



## **Konkurransse eller vertikal integrasjon?**

### **De regionale helseforetakenes valg av organisasjonsmodeller**

Sølve Mikal Nerland, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO

**SKRIFTSERIE 2007:2**

**HORN - HEALTH ORGANIZATION RESEARCH NORWAY**



**UNIVERSITETET I OSLO**  
Institutt for helseledelse  
og helseøkonomi



**SINTEF**

# Konkurransen eller vertikal integrasjon?

## De regionale helseforetakenes valg av organisasjonsmodeller<sup>1</sup>

**Sølve Mikal Nerland**

Universitetet i Oslo, Institutt for helseledelse og helseøkonomi og  
Statistisk sentralbyrå, Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk

Telefon: +47 41 44 08 63 E-post: [solvemikalnerland@gmail.com](mailto:solvemikalnerland@gmail.com)

**HEALTH ORGANIZATION RESEARCH PROGRAM NORWAY  
HORN 2007**

HORN Skriftserie 2007:2

<sup>1</sup> Arbeidet med paperet har vært finansiert av Norges forskningsråd gjennom doktorgradsprosjektet "Styringsmessige konsekvenser av sykehusreformen", og gjennom forskningsprogrammet "Health Organization Research Program Norway" (HORN). Takk til Terje P. Hagen, arbeidsgruppen ved den 11. nasjonale fagkonferansen i statsvitenskap i Tromsø 7-9. januar 2004, anonyme referees, og kolleger ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi og i HORN-nettverket, for kommentarer til tidligere utkast.

## Innledning

Den norske sykehusreformen som ble iverksatt fra 2002, innebar særlig to endringer. For det første overtok staten fylkeskommunenes eieransvar over spesialisthelsetjenesten. For det andre ble institusjonene organisert som egne rettssubjekter, kalt helseforetak (HF), underlagt fem regionale helseforetak (RHF). I regjeringens lovforslag heter det at *”det er opp til det enkelte RHF å velge hvordan RHF’et og underliggende virksomheter organiseres”* (Ot.prp.nr.66 2000-2001:2.10.5). På tross av denne formelle handlefriheten valgte RHF’ene en svært lik organisering. Ulike typer virksomheter ble slått sammen til store og geografisk organiserte HF. F.eks. ble somatiske, psykiatriske og rusinstitusjoner i fylkene Aust- og Vest-Agder samlet i Sørlandet HF. Videre ble integrasjon og sterk RHF-styring av HF’ene valgt framfor styringsformer med større grad av fristilling og konkurranseutsetting.

Valget av organisering kan virke overraskende. I forarbeidet til reformen var det lagt vekt på at HF’ene skulle fristilles, og styres gjennom kontrakter og konkurranse om pasienter. Dette ville også vært i tråd med reorganiseringsbølgen *”New Public Management”* (se f.eks. Christensen & Lægroid 2001). RHF’ene valgte i stedet å legge opp til stram konsernstyring, sammenslåinger av sykehus, og sentralisering av funksjoner. Det foreligger ingen empiriske studier av disse viktige og spesielle prosessene. Hvorfor valgte RHF’ene som de gjorde?

Denne studien tar utgangspunkt i to tilnærminger. Først antas det at RHF’ene velger organisasjonsmodell rasjonelt. Hvilke modeller som velges antas da å avhenge av hvilke mål og virkelighetsoppfatninger RHF-styret hadde, hvilken handlefrihet det hadde fra overordnede, i hvilken grad det ble utsatt for press fra lokale interessegrupper, og hvor

sikre de var på konsekvenser av ulike strategier. Deretter antas det med utgangspunkt i institusjonell teori at valgene kan være et resultat av tilpasning til myter i omgivelsene.

Analysen er designet som en komparativ casestudie. Kildene er sakspapirer og andre offentlige dokumenter, og intervjuer med sentrale beslutningstakere.

Artikkelen er strukturert som følger. Først diskuteres hvilke organisasjonsmodeller RHF'ene kunne velge mellom. Deretter presenteres teoriene og det metodiske designet. Etter empiripresentasjonen sammenfattes og diskuteres funnene.

## **Organisasjonsmodeller**

Hvilke organisasjonsmodeller kunne RHF'ene velge mellom innenfor Lov om helseforetak?<sup>2</sup> Etter gjennomgang av ulike organisasjonsteorier, kjennetegn ved sykehussektoren i Norge, og innledende analyser av kildene, virket særlig tre organisatoriske dimensjoner å være sentrale. En er grad av vertikal integrasjon mellom RHF og HF. Man kan tenke seg at RHF'ene stod overfor et valg mellom en konsernmodell med stram styring av HF'ene, og en bestiller-utfører modell der HF'ene fristilles og styres gjennom konkurranseprosesser. En annen dimensjon er HF'enes størrelse. Et alternativ var at institusjonene før reformen ble videreført. Det andre alternativet var sammenslåing av institusjoner. Mindre institusjoner enn før reformen antas å være lite aktuelt. En tredje dimensjon er hvilke typer institusjoner HF'ene skulle bestå av. Gulicks (1937) prinsipper om geografisk og klientbasert organisering virker relevante her. Klientprinsippet innebærer ulike HF for psykiatriske, somatiske og

---

<sup>2</sup> Lov om helseforetak krever at virksomhetene skal organiseres i helseforetak med egne styringsorganer. Privatisering, salg eller nedleggelse av vesentlige behandlingsfunksjoner krever aksept fra helseministeren i foretaksmøte.

rusavhengige pasienter. Geografiprinsippet betyr at alle enheter innen et geografisk område organiseres sammen.

Tabell 1. Alternative organisasjonsmodeller for de norske regionale helseforetakene

<b>Størrelse på foretakene</b>		<b>Små</b>		<b>Store</b>	
<b>Aggregeringsprinsipp</b>		<b>Klientbasert</b>	<b>Geografisk</b>	<b>Klientbasert</b>	<b>Geografisk</b>
<b>Vertikal integrasjon</b>	<b>Lav grad</b>	1 "Konkurransmodell"	3	5	7
	<b>Høy grad</b>	2 (Før reformen)	4 reformen)	6	8 (Etter reformen) "Integrasjonsmodell"

Den videre diskusjonen vil konsentrere seg om alternativene 1 og 8 i tabell 1, fordi disse ytterpunktene gjør det mulig å rendyrke argumenter. Konkurransmodellen legger til rette for styring gjennom konkurranseprosesser.<sup>3</sup> Slike prosesser forutsetter fristilling og at det finnes flere relativt nærliggende tilbud. Dette forutsetter i sin tur at det ikke skjer større sykehussammenslåinger. I en konkurransemodell vil klientbasert organisering trolig gjøre det lettere å sammenlikne kostnader og kvalitet mellom HF enn ved geografisk organisering, fordi kryss-subsidiering mellom somatikk, psykiatri og rus ikke er mulig. Integrasjonsmodellen er det andre ytterpunktet. Den legger til rette for konsernstyring og stordriftsgevinster gjennom sammenslåinger av avdelinger og sykehus. Ved sammenslåing av sykehus kan man tenke seg at det blir lettere å få til spesialisering og funksjonsfordeling, fordi flere sykehus får én felles ledelse og blir samme juridiske subjekt. At en samler organisasjoner med ansvar for ulike klientgrupper, gjør det i tillegg mulig å hente ut gevinster av administrativ samorganisering.

---

<sup>3</sup> Konkurransen kunne også være åpen for private tilbydere. RHF'enes forhold til private sykehus og spesialister holdes utenfor denne analysen, fordi disse ikke er organisert i HF, men styres gjennom kostnads-volum kontrakter.

## **Teori**

Det er mange teorier om organisasjonsendring (se f.eks. Peters 1999). I lys av kjennetegn ved de aktuelle beslutningene og innledende analyser, virket særlig to perspektiver relevante. Analysen tar utgangspunkt i en rasjonalitetsmodell og et myteperspektiv.

