



Universitetet
i Stavanger

Masteroppgave i Endringsledelse

Foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten – *mer profesjonell og autonom ledelse?*

Universitetet i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for medie-, kultur-, og samfunnsfag

Nazir Said Safi

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERGRADSSTUDIUM I
ENDRINGSLEDELSE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2018

FORFATTER:

Nazir Said Safi

VEILEDER:

Ståle Opedal

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten – mer profesjonell og autonom ledelse?

EMNEORD/STIKKORD:

Sykehusreformen, autonomi, fristilling, profesjonell ledelse, New Public Management.

SIDETALL:

70 (inkludert innholdsfortegnelse og litteraturliste)

STAVANGER05.06.2018

DATO/ÅR

FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært en krevende, men lærerik prosess. Dette semesteret har bydd på mye arbeid og søvnløse netter, men resultatet er forhåpentligvis verdt strevet.

Det rettes en stor takk til min dyktige veileder Ståle Opedal for hjelpen. Uten hans veiledning, motiverende ord og råd kunne ikke denne oppgaven fullføres.

Det er videre på sin plass å takke mitt arbeidssted for utsøkt tilrettelegging dette semesteret.

Til slutt rettes det en stor takk til helseforetakene for utlevering av opplysninger til undersøkelsen.

Til min kjære mor og far

Nazir Said Safi

Sandnes, Juni 2018

SAMMENDRAG

Denne oppgavens intensjon har vært å studere helseforetakenes autonomi og ledelse i lyse av Stortingets styring av helseforetakene. Det er helseforetakenes autonomi opp mot Stortingets engasjement i sykehussaker både før og etter reformen som er undersøkt. Videre er ledelsesautonomi undersøkt ved se på om profesjonalisering av lederrollen kommer til uttrykk i helseforetakene, slik sykehusreformen (2002) legger opp til.

I følge sykehusreformen skal de folkevalgte på Stortinget ha en tilbaketrukket rolle i styringen av helseforetakene. I den grad Stortinget vil engasjere seg, er det i mer overordnede prinsippsspørsmål. Sykehusreformen trekker også frem ledelsesutfordringer i helsesektoren og foreslår økt oppmerksomhet på ledelsesutvikling og profesjonalisering av lederrollen.

Opgavens problemstilling ble utledet med en hovedantakelse om at Stortingets engasjement i sykehussaker er begrenset etter innføringen av reformen og en mer profesjonalisert ledelse i helseforetakene. Den alternative antakelsen er utledet med en forventning om økt engasjement i sykehussaker og begrenset ledelsesautonomi.

De empiriske funnene viser at det er økt fokus på profesjonalisert ledelse i helseforetakene. Dette fordi at det ikke stilles krav til medisinsk bakgrunn i topplederstillingene, men snarere krav om ledelseskompetanse og erfaring. Flertallet av dagens toppledere har tilleggsutdannelse innenfor ledelse. Stortingets engasjement i sykehussaker har økt etter innføringen av reformen og det stilles flere detaljsspørsmål. Odda-saken illustrerer Stortingets engasjement ytterligere. En nedleggelse av akuttkirurgien, slik helseforetakene ble instruert til og saken vedtatt i foretaksmøtet, havnet på Stortinget og helseministeren måtte snu i saken. For helseforetakenes ledelse betydde stortingets inngripen at de fikk redusert sin ledelsesautonomi.

En økende profesjonalisering av lederrollen i helseforetakene har ikke betydd økt ledelsesautonomi i alle saker. Foretaksledelsen opplever derfor at deres autonomi kan variere med saksområde slik blant annet Odda-saken viser, samt de mange detaljsspørsmålene stortingsrepresentantene stiller om foretakenes virksomhet. Lederrollen i helseforetakene er profesjonalisert gjennom mer fokus på ledelsesutdanning mv., men det betyr ikke nødvendigvis mer ledelsesautonomi.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning.....	1
1.2 Bakgrunn for oppgaven	3
1.2 Sykehusreform.....	4
1.2.1 Organisering og styring av helseforetakene	5
1.3 Avgrensning	8
1.4 Problemstilling	9
1.5 Nærmere oversikt over oppgaven.....	10
2. Teori	11
2.1 New Public Management	11
2.1.1 Fremveksten av New Public Management	11
2.1.2 Hva er New Public Management?	13
2.1.3 Fristilling og autonomi	14
2.1.4 Profesjonell ledelse.....	15
2.2 Kritikk av NPM og overgang til Post-NPM	16
2.3 Institusjonelt kulturperspektiv	17
2.3.1 Logikken om det kulturelt passende.....	19
2.3.2 Kulturell stivhengighet	19
3. Metode.....	22
3.2 Datainnsamling og gjennomføringsplan.....	25
3.3 Validitet	27
3.4 Reliabilitet	28
4. Empiri	29
4.1 Profesjonell ledelse.....	29
4.1.1 Hvem styrer helseforetakene?	30
4.2 Stortingets engasjement.....	36
4.2.1 Kategorisering av spørsmål	38
4.2.2 Reformtilhengere vs reformmotstandere	39
4.3 Nedleggelse av akuttkirurgien ved Odda-sykehus	42
4.4 En sammenfatning av funn så langt.....	43
4.5 Andre studier	44
5. Analyse	46
6. Konklusjon	52
7. Litteraturliste	53
8. Vedlegg	60

8.1 Utdannelsesbakgrunn	60
8.2 Utskiftning av toppledere	61
8.3 Oversikt over spørrevirksomheten (sykehussaker) fra 1997-2017	62
8.4 Oversikt over dagens helseforetak.....	63
8.5 Samtykke fra medforfatter av bacheloroppgaven.....	64

1 Innledning

Sykehussektoren har i etterkrigstiden vært gjenstand for store diskusjoner. Det er både den strukturelle organiseringen, eierskapet, ledelsesutøvelsen og nærheten til innbyggerne som er blitt diskutert og fått en sentral plass i det politiske landskapet.

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten¹ ble i 2002 på nytt rullet ved og resulterte i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)², herunder sykehusreformen. Innføring av reformen fra 1. januar 2002 markerte slutten på fylkeskommunalt eierskap av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene ble organisert som foretak fremfor forvaltningsorganer (Opedal & Rommetvedt 2005). Modellen la opp til to vesentlige endringer: 1) Overtakelse av eieransvaret fra fylkeskommunene til staten, 2) foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten i fem (senere fire) regionale helseforetak og underliggende lokale helseforetak (Ot.prp.nr.66).

Spesialisthelsetjenesten er per 1. januar 2018 organisert i fire regionale helseforetak som utøver eieransvaret på vegne på staten, og 20 lokale helseforetak (ibid).³ I tillegg er sykehusapotekene og regionale og nasjonale støttefunksjoner organisert som helseforetak, ansvarlige selskaper eller aksjeselskaper (NOU 2016: 25). I Lov om Helseforetak § 1 og 2a presiseres det at i tillegg til å tilby spesialisthelsetjenester, skal helseforetakene utøve arbeid innenfor forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Sykehusreformen bygger på en forutsetning om at politikerne skal ha en overordnet, men samtidig en tilbaketrukket rolle når det gjelder styringen av helseforetakene (Ot.prp.nr 66, Opedal & Rommetvedt 2005). Reformen trekker også frem økt oppmerksomhet på ledelse som en nødvendighet i styringen av foretakene. Med stor grad av autonomi og fokus på ledelse skal foretakene ivareta ressursforvaltningen på en effektiv måte og blant annet realisere målet om likt tjenestetilbud i hele landet (ibid).

¹ Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

² Ot.prp.= odelstingsproposisjon (heter i dag Proposisjon til Stortinget) brukes når regjeringen foreslår nye lover, opphevelse eller endring av eksisterende lover.

³ Se fullstendig liste over regionale og lokale helseforetak i vedlegg 8-4

I litteraturen omkring sykehussektoren er sykehusreformen omtalt som en reform gjennomsyret av New Public Management (NPM) (Byrkjeflot og Neby 2005). NPM anses som en samling av normative ideer om blant annet organisering og ledelse. Disse ideene vokste frem på slutten av 1970-tallet (Bush et al. 2011). Teoretikere har trukket frem moderniseringsbølgen (NPM) som respons på en rekke effektivitets- og legitimitetsproblemer knyttet til offentlig sektor (ibid). Autonomi og ledelse trekkes frem som to av de sentrale elementene i NPM. Autonomi handler om desentralisering av oppgaver og myndighet, mens ledelse handler om profesjonalisering av lederrollen og ansvarliggjøring av lederne.

Denne oppgavens intensjon er å studere helseforetakenes autonomi og ledelse i lyse av Stortingets styring av helseforetakene. Det er dermed helseforetakenes autonomi opp mot Stortingets engasjement i sykehussaker både før og etter reformen som skal undersøkes. Videre skal ledelses-elementet undersøkes ved å se på om profesjonalisering av lederrollen kommer til uttrykk i helseforetakene. Det presiseres at denne oppgaven bygger videre på, og har inspirasjon fra min bacheloroppgave i statsvitenskap fra 2014, skrevet sammen med medforfatter Christian Husby. Tillatelse er innhentet fra medforfatter Husby. Deler av det teoretiske grunnlaget og datamaterialet har inspirasjon og spor fra bacheloroppgaven vår.⁴ Videre er oppgaven inspirert av Ståle Opedal og Hilmar Rommetvedts artikkel «*Sykehus på Løvebakken*» (2005)⁵. Imidlertid vil det teoretiske grunnlaget for oppgaven utvides. I tillegg skal det empiriske datamaterialet utvides med en konkret case som beskriver forholdet mellom Stortingets engasjement i sykehussaker og helseforetakenes autonomi. Det er nedlegging av akuttkirurgien ved Odda sjukehus (heretter Odda-saken) som skal belyse dette.

⁴ Direkte sitater og gjenbruk av bacheloroppgaven er heretter gjengitt som (Husby & Safi 2014) som kildehenvisning i oppgaven.

⁵ Undersøkelsen i perioden 1996-2004 finnes i artikkelen *Foretaksfrihet eller Stortingsstyring?* (2005), samt en oppfølging frem til 2007 i artikkelen *From politics to management - or more politics?* (2010).

1.2 Bakgrunn for oppgaven

Utviklingstrekk i samfunnet har ført til krav om omstilling og nye former for organisering og ledelse. Det ble utover på 2000-tallet lagt økt fokus på markedsliberale ideer og den liberalistiske ideologien utfordret den sosialdemokratiske likhetsideologien. Iverksetting av reformer var en populær trend og det ble iverksatt mange nye reformer.

Eksempelvis kan politireformen (2000), kvalitetsreformen (2001), sykehusreformen (2002) og NAV-reformen (2006) nevnes (Husby & Safi 2014). Statsovertakelsen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene og endring i tilknytningsform til helseforetak kan nettopp tolkes som et resultat av økende krav om fornyelse og forbedring av spesialisthelsetjenesten.

Helse-Norge har i store deler av etterkrigstiden vært et debattert og politisk betent område både lokalt, regionalt og nasjonalt. Gjennom en rekke offentlige utredninger og stortingsmeldinger er helsesektoren blitt satt på dagsorden (NOU1996:5, NOU 1999:15, St. meld. Nr. 50, 1993-94, St. meld. Nr. 24, 1996-97) (Stigen 2005). Diskusjonen omkring helsesektoren og da primært spesialisthelsetjenesten har vært preget av hvorvidt styringsstrukturen og ressursutnyttelsen var formålstjenlig (ibid). Gjennom store deler av 1990-tallet handlet debatten om graden av effektivitet og det fylkeskommunale eierskapet av sykehusene var tilfredsstillende. Stadige budsjett overskridelser, uklar eierrolle og variert helsetilbud i fylkeskommunene ble ansett som viktige argumenter for reorganiseringen av spesialisthelsetjenesten (Stigen 2005).

Debatten har imidlertid vedvart også etter innføringen av reformen og de sentrale linjene er:

- Debatt knyttet til nasjonal samordning av spesialisthelsetjenesten og utjevning av forskjeller i kvalitet og effektivitet mellom regionene og helseforetakene.
- Diskusjon om klarhet i roller mellom regionale og lokale nivåer, mellom styrer og administrasjonen og mellom statens eierskap og politisk styring av foretakene.
- Debatt om foretaksmodellen sikrer tilstrekkelig grad av politisk styring, herunder tilstrekkelig involvering av Stortinget i sentrale beslutninger (NOU 2016: 25:10).

1.2 Sykehusreform

I det følgende gis det en kortfattet redegjørelse for bakgrunnen og innholdet i sykehusreformen. Dette mener er jeg relevant og viktig for det videre arbeidet med oppgaven. En redegjørelse av sentrale elementer i sykehusreformen er viktig for å forstå helten i oppgaven.

Bakgrunnen og de opprinnelige hovedmålene med reformen var:

- ✓ Å få kontroll med budsjettoverskridelsene og få redusert veksten i sykehusutgiftene
- ✓ Økt kostnadseffektivitet og produktivitet i sykehusene
- ✓ Bedre samordning
- ✓ Mer likt tjenestetilbud i hele landet
- ✓ Bedre ytelser og resultater
- ✓ Økt kvalitet på tjenesteproduksjonen (Christensen et al 2010:246)

Formålet ble beskrevet slik i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001):

«Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer. Den dreier seg ikke om endringer i helsepolitikkenes mål. Denne reformen må derfor sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i framtiden. Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen.

Etter at helseforetaksloven ble vedtatt i 2001, er det blitt vedtatt få lovendringer (NOU 2016: 25). Det var først ti år etter innføringen av helseforetaksmodellen at de første forslag til endringer ble presentert i Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven mv.* (ibid). Lovforslaget la opp til en gjennomgang av helseforetaksmodellen og blant annet vurdering av styringspraksis og regional og lokal forankring (NOU 2016:25: 35). Forslagene til endringer i helseforetaksloven var basert på praktiske erfaringer gjennom ti år, og foreslo ikke noen nye styringsprinsipper. Den nasjonale eierstyringen og ansvaret ble synliggjort ytterligere. Videre ble det vedtatt at styremøter i helseforetakene skulle foregå med åpne dører, unntaksvis når hensynet til taushetsplikt og personvern ikke tillater det (ibid).

1.2.1 Organisering og styring av helseforetakene

Statens eierskap av helseforetakene legger føringer og rammer for graden av foretaksfrihet og autonomi i helseforetakene. Staten kan via sitt eierskap legge føringer på hvordan helseforetakene skal utøve sitt arbeid (Stigen 2005:31). Staten med Helse- og omsorgsdepartementet er den øverste eieren av helseforetakene, i tillegg til å ha ansvar for den nasjonale helsepolitikken. De regionale helseforetakene utøver eierskapet på vegne av staten og har ansvaret for alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. De regionale foretakene er inndelt i fire helseregioner, herunder Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord.⁶ Under hvert regionalt helseforetak er det lokale helseforetak hvor landets sykehus er plassert og behandlingen foregår.

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) av 15. juni 2001 nr. 93 regulerer den statlige eierstyringen av helseforetakene. Det fremgår av kapittel 5 i helseforetaksloven at eierstyringen skal foregå i form av foretaksmøter og at staten kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte. Paragraf 16 i loven legger opp til at det skal holdes foretaksmøte i løpet av årets to første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer. Videre hevder lovens § 30 at saker av vesentlig betydning eller som er av prinsipiell karakter for foretakets virksomhet skal vedtas i foretaksmøtet. Dette gjelder blant annet nedleggelse av sykehus, vesentlige endringer i tjenestetilbud og endring av sykehusstruktur, samt endring i antall helseforetak i regionen (ibid).

I tillegg til foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene, utarbeides det årlig oppdragsdokumenter fra departementet til foretakene. Oppdragsdokumentene inneholder målsetninger, resultatkrav og budsjettammer.

Styrene i de regionale foretakene er ansvarlige for at de helsepolitiske målene nås innenfor de rammene som er satt av Stortinget via departementet (NOU 2016:25). I tillegg til å ha det øverste ansvaret for sine underliggende lokale helseforetak. Foretaksstyrene skal se til at driften av foretakene er i samsvar med formålsparagrafen (§1) i helseforetaksloven, samt ansvarlig for den samlede driften av virksomhetene. Det ble i 2006 vedtatt av Stoltenberg-regjeringen at flertallet i styrene skulle oppnevnes blant politikere foreslått av kommunestyre, fylkekesting og Sametinget. Dette ble begrunnet med fravær av politisk deltakelse i utformingen

⁶ Helse Sør-Øst var to separate helseregioner, men ble fusjonert sammen i 2007.

av sykehustjenester etter innføringen av reformen, og at folkevalgte i styrene ville gi nærmere kontakt mellom befolkningen og spesialisthelsetjenesten. Dette kravet ble imidlertid fjernet av den borgerlige regjeringen i 2014 (www.regjeringen.no).⁷ Styremedlemmene i de regionale og lokale foretakene skal nå velges på bakgrunn av kvalifikasjoner (ibid).

Den daglige driften av foretakene står daglig leder (administrerende direktør) for sammen med resten av lederteamet. Daglig leder skal jevnlig rapportere til styret om situasjonen i virksomheten (helseforetaksloven § 20, 28, 37 og 38). I Instruks for administrerende direktør i de enkelte foretakene fremgår det at det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør.⁸

1.2.3 Autonomi og ledelse i sykehusreformen

Økt autonomi og fokus på lederrollen er i litteraturen trukket frem som sentrale elementer i sykehusreformen. Det er flere ganger i Ot.prp.nr 66 presisert at staten skal konsentrere seg om overordnede forhold. Videre at «*Det skal ikke være en politisk styring av selve utførerfunksjonen. Foretaksorganiseringen forutsetter at styringen fra eier skal foregå gjennom foretaksmøtet*» (helseforetaksloven, Ot.prp.nr66:46). Dette formålet skal sørge for at helseforetakene blir myndiggjort og ansvarlige. Staten som eier skal ha det overordnede ansvaret og konsentrere seg om det. Videre er intensjonen å klargjøre statens rolle både som eier, myndighet, driftsansvarlig, finansieringsansvarlig og tilsynsmyndighet (Ot.prp. nr.66 (2000-2001)). Denne balansegangen mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet styring er beskrevet som et «kriterium» for reformens endelige suksess (ibid). I NOU 2016: 25 kommer det frem at: «*Et mål med helseforetaksreformen var dels sterkere statlig styring av overordnede spørsmål, og dels desentralisering ved at sykehusene skulle få større frihet i styringen av driften. Dette er en vanskelig balansegang, men et kriterium for at reformen skal lykkes* (NOU 2016: 25:90).

I tillegg til en desentralisert foretaksorganisering med høy grad av autonomi, presiserer Ot.prp.nr 66 økt frihet til sykehusledelsen. Det statlige eierskapet skal fokusere på overordnede mål og dermed sette ledelsen i helseforetakene til å ta effektive beslutninger (NOU 2016: 25). Ledelsesutvikling har derfor vært et sentralt tema i den enkelte foretak, i

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-prinsipper-for-oppnevning-av-styrer-/id745861/>

⁸ Instruks for administrerende direktør HELSE SØR-ØST RHF 2016 – 2018

tillegg til at nasjonal satsing på ledelsesutvikling i spesialisthelsetjenesten. Et konkret eksempel er Nasjonal Ledelsesutvikling for helseforetakene (NTP) som ble opprett i 2006.

Imidlertid er det viktig å presisere at fokuset på ledelse og ledelsesutvikling ikke er nytt tema, men ble allerede i 1990-årene poengtert av flere utvalg, herunder Andersland-utvalget fra 1990 og senere NOU 1997:2 - *Pasient først*. Begge utredningene trekker frem blant annet fravær av ledelseskompetanse i sykehusene som et argument for dårlige resultater og økte forskjeller i sykehusene. I de utredningene er det tatt til orde for at ledelse av sykehusene ikke nødvendigvis kun er for ledere med helsefaglig bakgrunn, men bør ledelse av den med relevant og høyest ledelseskompetanse.

I NOU 1997:2 ble begrepet om enhetlig ledelse presentert. Dette ble vedtatt og lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-9. Paragrafen presiserer at sykehusene skal ha en leder på alle nivåer. Videre fremgår det av samme paragraf at i de tilfeller kravet til forsvarlighet anses som nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglig rådgivere (ibid). Ot.prp. nr.66 presiserer at «*Regionale og lokale helseforetak ledes av et styre og en daglig leder som har selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater*» (Ot.prp. nr.66(2000-2001):84). Videre står det at ledere skal gis klarere ansvars- og fullmaktsposisjon til å utøve en helhetlig drift av foretaket (ibid). Det er også nevnt i Ot.prp.nr.66 om at reformen like gjerne kan ses på som en ledelsesreform, likefullt som en ansvar- og eierskapsreform (ibid).

I 2015 ble det vedtatt en ny nasjonal helse- og sykehusplan og følgende mål ble trukket frem:

- *Styrke pasienten*
- *Prioritere tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling*
- *Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten*
- *Nok helsepersonell med riktig kompetanse*
- *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*
- *Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus*
- *Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* (Meld. St. 11 (2015–2016)).

Et relevant element i den nye nasjonal helse- og sykehusplanen er innføring av stedlig ledelse i helseforetakene. I følge Lov om spesialisthelsetjenester (§ 3.9) skulle alle sykehus etter 2001 organiseres slik at det var en ansvarlig leder på alle nivåer. Lederen skulle ha et totalansvar og ledelsen kunne utøves av den med best kvalifikasjoner som leder. Dette ble presentert som

enhetlig ledelse. Imidlertid er stedlig ledelse trukket frem som et sentralt begrepet i den nye nasjonal helse- og sykehusplanen. Det ble fremmet forslag på Stortinget om at «*Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.*» (NOU 2016: 25:17). Det ble argumentert om at stedlig ledelse var et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene (ibid).

