

Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst

Forfattere

Tarald Rohde (SINTEF), Hans Torvatn (SINTEF), Jon Magnussen (NTNU), Birgitte Kalseth (SINTEF til oktober 2013), Jan Lippestad (SINTEF), Pål Martinussen (NTNU)



Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst

EMNEORD:
Sykehus
Strategi
Sykehusområder
Foretak
Kvalitet
Økonomi

VERSJON
1,0

DATO
2015-03-18

FORFATTER(E)

Tarald Rohde (SINTEF), Hans Torvatn (SINTEF), Jon Magnussen (NTNU), Birgitte Kalseth (SINTEF til oktober 2013), Jan Lippestad (SINTEF), Pål Martinussen (NTNU)

OPPDRAGSGIVER(E)
Helse Sør-Øst RHF

OPPDRAGSGIVERS REF.
Øystein Krüger

PROSJEKTNR
102001068

ANTALL SIDER:
250

SAMMENDRAG

Forslaget om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St. prp. Nr. 44 (2006-2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007. Forslaget ble godkjent i statsråd 16. februar 2007 og vedtatt i Stortinget 23. april samme år. Vedtaket ble gjennomført 1. juni 2007 og den nye regionen gikk umiddelbart i gang med å definere hva som måtte gjøres for å oppfylle de målene som var formulert i proposisjonen. Styre og administrativ ledelse i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) mente det var nødvendig med et betydelig omstillingsarbeid i regionen.

SINTEF fikk oppdraget med å evaluere omstillingsprosessen. Evalueringen er gjennomført i 6 arbeidspakker som ble definert ut fra målene med omstillingsprosessen. Bakgrunn, metoder og resultatene fra arbeidspakkene er presentert i seks delrapporter. I den forliggende sluttrapporten har vi samlet de seks delrapportene fra evalueringen. Det er forfattet et innledende kapittel som presenterer de mest sentrale funnene i arbeidet, og en drøfting av disse i kapittel 4. Det har vært et mål at resultatene fra prosjektet skal gi et kunnskapsgrunnlag for det videre arbeidet med omstillingsprosessen.

UTARBEIDET AV

Tarald Rohde, seniorrådgiver

SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

Tore Nilssen, forskningssjef

SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Randi E Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR



RAPPORTNR
SINTEF A26795

ISBN
978-92-14-05942-7

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN	9
2	ORGANISERING AV PROSJEKTARBEIDET	10
3	RESULTATER, KONKLUSJONER FRA ARBEIDSPAKKENE	11
3.1	Beskrivelse arbeidet med strategi- og omstillingsprosessen.	11
3.2	Styring helt ut og brukermedvirkning	14
3.3	Likheter/ulikheter ved omstillingsprosessene ved Oslo Universitetssykehus, Vestre Viken og Akershus Universitetssykehus	15
3.4	Økonomi	19
3.5	Tilgjengelighet og kvalitet	19
3.6	Omstillingsprosessen i lys av tidligere forskning	21
4	DRØFTING AV RESULTATENE FRA DE SEKS DELRAPPORTENE	23
4.1	Hva er en strategi og hva er omstilling?	23
4.2	Hvorfor en strategi for HSØ?	24
4.3	Etablering av sykehusområder som et strategisk grep	26
4.4	Hvilken støtte hadde strategien?	30
4.5	Strategiarbeid påvirkes av omgivelsene	31
4.6	Hvilken omstilling er gjennomført og hvordan?	32
5	DELRAPPORT 1, UTVIDET OPPTAKSOMRÅDE. FORUTSETNINGENE FOR OMSTILLINGSPROGRAMMET. RAPPORT FRA ARBEIDSPAKKE 1	35
5.1	Sammendrag	35
5.2	Metode	35
5.3	Vedtak og vedtatte retningslinjer, departementet og Helse Sør-Øst RHF	36
5.3.1	Vedtaket i Stortinget om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst RHF	36
5.3.2	Hvordan Helse Sør-Øst formulerte strategiske mål og tiltak med bakgrunn i oppdraget de hadde fått av Helse- og omsorgsdepartementet	37
5.3.3	Samlet plan for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst	38

5.3.4	Arbeidet med innsatsområdene	39
5.3.4.1	Innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet	39
5.3.4.2	Innsatsområde 2 Forskning	40
5.3.4.3	Innsatsområde 3 IKT, stab- og støttefunksjoner	41
5.3.4.4	Innsatsområde 4, kunnskapshåndtering og beste praksis	42
5.3.4.5	Innsatsområde 5, mobilisering av ansatte og ledere	42
5.3.5	Høringsfase	42
5.3.6	Første del av strategiprosessen avsluttes	43
5.3.7	Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene	46
5.3.7.1	Strategiarbeidet trekkes sammen mot et samlet dokument	46
5.3.7.2	Endelig strategisk dokument og handlingsplan	47
5.4	Hva ligger i de ulike målbeskrivelsene, hvor klart er de definert?	49
5.4.1	Målene formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007)	49
5.4.2	Vurdering av mål og tiltak formulert i strategidokumentene for Helse Sør-Øst RHF	51
5.4.2.1	Strategien til HSØ ble utviklet samtidig med at andre oppgaver måtte løses	51
5.4.2.2	Hovedvalgene som ble gjort av HSØ	51
5.4.2.3	Pasientbehandlingen	53
5.4.2.4	Mål for løpende drift	56
5.4.2.5	Mål for ikke-medisinske tjenester	56
5.4.2.6	Bygg	57
5.4.2.7	Forskning og undervisning	58
5.5	Kunnskapsgrunnlaget for å sette målene	59
5.6	Hva har skjedd av organisatoriske endringer i perioden 2007-2011	61
5.6.1	Sykehusområder	61
5.6.2	Antallet driftsenheter	62
5.6.3	Klinikkorganisering	62
5.6.4	Samling i Sykehuspartner	63
5.7	Måloppnåelse og gjennomførte tiltak	63
5.7.1	Faktisk måloppnåelse	63
5.7.2	Tiltak som er gjennomført	64
5.7.3	Tiltak som ikke er gjennomført eller der målsettingen ikke er nådd	64
VEDLEGG		66
TABELLARISK OVERSIKT OVER MÅL OG TILTAK FOR HSØ		66
6 DELRAPPORT 2, STYRING OG LEDELSE "HELT UT" GJENNOM MEDVIRKNING OG OMSTILLING OG BRUKERPERSPEKTIV ET. RAPPORT FRA ARBEIDSPAKKENE 2 OG 4		68
6.1	Sammendrag	68
6.2	Teorier om medvirkning og medbestemmelse	68
6.2.1	Ansattes medvirkning	69
6.2.2	Prinsipper for ansattmedvirkning i HSØ	69
6.2.3	Prinsipper for brukermedvirkning	70

6.3	Forskningsmetode	72
6.3.1	Evaluering av omstilling	73
6.3.2	Hvilke metoder er aktuelle i denne evalueringen	74
6.3.1	Utvelgelse av enheter for nærmere studier	74
6.3.2	Hvorfor bruke Medarbeiderundersøkelsesdata?	75
6.3.3	Tidsserieanalyser basert på medarbeiderundersøkelser	75
6.3.4	Datatilgjengelighet	79
6.3.5	Analysemetode	80
6.3.6	Intervju som metode	80
6.4	Arbeidsmiljøutvikling etter strategiutforming	81
6.4.1	Analyse av medarbeiderundersøkelser	81
6.4.1.1	Utvikling på regionalt helseforetaksnivå	81
6.4.1.2	Endringer på lokalt nivå.	83
6.4.1.3	OUS holdninger til fusjon	85
6.4.1.4	Organisatoriske og Strukturelle endringer	87
6.4.2	Konklusjoner av medarbeiderundersøkelsen	89
6.4.3	Fokusgruppeintervjuer av ledere, medarbeidere, og ansattes representanter	90
6.5	Evaluering av medvirkning	94
6.5.1	Brukerutvalg	94
6.5.1.1	Brukerutvalgenes mandat og funksjoner	95
6.5.1.2	Brukerutvalgenes involvering i omstillingsprosessen	95
6.5.1.3	Saker som brukerutvalgene jobbet med og fikk gjennomslag for i omstillingsprosessen	97
6.5.1.4	Utfordringer for å lykkes med omstillingsprosessen	98
6.5.1.5	Konsekvenser av omstillingsprosessen	98
6.5.1.6	Positiv utvikling og økt innflytelse hos brukerutvalgene	99
6.5.1.7	Konklusjon brukermedvirkning	101
6.5.2	Ledere, tillitsvalgte og ansatte	101
6.5.2.1	Opplevd medbestemmelse og medvirkning blant ledere, tillitsvalgte og ansatte	101
6.6	Oppsummering og konklusjon	106
6.6.1	Oppsummering av analysene	106
6.6.2	Hovedkonklusjon	109
	REFERANSER	110
	VEDLEGG FIGURER OG TABELL	112
7	DELRAPPORT 3, AP3, OMSTILLINGSPROSESSENE VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF (OUS), AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF (AHUS) OG VESTRE VIKEN HF. RAPPORT FRA ARBEIDSPAKKE 3	115
7.1	Sammendrag	115
7.2	Metode for datainnsamling og utvalg av informanter	115
7.2.1	Innledning	115
7.2.2	Metode	115
7.2.3	Informanter	116
7.2.3.1	Helse Sør-Øst RHF (HSØ)	116

7.2.3.2	Oslo Universitetssykehus HF (OUS)	117
7.2.3.3	Akershus universitetssykehus HF (Ahus)	117
7.2.3.4	Vestre Viken HF	117
7.2.3.5	Informantene – en oppsummering	117
7.3	Resultater Arbeidspakke 3	118
7.3.1	Innledning	118
7.3.2	Vedtak om og begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst	118
7.3.2.1	Bakgrunn	118
7.3.2.2	Resultater fra intervjuene	120
7.3.2.3	Oppsummering	123
7.3.3	Inndeling i sykehusområder og egendekning	123
7.3.3.1	Bakgrunn	123
7.3.3.2	Resultater fra intervjuene	124
7.3.3.3	Oppsummering	125
7.3.4	Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene	126
7.3.4.1	Bakgrunn	126
7.3.4.2	Resultater fra intervjuene	127
7.3.4.3	Oppsummering	129
7.3.5	Forskning	130
7.3.5.1	Bakgrunn	130
7.3.5.2	Resultater fra intervjuene	131
7.3.5.3	Oppsummering	131
7.3.6	IKT-system	132
7.3.6.1	Bakgrunn	132
7.3.6.2	Resultater fra intervjuene	132
7.3.6.3	Oppsummering	132
7.3.7	Mobilisering av ansatte og ledere	133
7.3.7.1	Bakgrunn	133
7.3.7.2	Resultater fra intervjuene	134
7.3.7.3	Oppsummering	134
7.3.8	Vurdering av noen utvalgte områder i strategien	134
7.3.8.1	Egendekning - resultater fra intervjuene	134
7.3.8.2	Bygg og utstyr – resultater fra intervjuene	136
7.3.8.3	Tilgjengelighet og likeverdige – resultater fra intervjuene	136
7.3.8.4	Psykisk helsevern og rus – resultater fra intervjuene	136
7.3.8.5	Bedre helhetlig styring, ressursutnytting, koordinering og samordning – Resultater fra intervjuene	137
7.4	Drøfting og konklusjon	138
7.4.1	Innledning	138
7.4.2	Om metode og informanter	138
7.4.3	Vedtak om og begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst	139
7.4.4	Inndeling i sykehusområder	140
7.4.5	Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene	141
7.4.6	Forskning	142
7.4.7	IKT-system	142
7.4.8	Mobilisering av ansatte og ledere	143
7.4.9	Tilgjengelighet og likeverdige	144
7.4.10	Psykisk helsevern og rus	145

8	DELRAPPORT 4, PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISKE SYKEHUS 2004-2012: KAN VI FINNE EFFEKTER AV SAMMENSLÅINGEN AV HELSE SØR-ØST? RAPPORT FRA ARBEIDSPAKKE 5A	146
8.1	Innledning	146
8.2	Begreper og metode	146
8.2.1	Begreper	146
8.2.2	Datagrunnlag og metode	147
8.3	Resultater	150
8.3.1	Steg 1 – produktivitetsutvikling 2004-12	150
8.3.2	Steg 2 – Skiller Helse Sør-Øst seg fra de andre regionale helseforetakene?	153
8.4	Drøfting	155
	VEDLEGG 1: BEREGNING AV PRODUKTIVITET	156
	VEDLEGG 2: TOLKNING AV EFFEKTIVITETSMÅLENE	157
	VEDLEGG 3: LISTE OVER HELSEFORETAK	158
	VEDLEGG 4: REGRESJONSANALYSER – ALTERNATIVE SPESIFIKASJONER	159
	REFERANSER	162
9	DELRAPPORT 5, EFFEKTER OG RESULTATER. VURDERING AV UTVIKLINGEN PÅ OMRÅDENE TILGJENGELIGHET OG KVALITET. RAPPORT FRA ARBEIDSPAKKE 5B	163
9.1	Sammendrag	163
9.2	Hovedspørsmål som belyses i denne rapporten og metodisk tilnærming	164
9.3	Hovedmålet for omstillingsprosessen er mer tilgjengelighet og likeverdighet til tjenestetilbud av god kvalitet	165
9.3.1	Hvordan avgrense begrepene kvalitet, tilgjengelighet og likeverdighet?	170
9.3.2	Fagdirektørens forståelse av tilgjengelighet, likeverdighet og kvalitet	171
9.4	Nasjonale tiltak for bedre pasientsikkerhet og kvalitet	173
9.5	Tiltak i Helse Sør-Øst for å bedre pasientsikkerhet, kvalitet og tilgjengelighet	175
9.5.1	Etablering av sykehusområder	175
9.5.1.1	Sykehusområder styrt av LEON-prinsippet	176
9.5.1.2	Egendekning i sykehusområdene	178
9.5.2	Utvikling av behandlingslinjer/pasientforløp	180
9.5.3	Oppfølging av det pasientadministrative arbeidet; Prosjekt glemt av sykehuset	182
9.5.4	Prosjekt digital fornying	183
9.5.5	Likeverdige helsetjenester	184

9.6	Hvordan har utviklingen vært? Fagdirektørens betraktninger	185
9.7	Kvantitative mål på tilgjengelighet og kvalitet i Helse Sør-Øst og i forhold til andre regioner	188
9.7.1	Utvikling i tilgjengelighet	188
9.7.1.1	Ventetid	188
9.7.1.2	Bruk av sykehus	190
9.7.1.3	Eldres forbruk av helsetjenester	193
9.7.1.4	Reisetid	195
9.7.2	Tjenestekvalitet	195
9.7.2.1	Reinnleggelser	196
9.7.2.2	Epikrisetid	197
9.7.2.3	Korridorpasienter	199
9.7.2.4	Utsettelse av operasjoner	200
9.7.2.5	Infeksjoner	201
9.7.2.6	Behandling innen 20 dager for kreftbehandling	202
9.7.2.7	Meldte skader i Norsk pasientskadeerstatning	205
9.8	En samlet vurdering og konklusjon	207
	VEDLEGG 1: KVALITETSINDIKATORER	210
	VEDLEGG 2: REVISJONER HELSE SØR_ØST	211
	VEDLEGG 3 UTVALG ORTOPEDI/REVMAKIRURGI	213
10	OMORGANISERING AV SYKEHUS: PROSESSEN I HELSE SØR-ØST I LYS AV TIDLIGERE FORSKNING. RAPPORT FRA ARBEIDSPAKKE 6	218
10.1	Innledning	218
10.2	Litteraturgjennomgang	219
10.2.1	Metode	219
10.2.1.1	Litteratursøk	219
10.2.1.2	Internasjonale artikler	220
10.2.1.3	Norsk litteratur	220
10.2.1.4	Begrensninger ved metoden	220
10.2.2	Økonomiske effekter	220
10.2.3	Kliniske effekter	224
10.2.4	Studier av omorganiseringsprosessen	225
10.2.5	Betydningen av ledelse	229
10.3	Prosessen i HSØ	233
10.3.1	Bakgrunnen for omorganiseringsprosessen	234
10.3.2	Gjennomføringen av prosessen	236
10.4	Konklusjon	237
	LITTERATUR:	239

VEDLEGG KAPITTEL 4 HSØ STRATEGI OG OPPDRAGSDOKUMENTET TIL HELSE ØST RHF I 2007	246
FIGUROVERSIKT	248
TABELLOVERSIKT	250

1 Bakgrunn

Forslaget om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF ble fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St. prp. Nr. 44 (2006-2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007. Forslaget ble godkjent i statsråd 16. februar 2007 og vedtatt i Stortinget 23. april samme år. Venstre og KrF uttrykte skepsis til sammenslåingen, mens de øvrige partiene fullt ut støttet begrunnelser og forventninger til sammenslåingen slik de ble formulert i proposisjonen.

Vedtaket ble gjennomført 1. juni 2007 og det nye regionale helseforetaket gikk umiddelbart i gang med å definere hva som måtte gjøres for å oppfylle de målene som var formulert i proposisjonen. Styre og administrativ ledelse i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) mente det var nødvendig med et betydelig omstillingsarbeid i regionen. I september 2007 samlet HSØ seg om fem innsatsområder de ville arbeide med og satte en frist til juni 2008 for når det skulle foreligge forslag til tiltak på disse områdene. Dette ble i all hovedsak gjennomført etter tidsplanen. På styremøtet i juni 2008 ble det lagt fram en plan for når et samlet strategidokument for det nye regionale foretaket skulle foreligge. Tidspunktet for å ferdigstille strategien ble satt til styremøtet i slutten av november 2008. Arbeidet ble gjennomført som planlagt og på foretaksmøtene i januar 2009 lå strategiplanen til grunn for det oppdraget HSØ formulerte til sine underliggende foretak.

Samtidig med at strategiplanen ble lagt fram for styret i HSØ ble det lagt fram et forslag til prosess for hvordan planen skulle settes ut i livet. Som en del av dette arbeidet ble det vedtatt å lyse ut et oppdrag om følgeevaluering av prosessen. Følgeevalueringen skulle pågå ut 2010. Utlysningen av oppdraget kom imidlertid først våren 2011 og av avtale tekniske årsaker måtte det utlyses på ny våren 2012. SINTEF fikk oppdraget. Oppstartsmøte for prosjektet ble avholdt 19. september 2012 i HSØ sine lokaler i Oslo.

Oppdraget skulle gå over tre år og fikk arbeidstittelen "Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst RHF, Kunnskapsgrunnlag for videre utvikling fram mot 2020."

Prosjektarbeidet ble organisert i ni arbeidspakker. En arbeidspakke skulle arbeide med forslag til kunnskapsutveksling med HSØ sin helsetjenesteforskningsgruppe HØKH. Denne delen av prosjektet har fungert meget bra og HØKH har gitt verdifulle innspill til sluttbehandlingen av de enkelte arbeidsrapportene. To arbeidspakker som var rettet mot å bringe prosjektets funn ut til de enkelte foretak og deres ansatte ble justert ned i omfang som en konsekvens av at prosjektet ikke kunne gjennomføres som følgeforskning, men ble en evaluering i ettertid. I de øvrige seks arbeidspakkene har SINTEF analysert ulike sider av hva som faktisk har skjedd og hva av dette som kan knyttes til omstillingsprosessen og den strategien som ble laget. Resultatene fra de seks arbeidspakkene er samlet i hver sin delrapport. Disse er innlemmet i denne samlede rapporten og presenteres fra og med kapittel 6.

Det er viktig å understreke at evalueringen SINTEF har foretatt ikke har vært noen vurdering av selve vedtaket om sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Tidligere direktør i HSØ understreket dette i intervju vi hadde med henne om omstillingsarbeidet:

"Min oppfatning er, og har hele tiden vært: når Stortinget har gitt et klart oppdrag, så gjennomfører vi det. Vi har ikke spekulert i om det kunne ha vært sånn eller slik. Når vi bruker begrepet "helhetlig styring" så tenker ikke vi på helhet kun i forhold til geografi. Vi tenker på regionens sørge-for ansvar, en helhet i forhold til å dekke befolkningens behov."

2 Organisering av prosjektarbeidet

Utfordringene ved prosjektet var både omfanget og tidsaspektet. Helse Sør-Øst er den desidert største helseregionen i Norge. Evalueringen av omstillingsprosessen er gjennomført i en periode som ligger 4-6 år etter at resultatet av strategiarbeidet ble førende for regionens helseforetak. Dette har ført til at det i mange tilfeller har vært krevende å skille klart mellom hvilke tiltak og resultat som kan føres direkte tilbake til strategiarbeidet og omstillingsprosessen og hvilke som er initiert av andre tiltak og prosesser. Tilnærmingen til oppgaven ble derfor justert noe underveis etter avtale med oppdragsgiver, Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidet ble organisert ved å dele oppgaven i arbeidspakker som hver for seg tok opp avgrensede problemstillinger.

Arbeidspakke 1 ga en oversikt over hele strategi- og omstillingsprosessen og ble brukt som grunnlag for de øvrige arbeidspakkene. Resultatet ble presentert i Delrapport 1. (14.01.2014)

Arbeidspakke 2 behandlet hvordan målene for omstillingsprosessen nådde ut til de som arbeider i første linje med pasientene. Arbeidet ble samordnet med arbeidspakke 4 (se under). Resultatet ble presentert i Delrapport 2. (23.01.2015)

Arbeidspakke 3 undersøkte forskjeller og likheter i hvordan de enkelte helseforetakene Vestre Viken, Oslo Universitetssykehus (OUS) og Akershus universitetssykehus (Ahus) oppfattet omstillingsprosessen og hvordan den hadde påvirket deres arbeid. Resultatet ble presentert i Delrapport 3. (25.11.2014)

Arbeidspakke 4 undersøkte hvordan pasientene var trukket inn i prosessen som brukere av sykehustjenester. Resultatene av dette arbeidet ble publisert sammen med resultatene for arbeidspakke 2 i Delrapport 2.

Arbeidspakke 5 tok for seg to adskilte problemstillinger som ble publisert i hver sin delrapport. Den ene tok for seg den økonomiske utviklingen og vurderte om det kunne finnes utslag på det økonomiske området som kunne spores tilbake til den valgte strategien og omstillingsprosessen. Resultatet fra denne arbeidspakke 5a ble presentert i Delrapport 4. (28.12.2014) Arbeidspakke 5b tok for seg arbeidet med kvalitet og analyserte tilgjengelighet, som også berører utviklingen av behandlingsaktivitet. Som for arbeidspakke 5a var oppgaven å vurdere om de strategiske grepene som ble tatt og den påfølgende omstillingsprosessen kunne spores i arbeidet med og utviklingen av indikatorer for kvalitet og i aktivitetsnivået i helseregionen. Dette arbeidet er presentert i Delrapport 5. (12.03.2015)

Arbeidspakke 6 skulle sammenligne prosessen i Helse Sør-Øst med andre tilsvarende prosesser. I Delrapport 6 presenteres resultater fra en litteraturstudie og intervjuer som ble gjennomført for å få kunnskap om hvordan HSØ hadde bygget opp sitt kunnskapsgrunnlag fra andre tilsvarende prosesser som grunnlag for sine valg av strategiske grep. (09.01.2015)

Forskningsmetodene som er benyttet i arbeidspakkene varierer og er redegjort for i de enkelte delrapportene.

3 Resultater, konklusjoner fra arbeidspakkene

I samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF og SINTEF fikk oppdraget tittelen: "Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst RHF. Kunnskapsgrunnlag for videre utvikling frem mot 2020." Dette omfattet en vurdering av arbeidet fram mot dokumentet "Plan for strategisk utvikling 2009-2020 'Omstillingsprogrammet'", basert på styrevedtak 108/2008 og hvordan arbeidet med realiseringen av dette programmet forløp i årene fra og med 2009.

Målene spenner fra de mest overordnede til de helt spesifikke for avgrensede enkeltsaker og over hele spekteret av hva HSØ har ansvaret for som pasientbehandling, forskning, IKT, arbeidsforhold, medvirkning, investering og økonomistyring. Det er ikke alltid lett å se hva som er tiltak for å nå mål, og hva som er mål i planen for strategisk utvikling og i styrevedtaket 108/2008. Dette er vist i tabellene 1-4 i kapittel 3.1. Mer tilgjengelighet og mer likeverd framstår som hovedmålene, men under dette er det ikke foretatt noen prioritering. Utenforstående som skal evaluere det som er skjedd kan derfor vanskelig yte rettferdighet til alt som er gjort i prosessen. Dessuten har ikke arbeidet med strategi og omstilling pågått i ett vakuum. Parallelt har både Helse Sør-Øst RHF og alle deres foretak løst løpende oppgaver, som har påvirket det omfattende arbeidet med implementering av strategien.

SINTEF har løst oppdraget ved å dele det i seks arbeidspakker som hver for seg undersøker avgrensede områder. I dette kapitlet presenteres konklusjonene fra hver av de seks delrapportene. Selv om det har vært et omfattende arbeid som ligger bak våre rapporter, dekker de bare en del av alt som har foregått i regionen siden region sør og øst ble slått sammen i 2007. Vi håper arbeidet som er utført kan bidra til konstruktive drøftelser av hvordan arbeidet med strategi og omstilling er handtert slik at vi oppnår et av hovedmålene med arbeidet som var å utvide kunnskapsgrunnlaget for en videre utvikling av helseregionen.