### **Rasjonelle valg**

Teorier om rasjonelle valg kan bygge på ulike premisser. Her forutsettes det at RHF velger den organiseringen som de tror gir størst måloppnåelse, gitt relativt veloverveide oppfatninger om sammenhenger mellom ulike organisasjonsformer og måloppnåelse. Å forutsette full informasjon og dermed optimale mål-middel vurderinger, er verken realistisk eller nødvendig for at beslutningene skal kunne være rasjonelle. Det avgjørende er at RHF'ene vurderer ulike strategier og velger den strategien som de tror vil gi størst måloppnåelse i deres situasjon.

Det antas at RHF'ene hadde tre mål, nemlig høy kostnadseffektivitet, høy klinisk kvalitet på tjenestene og god tilgjengelighet for pasientene i form av nærhet og valgfrihet. Dette er sentrale hensyn i Ot.prp.nr.66 (2000-2001), i eiers styringsdokumenter, i RHF'enes vedtekter og i sakspapirene. Det antas videre at det kan være konflikter mellom målene, f.eks. mellom kvalitet og tilgjengelighet. For noen avanserte behandlinger er det sammenhenger mellom pasientvolum og kvalitet (Teisberg 2001). Store volum på slike funksjoner forutsetter få sykehus eller sentraliserte funksjoner, noe som gir mindre nærhet og mindre valgfrihet.

### ***RHF'ene velger fritt***

La oss starte med å anta at RHF'ets eneste mål var kostnadseffektivitet. Her legges det til grunn at det kan være mulig å oppnå høy kostnadseffektivitet både ved konkurranse- og integrasjonsmodellen. De er to ulike virkemidler som kan realisere det samme målet.

Blant annet Storbritannia, New Zealand og enkelte svenske landsting forsøkte å øke kostnadseffektiviteten gjennom interne markeder i 1990-årene. Erfaringene ga ikke grunnlag for stor optimisme, men det er uenighet om tolkningen av dette (Dalen, Grytten & Sørensen 2002; Danielsen, Hagen & Sørensen 2004). En tolkning er at kontraktsstyring ikke gav effektivitetsgevinster p.g.a. særtrekk ved tjenestene. Det er vanskelig å etablere reell konkurranse i situasjoner med høye relasjonsspesifikke investeringer og stor usikkerhet om tjenestenes kvalitet og kostnader. Slike kjennetegn taler for langsiktige avtaler eller integrerte løsninger, ifølge transaksjonskostnadsteori (Coase 1937; Williamson 1985).<sup>4</sup> I Norge kan lav befolkningstetthet og lange avstander mellom sykehus tale i mot konkurransemodellen. En annen tolkning er at konkurransemodellen, slik den ble implementert i England, ikke har gitt tilsiktede effekter fordi den ikke ble implementert etter forutsetningene, særlig ved at sykehusene ikke ble tildelt nok handlefrihet i driftsspørsmål (Le Grand 2003).

Den andre strategien, integrasjonsmodellen, kan også lede til høy kostnadseffektivitet. Tradisjonell produksjonsteori (Hoel & Moene 1993) gir argumenter for at sammenslåing kan gi stordriftsfordeler, særlig ved at utstyr og personell utnyttes bedre. Ved sammenslåing av sykehus kan man tenke seg at det blir lettere å få til funksjonsfordeling mellom sykehus, fordi de får én felles ledelse og blir samme juridiske

---

<sup>4</sup> Hovedpoenget i transaksjonskostnadsteorien er at bedrifter vil utvikle organisasjonsformer som minimerer kostnadene forbundet med å inngå og vedlikeholde kontrakter.

subjekt. Studier av sammenslåinger i USA gir ikke entydige konklusjoner (Kjekshus & Hagen 2003 gir en oppsummering). Flere studier indikerer at sammenslåinger først og fremst påvirker konkurranseforhold mellom sykehus, skaper monopolsituasjoner, og styrker sykehusenes forhandlingsmakt overfor eiere (Krishnan 2001; Town & Vistnes 2001). Andre studier gir motsatte konklusjoner. Connor et al. (1997) finner at sammenslåtte sykehus har lavere kostnader enn ikke-sammenslåtte. En studie i Norge (Kjekshus & Hagen 2002) viser økte kostnader ved sammenslåinger, med unntak av når sammenslåing kombineres med sentralisering av akuttberedskapen.

Et mål om kostnadseffektivitet leder altså til prediksjoner som er betinget av hvordan RHF'ene vurderer forholdet mellom virkemidler og måloppnåelse. Med unntak av Oslo og Akershus i Helse Øst, som har mange nærliggende sykehus og stor befolkning, er alle RHF kjennetegnet av relativt lange avstander mellom sykehus og liten befolkningstetthet. Hadde Osloområdet vært et eget RHF ville det vært større grunn til å forvente en konkurransemodell der enn i øvrige regioner. Alle RHF'ene har store gravgrendte områder og byområder med bare ett sykehus. Hvordan RHF'ene vurderer ulike strategier kartlegges i analysen.

Mål om høy klinisk kvalitet gir en mer entydig prediksjon. For noen spesialiserte behandlinger er det påvist at store volum gir kvalitetsgevinster (Teisberg 2001). Dessuten kan ambulanser og allmennleger utføre stadig mer diagnostisering og akuttbehandling. Mål om høy kvalitet antas derfor å lede til valg av integrasjonsmodellen siden denne modellen, som tidligere nevnt, antas å lette arbeidet med funksjonsfordelinger.

Mål om god tilgjengelighet for pasientene gir også en entydig prediksjon. Nærhet og valgfrihet forutsetter flere nærliggende tilbud og er ikke forenlig med



funksjonsfordeling. Dermed forsvinner flere av argumentene for vertikal integrasjon og sammenslåinger. Mål om høy grad av nærhet og valgfrihet antas derfor å lede til valg av konkurransemodellen.

Hvis RHF ønsker både kvalitet og effektivitet, forventes integrasjonsmodellen, fordi kvalitet som eneste mål leder til integrasjonsmodellen, mens effektivitet antas å kunne oppnås ved begge strategiene. Hvis målene er effektivitet og tilgjengelighet, forventes konkurransemodellen, fordi tilgjengelighet som eneste mål leder til konkurransemodellen, mens effektivitet antas å kunne oppnås ved begge. Hvis kvalitet og tilgjengelighet, eller alle tre målene, er viktige, peker de enkeltvis mot ulike utfall. Hvordan målene veies avgjør da.

### ***Restriksjoner på valgene***

Det kan tenkes at RHF opplevde at overordnede begrenset deres handlefrihet. Restriksjoner fra eier ville være i strid med forutsetningene i Ot.prp.nr.66 (2000-2001), men det kan tenkes at eier ga uformelle signaler. En annen føring kan ha vært de regionale helseplanene, som før reformen var overordnet fylkeskommunene i funksjonsfordelingsspørsmål. Planene for 2001 – 2004 ble godkjent av Helsedepartementet vinteren 2001, og kan ha lagt føringer.

Press fra lokale interessegrupper kan ha påvirket RHF'enes nyttevurderinger. Det ville være rasjonelt for RHF å gi etter for slikt press dersom de forventet høyere måloppnåelse av å gi etter, enn av å stå fast (se f.eks. Hovi 1998).

Til slutt, hva hvis RHF'ene var svært usikre på konsekvensene av ulike strategier for måloppnåelse? Her tas det utgangspunkt i at imitasjon ville være rasjonelt ved

usikkerhet (Banerjee 1992). Hvis RHF'ene opplevde å ha et godt informasjonsgrunnlag, ville det være rasjonelt å velge den strategien som de var sikre på at ville være best. Dersom de var usikre, ville det være rasjonelt å herme, f.eks. etter andre RHF, andre sektorer, eller andre land: *"Individuals obtain information by observing each other's actions and are therefore inclined to imitate those who are believed to be better informed"* (Bernheim 1994: 842). Imitasjon kan imidlertid også skje gjennom ikke-rasjonelle mekanismer. Dette leder over til myteteori.