Sykehusreformen legger altså opp til at Stortinget skal ha en tilbaketrasket rolle i styring av helseforetakene. I rapporten Sykehusreformen – Noen eierperspektiv (2001) oppsummeres det at «*Reformens hovedintensjon er å kombinere en klar overordnet statlig ansvars- og eierposisjon overfor sykehusene med økt lokal myndighet gjennom foretaksorganisering*»⁹. I den grad Stortinget vil engasjere seg, er det snakk om i mer overordnet prinsippsspørsmål (Lægneid et al.2005, Opedal & Rommetvedt 2005). Ot. prp. 66 skisserer også at: «*Den politiske styringen av sykehussektoren vil i det statlige eierskapet utøves gjennom overordnede prioriteringer i form av stortingsvedtak for budsjettperioden*» (side 46). Dette tyder på at reformen legger opp til økt administrativ frihet og fokus på lederutvikling, fremfor overordnet politisk kontroll og detaljstyring.

1.3 Avgrensning

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) er det særlig to nasjonale helsemål som fremstår sentralt:

- Mer likeverdig helsetilbud over hele landet, uavhengig av bosted og økonomi.
- En mer spesialisert og effektiv sykehusstruktur, med vekt på større grad av autonomi og ledelsesutvikling (Opedal & Rommetvedt 2005, Safi & Husby 2014).

Opgaven avgrenses til å belyse helsemål nummer to, hvor økt autonomi og ledelsesutvikling fremstår som sentrale mål. Staten skal via sin eierskapsstyring legge føringer på overordnede helsepolitiske mål, men samtidig gir helseforetakene utstrakt autonomi i styringen av driften.

I et endringsledelsesperspektiv er det interessant å studere hvorvidt nedfelte endringer om økt autonomi og fokus ledelse i sykehusreformen er blitt gjennomført og gjort gjeldende for dagens sykehussektor. Dersom det ikke er tilfellet, hva kan årsaken til det være?

Endringsprosesser i komplekse og tunge institusjoner motarbeides ofte av både ytre og indre krefter. Kan dette være tilfellet i denne sektoren? En sykehusstruktur bestående av statlig

⁹ Sosial- og Helsedepartementet. Rapport:” Sykehusreformen – noen eierperspektiv, ” i forordet.

eierskap og overordnet styring, samt endringer fra forvaltningsorganer til egne rettssubjekter som helseforetak er derfor spennende å studere i et endringsledelsesperspektiv.

1.4 Problemstilling

Oppgaven søker å belyse graden av autonomi i helseforetakene slik det er skissert i sykehusreformen opp mot stortingets engasjement i sykehussaker både før og etter reformen. I tillegg til å undersøke profesjonalisering av lederrollen i helseforetakene. I følge sykehusreformen skal de folkevalgte på Stortinget ha en tilbaketrukket rolle i styringen av helseforetakene. I den grad Stortinget vil engasjere seg, er det i mer overordnede prinsippsspørsmål (Læg Reid et al. 2005, Opedal & Rommetvedt 2005). Sykehusreformen trekker også frem ledelsesutfordringer i helsesektoren og foreslår økt oppmerksomhet på ledelsesutvikling og større resultatkrav til lederne. Det er verken i Ot. prp. 66 eller spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9) stilt kvalifikasjonskrav til ledere. Det fremgår av daværende Sosial- og helsedepartementets merknader til loven at: «*Det er således opp til eier og leder av virksomheten å vurdere hvem som er best kvalifisert for stillingen*» (Rundskriv I-59/2000). Videre fremgår det av merknaden at det skal utpekes en medisinfaglig rådgiver «*dersom lederen ikke har nødvendig medisinsk faglig kompetanse*» (ibid).

Problemstillingen for oppgaven stilles i hypoteseform og følgende hovedantakelse er utledet:

- **Etter innføringen av sykehusreformen har helseforetakene fått høy grad av autonomi og profesjonell ledelse.**

Denne antakelsen indikerer at staten som eier har en overordnet rolle i styringen av helseforetakene og, - instruerer foretakene gjennom stortingsvedtak i overordnede saker, gjennom Helse- og omsorgsdepartementets i foretaksmøter og gjennom oppdragsdokumenter. Den praktiske styringen og organiseringen er dermed overlatt til de regionale og lokale foretaksstyrene og den administrative ledelsen i foretakene. Dette gir foretakene høy grad av autonomi og foretaksfrihet. Dette er lovfestet i Lov om helseforetak § 16 og § 20 som hevder: «*Et foretak ledes av et styre og en daglig leder. Foretakene kan dermed ha fokus på ledelsesutvikling og ha en ansvarlig leder på alle nivåer, slik det ble instruert i Lov om spesialisthelsetjenester (§ 3.9).* Denne hypotesen gir lav stortingsaktivisme i sykehussaker og høy grad av foretaksautonomi og fokus på profesjonalisering av lederrollen. I den grad

Stortinget engasjerer seg, er det i mer overordnede saker. I et teoretisk perspektiv er det nærliggende å knytte dette opp mot NPM-tradisjonen.¹⁰

Den alternative antakelsen er utledet som følgende:

- **Etter innføringen av sykehusreformen har Stortingets engasjement økt i sykehussaker og, - foretaksfriheten og ledelsesutøvelsen er begrenset.**

Dette fordi at historisk utgjør helsesektoren en av velferdsstatens grunnpilarer og er blitt ansett som «velferdsstatens dronning» (Byrkjeflot og Grønlie 2005). Dermed er det nærliggende å anta at gjennom blant annet økt oppmerksomhet i mediene er helsesektoren svært sentral i den politiske debatten. Sykehussektoren har tradisjon for å være sterkt politisk styrt, og nettopp denne stivhengigheten til historiske forhold kan tenkes å være uforenelig med intensjonen om en overordnet og tilbaketrukket rolle for stortinget (Lægreid et al. 2005). Antydningen videre er at ledelsen av foretakene blir et «mellomledd» med relativt lite armslag mellom et detaljstyrende Storting på toppen og medisinenes sterke posisjon som institusjonalisert fagfelt med stor makt. I et teoretisk perspektiv kan denne antakelsen plasseres under et institusjonelt kulturperspektiv, hvor uformelle normer og verdier som vokser frem over tid har stor betydning for hvordan innføring av nye reformer innarbeides.

1.5 Nærmere oversikt over oppgaven

Kapittel 1- Innledning og oppgavens problemstilling presenteres.

Kapittel 2- En oversikt over det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for oppgaven.

Kapittel 3 - Valg av den metodiske tilnærmingen presenteres og begrunnes.

Kapittel 4: De empiriske funnene fra undersøkelsene legges frem.

Kapittel 5: Funnene analyseres i lys av det teoretiske rammeverket.

Kapittel 6: En oppsummerende konklusjon og besvarelse av antakelsene.

Kapittel 7: Litteraturliste for oppgaven.

Kapittel 8: Vedleggliste for oppgaven.

¹⁰ NPM-tradisjonen utdypes i teoridelen av oppgaven.

2. Teori

I dette kapittelet presenteres en oversikt over det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for denne oppgaven. Organisasjonsteori for offentlig sektor har en sentral plass. De ulike organisasjonsperspektivene vil bli gjort rede for. Bakgrunnen for valget av teori er at jeg mener den har relevans for det temaet som er valgt. Teori skal være et hjelpemiddel til å beskrive empirien og bidra med forklaringskraft for å belyse årsaksforhold. Jeg ønsker først og fremst å belyse empirien ut fra de ulike perspektivene om hvordan organisasjoner fungerer og endres. Både det **instrumentelle** perspektivet og det **institusjonelle** perspektivet beskrives, i tillegg til nyere organisasjonsideer og -oppskrifter.

Hovedantakelsen for oppgaven er avledet av en New Public Management-inspirert sykehusreform. Her er antakelsen at helseforetakene har fått høy grad foretaksfrihet, og profesjonell ledelse etter innføringen av reformen, slik NPM legger opp til. Antakelsens innhold vil dermed være i tråd NPM-tradisjonen som presenteres i avsnittet under.

2.1 New Public Management

Fenomenet New Public Management (NPM) har fra slutten av 1980-årene befestet sin posisjon som et distinkt forskningsfelt (Røvik 2007). NPM er i litteraturen (Øgård 2010, Røvik 2014, Christensen 2006) beskrevet som en felles betegnelse på de siste 25 års forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning (Røvik 2007:34). Fenomenet er beskrevet som en samling av normative ideer om ledelse og organisering (ibid).

Statsviteren Lundquist beskriver NPM som «ekonomismens» fremvekst og dominans i offentlig sektor (Øgård 2010:26). Lundquist skildrer NPM-tradisjonen i retning av økt fokus på kostnadseffektivitet og produktivitet på bekostning av mer tradisjonelle verdier i offentlig sektor, herunder politisk demokrati, offentlig etikk og rettssikkerhet (Ibid).

Det er hensiktsmessig å gi en generell fremstilling av NPM i første omgang før elementene fristilling og ledelse skal utdypes.

2.1.1 Fremveksten av New Public Management

Det er bred enighet blant de *reformvennlige forskerleirene* om at fremveksten av NPM skyldes tre hovedelementer (Røvik 2007, Bush et al. 2011:22-61):

1. Den økonomiske stagnasjonen på 1970-tallet i mange land åpnet opp for innføring av reformer. Et mye omtalt argument her er oljekrisen på midten av 1970-tallet som rammet økonomien i mange land.
2. Det pekes videre på fremveksten av liberalistiske ideologier og mer høyreorientert politisk ledelse i en rekke land. Margaret Thatchers borgerlige regjering i Storbritannia nevnes som et konkret eksempel.
3. Økt deregulering og liberalisering på mange områder i samfunnet og svekket tro på velferdsstaten betraktes også som en årsak til fremveksten av NPM. For kompleks og byråkratisk velferdsstat førte til introduksjon av konkurransefaktorer i offentlig sektor.

Bakgrunnen for NPM reformer og hvorfor dette ble implementert i ulike land er også skissert av Christensen (2006) i artikkelen «*Staten og reformenes forunderlige verden*».

Følgende faktorer peker forfatteren på:

- Ytre press i form av økonomiske problemer og omtaler i media.
- Indre press i form av at sentrale ledere og aktører innså effektivitetsproblemer.
- Ulike styre reformer var avgjørende for iverksetting av reformer.
- Samsvar mellom uformelle normer og verdier og reformer.
- For å skape legitimitet ble reformer innpakket i myter og symboler og implementert (Husby & Safi 2014).

Norge ble frem til begynnelsen av 2000-tallet i denne sammenhengen beskrevet som nølende reformator (Christensen og Lægreid 2001, Bush et al. 2011, Byrkjeflot og Neby 2005).

Hvorfor Norge ble betegnet som nølende reformator er forklart ut fra en rekke faktorer som ikke er i tråd med fremstillingen ovenfor jf. fremstillingen av Christensen (2006). Ytre press i form av økonomiske problemer var ikke like sterk i Norge som i en rekke andre land. Dette fordi petroleumsrikdommen førte til stabil økonomi og dermed ble reformbehovet ansett som mindre akutt enn i andre land. Indre press og styre reformer la også demper på innføringen av reformer. Dette fordi at Norge ble styrt av mindretallsregjeringer gjennom store deler av 1970-2005-tallet. Faktorer knyttet til samsvar mellom uformelle verdier og normer og reforminnføring var heller ikke gjeldende for Norge. Det er argumentert for at sterk offentlig styring og fellesskapsverdier i Norge ikke var i tråd med den inspirerte reformbølgen som skyllet inn til mange land (ibid).

Hvorfor går så Norge fra å være en nølende reformator til å bli «reform entreprenør» på 90- og 2000-tallet? Hvor blant annet reformer innenfor Posten, Televerket, Jernbaneverket og mer konkrete reformer som politireformen (2000), kvalitetsreformen (2001), sykehusreformen (2002) og NAV-reformen (2006) innføres. Christensen (2006) hevder at politisk vilje var en avgjørende faktor for innføringen av NPM-inspirerte reformer. Arbeiderpartiet var i større grad høyreorientert og ble inspirert av NPM-tradisjonen (ibid). I tillegg nevnes ytre press fra internasjonale organisasjoner som OECD starten på reformaktivitet utover 2000-tallet (ibid).

2.1.2 Hva er New Public Management?

Teoretikere refererer til Christopher Hood som grunnlegger av begrepet «New Public Management» tidlig på 1990-tallet (Røvik 2007). Hovedessensen i NPM er overføring av velutprøvde moderniseringsideer fra privat sektor til offentlig sektor. Intensjonen er økt grad av profesjonelle ledere med ledelseskunnskaper til å lede, høyere frihet og autonomi til styring, oppsplitting av virksomheter i selvstendige enheter og økt konkurranse (Røvik 2007:34). Videre skal liberalistisk markedsorientering med begrunnelse i økonomiske teorier (Public choice og prinsipalagent) anvendes i offentlig tjenesteyting og styring (ibid).

En mye omtalt definisjon av NPM som er oversatt fra Hoods artikkel «*A public management for all seasons*» (1991) hevder at:

«Med New Public Management reformer menes: bevisste endringer i strukturer, prosesser og insentiv-systemer for å få offentlige organisasjoner til (på en eller annen måte) å fungere bedre» (oversatt etter Pollit og Bouckaert, 2004, jf. Vanebo 2011:22).

Christensen (2006) skriver at de bevisste endringene skal forekomme ved hjelp av en rekke tiltak, herunder: «*fristilling av etater, tilsyn og selskap; klarere skille mellom roller (eier, forvalter, regulator, etterspørre, tilbyder osv.); økt vekt på resultat, marked og konkurranse, samt en sterkere brukerorientering*» (Christensen 2006:215).

skriver også at NPM kan defineres som en samling av normative organisasjonsoppskrifter. Dette er illustrert med at oppskriftene er samlet i en handlekurv og offentlige organisasjoner

kan «plukke» hele oppskrifter eller deler av de.

Forfatterne gjengir følgende elementer som sentraler i handlekurven:

1. «Oppsplitting og desintegrering av homogene forvaltningsorganisasjoner gjennom horisontal og vertikal differensiering eller spesialisering, herunder fristilling og endring i tilknytningsformer.
2. Vekt på en profesjonell, management-orientert ledelse i offentlige organisasjoner, med mer autonomi for managere til å velge virkemidler og bestemme over bruken av ressurser lokalt.
3. Mål- og resultatstyring med resultatmål, rapportering av resultat og belønnings- og straffesystem. Endring i personalpolitikken, med vekt på kontrakter, prestasjonslønn og lønnsulikhet, og mer midlertidighet i ansettelse.» (Christensen og Læg Reid 2001:68).

Det er særlig punkt 1 og 2 ovenfor som er av interesse å utdype ytterligere. Dette fordi at sykehusreformen kan ses på som *oppsplitting* og endring i *tilknytningsform* som skyver makt og oppgaver nedover i organisasjonen. Hovedantakelsen uttrykker en ambisjon om høy grad av fristilling og foretaksfrihet, samt innføring av en profesjonell ledelse i helseforetakene. Punkt 3 er også relevant for spesialisthelsetjenestens anvendelse av *stykkprisfinansiering* eller «innsatsstyrt finansiering» (ISF), som den norske varianten er kalt. Imidlertid faller dette utenfor oppgavens rammer og vil ikke bli utdypet nærmere.

2.1.3 Fristilling og autonomi

Fristilling er av Grønlie og Selle definert som «en prosess mot spredning av funksjoner og myndighet fra statens parlamentarisk-politiske sentrum - til organisasjoner og institusjoner mer fjernt fra denne» (1998:11). Det er klare paralleller mellom definisjonen av fristilling og NPM-tradisjonen som er skissert ovenfor. Dette fordi at begge deler peker på å delegere styringen til autonome enheter, mer fjernt fra den politiske dagsordenen. Christensen og Læg Reid (2011) er av den oppfatning at fristilling i NPM-logikken oppnås gjennom horisontal og vertikal *differensiering*, *oppsplitting* og *desintegrering*. Dette skal resultere i selvstendige enheter med høy grad av autonomi. Videre skal dette sørge for klarere rollefordeling mellom «eier, regulator, bestiller, kontrollør og finansiør» (Christensen et al 2010:221). Det er spesielt den vertikale differensieringen som er nært beslektet med NPM-tradisjonen hvor

fristilling deles opp i ytre og indre fristilling (ibid). Indre fristilling refererer til differensiering innenfor samme organisasjonsform, for eksempel fristilling fra et departement til direktorat. Den ytre fristillingen referer til endring i tilknytningsform, herunder organisering av spesialisthelsetjenesten som helseforetak (ibid).

Autonomi er i litteraturen beskrevet som følelsen av frihet til å foreta valg for hvordan en vil utføre arbeid. Ansattes autonomi er definert som graden av valgfrihet. Det er altså selvbestemmelse for hvordan oppgaver skal utføres, kontra kontrollerende omgivelser som innskrenker denne valgfriheten. I denne oppgaven er autonomi knyttet til delegert myndighet fra staten (eier) og ned til helseforetak som er organisert som selvstendige rettssubjekter. (Verhoest et al. 2004) har skissert to former for delegert beslutningsmyndighet, herunder Policy-autonomi og ledelsesautonomi. Førstnevnte begrep baserer seg på frihet til å ta beslutninger om “...*the (sub)processes and procedures it has to conduct to produce the externally prescribed goods and services; the policy instruments used to implement the externally set policy and the quantity and quality of the goods and services to be produced; and the target groups and societal objectives and outcomes to be reached by the policy*” (Verhoest et al. 2010:19). Ledelsesautonomi betyr frihet i forhold til “...*choice and use of inputs then they have some degree of managerial autonomy*” (Verhoest et al. 2004:105). Ledelsesautonomien kan omfatte frihetsgrader i forhold til budsjett disponering, menneskelige ressurser og organisering. Disse to formene for autonomi kan videre deles i strategiske og operative saker. Policy-autonomi er forbeholdt saker av overordnet og prinsipiell karakter eksempelvis mål og retningslinjer, mens ledelsesautonomi omfatter mer operative og driftspregede saker og prosesser.

2.1.4 Profesjonell ledelse

Ideen om profesjonell ledelse har røtter tilbake fra 1900-tallet, og er av Frederick Taylor er definert som scientific management (taylorisme) (Christensen et.al, 2013). Hovedideene bak denne tradisjonen var at ledelsesoppgaver og praktisk utførende arbeid skulle skilles i en bedrift. Det skulle være en ansvarlig leder som skulle lede arbeidet og ikke en fagperson. Taylors intensjon med ledelse i en bedrift var å sikre optimal tjenesteyting for både bedriften og de ansatte (ibid). Denne tankegangen kan ikke direkte og i sin helhet overføres til NPM, men flere teoretikere peker på at mye av inspirasjonen er hentet nettopp fra taylorismen.

Profesjonell ledelse i NPM peker nettopp på behovet for tydelig skille mellom ledelse og den resterende delen av virksomheten. Ledelse er i følge NPM-logikken en egen profesjon og må utøves av de med ledelsesutdanning. Byrkjeflot og Neby (2005) skriver derfor at ledelse i stadig større grad er blitt et selvstendig fokusområde, mens det tidligere ble oppfattet som en forlengelse av fag eller langvarig erfaring (2005:56). Det er blitt større fokus på å utdanne profesjonelle ledere og ansvarliggjøres dem for styringen av virksomheten. Med en profesjonell leder menes at den som er best egnet til å lede skal lede, ettersom ledelse ses på som et eget fagområde (ibid). Det er videre også omtalt at ledelsesprinsippene og utøvelsen er likt både i offentlig og privat sektor. Guy Peters (1996) beskriver denne tankegangen som: «*This corpus of analysis assumes that management is management no matter where it takes place and that instruments used to organize and motivate personel are as applicable in the public sector as they are in private*» (Peters 1996:20, i Øgård 2010:27).

Denne delen av NPM-tradisjonen er nært beslektet med avsnittet ovenfor om autonomi. Det er nettopp gjennom høy grad av fristilling at profesjonell ledelse kan utøves.

Øgård (2010) skriver at: «*Troen på ledelse kommer dessuten til uttrykk gjennom en utstrakt grad av desentralisering og delegering av makt og myndighet fra politiske til administrative styringsnivåer, og videre fra det administrative toppnivå og ut til virksomhetslederne.*» (Øgård 2010: 36) Både indre og ytre fristilling skal kunne gi lederne anledning til å utøve ledelse på alle nivåer. Eksempelvis ved at lederne styrer den daglige driften, har ansvar for virksomhetens økonomi og drift.

2.2 Kritikk av NPM og overgang til Post-NPM

Røvik (2007) peker på tre sentrale innvendinger mot NPM-skolen. For det første er forestillingen om NPM-oppskrifters opphav noe uklart. Den generelle antakelsen er at dette er forretningsinspirerte ideer fra næringslivet som er blitt overført til offentlig sektor. Det har imidlertid vist seg at disse oppskriftene ofte er generelle organisasjonsoppskrifter (Røvik 2007:36). Den andre forestillingen er ideenes utspring fra en bestemt retning og filosofi. Litteraturen peker der i mot på uklarheten mellom NPM-ideenes bakgrunn fra *økonomismen* på den ene side, hvor sentraliserte beslutninger og hierarki vektlegges. Videre på den andre siden hvor *managerialismen* vektlegger desentralisering, delegering og økt autonomi (ibid). Den tredje forestillingen er knyttet ideenes effekter og virkning. Komparative studier peker på

at NPM-inspirerte reformer har fra ingen, til moderate og til omfattende effekter. Dermed tyder det på NPM-ideer ikke gir lik effekt og virkning over alt (Ibid).