3.1 Beskrivelse arbeidet med strategi- og omstillingsprosessen.

(Delrapport 1. Utvidet opptaksområde. Forutsetningene for omstillingsprogrammet. Rapport arbeidspakke 1)

Arbeidet med å utarbeide en strategi startet ganske umiddelbart etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Den formelle sammenslåingen fant sted 1. juni 2007 og allerede i siste halvdel av september 2007 vedtok styret at det skulle utarbeides en strategi for den nye helseregionen. I desember samme år ble det lagt fram et forslag til tidsplan for arbeidet og skissert hvilke utredninger som måtte utføres og hvordan både ansatte og brukerrepresentanter skulle involveres i arbeidet. Det ble lagt en stram tidsplan der den ferdige strategiplanen for den ønskede omstillingen skulle foreligge innen utgangen av desember 2008.

Det ble gjennomført en omfattende prosess. I perioden fra 1. juni 2007 til og med desember 2008 ble det lagt fram 14 styresaker i henhold til dokumentoversikten sendt til Riksrevisjonen, med noe under 50 vedlagte dokumenter. Det ble utarbeidet ca. 60 rapporter og det ble opprettet 80 faggrupper på det medisinske området med 640 deltagere. Det ble avholdt dialogkonferanser og det ble også nedsatt grupper for de ikke-medisinske områdene. Omkring mai 2008 ble de forslag som da forelå sendt på høring til helseforetakene i regionen og til samarbeidspartnere utenfor regionen som kommuner og interesseorganisasjoner. I alt kom det inn 43 svar i denne høringsprosessen.

Tabellene 1- 4 viser målene for omstillingsprosessen og foreslåtte tiltak for å nå målene. Tabellene er utarbeidet av SINTEF etter at vi har trukket ut av prosessens dokumenter hva vi oppfatter er mål og tiltak for å nå målene.

Tabell 3-1 Mål og tiltak for pasientbehandling

	Mål	Tiltak
1.	Hovedmål: Mer likeverdighet Mer tilgjengelighet	Etablere sykehusområder med ett foretak i hvert område Felles rutiner for innleggelse, behandling, utskriving og faglig konferering Enhetlig opptak for somatikk, rus og psykisk helse
2.	Organisatoriske mål Større og mer robuste foretak, store nok sykehus til at de kan sammenlignes 80-90 prosent behandles i sitt sykehusområde Flere desentrale tilbud Tydeligere sentralisering Færre akuttmottak med kirurgi Lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet Slagenhet Mer ambulerende spesialisttilbud «Hjemmesykehus»	Samle alle regionfunksjoner Samle regionale rehabiliteringsfunksjoner Regionalt LMS Dele inn i funksjonene i: Basisfunksjoner, områdefunksjoner, regions- og landsfunksjoner Tydeligere skille mellom nivåene Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten Bedre breddekompetanse
3.	Driftsmål: Kortere liggetid Forhindre uønskete hendelser	Bedre kunnskapshåndtering Risikostyring og avviksbehandling Etablere behandlingslinjer
4.	Forholdet til primærhelsetjenesten: Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten Etablere felles akuttmottak med kommuner	Utredninger foretatt for: Habilitering/rehabilitering Organisering av prehospitaltjenester Handlingsplan for eldre
5.	Pasientrettede mål: Epikrise følger pasientene ved utskriving Individuell plan	Sertifisering og akkreditering Virksomhetsregistrering ved akuttmottak Mer ressurser til rehabilitering og habilitering

Tabell 3-2 Mål for generell drift og ikke-medisinsk virksomhet

Mål	Tiltak
Bærekraftig utvikling Enhetlig ledelse innen TSB og psykiatri Kortere liggetid Fra døgnbehandling til poliklinikk og dagbehandling	En vaktlinje per funksjon God økonomisk styring
Effektivisere ikke medisinske tjenester	Felles tjenesteleverandør Utnytte stordriftsfordeler Sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester Færre miljøer Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk Felles forsyningsstruktur 9 delprosjekt ikke medisinske tjenester Egen styringsmodell IKT Målbilde IKT fra A til E
Kapasitetsutnyttning Samhandling Driftseffektive løsninger	Lederopplæring i internkontroll og risikostyring God:

Tabell 3-3 Mål og tiltak for utvikling av bygningsmassen

Mål	Tiltak
Redusere arealet Utnytte arealet mer effektivt Fleksibel organisering	Ny organisering av eiendomsområdet Bruke RHs samhandlingsmodell
Felles arealstandarder Innsparing	Arealansvar lokalt Prosjektinnretning (potensiell gevinst 100 mill) Porteføljestyling (potensiell gevinst 200 mill) Prosjektgjennomføring (potensiell gevinst 35 mill)

Tabell 3-4 Mål og tiltak for undervisning og forskning

Mål	Tiltak
Skal komme pasientene til gode Være den fremste bidragsyter i Norge God forskning i alle helseforetak	Avsette 5 prosent av budsjettet til forskning

Prosessen holdt tidsplanen. 20. november 2008 ble sak 108/2008 lagt fram og vedtatt som grunnlaget for HSØ sin strategi. På styremøtet 18. desember 2008 ble også sak 133/2008 vedtatt. I denne saken sto det innledningsvis:

"I denne saken konkretiseres de oppgaver som skal gjennomføres som oppfølging av hovedstadsprosessen. Disse oppgavene skal samspille med oppfølgingen av de øvrige innsatsområdene innenfor omstillingsprogrammet. Det følger av dette at gjennomføring av de mål og strategier som vedtas, vil være helseforetaksgruppens hovedaktivitet i årene som kommer, og at alle, hver på sitt nivå, vil delta for å nå de mål som er satt og strekke seg mot visjonen for Helse Sør-Øst.

Gjennom de konkretiserte oppdrag som gis til helseforetakene legges et betydelig ansvar for realisering av foretaksgruppens mål. Muligheten for at dette skal lykkes underbygges av de organisatoriske endringer

som er vedtatt, bl.a. ved at det etableres større og mer robuste helseforetak og større områder for planlegging og utvikling av tjenestetilbudet.

Helseforetakenes oppgaver er definert i sak 108/2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen og i utkast til spesifiserte oppdrag tatt inn i vedlegg. Helseforetakenes oppdrag vil, sammen med oppfølging av Plan for strategisk utvikling 2009-2020, strategisk fokus og mål for 2009 for Helse Sør-Øst, bli stadfestet i foretaksmøter med helseforetakene i januar 2009."

Dette vedtaket ble aldri formelt opphevet, men man ble enige om å legge det til side. Man ønsket ikke å arbeide fram så konkrete krav til hvert enkelt foretak. På styremøtet i desember 2008 ble det også lagt fram en strategisk plan som bygget på sak 108/2008, men som var utformet slik at den kunne overføres til brosjyreform og spres. Når strategidokumentet refererer til i de samtalene vi har hatt med representanter for HSØ, er det sak 108/2008 det refereres til.

3.2 Styring helt ut og brukermedvirkning

(Delrapport 2. Styring og ledelse "helt ut" gjennom medvirkning og omstilling og brukerperspektivet. Rapport fra arbeidspakkene 2 og 4.)

For å vurdere hvordan omstillingsprosessen har påvirket virksomheten i den delen av virksomheten som møter pasientene direkte, benyttet vi de årlige medarbeiderundersøkelsene. Hvordan dette ble gjort og utfordringene ved å benytte denne metoden er beskrevet i delrapporten som inngår i sin helhet i kapittel 7. Vi sammenlignet data for fem helseforetak. Sykehuset i Telemark og Sykehuset i Vestfold var blant de foretakene som ble minst påvirket av omstillingsprosessen. Vestre Viken ble moderat påvirket ved at Sykehuset Asker og Bærum ble overført til dette sykehusområdet sammen med kommunene Asker og Bærum. Oslo Universitetssykehus var det foretaket som ble mest påvirket av selve omstillingsprosessen og der hentet vi data både fra enheter som ble slått sammen med andre sykehus sine enheter og enheter som allerede var slått sammen, før prosessen startet. Til slutt ble det hentet data fra Ahus. De ble ikke så mye påvirket av selve strategien, men fikk en veldig stor økning i sitt pasientgrunnlag, noe som var vedtatt gjennomført før omstillingsprosessen startet.

Dersom vi skal oppsummere resultatene fra denne undersøkelsen i en hovedkonklusjon må det bli at etableringen av HSØ ikke har hatt konsekvenser for arbeidsmiljøet og graden av medvirkning. Det er ingen klare utviklingsmønstre over tid. Vi fant at de lokale enhetene med dårligst score sjelden var dårlige over tid. Etableringen av HSØ har verken forverret eller forbedret arbeidsmiljøet i HSØ sett under ett. Arbeidsmiljøet har vært påvirket av lokale forhold, ikke av en sentral restrukturering av enheter (regionale helseforetak) som allerede var langt vekk fra flertallet av de ansatte. Strategien som ble lagt har ikke endret dette. Vi kan ikke se at de sentrale prosessene har nådd ut i arbeidshverdagen til personalet.

Når det gjelder medvirkning, er brukerrådernes rolle styrket, noe som har vært en ønsket utvikling. Ansattes medvirkning i de sentrale omstillingsprosessene har ikke vært like vellykket. De 12 prinsippene for medvirkning som ble lagt til grunn har blitt spredd ut i organisasjonen og er kjent der, men etterlevelsen er vanskeligere. Det reises kritikk mot de store sentrale prosessene, mens lokale prosesser ser ut til å ha større gjennomslag. I forhold til fremtidige større endringer er det en anbefaling at medvirkning bør være mer lokal og med mer reell påvirkningsmulighet. De sentrale medvirkningsprosesser med store felles aktiviteter ble oppfattet som tidkrevende, kostbare og fremstår som relativt unyttige sett i ettertid. Funnene viser at de ansatte mener at det i disse møtene ble kastet opp en masse idéer uten at de ble landet på en fornuftig måte, med det resultat at de tillitsvalgte så vel som de "menige" ansatte opplevde dette som skinnprosesser. Etter vår vurdering forutsetter nytten av slike møter at man har klare mål for medvirkning, klare prosesser i etterkant for å håndtere innspill og at det ikke er tatt beslutninger på forhånd. Slike reelle medvirkningsprosesser er ofte ikke lett å få til, og kan hende bør man akseptere det og la være å "involvere" medarbeidere i nye prosesser for beslutninger som er tatt.

Lokal medvirkning er en annen sak. Det lokale samarbeidet på nivå som sykehus, klinikk eller lavere får oftere positiv omtale. Her eksisterer også systemer og rutiner som bidrar til å gi prosessene et resultat man er enige om. Tilsvarende får lokal ledelse bedre kritikk enn sentral.

Resultatene viser at mens de sentrale omorganiseringene enten får negativ kritikk eller ikke anses som viktige, kan lokal tilpasning være vellykket.

3.3 Likheter/ulikheter ved omstillingsprosessene ved Oslo Universitetssykehus, Vestre Viken og Akershus Universitetssykehus

(Delrapport 3. Omstillingsprosessen ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Vestre Viken HF (VV). Rapport arbeidspakke 3)

Arbeidspakke 3 (AP3) skulle belyse likhetene og ulikhetene ved omstillingsprosessene ved OUS, Ahus og Vestre Viken HF, slik den ble opplevd av ledelse, fagmiljøer og tillitsvalgte. Rapporten beskriver og analyserer hvordan informantene mener arbeidet med strategien har vært ivaretatt i de tre foretakene. Datamaterialet har bestått av intervjuer med et utvalg informanter (ledelse og tillitsvalgte) i HSØ, OUS, Ahus og VV. Videre ble det hentet resultater fra Arbeidspakke 1 som var relevante for drøftingen av resultatene.

Intervjuene ble gjennomført vinter/vår 2014, i underkant av seks år etter at sak 108/2008 ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst. For informantene handlet det med andre ord om å rekonstruere opplevelser og tenkning omlag 5 år tilbake i tid, noe som bød på metodiske utfordringer med hensyn til hva informantene husket av hva som faktisk skjedde, i hvilken rekkefølge og i hvilken kontekst situasjoner oppsto, og i hvor stor grad senere hendelser har påvirket rekonstruksjonen av disse erfaringene og opplevelsene. Dette er viktige forbehold å ha med seg inn i analysen av datamaterialet.

Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst og den påfølgende omstillingsprosessen var påvirket av en rekke endringer og prosesser som falt sammen i tid og gikk parallelt, og som bidro til og la føringer for innholdet i HSØ-strategien, forløpet og resultatet av omstillingsprosessen. Som en av våre informanter påpekte, så opplever man i helseforetakene at man er i en tilnærmet "*kronisk omstillingsprosess*", både internt og eksternt. Det er derfor viktig at en har med i analysen av datamaterialet at disse andre prosessene kan ha hatt vesentlig innflytelse på utfallet av HSØ-prosessen.

Gitt en rekke omstillingsprosesser som har foregått parallelt flere år tilbake i tid og samtidige endringer i overordnede rammevilkår i perioden, er det viktig å ta tilstrekkelig forbehold i analysene og konklusjonene. Vi har konkrete eksempler i vårt materiale som viser at informantene har opplevd situasjoner og beskrivelser av hva som påvirket var svært forskjellig. Vi har også informanter som erkjenner at deres historie og deres svar er klart preget av at vedtak som den gang ble opplevd som meget kontroversielle, i etterkant har vist seg å være gode grep.

Når det gjelder meninger om begrunnelsen for vedtaket om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst kan det ikke påvises noen systematiske forskjeller mellom svarene fra Helse Sør-Øst og de tre foretakene. Informantene opplev at strategien primært var rettet mot en samordning av Rikshospitalet og Ullevål, mens Ahus og Vestre Viken ble sittende på sidelinjen som observatører til det som omtales som "*slaget om Oslo*". Flere av fagmiljøene ved Ahus og Vestre Viken så det imidlertid som en fordel at en slo sammen de to regionsykehusene og på sikt etablerte felles robuste fagavdelinger.

Den store utfordringen som fulgte i den videre prosessen var etter vår vurdering at en både skulle foreta en sammenslåing av de regionale helseforetakene, gjennomføre organisasjonsendringer i en rekke sykehus og få til kostnadsreducerende tiltak på en og samme tid. Se ellers kapittel 3.5 for en oversikt over de viktigste aktivitetene som pågikk. Dette er prosesser som hver for seg er krevende nok, og når de ble forutsatt gjennomført samtidig, mener våre informanter at det var urealistisk og tilnærmet uoverkommelig.

Hovedstadsområdet ble definert til å omfatte Oslo, Akershus og Buskerud, det som senere ble sykehusområdene Oslo, Ahus og Vestre Viken. I Arbeidspakke 1 pekes det på at det var formulert som et mål å få til en tydelig inndeling i tjenestenivåene for sykehusene; det som kunne desentraliseres og det som måtte sentraliseres. LEON prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, ble formulert i Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) som beskrev det regionaliserte sykehusvesenet og skulle være en rettesnor for organiseringen av HSØ.

Tiltaket for å nå dette målet var etableringen av sykehusområder. Disse skulle ha et så stort befolkningsgrunnlag at de skulle kunne behandle 80-90 prosent av egen befolkning¹. Sykehusområdene skulle ha et så variert tjenestespekter at de med rimelighet kunne sammenlignes med hverandre. De fleste sykehusområdene som var og ble etablert hadde en egendekning omtrent tilsvarende målet som er satt i strategien. Unntaket var Oslo med de tilgrensende områdene til Ahus og Vestre Viken med Akershusbefolkningens historiske bruk av Oslo-sykehusene. Da strategien var ferdig på slutten av 2008 ble regionens foretak gitt i oppdrag å føre den ut i livet. Det ble ikke foretatt noen vurdering av hvilke tiltak som måtte iverksettes i det mindretallet av sykehusområder der et arbeid med å oppfylle de strategiske målene forutsatte betydelig omorganisering av eksisterende pasientstrømmer og en vesentlig økning av sykehusområdets kapasitet. Hvordan de spesielle forholdene i Oslo skulle løses med utgangspunkt i at et sykehusområde "normalt" skal ha 80-90 prosents egendekning er ikke behandlet særskilt.

Også når det gjaldt inndeling i sykehusområder (en beslutning våre informanter mener ble tatt før 108/2008-dokumentet ble lagt fram) mener de at dette hadde sin hovedbegrunnelse i et behov for "*å få orden på Oslo-sykehusene*". Verken Ahus, Asker og Bærum eller Drammen opplevde å få være med i denne prosessen, og ble "*igjen satt på sidelinjen*" selv om de beslutningene som ble fattet ville berøre deres virksomhet.

Begrunnelsen for å legge Asker og Bærum til Vestre Viken oppleves som uklar, og noen mener dette ble gjort for at området for Oslo-sykehusene ikke skulle bli for stort, og ikke fordi dette ville styrke Vestre Viken og gi befolkningen i Asker og Bærum et bedre tilbud. Forslag om eksempelvis å dele Vestre Viken, da en så en naturlig akse Drammen/ Kongsberg, mens det for Hønefoss/Ringerike var naturlig å orientere seg mot sykehuset i Bærum, ble ikke gjenstand for noen realitetsbehandling til tross for at det ble hevdet at ved en todeling av dagens Vestre Viken område, så ville en i løpet av noen få år erfare at de to delene "*ville bli bærekraftige og store nok hver for seg*".

Når det gjaldt Ahus var det tatt grep for å utnytte kapasiteten ved sykehuset lenge før omstillingsprosessen i hovedstadsområdet startet. Endringene på Ahus besto både i bygging av og flytting inn i nytt sykehus, betydelige teknologiske og organisatoriske endringer, samt overtakelse av et betydelig større opptaksområde. Organisasjonsprosjektet ved Ahus kan spores tilbake til 2001, med skisserte hovedmål fra 2005. Utvidelse av opptaksområdet med bydelene Stovner og Grorud i Oslo ble gjennomført i april 2004 (fra 2011 også Bydel Alna og Follokommunene). Nye Ahus åpnet 1. oktober 2008. I *Samlet plan program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst* som ble lagt fram for styret for Helse Sør-Øst i 2007 (styresak 068/2007) er ikke Ahus behandlet. Det ble med andre ord jobbet med løsninger for å utnytte Nye Ahus til dels uavhengig av det som ble kalt Hovedstadsprosessen.

På styremøtet i Helse Sør-Øst 18. desember 2008 ble strategisk plan 2009-2020 for Helse Sør-Øst vedtatt i sak 130/2008. Styremøtet vedtok også sak 133/2008 som var en plan for oppfølging og gjennomføring av strategiarbeidet og som omfattet innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet. En sentral del av styringen av helseforetakene er foretaksmøtene. Helse- og omsorgsdepartementet har møter med de regionale helseforetakene der de får sitt oppdragsdokument ved starten av året. Deretter har det enkelte regionale helseforetaket møter med sine foretak, der hvert foretak får sitt oppdragsdokument for inneværende år. I sak 133/2008 var beskrivelser av tiltak og mål ganske

¹ Sak 108/2008 Omstillingsprogrammet-innsatsområde 1-hovedstadsprosessen

spesifisert. Da foretaksmøtene for HSØ sine foretak startet i januar 2009 valgte HSØ å legge den spesifiserte delen av dette vedtaket til side. Det ble overlatt til det enkelte foretak å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. I stedet ble det vist til vedtakene i sak 108/2008 og mål og retning på arbeidet slik det var formulert i strategidokumentet (Sak 115/2008).

Resultatene fra Arbeidspakke 3 viser at dette grepet blir opplevd som positivt av noen, da det ble gitt lokal frihet til å utforme tilbudet innenfor de rammene strategien satte, men tilpasset de lokale utfordringene. Andre mente dette var en ansvarsfraskrivelse fra Helse Sør-Øst sin side, og at RHFet i større grad burde tatt styringen på områder hvor en lokalt ikke ble enige. Fra Helse Sør-Øst måtte det med andre ord balanseres mellom å gi lokalt ansvar for å oppnå resultater samtidig som HSØ ikke abdiserte som eier.

Etter vår vurdering gjenspeiles synet på sentral versus lokal ledelse av om en var enig eller uenig i de beslutningene som ble fattet. Informantene som opplevde ikke å få gjennomslag for sine synspunkter, etterlyste sterkere sentral styring og eierskapsledelse, mens de som fikk gjennomslag mente det var riktig av Helse Sør-Øst "*å holde fingrene av fatet*".

Vi mener det er grunnlag for å hevde at med vedtaket om å flytte det videre strategiarbeidet ut i foretakene, sto en overfor hva vi vil kalle "oversettelsesproblematikk". Vedtakene i Helse Sør-Øst viste retningen, foretakene fikk ansvar for å oversette vedtakene til lokal gjennomføring tilpasset lokale forutsetninger og rammevilkår.

Ved Ahus så en ikke på dette som det store problemet. Vestre Viken HF sto fram som en ny organisasjon hvor det først ble gjort vedtak om klinikkstruktur – for senere å reversere dette til stedlig ledelse. Dette skapte ro i organisasjonen, samtidig som det ble noe uklart hva den reelle forskjellen da var mellom tiden før og etter etableringen av Vestre Viken HF når det gjaldt driften av sykehusene. Ved OUS var og ble utfordringene av en annen karakter og et annet omfang. Sentrale kilder i vårt materiale mener at her ble også oversettelsesproblematikken mest synlig. Mye skulle skje på en gang. Det ble skapt urealistiske forventninger og sjansen for å mislykkes var stor. I OUS måtte høy kompetanse og godt lederskap vike plassen for fordeling av makt og innflytelse for å få aksept for den organisatoriske fusjonen. Det som tidligere kun var en faglig rivalisering, ble med dette også en strid om formell makt og innflytelse.

En annen ting som kompliserte oversettelsen fra "*Helse Sør-Øst'sk*" til "*OUS'sk*" ytterligere, var at man skulle gjennomføre en trepartsfusjon (Aker, Ullevål og Rikshospitalet/Radiumhospitalet) samtidig som en skulle fusjonere ut det som skulle til Ahus. Alt dette skulle skje så å si samtidig, noe som hadde en ekstrem høy vanskelighetsgrad. Denne fusjonen synliggjorde en rekkefølgeproblematikk, og det er åpenbart at det kompliserte det hele i det øyeblikket man "*la Aker inn i fusjonskurven*".

Reversering av vedtaket om klinikkorganisering i Vestre Viken og mangel på reelle planer om samlokalisering og mangel på reelt samarbeid "på tvers" i OUS, svekker mye av ideen med sammenslåingen. Som en av våre informanter uttrykker det: "*man drifter helseforetaket nesten som om det ikke har skjedd en fusjon*". Vårt materiale viser også at det var krefter innenfor noen av fagmiljøene som så på dette som en ønsket utvikling.

I St. prp. Nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet* ble en sammenslåing til et nytt HSØ også begrunnet med at det ville føre til bedre samordning av fag og forskningsmiljøer. De regionale foretakene hadde over flere år arbeidet med å styrke sin forskningsinnsats² og da spesielt innen områder som psykisk helse, rus og helsetjenesteforskning. Det antas at også på dette feltet var det først og fremst samordning av miljøene på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus som var målet, og at dette ville gi både mer og bedre forskning om det ble gjennomført.

² Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde, SINTEF rapport A14727, isbn 978-82-14-04789-9, februar 2010

Vår hovedkonklusjon er at forskningen i all hovedsak er blitt styrket etter HSØ-sammenslåingen. Dette kan tilskrives en rekke faktorer, hvorav sammenslåingen er en av dem. Forskning var et av satsningsområdene i forbindelse med fusjonen av Helse Sør og Helse Øst, selv om det ikke er enkelt å gi noe entydig svar på om mer forskning i helseforetakene kan sees som en direkte følge av fusjonen. Nå kan det være sånn at helseforetakene har oppfattet våre spørsmål i retning av om helseforetakene opplevde at Helse Sør-Øst hadde økt de avsatte midlene til forskning, noe som kom helseforetakene til gode. Satsningen på forskning i foretakene vil med dette i hovedsak være påvirket av ledelsesmessige føringer i det enkelte foretak, og i mindre grad av det regionale helseforetaket.

Når IKT, stab og støttefunksjoner ble markert som eget innsatsområdet, skyldes det at det på disse områdene eksisterte ulike rutiner og systemer. Helse Sør hadde etablert sin egen organisasjon for disse oppgavene, Sykehuspartner. Målet med arbeidet i dette innsatsområdet var å vise hvordan en reorganisering innen disse funksjonene kunne bidra til bedre ressursutnytting. Basert på intervjuene i Arbeidspakke 3, er vår konklusjon at en ikke hadde etablert noe felles IKT-system i forkant av fusjonen og en manglet også realistiske planer på dette området. Dette var spesielt alvorlig for OUS der de to store sykehusene hadde svært forskjellig system. For Ahus som foretak var ikke dette noe problem, siden de overtok nye system i sitt nye sykehus og for Vestre-Viken var problemet vesentlig mindre enn for OUS siden det allerede var to sykehus i området med felles system.