### **Myteperspektivet**

Det er mange eksempler på at organisasjonsoppskrifter sprer seg raskt mellom sektorer og land. Retninger innen ny-institusjonell teori fremhever at organisasjoner har institusjonelle omgivelser som representerer normer eller myter for hvordan organisasjonen bør være utformet (se f.eks. Meyer & Scott 1992; Røvik 1998). Christensen et al. (2004) kaller dette et myteperspektiv. Et slikt perspektiv predikerer at rasjonaliserte myter om organisering kan spre seg raskt og skape likhet i formell organisering, på tross av forskjeller i organisasjonenes kulturelle kjennetegn, historie og objektive/tekniske forutsetninger som f.eks. befolkningstetthet. *"Disse egentlig sosialt konstruerte normer for god organisering oppfattes gjerne som ytre, objektive og gitte betingelser... Mer spesifikt refererer institusjonalisering her til de prosesser som fører til at en organisasjonsoppskrift gradvis fremstår som et regelliknende faktum for mange, noe som tas for gitt som en effektiv og riktig måte å organisere på"* (Røvik 1998:36). Organisasjoner og aktører kan altså opptre konformt med normer uten å reflektere over eller erkjenne at de har tilpasset seg. Det kan også tenkes at tilpasning skjer mer bevisst,

f.eks. ut ifra et ønske om legitimitet. Myteperspektivet predikerer at mål og oppfatninger er normstyrte, ikke selvstendige og velbegrunnede. Det avgjørende for valget er om strategien er tilpasset normer i omgivelsene, ikke at man har vurdert seg fram til at den vil lede til størst oppnåelse av instrumentelle mål.

Røvik (1998) fremhever syv kjennetegn ved populære oppskrifter som kan forklare deres spredningsevne, nemlig at de 1) er sosialt autoriserte av myndigheter eller respekterte aktører, 2) at de presenteres som universelle verktøy, 3) at de fremstår som velutviklede og lett omsettelige i et slags marked der det konkurreres om å levere oppskrifter, 4) at de presenteres som tidsriktige, moderne og framtidsrettede, 5) at de presenteres som lite konfliktfylte løsninger, som kan samle og harmonisere ulike grupper i organisasjonen, 6) at de presenteres med en dramaturgi som formidler oppskriften som spennende og fornuftig, og 7) at oppskriften individualiseres som en god løsning for den enkelte. Røvik legger til grunn at en oppskrifts spredningsevne øker proporsjonalt med disse kjennetegnene. Hvilke myter som var fremtredende i RHF'enes omgivelser, og deres forklaringskraft, kartlegges i analysen.

## **Metode**

Analysen er designet som en komparativ casestudie for å få en bedre forståelse av prosessene enn det en enkeltcasestudie kan gi (Andersen 1997; Yin 1994). Siden det er utfallslighet er det naturlig å benytte samsvarsmetoden, men også åpne for at utfallene kan ha ulike forklaringer.

Kildene er sakspapirer og andre offentlige dokumenter, og intervjuer. Protokollene er ofte nokså kortfattede. Sakspapirene er mer utførlige, men gir i prinsippet

kun forslag til vedtak. Intervjuer var derfor nødvendig. En informant fra hvert RHF ble intervjuet vinteren 2004. De var sentrale deltakere med helhetsoversikt over prosessene. Intervjuene var semistrukturerte og varte i 45 – 55 minutter. De ble innledet med åpne spørsmål, som gav informantene anledning til selv å sette ord på sine opplevelser.

Datainnsamlingen og analysen ble designet for å best mulig kunne teste hypotesene, men samtidig åpne for andre forklaringer. Gjennom situasjonslogisk analyse (se f.eks. Hovi & Rasch 1996; Farr 1985) identifiseres aktører, interesser, handlingsalternativer og oppfatninger om sammenhenger mellom virkemidler og måloppnåelse. Intervjuene ble lagt opp slik at forhold som er ”tatt for gitt” av informantene, forhold de i liten grad er seg bevisst, eller forhold som tildekkes, ville kunne komme fram, uten at spørsmålene ble ledende.

## **Empiri**

I dette kapitlet gis først en beskrivelse av beslutningsprosessenes organisering. Deretter presenteres empiri om føringer fra overordnede, press fra interessegrupper, rasjonaliserte myter i RHF’enes omgivelser, og hvordan RHF’ene argumenterer for sine valg.

### **Prosessorganisering**

Tidlig i august 2001 fikk styrelederne beskjed fra Helsedepartementet om at de før midten av september burde vedta en struktur som kunne implementeres ved eierskiftet.

*”Departementet har kommet med en sterk henstilling om at endelig vedtak om organisering av virksomhetene i HF foreligger 15. september 2001. Dette har sammenheng med at disse beslutningene er avgjørende for en rekke av de prosesser som*

*skal gjennomføres høsten 2001. Dette gjelder budsjettprosesser, etablering av samarbeidsavtaler med fylkene om støttefunksjoner, overføring av personell m.m.”* (Helse Vest 2001a). RHF’ene hadde på dette tidspunkt ingen administrasjon og styrene hadde ikke hatt sitt første møte. De fem RHF’ene valgte to ulike måter å organisere beslutningsprosessen på. I Helse Nord, Midt-Norge og Vest var prosessene raske og ekskluderende. I Helse Øst og Sør var de stegvise og inkluderende.

I Helse Nord dro styret raskt på en rundreise i regionen og gjennomgikk tidligere utredninger.<sup>5</sup> 14. september kom så beslutningen (Helse Nord 2001a). *”Dette gikk jo over stokk og stein, som du skjønner. I relasjon til at det hadde gått mange år med tilsvarende diskusjoner, var ikke dette bare et råkjør, det var nærmest voldtekt”*, sier informanten. Prosessen i Helse Midt-Norge og i Helse Vest var organisert på omtrent samme måte som i Nord. Strukturen ble vedtatt 13. september i Midt-Norge (Helse Midt-Norge 2001) og 17. september i Vest (Helse Vest 2001c).

Styrene i Helse Sør og Helse Øst valgte å vedta en foreløpig organisering til eierskiftet, og bruke 2002 på utredninger og høringer om framtidig organisering.

Styret i Helse Sør vedtok 13. september 2001 å etablere 18 HF (Helse Sør 2001a). I møtet 22. november ble antallet redusert til 14 (Helse Sør 2001b). De fleste større institusjonene ble da videreført som egne HF ved eierskiftet. En gruppe ble så nedsatt for å utrede framtidig organisering i perioden juni – november 2002. Gruppen bestod av 2 representanter fra Helse Sør, 15 fra HF’ene, og 7 fra ulike interesseorganisasjoner. 27. november 2002 vedtok styret å redusere antallet HF fra 14 til 10 (Helse Sør 2002b). Høsten 2003 skulle strukturen vurderes på nytt. Det resulterte i etablering av

---

<sup>5</sup> Regional helseplan, samarbeidsprosjektet ”NorTro” mellom fylkene Nordland og Troms, og et helgelandsprosjekt i regi av Nordland fylkeskommune, fungerte som grunnlagsmateriale for styrets drøftninger.

Sykehuspartner som tilbyr tjenester innen innkjøp, økonomi og IKT til HF'ene, og start av en fusjonsprosess mellom Radium- og Rikshospitalet (Helse Sør 2003a).

Helse Øst vedtok 27. september 2001 å etablere 16 HF ved eierskiftet (Helse Øst 2001). En utredning av alternative organiseringer pågikk så i mars – juli 2002 (Helse Øst 2002b). Utredningen var organisert i 7 prosjektgrupper, hvorav tre geografiske (Hovedstadsområdet, Innlandet, og Follo/Romerrike/Østfold) og fire faglige (psykiatri, akuttmedisin, kardiologi og intensiv). Gruppene bestod av fagpersoner og ledere fra HF'ene, ansattes representanter og et sekretariat forankret i RHF'et. 30. oktober 2002 ble antallet HF redusert fra 16 til 8 (Helse Øst 2002a).