Den konkrete kritikken mot NPM er rettet mot utvisking av skillet mellom privat og offentlig sektor (Røvik 2007). Innføring av markedsliberale reformer kritiseres for å ikke ta høyde for kompleksiteten i offentlig sektor. Det er offentlig sektorens multifunksjonalitet, herunder likhet, rettssikkerhet og legitimitet trekkes frem som grunnleggende skillet fra privat sektor. Videre pekes det på at forsøk på å lage markeder for produksjon og konsumpsjon av offentlige tjenester kan føre til etablering av kvasimarkeder som kan virke mot sin hensikt (Røvik 2007:35). Profesjonalisering av ledelsen og lederrollen er videre kritisert for å skape spenninger mellom generalistledelse og fagprofesjon (Øgård 2010:31-32).

I de senere årenes litteratur hevder forfattere (Christensen & Læg Reid 2007) at NPM delvis har gått over til Post-NPM. Dette som en reaksjon på NPM-reformers manglende evne til et mer helhetlig perspektiv på offentlig sektor. Post-NPM skiller seg ut fra NPM ved at bedre vertikal og horisontal koordinering settes i fokus. Fragmenterte og oppstykkede offentlige tjenester skal integreres og samordnes bedre. NAV reformen betegnes som en post-NPM reform (ibid). Det kan også diskuteres om økt krav til rapportering og eierstrukturen i sykehusreformen også ikke er inspirert av Post-NPM tankegangen.

2.3 Institusjonelt kulturperspektiv

Den alternative hypotesen er utledet i lys av et institusjonelt perspektiv, nærmere bestemt institusjonelt kulturperspektiv. Denne antakelsen legger imidlertid føringer om at Stortingets engasjement snarere har økt etter innføringen av reformen både når det gjelder overordnede prinsipielle saker og saker på deltajenivå knyttet til sykehussektoren. En slik utvikling vil kunne begrense foretaksfriheten og ledelsesautonomien. Den alternative hypotesen vil være i tråd med kulturperspektivet i den institusjonelle tilnærmingen, fordi den politiske styringen henger sammen med styringstradisjoner som har utviklet seg over lang tid i sykehussektoren.

Det institusjonelle perspektivet er i litteraturen beskrevet som den passende adferd i en organisasjon basert på sterke uformelle normer og verdier. En organisasjon vil over tid utvikle institusjonelle trekk hvor normer og verdier anses som styrende for atferden. Disse normer og

verdier vil fungere som handlingsregler i det daglige (Christensen et.al, 2013). I litteraturen finner vi både kultur- og myteperspektivet under den institusjonelle tilnærmingen.

Kulturperspektivet konsentrerer seg om verdier og normer som har grodd fram over lang tid internt i organisasjon. Myteperspektivet derimot er opptatt av verdier i omgivelsene og som er mer skiftende og som preger de reformer som utvikles (Christensen et.al, 2013:75). Det er ofte sosialt skapte normer i omgivelsene som kalles for myter (ibid). Myter omtales som legitimerede oppskrifter på hvordan man bør utforme organisasjoner. Disse oppskriftene adopteres gjerne til offentlige sektor for å løse strukturelle eller effektivitetsproblemer. Det er derfor rimelig å anta NPM-oppskrifter kan plasseres under myteperspektivet. Som vi sett, ble sykehusreformen sterkt preget av NPM da den ble utformet ved årtusenskiftet.

Kulturperspektivet er relevant i den forstand at perspektivet begrunner den alternative antakelsen. Når formelle organisasjoner utvikler disse uformelle normene, i tillegg til de formelle, får de *institusjonelle trekk* (Christensen et.al, 2013:52). Disse uformelle normene og verdiene vokser gradvis frem gjennom en naturlig utviklingsprosess (ibid). Dette vil gjøre organisasjonen mindre fleksibel og enda mindre tilpasningsdyktig ovenfor nye krav og løsninger. Christensen et. al (2013) skriver at organisasjonskultur er en sikkerhetsventil for å redusere usikkerhet og konflikter i organisasjonen.

Schein (1985) definerer organisasjonskultur som grunnleggende antakelser og oppfatninger som deles av alle medlemmene i en organisasjon. Det opererer ubevisst og på en grunnleggende "tatt-for-gitt" måte som definerer organisasjonens syn på seg selv og sine omgivelser. Schein (1985) beskriver tre nivåer av organisasjonskultur:

- 1) Kultur bestående av artefakter – Eksempelvis innredning av arbeidsplasser og synlige symboler.
- 2) Kultur som verdier – Det er bredt enighet om felles verdier og disse er styrende for atferden i organisasjonen.
- 3) Grunnleggende antakelser – Udiskuterbare og erklærte sannheter som medlemmer av organisasjonen aldri vil sette spørsmålstegn ved.

2.3.1 Logikken om det kulturelt passende

Handlingslogikken i dette perspektivet er styrt av organisasjonens kultur, og er av forfattere beskrevet som logikken om «*passende atferd*», (Christensen et.al, 2013:54). Beslutninger i dette perspektivet er i samsvar med de uformelle normer og verdiene i organisasjonen og det oppfattes som rimelig eller akseptabel adferd. Rasjonell overveining og konsekvensvurdering av handlinger, slik et instrumentell-logikk legger opp til, tas det ikke høyde for.

Christensen et.al (2013) kaller prosessen med logikken om passende adferd for *matching* for å koble sammen situasjoner og identiteter. I denne oppkoblingsfasen mellom situasjon og identitet kan aktørene stille seg selv tre spørsmål, herunder

1. Hvilken type situasjon står en ovenfor? Dette spørsmålet vil avklare *gjenkjennelse* av situasjonen og gi en indikasjon på om det er rutinemessig situasjon eller krisepreget (Christensen et.al, 2013:54).
2. Spørsmål nummer to er knyttet til å avklare hvilke *identiteter* en selv og organisasjonen har. I tillegg er det avgjørende å avklare hvor klar og konsistent ens eget og organisasjonens identitet er i forhold til oppgaven som skal løses.
3. Spørsmål tre er knyttet til hvilke *handlingsregler* som forbinder situasjonen og identiteten. Her vil oppkoblingen finne sted og det vil skje relativt intuitiv (ibid).

Forfatterne skriver at en handler med utgangspunkt i blant annet erfaringsbaserte regler som har vist seg å fungere i liknende situasjoner tidligere. Her er det en vesentlig forskjell der det instrumentelle og formelle reglene fokuserer på en mål-middel orientering og er fremtidsrettet. I et kulturperspektiv derimot vil erfaring fra tidligere handlinger og det som har vist å fungere godt i liknende situasjoner være dominerende. Det er altså avgjørende at det eksisterer samsvar mellom institusjoners grunnleggende identitet, verdier og normer og den atferd en søker å oppnå gjennom formell struktur. I de tilfeller det er et gap mellom endringsforslag og organisasjonens identitet, uformelle normer og verdier, vil forslag bli møtt med mostand og i siste instans muligens mislykkes.

2.2.2 Kulturell stivhengighet

I et endringsledelsesperspektiv hevdes det at endringer i organisasjoner formes gjennom bevisste og målrettede prosesser. Det er ofte forbundet med mål-middel orienterte prosesser. Imidlertid kan de kulturelle normene og verdiene spille en sentral rolle i beslutningsprosesser.

Det er spesielt normer og verdier som preger organisasjonen i dens begynnende og formende år. Christensen et.al (2013) skriver at en organisasjon etableres i en bestemt tidsepoke, og mål i etableringsfasen vil ha stor betydning for utviklingen videre. Dette er i organisasjonsteorien omtalt som *stiavhengighet* (Christensen et.al, 2013:61).

Denne stiavhengigheten kan eksempelvis på nasjonalt nivå ha betydning for innholdet i politikken på ulike områder, som skattepolitikk eller i dette tilfellet for helsepolitikken. Selv om omgivelser og konteksten organisasjonen befinner seg i endrer seg, vil de uformelle normer og verdier være styrende for atferd. Dette vil bli annet hindre radikale endringer og føre til økt motstand mot endringer.

Denne stiavhengigheten har både sine fordeler og ulemper. De fordelaktige sidene av stiavhengighet er økt grad av stabilitet, gjenkjennelse av situasjoner og dypere forståelse for de uformelle normer og verdiene. Handlinger vil kunne utføres med større sikkerhet og forankres i fortidens liknende situasjoner. Ulemper derimot med stiavhengighet er knyttet til lav grad av fleksibilitet, lite omstillingsvillige arbeidere. Institusjonelle trekk og logikken om det kulturelt passende vil virke som bremseklosser for endring (Christensen et.al, 2013:62). I et endringsperspektiv vil dette kunne virke hemmende for gjennomføring av reformer og dens intensjoner. Denne stiavhengigheten har en todelt dimensjon av både klare fordeler, men også hemmende ulemper.

Politikerne handler gjerne ut fra en logikk som ikke nødvendigvis er i tråd med de formelle normer og verdiene (Opedal & Rommetvedt 2005). I utarbeidelse og intensjonen bak reformer er det ofte langsiktige og proaktive strategier, mens politikernes hverdag er forbundet med kortsiktige og dagsaktuelle temaer (ibid). Symbolpolitikk og meningsdanning kan derfor stå høyt på dagsordenen til politikerne og overveies høyt. Sykehusreformens intensjon om en tilbaketrukket og overordnet politikerrolle kan derfor tolkes å ikke være forenelig med det institusjonelle perspektivet. Dette fordi at *Stortinget har en alminnelig instruksjonsrett forankret i konstitusjonell sedvane* (Opedal & Rommetvedt 2005:107). Denne praksisen med innblanding og detaljstyring i sykehusspørsmål er også forbundet med at sykehusene er omtalt som en av hovedpilarene i velferdsstaten og den politiske styringen har vært sterk (ibid). Diskusjoner knyttet til nedleggelse eller sentralisering av sykehusstilbud kan vekke stor interesse og er blitt til gjenstand for diskusjon på Stortinget. Opedal & Rommetvedt (2005) omtaler da Stortinget som periferiens sentrale forsamling (2005:109). Videre kan det statlige

eierskapet føre til mer press og aktiv styring for politikerne, i tillegg til behov for økt kontroll av foretakene og krav om rapportering.

Reformens intensjon om økt foretaksfrihet og en profesjonell ledelse er derfor ikke være i tråd et institusjonelt perspektiv. Helseforetakslovens § 16 først ledd bestemmer at «*Eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøtet*» og at «*eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte*», (NOU 2016: 25). Denne paragrafen gir en presis fremstilling for statens kommunikasjon med helseforetakene. Videre kan paragrafen tolkes som at forsøk på styring og påvirkning utenfor foretaksmøtene kan anses som kun dialog og meningsutveksling (ibid).

I tabellen under gis det en forenklet oversikt over teoridelens perspektiver. Det er en nær sammenheng mellom NPM som reformideologi og de formelle hovedelementene i sykehusreformen. Det som kan moderere sykehusreformens instrumentelle design, er det institusjonelle kulturperspektivets vektlegging av sterke uformelle normer. Som vist i innledningskapitlet er det avledet en hovedantakelse med utgangspunkt i sykehusreformens preg av å være en NPM-reform og en alternativantakelse basert på kulturperspektivet.

New Public Management	Institusjonelt kulturperspektiv	Sykehusreformen
<ul style="list-style-type: none"> - Oppsplitting og desintegrering av forvaltningsorganisasjoner. - Endring i tilknytningsformer. - Desentralisering og fristilling. - Økt administrativ frihet, fremfor direkte politisk styring. - Vekt på en profesjonell, management-orientert ledelse. - Større autonomi og handlefrihet til lederne. - Mål- og resultatstyring - Ansvarliggjøring av lederne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gradvis utvikling av uformelle normer og verdier - Organisasjon som institusjon - Logikken om det kulturelt passende som styrende. - Stiavhengighet - Ledelse handler om å skape felles verdier og identitet. - Motstand mot endringer og nye reformer. - Handlinger basert på historisk atferd og rutiner. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inndeling i regionale og lokale helseforetak. - Tilknytningsformen endres - Foretaksorganiseringen med overordnet politisk styring. - Større autonomi til foretakene - Økt fokus på ledelsesutvikling - Profesjonell ledelse - Handlefrihet til sykehusledere - Resultat- og produktivitetskrav. - Lederne har ansvar for å nå helsepolitiske mål.

3. Metode

I dette kapittelet skal det redegjøres for valg av den metodiske tilnærmingen. I litteraturen er metode beskrevet som valg av fremgangsmåter en kan benytte seg av for å besvare vitenskapelig spørsmål (Halvorsen 2011). Valg av metode for denne oppgaven er basert på antakelsene. Formålet med oppgaven er å studere sykehusreformens intensjon om utstrakt delegering av ansvar og autonomi til å lede helseforetakene opp mot Stortingets engasjement i sykehussaker og profesjonalisering av lederrollen. Slik det er beskrevet tidligere skal den politiske styringen fokusere på overordnede forhold. Dette gir helseforetaksledelsen autonomi og frihet å ta beslutninger på et selvstendig grunnlag og dermed også ansvarliggjøres for styringen av foretakene. Hovedantakelsen hevder derfor at etter innføringen av reformen har helseforetakene fått høy grad av foretaksfrihet og en profesjonell ledelse, slik New Public Management legger opp til. Den alternative antakelsen hevder imidlertid at Stortingets engasjement i sykehussaker snarere har økt og ledelsens handlingsrom er begrenset.

3.1 Valg av forskningsdesign

I startfasen av en oppgave er det nødvendig å utarbeide et forskningsdesign, altså en planskisse av arbeidet en skal gjennomføre. Norman Blaikie (2010: 13) skriver at et forskningsdesign er «*... a technical document that is developed by one or more researchers and is used by them as a guide or plan for carrying out research project*». Dette tekniske dokumentet kan i følge Blaikie inneholde en konkret beskrivelse av formålet, de eksplisitte valgene en tar og begrunnelse for dem. Videre skriver Blaikie (2010: 39) «*Research design refers to the process that links research questions, empirical data and research conclusions*».

I denne oppgaven skal forskningsdesignet binde sammen teorien, antakelsene og,- den empiriske undersøkelsen, mens analysen skal ende opp med å gi støtte til hovedantakelsen eller den alternative antakelsen. Antakelsene er dermed konkurrerende for å kunne teste ut ulike tilnærminger til balanseforholdet mellom stortingsstyring og foretaksfrihet.

Blaikie (2010: 43) har listet opp en rekke elementer som er viktig å tenke gjennom når en forskningsdesign skal utarbeides¹¹:

- *Tema og problemstilling*
- *Beskrivelse av forskningsspørsmål og formål*

¹¹ Oversatt fra engelsk til norsk.

- *Valg av forskningsstrategi*
- *Forskningsparadigme*
- *Begreper, teorier, hypoteser og modeller*
- *Datakilder – typer og form*
- *Datainnsamling og tidsplan*
- *Datareduksjon og analyse*

Tema for oppgaven er sykehusreformens intensjon om økt autonomi til helseforetakene opp mot Stortingets engasjement i sykehussaker og og profesjonell ledelse i helseforetakene.

Problemstillingen for oppgaven er utformet som antakelse og utledet med utgangspunkt i New Public management-tradisjonen. Den alternative antakelsen er imidlertid utledet i lys av institusjonelt kulturperspektiv.

Forsknings spørsmål som skal besvares er følgende:

- Hva er innholdet i sykehusreformen?
- Hva er New Public Management?
- Hva er institusjonelt perspektiv?
- Hvordan er sykehusreformen inspirert av New Public Management?
- Hvordan har Stortingets engasjement i sykehussaker vært både før og etter innføringen av reformen? Er engasjementet på et overordnet nivå eller detaljnivå?
- Hvordan kommer profesjonalisering av lederrollen til uttrykk i helseforetakene?

Forskningsstrategi – Blaikie (2010: 81-92) har skissert fire ulike strategier en ta i bruk:

1. *Induktiv strategi* - hvor en beveger seg fra data til teori. Denne strategien kan brukes i tilfeller der formålet med forskningen er å lage universelle generaliseringer for å forklare mønster og regelmessigheter.
2. *Deduktiv strategi* - hvor en går fra teori til empiri. Formålet er å teste ut teori opp mot empiri og dermed falsifisere gale hypoteser.
3. *Retroduktiv strategi* – Hvor en legger opp til å undersøke og oppdage underliggende mekanismer som kan forklare observerte regelmessigheter.
4. *Abduktiv strategi* – Hvor en skal beskrive og forstå sosiale prosesser, fenomener, deres motiver og forklaringer.

I denne oppgaven anser jeg *deduktiv forskningsstrategi* som den mest relevante tilnærmingen for å belyse de to antakelsene. Dette fordi problemstillingen er utformet som antakelser.

Halvorsen (2011) skriver at en hypotese har *deduktivt preg når en skal undersøke om de empiriske konsekvensene som kan avledes av en teori er i samsvar med de faktiske forhold* (Halvorsen 2011: 76).

Hypotesens funksjon er å bestemme hvilken type data forskeren skal samle inn for å belyse en gitt problemstilling (Halvorsen 2011: 76). Videre skal hypotesen binde sammen empirisk data med teorien. Formålet med testing av hypoteser er å falsifisere dem, altså svekke dem (ibid). Når en hypotese falsifiseres, svekkes tillitten til teorien den er utledet fra. Mens i motsatt tilfellet vil teorien styrkes ytterligere. Har forskeren en kvalitativ tilnærming til dataene, kalles det for utprøving hypoteser, fremfor hypotesetesting (ibid).

Hovedantakelsen og den alternative antakelsen i denne oppgaven har imidlertid flere forhold som bør problematiseres. Slik det er beskrevet tidligere i oppgaven, anses ikke NMP som en enhetlig teori, men snarere som en samling av normative ideer og oppskrifter for offentlig sektor hentet fra privat sektor. Dette preger også sykehusreformens inspirasjon av NPM, det etterlyses både politisk styring og foretaksautonomi. Det vil derfor være utfordrende å «falsifisere» og dermed svekke NMP som teori, dersom datagrunnlaget peker i den retning.

Videre byr antakelsene på utfordringer i valg kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Stortingets engasjement i sykehussaker kan måles på ulike måter. I denne oppgaven er det valgt å måle engasjementet ved å se spørrevirksomheten knyttet til sykehussaker, herunder i spørretimespørsmål, skriftlige spørsmål og interpellasjoner. Dette vil genere en statistikk sammenligning i perioden før reformen, i implementeringsperioden av reformen og de 16 årene etter reformens iverksetting. Vi kan imidlertid ikke teste om eventuelle forskjeller før og etter reformen faktisk skyldes reformen, eller om det er andre plausible forklaringer. For å få et bilde av balanseforholdet mellom styring og foretaksautonomi, er det kartlagt et case- Odda-saken – basert på kvalitative data. Imidlertid vil nedleggelsen av akuttkirurgien ved Odda-sykehus være en case som derfor ikke kan generaliseres til sykehussektoren generelt.

Datakilder er av Blaikie (2010: 160) delt i tre kategorier:

- *Primærdata* – Ny data som samles ved hjelp en eller flere datainnsamlingsmetoder.
- *Sekundærdata* – Data som samlet av andre og ligger tilgjengelig i en eller annen form.
- *Tertiærdata* – Forskningsdata som allerede er blitt analysert av andre forskere.

Sekundærdata danner datagrunnlaget for denne oppgaven. Halvorsen (2011) peker på at det finnes ulike typer sekundærdata, herunder *prosessdata*, *bokholderidata* og *forskningsdata*. Alle de tre kategoriene er aktuelle for denne oppgaven. Prosessdata fordi stortingsdokumenter og spørrevirksomheten på Stortinget kan plasseres her, bokholderidata fordi ulike offentlige registrere skal anvendes og samt forskningsdata samlet av andre forskere skal brukes i analysen.

3.2 Datainnsamling og gjennomføringsplan

Datagrunnlaget for oppgaven har sitt opphav fra ulike offentlige dokumenter, avisartikler og annet tilgjengelig forskning. Slik det er presisert innledningsvis bygger denne oppgaven videre på og har inspirasjon og på min bacheloroppgave, i tillegg til Ståle Opedal og Hilmar Rommetvedts artikkel «*Sykehus på Løvebakken*» (2005)¹². Imidlertid er det viktig å påpeke at denne oppgaven er utvidet og har en «*endringsperspektiv-tilnærming*» kontra den «*statsvitenskapelige-tilnærming*» bacheloroppgaven hadde.

For å undersøke sykehusreformens intensjon om utstrakt autonomi til helseforetakene og en tilbaketrukket rolle fra politikerne, skal Stortingets engasjement i sykehuspolitikken undersøkes både før og etter reformen, nærmere bestemt fra 1997-2017¹³. Det er planlagt å følge stortingsår og ikke kalenderår. Et stortingsår er fra 1.oktober til 30.september året etter. Dette skal undersøkes ved hjelp av søk på Stortingets hjemmeside (www.stortinget.no)¹⁴. Denne databasen inneholder spørsmål fra 1987-88 og frem til dag. Her kan spørsmål blant annet sorteres etter stortingsår, spørsmålstype, tema, spørsmålsstiller og besvarer. Videre kan en velge status på spørsmål og velge mellom kategorier som besvart, bortfalt, til behandling, trukket, venter/utsatt.