HSØ mente det var viktig å utvikle metoder for hvordan ansatte og ledere skulle mobiliseres og samles om de vedtakene som ble fattet. Det ligger en omfattende prosess bak utarbeiding av strategien. Et stort antall medarbeidere er trukket inn. I tillegg har det vært høringer som har omfattet andre aktører i helsetjenesten, både private, offentlige og faglige organisasjoner. Det er foretatt rådslagninger med ansatte fra egen organisasjon. Samlet er det fagpersoner med en betydelig kompetanse som har bidratt til strategien. Intervjuene i AP3 viste likevel at mange av informantene mener kunnskapsgrunnlaget var for dårlig, effekter og gevinster av en sammenslåing bygget på sviktende grunnlag, planene var mangelfulle og prosessen ble dårlig styrt. Dette til tross for en meget omfattende prosess som involverte mange ledere og ansatte.

Vårt hovedinntrykk fra intervjuene er at det er stor enighet om at det ble lagt opp til bred deltakelse og involvering i prosessen, men samtidig stor uenighet om i hvilken grad en opplevde dette som reell medvirkning eller bare en skinnprosess hvor man blir spurt, men ikke lyttet til. Identifikasjon med prosjektet og tillit til ledelsen faller over tid når en ikke føler at lederen tar hensyn til innspill. Blant våre informanter hadde flere en opplevelse av at vesentlige punkter i strategi og prosess allerede var fattet, og at deltakernes reelle påvirkningsmulighet var begrenset eller ikkeeksisterende. Dette innebar at det var vel så mye prosessen som resultatet som høstet kritikk.

Hovedmålene for pasientbehandling, slik de er formulert i sak 108-2008 er mer likeverdighet og mer tilgjengelighet. Dette er mål som også er satt for den nasjonale helsetjenesten. Selv om det ikke er beskrevet i noen av strategiprosessens underliggende dokumenter, viste vi i Arbeidspakke 1 at dette er beskrevet i ulike offentlige utredninger:

- *Likeverdige* helsetjenester betyr at befolkningen skal ha den samme tilgangen til gode helsetjenester uavhengig av sosial klasse/inntekt, kjønn, alder, etnisitet og kultur.
- *Tilgjengelighet* betyr i denne sammenhengen at befolkningen skal ha tilgang til gode helsetjenester når den har behov for det, uavhengig av bosted.

Resultatene fra vår undersøkelse viser at begrepene tilgjengelighet og likeverdig oppfattes mer som strategiformulering enn aktiv målformulering, at de representerer mer retorikk enn mål med reelt innhold. Begrepene tillegges da også ulikt meningsinnhold av våre informanter. De beskrives dels som overlappende og kan begge assosieres med begrepet kvalitet, men med noe ulikt perspektiv. Når det gjelder tilgjengelighet knytter våre informanter dette til fristbrudd, ventetid, og "*det å komme innenfor systemet*". Likeverdig sees som et mer åpent begrep og knyttes til det å ha tilgang til helsetjenester. Ut fra vårt materiale, kan det ikke

påvises noen systematiske forskjeller mellom de tre helseforetakene når det gjelder forståelsen av begrepene tilgjengelighet og likeverdighet.

For psykisk helsevern for voksne, barn- og ungdoms og rusbehandling, satte strategien et mål om å få en felles ledelse for denne delen av virksomheten og en geografisk samlokalisering av somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Det ble formulert et mål om felles ledelse innen TSB³ og psykisk helsevern. Vurderingen var at det hadde vært for mange små enheter som hadde operert uten å være en tydelig del av det samlede tjenestetilbudet.

Informantene i alle helseforetakene viste til at det ikke ble gjort noen omfattende strukturelle endringer i psykisk helsevern og rusbehandling. Dette hadde sammenheng med at det ikke var der problemområdene hadde vært, og at en foretok virksomhetsoverdragelser innen psykisk helsevern og rusbehandling, bl.a. fra Oslo til Ahus. Man flyttet over hele organisasjonen slik at personalet der fikk ny tilhørighet organisatorisk sett, en prosess som beskrives som en suksess. I Vestre Viken beholdt en klinikkorganiseringen innen psykisk helsevern og rusbehandling også etter endringene i 2011 (tilbake til stedlig ledelse). Lokalisering og organisering innenfor disse fagfeltene ville gjøre det u hensiktsmessig " *med stedlig ledelse i mange små avdelinger*". Erfaringene så langt er at med en tverrgående klinikk innen psykisk helsevern og rusbehandling så ser man en stadig utvikling innen forskning og fagutvikling. En ser det også som en fordel at en lettere kan flytte funksjoner innenfor en felles klinikk.

I strategidokument heter det at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) styrkes og integreres i lokalsykehustilbudet. I Vestre Viken valgte man å legge døgnbehandlingen til en egen avdeling for hele Vestre Viken og så la man poliklinikkene inn som deler av DPSene. Dette grepet trekkes fram som et eksempel på hvordan en får til endring internt i klinikken. Videre kom det fram i intervjuene at man har en pågående diskusjon om innholdet i TSB. Det ble fra Ahus pekt på at en arbeider kontinuerlig med forbedring av samarbeidet mellom somatikk, rus behandling og psykisk helsevern.

Vårt hovedinntrykk er at en har tatt grep i foretakene når det gjelder håndtering av fagfeltene psykisk helsevern og rusbehandling som har lettet prosessen og som har gjort at en ikke har hatt de store konfliktene som en opplevde innen somatikk.

3.4 Økonomi

(Delrapport 4. Produktivitetsutvikling i somatiske sykehus perioden 2004-12: Kan vi finne effekter av sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst? Rapport arbeidspakke 5a)

Det har i perioden 2004 til 2012 vært en økning i målt produktivitet i de somatiske sykehusene på mellom 3 og 6 %. Dette resultatet er robust både for måten vi operasjonaliserer aktiviteten på og for hvilke forutsetninger som gjøres med hensyn til skalaegenskaper, men mer følsomt for hvordan man håndterer endringer i DRG-systemet over tid, samt de forutsetninger som gjøres om lønns- og prisvekst. I analysene er kostnadsutviklingen deflatert slik at tall fra 2004 kan sammenlignes med 2012. Analysene avdekker ikke noen avvikende utvikling i Helse Sør-Øst sammenlignet med andre regionale helseforetak På bakgrunn av denne analysen er det derfor ikke mulig å konkludere med at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst har hatt noen betydning for utviklingen i produktivitet.

3.5 Tilgjengelighet og kvalitet

(Delrapport 5. Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst RHF; Effekter og resultater. Vurdering av utviklingen på områdene tilgjengelighet og kvalitet. Rapport fra Arbeidspakke 5b)

³ TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det har vært en stor utfordring for denne analysen at det ikke forelå en vurdering av hvordan Helse Sør-Øst og de enkelte helseforetakene i regionen oppfattet situasjonen når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet ved starten av omstillingsprosessen. Siden arbeidet vårt kom i gang så vidt mange år etter at prosessen startet har det også vært vanskelig å vurdere hvordan tiltak omlag 5 år tilbake i tid har påvirket prosessen. I tillegg pågikk det samtidig andre store prosesser som ikke var initiert av arbeidet med strategien og omstillingsprogrammet. Alle disse prosessene påvirket det løpende arbeidet både for Helse Sør-Øst RHF og for de enkelte helseforetakene. Dette er også beskrevet i 1ste delrapport. De prosessene som pågikk samtidig var:

- Selve den nødvendige fusjonsprosessen der to regioner skulle bli en region.
- Arbeidet med å utnytte hele det nye Ahus ved å utvide pasientgrunnet for dette helseforetaket.
- Tilpasse seg den nye økonomiske fordelingsnøkkelen som fulgte etter Magnussen-utvalgets innstilling.
- Implementering av strategien som ble utarbeidet i selve omstillingsarbeidet.

Fagdirektørene trekker i intervjuer fram at de hvert år også fikk oppdragsdokument for sine helseforetak som gjenspeilte det oppdragsdokumentet Helse- og omsorgsdepartementet presenterte for Helse Sør-Øst RHF. Når det gjaldt kvalitet på pasientbehandlingen var målene formulert i oppdragsdokumentene så godt som identiske med de som ble utarbeidet gjennom omstillingsarbeidet. For arbeidet med å nå målene hadde ikke dette noen betydning, men det har gjort det vanskelig å identifisere klart hvilken rolle selve strategidokumentet har hatt i det arbeidet som er foregått siden 2009.

Helse Sør-Øst valgte tidlig å benytte de nasjonale kvalitetsmålene for sin strategi, og intervjuene med fagdirektørene viser at det har unison oppslutning. Vi har ikke fått noen indikasjoner om at noen ønsker andre kvalitetskriterier. Målene for kvalitet er mange nok og tydelige nok til at man i de enkelte helseforetak kan bruke disse til å fremme viktigheten av å bedre kvaliteten i tjenesten.

Synet på nytten av arbeidet med utvikling av behandlingslinjer i regional regi er mer variert. Dette oppfattes som vanskelig og noe som tar så lang tid at prosessene i seg selv ikke oppfattes som nyttige i kvalitetsarbeidet. Ingen av fagdirektørene er mot å etablere behandlingslinjer, men de som har en mening om dette mener dette er et så komplisert og langvarig arbeid at det krever en form for prioritering av hvilke områder det bør arbeides med.

Målene som er satt for god pasientbehandling er de samme i strategien for Helse Sør-Øst som de som er utarbeidet nasjonalt og presenteres for regionene i oppdragsdokumentet hvert år. Behovet for overordnede retningslinjer er stort. Det viser intervjuene med fagdirektørene. Det er viktig for en ny organisasjon som Helse Sør-Øst å samle seg om felles verdier gjennom en egen strategi. Siden disse verdiene er på et nivå og med en innretning som er så lik de nasjonale, kunne et alternativ vært og tatt utgangspunkt i oppdragsdokumentet og foretatt en egen vurdering av hvor regionen var god og hvor den burde bli bedre. Da ville man også vært mer presise på hva som lå i begrepene som likeverd og tilgjengelighet, for å nevne de to viktigste. Det kunne ledet til et mer spisset prosjekt for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen, tilpasset behovene i Helse Sør-Øst.

Fagdirektørene understreker at kravet om å bedre kvaliteten er tydelig og at det er blitt tydeligere i den perioden omstillingsarbeidet har pågått. Dette settes det pris på, og det er satt i gang mange tiltak både for hele regionen og i det enkelte helseforetak. SINTEF har ikke hatt mulighet for å foreta en evaluering av alle disse større og mindre tiltakene som er iverksatt. Vi registrerer at det har heller ikke Helse Sør-Øst gjort. I starten av dette kapitlet har vi vist til at fraværet av en egen evaluering av hva som var bra og mindre bra og hvor man ønsket endringer ved starten av omstillingsarbeidet har gjort det krevende å foreta en evaluering. Situasjonen er langt på vei den samme i dag. Det positive er den unisone oppslutningen om å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen. I dette prosjektets delrapport 2 viser vi hvor vanskelig det er å nå fram med sentrale beslutninger til de som skal utføre tjenesten. Skal man få gjennomslag som endrer praksis må

man være veldig presis på hva man ønsker å endre og man må være bevisst på at arbeidet vil ta tid, og at det må følges opp. Helse Sør-Øst er Norges desidert største region og det er viktige forskjeller på hva som er de viktigste utfordringene i de ulike helseforetakene og hva de legger i de enkelte begrepene. I Oslo vil likeverdig tilbud mest bli knyttet til hvordan pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn norsk blir behandlet, mens det for Sykehuset Innlandet mer er et spørsmål om geografisk likhet.

Selv om det må tas hensyn til forskjellene i pasientgrunnlaget til de enkelte helseforetak og kulturen som er etablert blant leger og annet behandlingspersonale, savner vi noen tydelige målsettinger for Helse Sør-Øst på kvalitetsområdet slik at det kan bygges opp prosjekter som kan oppsummeres med om de har nådd målene eller ikke. Slik situasjonen stadig er, kan det oppsummeres at det er forholdsvis stor aktivitet på området og det rettes stor oppmerksomhet mot kvalitet, men det er ikke satt i gang prosjekter som har som mål å få til en tydelig endring og som følges opp særskilt fra HSØ sin side.

Gjennomgangen av data på de områdene det måles understreker dette. Utviklingen for HSØ har vært som for de andre helseregionene når det gjelder indikatorer for tilgjengelighet og kvalitet presentert i delrapport 5. For de fleste indikatorene er det en positiv utvikling. Datagrunnlaget er i hovedsak publiserte nasjonale kvalitetsindikatorer og SAMDATA-publikasjoner fra Helsedirektoratet. Som poengtert over er det ikke uventet at utviklingen i Helse Sør-Øst følger den generelle utviklingen. Dette er dokumentert og kan leses i delrapporten., siden målene som er satt for pasientbehandlingen er de samme for Helse Sør-Øst som for de andre helseregionene. Siden HSØ etter forslag fra Magnussenutvalget fikk en relativt mindre økning i sine midler enn de andre helseregionene kan regionen kanskje ha klart dette med relativt noe mindre midler enn de andre. I dette prosjektets delrapport 4 sees det spesielt på om det kan spores en annen økonomisk utvikling for HSØ enn for de andre helseregionene. Konklusjonen er at det kan det ikke.

Dette gjelder også på området for kvalitet og nivå på pasientbehandlingen. Vi finner ingen indikasjoner på at Helse Sør-Øst har hatt en annen utvikling enn de øvrige helseregionene. Det tas forbehold om at vi ikke har gått inn og sammenlignet på detaljnivå

3.6 Omstillingsprosessen i lys av tidligere forskning

(Delrapport 6. Omorganisering av sykehus: prosessen i Helse Sør-Øst i lys av tidligere forskning. Rapport fra arbeidspakke 6)

Organisatoriske restruktureringer betraktes som et av de viktigste virkemidlene for endring av moderne helsesystemer. Den internasjonale litteraturen om omorganiseringer og endringsprosesser i sykehus har i all hovedsak fokusert på fusjoner. Litteraturen er imidlertid langt fra entydig når det gjelder effektene, i og med at resultatene spriker og effektene ikke er signifikante. I denne gjennomgangen har vi fokusert på fire temaer: økonomiske effekter, kliniske effekter, omorganiseringsprosessen og betydningen av ledelse. Når det gjelder økonomiske effekter, er det eksempler på at sammenslåinger kan føre til lavere kostnadsvekst, og da først og fremst ved sammenslåing av små sykehus av omtrent samme størrelse. Litteraturen har derimot avdekket få kliniske effekter av fusjoner. Tvert i mot er et generelt funn at viktige kliniske endringer ikke var implementert selv flere år etter at fusjonen var formalisert. Flere studier har også dokumentert få eller ingen forbedringer i kvalitetsindikatorer, og til og med en nedgang i pleiekvalitet i enkelte tilfeller. Videre viser litteraturen at reform- og endringsarbeid i sykehus i større grad bør søke å engasjere profesjonene, fremme forsøkskultur, og forankre endringer lokalt. Flere studier har også pekt på betydningen av kultur, og hvordan sammenstøt mellom ulike kulturer i fusjonerende organisasjoner kan gjøre omorganiseringsprosessen vanskelig. Endelig har en rekke studier framhevet ledelsens rolle i slike prosesser. Implementering av planlagte endringer gjennom en "top-down"-tilnærming er sjelden en suksess; ledere bør tvert imot søke støtte i fagmiljøene og unngå å styre gjennom mekanismer som direkte overvåkning, standardisering av arbeidsprosessene eller økonomiske incentiver. Støtte fra leger i lederposisjoner er av stor betydning, og det er viktig å unngå styrings- og ledelsesmessig "overmot", ved at man i planleggingsfasen har urealistiske forventninger til utfallet av sammenslåingen. Fusjoner i politisk uklare kontekster ser ut til å begrense ledelsens rolle til å initiere omfattende endringer og til å innta rollen som syndebykk.

Sist, men ikke minst: en viktig konklusjon man kan trekke basert på en gjennomgang av litteraturen er betydningen av nasjonal kontekst for sykehusfusjoner. Dette betyr at resultater fra andre land, og særlig fra USA, i liten grad kan omsettes til norske forhold. For det første inngår amerikanske sykehus i konkurranse med hverandre, der prisreduksjon versus monopoldanning er et konstant tema. For det andre drives amerikanske sykehus med relativt lav beleggprosent. Man aksepterer ikke ventelister av frykt for at pasientene vil gå til konkurrenten. Lavere beleggprosent gjør sykehusavdelingene mer fleksible, noe som igjen bidrar til lettere gjennomføring av og større incitament til fusjon. Nordiske sykehus drives derimot ofte med mer enn 100 % belegg pga. korridorpasienter, slik at avdelingene blir svært lite fleksible.

I denne rapporten har vi ved hjelp av intervjuer med noen sentrale aktører i prosessen også forsøkt å gå mer i dybden på hvilke hensyn og argumenter som har vært sentrale og hvordan man opplevde selve omorganiseringsprosessen. Intervjuene våre har for det første avdekket at erfaringsgrunnlaget og inspirasjonen for prosessen i HSØ i hovedsak kan knyttes til omorganiseringene i København. Tidligere forskning og erfaringer fra andre og lignende prosesser ser derimot ut til å ha spilt liten eller ingen rolle. Et annet poeng som framheves er mangelen på økonomiske investeringer til å gjennomføre endringene, noe som opplevdes som en sterk kontrast til København, der det var knyttet store investeringer til utviklingsplanene. Et tredje forhold som trekkes fram er tidsaspektet i planleggingsprosessen. Mens man i København ble gitt tilstrekkelig med tid til å utrede, planlegge og diskutere endringsprosessene, var dette noe man savnet ved prosessen ved HSØ. Informantene våre savner også en bedre faglig begrunnelse for hvorfor de organisatoriske endringene var nødvendige, og mer transparente prosesser bygget på dialog og prosess med sykehusene.

Når det gjelder selve gjennomføringen av prosessen, opplevdes den som veldig toppstyrt, med en alt for stor avstand til ledelsen. Videre framheves det også at det sterke fokuset på økonomiske og administrative temaer bidro til at man mistet fokus på den tjenesteytende delen. Endelig avdekker intervjuene også en oppfatning av manglende involvering av fagmiljøene i prosessen.

4 Drøfting av resultatene fra de seks delrapportene

Oppdraget var å gå inn i enkelte deler av arbeidet med strategien og den videre omstillingsprosessen. Ved å se disse resultatene i sammenheng, er det lettere å avdekke hvordan den samlede prosessen har vært. I dette kapitlet foretas en slik gjennomgang. Først drøfter vi hva en strategi og en omstillingsprosess kan være. Deretter relaterer vi prosessen i HSØ til dette før vi ser nærmere på enkelte elementer i prosessen og gjør en evaluering av hva som har vært handtert godt og hvilke mangler vi har funnet.

4.1 Hva er en strategi og hva er omstilling?

Strategi var lenge et begrep de militære var alene om å bruke, før det ble trukket inn som et instrument i utviklingen av store og små firma. I dag er det en øvelse de fleste har vært med på, enten man arbeider i en stor eller liten virksomhet, offentlig eller privat eller i en frivillig organisasjon. Henry Mintzberg⁴ har delt opp strategier i fem hovedtyper. Det er Plan (utvikling av en plan), Ploy (en plan for å avlede konkurrenter), Pattern (analysere og ta utgangspunkt i hva som faktisk pågår), Position (finne sin plass i markedet) og Perspective (et bilde på hvordan man ønsker virksomheten skal være). I sin bok, "Strategy Safari", beskriver han, sammen med sine to medforfattere, hele ti skoler innen strategilitteraturen.⁵ Til tross for at strategiarbeid kan klassifiseres, er det lite vanlig å gjøre det på forhånd. Det er mer en akademisk oppgave å foreta denne type klassifiseringer etter at strategiarbeidet er gjennomført.

Da er det vanligere at et strategisk arbeid følger en arbeidsmetode. Etter et søk gjennom veiledninger for hvordan en strategiprosess kan gjennomføres, fant vi en fem trinns prosess beregnet på private amerikanske firma, men som vi synes kan være relevant for en organisasjon som HSØ.⁶

1. Determine where you are.
2. Identify what's important.
3. Define what you must achieve.
4. Determine who is accountable.
5. Review. Review. Review. It's not over. It's never over.

Mintzberg, Quinn og Brian⁷ presenterer disse arbeidsredskapene for å utvikle en strategi:

PEST analysis, which covers the remote external environment elements such as political, economic, social and technological (PESTLE adds legal/regulatory and ecological/environmental);

Scenario planning, which was originally used in the military and recently used by large corporations to analyze future scenarios;

Porter five forces analysis, which addresses industry attractiveness and rivalry through the bargaining power of buyers and suppliers and the threat of substitute products and new market entrants;

⁴ Mintzberg, H. The Strategy Concept 1: Five Ps for Strategy, California Management Review, Fall 1987.

⁵ Mintzberg, H. Ahlstrand, B. Lampel, J. Strategy Safari, A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management, The Free Press, New York, 1998

⁶ Five steps to strategic plan, Entrepreneurs, Aileron, Forbes.com, 25.10.2011

⁷ Mintzberg, Henry and, Quinn, James Brian (1996). The Strategy Process: Concepts, Contexts, Cases. Prentice Hall. ISBN 978-0-132-340304.

SWOT analysis, which addresses internal strengths and weaknesses relative to the external opportunities and threats;

Growth-share matrix, which involves portfolio decisions about which businesses to retain or divest; and

Balanced Scorecards and strategy maps, which creates a systematic framework for measuring and controlling strategy;

The Nine Steps to Success(TM)^[5] - The Balanced Scorecard Institute's framework for Strategic Planning and Management.

Mest kjent av disse er scenario analyser og SWOT analyser der bokstavene står for Strength, Weakness, Opportunity, Threats.

I neste avsnitt vil vi se om strategiprosessen til HSØ kan plasseres i henhold til noen av definisjonene over, og foreta en vurdering av hvilke verktøy som er benyttet i arbeidet.

Tittelen på vårt oppdrag er evaluering av omstillingsprosessen i HSØ. Når vi likevel legger mye vekt på strategien er det fordi en stor del av arbeidet i 2007 og 2008 gikk ut på å etablere en strategi som igjen skulle benyttes i den påfølgende omstillingsprosessen.

Omstillinger er ikke behandlet teoretisk på samme måte som strategiprosesser. Det finnes mange ulike typer omstillinger. Det kan være eierskifte, endringer i antall ansatte, sammenslåinger, oppsplitting av virksomheter, omorganisering, ny teknologi, lederskifte, skifte av lønnsystem eller innføring av nye produkter eller tjenester. I neste avsnitt vil vi gå nærmere inn på hvilke omstillinger som var ønsket og ble gjennomført i HSØ.

4.2 Hvorfor en strategi for HSØ?

I styresak nr. 30/2007 begrunner direktør Bente Mikkelsen hvorfor det settes i gang en strategiprosess:

.... Det vises til styresak 020/2007 Oppfølging av protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 30. mai 2007. I saken er det redegjort for de oppgaver og styringskrav som er gitt og hvilke styringsmessige aktiviteter som iverksettes. Det fremgår at arbeidet med å realisere mål og oppgaver vil skje kontinuerlig gjennom strategiprosesser, utredninger og beslutninger, og at styret høsten 2007 vil bli invitert til å drøfte innhold og prioritering i det videre strategiske arbeid. Denne saken tar særlig utgangspunkt i de føringer som er gitt når det gjelder hovedintensjonene bak sammenslåingen slik de bl.a. er formulert i St.prp. nr. 44 (2006- 2007):

”Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer.”

Man mente etablering av en strategi var nødvendig som et grunnlag for en omstillingsprosess som skulle realisere de målene Helse- og omsorgsdepartementet hadde satt for sammenslåingen av de to regionale helseforetakene.

Arbeidet ble bredt lagt opp. Strategiarbeidet konsentrerte seg ikke om hovedstadsområdet, men omfattet hele Helse Sør-Øst sitt område. Arbeidet ble heller ikke konsentrert om de delene som hadde nærest kontakt med pasientene, og formuleringen i stortingsproposisjonen om at "Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder- både faglig og økonomisk." ble ikke analysert og spesifisert. Tidlig i prosessen ble det trukket inn vurderinger om å samordne vaktordninger når fagmiljøer fikk en felles ledelse, men et slikt arbeid ble ikke fulgt opp, og i den endelige strategien er dette utelatt. Strategien gir ingen retning for hva

foretakene i Helse Sør-Øst sitt område og hva Helse Sør-Øst RHF bør gjøre ut over det som er den generelle oppfatningen i alle helseregionene og langt på vei også i de fleste land vi normalt sammenligner oss med. Et unntak er etableringen av sykehusområder, som vi vil komme tilbake til.