### **Handlingsrom fra overordnede**

La overordnede restriksjoner på valgene? Som beskrevet i teoridelen, kan uformelle styringssignaler fra eier og de regionale helseplanene for 2001 – 2004 ha lagt føringer.

Regional helseplan for Helseregion Nord (2001) slår fast at integrasjon er en mer egnet strategi enn konkurranse: *"Dersom 11 autonome enheter gis anledning til å posisjonere seg i et marked, vil det vanskeliggjøre arbeidet med å etablere en mer optimal oppgavedeling mellom sykehus"* (ibid.:kap.5.8). Videre beskrives fritt sykehusvalg som uheldig, fordi ordningen kommer de friskeste til gode og medfører lekkasje sørover (ibid.:kap.5.4). Informanten avviser imidlertid at helseplanen begrenset styrets handlefrihet. De opplevde heller ikke at eier la føringer. At styret opplevde å ha handlefrihet, kommer også klart frem i saksdokumentene.

Informanten i Midt-Norge svarer likedan *"nei, på ingen måte"*, på spørsmål om eier la føringer, og de opplevde heller ikke at helseplanen la klare premisser. En

gjennomgang av planen for Helseregion Midt-Norge (2001) og sakspapirene bekrefter informantens påstand.

Styret i Helse Vest opplevde også stor handlefrihet. *”Styret er ikke et politisk organ, og skal på fritt grunnlag fatte et vedtak som gagnar Helse Vest best, i tråd med vedtekter og retningslinjer gitt av våre eiere, uavhengig av tidligere politiske beslutninger”* (Helse Vest 2001b). På spørsmål om eier la føringer, svarer informanten: *”Jeg følte at vi stod helt fritt”*. Helseplanen for Helseregion Vest (2001) skiller seg fra de andre ved å foreslå organisering i fire geografiske områder. Informanten avviser imidlertid at helseplanen begrenset styrets handlefrihet. Sitatet ovenfor fra sakspapirene understreker også styrets handlefrihet. Planen var derimot et grunnlagsmateriale, og skal også, som jeg kommer tilbake til, ha gjort det enklere å få institusjonene og lokalpolitikere til å samle seg om denne firedelingen.

Styret i Helse Sør opplevde heller ikke at overordnede begrenset deres handlefrihet i 2001 og 2002. Regional helseplan for Helseregion Sør (2001) inneholder en generell vurdering om at regionen *”skal ha fem sentralsykehus med full akuttberedskap. Det vil si ett akuttsykehus i hvert fylke”* (ibid.:3), men informanten avviser at planen la føringer. Høsten 2003 skulle strukturen vurderes på nytt, og dette førte til at et forslag om reduksjon fra 10 til 7 HF skulle legges fram 20. oktober (Helse Sør 2003b), men styrebehandlingen ble utsatt grunnet forfall (Helse Sør 2003c). Etter et møte med eier 21. oktober konkluderte daværende styreleder med at *”administrasjonens forslag legges til side i sin nåværende form”* (Helse Sør 2003d). Informanten gjør følgende betraktning: *”Når det gikk som det gikk året etter, mener jeg at det hadde vært bedre om vi gikk for en tredeling med en gang. Foretaksstruktur er i seg selv ikke en*

*særlig politisert problemstilling, men det er funksjonsfordeling. I 2002 kunne vi skille de to problemstillingene*". Eier synes å ha stoppet forslaget om flere sammenslåinger fra 2004, men eierstyring forklarer ikke valgene av strukturprinsipper høsten 2001 og i 2002.

Helse Øst opplevde også stor handlefrihet. *"Eier har overhodet ikke lagt føringer når det gjelder valg av foretaksstruktur"*, sier informanten. I sammendraget i til regional helseplan for Helseregion Øst (2001) heter det at *"for å utvikle helsetjenesten, utnytte kapasiteten bedre og sikre tilgang på fagfolk, må sykehusene spesialisere seg på hvert sitt felt... Dette betyr i praksis at å stimulere til funksjonsfordeling og samarbeid er viktigere enn å stimulere til konkurranse"*. Informanten tilbakeviser imidlertid at helseplanen begrenset styrets valgfrihet.

### **Lokal mobilisering**

En annen dimensjon ved handlingsrommet er i hvilken grad lokale faglige og politiske interessegrupper ble mobilisert, og i hvilken grad de presset styret til å endre sine planer.

I Helse Nord var det nokså sterk lokal mobilisering, både blant lokalpolitikere og i institusjonene. *"Vi kom inn i en setting hvor man allerede hadde forsøkt å etablere samarbeid mellom institusjoner uten helt å få det til... Konklusjonen var at her var vi nødt til å skjære gjennom"*, sier informanten. Selv om interessegruppene ikke fikk gjennomslag for status quo, fikk de innvirkning på hvilke sykehus som ble slått sammen med hvilke. Et mindretall i styret ønsket å etablere 4 istedenfor 6 HF, ved å organisere Helgeland under Nordlandssykehuset, og Finnmark under UNN i Tromsø (Helse Nord 2001b). Beslutningen om å la sykehusene i Finnmark bli et eget HF, begrunner informanten med at *"det var nokså klare lokalpolitiske signaler om at det å legge*



*Finnmark under UNN ville være helt uakseptabelt... Selv om det organisatorisk og helsepolitisk kunne være fornuftig, ville det skape så mye turbulens at det burde vi ikke gå for... Isteden la vi inn et krav om at relasjonen til UNN skulle styrkes".* Den ble styrket ved at klinisk direktør ved UNN ble styreleder i Finnmark. Tilsvarende var det i Helgeland motstand mot å knyttes til Bodø, og i Lofoten et ønske om å knyttes til Bodø.

Lokale mobiliseringer førte også til justeringer av konsernmodellen i Nord. De valgte i starten en styringsform med større grad av fristilling enn de andre RHF'ene, ved at RHF kun hadde observatørstatus i styrene. *"Det ble sett på som viktigere å ansvarliggjøre styrene enn å bygge konsern"*, sier informanten. Informanten sier at de ble advart om at de hadde valgt en risikostruktur. En risiko var fristillingen. En annen var at HF-grensene samsvarte med historiske konfliktlinjer. *"Når vi valgte enheter som hadde en politisk forankring, så tok vi med oss politikk inn i konsernet... Hvis vi hadde vært mer radikale, og brutt disse grensene, ville vi kanskje sluppet at foretak fikk en egen agenda"*, utdyper informanten. Fra juni 2003 ble en fra RHF nestleder i alle styrene, med unntak av i Finnmark, hvor RHF er styremedlem.

Styret i Midt-Norge møtte motstand særlig fra Møre og Romsdal, men gav ikke etter. *"Fylkesadministrasjonen var ikke blid for at vi delte fylket. De ville gjerne ha sine 4 sykehus samlet i ett HF, fordi det ville demme opp for RiT. For oss ble argumentasjonen motsatt, at med vårt pasientgrunnlag var det rimelig å ha kun ett storsykehus"*, sier informanten. Hensyn til lokale mobiliseringer kommer imidlertid til uttrykk i Midt-Norges valg av styreledere i HF'ene. Informanten understreker at de la vekt på at styrelederne skulle være personer som var godt likt i lokalområdet, og geografisk tilhørte det området hvor det lille sykehuset i foretaket lå. Dette gjorde de ifølge informanten for

å få klart frem at RHF'et ikke angrep de små sykehusene. Alle HF-styrene har for øvrig en RHF-direktør som medlem.

Helse Vest er den regionen hvor styret synes å ha møtt minst motstand fra interessegrupper. Informanten gir den regionale helseplanen mye av æren for at det raskt ble stor grad av enighet blant institusjonene og lokalpolitikere omkring å dele regionen i fire HF.

