I februar 2008 fikk Sykehuset Østfold HF et nytt mandat fra Helse Sør-Øst RHF for utvikling av nytt østfoldssykehus. Mandatet la til grunn at det skulle utarbeides en revidert konseptrapport i regi av Sykehus Østfold HF. Hovedmålet med det nye mandatet var at det nye konseptet skulle ta opp i seg de endringer som fulgte av den nye strukturen i Helse Sør-Øst RHF.

Konseptrapporten for nytt østfoldsykehus ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i møte 18.12.09 (sak 132–2008). Styret sluttet seg til det anbefalte alternativ 2, en to-strukturmodell hvor fremtidig sykehusvirksomhet skulle fordeles mellom Moss og Kalnes, ble lagt til grunn for det videre arbeid. Det ble forutsatt at konseptet skulle legges frem for ny behandling når kvalitetssikring av dette var gjennomført.

Kvalitetssikringen ble gjennomført våren 2009, og konseptrapporten ble behandlet på nytt i møte 17.06.10 (sak 54–2009). Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i dette møtet konseptrapporten og la den til grunn for utarbeiding av forprosjekt. Styret la i samme sak en rekke føringer for det videre arbeidet, blant annet at eierskapet til utbyggingsprosjektet skulle overføres fra Sykehuset Østfold HF til Helse Sør-Øst RHF fra og med forprosjektfasen. Sykehuset Østfold HF skulle også etablere et organisasjonsutviklingsprosjekt med et helhetlig ansvar for å utvikle den nye sykehusorganisasjonen (Nytt østfoldsykehus Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.2010:10–181).

16. desember 2010 kom vedtaket fra styret i Helse Sør-Øst, der styret godkjente forprosjektet for det nye sykehuset. 5. september 2011 tok statsminister Jens Stoltenberg og helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen de første spadetakene på sykehusomtå på Kalnes.

I løpet av planprosessen ble det klart at de økonomiske kalkylen ikke var realistiske. Det ble besluttet at det skulle arbeides for å redusere usikkerheten i investeringskalkylen slik at opprinnelig estimat ikke ble overskredet. Prosjektet skulle derfor *«ta opp i seg de føringer og forutsetninger som følger av plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst RHF og sikre god tilpasning til samhandlingsreformen»* (Sykehuset Østfold HF, 2011). De økonomiske

rammene for det nye sykehuset ble redusert med ca. 10%, og en fant deretter at en ombygging av Sykehuset i Moss ville redusere utgiftene. Det nye Sykehuset Østfold HF ble etter dette ett foretak med enheter på Kalnes, i Fredrikstad, Moss, Sarpsborg og Halden. Sykehuset eies av Helse Sør-Øst. Det meste av virksomheten er samlet i Sykehuset Østfold Kalnes – altså på ett sted. Noen avdelinger og fasiliteter knyttet primært til elektiv behandling (planlagte operasjoner) ble lokalisert til dagens Moss sykehus.

Ifølge konseptet for «Nytt Sykehus» ble det besluttet at *samfunnsmålene* for Prosjekt nytt østfoldsykehus ble definert som at dette etter at hovedutbyggingen var ferdig, skulle være:

- et sykehus som sikrer et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehustilbud til befolkningen i Østfold og i regionen samlet sett.
- et sykehus tilpasset de føringer som fremkommer av nasjonal helseplan og Helse Sør-Øst RHF sin utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering, driftskonsept samt oppgave- og funksjonsfordelinger blir ivaretatt i dette fremtidige helseperspektivet.

Effektmålene er knyttet til prosjektets virkninger for brukerne (pasienter, befolkningen og ansatte). Effektmålene for nytt østfoldsykehus er definert som følger:

Nytt østfoldsykehus skal etter hovedutbyggingen sikre at «alle pasienter får rask diagnostikk og behandling styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform», at ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur skal gi en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet, at sykehuset gjennom forskning, utdanning og kompetanseutvikling «er konkurransedyktig innenfor definerte områder nasjonalt og internasjonalt», og at samhandling med kommunehelsetjenesten og andre helseforetak «er en naturlig del av pasientforløpene og av handlingsmønsteret til alle medarbeidere». Det het samtidig at dette skulle skje ved at en samtidig skulle oppnå en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende 180 mill. kroner. (Kilde: Nytt østfoldsykehus, Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.2010:12)

Det het videre at:

«Driftskonseptet for nytt østfoldsykehus bygger på fleksibilitet, standardisering, generalisering og samhandling. Løsninger i bygget gir gode utviklingsmuligheter for endring av arbeidsprosesser og utvikling av nye pasientforløp» ... Det het videre at de strategiske føringene for OU-prosjektet «henger sammen og skal hver for seg og sammen bidra til at pasientene får best mulig diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering».