I denne undersøkelsen er spørsmål sortert etter stortingsår, spørsmålstype er satt til *alle*, tema er satt til *alle*, spørsmålsstiller og besvarer er satt til *alle*. Status på spørsmål ble først vurdert til å avgrenses til «*besvart*», men valget falt til slutt på status *alle*. Dette for å få en oversikt over alle temaer og spørsmål som angår helseforetakene.

Intensjonen er å søke i både spørretimespørsmål (også kalt for muntlige spørsmål), skriftlige

¹² Undersøkelsen i perioden 1996-2004 finnes i artikkelen *Foretaksfrihet eller Stortingsstyring?* (2005), samt en oppfølging frem til 2007 i artikkelen *From politics to management □ or more politics?* (2010).

¹³ Tall fra 1997-2013 hentet direkte fra undersøkelsen i Bacheloroppgaven vår (Safi & Husby 2014).

¹⁴<https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Arbeidet/Sporreinstuttene/>

spørsmål og interpellasjoner som inneholder minst et av stikkordene «sykehus», «sjukehus», «helseforetak» eller «helseføretak». Deretter lese gjennom spørsmålet og vurdere dets relevans for helseforetakene og om spørsmålet er av en overordnet karakter eller detaljspørsmål. Spørsmålet skal så plasseres i et Excel-ark under det bestemte stortingsåret og kategoriseres.

Spørrevirksomheten er en sentral del av Stortingets kontrollvirksomhet som stortingsrepresentantene kan benytte seg av. Spørretimespørsmål inneholder korte replikkvekslinger, men er ikke ment som ordinær debatt. Interpellasjoner er mer omfattende spørsmål til regjeringen som har til hensikt å skape debatt på Stortinget. Interpellanten stiller spørsmål til regjeringen. Svaret legges frem for Stortinget innen en måned under en såkalt interpellasjonsdebatt. Skriftlige spørsmål stilles direkte til statsrådene. Innen seks virkedager skal statsråden gi skriftlig svar tilbake til representanten (Safi & Husby 2014: 24-25, www.stortinget.no).

Det er imidlertid mer interessant å se om engasjement Stortinget viser i sykehussaker er på et overordnet eller på detaljnivå. Det skal undersøkes ved hjelp av å kategorisere spørsmålene i utvalgte år i *overordnede* og *detaljspørsmål*. De valgte årene er 1998-1999, 2004-2005, 2011-2012 og 2016-2017. Det argumenteres for at de utvalgte årene gir statistisk sammenligningsgrunnlag i årene før reformen, i implementeringsfasen av reformen og nå 16 etter innføringen av reformen.

En tilleggsdimensjon oppgaven er å undersøke om det er forskjell på hvilke partier som spør spørsmål i sykehussaker. Her vil inndelingen være i to kategorier 1) *Reformtilhengere* og 2) *Reformmotstandere*. Denne inndelingen baserer seg på hvilke av partiene som stemte for og i mot reformen. Arbeiderpartiet (Ap), Høyre (H) og Fremskrittspartiet (FrP) anses som reformtilhengerne, mens Sosialistisk Venstreparti (SV), Senterpartiet (Sp), Kristelig Folkeparti (KrF), Venstre (V) og Kystpartiet (Kp) anses som reformmotstanderne. Dette skal beregnes på grunnlag av antall spørsmål per representant per stortingsår for tilhenger- og motstandergruppen. Regneoperasjonen vil bli utført ved at spørsmålene til tilhengerne blir addert sammen og dividert på antall representanter for tilhengergruppen. Den samme operasjonen vil bli utført for motstandergruppen (Opedal & Rommetvedt 2005, Safi & Husby 2014).

Antakelsens neste del uttrykker profesjonell ledelse etter innføringen av reformen. Her er antakelsen at sykehusledelsen med økt autonomi også har fått profesjonalisert lederrollen. I denne tilnærmingen legges det til grunn at de med best kvalifikasjoner innenfor ledelse skal lede helseforetakene. Det er derfor hensiktsmessig å undersøke hvilken utdanningsbakgrunn topplederne i de regionale og lokale helseforetakene har per april 2018. Videre skal det undersøkes om topplederne har ledelsesutdanning i tillegg til sine respektive utdannelse. Det vil videre være interessant å undersøke om utskiftninger av toppledere skyldes begrenset handlingsrom og ikke tillitt fra styret eller om andre årsaker er dominerende for at lederne bytter jobb selv eller skiftes ut. Datainnsamlingen i denne delen av oppgaven er basert på direkte kontakt med foretakene via e-post-henvendelser og telefon, i tillegg til offentlig informasjon i Brønnøysundregisteret og andre avisartikler.

Den siste delen av empirien er knyttet til nedleggelse av akuttkirurgien ved Odda sykehus. Empirien er samlet ved å studere saksgangen i avisartikler og uttalelser fra helseforetaket, samt saksdokumenter fra styrets behandling av denne saken.

3.3 Validitet

I et forskningsdesign er det et nødvendig og avgjørende steg å vurdere data som skal samles inn opp mot oppgavens problemstilling. Halvorsen (2011) hevder at validitetsproblemet oppstår fordi forskeren befinner seg på *teoriplanet* når problemstilling skal formuleres og når vedkommende skal tolke resultatene av en empirisk undersøkelse. Derimot befinner forskeren seg på *empiriplanet* når vedkommende skal samle inn og behandle data (Halvorsen 2011: 67). Hvor godt samsvar det er mellom *teori* og *empiri-planet* kalles for definisjonsmessig validitet.

I denne oppgaven legges det til grunn at en overordnet politisk styring i sykehussaker og dermed økt foretaksfrihet forklares fra variabelen spørrevirksomhet på Stortinget i sykehussaker. Dette fordi at spørrevirksomheten på Stortinget anses som en sentral del av Stortingets kontrollvirksomhet. Videre at representantene selv tar initiativ til spørrevirksomheten og kategorisering i «*overordnede VS detaljspørsmål*» kan gi tolkningsgrunnlag på om spørsmålene er av overordnede karakter eller detaljerte. Videre vil Odda-saken beskrive foretakenes autonomi ytterligere. Profesjonell ledelse uttrykkes med at toppledere med andre utdanningsbakgrunn enn medisinerere og tilleggstudanning innenfor ledelse styrer helseforetakene. Validiteten av avisartikler og medias fremstilling av saker skal

også vurderes med tanke på pålitelighet og relevans, dette i nedleggelse av Odda-sykehus saken.

3.4 Reliabilitet

Dette begrepet sikter til hvor pålitelige målingene er (Halvorsen 2011). Høy grad av reliabilitet oppnås ved at en får tilnærmet like resultater ved uavhengige målinger. Tilfredsstillende reliabilitet anses som nødvendig forutsetning for å kunne bruke data opp mot en hypotese som er stilt opp (Halvorsen 2011: 68). Det er imidlertid vel så viktig at dataens validitet opprettholdes, altså at de er relevante for en problemstilling. I denne oppgaven er reliabilitet knyttet til nøyaktig måling av antall spørsmål knyttet til sykehussektoren. Det krever høy grad av konsentrasjon og nøyaktig måling når det skal søkes etter ordene «*helseforetak, helseføretak, sykehus og sjukehus*». Det skal ved uavhengig måling kunne oppnås tilnærmet like resultater. Videre forutsetter den statistiske fremstillingen i tabeller og grafer at dataene adderes korrekt. Et siste moment som både inngår i validitet og reliabilitet er relevansen i spørsmål som inneholder ordene «*helseforetak, helseføretak, sykehus og sjukehus*». Dersom det er tilfeller at spørsmål omhandler helt andre forhold enn spesialisthelsetjenesten, er det ikke nødvendig at de inngår som dataet.

4. Empiri

Dette kapitlet skal ta for seg de empiriske funnene knyttet til antakelsene. Det er igjen viktig å presisere at datamateriell knyttet til Stortingets engasjement i sykehussaker fra 1997-2013 gjenbrukes fra bacheloroppgaven min, men med annerledes tilnærming. I denne oppgaven er fokuset rettet mot hvorvidt implementert reform skaper instrumentelle endringer i tråd med oppgavens hovedantakelse, eller om kulturelle normer motvirker intenderte endringer.

Det er videre verdt å nevne at Stortingets engasjement i sykehussaker ikke bare kan måles ved å studere spørrevirksomhet. Andre aktuelle områder som kan måle Stortingets engasjement er private representantforslag, fraksjonsmerknader i komiteinnstillinger og vedtak (Opedal og Rommetvedt 2005). Imidlertid avgrenses dette til spørrevirksomheten grunnet denne oppgavens lengde og tidsperspektivet.

Først i empirikapitlet rettes oppmerksomheten om foretaksledelsens autonomi.

Profesjonalisering av lederrollen er nært forbundet med ledernes utdanningsbakgrunn. Det gjøres derfor en kartlegging av ledernes utdanningsbakgrunn. Dernest kartlegges Stortingets spørreaktivitet i forhold til helseforetak og sykehus. Til slutt presenteres det et case (Odda-saken) som både tar for seg ledelsesautonomi og Stortingets politiske styring. I empirikapitlet er det også tatt med en kort oversikt over foreliggende forskning på de nevnte temaene.

4.1 Profesjonell ledelse

Sykehusreformen legger opp til økt fokus på lederrollen og økt autonomi til lederne.

Ledelsesutvikling har derfor vært et sentralt tema i den enkelte foretak, i tillegg til at nasjonal satsing på ledelsesutvikling i spesialisthelsetjenesten. Et konkret eksempel er Nasjonal topplederprogram (NTP) for helseforetakene som ble opprettet i 2006. NTP drives i felleskap av de fire regionale helseforetakene og har som formål å utvikle ledelseskompetansen. Ved utgangen av 2016 har 600 ledere gjennomført topplederprogrammet (Helse-Øst).¹⁵

Programmet er spesialsydd for helseforetakene og målgruppen er både nåværende ledere og ledertalenter som helseforetakene ønsker å satse på.

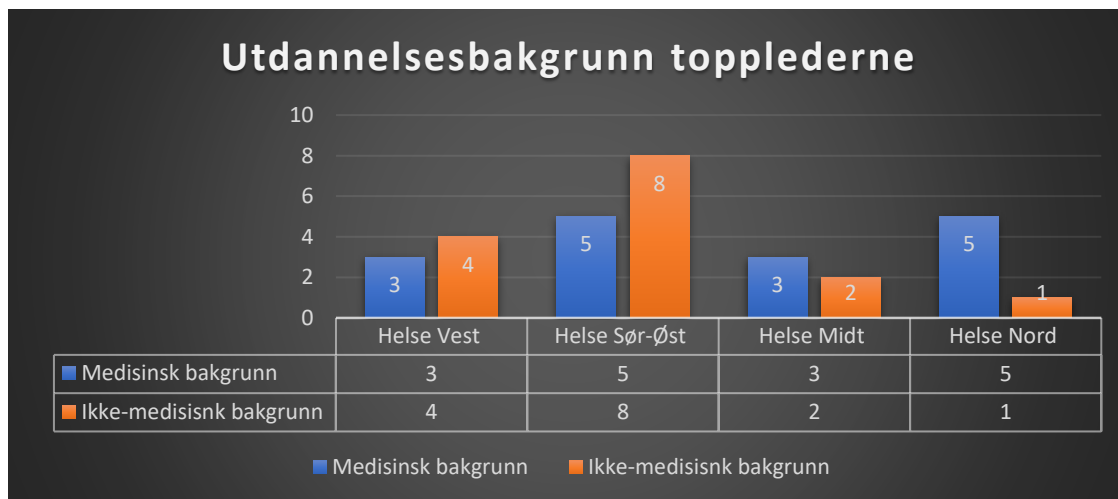
Det er derfor interessant å undersøke hvem som styrer de regionale og lokale helseforetakene. Antakelsen er at innføringen av reformen har bidratt til profesjonalisering av lederrollen og

¹⁵ <https://www.helse-sorost.no/kvinner-i-flertall-pa-topplederprogrammet>

økt handlingsrom for lederne. Profesjonalisering av lederrollen skal blant annet undersøkes ved å se på hvilke utdannelser topplederne ved foretakene har per april 2018, og om de i tillegg har ledelsesutdannelse. En tilleggsdimensjon er å se på hvilke forventninger økt handlingsrom for topplederne har. Forventes det høyere resultatkrav? Dette skal måles ved å se på om resultatkrav fører til utskiftninger av lederne. Det må imidlertid legges til at undersøkelsen har svakheter ved at kun dagens toppledelses bakgrunn undersøkes. Det vil derfor ikke være mulig å sammenligne toppledelsen før innføringen av reformen og hvordan utviklingen underveis har vært.

Når en studerer stillingsbeskrivelser for topplederstillinger i helseforetakene, stilles det ingen krav til medisinsk utdanningsbakgrunn. For eksempel «*Kandidater har erfaring fra toppleder-stillinger fra større komplekse organisasjoner, og har her vist strategisk styrke, operativt vågemot og stor gjennomføringskraft. Samtidig som du er trygg på dine egne evner som leder*» (Administrerende direktør Helse Stavanger HF).¹⁶ Slik det er beskrevet tidligere, stiller heller ikke Ot.prp.nr.66 krav til medisinsk faglig kvalifikasjoner.

4.1.1 Hvem styrer helseforetakene?



Figur 1 - Utdannelses bakgrunn blant administrerende og viseadministrerende direktørene i de regionale og lokale helseforetakene.¹⁷

Slik figuren viser styres de regionale og lokale helseforetakene av både ledere med medisinsk og ikke-medisinsk utdannelse per april 2018. I Helse Vest har fire av syv ledere ikke-

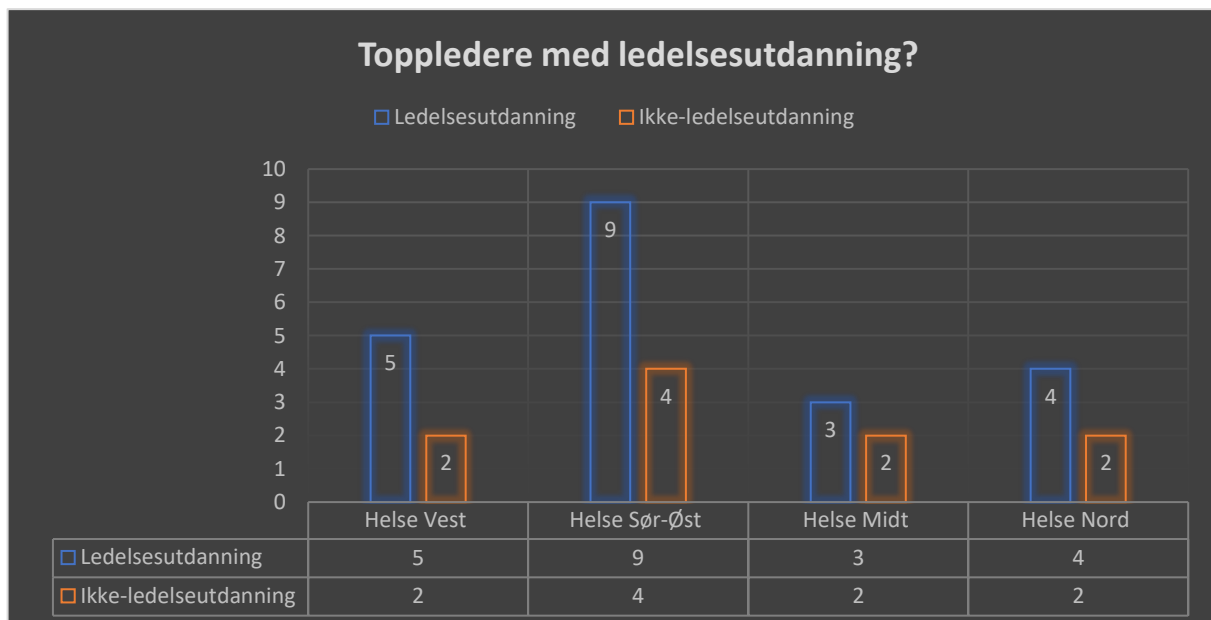
¹⁶ <https://karrierestart.no/ledig-stilling/542624?viewName=JobAdPrint>.

¹⁷ Se fullstendig oversikt over utdannelsesbakgrunn i vedlegg 8.1

medisinsk utdanning, mens i Helse Sør-Øst har åtte av 13 toppledere ikke-medisinsk utdanning. Fordelingen i Helse Midt er tre med medisinsk og to med ikke-medisinsk utdanning. Helse Nord skiller seg ut blant helseforetakene med hele fem toppledere som har medisinsk utdanning.

4.1.2 Toppledere med ledelsesutdanning

Slik det er beskrevet er tidligere i oppgaven, anses ledelse som en egen profesjon og de best kvalifiserte ledere skal lede en organisasjon, uavhengig av om det er offentlig eller privat sektor. I den videre fremstillingen er intensjon å se på om ledelsesutdanning også er utbredt blant toppledere i helseforetakene og hvordan denne fordelingen er mellom de fire regionale og deres underliggende lokale foretak.



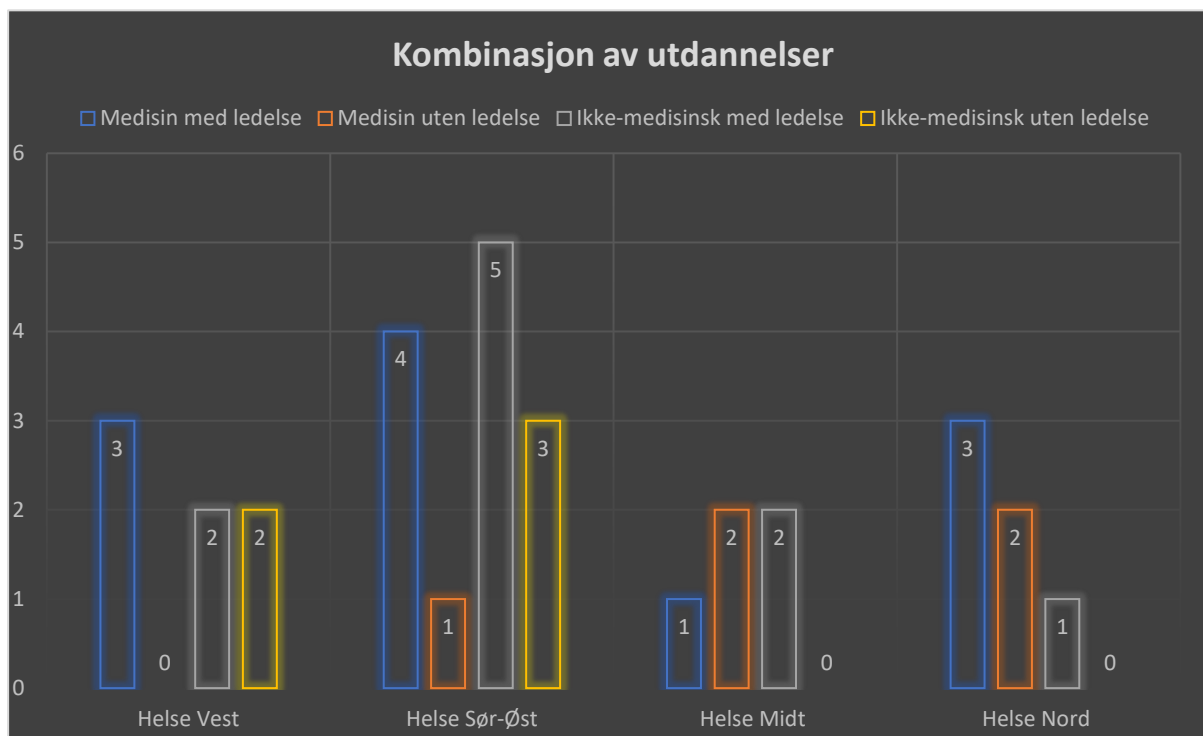
Figur 2 - Ledelsesutdanning for toppledere i helseforetakene per april 2018.¹⁸

Undersøkelsens intensjon har vært å kartlegge om topplerne har tilleggsutdanning innenfor ledelse i tillegg til sine primære utdannelse. Funnene viser at 21 av 31 toppledere i helseforetakene har gjennomført utdanning innenfor ledelsesfeltet. Det er ulikt hvilken ledelsesutdanning topplerne besitter, herunder *master of business administration* (MBA), master innenfor strategisk ledelse, master innenfor helseledelse, nasjonalt topplerprogram for spesialisthelsetjenesten (NTP) og administrasjonsledelse. Både de topplerne med og uten ledelsesutdanning har lang ledelseserfaring fra tidligere jobber, opplyser foretakene.

¹⁸ For fullstendig oversikt over ledelsesutdanning se vedlegg 8-1.

Slik figur 2 viser har flertallet av topplederne ledelsesutdannelse.

Det er videre foretatt en kombinerings av toppledernes utdanning og tillegg utdanning innenfor ledelse fordelt på de fire regionale og deres underliggende lokale foretak.