Heller ikke i Helse Øst ble valgene av organisasjonsmodell påvirket av press fra lokale interessegrupper. På spørsmål om de daværende sykehusledelsene var aktive, svarer informanten at *"de fleste direktørene ville selvfølgelig helst fortsette å være det... Også nesten uten unntak var de små redde for å bli underlagt de store"*. Videre fremhever informanten omfanget av lokale mobiliseringer i Hedmark: *"Der var det først en diskusjon om man skulle lage et HF for Hedmark, og det ble et voldsomt trykk fra Sanderud, Kongsvinger og Tynset, om ikke å bli fusjonert inn under sentralsykehuset. Det ble en annen holdning når vi foreslo å lage et HF for Hedmark og Oppland"*. De gamle eierne i Helse Øst skal ha vært nokså passive. *"Det har vært lokalpolitisk mobilisering mot funksjonsfordeling, da kom de på banen, men struktur var de ikke opptatt av"*, sier informanten. Mobiliseringene påvirket altså ikke valget av organisasjonsprinsipper, men i noen grad etableringen av Helse Innlandet.

Heller ikke i Helse Sør var det sterk mobilisering av interessegrupper. En grunn til dette var ifølge informanten at etableringene ikke var uventede: *"Vi bygde på prosesser som hadde pågått i fylkene... Det var en forberedt prosess, som var moden og lå i kortene"*. Før etableringen av Helse Blefjell var det mye debatt, og det ble nedsatt en egen utredning der.

## **Myter i omgivelsene**

En rekke reformer i offentlig sektor i flere land det siste tiåret har kjennetegn som ofte kalles New Public Management (se f.eks. Christensen & Lægneid 2001). Noen typiske kjennetegn ved NPM er fristilling og kontraktsstyring, og vekt på brukervalg.

Sykehusreformen har kjennetegn som kan sies å være i tråd med NPM (Byrkjeflot & Jespersen 2005). Det var bl.a. lagt opp til at sykehusene i stor grad skulle fristilles og ledes av profesjonelle styrer, og eiers styring skulle avgrenses til årlige styringsdokumenter og foretaksmøter. I lys av NPM skulle man forvente valg av konkurransemodellen i tabell 1. De valgte i stedet integrasjonsmodellen, som på flere måter bryter med NPM. NPM-trenden kan ikke forklare RHF'enes beslutninger.

Når det gjelder sykehusstrukturen i andre land er det stor variasjon i organisering langs dimensjonene i tabell 1. Det er ingen land som har en helt identisk struktur som i RHF'ene, selv om det er likheter langs enkeltdimensjoner. Den organiseringen RHF'ene valgte er også forskjellig fra sykehussektoren i andre nordiske land (Byrkjeflot & Neby 2005; Ot.prp.nr.66 2000-2001). I USA er det tendenser til at sykehus samler seg under administrative paraplyer (Scott et al. 2000), og det har vært sykehussammenslåinger i en rekke andre land (Kjekshus & Hagen 2003). I intervjuene ble det forsøkt å få informantene til å snakke om andre land, både gjennom kamouflerte og direkte spørsmål om der var forbilder eller skrekkeeksempler. Analysen tyder på at RHF'ene i langt sterkere grad fokuserte på norske forhold, og særlig geografien og bosettingsmønsteret. Løsninger i andre land var ikke noe fokus.

Deler av privat sektor har de siste tiårene vært preget av en tro på konsernbygging, stordrift og spesialisering. Dette har vært en internasjonal trend innenfor industri, bank og forsikring, hoteldrift, o.a. Enkelte reformer innen offentlig sektor i Norge har liknende kjennetegn, f.eks. i skatteetaten og politietaten. RHF'ene valgte konsernmodeller med vertikal integrasjon og sammenslåinger. De la opp til stordrift i administrasjon og sentralisering av høyspesialiserte funksjoner. Analysen tyder imidlertid ikke på at RHF'ene bevisst tilpasset seg en stordriftsmyte fra privat sektor, men kan det utelukkes at deres valg til en viss grad var formet av en stordriftsmyte? Det kommer jeg tilbake til i diskusjonen.

### **Nærmere om argumentasjonen**

Sakspapirene og informantene oppgir en rekke mål for beslutningene. I alle RHF'ene kan imidlertid de viktigste målene oppsummeres som kostnadseffektivitet og klinisk kvalitet. Tilgjengelighet i form av nærhet og valgfrihet ble vurdert som mindre viktig, men samtidig tilstrekkelig ivaretatt, siden det fortsatt ville være alternative behandlingssteder for pasientene.

I alle RHF'ene ble flere ulike modeller vurdert som reelle alternativer. Alle RHF'ene vurderte egne psykiatri-HF, ulikt antall HF, egne HF for rus og ulike varianter av vertikal integrasjon og konkurranse. I Nord vurderte man eget HF for AMK- og ambulansetjenestene.

Et hovedargument i alle RHF var forventningen om stordriftsgevinster gjennom sammenslåinger av sykehus. Sentralisering av enkelte behandlingsfunksjoner ble opplevd som nødvendig både for å sikre personalet nok trening, og for å kunne redusere kostnader

gjennom stordrift i utnyttelsen av teknisk utstyr, spesialister og vaktberedskap. Dessuten var de oppmerksomme på nye muligheter for desentralisert diagnostisering og akuttbehandling. Den medisinske og teknologiske utviklingen fremheves både når det argumenteres ut i fra hensyn til kvalitet og hensyn til ressursutnyttelse. ”Den teknologiske og medisinske utviklingen lå som et bakteppe for at vi måtte gjøre noe med de små enhetene. Med opptaksområder som var så små, under 150 000 for noen sykehus med akuttkirurgi, kunne man ikke henge med. Teknologien er sentraliserende i den forstand at den er dyr, og desentraliserende i den forstand at ting kan gjøres flere steder, i ambulanser og i primærhelsetjenestene, men det er ikke et argument for flere HF, snarere tvert i mot”, sier en informant. RHF’ene forventet også at sammenslåinger ville gi stordriftsgevinster i HF-administrasjonene.

Å hente ut effektivitets- og kvalitetsgevinster gjennom konkurranseutsetting ble oppfattet som lite realistisk. Sykehusene lå som hovedregel langt fra hverandre og de var tilnærmet monopolister i sitt opptaksområde. De er vanligvis lokalisert i en liten eller mellomstor by, og skal også dekke omkringliggende kommuner med spredt bosetting. RHF’ene opplevde at en struktur som legger til rette for konkurranse, dvs. med flere relativt nærliggende tilbud, ville være kostbar å drifte, gi mindre forutsigbarhet i planlegging og styring både for RHF og HF, og gi personalet for lite trening i enkelte avanserte behandlinger. RHF’ene måtte forholde seg til pasientrettigheten om fritt sykehusvalg, men de opplevde ikke at denne rettigheten i seg selv gav premisser for organisering. ”Jeg mener at beslutningen om struktur var nøytral i forhold til fritt sykehusvalg, men en senere arbeidsdeling mellom sykehus vil selvsagt redusere valgmulighetene”, sier en informant.

Geografisk sammenslåing av institusjoner skulle gjøre foretakene bedre i stand til å gjennomføre omstillingsprosesser som RHF'ene mente var nødvendige for å oppnå bedre ressursutnyttelse og faglig kvalitet. *”Vi så behovet for omstilling og endring. Det å nøste institusjonene sammen i større HF, var en måte å sette foretakene i en posisjon til å dra omstillingene”*, sier en informant. Alle RHF'ene forventet at store og geografisk organiserte HF ville ha større vilje og evne til omstilling enn det mange små HF ville ha. Etableringen av Helse Innlandet HF illustrerer dette. *”Motivet var situasjonen rundt Mjøsa, hvor man hadde 4 nokså likeartede sentralsykehus. I årtier hadde det vært forsøkt med samordning over fylkesgrensene der, men man fikk det ikke til i det gamle eierskapet. I 2002 så vi konturene av at vi fikk den samme beslutningslammelsen når det gjaldt å gjøre noe på tvers av HF. Derfor var det et bevist styringsmessig begrep å samle alt dette på en hånd”*, sier informanten.