(Kilde: Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10
Tittel: Forprosjekt 15.11.2010: 20)

11.3 Om «fremtidens utfordringer»

Det het videre om *«fremtidens utfordringer at demografi, sykdomsbilde og medisinsk teknologisk utvikling vil øke behovet for innovative og robuste driftskonsepter for spesialisthelsetjenesten»*. Gapet mellom befolkningens forventninger og spesialisthelsetjenestens tilgjengelige økonomiske rammer for å møte disse forventningene måtte antas å øke. Oppgavene må derfor i større grad løses gjennom samhandling med kommunehelsetjenesten og andre tjenesteytere. Bruk av moderne kommunikasjonsteknologi vil være en forutsetning for å forbedre samhandling og i arbeidet med å styrke pasientenes mulighet for egenomsorg. Og:

«En reduksjon av forventningsgapet mellom hva som er medisinsk og ressursmessig mulig vil kreve at Sykehuset Østfold:

- *Styrker innsats for og finner nye måter å ivareta store pasientgrupper på*
- *Arbeider med kunnskapsbasert pasientbehandling*
- *Ivaretar rask problemløsning, gode pasientforløp og pasientsikkerhet*
- *Videreutvikler en kostnadseffektiv drift og samhandlingsmodeller*
- *I større grad utvikler en kultur for brukerstyrte endringsprosesser»*

(Kilde: Sykehuset Østfold HF, Dokumentnr.: ØF-0000-Z-AA-0006 Revisjon: 1.0 Dato: 15.11.10 Tittel: Forprosjekt 15.11.201020).

I vår sammenheng er det noen nøkkelbegreper i beskrivelsene ovenfor som kan danne en ramme for de analysene av det nye sykehuset vi skal

konsentrere oss om: innovative løsninger, effektive pasientforløp, bruk av ny avansert teknologi. Sykehuset er sterkt preget av dette: Arkitektoniske løsninger er koplet til nye arbeidsformer. Blant annet var det planen at alle pasienter skulle ha enerom. Det ble også valgt å organisere sengeposter som «tun», noe som innebar reelt store endringer særlig i det pleiefaglige arbeidet (Bringa, 2018), elektronisk kommunikasjon, blant annet bruk av elektronisk tavle, prinsipper om «lean hospitals», bl.a. med et fåtall kontorer for både medisinsk-faglig og administrativt arbeid. Sykehuset kjennetegnes også av lange, pregløse korridorer, i tråd med det en oppfatter som «lean» prinsipper. Det viste seg også raskt at kapasiteten på flere avdelinger (særlig akuttmottaket) har vært for liten, og det ble i denne tiden en rekke utfordringer med arbeidsmiljøet.

Det er etter vår vurdering særlig to forhold ved organisasjonsform, styring og ledelse som peker mot mer prinsipielle utviklingstrekk ved de løsninger og prosesser som sykehuset har vært kjennetegnet av: for det første lederstrukturen – og hvordan denne har vært gjenstand for revisjoner underveis, og initiativet til å organisere sykehuset etter «verdi-baserte» arbeidsprinsipper. Slik dette fremstår, viser endringsprosessene knyttet til disse to temaene til en ny måte å nærme seg organisasjons- og ledelsesspørsmål på – som både peker fremover mot fremtidens helsetjeneste og samtidig viser kontrasten til beslutningsformer innenfor «det gamle regimet» der de helsepolitiske spill dominerte. Neste kapittel tar for seg lederstruktur i det nye sykehuset, og kapitlet deretter viser hvordan verdibaserte organisasjonsformer ble introdusert i sykehuset.