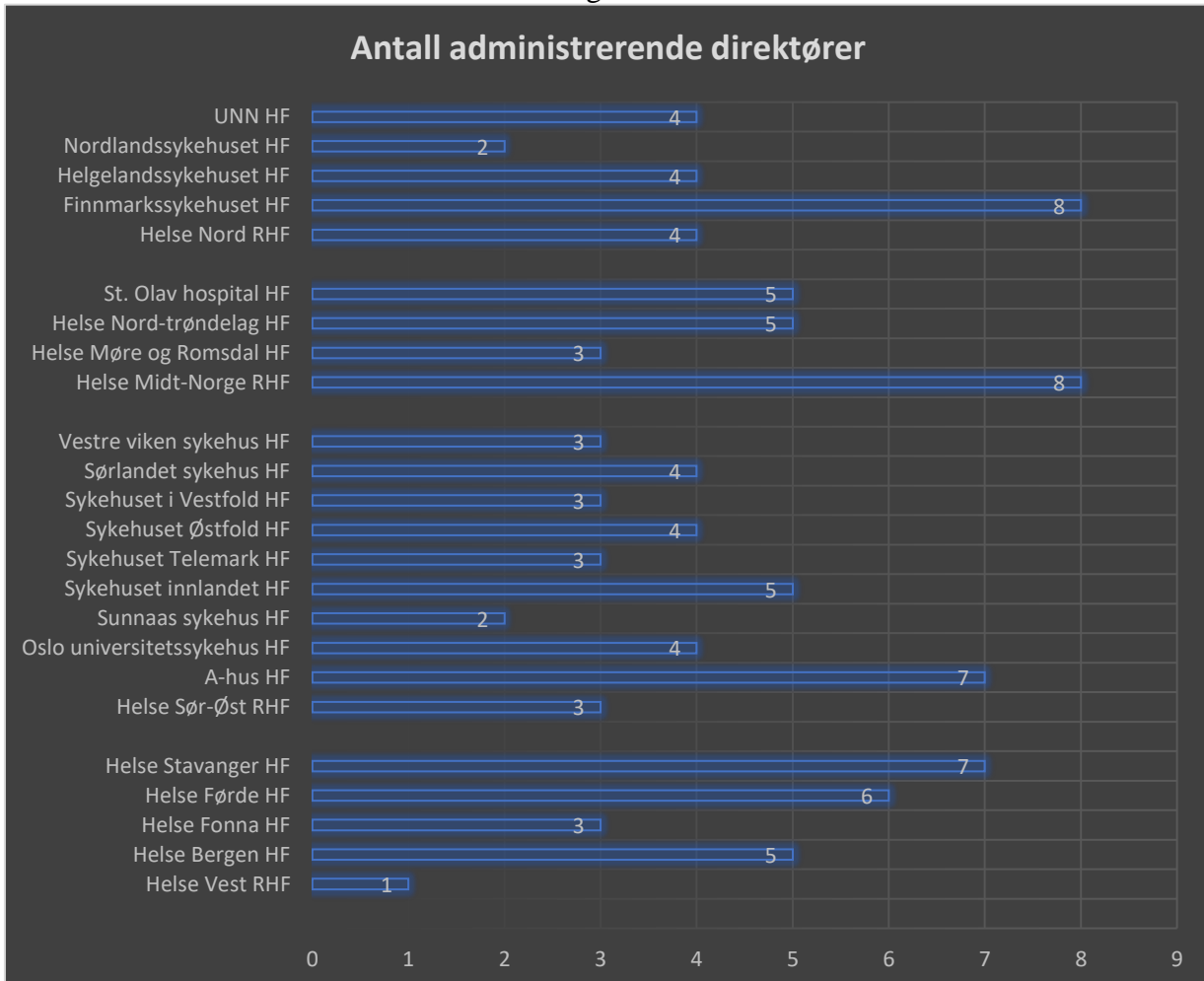
Figur 3 - Utdanning kombinasjoner fordelt på helseforetakene.

Funnene viser at det er varierende grad av de ulike kombinasjonene blant foretakene. I Helse Vest ser vi at tre (42 %) av syv toppledere har medisinsk bakgrunn og har i tillegg fullført ledelsesutdannelse. Her finner vi både sykepleier og lege som i tillegg har tatt utdanning innenfor ledelse, herunder MBA og nasjonalt topplederprogram for spesialisthelsetjenesten. Videre ser vi at to av topplederne har ikke-medisinsk bakgrunn og har i tillegg ledelsesutdannelse, samt to toppledere som ikke har medisinsk bakgrunn og ikke har ledelsesutdannelse. Derimot har topplederne bred og lang erfaring innenfor ledelse.

I Helse Sør-Øst har fire av fem ledere med medisinsk bakgrunn i tillegg ledelsesutdannelse, herunder MBA og NTP. Videre har fem av åtte ledere med ikke-medisinsk bakgrunn også tillegg utdanning innenfor ledelse, herunder NTP, MBA og ledelse og administrasjon. I Helse Midt varierer kombinasjonene med at en av tre toppledere som har medisinsk bakgrunn i tillegg har ledelsesutdannelse. Videre har begge toppledere med ikke-medisinsk utdanning gjennomført utdanning innenfor ledelse. Trenden er nokså tilsvarende for Helse Nord med tre av fem toppledere med medisinsk bakgrunn som i tillegg har ledelsesutdannelse.

4.1.3 Utskiftninger av ledere

Et moment i undersøkelsen er å se på hvordan utskiftningshyppigheten av topplederne er i helseforetakene. Dette er undersøkt ved å se på hvor mange toppledere foretakene har hatt siden innføringen av reformen. Videre er intensjonen med denne kartleggingen å undersøke om økt resultatkrav er årsaken til utskiftningen av ledere.¹⁹



Figur 4 - Viser antall toppledere foretakene har hatt siden innføringen av reformen.²⁰

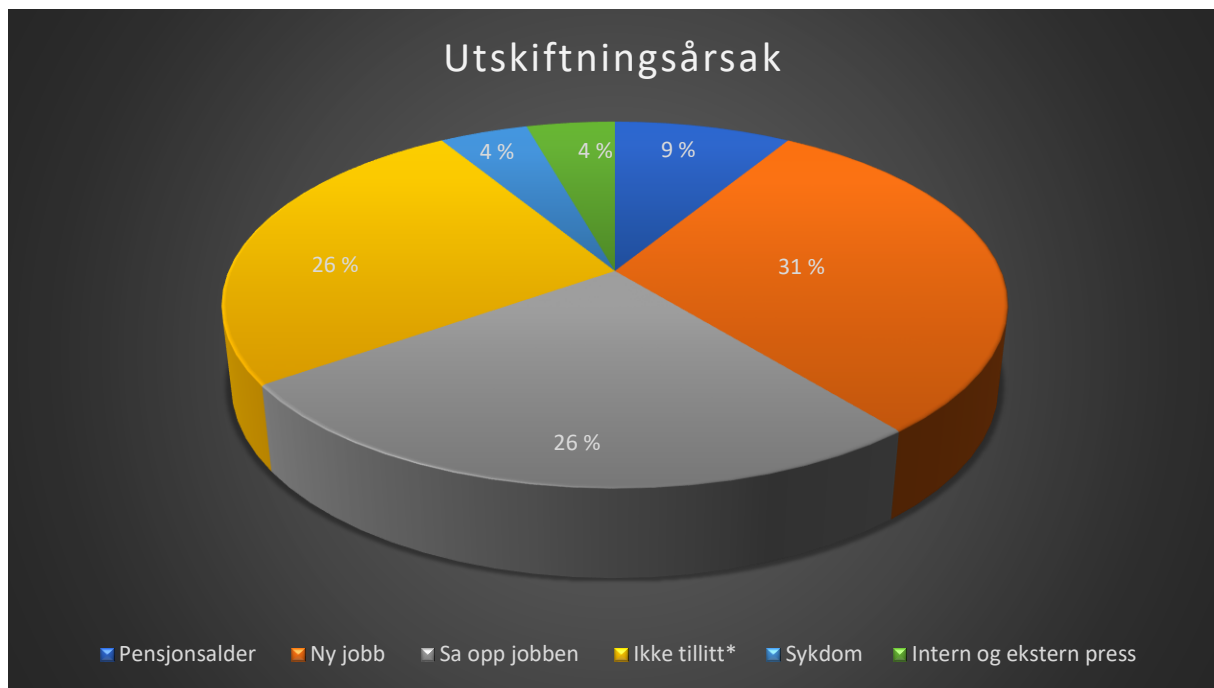
Slik figuren ovenfor viser har foretakene per april 2018 totalt hatt 103 toppledere siden innføringen av sykehusreformen. Imidlertid går tallet noe ned om vi trekker fra de konstituerte topplederne. Helse Vest RFH skiller seg ut ved at samme administrerende direktør har vært i stillingen siden 2002. To av helseforetakene har skiftet toppledere to ganger siden innføringen av reformen. Finnmarkssykehuset HF og Helse Midt-Norge RHF har

¹⁹ Inkludert konstituerte toppledere.

²⁰ For fullstendig oversikt over antall utskifting av toppledere se vedlegg 8.2

skiftet toppledere hele åtte ganger. Dette gir i snitt to år per toppleder i jobben. Videre har Helse Stavanger HF og A-Hud HF skiftet ledere syv ganger hver.

Det interessante er videre å se på hva som er årsaken til at topplederne skifter jobber. Er manglende tillitt et av årsakene til utskiftingene? Dette er undersøkt ved å se på hvorfor forgjengerne av nåværende ledere gikk fra sine stillinger.²¹ Utskiftningsårsakene er kategorisert i seks overordnede kategorier og baserer seg på de avgåtte ledernes egne uttalelser og uttalelser fra foretakenes side. Totalt 23 utskiftninger av ledere viser at syv (31 %) av topplederne uttaler overgang til ny jobb som årsaken til utskifting. Videre har 6 av (26 %) topplederne sagt opp jobb selv av personlige og familiære årsaker. Samme antall av topplederne har opp eller blitt sagt opp av sine stillinger grunnet ikke tillit fra styret.



Figur 5 - viser utskiftningsårsaker av topplederne i prosentform.

Disse toppledernes avgang er uttalt slik medier:

1) «Jeg må konstatere at jeg ikke har lyktes med å få tilstrekkelig støtte hos styret. Styret ønsket ikke å innføre ekstra helgevakter som et siste virkemiddel for å redusere AML brudd og overtidsbruk. I en slik situasjon er det naturlig for sykehusets styre å se seg om etter en ny direktør som deler styrets oppfatning og vurderinger»²².

²¹ Undersøkelsen er gjennomført ved å studere avisartikler og helseforetakenes pressemeldinger og uttalelser.

²² <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/w1Ga5/derfor-gaar-ahus-direktoeren-av>

2) «Forskjellig syn på hvilke oppgaver og prioriteringer som er nødvendige for god utvikling av sykehuset er bakgrunnen for at jeg velger å fratrukke min stilling som administrerende direktør».²³

3) «Bakgrunnen er at han ikke lenger føler han har nødvendig tillit for å kunne utføre en god jobb som toppleder i virksomheten».²⁴

4) «Vi ble enige om at det beste for Sørlandet sykehus er at han går av som direktør til sommeren og fortsetter i andre oppgaver».²⁵

5) «– Jeg opplever nå i sluttfasen av arbeidet at Helse Midt-Norge har grepet inn i prosessen lokalt før min innstilling til styret er klar».²⁶

6) «Jeg har fulgt mandatet fra Helse Nord, og har forholdt meg til oppdraget og rammebetingelsene. Nå føler jeg at vi har kommet til et punkt hvor vi er uenige».²⁷

Pensjonsalder, sykdom og intern og ekstern press er de andre medvirkende årsaker til utskiftninger av topplederne. Sammenhengen mellom økt autonomi og resultatkrav skal drøftes i analysekapitlet av oppgaven.

Slik empirien ovenfor viser, er fokuset på lederrollen og ledelsesutvikling sentralt i helseforetakene. De viktigste funnene er at det ikke stilles krav til medisinsk utdanning i topplederstillingene, både medisinere og ikke-medisinere leder helseforetakene.

Ledelsesutdanning i tillegg sine respektive utdannelse er utbredt blant topplederne, hvor 21 av dagens 31 ledere besitter ledelsesutdanning. Dette fokuset ble også styrket ved innføringen av nasjonalt topplederprogram for helseforetakene som ble innført i 2006. Begrenset autonomi og tillitt er et av årsakene til utskiftning av topplederne i helseforetakene.

²³ <http://www.varden.no/nyheter/sykehusdirektoren-gar-pa-dagen-1.1588058>

²⁴ <https://www.aftenposten.no/norge/i/wEpQ1/Toppsjef-i-Helse-Midt-Norge-gar-av>

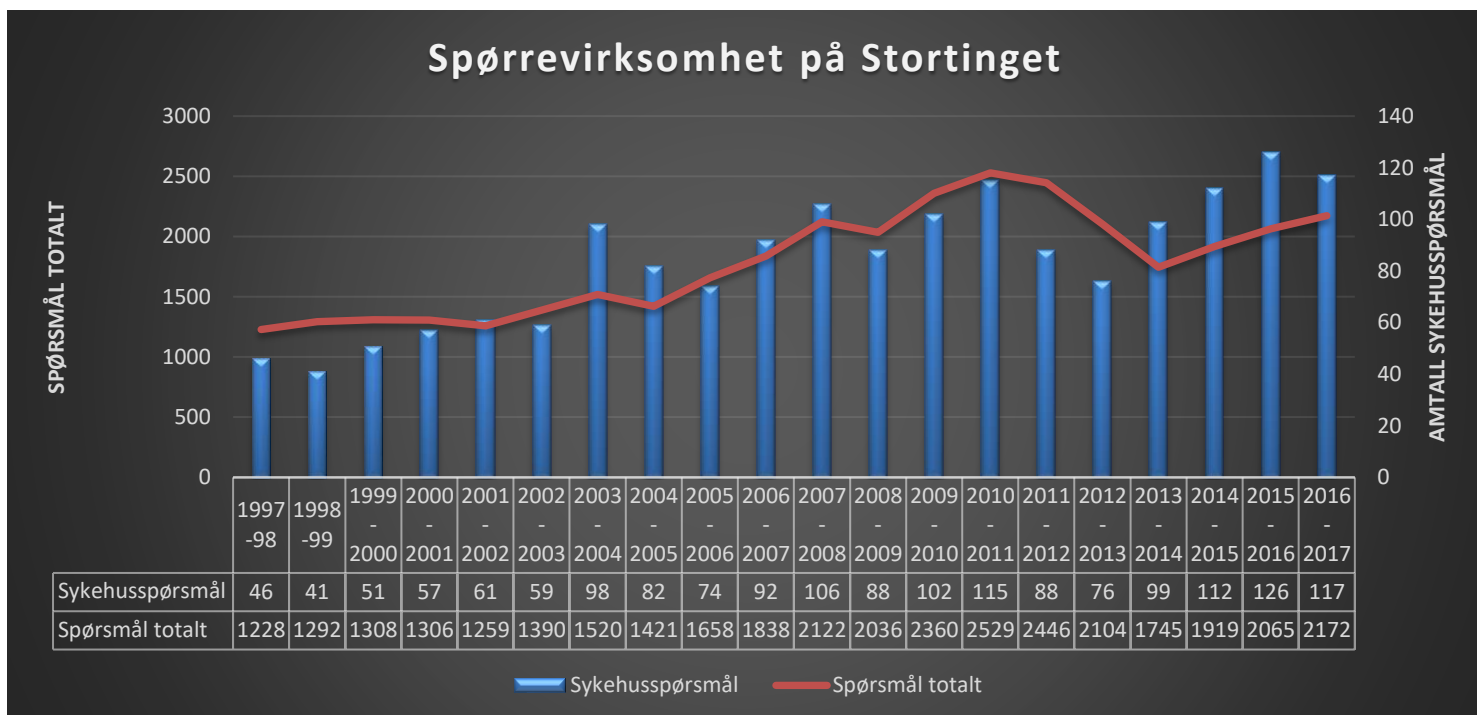
²⁵ <https://www.nrk.no/sorlandet/gar-av-som-sykehusdirektor-1.13799852>

²⁶ <https://e24.no/jobb/helsedirektoer-slutter-paa-dagen/23349412>

²⁷ <https://www.banett.no/nyheter/2017/05/23/G%C3%A5r-av-som-direkt%C3%B8r-for-Helgelandssykehuset-14771601.ece>

4.2 Stortingets engasjement

Spørrevirksomheten på Stortinget har i etterkrigstiden økt og blitt en sentral del av kontrollvirksomheten med statsrådene (Rommetvedt 2011). Økningen har vært gradvis med 200-300 spørsmål og interpellasjoner i 1950- og 1960-årene (ibid). Økningen har fortsatt til 700-800 spørsmål på 1980-tallet.



Figur 6 - Spørrevirksomhet på Stortinget i perioden 1997-2017 (Safi & Husby 2014:29)²⁸.

Denne økningen har fra 2007 vært på over 2000 spørsmål om vi sammenligner stortingsårene. Imidlertid er det mest interessant å se på hvordan spørrevirksomheten har utartet seg for spørsmål som omhandler spesialisthelsetjenesten.

Figuren viser både den totale spørrevirksomheten på Stortinget (både interpellasjoner, muntlige spørsmål og skriftlige spørsmål) og spørsmål som angår spesialisthelsetjenesten.

En grov inndeling i temaer viser at spørsmål handler om:

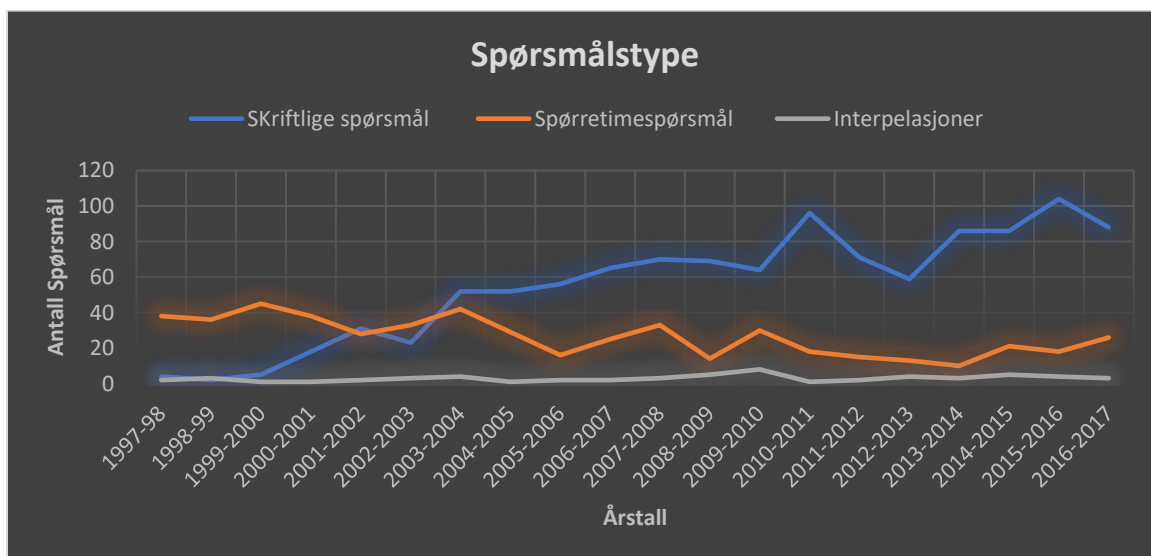
Geografisk tilbud - Økonomi og rapporteringskrav - Nedleggelse av sykehus og akutttilbud -

²⁸ Se vedlegg 8.3 for fullstendig oversikt over antall spørsmål i alle stortingsåret fra 1997-1998 til 2016-2017.

Pasientreiser - Fritt sykehusvalg og private sykehus - IKT og tekniske utstyr Tjenestetilbud og ventelister - Organisering av helseforetakene og ansettelse.

Den generelle trenden viser jf. avsnittet ovenfor, at den totale spørrevirksomheten har en variasjon på 944 spørsmål fra stortingsåret 1997-98 frem til 2016-2017. Det har vært en trappevis oppgang nærmest i hele perioden, med noen få unntak. Når det gjelder spørsmål knyttet til spesialisthelsetjenesten og som inneholder ordrene «*helseforetak, helseføretak, sykehus og sjukehus*» har det også vært en jevn økning frem til 2016-2017. Med unntak av nedgang i 2008-2009 (nedgang på 18 spørsmål), 2011-2012 (nedgang på 27 spørsmål) har det vært jevn økning. Nedgangen i de nevnte årene har en sammenheng med det total antall spørsmål som stilles i de årene også viser nedgang. Imidlertid er 2013-2014 et unntak hvor det total antall spørsmål er på det laveste siden 2005-2006, men likevel øker spørrevirksomheten omkring sykehussektoren.

I de årene spørrevirksomheten går ned kan det trekkes en fellesnevner. Spørrevirksomheten går ned i årene det er stortingsvalg og det første året etter valgene (med unntak av 2011-2012). En alternativ forklaring her kan være at nedgangen i spørrevirksomheten i valgårene skyldes mer oppmerksomhet på egne saker og at debatter heller foregår andre steder enn på Stortinget (Safi & Husby 2014). Imidlertid viser valgåret 2013-2014 en oppgang, selv om det total antall spørsmål synker. Videre er en generell tolkning at spørrevirksomheten omkring spesialisthelsetjenesten har økt om vi studere årene før og etter reformen.