Samorganisering av somatikk og psykiatri var et av argumentene for å etablere store geografiske HF. RHF'ene legger vekt på faglige hensyn når de begrunner dette, i tillegg til argumenter om ressursutnyttelse. Særlig fremheves uklare faglige overganger, og ønsket om å kunne gi et helhetlig tilbud til pasientene. Et unntak er etableringen av Psykiatrien i Vestfold HF i Helse Sør, som informanten begrunner med at det *”gjaldt å ikke snu opp ned på noe som hadde hatt en så tung prosess i fylkeskommunen, og som var så ferskt”*. I 2004 overtok RHF'ene eierskapet til den spesialiserte rusomsorgen fra fylkeskommunene. Med unntak av Midt-Norge valgte RHF'ene å inkludere rusomsorgen i de geografiske HF'ene.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Argumentasjonen er hovedsakelig den samme som ved samorganisering av somatikk og psykiatri. RHF'ene ønsket å etablere et helhetlig tilbud til pasientene med lokal forankring i geografiske HF. Helse Midt-Norge valgte å samle rus i et eget HF, kalt Rusomsorg Midt-Norge. Dette begrunnes med at *”Rusomsorgen trenger særlig oppmerksomhet i den*

I tillegg til å utløse ønskede prosesser internt i HF, ble etablering av store geografiske HF i alle RHF vurdert som et virkemiddel for sterkere regional styring. De opplevde at forutsetningene lå mer til rette for å realisere effektivitets- og kvalitetsgevinster gjennom vertikal integrasjon, enn gjennom fristilling og konkurranseutsetting. Det ble også opplevd som lettere å fordele ressursene objektivt, når HF'ene er geografiske og har et helhetsansvar, samt at få og like typer HF la forholdene til rette for konserntenkning. Organiseringen ble sett på som et virkemiddel for å styre aktivitet og investeringer fra et regionalt perspektiv.

Troen på at regional styring ville være et mer egnet virkemiddel enn fristilling og konkurranseutsetting, er tydelig i alle RHF'ene. Etablering av store geografisk organiserte HF var en av måtene å sikre regional styring på. En annen var etablering av konsernmodeller med gjennomgående styrerepresentasjon og aktiv RHF-styring av HF'ene. Alle RHF'ene valgte å være representert i HF-styrene. Som tidligere beskrevet, valgte Helse Nord i starten en mer fristilt form der RHF'et kun hadde observatørstatus i styrene. Det blir også hevdet at Helse Vest etablerte en bestiller-utfører modell ved eierskiftet, men administrerende direktør i RHF'et var styreleder i alle HF'ene. Senere gikk også Helse Vest over til å være styremedlem.

## **Diskusjon og konklusjon**

RHF'ene valgte en organisering som innebærer styring gjennom vertikal integrasjon og geografiske sammenslåinger (integrasjonsmodellen i tabell 1). Problemstillingen i denne

---

tidlige fase når ansvaret for disse tiltakene overføres fra fylkene" (HM 2003b), og at et eget HF for rus "vil gi mulighet for en målrettet, avgrenset og målstyrt organisering" (HM 2003a). I Oslo er rusomsorgen samlet under Aker Universitetssykehus HF.

artikkelen er å forklare disse valgene. Studien tar utgangspunkt i en rasjonell tilnærming og et myteperspektiv på organisasjonsendring og likhet i organisering.

Rasjonalitetsmodellen innebærer at RHF'ene vurderer seg fram til en nokså veloverveid oppfatning av hvilken strategi som vil lede til høyest måloppnåelse, enten uten å måtte ta hensyn til andre parter eller underlagt restriksjoner fra eier eller press fra lokale interessegrupper. Ved stor grad av usikkerhet, ble det antatt å være rasjonelt å imitere andre. Mytetilnærmingen innebærer at RHF'ene bevisst eller ubevisst tilpasser seg myter omgivelsene, dvs. at valgene er normstyrte, og ikke velbegrunnede. Bidrar disse tilnærmingene til en forståelse av beslutningene?

Alle RHF opplevde stor handlefrihet. I de regionale helseplanene er det enkelte vurderinger som kan peke i retning av integrasjonsmodellen, men RHF'ene opplevde ikke dette som føringer. Når det gjelder signaler fra eier, legger forarbeidet til reformen og Ot.prp.nr.66 (2000-2001) vekt på at HF'ene skulle fristilles, og styres gjennom kontrakter og konkurranse om pasienter. På den annen side signaliseres også behovet for tilpasninger av organiseringen til den medisinske og teknologiske utviklingen, dvs. et behov for funksjonsfordelinger og dermed store geografiske HF. Signalene fra eier er altså sprikende. RHF'enes oppfatning var at de skulle fatte en selvstendig beslutning til beste for sin region.

Press fra interessegrupper fikk heller ikke RHF'ene til å endre sine planer om vertikal integrasjon og geografiske sammenslåinger. Fylkeskommunene var nokså passive. Små sykehus kjempet ofte mot å bli sammenslått med større sykehus, i frykt for nedleggelse eller tap av funksjoner, mens store sykehus var mer positive til dette. Sykehusene var generelt mer positive til fristilling enn til vertikal integrasjon, men



negative til konkurranseutsetting. Det var også lokalpolitisk mobilisering i enkelte områder hvor man fryktet for framtiden til lokalsykehuset, eller hvor forholdet til nærliggende sykehus var konfliktpreget. Lokale mobiliseringer påvirket i noen tilfeller hvilke sykehus som ble slått sammen med hvilke, noe informantene begrunner med at de forventet større måloppnåelsen av å gi etter for, enn av å trosse lokale interesser. RHF'ene opplevde altså stor handlefrihet, og bare unntaksvis sterkt press fra interessegrupper, uten at dette påvirket valget av organisasjonsprinsipper.

Når det gjelder rasjonaliserte myter i omgivelsene, er det et interessant funn at RHF'enes beslutninger bryter med flere av prinsippene i reorganiseringsbølgen NPM, som sykehusreformen kan sees i lys av (Byrkjeflot & Jespersen 2005). Det er imidlertid en annen trend som sammenfaller med RHF'enes valg, og det er troen på konsernbygging, stordrift og spesialisering som har preget deler av næringslivet og offentlig sektor de siste tiårene. Analysen gir ingen klare indikasjoner på at RHF'ene tilpasset seg en stordriftsmyte, men betydningen av rasjonaliserte myter kan være vanskelig å dokumentere. Som Christensen og Røvik (1999) påpeker, er tidsånden i vår samtid i mange tilfeller nettopp å være rasjonell. Derfor kan det være vanskelig å skille en tilsynelatende rasjonell begrunnelse for stordriftsmodeller fra en mytepreget begrunnelse. Et argument mot en myteforklaring er at RHF'ene var svært opptatte av hvilke forutsetninger som var til stede for ulike organisasjonsformer. De var særlig opptatt av at organiseringen måtte tilpasses den medisinske og teknologiske utviklingen og den lave befolkningstettheten, for å sikre høy oppnåelse av målene om høy kvalitet og ressursutnyttelse. Dette er kjennetegn som skiller den norske sykehussektoren fra mange

andre sektorer hvor stordriftstanken står sterkt. RHF'enes vurderinger virker å være velbegrunnede. Jeg kommer tilbake til myteperspektivet.

Selv om RHF'ene oppgir en rekke målsetninger ved valget av organisering, kan de viktigste målene oppsummeres som bedre klinisk kvalitet og ressursutnyttelse. Tilgjengelighet i form av nærhet og valgfrihet var mindre viktig for RHF'ene, men samtidig mente de at hensynet til tilgjengelighet var tilstrekkelig ivaretatt, siden det fortsatt ville være alternative behandlingssteder. At målene var like er ikke så overraskende. Dette er viktige mål i styringssignaler fra eier (Ot.prp.nr.66 2000-2001; Helsedepartementet 2002) og i RHF'enes vedtekter. RHF'ene hadde også like hovedutfordringer ved eierskiftet, særlig behovet for kostnadseffektivisering og tilpasning av funksjonsfordelingen til den medisinske utviklingen.