Om vi ser på de fem P-ene til Mintzberg, synes strategien til HSØ å være en type som går inn under Perspective-kategorien. Målene er beskrevet. Hovedmålene er mer tilgjengelighet og mer likhet, men siden det ikke er beskrevet hvilken tilgjengelighet og likhet det er i utgangspunktet, er det ikke mulig å vite hva som er mer. Kvalitetsnormene som gjelder for sykehusene i Norge skal også gjelde for virksomheten i HSØ. Man ser for seg mer poliklinisk virksomhet, kortere liggetid og et bedre samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten. Det skal arbeides for å bedre den økonomiske situasjonen slik at regionen sikrer midler til en nødvendig utbygging og oppgradering av sine fasiliteter og sitt utstyr. Målet om å sikre mer penger til forskning opprettholdes. Som det framgår av våre intervjuer med fagdirektørene er slike overordnede mål en viktig støtte når de skal arbeide med sitt foretaks fagmiljøer. For en ny enhet som HSØ er det viktig å etablere et felles verdigrunnlag. Spørsmålet som må stilles er om dette kunne vært gjort med mindre ressursinnsats når resultatet ble identisk med de målene for virksomheten som hvert år kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet i deres oppdragsdokument. I vedlegg 1 presenteres en tabell som viser denne overenstemmelsen, basert på oppdragsdokumentet Helse Øst, og dermed også de øvrige helseregionene, fikk i 2007, det året sammenslåingen ble gjennomført og arbeidet med strategien startet.

Når vi i vårt arbeid ikke finner tydelige spor av strategien hverken i resultater knyttet til aktivitet, kvalitet, økonomi eller personellets oppfatning av hva som er styrende, skyldes det nok at strategien ikke har en egen HSØ profil. Den har en profil vi ville forvente av et hvert helseforetak i Norge og som kanskje også er litt tidløst, i hvert fall om vi lar historien begynne med Stortingsmeldingen om det regionaliserte helsevesenet fra 1974.

I våre intervju med personer som har eller har hatt ledende stillinger i HSØ og deres underliggende helseforetak, ble det understreket hvor stor regionen er og at virksomhetene ikke kan styres direkte fra HSØ sentralt, men at det må gjøres ved å gi en retning på det arbeidet som gjøres. Det er en riktig konklusjon, men når målene ble så allmenne og like de som allerede gjaldt kan det også ha sammenheng med at det er vanskelig for en organisasjon som HSØ og bli mer konkret.

Selve Helse Sør-Øst RHF er en rent byråkratisk institusjon. Det er i de underliggende foretakene pasientbehandlingen skjer. Det er de som eier bygg og utstyr. Det regionale foretaket er sykehuseierens byråkratiske redskap for å samordne styringen av de underliggende foretakene. I sin avhandling om helsetjenestens logikk sier Ole Berg⁸:

"Hvis eieren av et byråkrati er offentlig, f.eks. demokratisk, vil mandatet oftere være generelt og åpent enn hvis eieren er privat." (s. 235) og "En konsekvent byråkrat ser alltid bakover, ikke framover; det vil si han leter etter presedenser, han prøver ikke å beregne (substansielle) konsekvenser. Byråkraten er dogmekyndig, ikke substanseskupert. (s. 231)

Bente Mikkelsen sier i det vi har sitert innledningsvis at de ikke stilte spørsmål ved det oppdraget de hadde fått fra regjering og Storting, men startet arbeidet med å realisere det. Det var HSØ sin rolle. Man var også utålmodige. Arbeidet skulle være preget av handling og ikke utredning og handling var da vedtak om større organisatoriske grep og de strategiske målene for hele regionen.

Det ble det ikke forsøkt presisert hvor og hvorfor den helhetlige helsetjenesten sviktet i hovedstadsområdet og omfanget av denne mangelen. Før OUS ble slått sammen var allerede øye, øre-nese-hals og hudavdelingene til Rikshospitalet og Ullevål sykehus slått sammen både formelt og fysisk. Erfaringene var

⁸ Berg, Ole. Helsetjenestens logikk. Seks studier av norsk helsetjenesten. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, august 1982

ganske forskjellige, men det synes ikke som det er benyttet i særlig grad. Om det å unngå dublering betydde dublering av de mest spesialiserte tjenestene eller alle tjenester innenfor en spesialitet ble ikke klargjort og dermed heller ingen dimensjonering av hva som måtte samles fysisk og hva som fortsatt kunne drives på to eller flere steder. Ingen av de fem anbefalingene tidligere sitert fra Forbes ble fulgt. Det ble ikke foretatt en analyse av hvor regionen var ved starten og hvordan man lå an i forhold til en ønsket situasjon. Noen SWOT analyse eller tilsvarende ble ikke utført. De verktøy som strategilitteraturen anbefaler og som er populære i arbeidslivet i andre sammenhenger ble ikke brukt. Prioritering ble ikke foretatt og det ble i liten grad satt opp konkrete mål og fordelt ansvar for hvordan målene skulle nås. Disse to siste områdene ble det arbeidet noe med og presentert i sak 133/2008 i desember 2008. Dette vedtaket ble seinere lagt til side fordi man mente en slik konkretisering ikke var ønskelig. Videre arbeid med å oversette og gjennomføre strategien ble overlatt til de enkelte foretakene, og vi kan ikke finne at HSØ forfulgte dette på noen egen måte. Foretakenes rapport tilbake kom i årlig melding som var bygd opp i samsvar med de årlige oppdragsdokumentene. HSØ handlet slik Berg beskriver kan forventes av en byråkratisk organisasjon. Noe som ble godt mottatt i de underliggende foretakene, selv om noen også mente det lå et element av ansvarsfraskrivelse i det. Til slutt vil vi påpeke at det heller ikke ble foretatt noen vurdering av hvilke ressurser som ville være nødvendige for å få realisert strategiens mål.

Slik gikk strategiarbeidet ikke over i et målrettet omstillingsarbeid basert på strategien, men man fortsatte med den løpende driften basert på oppdragsdokumentene fra HOD og tok for seg problemstillinger etter hvert som de dukket opp. Dette betyr ikke at arbeidet fra HSØ har vært tilfeldig og springende. De årlige oppdragsdokumentene setter mål og krav på de fleste viktige områdene. Det er arbeidet systematisk med å bedre den økonomiske situasjonen og spesielt fagdirektørene viser til at oppmerksomheten rundt bedre kvalitet har tvunget diskusjonen om den økonomiske situasjonen noe i bakgrunnen. HSØ har fortsatt å styrke forskningen og har heller økt avstanden til de øvrige regioner i perioden vi har studert. Sammenslåingen har ikke slått ut negativt på de parameterne som kan måles, men har heller ikke gitt de positive effektene som ble beskrevet av regjeringen i stortingsmeldingen som lå til grunn for sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst.

I det offentlige ordskiftet om sammenslåingen av de to helseregionene har det blitt stilt spørsmål ved om motivasjonen var kostnadsbesparelser. Det har blant annet blitt vist til en vurdering gjort av konsultentselskapet McKinsey. Vår gjennomgang av dokumenter og intervjuer med involverte aktører kan ikke understøtte et slikt synspunkt. Hovedmotivet var å få til et bedre, sammenhengende tilbud til regionens befolkning, og spesielt ønsket man å få en bedre samordning av tjenestene gitt av de store Oslo sykehusene. Stortingets mål om en omfordeling av ressurser til områdene utenfor hovedstaden mente noen av dem vi intervjuet ble gjennomført ved at fordelingsnøkkelen mellom helseregionen ble endret i Helse Sør-Øst sin disfavør, som et resultat av forslagene fra Magnussenutvalget.

4.3 Etablering av sykehusområder som et strategisk grep

På ett område har strategiprosessen satt både formelle og faktiske spor. Det er etableringen av sykehusområder. De største diskusjonene som har fulgt i kjølvannet av strategiarbeidet er knyttet til etableringen av Oslo Universitetssykehus, der alle de offentlige sykehusene i Oslo ble lagt under en ledelse. Den omfattende debatten rundt utvidelsen av Ahus sitt opptaksområde og overføring av personalressurser fra OUS til Ahus er også sterkt knyttet til vedtaket om å etablere sykehusområder, selv om nødvendigheten av å utvide opptaksområdet var bestemt i god tid før sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst.

At sykehus bør ha et ansvarsområde ble som tidligere referert etablert i Norge midt på 1970 tallet, i stortingsmeldingen om det regionaliserte helsevesen. Da ble pyramiden med primærlegen i bunn, lokal-, sentral- og regionsykehus tegnet. Nasjonale oppgaver fordelt mellom regionsykehusene ble allerede tatt inn i Sykehusloven fra 1969, med en tilhørende forskrift om fordeling av landsfunksjoner. Som et redskap til å dimensjonere de forskjellige nivåene ble det tidlig benyttet normer for senger hentet fra svenske utredninger, der disse nivåene ble overført til ulike spesialiteter. Det ble lagt til grunn at hvert fylke skulle ha ett

sentralsykehus. På dette tidspunktet ble også LEON⁹ prinsippet innført som en veileder for hvordan tjenestene skulle fordeles. I tiårene som fulgte var det en løpende diskusjon om hvilke funksjoner som burde sentraliseres til regionsykehus og hvilke som måtte kategoriseres som landsfunksjoner eller flerregionale funksjoner. Etableringen av helseforetak i 2002 førte til at disse begrepene ble litt mindre aktuelle. I en periode like etter helseforetaksreformen ble det noe sjeldnere å kategorisere sykehusene så tydelig, men diskusjonen om hvilke tjenester som måtte samles og hva som kunne gjøres lokalt fortsatte. I de fleste tilfeller nå innenfor det enkelte helseforetak. Formelt sett ble tidligere lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus slått sammen i ett helseforetak og det ble dette helseforetakets oppgave å foreta en forsvarlig fordeling av tjenestene mellom sine sykehusenheter, som i så godt som alle tilfeller fortsatt eksisterte.

Selv om målet var å behandle pasienter på et så lavt nivå som mulig og forsvarlig, var det både på 1980- og 90 tallet diskusjon om fylkeskommuner var en riktig størrelse som opptaksområde for et sentralsykehus. Det var en administrativ inndeling der befolkningsstørrelsen varierte mye. Etter hvert mente man at den teknologiske utviklingen gikk i en retning der også de fleste fylkene ble for små. Under har vi hentet et sitat fra Stortingets behandling av Stortingsmelding nummer 50 (1993-94) Samarbeid og styring.

"Som bakgrunn for drøftingen av hvordan spesialisthelsetjenesten best kan organiseres, påpekes det at dagens sykehusstruktur i stor grad er blitt fastlagt under andre betingelser enn i dag og uten noen overordnet plan eller godkjenning. Den største utfordringen i organiseringen av det framtidige sykehusstilbud er ifølge meldingen å ivareta kravene til faglig kvalitet, samtidig som en sikrer en effektiv ressursutnyttelse og befolkningens behov for en tilgjengelig helsetjeneste. Kvalitetsutvikling og organisering av sykehusvirksomhet er derfor nødvendige deler av den samme utviklingsprosess. Det uttales at fylkene i mange sammenhenger vil være for små enheter, slik at det er nødvendig å se de samlede sykehusressurser ut over fylkesgrensene."

I dokumentene som er utarbeidet i forbindelse med strategien og intervjuene vi har hatt med de som har arbeidet med strategien, er det lite referanser til disse tidligere strukturdiskusjonene. Det kan være at det i arbeidet til de 80 faggruppene er referanser til tidligere utredninger og vurderinger om hva som er et nødvendig befolkningsområde for ulike nivåer av tjenester innenfor de enkelte fag, men det er ingen slike referanser i det oppsummerende dokumentet fra dialogkonferansene.¹⁰ Ut av disse konferansene kom en anbefaling av minste befolkning for spesialfunksjoner innen de ulike spesialiteter. Den ligger for de aller fleste faggruppene på 2-300 000 innbyggere. Det passer bra med de etablerte sykehusområdene i Helse Sør-Øst, men vil være vanskeligere å oppfylle i landets øvrige helseregioner, uten at en slik problemstilling er drøftet særskilt.

I strategien gis de enkelte sykehusområder ansvaret for å utvikle en tjeneste som gjør at 80-90 prosent av befolkningens behandling kan bli gitt av institusjonene innen sykehusområdet. Oppfatningen var at med sykehusområder med en befolkning på minst 2-300 000 mennesker ville dette være mulig.

Selv om det ikke eksplisitt er referert til tidligere diskusjoner og anbefalinger antar vi at de som deltok i dette arbeidet var kjent med tidligere vurderinger på området, slik at en formell etablering av sykehusområder var et ukontroversielt vedtak. Dessuten var dette i all hovedsak gjennomført allerede, men da uten det eksplisitte vedtaket om at det skulle ytes en tjeneste som dekket behovet til 80-90 prosent av områdets innbyggere. Agderfylkene hadde allerede i 2003 gått sammen i en enhet og slått sine da fire sykehus sammen til ett formelt Sørlandet sykehus HF (SSHF). Enda mer omfattende var etableringen av Innlandet sykehus HF 1. januar 2003. Før sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst hadde SSHF lagt ned Mandal sykehus, mens

⁹ LEON er en forkortelse for laveste effektive omsorgsnivå.

¹⁰ Oppsummering av fra dialogseminarene feb. 2008 – Helse Sør-Øst - forslag til fordeling av basis-, område og regionfunksjoner for somatiske fagområder

antallet driftsenheter i Hedmark og Oppland er det samme nå som i 2003, innen det somatiske området. For Telemark og Vestfold sin del valgte HSØ formelt å kalle de to fylkene for ett sykehusområde, men gikk med på at det i realiteten var to likeverdige sykehus i området uten at det ble stilt krav om å utvikle det ene til et områdesykehus og det andre til et basissykehus (lokalsykehus), under en felles ledelse. For Sykehuset i Østfold ble det ingen endring, og der var det allerede tydeliggjort hva som var områdesykehus og basissykehus. Det samme gjaldt sykehusområdet for Ahus, men her tilsa kapasiteten til nye Ahus at de måtte få et utvidet ansvarsområde. I Vestre Viken ble Sykehuset Asker og Bærum og de to kommunene lagt til Buskerud og ble Vestre Viken sykehusområde. Det arbeides der med at Drammen sykehus skal bli det eneste områdesykehuset, men inntil videre er det noe arbeidsdeling med Sykehuset Asker og Bærum. Den store endringen skjedde i Oslo. Det var i tråd med at hovedintensjonen bak sammenslåingen av de to helseregionene var å få til et bedre samarbeid mellom hovedstadssykehusene, men samtidig det tiltaket det har vært mest strid om.

Vedtaket om å opprette et Oslo sykehusområde der Asker og Bærum kommune ble lagt til VV sykehusområde og bydelen Alna og Follokommunene ble lagt til Ahus sykehusområde ga to nye utfordringer, og ingen god veiledning på hvordan samarbeidet mellom Oslo sykehusene skulle bedres. Med vedtaket om at hvert sykehusområde skulle kunne dekke 80-90 prosent av sin befolknings behov for helsetjenester var det et behov for å øke kapasiteten ved Ahus og i VV. Ved siden av det vi kan kalle et mengdeproblem hadde man et problem med å snu en historisk strøm av pasienter inn mot spesielt Riks- og radiumhospitalet fra Asker og Bærum, og til en viss grad fra Romerike og Oslos bydeler som nå skulle til Ahus. Tidligere undersøkelser viste at pasienter fra bydelene Grorud og Stovner i all hovedsak søkte til Ahus da disse ble gjort til en del av Ahus sitt ansvarsområde i 2004.¹¹ Da beveget disse seg fra i hovedsak daværende Aker sykehus til Ahus, på et tidspunkt da Ahus hadde kapasitet til å ta dem i mot. Hvor mye av vegringen fra Asker og Bærum pasientene mot å dra til Drammen i stedet for til Oslo som skyldes gamle innarbeidete mønstre og hvor mye som skyldes manglende kapasitet, vet vi ikke. Vi finner ikke at HSØ med utgangspunkt i de strategiske målene har drøftet de økonomiske implikasjonene av vedtaket om 80-90 prosentens egendekning. Det vil si en drøfting av hvordan investeringsmidler kan vris mot Ahus og VV sine sykehusområder for å gjøre disse foretakene i stand til å nå det mål strategien har satt for egendekning. Dette underbygger vår konklusjon over om at da strategiarbeidet var slutført overtok den daglige driften uten at man følte at strategien ga noen sterke bindinger. For de overordnede målene for aktivitet og kvalitet var strategiens mål ganske identisk med de årlige kravene i oppdragsdokumentet. På det økonomiske området var det budsjett disiplin som var den løpende oppgaven og det var ikke rom for å følge opp strategiens mål om egendekning for VV og Ahus uten å foreta svært harde omfordelinger mellom sykehusområdene.

Når strategiens oppdeling i sykehusområder og krav om egendekning ga liten veiledning for hvordan løsningen for Oslo sykehusene skulle bli, skyldes det blant annet at egendekningen på en måte var overopplyst for disse sykehusene, siden Riks-Radiumhospitalet og Ullevål sykehus begge var regionsykehus og spesielt fordi Riks-Radiumhospitalets også hadde størstedelen av landets nasjonale oppgaver. Historisk har spesielt Rikshospitalets utfordring vært det motsatte. De hadde et for lite eller i realiteten ikke noe eget sykehusområde, men hadde spesialavtaler for det som ble kalt sentralsykehuspasienter i tillegg til regionpasienter og landspasienter. Utfordringen ble da at det var lite "vanlige" pasienter og mange mente derfor at sykehuset hadde vesentlige mangler som undervisningssykehus. Både Oslo kommune og seinere Helse Øst RHF mente at Rikshospitalet slapp inn pasienter de strengt tatt ikke skulle behandle for å bøte på dette, mens Rikshospitalet på sin side mente de samme instansene holdt igjen pasienter som strengt tatt

¹¹ Rohde, Tarald; Lippestad, Jan Wilhelm; Hem, Karl-Gerhard; Bjerkan, Anne Mette. Evaluering av tjenestetilbud til befolkningen i bydelene Grorud og Stovner sett i sammenheng med Hovedstadsprosessen. Oslo: SINTEF 2010 (ISBN 978-82-14-05032-5) 46 s.

skulle vært behandlet hos dem. Når det gjaldt sykehusområdet Oslo ble det i sak 108/2008, til tross for disse historiske erfaringene, gitt disse føringene for det videre arbeidet til OUS:

"Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad for å sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen. Styret understreker Helse Sør-Øst sin forpliktelse til å ivareta landsfunksjonene slik dette er presisert av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøteprotokollen 24. januar 2008."¹²

I vedtaket vises det til at en realisering forutsetter å benytte eksisterende nye bygg, men også nybygg, og at "Styret vil understreke at dette må ses i sammenheng med muligheten for å ta ut økonomiske gevinster gjennom en mer samordnet drift av det nye helseforetaket." Føringene gitt OUS i deres videre arbeid var da å skape et rendyrket region- og landssykehus. Siden nye bygg skulle benyttes måtte da dette sykehuset etableres i tilknytning til Rikshospitalet på Gaustad. Samtidig kom det ingen midler til nybygg andre enn de OUS selv måtte få frigjort gjennom egen drift.

I oppdraget gitt av Storting og regjering til HSØ kan det ikke leses noe ønske om et nytt stort sykehus. Oppdraget var å redusere det antall pasienter som ble kasteballer mellom Oslo-sykehusene og unngå at noen ikke raskt nok kom fram til den riktige kompetansen. Tidligere Helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen uttrykte ledende politikeres frustrasjon da han brukte metaforen om at det gikk en Berlinmur gjennom Oslos sykehusvesen. Det er nok avisoppslag som kan underbygge at det forekom uønskede hendelser som følge av dette, og de vi har intervjuet gir også støtte til at noe måtte gjøres på dette området. Da er det en svakhet ved strategiarbeidet at det ikke er gjort mer for å dimensjonere hvor mange pasienter dette dreier seg om og i hvilke fagområder problemene var størst. Riks- Radiumhospitalet og Ullevål sykehus har på flere av de fagområdene det her er snakk om allerede kanskje de to største enhetene i Norge. Det gir derfor lite mening at disse fysisk må slås sammen. Spesielt fordi det ikke er mye som tyder på at store enheter er mer effektive og kvalitetsbevisste enn de som er noe mindre, og fordi det var svært tydelig at det ikke fantes økonomiske midler til en realisering av en slik samling. Analysen av hvor man var og hva man da måtte prioritere for å komme nærmere et skissert mål ble ikke gjort, slik at det resulterte i anbefalinger som kunne følges opp og nås innen en realistisk tidsramme og innen et realistisk budsjett.

I det endelige strategidokumentet vises det til at man har bygget på betydelige erfaringer fra liknende endringer i Sverige, Danmark og England. Delrapport 6 viser at denne erfaringen ikke er nedfelt i noen omfattende rapport(er) som beskriver disse erfaringene. Det er laget en rapport etter besøk i Stockholm og København som vektlegger at de begge steder har store befolkningsområder knyttet til de enkelte sykehus. Som beskrevet i rapporten er dette feil for Stockholms del, og i København er deres omstillingsprogram sterkt knyttet til vesentlige investeringer i nye sykehusbygg. I Stockholm har det i svært mange år vært slik at pasientene fritt velger sitt sykehus. Sykehusene får bevilget midler ut fra foregående års aktivitet med en mulighet for å variere dette budsjettet noe opp eller ned etter hva som skjer i budsjettåret. De enkelte sykehus er også gitt tillatelse til å behandle bestemte tilstander, slik at bare noen har lov til å utføre de mest spesialiserte behandlingene.

SINTEF har ikke foretatt noen analyse av hvordan en løsning som den i Stockholm kunne levd sammen med etableringen av avgrensede sykehusområder i resten av regionen, men det synes klart at dette kunne vært et alternativ. Vi vil heller ikke ta stilling til om en løsning med et rent region/landssykehus er en god løsning. Det vi vil rette oppmerksomheten mot er fraværet av en bredere drøfting av mulige alternative løsninger, liten oppmerksomhet rettet mot tidligere løsninger og erfaringer og en diskusjon der de økonomiske rammene først kommer inn på slutten som et stort negativt restledd som i realiteten stanser framdriften av planene.

¹² Sak 108/2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen,

I intervjuene vi har foretatt kommer det fram at en begrunnelse for etableringen av sykehusområder var å skape en trygghet i foretakene utenfor hovedstadsområdet for at sammenslåingen ikke skulle resultere i en vridning av regionens ressurser inn mot Oslo sykehusene. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst synes ikke å ha resultert i uro i foretakene utenfor hovedstadsområdet. For Oslo sykehusene er det ikke slik. Selv om både pasientaktivitet, kvalitet, budsjettsituasjon og forskning har hatt en god utvikling også ved Oslo sykehusene, viser medarbeiderundersøkelsen at det ennå er slik at under halvparten av de ansatte i disse sykehusene stadig ikke tror at målene for fusjonen vil bli nådd. Andelen som tror på dette er økt litt, men som det vises i delrapport 2 er den stadig lav, og det var fra et lavt nivå i utgangspunktet.

Slik vi ser det var grepet med etablering av sykehusområder et godt grep for å forsikre helseforetakene utenfor hovedstadsområdet om at de hadde et klart definert oppdrag, men det ga ingen god veiledning til hvordan selve hovedoppgaven, samarbeidet mellom Oslo sykehusene skulle løses. I sin frustrasjon over at det som ble oppfattet som et dårlig samarbeid mellom Riks-Radiumhospitalet og Ullevål sykehus ikke syntes å bedre seg, ga helse- og omsorgsministeren oppdraget til den fusjonerte enheten Helse Sør-Øst RHF. Etter et strategiarbeid der det var lite presisering og dimensjonering av problemets type og omfang og der diskusjoner av alternative løsninger ikke materialiserte seg i noen av de mange rapportene som ble skrevet, vedtok man etableringen av OUS og ga oppdraget videre til OUS, hvor de ansatte per 2013 i liten grad føler at målene er nådd. Målsettingen om at arbeidet skulle være gjennomføringsorientert ble vektlagt så mye at man ikke tok seg nødvendig tid til å analysere problemstillingene. Gjennomføringen støtter opp under de av våre intervjuobjekter som mener at etableringen av sykehusområdene, slik det ble vedtatt, allerede var bestemt på et ganske tidlig tidspunkt, slik at det ikke ble avsatt tid og ressurser til å stille spørsmål ved dette.

4.4 Hvilken støtte hadde strategien?

Riksrevisjonen gjennomførte i 2011 en egen vurdering av omstillingsprosessen, med hovedoppmærksomheten rettet mot det som skjedde ved fusjonen av Oslo sykehusene til OUS. Her var de primært opptatt av hva de kalte risikobildet. Helse- og omsorgsdepartementet svarte på dette ved å vise til vedtak der det kom fram at både ledelsen i HSØ og OUS var opptatt av risikoen og at hovedtiltaket for å dempe risikoen var å bringe ansatte og brukere (pasienter) med i endringsarbeidet. Med risiko mentes kvalitet og omfanget på pasientbehandlingen, økonomien og arbeidsmiljøet for de ansatte. Vår undersøkelse viser at det ikke kan påvises noen endringer på disse områdene, hverken den ene eller andre veien. Selv i OUS der under halvparten av de ansatte tror at foretaket vil nå målene med fusjonen, er ikke arbeidsmiljø eller aktivitet synlig påvirket. Det Riksrevisjonen ikke gikk inn på var hvilken støtte det var for omstillingsprosjektet. For slike sentralt initierte prosesser understrekes det at de må være godt forankret i ledelsen.

Tidligere har vi påpekt at strategien ble vedtatt uten dissens og at det ikke finnes noen tydelige stemmer som ønsket en annen konklusjon. Det var ingen markert opposisjon. Samtalene vi har hatt med de sentrale aktørene viser imidlertid også at det ikke var noen sterk og aktiv støtte for vedtakene og den påfølgende omstillingsprosessen.