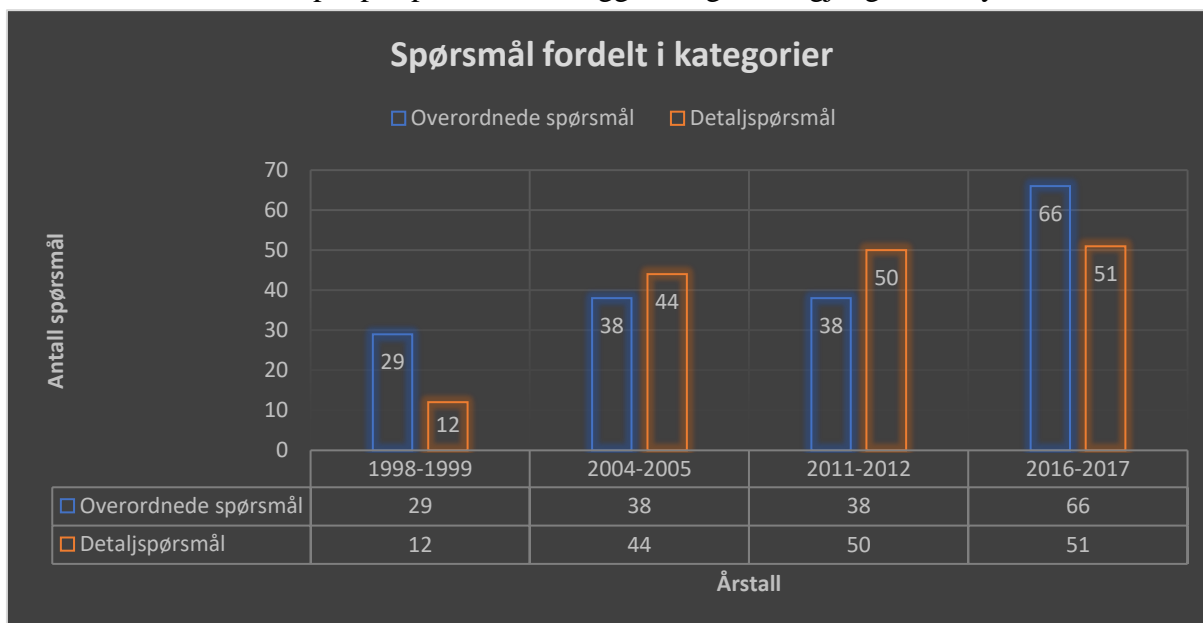
Figur 7 - Spørsmålstype om sykehussaker stilt på Stortinget i perioden 1997-2017.²⁹

²⁹ Se vedlegg 8.3 for fullstendig oversikt antall spørsmål i alle stortingsåret fra 1997-1998 til 2016-2017.

I tillegg til antall spørsmål som stilles er det interessant å se utviklingen og fordelingen av de i de tre nevnte spørsmålskategorier. Figur 7 viser fordelingen av spørsmålstyper fra 1997-2017. Det har totalt blitt stilt 1690 spørsmål knyttet spesialisthelsetjenesten fordelt på 59 interpellasjoner, 528 spørretimespørsmål og 1101 skriftlige spørsmål i perioden 1997-2017. Det har stort sett vært mellom 2-8 interpellasjoner i perioden. Spørretimespørsmål har tapt terreng til skriftlige spørsmål fra 2001-2002. Deretter har skriftlige spørsmål vært den dominerende kategorien med en topp på 104 skriftlige spørsmål knyttet til sykehussaker i 2015-2016.

4.2.1 Kategorisering av spørsmål

Antakelsen om overordnet politisk styring, slik reformen legger opp til, skal besvares ved å se på om spørrevirksomheten knyttet til spesialisthelsetjenesten er på overordnet eller detaljnivå. Inndelingen i de to kategoriene er gjort med en skjønnsmessig vurdering av spørsmålenes innhold. Det presiseres derfor at noen spørsmål like gjerne kunne vært kategorisert som overordnet, men er plassert under kategorien detaljspørsmål og omvendt. I tvilstilfeller er også svaret fra statsråden lest og vurdert. Av detaljspørsmål finner en blant annet konkrete spørsmål om parkeringsplasser ved sykehusene, personalpolitikk, lønninger til ledere og spørsmål om diagnoser og behandling. Spørsmål av overordnede karakter viser at representantene spør generelt om de strukturelle og økonomiske rammene omkring helseforetakene. Eksempel på spørsmål for begge kategoriene gjengis i analysedelen.



Figur 8 - kategorisering av spørsmål i overordnede- og detaljspørsmål.

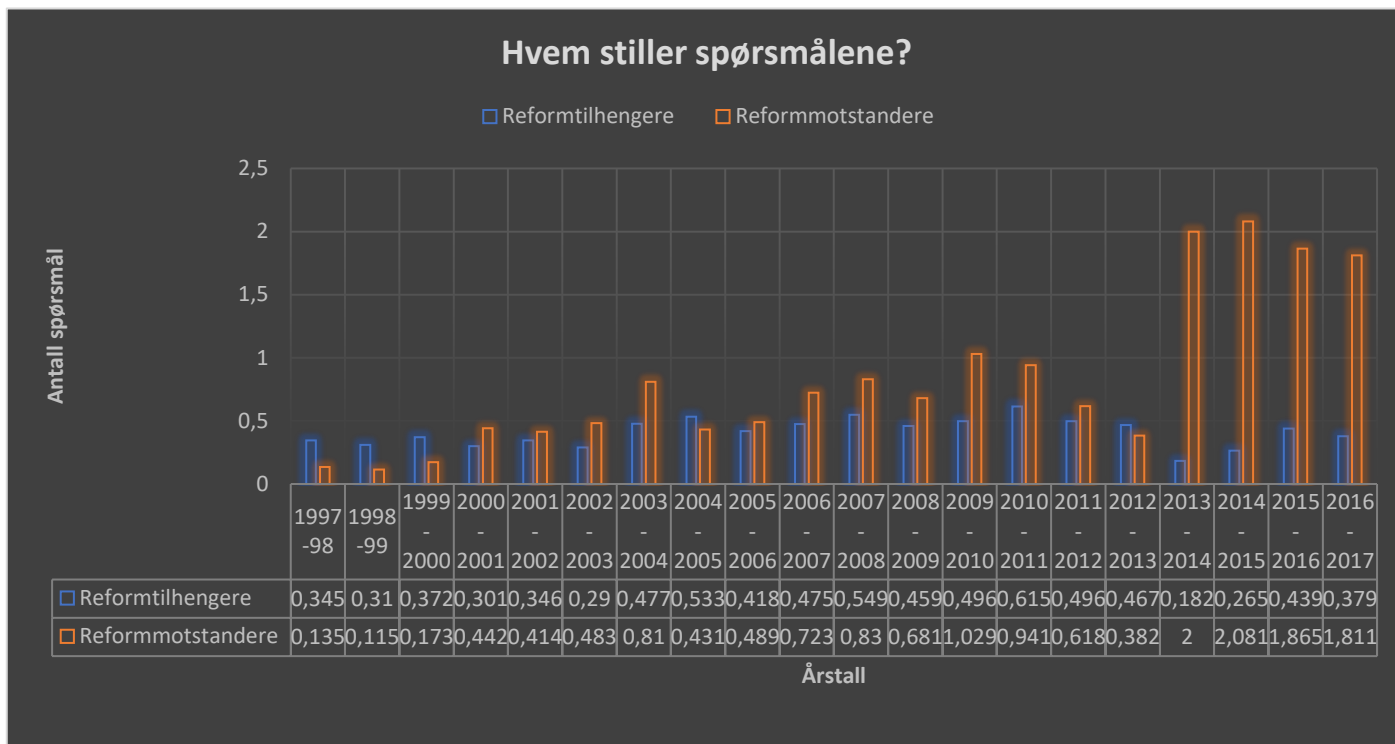
Det er valgt å studere spørsmålene i fire konkrete perioder, herunder perioden før reformen, to år etter implementeringen av reformen, ti år etter reformen og nå sist stortingsår. Året 1998-1999 er perioden før sykehusreformen ble vedtatt og gir dermed sammenliknings grunnlag. To etter innføringen av reformen anses som fortsatt implementeringsfasen av reformen og er derfor interessant å studere. Etter nesten ti år med reformen kan en anta at reformen er godt innført, og at i tråd med dets intensjon, er den politiske styringen på et overordnet nivå. Stortingsåret 2016-2017 er studert grunnet innføringen av nytt Nasjonal helse- og sykehusplan og store diskusjoner om nedleggelse av lokale sykehus.

Slik figuren 8 viser tendensen at i perioden før reformen ble det stilt flere spørsmål som kan karakteriseres som overordnede spørsmål. Av totalt 41 spørsmål kan kun 12 spørsmål (29,2 %) karakteriseres som detaljspørsmål. Dette kan forklares med at eierskapet og den politiske styringen av sykehusene lå hos fylkeskommunen og dermed var den stortingets styring på et mer overordnet nivå. Videre at totalt antall spørsmål er langt færre enn i årene etter innføringen av reformen. I 2004-2005 viser undersøkelsen at (53 %) 44 av 82 spørsmål på detaljnivå. En generell tolkning her er at reformen fortsatt var under «utvikling» og at det derfor stilles spørsmål på detaljnivå. Ti år etter innføringen av reformen viser dataene at av totalt 88 spørsmål er fortsatt (ca. 56 %) 50 på detaljnivå. I undersøkelsens siste periode finner vi at tendensen har snudd litt og av totalt 117 spørsmål er (43 %) 51 spørsmål på detaljnivå.

4.2.2 Reformtilhengere vs reformmotstandere

I tillegg til kategorisering av spørsmål i overordnede og detaljspørsmål er det interessant å studere hvem som stiller spørsmålene knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Kategoriseringen i reformtilhengere og reformmotstandere har sitt utspring i hvem som var for og i mot reformen. Ap, Høyre og Frp stemte for reformen og kategoriseres derfor som reformtilhengere. Sv, Sp, Krf, V og Kystpartiet var i mot reformen og plasseres derfor i kategorien reformmotstandere.



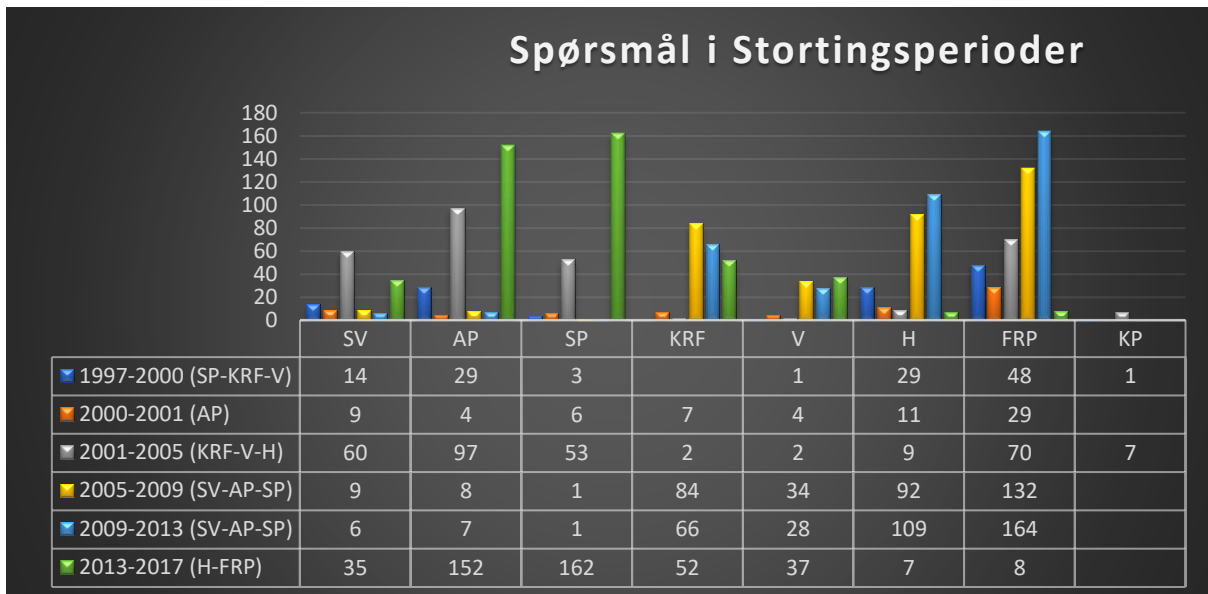
Figur 9 - Spørsmål fordelt på reformtilhengere og motstandere (per representant)³⁰

Slik fordelingen ovenfor viser stiller *reformtilhenger-leieren* i snitt flere spørsmål per representant før reformen vedtas. Imidlertid viser undersøkelsen at *reformmotstander-leieren* har stilt flere spørsmål i årene når reformen vedtas, og like mange eller flere spørsmål i årene etter. Fra stortingsåret 2013-2014 stiller reformmotstanderne ca. to spørsmål per representant som handler om spesialisthelsetjenesten. Dette er en klar økning sammenliknet med årene før, men som vi skal se på i grafen under, ligger en del av forklaringen i hvordan regjeringskonstellasjonen er sammensatt og hvem som sitter i opposisjon. I tillegg til hvor mange representanter hvert enkelt parti har.

Ser vi på fordelingen av spørsmål i stortingsperioder er trenden slik at partiene stiller flere spørsmål når de er i opposisjon. I Stoltenberg I og II regjeringen ser vi at Høyre og Frp er sterk engasjert i sykehussaker, det til tross for at de er kategorisert som reformtilhengere, jf. figur 5.4. Videre er tendensen det samme for Ap når de er i opposisjon i 2001-2005 og i 2103-2017. For *reformmotstander-leieren* ser vi at Sv Sp stiller henholdsvis bare 9 og 1 (2005-2009) og 6 og 1 (2009-2013) spørsmål når de sitter i regjering. I opposisjon stiller de langt flere spørsmål, for eksempel i 2013-2017 (Blåblå-regjering) stiller de henholdsvis 35 (Sv) 162 (Sp)

³⁰ Figur 9 - Spørsmål fordelt på reformtilhengere og motstandere (per representant)

spørsmål. Det samme tendensen finner vi for Krf og V, hvor de stiller henholdsvis 2 og 2 spørsmål mens de sitter i regjering i 2001-2005. Imidlertid øker engasjementet i Stoltenberg I og II regjeringen til henholdsvis 84, 66 (Krf) og 34, 28 (V) spørsmål. Det samme tendensen fortsetter for de to partiene i 2013-2017 perioden med henholdsvis 52 (Krf) og 37 (V) spørsmål mens de sitter i opposisjon. Dermed ser vi at inndelingen i reformtilhenger og motstander ikke er helt treffende, men følger heller posisjon og opposisjon rollene på Stortinget.



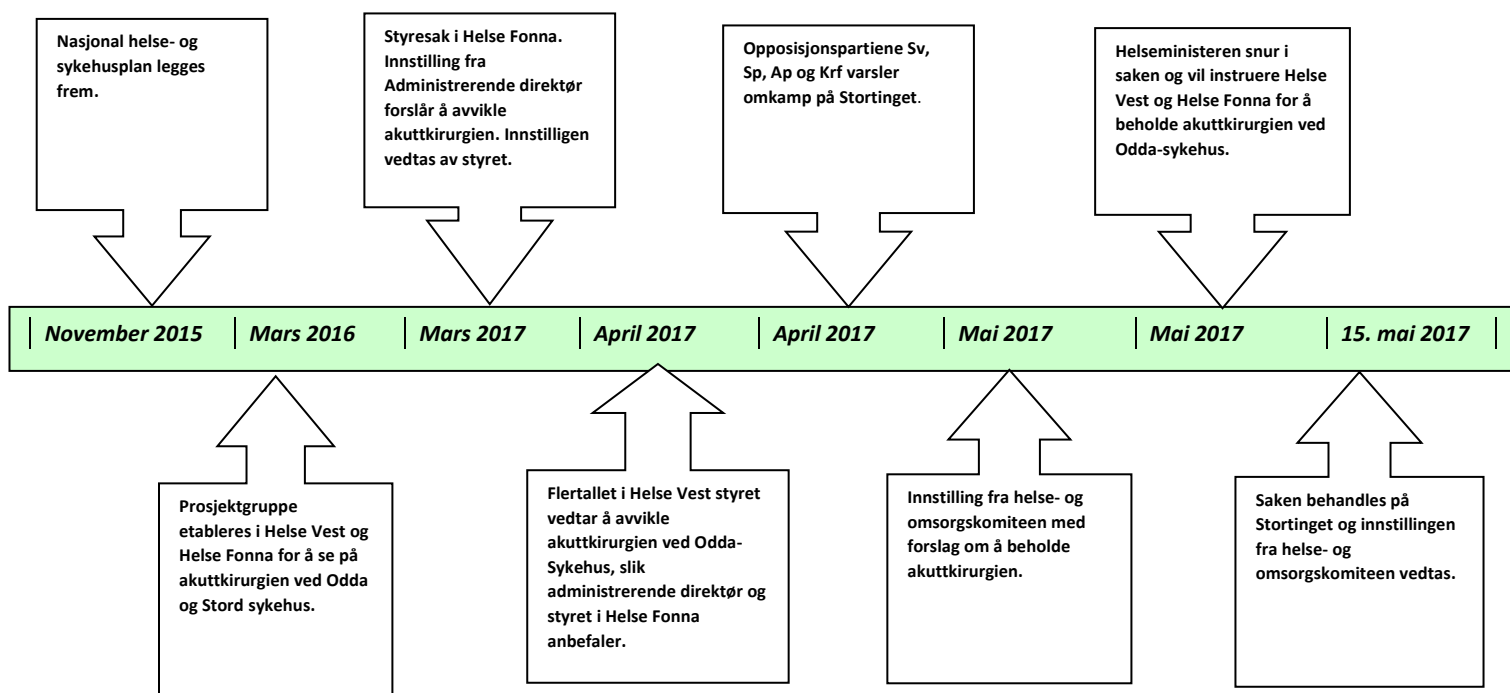
Figur 10 - Spørrevirksomhet fordelt på partier i de ulike stortingsperiodene.³¹

Slik empirien ovenfor viser, har Stortingets engasjement i sykehussaker økt etter innføringen av reformen. Det er en generell økning i spørrevirksomheten på Stortinget, noe som også er gjeldene for sykehussektoren. Det er skriftlige spørsmål som er den dominerende spørreformen. Inndelingen i overordnende spørsmål og detaljspørsmål viser at det etter innføringen av reformen stilles flere detaljspørsmål, men denne tendensen snur litt i undersøkelsesåret 2016-2017. Antakelsen om at spørsmål kunne relateres til reformtilhengere og reformmotstanderne får begrenset støtte, når vi fordeler spørsmålene i stortingsperioder. Det er posisjon og opposisjon på Stortinget som spiller en sentral rolle på om partiene stiller spørsmål eller ei.

³¹ Fordeling følger stortingsperioder på 4 år med unntak av 1997-2001. I mars 2000 overtok Stoltenberg I regjeringen makten frem til stortingsvalget i september 2001. Derfor er spørsmål mellom 1997-2001 fordelt på perioden 1997- 17. mars 2000 og fra mars til valget i 2001 (Safi & Husby 2014: 33).

4.3 Nedleggelse av akuttkirurgien ved Odda-sykehus

I fortsettelsen skal det gis en kortfattet beskrivelse av Odda-saken. Denne saken har flere dimensjoner som berører forholdet mellom helseforetaksledelsen og Stortinget. For å konkretisere saken litt, er hendelsesforløpet skissert i tidslinje:



I 2015 presenterte helseminister Bent Høie Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) (Meld. St. 11 (2015–2016)). I planen er sykehusene fordelt i fire typer med ulik kompetanse:

- *Regionsykehus - hovedsykehuset i regionen*
- *Stort akutt sykehus - et befolkningsgrunnlag på minst 60-80.000*
- *Akutt sykehus skal ha minst akuttfunksjon innen indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi*
- *Sykehus uten akuttfunksjoner* (Meld. St. 11 (2015–2016)).

Det ble presentert at et befolkningsgrunnlag på minst 60-80.000 skulle til for å beholde akuttkirurgi i sykehusene. Odda sykehus er Norges minste sykehus (utenom Svalbard), med ca. 11.000 innbyggere tilhørende sykehusets nedslagsfelt. Nasjonal helse- og sykehusplan la opp til at alle helseforetak skulle utarbeide sine egne utviklingsplaner. For Odda-sykehus la en

prosjektgruppe frem en innstilling til styret i Helse Fonna (styresak 15/17 - *Odda sjukehus i lys av føringane i nasjonal helse og sjukehusplan*). I innstillingen anbefaler administrerende direktør å avvikle akuttkirurgisk vaktfunksjon og traumemottak ved Odda sykehus. Videre fremgår det av innstillingen at før avviklingen skjer, skal det utarbeides tiltak i samarbeid med de ansatte og organisasjonen (styresak 15/17). Styret i Helse Fonna vedtok innstillingen med fem mot fem stemmer, men styreleders dobbeltstemme avgjorde saken.

I styrebehandlingen på regionalt nivå (Helse Vest) stemte syv av 9 medlemmer for nedleggelse av akuttkirurgien.³² Dette ble videre lagt fram i helse- og omsorgsministerens foretaksmøte 24. april 2017, hvor foretaksmøtet vedtok: «*Føretaksmøtet stadfester vedtaket i styret i Helse Vest RHF om akuttfunksjonane ved Odda sjukehus*» (Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Vest RHF 2017).