Oppfatningene om sammenhenger mellom organisasjonsformer og måloppnåelse var svært like. RHF'ene forventet at integrasjonsmodellen ville gi høyest kostnadseffektivitet og klinisk kvalitet. Særlig to resonnementer lå til grunn. For det første at lange avstander mellom sykehus og lav befolkningstetthet gjorde konkurransegevinster lite realistiske. Dette gjaldt også i byer, fordi det i de fleste byene var kun ett sykehus som dekker store distrikter. Oslo-området skiller seg ut, og man kunne kanskje forvente konkurransemodellen der. Helse Øst forventet imidlertid at integrasjonsmodellen ville gi størst måloppnåelse i regionen sett under ett. Den andre tankerekken var troen på at store og geografiske HF ville gjøre det enklere å realisere stordriftsgevinster innad i HF, og å styre aktivitet og investeringer regionalt.

Hvorfor var virkelighetsoppfatningene om sammenhenger mellom organisering og måloppnåelse så like? En rasjonell forklaring krever at RHF'ene vurderte ulike

strategiers egnethet for måloppnåelse og at de valgte den strategien som de kom fram til at ville gi størst måloppnåelse i deres situasjon. Analysen tyder på at så var tilfelle. Styrene hadde noen primære mål, særlig ressursutnyttelse og klinisk kvalitet, og vurderte konsekvenser av ulike strategier. RHF'ene synes å ha vært nokså sikre i sine vurderinger av ulike strategiers egnethet. Valgene synes derfor å være i tråd med den rasjonelle hypotesen hvor målene er kostnadseffektivitet og kvalitet, og integrasjonsmodellen vurderes som det beste verktøyet.

Reorganiseringer er ofte omhyllet av retorikk (March & Olsen 1983). Empirien tyder ikke på at rasjonell retorikk her ble brukt bevisst for å tilsløre eller etterrasjonalisere. Kan valgene allikevel forklares av tilpasning til en stordriftsmyte? Dersom det rasjonelle og det institusjonelle perspektivet sees på som gjensidig utelukkende, blir spørsmålet hvilken av mekanismene, om noen, som kan forklare valgene? Analysen gir støtte til den rasjonelle forklaringen. RHF'enes vurderinger om sammenhenger mellom strategier og måloppnåelse å virker veloverveide. Ifølge Hovi og Rasch (1996:75) *"kan en forsker gjøre krav på å ha forklart og forstått en handling i den grad vedkommende er i stand til å vise at handlingen var adekvat for situasjonen slik aktøren selv oppfattet den på det aktuelle tidspunktet"*. Dette kravet til situasjonslogisk analyse er innfridd her. Analysen tyder ikke på at RHF'ene bevisst tilpasset seg en stordriftsmyte for å oppnå legitimitet. Analysen tyder heller ikke på at valgene var formet mer ubevisst av en stordriftsmyte, men kan det utelukkes som forklaring?

De to perspektivene trenger ikke å utelukke hverandre helt. Det kan også argumenteres for en mer syntetiserende tilnærming. Røvik (1998) hevder at organisasjoner og aktører vanligvis opptrer på grunnlag av en kompleks logikk der

perspektivene kan ha ulik grad av forklaringskraft. Organisasjoner er ofte både instrumentelle og konsekvensorienterte, og institusjonelle og legitimitetsorienterte, selv om de ikke alltid er seg dette bevisst. Christensen og Røvik (1999) konstaterer også at *”in most real situations involving decision making, both these logics will be represented and sometimes interwoven in highly complex ways”* (ibid.:171). Innenfor den rasjonelle tilnærmingen som legges til grunn her, kan myter i omgivelsene ha en viss betydning for virkelighetsforståelsen, uten at valgene av den grunn blir ikke-rasjonelle, forutsatt at valgene er relativt veloverveide. I en slik tolkning kan en stordriftsmyte i omgivelsene ha virket fascinerende og overbevisende hensiktsmessig for RHF’ene når de vurderte ulike strategier. I teoridelen ble det også argumentert for at imitasjon kan være rasjonelt ved usikkerhet, for på den måten å nyttiggjøre seg kunnskapen til andre aktører, men analysen tyder på at RHF’ene var nokså sikre på konsekvensene av ulike strategier.

Det er også klare motsetninger mellom perspektivene. *”Mens adoptering av oppskrifter fortolket i det instrumentelle perspektivet skjer som problembetinget søking, åpner en symbolsk-institusjonell fortolkning for at det snarere kan være motsatt; først blir noen i organisasjonen oppmerksom på og begeistret for en rasjonalisert oppskrift, og deretter oppdager man at man har et lokalt problem som hensiktsmessig kan løses med oppskriften... Og mens oversettelse fortolket instrumentelt framstår som forsøk på å gjøre generelle oppskrifter om til lokalt veltilpassede verktøy, fremstår dette institusjonelt-symbolsk fortolket som et mulig grep for å sikre frikopling mellom myter og praksis”* (Christensen et al. 2004:87). RHF-styrene fikk i oppdrag å velge organisering før de tenkte på løsninger, og prosessene var problemfokuserete. Valgene har også stor betydning for praksis, både for styringsformen og for HF’enes størrelse og funksjoner. Flere RHF

ønsket faktisk mer funksjonsfordeling mellom sykehus enn det som har blitt realisert, men statlig inngripen stoppet dette (Opedal & Stigen 2005), ikke hykleri fra RHF-hold.

Teorier om rasjonelle valg baserer seg ofte på strenge forutsetninger, noe som kan gjøre tilnærmingene lite realistiske. Å forutsette full informasjon er verken realistisk eller nødvendig for at valgene skal kunne være rasjonelle, slik det er definert her. Det er tilstrekkelig at RHF'ene vurderte ulike strategier og valgte den strategien som de trodde at ville gi størst måloppnåelse i deres situasjon. Hvor velbegrunnede vurderingene må være for at en beslutning skal være rasjonell, avhenger av hvor viktig beslutningen er, hvor god tid man har og hvor kostbart det er å innhente informasjon (Elster 1989). Her er det tilstrekkelig at vurderingene var relativt velbegrunnede, ettersom RHF'ene hadde nokså kort tid på seg, og forskningslitteraturen ikke gir entydige anbefalinger, eller anbefalinger som bygger på erfaringer fra land som på mange måter er forskjellige fra Norge. At RHF'enes oppfatninger om sammenhenger mellom organisering og måloppnåelse kunne ha vært mer kunnskapsbaserte, undergraver ikke denne rasjonelle tilnærmingens forklaringskraft. Det avgjørende er at RHF'ene vurderte seg fram til en veloverveid oppfatning av hvilken strategi som ville gi høyest kvalitet og kostnadseffektivitet. Analysen gir støtte til en slik forståelse.

Denne analysen har tatt for seg en spesiell beslutningssituasjon, der profesjonelle og fristilte RHF-styrer er delegert myndighet til å velge organisasjonsmodeller for en sektor hvis organisering tidligere var underlagt politisk styring i fylkeskommunene. Få empiriske studier er direkte sammenliknbare. Dahl (2004) gir en analyse av beslutningen om å innføre prinsippet om funksjonsbærende enheter i den danske sykehussektoren. Pedersen (2005) gir også en analyse av denne beslutningsprosessen. Hans funn samsvarer

i stor grad med Dahls (2004) studie, som jeg velger å redegjøre nærmere for her. Dette var i følge Dahl en politisk prosess. Beslutningen ble truffet som et ledd i forhandlingene mellom regjeringen og amtene om amtenes økonomi for år 2000, etter forutgående faglig-departemental utredning. Dahl benytter en rasjonell, en politisk og en anarkisk tilnærming, og konkluderer med at hvert perspektiv kan beskrive og forklare deler av beslutningsforløpet. Han avdekker fire forhold som bryter med en rasjonell forklaring, nemlig at kun en strategi ble vurdert, at målet om kvalitet er svært vagt formulert, at løsningen lanseres uten røtter i en klar problemforståelse, og at oppfatningene i liten grad er vitenskapelig dokumenterte. Disse ankepunktene mot en rasjonell forklaring er mindre relevante i denne studien av de norske RHF'enes beslutninger. RHF'ene vurderte flere strategier, en relativt klar problemforståelse lå til grunn for løsningsvalget, og målene var nokså klare. At oppfatningene kunne vært bedre vitenskapelig dokumenterte, undergraver ikke den rasjonelle forståelsen, slik den er definert her. Dahls anarkiske og politiske perspektiver er også lite relevante for beslutningsprosessene i RHF'ene.