En uttalte at strategien strengt tatt var lagt opp på en måte som kunne passe de fleste typer virksomheter. En annen sentral aktør ville ikke ha noen mening om strategien fordi vedkommende ikke hadde vært med på det tidlige arbeidet med den. En tredje påpekte at det var en lunkenhet ute i foretakene som først endret seg i positiv retning nå direktøren for HSØ forklarte hensikten med den. Det ble videre påpekt at viktige styrevedtak i noen tilfeller ble trumfet gjennom med styreleders dobbeltstemme og en av de intervjuede mente at strategien var å betrakte som en idéfase der en plan for implementering gjensto. Når vi i ettertid spør om hva man mener om at ganske konkrete mål i strategien ennå ikke er gjennomført, svares det med at strategien ikke er absolutt. Det er ført inn modifierende ord som "i hovedsak" og tilsvarende. Dermed er vedtaket riktig, man har tatt høyde for de problemer som kan oppstå, men det er vanskeligere å få øye på et kraftfullt ønske om å nå målene. Forutsetningen om 80-90 prosents egendekning er en vesentlig del av

vedtaket om sykehusområder, men det synes ikke som ledelsen i HSØ ser dette som et viktig mål å nå for de sykehusområdene der dette ikke allerede er noenlunde nådd.

Denne manglende kraftfulle oppslutningen om mer konkrete tiltak kan antagelig forklare hvorfor strategien er såpass overordnet som den er og så lik det som allerede var formulert i departementets oppdragsdokumenter og tidligere målformuleringer for norsk helsevesen. De regionale helseforetakene er ikke bygd opp for gjennomføring av endringer for hvordan fagmennesker arbeider ute i helseforetakene. Kompetansen er å svare ut det mer generelle mandatet de har fått av overordnet myndighet og så formulere det for sine underliggende helseforetak. Strategitype som ble valgt kan best sammenlignes med Mintzbergers perspektivstrategi. Det tegnes opp et bilde av hvordan man vil ha det, men lages ingen forpliktende plan for å nå dit med prioriterte tiltak innen realistiske ressursrammer. Det er stor konsensus i Norge om målene for helsetjenesten slik de ble beskrevet på starten av 1970-tallet og siden utvidet med blant annet kvalitetskriterier og tilsvarende. En strategi som i all hovedsak tegner det samme bildet uten tydelige spesielle mål for enheten det gjelder, vil vanskelig kunne få gjennomslag i en hverdag som den man opplever på et sykehus.

Denne manglende "praktiske" kompetansen kom tydelig til uttrykk i forbindelse med overføringen av stillinger fra OUS til Ahus. I våre intervjuer kommer det fram at Ahus nå er kommet opp på det antall ansatte de har behov for. Den økte aktiviteten skulle motsvares av en tilsvarende reduksjon i aktiviteten ved OUS. Ahus økte sitt antall ansatte fra 2010 til 2011 med 3 697 mens økning videre til 2013 var 885. I de samme periodene ble antallet ansatte ved OUS redusert med 1 255 til 2011 og så med ytterligere 1 533 fram til 2013. Maksimalt kan det derfor bare ha vært litt over 60 % av bemanningsøkningen ved Ahus som ble rekruttert fra OUS. Inntil direktør Hatlen trakk seg fra stillingen ved OUS var det en strid mellom OUS sin ledelse og HSØ der HSØ mente hun ikke gjorde nok for å innplassere de ansatte i stillinger slik at de overtallige kunne identifiseres og få et tilbud om ansettelse ved Ahus. Hatlen på sin side viste til at HSØ hadde fusjonert Aker sykehus inn i OUS i stedet for å vente med det til Aker var bygd ned og de ansatte i sin helhet kunne få tilbud om arbeid ved Ahus. Ved fusjonen benyttet Aker sykehus omlag 2 200 årsverk. Med et vedtak om å samle alle Oslo sykehusene i ett foretak ble det etter Hatlens vurdering nødvendig med en omfattende prosedyre for å plassere inn 25 000 ansatte, noe hun mente krevde både tid og kløkt. Vi har ikke gått inn i denne saken for å skille ut hvor mye som skyldtes en maktkamp mellom HSØ og OUS og hvor mye som var reelt og bestemt av eksisterende regler. I sak 108-2008 vurderes risikoen ved at blant annet ansatte ved Aker vil frykte overtallighet før de kan flyttes til Ahus. Problemstillingen som ble en strid mellom HSØ og OUS ble ikke drøftet.

4.5 Strategiarbeid påvirkes av omgivelsene

I arbeidet med HSØ sin strategi var det flere store forstyrrende elementer på plass før vedtaket om å starte strategiarbeidet ble fattet. Det var arbeidet med selve fusjonen, arbeidet med å få balanse i den økonomiske situasjonen som ble relativt mer arbeidskrevende etter den nye fordelingsnøkkelen som følge av Magnussenutvalgets innstilling, oppgaven med å utnytte det nye sykehusbygget til Ahus ved å flytte både ansvar for befolkning og ansatte og ikke minst den løpende driften av Norges desidert største helseregion.

Vi vet ikke om det hadde blitt brukt mer tid og tanker på hvordan samarbeidet mellom Oslo sykehusene skulle bedres om HSØ i større grad hadde fått konsentrere seg om selve strategiarbeidet. Det vi vet er at spesielt arbeidet med å løse oppgavene som fulgte utvidelsen av Ahus sitt ansvarsområde påvirket den allmenne oppfatningen av fusjonsprosessen sterkt og ikke minst forholdet mellom HSØ sin ledelse og ledelsen ved OUS sitt arbeid med få sammenslåingen av sykehusene til å fungere slik man håpet den skulle. Selve fusjonsprosessen møtte også flere problemer som strengt tatt ikke hadde med fusjonsideen å gjøre. Viktigst her var den store forskjellen mellom IKT systemene som ble benyttet av de store Oslo sykehusene. Dette var et "teknisk" problem og det er ikke riktig å si at HSØ ikke var oppmerksom på problemet på forhånd. Når man valgte å gå inn i en fusjon av selvbevisste fagmiljøer uten en felles IKT plattform viser det at man undervurderte hva dette betydde, eller man overvurderte hvor fort det kunne rettes opp. Den

økonomiske situasjonen er tidligere nevnt. Den var mildt sagt anstrengt og det ble gjennom hele prosessen arbeidet målbevisst for å få en bedre balanse på dette området. Det har HSØ langt på vei lykket med, men det må nødvendigvis ha tatt oppmerksomhet og ressurser fra strategiarbeidet. Til slutt vil vi trekke fram oppdragsdokumentene som også måtte besvares med en årlig melding fra helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet.

Derfor var det nok av oppgaver som kunne trekke ressurser og oppmerksomhet bort fra strategiarbeidet og den påfølgende omstillingsprosessen, og det skjedde også. Om vi går tilbake til oppdraget gitt av regjeringen til det nye HSØ er det mye som tyder på at resultatoppfyllelsen hadde vært noenlunde den samme også uten strategiprosessen. HSØ har på det økonomiske området klart å tilpasse seg en lavere andel av midlene som overføres fra statsbudsjettet, samtidig som de har klart å øke midler til forskning og ellers ha en utvikling for aktivitet og kvalitet på linje med de andre helseregionene. Disse resultatene og fagdirektørenes positive syn på overordnede retningslinjer og mer oppmerksomhet mot kvalitet forbindes imidlertid i liten grad med strategiarbeidet og omstillingsprosessen. Da er det heller problemene til Ahus og uroen ved OUS som kommer opp. Det vil være et ansvar for ledelsen å foreta en vurdering av hva man har av ressurser og foreta en prioritering og spesifisering av hva man må gjøre noe med og hva man vil ha gjennomført. Hadde en slik analyse blitt foretatt i 2007 hadde man kanskje utsatt strategiprosessen til en del av de andre store oppgavene var avklart og muligens løst. Da kunne strategiarbeidet fått et mer tydelig HSØ preg og ressurser til å gjennomføre det man spesielt ønsket å gjennomføre kunne vært avsatt.

Et argument mot dette kunne være at en fusjon som den mellom Oslo sykehusene uansett må ha tid, og de fem årene som er gått er minst det man må regne med for å få nye motiverte personer på plass på riktige poster. Da ville en utsettelse ført til at det forventede sluttresultatet også ville blitt skjøvet tilsvarende ut i tid. Dette var ikke holdningen da strategiarbeidet startet. Da forventet man raske gjennomføringer og forholdsvis raske resultater. Nå er det byttet ut med at strategien er en retningsreform.

4.6 Hvilken omstilling er gjennomført og hvordan?

Som beskrevet tidligere i dette kapitlet har hovedarbeidet knyttet til strategivedtaket falt sammen med oppfølgingen av de årlige oppdragsdokumentene. Det som har vært drevet gjennom av omstilling er knyttet til omorganisering og en viss nytegning av befolkningsområdene for enkelte av helseforetakene:

Helseforetaket Blefjell ble delt opp og de to sykehusene som lå i Telemark, Rjukan og Notodden, ble lagt inn under Sykehuset i Telemark, mens sykehuset som lå i Buskerud, Kongsberg, ble lagt inn under Drammen sykehus. Dette ble vedtatt i HSØ som en del av oppfølgingen av sak 108/2008 og var ukontroversielt. Vedtaket er ikke kommet opp i noen av de samtalene vi har hatt med ledere, ansatte og brukerrepresentanter.

Sykehuset Asker og Bærum ble lagt ned som eget helseforetak og flyttet inn under det nye helseforetaket VV sammen med sitt befolkningsområde. Ledelsen i VV, plassert i Drammen, hadde ingen motforestillinger mot dette og så dette mer som en mulighet for endelig å få etablert et nybygg for det nye områdesykehuset i Drammen. Det fulgte også litt økonomiske midler med overføringen, selv om det ikke var i en størrelsesorden som betydde noe for planene om et nytt sykehus. Som vist i delrapport 3 fantes det ideer om andre løsninger, der Drammensområdet heller orienterte seg sammen med Vestfold og der en så på et nærmere forhold mellom sykehuset i Hønefoss og Sykehuset Asker og Bærum, men det ble aldri noen stor diskusjon om slike alternativer. Sykehuset Asker og Bærum har i hele perioden etter vedtaket arbeidet for å opprettholde en posisjon omlag på samme nivå som Drammen sykehus, men foreløpig ser det ut til at et nybygg vil plasseres i Drammen og at dette blir områdesykehuset, selv om den største befolkningsmengden er i Asker og Bærum. En medvirkende årsak til at en mulig strid om posisjoner ikke ble sterkere mellom sykehuset Asker og Bærum og Drammen sykehus, kan være at det både ved Sykehuset Asker og Bærum og Kongsberg sykehus, i samme tidsperiode som fusjonen fant sted, måtte arbeides med å rydde opp i uønskete hendelser og registreringsmisligheter.

HSØ sin rolle var at de fattet vedtaket om etableringen av det nye helseforetaket og at det ble gjennomført raskt. Etter det synes det ikke som HSØ har involvert seg spesielt i hvordan ledelsen i VV har handtert sitt ansvar på en annen måte enn de har overfor de øvrige helseforetakene. Forslagene fra VV om et nybygg for deres områdesykehus er av HSØ først og fremst vurdert i forhold til foretakets økonomiske bæreevne. Innhold og plassering er overlatt VV uten tydelig innblanding fra HSØ. HSØ markerte heller ingen egen holdning da VV først etablerte en klinikkorganisering for de kliniske områdene og heller ikke da ny direktør gikk tilbake til stedlig ledelse. Som tidligere nevnt er det verdt å påpeke at VV sin lave egendekning ikke er tatt opp spesielt av HSØ. Det tyder på at strategiens vedtatte mål om 80-90 % egendekning mer var en forsikring til de øvrige helseforetakene at de skulle få beholde dagens ressurser enn et aktivt mål for HSØ.

Ahus fikk ingen organisatorisk endring som følge av omstillingsprosessen, men fikk fra den ene dagen til den andre et økt ansvarsområde tilsvarende en befolkning på størrelse med Trondheim. Egendekningen til Ahus er den desidert laveste i HSØ sitt område, og det skyldes først og fremst at Ahus ikke har kapasitet til å gi et tilbud til de pasientene som formelt sogner til området. I tillegg tok det lang tid før Ahus klarte å bemanne seg opp for å kunne ta hand om de pasientene som søkte til sykehuset. Det er godt dokumentert at Ahus følte seg aleine i dette arbeidet. Det må sies at HSØ bidro negativt på to områder. For det første viste det seg at beregningene av mengden pasienter som ville søke til Ahus var sterkt undervurdert. Skulle Ahus ta hånd om sitt befolkningsområde slik strategien forutsatte, måtte det etableres et nytt sykehus i området. Løsningen "gikk" seg til ved at en større del enn forutsatt av pasientene ble "igjen" i Oslo sykehusene. Innlemmelsen av Aker sykehus i OUS før personell var overført til Ahus førte til at Ahus selv måtte rekruttere nye ansatte uten opplevd bistand fra HSØ. Hovedbyggene til Ahus sto ferdig i 2008 og den siste delen sto ferdig til å ta i mot utvidelsen av befolkningsunderlaget i 2011. Den bygningsmessige kapasiteten til Ahus var kjent flere år før HSØ ble en realitet og behovet for bemanningsøkning etter utvidelsen av befolkningsunderlaget i 2011 burde også i all hovedsak vært kjent i god tid før flyttingen av ansvarsområdet skjedde. HSØ vedtok en svært stor omstilling, men bidro i beskjeden grad til å gjennomføre vedtaket. Det ble i dette tilfellet overlatt til Ahus.

Den største omstillingen var samlingen av alle Oslo sykehusene under en ledelse. Dette er en stor organisasjon. Oslo sykehusene har også tidligere, da uten Riks- og Radiumhospitalet, hatt en felles ledelse, men hver enkelt sykehusenhet har hatt en ledelse under dette. Denne modellen ble ikke valgt nå. Allerede før den faste nye direktøren var på plass vedtok det midlertidige lederskapet en fullstendig integrering av de eksisterende sykehusene og en nedbygging/nedlegging av Aker sykehus. Siden den nye direktøren få år tidligere hadde vært styreleder for Helse Øst RHF, kan det ikke utelukkes at hun var innforstått med at slike vesentlige organisasjonsvedtak ble fattet før hun tiltrådte. OUS var en realitet 1. januar 2009 og allerede i april vedtok styret at en ny, fullstendig integrert organisasjon skulle være på plass i oktober. Dette er en svært stram framdrift for å samkjøre noen av de største sykehusenhetene i Norge som samtidig hadde miljøer som i årtier hadde "konkurrert". Denne konkurransen var ikke nødvendigvis negativ, men integreringen skulle skje med svært selvbevisste miljøer. Styreformannen satt i HSØ sin ledelse, så det må tas for gitt at HSØ ønsket en slik rask framdrift. Den nye direktøren fikk stillingen i mars 2009, men var ennå ikke i funksjon da dette vedtaket ble fattet i april. Når en tidligere styreleder for Helse Øst RHF ble direktør for OUS forventet man kanskje et godt samarbeid mellom helseforetaket og HSØ. Det ble raskt det motsatte. Vi har tidligere beskrevet striden med å innplassere stillinger ved OUS slik at overtallige kunne dirigeres mot Ahus. Ved siden av dette mente Hatlen at en god integrering av miljøene ved OUS forutsatte betydelige investeringer. Det ble utarbeidet planer for dette der investeringskostnaden var rundt 17 milliarder kroner. Svaret fra HSØ var at investeringer måtte OUS i all hovedsak sikre gjennom å skaffe midler til veie fra egne driftsmidler, slik helseforetaksreformen forutsetter.

I intervjuene vi har gjennomført er det ingen som tar til orde for å løse opp OUS igjen, men det blir både uttalt direkte og indirekte at det var urealistisk å nå de oppsatte mål på den korte tida som var stilt til rådighet og i en situasjon der det var nødvendig å spare istedenfor at det var muligheter for å investere. Som trukket fram tidligere hadde fusjonen kunne vært gjennomført på en annen måte. En sentral ledelse kunne fått i oppdrag å dokumentere hvor samarbeidet primært måtte bedres og komme opp med løsninger på dette

innenfor de eksisterende økonomiske rammene. Det er bemerkelsesverdig at en nyansatt direktør så pass umiddelbart utfordrer de som i realiteten har ansatt henne så sterkt, selv om dette formelt ble gjort av styret til OUS. Det interessante i våre funn er at OUS har fortsatt å levere de tjenestene allmennheten er opptatt av, til tross for striden mellom HSØ og sykehusets ledelse. Likevel, seks år etter fusjonen er det ikke mulig å se noen tydelig synergieffekt av sammenslåingen av Oslo sykehusene, og de ansattes tro på prosjektet er stadig veldig lav.

5 Delrapport 1, Utvidet opptaksområde. Forutsetningene for omstillingsprogrammet. Rapport fra Arbeidspakke 1

Forfatter: Tarald Rohde, Hans Torvatn, Lisbeth Øyum, Birgitte Kalseth

5.1 Sammendrag

I kapittel 5.2 beskrives metoden som er benyttet i arbeidet.

Kapittel 5.3 presenterer de vedtak som er gjort i tilknytning til omstillingsprosessen fra Stortinget vedtok sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF i februar 2007 til den nye strategien ble lagt til grunn i foretaksmøtene i HSØ i januar/februar 2009. Kapitlet avsluttes med et skjema som viser de viktigste vedtakene og når de ble fattet.

Kapittel 5.4 foretar en vurdering av hva som er hovedmål, delmål og tiltak for å nå målene, slik dette kan leses ut av dokumentene som ligger til grunn for omstillingsprosessen. Først analyseres de målene som ble formulert av Storting og regjering. Deretter vises det hvordan HSØ valgte å løse oppdraget de fikk med å etablere fem innsatsområder. Omstillingsprosessen var og er svært omfattende. Drøfting av mål og tiltak er derfor delt opp i pasientbehandling, økonomiske mål, mål for de ikke-medisinske tjenestene, mål for eiendomsområdet og mål for forskning og undervisning. Drøftingen av mål for pasientbehandling, som er hovedoppgaven for regionen, er igjen delt opp i hovedmål, organisatoriske mål, driftsmål for pasientbehandlingen og forholdet til primærhelsetjenesten.

Kapittel 5.5 vurderer hvilke kunnskapsgrunnlag som lå til grunn for de vedtak som ble fattet.

Kapittel 5.6 gir en oversikt over hva som er skjedd av organisatoriske endringer fra 2007 og til 2011/2012.

Kapittel 5.7 foretar en kort oppsummering av hvordan måloppnåelsen har vært så langt i prosessen.

5.2 Metode

SINTEFs oppdrag om å evaluere omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst gjennomføres som en forskningsbasert case-studie (Yin 1989) hvor hensikten er å forstå hvorfor prosessen ble gjennomført slik den ble, og hvordan den har påvirket Helse Sør-Østs ulike organisatoriske enheter. Metodene for datainnhenting vil variere i de ulike arbeidspakkene. Kunnskapsgrunnlaget som benyttes i AP1 er dokumentanalyse, det vil si en gjennomgang av vedtak som er fattet i Helse Sør Øst RHF sine styremøter og de dokumenter og rapporter som ligger til grunn for disse vedtakene. SINTEF har trukket ut de vedtak og dokumenter som er vurdert å være sentrale for etableringen av strategien til HSØ.

Med dette som grunnlag har SINTEF foretatt en systematisering av hovedmål, underordnete mål og tiltak for å nå disse målene. Der disse elementene går klart fram av HSØ sine egne dokumenter er de benyttet. Der det er mer uklart om det er tydelig spesifisert, har SINTEF foretatt egen systematisering.

En rekke sentrale personer i omstillingsprosessen er intervjuet for å kvalitetssikre at vår oppfatning av mål og tiltak er i overensstemmelse med hva man har vært opptatt av i omstillingsarbeidet og at vi har tilgang på de sentrale dokumenter og rapporter som har ligget til grunn for de vedtak som er gjort. Intervjuene er gjennomført som fokuserte (Yin 1989:89) dybdeintervju, hvor en intervjuguide med åpne spørsmål fungerte som intervjustruktur. AP1 benytter de data fremkommet i intervjuene kun som en kvalitetssikring av SINTEFs forståelse av sammenhengen mellom mål og tiltak i strategiprosessen. Intervjudataene vil benyttes i større grad i andre arbeidspakker, og det vil da redegjøres spesifikt for dette i arbeidspakkenes delrapporter.

SINTEF har gjort en vurdering av hvilke kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for de formulerte mål og tiltak og foretatt en egen vurdering av presisjonen i disse.

AP1 trekker ikke inn litteratur og erfaringer fra andre omstillingsprosesser for å evaluere det som er gjort. Dette vil gjøres i arbeidspakker som kommer med egne rapporter.

5.3 Vedtak og vedtatte retningslinjer, departementet og Helse Sør-Øst RHF

I dette kapitlet foretas en gjennomgang av møter og vedtak knyttet til strategiarbeidet i Helse Sør-Øst fra vedtaket i Stortinget om sammenslåing fram til Helse Sør-Øst RHF (HSØ) i januar/februar 2009 gir sine foretak oppdrag i tråd med den vedtatte strategien. Det er en kronologisk gjennomgang som presenterer de dokumenter og vedtak som har vært sentrale og gir ingen vurdering av det som er gjennomført.

5.3.1 Vedtaket i Stortinget om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst RHF

Vedtaket om å slå sammen Helseregion Sør og Helseregion Øst kan sies å være det foreløpig siste store tiltaket i arbeidet med å styre de store sykehusene på Østlandet. Stortingsmelding nr. 9 (1974-75), «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen» la grunnlaget for et regionalisert ansvar for sykehusene. Landet ble delt i fem regioner og i 1980 ble rammefinansiering innført. Det var imidlertid stadig noen sykehus som ble eid av staten. Størst av disse var Rikshospitalet (RH) og Det norsk radiumhospital (DNR). Disse var avhengige av avtaler med fylkeskommunene for å kanalisere pasienter til seg. Det ble innført betaling for pasienter som krysset fylkesgrensene, gjestepasienter. Ved statssykehusene var alle gjestepasienter. Alle regioner skulle ha et regionsykehus og DNR og RH ble på sine områder regionsykehus for fylkene på Øst- og Sørlandet minus Oslo, Hedmark og Oppland. Samtidig lå begge i Oslo og det ble stadig drøftet problemet med at for mange Oslopatienter ble tatt inn ved de statlige sykehusene. Da diskusjonen om et nytt Rikshospital startet, arbeidet krefter ved Ullevål sykehus for at ressursene skulle samles hos dem. Under planleggingen videre var det oppe forslag om å slå sammen de to barneavdelingene og de barnekirurgiske enhetene. Fagmiljøene ønsket en samling, men kunne ikke bli enige om hvor den samlede enheten skulle ligge. På dette tidspunktet kom det også opp forslag om å slå sammen ønh- og øyeavdelingene ved Ullevål og Rikshospitalet. Etter at nytt Rikshospital sto ferdig ble denne sammenslåingen gjennomført og hudavdelingene ved de to sykehus er også slått sammen. Samtidig var det en oppfatning i det politiske miljøet at samarbeidet mellom sykehusene ikke var så godt som det burde være. Helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen uttalte at det gikk en Berlinmur gjennom Oslo. I den forbindelse ble det satt i gang et arbeid for å finne en bedre løsning på organiseringen av hovedstadens sykehustilbud, men arbeidet stanset i 2005. Med ny regjering ble arbeidet tatt opp igjen og ledet til vedtaket om sammenslåing av de to regionene sør og øst.

St. prp. Nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet* hadde en forholdsvis kort, men svært viktig del som foreslo å slå sammen de to helseregionene Helse Sør og Helse Øst. Den fikk Stortingets tilslutning 23. april. Begrunnelsen er ganske kortfattet og kan summeres opp med at sammenslåingen vil bidra til å nå målene spesifisert i kulepunktene under:

- Bedre mulighet for helhetlig styring
- Bedre ressursutnytting og koordinering i hovedstadsområdet
- Med bedre ressursutnytting i hovedstadsområdet vil det bli lettere å få personell andre steder i landet
- Bedre samordning av fag og forskningsmiljøer
- Omfanget av arbeidsplasser i Skien og på Hamar opprettholdes
- Effektiviseringsgevinster i hovedstadsområdet må komme resten av landet til gode, spesielt ytterkantene

Proposisjonen viste videre til at utvalget som skulle se på inntektsfordelingen mellom regionene også skulle vurdere stordriftsfordeler ved sammenslåingen. Resultatet fra denne vurderingen forelå ikke da vedtaket ble fattet.

I samme proposisjon fastholdt regjering og Storting at ingen lokalsykehus skulle legges ned. Det bevilges midler til utvikling av lokalsykehusene, herunder modeller for helhetlige akuttmedisinske tjenester, nye modeller for en helhetlig svangerskaps- fødsel og barselomsorg.

Denne delen om lokalsykehus og akuttmedisin må derfor også anses som et formulert oppdrag til det nye Helse Sør-Øst, selv om de ikke var alene om å få dette oppdraget.