Som Lippestad, Harsvik og Kjekshus (2011) viser i sin evaluering av det nye Ahus, er det flere skjær i sjøen når planene skal iverksettes i en så kompleks organisasjon, og det er også klart at nye innovative teknologiske og medisinske løsninger har potensial for å endre for makt- og innflytelsesrelasjoner mellom pasienter og ulike grupper blant de ansatte (Mørk, Hoholm, Ellingsen, Edwin & Aanestad, 2010). Også i forbindelse med det nye sykehuset på Kalnes viste det seg at en møtte på noen utfordringer som ikke var forutsett. Det tok ikke lang tid etter at det nye sykehuset var åpnet før problemene meldte seg: Som nevnt var utgangspunktet for planleggingen av sykehuset på Kalnes at det skulle være et stort sykehus i Østfold. Men gjennom reduksjonen i rammebevilgningen som skjedde i

løpet av planprosessen, fant en at det var mest hensiktsmessig å også ta i bruk det gamle sykehuset i Moss, som så ble ombygget til å fungere som sykehus for planlagte operasjoner, dagkirurgi og rus/psykiske helsetjenester. Etter åpningen viste det seg raskt at målet om at sykehuset ikke skulle ha korridorpasienter, ikke ble nådd. Tvert imot måtte 3800 «ligge på gangen» i 2017, og i 2018 var tallet på korridorpasienter økt til 4500 (Aftenposten, 17.3.2018, 11.2.2019). Noen av de polikliniske rommene ble omgjort til sengeposter for medisinske pasienter, det ble åpnet en midlertidig sengepost på Moss sykehus, enerom ble midlertidig omgjort til tomannsrom.

Krisen ble beskrevet slik: *«Ansatte sier opp i protest, akuttmottaket er overfylt og kapasiteten er sprengt. Sykehuset skulle være prakteksemplaret på et moderne sykehus, men siden åpningen i 2015 har problemene stått i kø»* (Aftenposten, 9. februar 2019). I 2018 – etter 9 år i stillingen – sluttet administrerende direktør. Han begrunnet dette med at det hadde vært *«en økende uro rundt sykehuset i offentligheten som handler om korridorsenger og negative pasientopplevelser. Fokuset den siste tiden har dreid mot meg som leder. Jeg ser at Sykehuset Østfold ikke er tjent med at organisasjonen skal lide under et slikt press»* (Aftenposten, 23. april 2018). Det er likevel ingen tvil om at han hadde vært en drivkraft i arbeidet med planlegging og organisering av helseforetaket. Som det vil fremgå av de to neste kapitlene, var dette ikke minst tilfellet i forbindelse med organisering av lederstrukturen (kapittel 12), og «konseptualiseringen» av sykehuset (kapittel 13).

Det har vært stilt en rekke spørsmål ved om hvordan denne nedturen i driften av sykehuset kunne skje. Først og fremst har en ment at sykehuset er «for lite» i forhold til den pasienttilstrømmingen som har kommet. Dette er selvsagt en sentral utfordring i helsetjenestene i fylket, ettersom det ikke bare setter de ansatte i en krevende situasjon, men også setter krav til lokale helsetjenester. Mens de problemene som er skissert ovenfor er åpenbare, er det mer underliggende ideer om organisasjons-, styrings- og ledelsesformer som denne siste delen av boken skal konsentrere seg om. Her er det tre tema jeg skal drøfte: For det første nye måter å strukturere sykehus på, der kombinasjon av pasientenes individuelle behov for behandling og kostnadseffektiv drift blir satt i søkelyset. For det

andre nye ledelsesformer, som reflekterer de endrete rammebetingelser for ledelse som sykehusreformen representerer. Og for det tredje, nye samhandlingsformer mellom spesialisttjenester og lokale helsetjenester, manifestert først og fremst i samhandlingsreformen. Slik jeg ser det, er de endringene som skjer innenfor disse tre temaene indikasjoner på en fremtidig utvikling der ideen om det nye «supersykehuset» forventes å smelte sammen med nye samarbeids- og samordningsformer i det moderne «helsesystemet». Fokuset her er derfor hvordan «det nye» relaterer seg til det «etablerte» innenfor disse temaene, og det faglige perspektivet blir orientert om hvordan innovative løsninger lanseres når det nye materialiseres. Hva kan en lære av de østfoldske innovasjonsprosessene på disse områdene? I de tre neste kapitlene skal jeg ta for meg utviklingstrekk knyttet til disse tre temaene. I kapittel 12 tar vi for oss ledelsesformer i det nye sykehuset – nettopp for å vise kontrasten til de beslutningsprosessene som er beskrevet i del 2. I kapittel 13 tar vi for oss «konseptualiseringen» av det nye sykehuset, knyttet til fremveksten av verdibaserte organisasjonsformer i sykehus, som i dag er et av de mest aktuelle begrepene for planlegging av nye sykehus i den vestlige verden. Og i kapittel 14 diskuteres muligheter og utfordringer for samhandling og samarbeid i det moderne helsesystemet, basert på en drøfting av innovasjonspotensialet som samhandlingsreformen fra 2012 legger grunnlaget for.