I motsetning til flere andre studier av effekter av sykehusreformen, som konkluderer med at den politiske styringen av foretakene har vært sterk etter reformen (se f.eks. Lægreid, Opedal & Stigen 2005; Opedal & Stigen 2005), finner denne studien at RHF'ene ble delegert stor handlefrihet i valget av organisering. Et interessant spørsmål er om mange av de konfliktene som har kommet etter reformen kan tolkes i lys av den organiseringen RHF'ene valgte? La RHF'ene opp til en organisering som det politiske flertallet i Stortinget var uenige i? Helseministerens og Stortingets engasjement og inngripen i forbindelse med foretakenes utredninger om funksjonsfordelinger og lokalsykehusenes fremtid, kan tyde på det.

## Referanser

- Andersen, Svein S. (1997): *Casestudier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Banerjee, Abhijit V. (1992): "A simple model of herd behaviour", *The Quarterly Journal of Economics* Vol.107, No.3: 797 – 817.
- Bernheim, Douglas B. (1994): "A theory of conformity", *The Journal of Political Economy* Vol.102, No.5: 841 – 877.
- Byrkjeflot, Haldor & Petter Kragh Jespersen (2005): "Ledelse og organisering i helsevesenet", *Nordiske organisasjonsstudier* 7 (2): 5 – 18.
- Byrkjeflot, Haldor & Simon Neby (2005): "Norge i Norden: fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren?", i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christensen, Tom & Kjell Arne Røvik (1999): "The ambiguity of appropriateness", i Egeberg, Morten & Per Lægreid (red.): *Organizing political institutions*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom & Per Lægreid (red.) (2001): *New Public Management*. Aldershot: Ashgate.
- Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness & Kjell Arne Røvik (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coase, Ronald H. (1937): "The nature of the firm", *Econometrica* 4: 386-405.
- Connor, Robert A., Roger D. Feldman, Bryan E. Dowd & Tiffan A. Radcliff (1997): "Which types of hospital mergers save consumers money?", *Health Affairs* 16 (6): 62 – 74.

- Dahl, Poul Skov (2004): "Udforming af sygehusstruktur i Danmark", *Nordisk Administrativt Tidsskrift* 85 (1): 38 – 50.
- Dalen, Dag Morten, Jostein Grytten & Rune J. Sørensen (2002): "Mer penger eller mer for pengene", *Forskningsrapport nr.16 2002*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Danielsen, Åge, Terje P. Hagen & Rune J. Sørensen (2004): "Hva er galt med sykehusreformen", *Økonomisk forum* nr.8, 58. årgang: 36 – 42.
- Elster, Jon (1989): *Nuts and bolts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Farr, James (1985): "Situational analysis", *Journal of Politics* Vol.47, No.4: 1085 – 1107.
- Gulick, Luther (1937): "Notes on the theory of organization", i Gulick, Luther og L. Urwick (red.): *Papers on the science of administration*. New York: A.M. Kelley.
- Helsedepartementet (2002): *Styringsdokument til Helse Vest RHF*.
- Helse Midt-Norge (2001): *Styrevedtak om foretaksstruktur*, 13.09.01.
- Helse Midt-Norge (2003a): *Sakspapirer til styremøte i Helse Midt-Norge*, 05.11.03.
- Helse Midt-Norge (2003b): *Rusomsorg i eget helseforetak*, 06.11.03.
- Helse Nord (2001a): *Sakspapirer til styremøte*, 14.09.01.
- Helse Nord (2001b): *Styrevedtak: foretaksstruktur i Helse Nord*, 14.09.01.
- Helseregion Midt-Norge (2001): *Regional helseplan 2001-2004*.
- Helseregion Nord (2001): *Regional helseplan 2001-2004*.
- Helseregion Sør (2001): *Regional helseplan 2001-2004*.
- Helseregion Øst (2001): *Regional helseplan 2001-2004*.
- Helseregion Vest (2001): *Regional helseplan 2001 – 2004*.
- Helse Sør (2001a): *Protokoll fra styremøte i Helse Sør RHF*, 13.09.01.
- Helse Sør (2001b): *Protokoll fra styremøte i Helse Sør RHF*, 22.11.01.



- Helse Sør (2002a): *Prosjekt1: Organisering av akuttfunksjoner og foretaksstruktur.*
- Helse Sør (2002b): *Protokoll fra styremøte i Helse Sør RHF, 27.11.02.*
- Helse Sør (2002c): *Resept 2006. Forslag til en 4-årig transformasjonsplan.*
- Helse Sør (2003a): *Protokoll fra styremøte i Helse Sør RHF, 23.09.03.*
- Helse Sør (2003b): *Forslag til ny foretaksstruktur i Helse Sør, 15.10.03.*
- Helse Sør (2003c): *Ny foretaksstruktur skal behandles 30. oktober, 14.10.03.*
- Helse Sør (2003d): *Møtet mellom Statsråden og styreleder i Helse Sør, 21.10.03.*
- Helse Vest (2001a): *Kommentarer til styresak nr. 05/01 B, 21.08.01.*
- Helse Vest (2001b): *Kommentarer til styresak nr. 12/01 B, 09.09.01.*
- Helse Vest (2001c): *Protokoll fra styremøte, 17.09.01.*
- Helse Øst (2001): *Protokoll fra styremøte i Helse Øst RHF, 27.09.01.*
- Helse Øst (2002a): *Protokoll fra styremøte i Helse Øst RHF, 30.10.02.*
- Helse Øst (2002b): *Forprosjekt: Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling, 14.03.02.*
- Helse Øst (2002c): *Styringsgruppens hovedkonklusjoner og rapport fra prosjektet, 15.09.02.*
- Hoel, Michael & Karl Ove Moene (1993): *Produksjonsteori.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hovi, Jon (1998): *Games, threats & treaties.* London: Pinter.
- Hovi, Jon & Bjørn Erik Rasch (1996): *Samfunnsvitenskapelige analyseprinsipper.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Krishnan, Ranjani (2001): "Market restructuring and pricing in the hospital industry", *Journal of health economics* 20: 213 – 237.
- Le Grand, J. (2003): *Motivation, agency and public policy.* Oxford: Oxford University Press.

- Lægheid, Per, Ståle Opedal & Inger Marie Stigen (2005): "Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling?", *Nordiske organisasjonsstudier* 7 (2): 19 – 36.
- March, James G. & Johan P. Olsen (1983): "Organizing political life", *The American Political Science Review* Vol.77, No.2: 281 – 296.
- Meyer, John W. & W. Richard Scott (1992): *Organizational environments*. Newbury: Sage.
- Opedal, Ståle & Inger Marie Stigen (red.) (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen – Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ot.prp.nr.66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m.*
- Pedersen, Kjeld Møller (2005): *Sundhetspolitikk*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Peters, B. Guy (1999): *Institutional theory in political science*. London: Continuum.
- Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Teisberg, Per (red.) (2001): "Pasientvolum og behandlingskvalitet. Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgranskning", *SMM-rapport 2/2001*. Sintef Unimed.
- Town, Robert & Gregory Vistnes (2001): "Hospital competition in HMO networks", *Journal of health economics* 20: 733 – 753.
- Yin, Robert K. (1994): *Case study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Williamson, Oliver E. (1985): *The economic institutions of capitalism*. NY: Free Press.