5.3.2 Hvordan Helse Sør-Øst formulerte strategiske mål og tiltak med bakgrunn i oppdraget de hadde fått av Helse- og omsorgsdepartementet

De to regionene ble slått sammen 1. juni 2007. Arbeidet med å gi rammer for og retning på arbeidet ble startet umiddelbart. På styremøtet i HSØ 27. september 2007 ble "Sak nr. 040-2007: *Oppfølging av oppdragsdokumentet – innhold og gjennomføring. Nærmere om struktur, funksjonene og oppgavedeling i hovedstaden.*" lagt fram og tiltrådt av styret.

Her slås det fast at oppdraget fra departementet er å oppfylle målene for sammenslåingen slik de er formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007).

Det spesifiseres fem overordnede innsatsområder. Ved å finne gode løsninger innen disse fem områdene ville departementets og Stortingets mål for sammenslåingen nås. De fem overordnede innsatsområdene var:

1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet
2. Forskning
3. IKT, stab- og støttefunksjoner
4. Kunnskapshåndtering og beste praksis
5. Mobilisering av ansatte og ledere

Begrunnelsen for å velge disse fem områdene var:¹³

- Arbeidet med disse spørsmålene berører alle de sentrale begrunnelsene for fusjonsvedtaket.
- Innsatsområdene 4 og 5 er blant de sentrale virkemidlene for nå gode resultater i foretaksgruppen.
- Det er omdømmekritisk at innsatsområdene prioriteres

Innenfor hvert innsatsområde ble det satt i gang utredninger, og for flere av innsatsområdene resulterte dette i flere delrapporter. Dette vil dokumenteres i dette kapitlet som følger prosessen fram til det endelige vedtaket om de sentrale strategiske grepene.

Kvalitet var ikke pekt ut som et eget innsatsområde. På dette området ble det vist til Nasjonal kvalitetsstrategi der det for alle områder inne helsevesenet skal stilles krav til tjenestene om at de skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

I Sak nr. 40-2007 understrekes at omstillingsarbeidet skal være gjennomføringsorientert, heller enn utredningsorientert. Arbeidet skal legge mål og retningslinjer fra Nasjonal helseplan til grunn for arbeidet og vil også bygge på tidligere utredningsarbeid i Helse Sør og Helse Øst og da spesielt Helse Øst 2025 og Resept 2006 for Helse Sør. Det er ikke trukket spesielt fram hva i Nasjonal helseplan som er viktig for strategiarbeidet. Målformuleringer i dokumentene til HSØ, og som også er sentrale formuleringer i Nasjonal helseplan, er blant annet:

¹³ Sak nr. 040-2007

- Desentralisere det man kan og sentralisere det man må.
- Bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene.
- Lokalsykehuset må ha en tydelig plass i behandlingsskjeden.

Som en naturlig del av oppdraget går det fram at det mest sentrale område er innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og arbeidsdeling i Hovedstadsområdet. Dette er oppgave nummer 1. Hva som skal utredes i arbeidet med innsatsområde 1 ble derfor presisert ytterligere i sak nr. 40-2007, og resulterte i flere separate utredninger om de enkelte oppgavene.

Innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet ble delt opp i disse underområdene:

- a) Fremtidig behandlingsskapasitet og arealbehov
- b) Organisering og samling av spesialfunksjoner
- c) Gode og oversiktlige lokalsykehusfunksjoner i hovedstadsområdet
- d) Samhandling med kommunehelsetjenesten i hovedstadsområdet
- e) Tilbudet til rusmiddelmissbrukere
- f) Psykisk helsevern
- g) Samordning og styrking av universitetsfunksjonene
- h) Effektiv drift av medisinske støttefunksjoner

I Sak 40-2007 avgrenses hovedstadsområdet til Oslo og Akershus, men eksisterende pasientstrømmer, arbeidsmarked og mulige utbyggingsprosjekter gjorde at områdene tilknyttet Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF også måtte inkluderes i analysen. Ved å utvide området på denne måten mente man at prinsippet om å behandle pasientene på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON), ville være lettere å oppfylle.

Det ble videre lagt til grunn at administrerende direktør ville etablere et koordinerende integrasjonsteam/programsekretariat for de fem innsatsområdene.

Det ble satt som mål å konkludere på alle fem innsatsområdene i juni 2008.

5.3.3 Samlet plan for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst

I løpet av høsten ble det arbeidet både innenfor de fem innsatsområdene og med en videre utvikling av den overordnede planen. Det resulterte i sak 068-2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst* som ble lagt fram på styremøtet 18. desember 2007.

I forhold til tidligere vedtak gjøres det presiseringer på to områder.

Innsatsområde 3 (IKT, stab- og støttefunksjoner) deles i fire underområder som er:

- IKT
- Innkjøp og logistikk
- HR området
- Eiendom

Økonomi trekkes inn som et viktig element. I saken formuleres det slik:

Styret forutsetter at arbeidet med å sikre økonomisk kontroll i foretaksgruppen videreføres slik at eiers økonomiske resultatkrav for 2008 kan innfris, jfr styrets budsjettvedtak for 2008 (styresak 056-2008). Dette utviklings- og omstillingsprogrammet skal være det nødvendige bidraget for å gi Helse Sør-Øst økonomisk handlefrihet og en langsiktig og bærekraftig utvikling hvor nødvendige omprioriteringer av ressurser til forskning, tilbud til nye pasientgrupper og utvidede behandlingsbehov blir ivaretatt. Frigjorte ressurser skal også dekke behovet for prioriterte bygningsmessige investeringer og investeringer i IKT og øvrig medisinsk teknologi.

Flertallet av målene som ble satt i St. prp. Nr. 44 (2006-2007) vektla effektivisering i en eller annen form. Med dette avsnittet i sak 068-2007 slår styret i HSØ fast at utviklings- og omstillingsprogrammet skal gi regionen den nødvendige økonomiske handlefriheten til å nå sine mål. Den skal oppnås ved interne disposisjoner og ikke ved økt tilførsel utenfra.

Vedtaket la opp til denne framdriften:

Til styremøtet i mars 2008 skulle det leveres forslag til kunnskapshåndtering og beste praksis

Til styremøtet i april 2008 skulle det leveres et beslutningsgrunnlag for gjennomføringen av hovedstadsprosessen.

Til styremøtet i mai 2008 skulle det leveres forslag til tiltak på forskningsområdet.

For fellestjenester beskrives framdriften slik:

Tiltak for IKT legges fram på styremøtet i april 2008 og en detaljert implementeringsplan foreligger til styremøtet i juni 2008.

Tiltak innen innkjøp og logistikk gjøres bindende gjennom foretaksmøtene i januar 2008.

Det tidfestes ingen ting for HR området, men slås fast at det skal etableres felles systemløsninger i regionen.

For eiendomsområdet skal det legges fram et beslutningsgrunnlag i styremøtet i juni 2008.

I det første styremøtet etter sammenslåingen ble betegnelsen fusjon og fusjonsprosessen brukt om sammenslåingen mellom Helse Sør og Helse Øst. Etter det er det begreper som sammenslåing, samordning og tilsvarende som blir benyttet.

5.3.4 Arbeidet med innsatsområdene

Innsatsområdene som ble valgt kan synes å gjøre omstillingen mer omfattende enn hva som strengt tatt ble krevd av stortingsproposisjonen. HSØ hadde imidlertid ikke bare oppgavene med å finne en bedre løsning for hovedstadsområdet. Det var en ny organisasjon som skulle bygges opp og det var behov for felles referanser til hvordan ulike oppgaver skulle behandles. I avsnittene under beskrives hva som ble utført av utredninger og hva som ble fattet av vedtak innenfor de fem innsatsområdene.

5.3.4.1 Innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet

Sak 038-2008 omhandlet det videre arbeidet med hovedstadsprosessen og ble behandlet på styremøtet 16-17 april 2008. Som grunnlag for denne saken var det satt i gang flere delprosesser som leverte hver sine rapporter.

- 15. februar forelå et innspillsnotat til regionens foretak om større opptaksområder
- Delrapport 1 om hovedstadsprosessen forelå i april.
- Delprosess 2 tok for seg spesialiserte funksjoner og leverte sin rapport 28. mars.
- Delprosess 3 leverte to delrapporter. Den første ble levert i mars og tok for seg resultatet fra tre arbeidsgrupper som hadde sett på definisjonen av lokalsykehus tjenester innen somatikk og alle nivå av tjenester for psykisk helse og rus. I april ble delrapport 2 levert. Den behandlet lokalfunksjoner og samhandling med kommunene.
- Delprosess 4 som tok for seg universitetsfunksjoner leverte sin rapport først i juni.

Det ble utarbeidet en vurdering av kapasitet av SINTEF, fagmiljøene ga sin oppfatning om nødvendig opptaksområde for de ulike fag og andre beskrivelser av kapasitet og bruk av helsetjenesten i Helse- Sør-Øst.

Det ble ikke levert egne rapporter under innsatsområde 1 for framtidig kapasitets- og arealbehov og effektiv drift av medisinske støttefunksjoner.

Som et viktig ledd i dette arbeidet ble det gjennomført dialogkonferanser med totalt 80 grupper og 640 deltagere der fordelingen av basisområder og regionfunksjoner innen somatiske tjenester ble drøftet.

Av nye ting ble det foreslått å legge prinsippet om inndeling i sykehusområder til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Følgende sykehusområder, med de merknader som framgår av saksutredningen, legges til grunn for videreutvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet:

Innlandet: Sykehuset Innlandet HF

Østfold: Sykehuset Østfold HF

Øst: Akershus universitetssykehus HF

Sentrum: Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus

Vest: Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF

Telemark/Vestfold: Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF,

Sørlandet: Sørlandet sykehus HF

For videreutviklingen av tjenestene innen de enkelte sykehusområder og i Helse Sør-Øst samlet, ble det foreslått å legge følgende til grunn:

Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå, LEON prinsippet). Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 prosent av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.

Det ble videre spesifisert hva som skulle legges i lokalsykehusfunksjoner, hvordan akuttjenester skulle defineres og kunne variere med spesiell vekt på å kirurgiske og ortopediske akuttjenester bare burde være ett sted i et sykehusområde. Spesialiserte funksjoner ønsket man bare ett sted innenfor et sykehusområde og regionale tjenester bare ett sted innen regionen.

5.3.4.2 Innsatsområde 2 Forskning

Til styremøtet i mai 2008 ble forslaget til forskningsstrategi behandlet. Den skulle gjelde 2008-2011, men styret vedtok seinere at den skulle gjelde ut 2012.

Det understrekes at forskning er en av de fire hovedoppgavene foretakene er pålagt. Helse Sør-Øst var allerede i 2007 den største bidragsyteren innen medisinsk og helsefaglig forskning og har som mål å opprettholde og styrke den posisjonen, både nasjonalt og internasjonalt.

Visjon og mål er i strategien formulert slik:

Visjon

Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

Mål

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst fører til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning frembringer kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering, samt næringsutvikling. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som et lokomotiv for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde og bidrar til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
2. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst øker på lengre sikt (10 år) til 5 prosent av helseregionens driftsbudsjett.
3. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene, bidrar til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
4. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene, som gir bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon, og næringsutvikling.
5. Forskningsforvaltningen i helseregionen omfatter gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen og er koordinert med andre aktører.

Strategien for forskning er tydelig delt opp i mål som vist over, delmål, tiltak og risikomomenter. Det er få referanser til den øvrige strategiprosessen og gevinster ved sammenslåing. I den grad det øvrige omstillingsarbeidet trekkes inn er det i risikovurderingene. Den risikoen som blir framhevet er risikoen for at målet om å bruke 5 prosent av inntektene på forskning ikke nås, fordi omstillingene ikke gir den nødvendige økonomiske gevinsten. Det blir vist til at striden som er oppstått mellom fagmiljøer som et resultat av omstillingen også kan influere negativt på nødvendig forskningssamarbeid.

Det påpekes at på noen områder er forskningsmiljøene så små at det oppfattes som en risikofaktor. Imidlertid relateres dette ikke til omorganiseringsprosessen og mulighetene for å gjøre disse større.

5.3.4.3 Innsatsområde 3 IKT, stab- og støttefunksjoner

Helse Sør hadde opprettet Sykehuspartner som samlet store deler av deres kompetanse innen HR området, innkjøp, logistikk og IKT. På styremøtet 21. november 2007 ble sak 058-2007 *Stab støtte og fellestjenester* lagt fram og vedtatt. Vedtaket slo fast:

1. For å frigjøre ressurser til pasientbehandling og for å øke kvaliteten på de administrative funksjoner legger styret til grunn at administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess.
2. Styret slutter seg til at det etableres interne fellestjenester for hele Helse Sør-Øst.
3. Styret ser i denne sammenheng at den eksisterende fellestjenesteenheten Sykehuspartner utvikles som en sentral del av en slik organisering av administrative støttefunksjoner.
4. Styret legger til grunn at etablering, styring og utvikling av fellestjenester skjer i tråd med den redegjørelse som er gjort i saken. Styret legger særlig vekt på god ivaretagelse av de ansatte som berøres og at helseforetakene sikres tilstrekkelig innflytelse over fellestjenestene.
5. Styret forutsetter at nye tjenesteområder som skal etableres som fellestjenester forelegges styret for beslutning.
6. Styret legger til grunn at det bygges videre på den inngåtte avtalen med DHL når det gjelder etablering av felles forsyningsstruktur for hele Helse Sør-Øst.

På styremøtet i april 2008 ble sak 039-2008 *Innsatsområde 3.1 IKT, målbilde, dagens situasjon og videre prosess* behandlet. Der sluttet styret seg til følgende prinsipper for det videre arbeidet med å omstille og utvikle IKT-funksjonene i Helse Sør-Øst:

- En felles tjenesteenhet for felles drift av IKT etableres for hele Helse Sør-Øst.
- En felles tjenesteenhet skal levere tjenester av felles karakter basert på omforente tjenesteavtaler (SLA).
- Som hovedprinsipp skal alle tjenester overføres til en felles tjenesteenhet og unntak skal dokumenteres og besluttes av premissgiver i henhold til vedtatt styringsmodell.
- Styringsmodellen skal sikre HFenes medvirkning i styringen av en felles tjenesteenhet på en måte som sikrer god forankring og felles prioritering.
- Overdragelse av personell fra det enkelte HF skal som hovedprinsipp baseres på virksomhetsoverdragelse. I den videre prosess vil en utrede omfang og i hvilken takt overdragelse skal skje.
- Standardisering av infrastruktur, systemer og løsninger skal gjennomføres der dette understøtter god ressursutnyttelse og effektivisering for å sikre virksomhetens overordnede mål.
- Det etableres en felles prosess for porteføljestyring for hele Helse Sør-Øst.

5.3.4.4 Innsatsområde 4, kunnskapshåndtering og beste praksis

Det synes ikke som det foreligger noen rapport fra arbeidet med innsatsområde 4, kunnskapshåndtering og beste praksis.

5.3.4.5 Innsatsområde 5, mobilisering av ansatte og ledere

På styremøtet 24. oktober ble sak 049-2007 *Medvirkning og involvering* lagt fram og vedtatt. Vedtaket slår fast at medvirkning og involvering skal sikres:

- a) Gjennom etablerte fora
- b) Gjennom arbeidsgrupper/prosjektgrupper og referansegrupper
- c) Gjennom supplerende arenaer

Informasjonsflyten gjennom alle faser av arbeidet skulle være god.

Etablerte fora ble beskrevet som styret for HSØ, direktørmøtet for alle helseforetakene, brukerutvalget, kontakt med konserntillitsvalgte, samarbeidsorganet med høyskoler og universitet og kontakten med direktørene i de øvrige helseregionene.

Det skulle opprettes prosjektgrupper, arbeidsgrupper og referansegrupper.

Andre arenaer ble beskrevet som brede dialogmøter, programforum bestående av direktørgruppen, brukere, tillitsvalgte og verneombud, møter med kommunene og fagnettverksmøter.

Som en del av den store sak 067-2008 som ble lagt fram på styremøtet i juni 2008, var det en sak nr. 6 som tok for seg prinsipper for medvirkning. Der ble det vedtatt å legge 12 prinsipper til grunn for slik medvirkning.

5.3.5 Høringsfase

Like etter styremøtet den 24. april 2008, ble det utarbeidet et mandat til foretakene i Helse Sør-Øst som ledd i at det som forelå av forslag og innspill ble sendt ut på høring, både til regionens egne foretak og en rekke andre samarbeidspartnere som pasientorganisasjoner, faglige foreninger og andre offentlige instanser. Svarfrist for høringen ble 27. mai 2008.

Fra egne foretak ble det bedt spesielt om at disse punktene ble besvart:

1. Status: Beskrivelse og kort vurdering av gapet mellom de ulike vedtakspunktene og dagens situasjon innenfor sykehusområdet.
2. Målbilde: Mål og tiltak på kort (2008-2009) og lang sikt (fram mot 2012) for de ulike vedtakspunktene. Enkelte strukturelle endringer vil ha et lengre perspektiv. Det skal settes både kvalitative og økonomiske mål.
3. Effekter: Kvalitative og økonomiske effekter på kort og lang sikt. Effekter skal knyttes til de overordnede kvalitetsmål for omstillingen (herunder effekter knyttet til samhandling). Det legges til grunn at det innenfor sykehusområdene synliggjøres frigjorte ressurser for omstilling i tråd med målene.
4. Konsekvenser/risiko: Omstillingen vil medføre endringer og ha konsekvenser for annen virksomhet i foretakene/foretaksgruppen og i kommunene. Det forutsettes at det pekes på slike områder; herunder pasientbehandling, utdanning, forskning, prehospitale tjenester, arbeidsmiljø og ansatteforhold, ønsket areal- og kapasitetsreduksjon, samt ressursutnyttelse og resultatoppgjør. Det skal identifiseres endringer i kapasitet (som følge av flytting av funksjoner el.) eller ny organisering av spesialiserte funksjoner som påvirker andre sykehusområder. All flytting av funksjoner og pasientvolum mellom sykehusområder skal koordineres av Helse Sør-Øst RHF.
5. Investeringer: Vurdering av behovet for investeringer sett i lys av at det økonomiske handlingsrommet for Helse Sør-Øst er sterkt begrenset fram til 2012. I tråd med styrets forutsetninger skal ressurser til å utvikle et tjenestetilbud med riktig innretning og tilstrekkelig kapasitet til å løse prioriterte oppgaver og framtidig behov, frigjøres gjennom omstrukturering og omstilling. Der hvor det identifiseres behov for investeringer for å oppnå ønskede endringer, må det også påvises hvordan det kan frigjøres midler til investeringene. I den grad dette nødvendiggjør disposisjoner på tvers av helseforetak, må forslag forelegges Helse Sør-Øst RHF.
6. Styringsmodell: Vurdering av hensiktsmessig styringsmodell for sykehusområdet og eventuelle forslag til endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i området for å nå målene.
7. Regionsfunksjoner og spesialiserte funksjoner: Vurderer konsekvenser for sykehusområdet når regionsfunksjonene samles ett sted i regionen og tiltak for å ivareta denne samlokaliseringen. For spesialiserte funksjoner hvor opptaksområdet er større enn ett sykehusområde, må lokaliseringen koordineres med andre sykehusområder via Helse Sør-Øst RHF.

Innspillene fra egne foretak varierte både i omfang og innretning og gjenspeilet ikke denne ganske spesifiserte forespørselen.

5.3.6 Første del av strategiprosessen avsluttes

Styremøtet 19. juni 2008 ga sine vurderinger av en rekke sentrale strategidokumenter. Disse bygde på tidligere vedtak og utredninger og justerte disse i tråd med innspill fra høringsrunden. Møtet ble benyttet til å gi styrets retningslinjer for arbeidet mot et første endelig vedtak når det gjaldt det videre strategiarbeidet.

Hovedinnstillingen på styremøtet var sak 067-2008 *Omstillingsprogrammet – statusrapport per juni 2008*. Dette hoveddokumentet ble supplert med syv andre dokumenter som tok for seg alle innsatsområdene det ble vedtatt å utrede ved starten av prosessen. Til dette styremøtet forelå følgende åtte rapporter/innstillinger:

1. Omstillingsprogrammet. Statusrapport per juni 2008. Videre arbeid med en helhetlig strategi for Helse Sør-Øst
2. Innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen - høringsdokument
3. Innsatsområde 2. Forskning. Sammensetning og mandat for forskningsutvalget. Utlysning av forskningsmidler 2009

4. Innsatsområde 3.1. IKT
5. Innsatsområde 3.2. Innkjøp. Statusrapport
6. Innsatsområde 3.4. Eiendom
7. Innsatsområde 5 Mobilisering av medarbeidere. 12 prinsipper for medvirkning
8. Innsatsområde 5 Mobilisering av medarbeidere. HR - strategi for Helse Sør-Øst

Hovedinnstillingen med statusrapport begrunner behovet for å lage en strategisk plan for HSØ.

Innsatsområde 1 lanserer to hovedmodeller for Sentrum¹⁴ sykehusområde (Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus). Alternativ 1 samler alle lands- regionale- og områdefunksjoner ett sted og styrker lokalsykehusområdet ved å etablere robuste lokalsykehus. Alternativ 2 etablerer ett lands- og regionsykehus og ett områdesykehus med multitraume funksjoner samt en styrking av lokalsykehusfunksjonen ved å etablere robuste og rendyrkede lokalsykehus. I begge alternativene overføres ansvaret for en befolkning på ca 160 000 fra Sentrum til Øst sykehusområde (Ahus). Høringsdokumentet sammenfatter det som tidligere er vedtatt som retningsgivende for arbeidet og bygger ut og begrunner standpunktene.

Innsatsområde 2 tar for seg forskning og er kanskje den saken som er minst påvirket av hovedgrepene i prosessen, se avsnitt 4.4.2.

Innsatsområde 3 omfatter:

- 3.1 IKT er identisk med sak 039-2008 fra forrige styremøte.
- 3.2 Innkjøp. Statusrapport som ga disse anbefalinger/konklusjoner som ble tiltrådt av styret:

Gjennomføring av Handlingsplan innkjøp og logistikk 2008-2009 er organisert som en del av omstillingsprogrammet. Dette sikrer løpende oppfølging av prosjektet i sin helhet og spesifikt det enkelte delprosjekt gjennom de kommunikasjons- og styringslinjer som er knyttet til omstillingsprogrammet. Ressurssituasjonen er en kritisk faktor for å sikre gjennomføringsevne. Det vil arbeides videre med å sikre tilstrekkelige ressurser for å dekke de drifts- og prosjektoppgaver som fremgår av handlingsplanen. Det er hittil (pr. april) lagt et grunnlag for å hente ut gevinster (delprosjekt 9) på kr 50 mill. Målet for 2008 er 150 mill. kroner som forventes å bli nådd. For å kunne realisere de målsatte gevinster har det skjedd en styrking av innkjøpsorganisasjonen både på RHF-et og hos Sykehuspartner. Det er fortsatt et betydelig potensial som kan høstes gjennom bedre styring på anskaffelser og investeringer (delprosjekt 1,2 og 3) og utvikling av felles effektive prosesser gjennom bruk av elektroniske bestillinger og felles forsyningsstruktur (delprosjekt 7 og 8). Nøkkelen til å lykkes ligger i en felles sortimentsstyring for foretaksgruppen der kvalitetsmessig gode valg kan tas i nært samråd med medisinsk fagpersonell (delprosjekt 6). For å sikre riktig bruk av utstyr og tjenester må god og oppdatert informasjon være tilgjengelig i felles varekatalog (delprosjekt 5). Effektive arbeidsprosesser og gjenbruk av tidligere arbeid sikres gjennom felles arbeidsportal for innkjøps- og logistikkarbeidet (delprosjekt 4)

- 3.3 Eiendom førte til dette vedtaket:

1. Styret forutsetter at det straks iverksettes arbeid for å realisere påviste gevinster innen eiendomsområdet, da dette er vesentlig for å kunne realisere hele omstillingsprogrammet.

¹⁴ Dette området heter nå Oslo sykehusområde.

2. De tiltak som kan gjennomføres eller forberedes i nåværende organisasjonsstruktur iverksettes i tråd med forslagene som er fremsatt saken.
3. Styret ber om at endelig forslag til organisering som sikrer hele gevinstpotensialet, blir lagt fram for styret i oktober, hvor det i forslaget vektlegges en optimal og helhetlig måte å styre investeringer i nybygg, vedlikeholdsinvesteringer og avhending, samt gjennomføring av store prosjekter.
4. Styret anser det som viktig at det i valgt modell legges opp til en driftsorganisasjon som er nær bestiller og bruker av arealene, og som kjenner de lokale forholdene.

Innsatsområde 4: Kunnskapshåndtering og beste praksis. På dette området forelå det ingen rapport.

Innsatsområde 5, Mobilisering av medarbeidere. Her ble det etablert 12 prinsipper for medvirkning som var:

Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud

1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.
2. Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.
3. Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning. Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker.
4. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.
5. Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.
6. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

Informasjon

7. Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.
8. Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.

Endringsmetodikk

9. Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.
10. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.
11. Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.

12. Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.