Saken skapte imidlertid sterke reaksjoner i lokalmiljøet og det ble demonstrert mot nedleggelse både ved styrebehandling i Helse Fonna og Helse Vest RFH (ibid). Flere politiske partier, herunder Sv, Sp, Krf og senere Ap var i mot nedleggelsen og tok saken til Stortinget. I helse- og omsorgskomiteen ble det utarbeidet forslag til vedtak for å beholde akuttkirurgien ved Odda-sykehus (Representantforslag 93 S (2016–2017)). 15. mai 2017 tas saken opp på Stortinget og representantforslag fra helse- og omsorgskomiteen vedtas (ibid). Helseminister Bent Høie sa under debatten at Helse Vest skal i det reviderte oppdragsdokumentet gis føringer på at den samlede beredskapen tilhørende Odda sjukehus skal være på samme nivå og med samme trygghet som i dag (Stortinget - Møte mandag den 15. mai 2017).³³

4.4 En sammenfatning av funn så langt

En kortfattet oppsummering av empirien så langt viser at det er økt fokus på profesjonalisert ledelse i helseforetakene. Dette fordi at det ikke stilles krav til medisinsk bakgrunn i topplederstillingene, men snarere krav om ledelseskompetanse og erfaring. Flertallet av dagens toppledere har tilleggsutdannelse innenfor ledelse. Helseforetakene har også fokusert på ledelsesutvikling gjennom blant annet innføring av nasjonalt topplederprogram for helseforetakene. Stortingets engasjement i sykehussaker har økt etter innføringen av reformen og det stilles flere detaljspørsmål. Partiene stiller flere spørsmål når de sitter i opposisjon enn i

³² <https://www.nrk.no/hordaland/helse-vest-legger-ned-akuttkirurgien-ved-odda-sjukehus-1.13459666>

³³ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2016-2017/refs-201617-05-15?all=true>

posisjon, dermed er inndelingen i reformtilhengere og reformmotstandere lite relevant for å forstå forskjeller spørrepraksis. Odda-saken illustrerer Stortingets engasjement ytterligere. En nedleggelse av akuttkirurgien, slik helseforetakene ble instruert til og saken vedtatt i foretaksmøtet, havnet på Stortinget og helseministeren måtte snu i saken. For helseforetakenes ledelse betydde stortings inngripen at de fikk redusert sin ledelsesautonomi. En økende profesjonalisering av ledelsesrollen i helseforetakene har ikke betydd økt ledelsesautonomi i alle saker. Foretaksledelsen opplever derfor at deres autonomi kan variere med saksområde slik blant annet Odda-saken viser, samt de mange detaljspørsmålene stortingsrepresentantene stiller om foretakenes virksomhet. Lederrollen i helseforetakene er profesjonalisert gjennom mer fokus på ledelsesutdanning mv., men det betyr ikke nødvendigvis mer ledelsesautonomi.

4.5 Andre studier

I det følgende skal det gis det en kortfattet oppsummering av andre empiriske studier på dette området. Hensikten er å frem flere funn og hvordan disse samsvarer med de observasjoner som er presentert så langt. Min egen studie tar i begrenset grad for seg ledelsens opplevelse av handlefrihet og autonomi i utøvelsen av lederrollen. Andre studier sier noe om dette.

I Fafo-rapporten *Ti år etter* (2012) kommer det frem at topplederne i helseforetakene opplever at den helsepolitiske styringen er for detaljert. Det stilles derfor spørsmål om det har forekommet en reell myndiggjøring av ledelsen, slik intensjonen er med sykehusreformen var (ibid). Rapporten peker videre på at ledelse i helseforetakene utfordres av sterke fagprofesjoner, pasientinteresser og detaljert styring fra staten. Et interessant funn i rapporten er at det er mellomlederne som opplever begrenset handlingsrom og autonomi. Topplederne der i mot opplever høyere grad av myndiggjøring og autonomi etter innføringen av reformen (ibid, NOU 2016: 25).

I en annen rapport Tom Colbjørnsen (2015) har utarbeidet for arbeidsgiverforeningen Spekter, viser undersøkelsen at helseforetakene styres mer detaljert enn andre statlige selskaper. Funnene i undersøkelsen indikerer at topplederne i helseforetakene langt oftere enn lederne av andre statlige opplever at staten griper inn i den daglige driften av virksomheten. Colbjørnsens (2015) undersøkelse viser videre at stortingspolitikere i langt større grad prøver å påvirke beslutninger direkte i helseforetakene, sammenlignet med andre statseide selskaper.

Et interessant moment i undersøkelsen er at 71 % av helseforetakene utsettes for spørsmål, debatt og interpellasjoner på Stortinget. Imidlertid er tallet på omkring 30 % for andre statlig eide selskaper.

En studie utført ved Centre for economic performance ved London school of economics viser at det er samvariasjon mellom god ledelse og kvalitet (Management practices in the NHS 2009). Studiet er utført med av hjelpe spørreundersøkelse og sykehus som scorer høy på god ledelse, hadde bedre behandlingsresultater, herunder bedre overlevelsessjanser, kortere ventetider og bedre økonomi. Artikkelen stadfester ikke årsakssammenhengen helt, men er av den oppfatning at en såpass høy samvariasjon gir indikasjon på at god ledelse har stor effekt på kvaliteten i sykehusene. «Better management is strongly correlated with better hospital performance measured by both clinical and financial outcomes» heter det i artikkelen (ibid).

I fjerde studie (Rommetvedt mfl. 2014) går det fram at de lokale helseforetaksstyrene i økende grad, siden sykehusreformens iverksetting, oppfatter seg som statens iverksettere. Som statlig iverksetter vil styret først og fremst opptre som en iverksetter av de målene og tiltakene som de sentrale statlige myndighetene vedtar. Styret har i dette tilfellet liten grad av autonomi til å formulere mål og bestemme hvordan arbeidet skal organiseres og utføres. Styret blir snarere en kontrollør for staten overfor den virksomheten det gjelder. Samme studie viser at styrets opplevelse av autonomi og frihet fra statlig styring har vært synkende i årene etter sykehusreformens iverksetting, men at opplevelsen av autonomi har gått litt opp i den siste undersøkelsen blant annet foretaksstyrene (i 2012).

5. Analyse

Oppgaven tar utgangspunkt i NPM inspirert sykehusreform og utleder en hovedantakelse om at helseforetakene har fått økt autonomi og profesjonalisert ledelse etter innføringen av reformen. Imidlertid har den historiske utviklingen av helse-Norge vist at dette er politisk interesse område som utløser stort engasjement blant politikerne. Sykehusreformens intensjon om økt ledelsesautonomi opp mot politisk engasjement og profesjonalisering er lederrollen er empirisk beskrevet ovenfor, i tillegg til andre empiriske undersøkelser på dette feltet.

I analysedelen av oppgaven er intensjonen å finne ut om det finnes empirisk støtte for hovedantakelsen. Profesjonell ledelse og autonomi opp mot Stortingets engasjement vil hver for seg bli analysert før begge elementene skal knyttes opp mot Odda-saken.

I Norge ble det i 2008 utarbeidet et dokument som har overskriften «*Plattform for ledelse i staten*», (Bush et al. 2011). Plattformen skal legges til grunn for arbeidet med utvikling av ledelse og lederskap i statsforvaltningen (Bush et al. 2011:209). I analysen av dette dokumentet skriver (Bush et al. 2011) at setninger som «*Ledere i staten skal medvirke til å utvikle en sterk og effektiv offentlig sektor. Lederne skal bidra til å fornye offentlig slik den gir mer velferd og mindre administrasjon*», er indikasjon på NPM har slått gjennom i statsforvaltningen (Bush et al. 2011:210). Videre skriver Bush et al. (2011) om at krav knyttet til effektivitet, resultat og måloppnåelse for ledelsen også er elementer fra NPM-tradisjonen som er innarbeidet i statlige virksomheter. Denne beskrivelsen er i tråd med sykehusreformens intensjon økt krav og satsing på ledelsesutvikling i helseforetakene.

I artikkelen *Ledelse av store sykehus* (Dagens perspektiv Nr. 33 fredag 9. september 2016) er toppledelsen ved norske helseforetak tema og nettopp temaet medisiner eller ikke-medisiner diskuteres med nåværende og tidligere administrerende direktør av Helse Bergen. Den nåværende direktøren i Helse Bergen, hadde åtte års erfaring som toppleder ved Haraldsplass Diakonale sykehus og seks år som økonomi- og finansdirektør ved Helse Bergen før han ble ansatt som toppsjef i Helse Bergen 2015. Han har lang erfaring fra helsebransjen, men er utdannet økonom. Hans forgjenger, var administrerende direktør i Helse Bergen fra 2007 til 2015. Han er utdannet lege og har jobbet i helsesektoren i hele sin karriere (ibid). Det fremgår av artikkelen at både medisiner og ikke-medisiner har sine fordeler og ulemper og at det er personlige egenskaper som leder som er det avgjørende. Personal- og organisasjonsdirektør i Helse Bergen siteres i artikkelen

«—Det gir et betydelig fortrinn å være medisiner. En lege får mye mer aksept i legegruppen

når man er kritisk til sine kolleger enn en med en annen yrkesbakgrunn» (ibid).

Men at det ikke er det avgjørende for å lede et sykehus. I situasjonen til nåværende direktør fremgår det at «oversettere», altså medisinske rådgiver, kan benyttes når situasjonen krever det (ibid).

Det stilles hverken krav i helseforetaksloven eller i stillingsutlysninger om medisinsk kvalifikasjoner, men snarere krav til ledelseserfaring fra store og komplekse organisasjoner. Dagens toppledelse i helseforetakene har ulik utdanningsbakgrunn og todelingen mellom medisinsk bakgrunn og ikke-medisinsk bakgrunn viser at av totalt 31 ledere har 16 medisinsk bakgrunn og 15 ikke-medisinsk. Videre viser undersøkelsen at 21 av totalt 31 ledere har tilleggsutdannelse innenfor ledelse. Undersøkelsen som viser utskiftning av toppledere viser at helseforetakene har hatt hele 103 toppledere siden innføringen av sykehusreformen. Dette ble ytterligere undersøkt for hva som er årsaken til den hyppige utskiftningen av toppledere.

Resultatene fra de empiriske funnene og annen empiri gir støtte til hovedantakelsens del om mer profesjonell ledelse ved helseforetakene. Ledelsesutvikling og fokus på lederrollen har vært et sentralt tema ved de norske sykehusene fra midten 1990-tallet. Dette ble også beskrevet i Ot. prp.nr.66. Undersøkelsen viser at det ikke stilles krav om medisinsk bakgrunn for å ha topplederstillinger i foretakene. I de tilfeller det er nødvendig med faglig anbefaling, skal medisinske rådgivere utpekes. Videre viser nasjonalt topplederprogram at over 600 ledere (per 2016) har gjennomført programmet. Innmarsj av toppledere med andre utdannelse gir også støtte til antakelsen om profesjonell ledelse. Dette er videre forsterket av artikkelen fra *Dagens Perspektiv*, hvor nåværende direktør i Helse Bergen er økonom, men styrer et helseforetak med rundt 12000 ansatte. Tilleggsutdannelse innenfor ledelse er utbredt blant helstopper og viser nettopp det økte fokuset på ledelse og profesjonell ledelse.

En tilleggs dimensjon som også artikkelen fra London school of economics påpeker, er sammenhengen mellom god ledelse og bedre resultater. Kravet om økt fokus på ledelse og ledelsesutvikling kan nettopp relateres til forventningen om gode medisinske og økonomiske resultater. Utskiftninger av toppledere som skyldes uenighet med styret eller manglende tillit kan også ses på som en konsekvens av økt krav og evaluering av toppledere. Dette er relevant fordi profesjonelle ledere måles etter mål- og resultatkrav, noe som også gjelder helseforetakene. I Instruks for administrerende direktør (Helse Sør-Øst 2016-2018) står det derfor at «*Det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør*».

I empiri-kapittelet kommer det også frem at toppledere skiftes ut nettopp grunnet manglende

tillit og resultatkrav, for eksempel: «*Bakgrunnen er at han ikke lenger føler han har nødvendig tillit for å kunne utføre en god jobb som toppleder i virksomheten*» (www.aftenposten.no). Videre skiftes toppledere ut grunnet innblanding og detaljstyring fra styret. En avgått toppleder sa «– *Jeg opplever nå i sluttfasen av arbeidet at Helse Midt-Norge har grepet inn i prosessen lokalt før min innstilling til styret er klar*». ³⁴ Dette kan tolkes som at begrenset autonomi fra regionale helseforetak og ned til lokale foretak også spiller en rolle. Hovedantakelsens del som berører helseforetakenes autonomi ble utledet med en forventning om begrenset stortingsengasjement i sykehussaker etter iverksetting av sykehusreformen. I den grad Stortinget skulle engasjere seg, skulle det dreie seg om mer overordnede spørsmål og nasjonale helsepolitiske mål. Det skulle sikre autonomi for foretakene. Denne tilbeholdenheten fra Stortinget er påpekt i sykehusreformen og vil være i tråd NPM-tradisjonen, som peker på økt administrativ frihet fremfor politisk styring. Etter innføringen av reformen kan en anta at empirien skal gi støtte til antakelsen og vil være i tråd med den siste makt- og demokratiutredningens (1998-2003) hovedkonklusjoner om «den fragmenterte stat» og «politikkenes tilbaketrekning» (Østerud et al. 2003, Opedal & Rommetvedt 2005).

Imidlertid peker funnene i undersøkelsen på et mer aktivt og engasjert Storting etter innføringen av reformen. Stortinget viser høy grad av engasjement både i den totale mengden av spørrevirksomheten og spørsmål som angår helseforetakene. Parallelt opplever mange av foretaksstyrene at deres autonomi er blitt redusert.

Det totale spørsmålsantallet har økt med 944 spørsmål målt fra 1997-2017. Tendensen er det samme for spørsmål knyttet til sykehussektoren. Sammenligner vi årene før og etter innføringen reformen har engasjementet økt. Antakelsens forbehold om at i den grad Stortinget skulle engasjere seg, skulle det være i overordnede saker ble undersøkt ved å kategorisere spørsmålene i overordnede og detaljspørsmål. Heller ikke her gir undersøkelsen støtte til hovedantakelsen. Funnene viser at det ble stilt flere overordnede spørsmål før iverksetting av reformen (1998-1999), men tendensen snur etter iverksetting av reformen. Både i 2004-2005 og 2011-2012 stilles flere detaljspørsmål, mens det er en liten overvekt av overordnede spørsmål i 2016-2017.

Eksempler på detaljspørsmål og overordnede spørsmål følger under her. Spørsmål som kan karakteriseres som detaljspørsmål er blant annet om ansettelsesprosesser, sommerstengte

³⁴ <https://e24.no/jobb/helsedirektoer-slutter-paa-dagen/23349412>

avdelinger, behandling av spesifikke sykdommer, pasientreiser, parkeringsplasser og turnusordninger på sykehusene.

Snorre Serigstad Valen (SV) stilte spørsmål til daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap) den 5.9.2012 (Dok nr: 15:1883) om en konkret personalsak ved Sykehuset i Telemark. Det fremgår av spørsmålet at en kvinnelig ansatt ble oppsagt for blant annet å ha snakket polsk i lunsjpausen. Representanten spurte hvordan statsråden ville sikre at sykehusene ikke diskriminerte sine ansatte. Legger vi til grunn økt autonomi og begrenset politisk styring, slik reformen foreslår, er ikke dette spørsmålet i tråd med intensjonen.

Videre i Dokument nr. 15:1451 (2014-2015) spørsmål fra representant (Sp):

«Sørlandet sykehus HF har lyst ut den ledige avdelingsleiarstillinga ved Flekkefjord Sykehus. Avgjersla er no blitt utsett fordi helseføretaket skal evaluere heile leiingsstrukturen. Flekkefjord Sykehus og tilsette står derfor i ein situasjon der dei ikkje har nokon avdelingsleiar å forholde seg til, og der dei ventar i uvisse både på leiar, strategiplan og sjukehusplan. Vil statsråden gripe inn og sikre tilsetting av avdelingsleiar og vidare plan for utvikling av Flekkefjord Sykehus»?

Statsråden svarer: *«Det er ikke aktuelt for meg å gripe inn i ansettelses- og personalsaker som ligger inn under daglig ledelses ansvar.»* (ibid). Også dette spørsmålet kan beskrives som detaljspørsmål hvor statsråden svarer korrekt at han ikke kan gripe inn i ansettelsesprosesser.

Spørsmål som kan karakteriseres som overordnede er knyttet til nasjonale helsepolitiske mål, økonomiske rammer og utbygging og nedleggelse av sykehus og IKT-løsninger. Eksempelvis: I dokument nr. 15:694 (2016-2017) spør en representant (H):

Hva vil helse- og omsorgsministeren gjøre for å bidra til mer nasjonal styring og bedre samhandling mellom kommune og sykehus når det gjelder IKT?

Videre spør en representant (Krf) i Dokument nr. 15:239 (2016-2017) om:

Mener statsråden at sykehusene og helseforetakene bør få lovpålagt samhandlingsplikt til beste for samfunnet?

Begge disse spørsmålene berører helseforetakene på nasjonalt nivå og vil dermed være i tråd med reformens intensjon om overordnet politisk styring.

I den videre kategoriseringen var intensjonen å undersøke om engasjementet kunne relateres til *reformtilhengere* og *reformmotstandere*. Her viser fordelingen at reformtilhengere stilte

flere spørsmål i årene før reformen, mens reformmotstanderne stilte flere spørsmål ved innføringen og det første året etter innføringen av reformen. Det største utslaget kommer imidlertid i fra 2013-2014 hvor motstanderne stiller i snitt neste to spørsmål per representant per stortingsår. En årsaksforklaring til denne økningen kan være skifte til borgerlig regjering og iverksetting av Nasjonal helse- og sykehusplan som skapte mye støy. Imidlertid viser fordelingen av spørrevirksomheten i stortingsperioder at det er posisjon og opposisjon på Stortinget som forklarer svingningen i hvilke parti som stiller spørsmålene. I de periodene reformmotstanderne sitter i regjeringen, stiller de nesten ingen spørsmål og det samme tendensen gjelder for reformtilhengerne.

Slik fremstillingen ovenfor og empirikapitelet legger opp til, viser Stortinget høyt engasjement i sykehussaker. Dermed gir ikke empirien støtte til hovedantakelsens del om økt autonomi så langt. Undersøkelsens del knyttet til Odda-sykehus skal i det følgende diskuteres.

Slik tidslinjen for saken skisserer så følges helseforetaksloven frem til saken tas opp Stortinget. Helse Fonna må følge instruksjonene som kommer med iverksetting av ny Nasjonal helse- og sykehusplan og utarbeider dermed forlag om å legge ned akuttkirurgien, slik sykehusplanen legger opp til. Saken vedtas av styret i Helse fonna og styret i det regionale foretaket Helse Vest. Videre fremgår det av helseforetakslovens paragraf 30 at saker av vesentlig betydning skal vedtas i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. I paragrafen listes det opp en rekke punkter som anses av vesentlig betydning, herunder nedleggelse av sykehus. Selv om det ikke dreier seg om nedleggelse av sykehus i dette tilfellet, kan en anta at nedleggelse av akuttkirurgien faller under «*Omfattende endringer i tjenestetilbudet*» (ibid). Saken kommer opp i regional foretaksmøtet og nedleggelsen vedtas.

I mellomtiden har det vært mange demonstrasjoner blant lokalbefolkningen og engasjement fra stortingsrepresentanter. Det var primært Sv, Sp og Krf som engasjerte seg i saken, men også Ap uttrykket senere at de ville stemme mot nedleggelsen og sikret dermed flertallet. Saken ble derfor tatt opp i Helse- og omsorgskomiteen med innstilling om at Odda sykehus skulle få beholde akuttkirurgien. Dette kan i utgangspunktet se ut til å være i strid med helseforetakslovens paragraf 16, som hevder at «*Eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte. Eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte.*» Imidlertid fremgår det av Helse- og omsorgskomiteen merknader til lovens paragraf 30 (Innst. O. nr. 118 (2000-2001)) «*Dette innebærer at større saker i praksis går helt til Storting og Regjering*».

Det er denne merknaden til loven som ble brukt når saken ble tatt opp på Stortinget, og Helseministeren måtte instruere helseforetaket på nytt om å beholde akuttkirurgien. Det er derfor et interessant spørsmål om nedleggelse av et tjenestetilbud skal anses som «*større saker*». Slik sykehusreformen legger opp til, er det nærliggende å anta at dette ikke kan betraktes som større sak.

Funnene fra Fafo-rapporten (2012) og Colbjørnsens undersøkelse (2015) er i tråd med undersøkelsen i denne oppgaven. Det samme gjelder studien til Rommetvedt et al (2014). Sykehusreformens intensjon om økt autonomi til helseforetakene begrenses av et aktivt Storting. Det er ikke bare på et overordnet nivå Stortinget er aktiv, men snarere i detaljspørsmål og enkelt saker, herunder Odda-saken.

Den alternative antakelsen hevder at Stortingets engasjement har økt i sykehussaker og, -foretaksfriheten og ledelsesutøvelsen er begrenset. Det finnes støtte for antakelsen både når vi legger til grunn undersøkelsen i denne oppgaven og de to nevnte rapportene fra Fafo, Colbjørnsen og Rommetvedt mfl. En av hovedargumentene for engasjementet er at helsesektoren har tradisjon for å være sterkt politisk styrt. Byrkjeflot og Grønlie (2005) har derfor skrevet at historisk utgjør helsesektoren en av velferdsstatens grunnpilarer og er blitt ansett som «*velferdsstatens dronning*».