Når det gjaldt mobilisering av medarbeidere og HR - strategi for Helse Sør-Øst ble dette vedtaket fattet:

1. Styret ønsker at Helse Sør-Øst skal være den foretrukne arbeidsgiver for medarbeidere og ledere innen spesialisthelsetjenesten. HR-strategien spiller en avgjørende rolle i forhold til å ivareta helseforetakenes forvaltning og utvikling av human kapitalen slik at brukernes behov og eiernes mål og rammer ivaretas.
2. Styret slutter seg til den fremlagte HR-strategi for Helse Sør-Øst 2008-2011.

5.3.7 Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene

5.3.7.1 Strategiarbeidet trekkes sammen mot et samlet dokument

Strategiarbeidet som startet med opprettelsen av Helse Sør-Øst 1. juli 2007 hadde i løpet av litt under 1,5 år vært gjennom en omfattende prosess som etter drøftingen av sak 067-2008 ble trukket sammen i sak 108-2008 og behandlet på styremøtet 20. november 2008. Der ble også sak 115-2008 om strategidokumentet til HSØ drøftet, og det ble fremmet en egen sak om IKT (109-2008).

Sak 108-2008 behandlet rammene for ønsket organisering av tjenesten i HSØ. Her ble det også vedtatt at det skal foretas en følgeevaluering av prosessen. Med vedlegg beskriver vedtaket hva som ønskes oppnådd på de forskjellige områdene som innledningsvis ble definert som de fem innsatsområdene. I de enkelte foretak sine strategier som ble utviklet etter avsluttet strategiprosess i HSØ, er det i stor utstrekning dette vedtaket det refereres til.

Sak 115-2008, *Strategidokument for HSØ* ble behandlet og dette ble vedtatt:

1. Styret tar forslag til strategidokument for Helse Sør-Øst til orientering.
2. Strategidokumentet revideres på grunnlag av vedtak i sakene 108-2008 og 109-2008 samt innspill i styremøtet, og legges frem for endelig behandling i desembermøtet.

Sak 109-2008 *Omstillingsprogrammet – innsatsområde 3.2 IKT. Etablering av ny felles tjenesteleverandør for IKT* ble behandlet og vedtatt. Her sies det:

1. Styret viser til tidligere vedtak (sak nr 39-2008 og 67-2008 nr. 3) samt gjennomført risiko og konsekvensanalyse og intern høring, og ber administrerende direktør realisere ny felles tjenesteleverandør for IKT som en del av Sykehuspartner ved å gjennomføre en samlet virksomhetsoverdragelse for den resterende del av foretakene i Helse Sør- Øst i tråd med lov og avtaleverk.
2. Styret understreker at god involvering skal sikres og at den regionale omstillingsavtalen og de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling legges til grunn for det videre arbeidet.
3. IKT- tjenester som overføres til ny felles tjenesteleverandør skal som hovedprinsipp i 2009 baseres på samme servicenivå, kostnadsnivå og risiko som ved overtakelsen. Videre strategi og handlingsplan skal behandles av styret i annet halvår 2009. Behov for investeringer knyttet til gjennomføring av denne strategien vurderes i tilknytning til arbeidet med budsjett 2010.
4. Styret understreker at det for sykehusområder som består av flere helseforetak skal gjennomføres samordning av systemløsninger og etablering av felles informasjonsgrunnlag for å sikre standardisering og effektiv drift. Regionale fellesløsninger skal benyttes når ikke særlige hensyn krever andre løsninger.

5. Styret slutter seg til fremlagte fremdriftsplan for å etablere og integrere felles tjenesteleverandør som en del av Sykehuspartner. Dette innebærer å gjennomføre samling av driftsressursene innen IKT, utvikle organisasjonen og gjennomføre nødvendige oppgraderinger av infrastruktur slik at alle helseforetakene kan benytte regionale fellesløsninger. Det etableres et rapporteringssystem i tilknytning til den ordinære virksomhetsrapporteringen.

På dette styremøtet ble det vedtatt å opprette Vestre Viken helseforetak.

5.3.7.2 Endelig strategisk dokument og handlingsplan

På styremøtet 18. desember 2008 ble strategisk plan 2009-2020 for Helse Sør Øst vedtatt i sak 130-2008.

Styremøtet vedtok også sak 133-2008 som var en plan for oppfølging og gjennomføring av strategiarbeidet og som omfattet innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet.

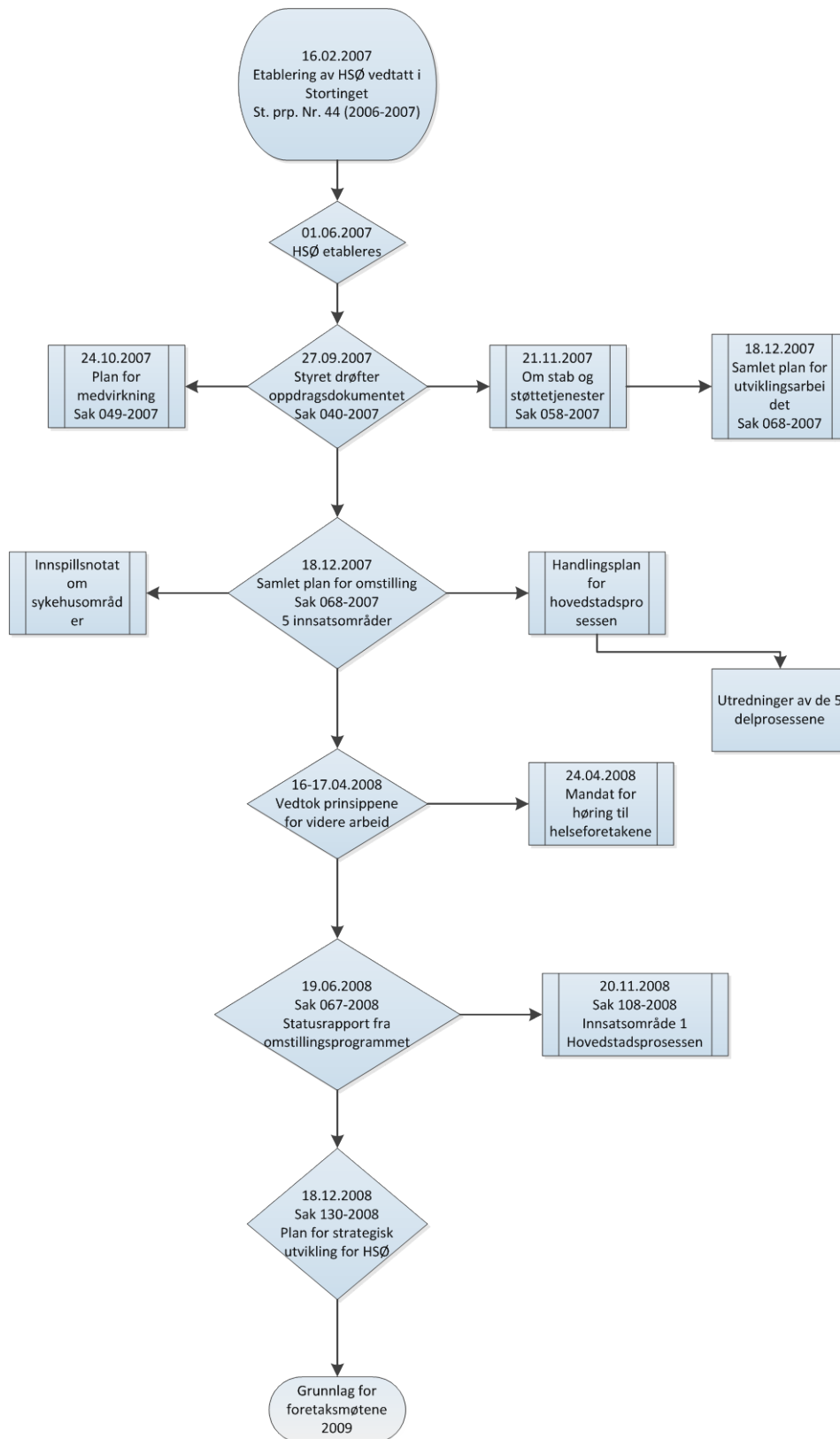
En sentral del av styringen av helseforetakene er foretaksmøtene. Helse- og omsorgsdepartementet har møter med de regionale helseforetakene der de får sitt oppdragsdokument ved starten av året. Deretter har det enkelte regionale helseforetaket foretaksmøter med sine foretak, der hvert foretak får sitt oppdragsdokument for inneværende år.

I sak 133-2008 var beskrivelser av tiltak og mål ganske spesifisert. Da foretaksmøtene for HSØ sine foretak startet i januar 2009 valgte HSØ å legge den spesifiserte delen av dette vedtaket til side. Det ble overlatt til det enkelte foretak å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. Det ble i stedet vist til vedtakene i sak 108-2008 og mål og retning på arbeidet slik det var formulert i strategidokumentet (Sak 115-2008).

Foretaksmøtene ble avvirket i løpet av februar 2009. Vedtakene som HSØ hadde fattet på de fem innsatsområdene ble der gjort om til krav som de enkelte foretak skulle oppfylle. Fra nå av ble den praktiske gjennomføringen av strategien i all hovedsak flyttet til de enkelte foretak, mens HSØ sin oppgave var å sjekke ut hvordan strategien ble tilpasset det enkelte foretak og hvordan framdriften i gjennomføringen var.

Felles tjenesteleverandør (FTL) ble formelt opprettet som en egen del av IKT i Sykehuspartner den 1. september 2009.

Som en oppsummering har vi laget en figur over de viktigste milepælene under arbeidet med strategien for omstilling som er vist under. Det er styremøter med de aktuelle saker som står i den sentrale linjen og arbeid som pågår i perioden fra et styremøte til et annet.

Figur 5-1 Tidslinje for arbeidet fram til strategiplan for Helse Sør-Øst RHF


5.4 Hva ligger i de ulike målbeskrivelsene, hvor klart er de definert?

Som tidligere nevnt omfatter evalueringen av omstillingsprosessen en rekke arbeidspakker som skal gå næyere inn på enkelte deler av strategiarbeidet. Denne første pakken skal gi en oversikt over hva som er gjort slik at det gir et bedre grunnlag for å velge hva som skal studeres nærmere.

Kapittel 4 viser hva som ble fattet av vedtak når og hvilke dokumenter som lå til grunn for vedtakene. Dette kapitlet systematiserer videre hva som er gjort.

I sak nr. 40 – 2007 ble det slått fast at omstillingsarbeidet skulle være gjennomføringsorientert, heller enn utredningsorientert. Tolkningen vår er at man mente det viktigste var å få sammenslåingen til å fungere og at man allerede hadde mye kunnskap om hva som fungerte og ikke fungerte. Det var ikke tid til for omfattende utredninger.

SINTEF har valgt en metode i sin analyse der vi vurderer hvordan det er skilt mellom mål og tiltak, hvor godt målene er spesifisert og hvor tydelig man har vært på når målene forventes nådd. Dette kan tilsynelatende stride mot valget HSØ tok om å ha en handlingsorientert framfor en utredningsorientert prosess. For de som sto midt i prosessen var forståelsen for hva som var formulerte mål god nok, og ønsket først og fremst å sette i gang en prosess med en riktig retning på de endringene som ble gjennomført. For læring i ettertid er det SINTEFs oppfatning at det vil være nyttig å etterprøve presisjonen i målformuleringer og effekten av tiltak. Det gir et bedre grunnlag til å vurdere på hvilke områder det kunne hatt en effekt å gjøre ting noe annerledes. Det gjelder også SINTEFs arbeid med de øvrige arbeidspakker. Ved å velge dette som metode gir det en bedre mulighet for å velge ut de riktige områdene for en dypere og mer spesifisert studie av hvordan prosessen ble gjennomført og hvilke effekter det ga.

I denne rapporten skal vi ikke foreta noen egenvurdering av hva som kunne vært gjort annerledes og hva som kunne vært prioritert på en annen måte. Da vil heller ikke gjennomgangen av de ulike målene og tiltakene være avstemt i forhold til den viktigheten de antagelig hadde. Dette som kan oppfattes som en skjevhet vil rettes opp i det videre arbeidet med å vurdere omstillingsprogrammet og vil komme til uttrykk i hva de øvrige arbeidspakkene vil velge å legge vekt på.

5.4.1 Målene formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007)

En stortingsproposisjon er ingen utredning. Proposisjon brukes når regjeringen foreslår at Stortinget fatter et vedtak. I denne proposisjonen vises det ikke til underliggende utredninger som begrunner forslagene mer utfyllende. Samtidig er det nok riktig å si at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst først og fremst var begrunnet i den stadige uroen rundt Rikshospitalet og Radiumhospitalet og det som ble oppfattet som en manglende samordning av tjenestene mellom disse to sykehusene og Ullevål sykehus. Dette bekreftes langt på vei i Stortingets høring rundt prosessen med sammenslåing av de Oslo plasserte sykehusene til Oslo Universitetssykehus (OUS) og den store vekten som ble lagt på å oppnå en bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet. I Stortinget var det Frp som begrunnet sin støtte til vedtaket med at dette kunne være første skritt på veien til et nasjonalt sykehusdirektorat. Hverken regjeringen eller de øvrige Stortingspartiene har trukket inn den øvrige delen av sykehusregionene i diskusjonen omkring sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Ingen andre partier trakk inn hele organiseringen av sykehustjenestene i debatten som ledet opp til vedtaket. Forslaget om sammenslåing var, som det står tydelig i vedtaket, begrunnet med ønsket om å få en løsning på det som ble oppfattet som samarbeidsproblemer i hovedstadsområdet.

Nedenfor drøfter vi de gevinstene regjering og Storting ønsket å hente ved en sammenslåing, slik de er beskrevet innledningsvis i denne rapporten. Vi har funnet at regjering og Storting så fire muligheter for gevinst som følge av sammenslåingen.

Gevinst 1: Bedre mulighet for helhetlig styring

Det går ikke tydelig fram av proposisjonen hva som legges i helhetlig styring. I en artikkel av KS-konsulent fra 2008 sies det at helhetlig styring er:

Et slikt system vektlegger å rapportere resultater og sette mål på flere dimensjoner enn bare økonomi¹⁵.

Hva i sammenslåingen av de to helseregionene som skal legge forholdene bedre til rette for helhetlig styring er ikke beskrevet. Eierforholdene er stadig de samme, med helseministeren som øverste leder for hele foretaksområdet. Det ble ikke tatt noe parallelt initiativ til å slå sammen noen av de øvrige helseregionene, så størrelse i seg selv synes ikke ha vært noe argument. I intervjuene SINTEF har gjennomført ble det heller uttrykt en uro for at dette kunne bli for stort. Selv om det ikke er beskrevet i proposisjonen hadde det gjennom mange år vært drøftet flere modeller for hvordan løsningen for Hovedstadsområdet kunne bedres. Når løsningen ble å slå sammen de to regionene var det viktig å understreke at oppdraget den nye regionen fikk var å utnytte de mulighetene man fikk til bedre helhetlig styring.

Helhetlig styring var definert som en bedre samordning av de medisinske, helsefaglige og administrative ressurser slik at befolkningen i området fikk det beste tilbudet regionen kunne gi og på et nivå som var riktig for den enkelte pasient. Behandlingstilbudet skulle ikke være styrt av administrative oppdelinger.

Gevinst 2: Bedre ressursutnytting og koordinering i hovedstadsområdet

Her er forventet gevinst av sammenslåingen direkte rettet mot forhold i hovedstadsområdet. Bedre ressursutnytting retter seg mot bruk av personell, utstyr og bygninger. Koordinering retter seg mot å etablere pasientstrømmer som følger faglige retningslinjer og ikke forstyrres av administrative skillelinjer.

Det er ikke gitt noen vurdering av hvorfor dette ikke kunne løses uten å slå sammen regionene, når begge regioner hadde samme eier og med helseministeren som øverste leder. Det er ikke nøyere analysert hva slags ressursutnytting og samordning som savnes, hvordan sluttresultatet på dette området bør være, hva det kan bety for dimensjonering av sykehusstilbudet og hva det vil koste i forhold til hva det vil gi i gevinst.

Departement og Storting hadde behov for en dedikert ledelse av det omfattende samordningsarbeidet det var behov for i hovedstadsområdet og valgte å slå sammen de to helseregionene slik at hele området fikk én ledelse. Det fantes ikke noe erfaringsgrunnlag som tilsa at dette ville løse de utfordringene som fantes i området, men det var enighet om at dette var den beste organisatoriske løsningen for å kunne arbeide videre med å løse de eksisterende samarbeidsproblemene.

Gevinst 3: Med bedre ressursutnytting i hovedstadsområdet vil det bli lettere å få personell andre steder i landet

Her defineres bedre ressursutnytting som færre ansatte, kanskje ikke absolutt, men i hvert fall relativt til tilgangen på helsepersonell i landet. Det finnes ikke dokumentasjon på at samordninger av sykehus uten videre gir en slik effekt og det synes ikke å foreligge noen anvisninger på hvilke personellgrupper det var et spesielt ønske om å fordele bedre. En videre spesifisering av dette ble overlatt til den nye regionen.

Gevinst 4: Bedre samordning av fag og forskningsmiljøer

Forskningsmiljøene ved Riks- og radiumhospitalet er dominerende i forhold til øvrige universitetssykehus og i enda større grad dominerende innen området til Helse Sør-Øst. De regionale foretakene har over flere år arbeidet med å styrke sin forskningsinnsats og ¹⁶da spesielt de i utgangspunktet svake områder som psykisk

¹⁵ KS-K 20.10 2008, KS sine websider

¹⁶ Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, Jorid Kalseth, Eva Lassemø, Tarald Rohde, SINTEF rapport A14727, isbn 978-82-14-04789-9, februar 2010

helse, rus og helsetjenesteforskning. Det antas at også på dette feltet er det først og fremst samordning av miljøene på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus som er målet, og at dette vil gi både mer og bedre forskning om det blir gjennomført.

5.4.2 Vurdering av mål og tiltak formulert i strategidokumentene for Helse Sør-Øst RHF

5.4.2.1 Strategien til HSØ ble utviklet samtidig med at andre oppgaver måtte løses

I en evaluering av omstillingsprosessen i HSØ er det viktig å ha klart for seg at det foregikk flere prosesser samtidig. Disse var:

- Det skulle foretas en sammenslåing av de to største helseregionene i Norge. Dette krevde mye ressurser på forhold som ikke først og fremst sees på som en strategiprosess. Det gjaldt personellbehandling, tariffavtaler, juridiske forhold, lønns- og personalsystemer, andre IKT systemer og en rekke andre forhold som måtte løses for å få etablert en region.
- Magnussenutvalgets forslag til fordeling av ressurser mellom helseregionene ble gjennomført med den konsekvens at veksten i tildelingen til HSØ ble vesentlig svakere enn for de øvrige regionene og den samlede regionen hadde i utgangspunktet en stor økonomisk underbalanse.
- Ahus var planlagt for en vesentlig større pasientpopulasjon enn hva sykehuset tidligere hadde, og måtte få en tilførsel av pasienter for å kunne fylle det nye sykehuset. Dette var heller ikke en del av strategiarbeidet, men et forhold som var etablert da sykehusene ble styrt av fylkeskommunene. Denne oppgaven ble ikke satt i gang som en del av omstillingsprosessen, men var definert noen år tidligere.

Alle disse tre områdene krever omfattende involvering både av ledelse og ansatte og måtte håndteres samtidig med at det ble utviklet en strategi for å oppfylle regjeringens og Stortingets krav til den nye regionen.

5.4.2.2 Hovedvalgene som ble gjort av HSØ

HSØ valgte å lage en strategi for hele regionen som en plattform for å løse de ganske konkrete oppgavene som var formulert av regjering og Storting. De to sentrale begrunnelsene for dette var:

1. Det var viktig at alle foretakene i regionen følte seg trygge for at tiltakene som rettet seg mot hovedstadsområdet også ivaretok interessene til de foretakene som lå i andre deler av regionen.
2. For å kunne få til ønsket omstilling i selvbevisste fagmiljø i hovedstaden måtte det være bred støtte for de prinsippene som ble lagt til grunn for arbeidet.

HSØ valgte som tidligere vist i kapittel 4.2 å starte arbeidet på fem innsatsområder.

Innsatsområde 1, Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet

Under dette innsatsområdet ble Hovedstadsområdet definert til å omfatte Oslo, Akershus og Buskerud. Det som seinere ble sykehusområdene Oslo, Ahus og Vestre Viken. Siden regions- og landsfunksjoner ikke er entydig definert var det var nødvendig å finne en organisering av tjenesten som tydeligere definerte hvilke pasienter som skulle sendes inn til regionsykehusene og hvilke som kunne behandles mer lokalt. Dermed ble oppgaven under innsatsområdet 1 mer omfattende enn bare å se på Hovedstadsområdet.

Innsatsområde 2, Forskning

Dette innsatsområdet svarer direkte ut en av oppgavene HSØ var tildelt med et krav om bedre samordning.

Innsatsområde 3, IKT, stab- og støttefunksjoner

Når IKT, stab og støttefunksjoner ble markert som eget innsatsområdet skyldes det at det på disse områdene eksisterte ulike rutiner og systemer. Viktigst var at Helse Sør hadde etablert sin egen organisasjon for disse

oppgavene, Sykehuspartner. I Helse Øst hadde disse oppgavene vært fordelt på hvert enkelt foretak. Det var, og er samtidig en sterk oppfatning av at en god effekt av samordning krever like systemer for pasientadministrasjon, elektronisk pasientjournal, personellsystemer, økonomisystemer og tilsvarende. HSØ var videre opptatt av å styrke kompetansen og dermed effektiviteten innenfor disse områdene.

Målet med arbeidet i dette innsatsområdet var å vise hvordan en reorganisering innen disse funksjonene kunne bidra til bedre ressursutnytting.

Innsatsområde 4, Kunnskapshåndtering og beste praksis

Det er antagelig riktig å si at dette innsatsområdet ble etablert fordi HSØ mente at et viktig bidrag fra deres side burde være å heve kvaliteten på pasientbehandlingen. Bedre ressursutnytting skulle ikke bare føre til høyere effektivitet i rent teknisk forstand, men bidra til en bedre kvalitet på tjenestene som ble tilbudt.

Innsatsområde 5, Mobilisering av ansatte og ledere

Som vist i innledningen av dette kapitlet fikk HSØ i oppgave å realisere forventningene til Regjering og Storting samtidig som tre andre store oppgaver skulle finne sin løsning¹⁷. Da mente HSØ det var viktig å utvikle metoder for hvordan ansatte og ledere skulle mobiliseres og samles om de vedtakene som ble fattet. Sammenlignet med de tre andre helseregionene er HSØ nesten tre ganger så stor som den største av dem og to sykehusområder er begge større enn Helseregion Nord RHF. Dette setter andre krav til styring og kommunikasjon enn i enheter som er mindre og der den løpende kontakten kan oppleves nærmere.

Arbeidet som ble satt i gang innenfor de fem innsatsområdene varierte i omfang. Noen ble delt opp i undergrupper som leverte egne bidrag. Den mest omfattende dokumentasjon av mål og tiltak for strategiarbeidet er knyttet til Sak 67-2008. Denne ble behandlet i styret for HSØ 19. juni 2008. Den inneholder en statusrapport for omstillingsprogrammet, en samordnet framstilling av strategien og i tillegg underliggende dokumenter som tar for seg fire av fem delprosesser. Behandlingen av denne saken la grunnlaget for den endelige utformingen av den overordnede strategien. Det ble ikke levert noen sluttrapport fra Innsatsområde 4, Kunnskapshåndtering og beste praksis.

Overordnede målformuleringer

I de videre avsnittene i kapittel 5 har vi sortert mål og tiltak som er formulert i strategien under overskriftene

- pasientbehandlingen
- mål for løpende drift
- mål for ikke-medisinske støttetjenester
- bygg
- forskning og undervisning

Det forberedes to egne arbeidspakker som tar for seg hvordan strategien er bragt ut til de ansatte, så den delen av strategien behandles ikke i denne rapporten.

De overordnede målene som formuleres hviler særlig på de nasjonale kvalitetskriterier som sier at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse

¹⁷ De tre var som tidligere vist justering av sykehusområdet mellom Oslo og Ahus for å utnytte det nye sykehusets kapasitet, den nødvendige fusjonsprosessen mellom Helse Øst og Helse Sør og arbeidet med å oppnå økonomisk balanse for den nye regionen.

- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Dette er krevende mål som ble satt for helsetjenesten nasjonalt i rapporten "*Og bedre skal det bli*"¹⁸ fra Helsedirektoratet. HSØ har ikke gått spesielt inn på hva dette betyr for deres region, hvordan måloppnåelsen var ved etableringen av den nye store regionen og det foretas heller ingen vurdering av om det er noen av disse målene som bør prioriteres foran andre. Derfor kan vel dette kalles en visjon for virksomheten.

Vårt oppdrag er å evaluere omstillingsprosessen. Siden den er definert å være gjennomføringsorientert og ikke utredningsorientert kan det forklare at det er lite eller ingen dokumentasjon av situasjonen ved starten av strategiarbeidet, som resultatene av omstillingsprosessen kan måles mot. Det ble satt mål å arbeide mot. Det ble ikke gjennomført noen analyse av hvor langt unna målet man var.