Innføringen av sykehusreformen følger den generelle trenden på 2000-tallet, hvor flere reformer vedtas og Norge omtales som «*reform entreprenør*». Iverksettelsen av sykehusreformen kan betegnes som en reaksjon på en fragmentert spesialisthelsetjeneste og hvor det ble etterlyst en ny organisering av sektoren. Dette kan plasseres under myteperspektivet hvor sosialt skapte normer i omgivelsene anses som legitimerede oppskrifter på hvordan man bør utforme organisasjoner.

Imidlertid følger politikerne kortsiktige og dagsaktuelle temaer, fremfor langsiktige og strategiske planer. Det er derfor at diskusjoner knyttet til nedleggelse eller sentralisering av sykehustilbud slik Odda-saken viser, vekker stor interesse og blir til gjenstand for diskusjon på Stortinget. Opedal & Rommetvedt (2005) omtaler da Stortinget som periferiens sentrale forsamling. Videre kan en si at det statlige eierskapet fører til mer press og aktiv styring for politikerne, i tillegg til behov for økt kontroll av foretakene og krav om rapportering. Ledelsesutøvelsen begrenses og lederne av foretakene blir et «*mellomledd*» med relativt lite armslag mellom et detaljstyrende Storting på toppen og medisinenes sterke posisjon som institusjonalisert fagfelt med stor makt.

6. Konklusjon

De empiriske funnene og analysen ovenfor gir delvis støtte til hovedantakelsens intensjonen om økt autonomi til helseforetakene og mer profesjonell ledelse. Helseforetakene har i tråd med sykehusreformen økt fokuset på ledelsesutvikling gjennom blant annet et topplederprogram. Videre viser undersøkelsen at 21 av dagens 31 toppledere har tilleggsutdannelse innenfor ledelse. Når det gjelder økt autonomi til helseforetakene viser undersøkelsen at Stortinget har et høyt engasjement i sykehussaker, også illustrert med Odda-saken, noe reduserer foretaksledelsens autonomi og dermed hovedantakelsen om økt frihet for foretaksledelsen. Dette ble underbygget ved å kategorisere spørsmålene i overordnede og detaljspørsmål, noe som viser at det stilles flere detaljspørsmål.

Den alternative antakelsens om økt stortingsengasjement og begrenset autonomi i helseforetakene får dermed støtte. Dette fordi Stortinget handler ut fra et institusjonelt kulturperspektiv hvor uformelle og verdier spiller en sentral rolle. Undersøkelser viser nettopp et begrenset handlingsrom og autonomi i helseforetakene på grunn av sterk statlig styring. Topplederne og styrene uttrykker at de utsettes for detaljstyring og dermed har begrenset autonomi på mange saksområder.

Sykehusreformen er tydelig inspirert av NPM. Den formelle organiseringen med utstrakt desentralisering og foretaksorganisering er i tråd med NPM. Undersøkelsen viser at profesjonalisering av lederrollen i stor grad gjør seg gjeldende i helseforetakene. Denne profesjonaliseringen er imidlertid ikke blitt fulgt opp med økt autonomi. Undersøkelsen viser at et aktivt Storting som detaljstyrer og griper inn i enkeltsaker. I konkrete saker (Odda-saken) er påvirkningen så stor at helseministeren måtte snu i saken om nedleggelse av akuttkirurgien.

Det kan derfor konkluderes med at empiriske funnene gir mest støtte til den alternative antakelsen om at uformelle, kulturelle normer påvirker Stortingets politiske styring. Den alternative antakelsen styrkes basert på funnene fordi balanseforholdet mellom foretaksfrihet og stortingsstyring flyttes i retning sistnevnte, noe som er i strid med NPM-antakelsen. Denne utviklingen må ses i sammenheng med at helsesektoren har lang tradisjon for å være politisk styrt. Storingsrepresentantene er valgt inn på Stortinget fra sine fylker og når politiske viktige saker som berører deres lokalmiljø kommer på dagsordenen, tas disse opp på Stortinget via blant annet spørreinstituttet. Dermed kan Stortinget få innflytelse også på saker som i utgangspunktet, og i tråd med sykehusreformen, er delegert til foretaksledelsen.

7. Litteraturliste

Artikler

Christensen, Tom (2006):” Staten og reformenes forunderlige verden”. Nytt Norsk Tidsskrift nr. 3, 2006

Lægreid, Per, Ståle Opedal og Inger M. Stigen (2005) *Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling?* i Nordiske organisasjonsstudier 2/2005

Hood, Christopher. 1991. "A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS?" Public Administration 69 (1):3-19. doi: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x

Bøker

Blaikie, N. (2010). *Designing social research*. 2. utgave. Polity Press

Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (red.) (2011) *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo. Universitetsforlaget.

Byrkjeflot, Haldor og Neby, Simon. (2005) «Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren?» i Opedal, S og Stigen, I. M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen*. Bergen. Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie (2005) «Det regionale helseforetaket - mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring» i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen*. Bergen. Fagbokforlaget.

Christensen, Tom og Per Lægreid (2001). «*New Public Management i norsk statsforvaltning*» i Tranøy, B. S. og Østerud, Ø (red.) *Den fragmenterte staten - reformer, makt og styring*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Lægreid og Paul G. Roness (2010) *Forvaltning og politikk*. Oslo. Universitetsforlaget.

Christensen, Tom og Per Lægreid (eds.) (2011) *New Public Management*. Farnham.

Ashgate.

Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Rosness og Kjell Arne Røvik (2013)

Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo. Universitetsforlaget.

Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey Bass

Grønlie, Tore og Per Selle (red) (1998) *Ein stat? Fristillingas fire ansikt*. Oslo. Samlaget.

Grønlie, Tore (2001) «Varige spenninger i styrings- og forvaltningspolitikken» i Tranøy, B. S. og Østerud, Ø (red.) *Den fragmenterte staten - reformer, makt og styring*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Halvorsen, Knut (2011) *Å forske på samfunnet*. Oslo. Cappelen.

Klausen, Kurt Klaudi (2011) «Fra New Public Administration over New PA til NPM - en fortolkningsramme for reformer» i Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (red.) *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo. Universitetsforlaget.

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen*. Bergen. Fagbokforlaget.

Opedal, Ståle og Hilmar Rommetvedt (2005) «Foretaksfrihet eller stortingsstyring?» i

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen*. Bergen. Fagbokforlaget.

Opedal, Ståle og Hilmar Rommetvedt (2010) «From politics to management - or more politics?» i Taylor and Francis (eds.) *Public management review*. London. Routledge.

Rommetvedt, Hilmar (2011) *Politikkens allmengjøring og den nypluralistiske parlamentarismen*. Bergen. Fagbokforlaget.

Rommetvedt, H., S. Opedal, Inger Marie Stigen, K. Vrangbæk (2014): *Hvordan har vi det i*

dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk. Oslo: Fagbokforlaget.

Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget

Stigen, Inger Marie (2005) «Eierskap, organisering og ledelse - mellom stabilitet og fornyelse» i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen.* Bergen. Fagbokforlaget.

Vanebo, Jan Ole (2011) «Institusjonell ombygging av staten og offentlig sektor» i Busch (et al) *Modernisering av offentlig sektor.* Oslo. Universitetsforlaget.

Verhoest, K., B.G. Peters, C. Bouckaert og B. Verschuere (2004): The Study of Organisational Autonomy: A Conceptual Review. *Public Administration and Development*, Vol. 24 (2): 1001–18.

Verhoest, K., P.G. Roness, B. Verschuere, K. Rubecksen og M. MacCarthaigh (2010): *Autonomy and Control of State Agencies. Comparing States and Agencies.* Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Øgård, Morten (2010) «New Public Management - fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart» i Baldersheim, H og Rose, L.E (red.) *Det kommunale laboratorium.* Bergen. Fagbokforlaget.

Østerud, Øyvind, Fredrik Engelstad og Per Selle (2003) *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt og demokratiutredningen.* Oslo. Gyldendal Akademsik.

Offentlige dokumenter

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Rundskriv I-59/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.

NOU 1990:76 *Ledelse i sykehus*

NOU 1996:5 *Hvem skal eie sykehusene?*

NOU 1997:2 *Pasienten først!*

NOU 1999:15 *Hvor nær skal det være?*

NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*

Ot. prp. 10 (1998-1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m. m.*

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

Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven mv.*

Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*

Sosial- og helsedepartementet, 2001: Sykehusreformen – noen eierperspektiver. HD-rapport 14.09.2001.

Lover

Spesialisthelsetjenesteloven (av 1. januar 2002)

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesial>

Helseforetaksloven (av 1. januar 2002)

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>

Internettsteder og øvrige kilder

Colbjørnsen, T. (2015). Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak.

http://www.spekter.no/Global/Rapporter/Colbjornsenrapport_Lederes_Handlingsrom_web.pdf (Hentet 01.05.18)

Hippe, J.M. & Trygstad, S.C. (2012). Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus (Fafo-rapport 2012:57) https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20284.pdf (Hentet 14.04.18).

Dagens perspektiv Nr. 33 fredag 9. september 2016

https://www.dagensperspektiv.no/system/files/ul_2016-09-09.pdf (Hentet 14.04.18)

Management practices in the NHS <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/cp305.pdf> (Hentet 14.04.18).

Nye prinsipper for oppnevning av styrever for helseforetakene

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-prinsipper-for-oppnevning-av-styrever/id745861/> (Hentet 05.03.18)

Styresak 15/17 - *Odda sjukehus i lys av føringane i nasjonal helse og sjukehusplan*

<https://helsevest.no/seksjon/styresaker/Documents/2017/04.04.2017/Sak%2004117%20OPPD%20ATERT%20Odda%20sjukehus%20i%20lys%20av%20f%C3%B8ringane%20i%20Nasjonal%20helse-%20og%20sjukehusplan.pdf> (Hentet 05.05.18)

Helse Vest legger ned akuttkirurgien ved Odda sjukehus <https://www.nrk.no/hordaland/helse-vest-legger-ned-akuttkirurgien-ved-odda-sjukehus-1.13459666> (Hentet 17.04.18) Kvinner i flertall på topplederprogrammet

<https://www.helse-sorost.no/kvinner-i-flertall-pa-topplederprogrammet> (Hentet 01.03.18)

Instruks for administrerende direktør (Helse Sør-Øst 2016-2018) <https://www.helse-sorost.no/Documents/Ledelse/024-2018%20Vedlegg%202%20-%20Instruks%20for%20administrerende%20direkt%C3%B8r%202018-2020%20-%20endelig%20etter%20styrebehandling.pdf> (Hentet 01.06.18)

Administrerende Direktør <https://karrierestart.no/ledig-stilling/542624?viewName=JobAdPrint> (Hentet 04.03.18)

Derfor går Ahus-direktøren av <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/w1Ga5/derfor-gaar-ahus-direktoeren-av> (Hentet 07.03.18)

Sykehusdirektøren går på dagen <http://www.varden.no/nyheter/sykehusdirektoren-gar-pa-dagen-1.1588058> (Hentet 04.04.18)

Toppsjef i Helse Midt-Norge går av <https://www.aftenposten.no/norge/i/wEpQ1/Toppsjef-i-Helse-Midt-Norge-gar-av> (Hentet 17.03.18)

Går av som sykehusdirektør <https://www.nrk.no/sorlandet/gar-av-som-sykehusdirektor-1.13799852> (Hentet 13.04.18)

Går av som sykehusdirektør <https://e24.no/job/helsedirektoer-slutter-paa-dagen/23349412> (Hentet 16.04.18)

Går av som direktør for Helgelandssykehuset
<https://www.banett.no/nyheter/2017/05/23/G%C3%A5r-av-som-direkt%C3%B8r-for-Helgelandssykehuset-14771601.ece> (Hentet 16.04.18)

Helsedirektør slutter på dagen <https://e24.no/job/helsedirektoer-slutter-paa-dagen/23349412> (Hentet 05.06.18)

Komiteens merknader til Helseforetaksloven <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2000-2001/inno-200001-118/2/> (Hentet 01.05.18).

Stortinget og spørsmål
<https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Arbeidet/Sporreinstituttene/> (Hentet 7.5.2018)

Dok nr: 15:1883 - Spørsmål fra representant Snorre Serigstad Valen (05.09.2012)
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-ogsvar/Skriftlig-sporsmal/?qid=54478> (Hentet 20.3.2018)

Dokument nr. 15:1451 (2014-2015)
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-ogsvar/Skriftlig-sporsmal/?qid=63365> (Hentet 20.03.18)

Dokument nr. 15:694 (2016-2017)
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-ogsvar/Skriftlig-sporsmal/?qid=63365>

[svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=68046](#) (Hentet 20.03.18)

Dokument nr. 15:239 (2016-2017)

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=67185> (Hentet 20.03.18)

Brønnøysundregisteret - kunngjøringer i helseforetakene

<http://www.brreg.no/>

Safi, Nazir og Husby Christian (2014) – Bacheloroppgave i statsvitenskap - *Foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten* – Universitet i Stavanger.

Direkte kontakt med helseforetakene via telefon og e-post.

8. Vedlegg

8.1 Utdannelsesbakgrunn

Stilling	Arbeidsplass	Utdannelse	Tilleggsutdannelse innen ledelse
Adm. Dir	Helse Vest RHF	Sivilingeniør	Ingen
Adm. Dir	Helse Stavanger HF	Sykepleie	Master of Business Administration
Adm. Dir	Helse Fonna HF	Lege	NTP
Adm. Dir	Helse Bergen HF	Siviløkonom	Ingen
Vise adm. Dir	Helse Bergen HF	Sykepleie	Solstrandprogrammet
Adm. Dir	Helse Førde HF	Siviløkonom	NTP
Vise adm. Dir	Helse Førde HF	Sosionom	Rettledning og ledelse
Adm. Dir	Helse Midt Norge RHF	Lege	Ingen
Adm. Dir	Helse Møre og Romsdal HF	Ergoterapeut	Master innen strategisk ledelse
Vise adm. Dir	Helse Møre og Romsdal HF	sykepleie	Bedriftsøkonomi og ledelse
Adm. Dir	St. Olav Hospital HF	lege	Ingen
Adm. Dir	Helse Nord-Trøndelag HF	Politi	NTP
Adm. Dir	Helse Sør-Øst RHF	Lege	Master of business Administration
Adm. Dir	Akershus Universitetssykehus HF	Lege	Ingen
Vise. adm. Dir	Akershus Universitetssykehus HF	Siviløkonom	Solstrandprogrammet
Adm. Dir	Oslo Universitetssykehus HF	Lege	NTP
Vise. Amd. Dir	Oslo Universitetssykehus HF	Samfunnsøkonom	Ingen
Adm. Dir	Sunnaas sykehus HF	Sosiolog	NTP
Adm. Dir	Sykehuset I Vestfold HF	Sosiolog	Organisasjon og ledelse
Adm. Dir	Sykehuset i Innlandet HF	Lege	NTP
Vise. Amd. Dir	Sykehuset i Innlandet HF	Statsviter	Management
Adm. Dir	Sykehuset Telemark HF	Siviløkonom	Master of business Administration
Adm. Dir	Sykehuset Østfold HF	Lege	Master ledelse
Adm. Dir	Sørlandet sykehus HF	Siviløkonom	Ingen
Adm. Dir	Vestre Viken HF	Statsviter	Ingen
Adm. Dir	Helse Nord RHF	Lege	Ingen
Adm. Dir	Helgelandssykehuset HF	Sykepleie	Helsevitenskap og ledelse
Adm. Dir	Finnmarksykehuset HF	Sykepleie	NTP
Adm. Dir	Nordlandssykehuset HF	Siviløkonom	NTP og Ledelsesutvikling
Adm. Dir	Universitetssykehuset Nord-Norge	Sykepleie	Business of Administration og NTP
Vise.Adm. Dir	Universitetssykehuset Nord-Norge	Lege	Ingen

8.2 Utskiftning av toppledere

Foretak	Antall								
Helse Vest RHF	1	10.12.2001							
Helse Bergen HF	5	05.12.2001	24.08.2002	25.04.2006	29.05.2007	04.11.2015			
Helse Fonna HF	3	05.12.2001	13.08.2008	02.02.2012					
Helse Førde HF	6	05.12.2001	30.09.2002	17.03.2004	18.09.2004	19.07.2017	03.04.2018		
Helse Stavanger HF	7	05.12.2001	25.09.2002	18.03.2004	26.04.2004	10.02.2009	19.05.2009	28.10.2010	?30.03.15
Helse Sør-Øst RHF	3	04.06.2007	26.11.2012	28.01.2015					
A-hus HF	7	05.12.2001	27.08.2003	16.04.2005	05.01.2010	27.01.2011	09.11.2013	17.06.2014	
Oslo universitetssykehus HF	4	07.01.2009	04.08.2009	16.09.2011	17.01.2012				
Sunnaas sykehus HF	2	05.12.2001	28.11.2002						
Sykehuset innlandet HF	5	19.12.2001	05.11.2003	02.02.2009	13.08.2009	01.02.2017			
Sykehuset Telemark HF	3	13.12.2001	11.11.2011	09.01.2017					
Sykehuset Østfold HF	4	05.12.2001	17.03.2007	16.02.2009	08.06.2009				
Sykehuset i Vestfold HF	3	13.12.2001	24.01.2007	19.06.2007					
Sørlandet sykehus HF	4	13.12.2001	14.03.2003	04.11.2003	19.02.2018				
Vestre viken sykehus HF	3	13.06.2009	17.06.2010	21.10.2011					
Helse Midt-Norge RHF	8	29.10.2002	08.03.2007	03.01.2009	06.07.2009	30.01.2013	23.01.2013	14.11.2014	23.09.2015
Helse Møre og Romsdal HF	3	15.06.2011	04.08.2011	27.08.2015					
Helse Nord-trøndelag HF	5	13.12.2001	17.09.2002	05.01.2005	13.06.2005	21.03.2016			
St. Olav hospital HF	5	13.12.2001	08.03.2003	13.09.2006	12.11.2009	01.01.2018			
Helse Nord RHF	4	18.05.2002	04.06.2003	09.03.2004	03.10.2005				
Finnmarkssykehuset HF	8	06.03.2003	03.03.2004	22.05.2007	06.12.2010	08.02.2011	09.01.2014	14.01.2016	27.06.2016
Helgelandssykehuset HF	4	22.12.2001	19.03.2011	18.08.2011	05.07.2017				
Nordlandssykehuset HF	2	21.12.2001	16.08.2010						
UNN HF	4	18.12.2001	23.01.2017	19.11.2007	01.03.2018				
	103								

8.3 Oversikt over spørrevirksomheten (sykehussaker) fra 1997-2017

Årstall	Skriftlige spørsmål	Spørretimespørsmål	Interpellasjoner	Totalt
1997-98	4	38	2	44
1998-99	2	36	3	41
1999-2000	5	45	1	51
2000-2001	18	38	1	57
2001-2002	31	28	2	61
2002-2003	23	33	3	59
2003-2004	52	42	4	98
2004-2005	52	29	1	82
2005-2006	56	16	2	74
2006-2007	65	25	2	92
2007-2008	70	33	3	106
2008-2009	69	14	5	88
2009-2010	64	30	8	102
2010-2011	96	18	1	115
2011-2012	71	15	2	88
2012-2013	59	13	4	76
2013-2014	86	10	3	99
2014-2015	86	21	5	112
2015-2016	104	18	4	126
2016-2017	88	26	3	117
Totalt	1101	528	59	1688

8.4 Oversikt over dagens helseforetak

Helse Vest RHF	www.helse-vest.no
Helse Stavanger HF	www.helse-stavanger.no
Helse Fonna HF	www.helse-fonna.no
Helse Bergen HF	www.helse-bergen.no
Helse Førde HF	www.helse-forde.no
Helse Midt-Norge RHF	www.helse-midt.no
Helse Møre og Romsdal HF	www.helse-mr.no
St. Olavs Hospital HF	www.stolav.no
Helse Nord-Trøndelag HF	www.hnt.no
	-
Helse Nord RHF	www.helse-nord.no
Helgelandssykehuset HF	www.helgelandssykehuset.no
Finnmarkssykehuset HF	www.finnmarkssykehuset.no
Nordlandssykehuset HF	www.nordlandssykehuset.no
Helse Sør-Øst RHF	www.helse-sorost.no
Akershus universitetssykehus HF	www.ahus.no/
Oslo universitetssykehus HF	www.oslo-universitetssykehus.no
Sunnaas sykehus HF	www.sunnaas.no
Sykehuset i Vestfold HF	www.siv.no
Sykehuset Innlandet HF	www.sykehuset-innlandet.no
Sykehuset Telemark HF	www.sthf.no
Sykehuset Østfold HF	www.sykehuset-ostfold.no
Sørlandet sykehus HF	www.sshf.no
Vestre Viken HF	www.vestreviken.no

Figur 11 Oversikt over dagens helseforetak

8.5 Samtykke fra medforfatter av bacheloroppgaven

Bekreftelse

Jeg, Christian H. Husby, bekrefter at Nazir Safi kan bruke data og annet materiell som ble brukt i forbindelse med vår bacheloroppgave våren 2014, **Foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten – Sykehusreformen i lys av New Public Management elementene fristilling og ledelse**, i sin masteroppgave.

Christian H. Husby 01.03.2018

Christian H. Husby