For å kunne svare på oppdraget har vi derfor analysert hva som er mål og hva som er tiltak for å nå målene. I neste omgang har vi foretatt en vurdering av hvor tydelig både mål og tiltak er definert, og om måloppnåelse på enkelte områder vil ha konsekvenser som har betydning for ressursfordeling og organisering i regionen. Med den innretningen som ble valgt for strategiarbeidet er det beskjedent med dokumentasjon i form av notater og rapporter som trekker målformuleringene sammen til tydelige mål å arbeide mot. Vi tar opp dette i et eget kapittel 6. Seinere vil en egen arbeidspakke sammenligne hva som er gjort i HSØ med hva som er gjort i andre regioner og land det er naturlig å sammenligne med.

Mål og tiltak for strategiarbeidet har omfattet hele bredden av tjenester for HSØ. For å kunne drøfte og vurdere dette på en forståelig måte har vi valgt å dele det opp i de fire hovedområdene som er beskrevet i innledningen til dette kapitlet.

Innenfor hvert av områdene har vi skilt mål og tiltak. Inndelingen er basert på SINTEFs vurdering. Vi har også rangert målene i overordnede mål og mål som i større eller mindre grad presiserer hva som forventes oppnådd når organisasjonen har samlet seg om de overordnede målene. Ved å sortere på denne måten blir det enklere å drøfte de forskjellige elementene. Ulempen er at både mål og tiltak kan stå litt nakne. Det er en interaksjon mellom dem som vi i noen sammenhenger ikke får tatt nok høyde for.

Denne rapporten skal både gi en første presentasjon av hele strategiprosessen og danne grunnlag for kommende prosjekt som skal gå nærmere inn på enkeltområder og evaluere hva som er gjort, hvordan det er gjort og hva som er oppnådd. For å kunne arbeide videre med problemstillingene har SINTEF laget et tydeligere skille mellom mål og tiltak, og en oppdeling av mål i hovedmål og underordnede mål.

5.4.2.3 Pasientbehandlingen

Pasientbehandling er kjerneaktiviteten til alle regionale helseforetak og også det mest sentrale området for HSØ sin strategi. I dette avsnittet har vi trukket ut det vi oppfatter som hovedmål. I tillegg har vi delt det som kan oppfattes som delmål i fire typer mål. De er:

- organisatoriske mål
- driftsmål
- forholdet til primærhelsetjenesten
- direkte pasientrettede mål

¹⁸ ...og bedre skal det bli, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, Veileder, Sosial og helsedirektoratet, IS 1162, september 2005

I neste hovedavsnitt går vi så inn på det som presenteres som tiltak for å nå disse målene. I vedlegget er dette presentert i en skjematisk tabellform.

(1) Hovedmål

Hovedmålene for pasientbehandling er mer likeverdighet og mer tilgjengelighet.

Dette er mål som også er satt for den nasjonale helsetjenesten. Selv om det ikke er beskrevet i noen av strategiprosessens underliggende dokumenter, er dette beskrevet flere ganger i ulike offentlige utredninger:

- Likeverdige helsetjenester betyr at befolkningen skal ha den samme tilgangen til gode helsetjenester uavhengig av sosial klasse/inntekt, kjønn, alder og nå også etnisitet og kultur.
- Tilgjengelighet betyr i denne sammenhengen at befolkningen skal ha tilgang til gode helsetjenester når den har behov for det, uavhengig av bosted.

Disse målene er ikke entydige og i noen tilfeller kan de arbeide mot hverandre. Når de settes som hovedmålene for virksomheten er det for å understreke at det er kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen som er målet for arbeidet. Ressursutnyttning og økonomiske parametere må vurderes etter hvordan de påvirker hovedmålene.

Det er lagt til at det skal være mer tilgjengelighet og likeverdighet. Vi finner ingen analyser hvordan HSØ mente de presterte på disse to områdene, så det vil være vanskelig i kommende arbeidspakker å vurdere i hvilken grad hovedmålet er oppnådd.

Blant de viktigste tiltakene som trekkes fram for å nå hovedmålet er:

- Bedre kunnskapshåndtering
- Risikostyring og avviksbehandling
- Etablere behandlingslinjer

Dette skal være med på å redusere antall uønskete hendelser og uønskete avvik når det gjelder handtering av ventelister.

Når det gjelder risikostyring og avviksbehandlingen synes det som konsernrevisjonen også ser på slike forhold. Høsten 2012 ble det foretatt en konsernrevisjon som avdekket vesentlige mangler ved rutineene ved 10 av regionens helseforetak. Denne ble offentliggjort og debattert i pressen. Sett i forhold til strategien er dette en oppfølging i tråd med hva HSØ ønsker å oppnå.

Vi har ikke oversikt over andre konkrete tiltak på dette området annet enn at dette er et viktig tema i foretaksmøtene og en del av oppdraget som gis til foretakene.

For å styrke arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet og understøtte faglig utvikling og samordning ble det etablert regionale fagråd.

Arbeidet med bedre kunnskapshåndtering og etableringen av behandlingslinjer ble presentert for styret i sak 096-2010.

(2) Organisatoriske mål

Det er formulert som et mål å få til en tydelig inndeling i tjenestenivåene for sykehusene, slik at det som kan desentraliseres og det som må sentraliseres. LEON prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, ble formulert i den offentlige utredningen som beskrev det regionaliserte sykehusvesenet i 1974 og skal være en rettesnor for organiseringen av HSØ.

Tiltaket for å nå dette målet er etableringen av sykehusområder. Disse skal ha et så stort befolkningsgrunnlag at de skal kunne behandle 80-90 prosent av egen befolkning. Sykehusområdene skal ha et så variert tjenestespekter at de med rimelighet kan sammenlignes med hverandre. Det var ønskelig å ha ett helseforetak for hvert sykehusområde. Det ble ikke tatt stilling til hvor mange geografisk uavhengig plasserte

sykehusenheter hvert område skulle inneholde, men det ble beskrevet at innen hvert sykehusområde skulle det være ett områdesykehus og at øvrige sykehusenheter da skulle ha status som basissykehus. Innen regionen skulle det være ett tilbud om regions- og landsfunksjoner. Akutt kirurgi skulle bare utføres ett sted i sykehusområdet. Målene var ikke absolutte. Det ble brukt formuleringer som "normalt skal" i beskrivelsen av dem.

Avsnittet ovenfor beskriver først og fremst situasjonen for somatisk virksomhet. Når det gjelder voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling, setter strategien et mål om å få en felles ledelse for denne delen av virksomheten og en geografisk samlokalisering av somatisk virksomhet og psykiatriske tjenester.

De fleste sykehusområdene som var og ble etablert har en egendekning tilsvarende målet som er satt i strategien. Unntaket er Oslo med de tilgrensende områdene til Ahus og Vestre Viken med Asker- og Bærumbefolkningens historiske bruk av Oslosykehusene. Da strategien var ferdig på slutten av 2008 ble regionens foretak gitt i oppdrag å føre den ut i livet. Det ble ikke foretatt noen vurdering av hvilke tiltak som måtte iverksettes i det mindretallet av sykehusområder der et arbeid med å oppfylle de strategiske målene forutsatte betydelig omdirigering av eksisterende pasientstrømmer og en vesentlig økning av sykehusområdets kapasitet. Hvordan de spesielle forholdene i Oslo skal løses med utgangspunkt i at et sykehusområde "normalt" skal ha 80-90 prosents egendekning er ikke behandlet særskilt.

I strategien og dokumentene som leder fram til denne understrekes nødvendigheten av et klarere skille mellom tjenestenivåene. Hva som ligger i det er tolket ulikt i de forskjellige sykehusområdene. Vestre Viken ser for seg at områdesykehuset skal ha både lokal- og områdesykehusfunksjoner. I Oslo ble det arbeidet med en løsning der et alternativ er at det etableres et reint regions- og landsfunksjonssykehus.

Når sykehusområdene behandles er det ikke klart hvordan private tilbud inngår i tilbudene. Dette betyr spesielt noe for Oslo som har to forholdsvis store ideelle private sykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg diakonale sykehus. Vestre Viken har Martina Hansen Hospital med tilsvarende status.

Det er formulert et mål om felles ledelse innen TSB¹⁹ og psykiatri. På dette området er vurderingen at det har vært for mange små enheter som har operert uten å være en tydelig del av det samlede tjenestetilbudet.

Mindre, men viktige mål for pasientbehandlingen, i tillegg til det som er nevnt over er:

- et basissykehus skal ha en geriatrisk enhet og en slagenhet
- etablere et ambulerende spesialisttilbud og "Hjemmesykehus".
- samling av regionale rehabiliteringsfunksjoner
- opprettingen av et regionalt lærings- og mestringssenter (LMS)
- oppretting av breddekompetanse

De fire siste kulepunktene er ikke utdypet og spesifisert i dokumentene som ligger til grunn for det endelige strategivedtaket.

(3) Driftsmål for pasientbehandling

Tiltak for å bedre pasientflyten er formulert som:

- felles rutiner for innleggelse, behandling, utskriving og faglig konferering
- enhetlige opptak for somatikk, rus og psykisk helse innen hvert sykehusområde

Kortere liggetid er formulert som et tiltak som både skal gi bedre pasientbehandling og mer effektiv drift.

¹⁹ TSB er forkortelse for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I de tidlige dokumentene ble det formulert som en mulighet at det innen hvert sykehusområde ble etablert ett vaktskift per fag. Dette fulgte ikke med til sluttrapporten. Det er ikke drøftet om det innen noen fagfelt burde vært vurdert vaktordninger også på tvers av områdegrensene.

Tiltak som er mer rettet mot den enkelte pasient er at

- epikrise skal følge pasientene ved utskriving
- det etableres en individuell plan for pasientene med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Som tiltak innenfor det direkte pasientrettede området har vi definert arbeidet med

- Sertifisering og akkreditering
- Virksomhetsregistrering ved akuttmottak
- Målet om å tilføre mer ressurser til rehabilitering og habilitering

(4) Forholdet til primærhelsetjenesten

Det er formulert et mål om at oppfølging og kontroll i størst mulig grad skal ivaretas av fastlegen og kommunehelsetjenesten.

Strategien ønsker etablering av felles akuttmottak med kommuner. Strategien ble utformet før Samhandlingsreformen trådte i kraft. Ved innføringen av Samhandlingsreformen har nå alle norske kommuner fått et oppdrag om å etablere et visst antall akuttsenger for sin befolkning.

Uten at det er formulert spesielle mål og tiltak har det i strategiprosessen blitt skrevet utredninger som blant annet omhandler overgangen mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Disse utredningene tar for seg habilitering/rehabilitering, organisering av prehospitaltjenester og handlingsplan for eldre.

5.4.2.4 Mål for løpende drift

Det overordnede økonomiske målet er å oppnå en bærekraftig utvikling. Med det menes en utvikling der det oppnås en god balanse mellom kostnader og forventede inntekter. Inntektene skal dekke både drift og investering. I perioden etter at dette målet ble formulert er det kommet en ny inntektsmodell for de regionale foretakene. Som tidligere beskrevet får nå HSØ relativt sett mindre av de samlede overføringene til spesialisthelsetjenesten enn tidligere. Sammenlignet med hva som er utredet for pasientbehandlingen er det ganske beskjedent hva som er utredet om dette temaet og hvordan målet om en bærekraftig utvikling skal nås.

Av tiltak innen pasientbehandlingen er det målet om å redusere antall liggedager som kan gi en kostnadsreduksjon ved at antallet døgnåpne poster kan reduseres. Målet om en overgang fra døgnbehandling til poliklinikk og dagbehandling kan også ha en positiv økonomisk effekt.

Innen ikke-medisinske tjenester er det formulert flere tiltak der målet er å redusere kostnader samtidig som tjenestenivået opprettholdes og/eller forbedres. Dette behandles i avsnitt 5.2.5.

Det er ikke foretatt noen vurdering av hvordan målet om at alle sykehusområder skal ha en egedekning på 80-90 prosent slår inn på det økonomiske området med behov for en vesentlig oppgradering av behandlingsskapiteten til noen av sykehusområdene.

5.4.2.5 Mål for ikke-medisinske tjenester

Antall mål for ikke-medisinske tjenester er vesentlig færre enn de var på pasientområdet, mens det er satt opp forholdsvis flere tiltak enn mål. Som mer overordnede driftsmål har vi definert alle formulerte mål som angår det økonomiske resultatet til foretakene og HSØ samlet.

Innenfor området for ikke-medisinske tjenester ble det satt i gang 9 delprosjekter. Tiltakene som er formulert på dette området er:

- Oppretting av felles tjenesteleverandør for IKT-tjenester
- Utnytte stordriftsfordeler
 - Sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester
 - Etablere færre miljøer
- Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk
 - Felles forsyningsstruktur
- Egen styringsmodell IKT
- Målbilde for IKT fra A til E
 - (A) IKT skal bidra til å realisere helhetlige pasientforløp og integrerte behandlingsskjeder
 - (B) IKT skal bidra til høy kvalitet og god utnyttelse av ressurser i pasientbehandlingen
 - (C) IKT skal bidra til å gi ledelsen relevant og god styringsinformasjon
 - (D) Organisering av IKT området skal bidra til økt fleksibilitet for framtidig forandring
 - (E) IKT skal levere tjenester med avtalt kvalitet gjennom effektive prosesser og god ressursutnyttelse

Felles tjenesteleverandør er definert som å samle all IKT kompetanse hos Sykehuspartner.

Når det gjelder å utnytte stordriftsfordeler henger det trolig sammen med ønsket om å sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester, og ha færre miljøer på dette området. Skal dette fungere etter hensikten forutsettes det at områder som lønn, regnskap og HR kan effektiviseres ved å lage større miljøer. Dette er vurdert som tiltak.

Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk er formulert som et mål. En presisering innenfor dette området er etableringen av en felles forsyningsstruktur. Det er foreløpig ikke presentert et konkret program for hvordan dette er tenkt gjort, så langt vi har oversikt over.

Innenfor IKT er det vist en egen styringsmodell og det er satt opp en rekke målbilder for denne virksomheten fra A til E. Det synes ikke å foreligge noen foreløpige vurderinger av hva som er oppnådd på dette området.

Et viktig tiltak for å nå driftsmålene er lederopplæring i internkontroll og driftsstyring som skal bidra til å oppnå god kapasitetsutnyttning, samhandling og driftseffektive løsninger.

5.4.2.6 Bygg

HSØ disponerer en stor bygningsportefølje. På dette området er det satt opp fire mål:

- Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter utnyttes optimalt
- Det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Ressurser må frigjøres og omprioriteres
- Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene gjennomgås
- Realisering av overflødige arealer planlegges og gjennomføres

På kort sikt, fram mot 2012 er målet å oppnå 10 prosents arealreduksjon og 10 prosents kostnadsreduksjon ved driften av eiendomsmassen.

I de tidlige vurderingene av eiendomsforvaltningen er det beskrevet et ønske om å effektivisere byggeprosesser, etablering av arealstandarder og det åpnes for en endret organisering av eiendomsområdet. Disse elementene ble ikke ført inn i den endelige strategien.

5.4.2.7 Forskning og undervisning

Vi velger å presentere visjon og mål på dette området slik det er formulert av gruppen som utredet dette området. Det er litt mer omfattende enn hva som er formulert i det mer kortfattede og samlede strategidokumentet.

Mål og visjon for forskningen formuleres i strategien som:

Visjon

Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

Mål

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst fører til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning frembringer kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering, samt næringsutvikling. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som et lokomotiv for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde og bidrar til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
2. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst øker på lengre sikt (10 år) til 5 prosent av helseregionens driftsbudsjett.
3. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene, bidrar til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
4. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene, som gir bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon, og næringsutvikling.
5. Forskningsforvaltningen i helseregionen omfatter gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen og er koordinert med andre aktører.

Risikoelementer som blir trukket fram er:

- For lite regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid
- For små forskningsmiljøer
- For lite pasientgrunnlag i kliniske studier

Som en risiko knyttet til målet om at forskningen skal ha tilstrekkelig kvalitet og bredde blir det trukket fram at omorganiseringen kan føre til:

- Svekket samarbeid og økt antagonisme i/mellom omorganiserte forskningsmiljøer.

Til tross for etableringen av større foretak blir stor grad av inhabilitet pga små forskningsmiljøer ført opp som en risikofaktor for ikke å få til gode og effektive tildelingsprosesser.

Når det gjelder undervisning tas ikke det opp i forskningsstrategien, og vi har ikke funnet at det er behandlet spesielt i løpet av prosessen.

Vi er blitt fortalt at risikovurderingene som ble gjort på dette området ikke er en kritikk av det strategiske målet om å opprette sykehusområder og mer robuste helseforetak, men en faktisk beskrivelse av hva som kan arbeide mot oppnåelsen av målene som er satt for undervisning og forskning.

Under dette området drøftes det ikke om etableringen av et reint lands- og regionssykehus vil påvirke forskning og undervisning på noen måte.

5.5 Kunnskapsgrunnlaget for å sette målene

Det ligger en omfattende prosess bak utarbeiding av strategien. Et stort antall medarbeidere er trukket inn. I tillegg har det vært høringer som har omfattet andre aktører i helsetjenesten, både private, offentlige og faglige organisasjoner. Det er foretatt rådslagninger med ansatte fra egen organisasjon. Samlet er det fagpersoner med en betydelig kompetanse som har bidratt til strategien. Som tidligere påpekt valgte man å være handlingsorientert framfor utredningsorientert. I dette kapitlet vil vi trekke fram noen områder vi mener er sentrale, og beskrive hvilke kunnskapsgrunnlag som synes å være benyttet.

Stordriftsfordeler

Intervjuene vi har gjennomført viser at de sentrale aktørene i prosessen ikke trodde det lå noen økonomisk stordriftsgevinst i å slå sammen først de to regionene og lage større foretaksenheter. Samtidig er det et strategisk mål å lage større enheter innenfor det ikke-medisinske området og større og mer robuste foretak skal bidra til å styrke både pasientbehandlingen, forskning og undervisning. Magnussen-utvalget²⁰ fikk av departementer som et deloppdrag å behandle dette spørsmålet om stordriftsfordeler og -ulemper, en vurdering som kom etter at vedtaket om sammenslåing ble fattet.

Magnussenutvalget konkluderte med at man i USA hadde funnet at større sykehus oppnådde høyere priser ved å oppnå større markedsrett, det vil si ved å bli større. En norsk studie²¹ konkluderer med at den ikke registrerer noen generell effekt av sammenslåinger. Om sammenslåingen av HSØ sier Magnussen-utvalget:

Utvalget vil presisere at verken nasjonal eller internasjonal forskning gir grunnlag for å konkludere entydig i forhold til størrelsen på et gevinstpotensial som følge av en sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør. Forskning fra andre områder enn helsesektoren tyder på at større omstillingsprosesser på kort sikt kan virke kostnadsdrivende, og at man må regne med en periode på minst 3 – 5 år før man kan se økonomiske gevinster etter en fusjon. Sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør er bl.a. begrunnet med henvisninger til «bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet». Før man kan ta stilling hvor stort potensial som her ligger må det imidlertid presiseres hva som menes med bedre koordinering. Utvalget kan ikke utelukke at det vil kunne være økonomiske gevinster å hente ved en annen organisering av sykehustilbudet i hovedstadsområdet. For å kunne antyde størrelsen på dette må man imidlertid ha detaljert informasjon om hvilke konsekvenser sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør har for kapitalbruk, kapasitet, omfang og fordeling av arbeidskraft, pasientstrømmer etc. Slik informasjon foreligger ikke, og utvalget oppfatter det som utenfor sitt mandat å forsøke å hente inn denne type informasjon.

En dansk undersøkelse²² konkluderer også med at sammenslåinger ikke gir et entydig bilde. Skal det oppnås noe på dette området er det derfor viktig å presisere hva man vil endre for så å kunne vurdere om sammenslåing er et godt virkemiddel.

²⁰ Magnussen-utvalget

²¹ Kjekshus LE, Hagen TP. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. Tidsskrift for Velferdsforskning 2003; 5: 2 – 13.

²² Troels Kristensen, Kim Rose Olsen, Jannie Kilsmark, Kjeld Møller Pedersen, Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals, Institute of Public Health, Department of health Economics, Faculty of Social Sciences, University of Southern Denmark & Danish Institute for Health Service Research Health Economics Papers, 2008:13

Stordriftsfordeler og – ulemper drøftes ikke i dokumentene som ligger til grunn for strategien.

Kvalitet og mengde

I utredningen omkring regionfunksjoner, utført som en del av omstillingsprosessen, slås det entydig fast at kvalitet er avhengig av et betydelig befolkningsområde for å få et tilstrekkelig antall pasienter.²³ Dette bygger på en omfattende gjennomgang der regionens fagmiljøer er trukket inn for å belyse sitt fagområdets behov. Derfor er noen behandlinger definert som behandlinger som bare bør gjøres ett sted i landet, et par steder i landet eller bare på regionsykehus. Om rapporten som er utarbeidet skal være normgivende for hvor mange steder ulike behandlinger bør foretas, vil det ha store konsekvenser for virksomheten ved for eksempel St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Slik blir rapporten et innlegg der den enkelte faggruppe vurderer hva de ønsker av samlokalisering for sitt fag, mer enn en sterk faglig anbefaling for hvordan tjenesten må organiseres. Rapporten "oversetter" heller ikke behovene til hva det betyr for senger og andre dimensjonerende faktorer, slik at det tegnes et bilde av hvor stort et regionsykehus for hele HSØ vil være, og om det er nødvendig med en fysisk samlokalisering eller om det er ansvarsområdets størrelse som er viktig.

Det vises også til internasjonale retningslinjer og erfaringer. I 2001 utarbeidet Senter for medisinsk metodeutvikling (SMM)²⁴ en rapport som viste at mengde og kvalitet hadde en positiv korrelasjon og at dette var tydeligere for noen medisinske områder enn andre. De konkluderer med at det overveiende er slik at et større volum gir bedre resultat. Helt entydig er det likevel ikke.

Det er derfor belegg for å si at etableringen av sykehusområder, der de enkelte sykehusforetak får anledning til å øke volumet av behandlinger, kan gi en bedre kvalitet. Manglene ved den tilgjengelige kunnskapen er at undersøkelsene i stor grad kommer fra USA. Ingen av rapportene SMM vurderte var fra Norge.

Behovet for en større selvforsyning i det enkelte sykehusområder

Det er et mål at alle sykehusområdene skal behandle mellom 80 og 90 prosent av pasientene fra sitt område. Det går fram av dokumentene at HSØ mente egendekningen i 2007 var for lav, men det følger ikke med en oversikt over hvordan det faktisk var på dette tidspunktet og hva som ville endres om dette ble oppnådd. I innspillene til strategien viser noen foretak til at de er i en situasjon der de kanskje får flere pasienter enn det blir tatt hensyn til når overføringer av ressurser mellom foretakene skal bestemmes. Dette kom fra foretak i Oslo. Hva som er ønsket egendekning i kjernen av hovedstadsområdet er mer komplisert å bestemme enn for sykehusområder som Sørlandet og Østfold. Denne ulikheten er ikke behandlet i de dokumentene vi har gått gjennom. Det er heller ikke drøftet hvordan overføringen av sykehuset Asker og Bærum til Vestre Viken vil påvirke selvforsyningsgraden til dette sykehusområdet, og om dette bør påvirke hvordan ressursene fordeles i hele regionen. Tradisjonelt har dette sykehuset hatt avtaler med Rikshospitalet og Radiumhospitalet om å benytte disse sykehusene for de to kommunenes innbyggere. Det er ikke formulert tiltak for å bygge ned denne bruken spesielt. Tilsvarende problemstillinger er knyttet til utvidelsen av Ahus sitt ansvarsområde, men de er heller ikke behandlet særskilt.

²³ Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen, DP2: Spesialiserte funksjoner, Prosjektrapport, 28.3.2008

²⁴ Pasientvolum og behandlingskvalitet, Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgranskning, SMM-rapport nr. 2-2001

Behovet for bygningsmessig kapasitet i form av senger, behandlingsrom, konsultasjonsrom og dagplasser

SINTEF foretok en analyse²⁵ av hvilket behov det var for bygningsmessig kapasitet i hovedstadsområdet og i hele HSØ. I dokumentene som legger grunnlaget for strategien vises det til at denne rapporten møtte kritikk.²⁶ Hva den kritikken besto i er ikke tydelig i dokumentene og det er, så langt vi har kunnet bringe på det rene, ikke foretatt noen annen vurdering av hvordan behovet for bygningsmessig kapasitet vil forventes å bli det nærmeste tiåret.

5.6 Hva har skjedd av organisatoriske endringer i perioden 2007-2011

5.6.1 Sykehusområder

Det ble vedtatt å opprette sykehusområder. Helseforetakenes rolle ble formulert slik i vedtaket²⁷:

Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering.

For Innlandet, Sørlandet og Østfold var dette ingen endring. Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark skal etter avtale med HSØ samarbeide tettere, men de opprettholdes som egne selvstendige foretak. I Vestfold ble Psykiatrien i Vestfold HF lagt ned som eget helseforetak og ble en del av Sykehuset i Vestfold HF. Vestfold og Telemark blir imidlertid kalt et sykehusområde og sees som et slikt i budsjettssammenheng. Blefjell HF ble nedlagt. Enhetene på Rjukan og Notodden ble overført til Sykehuset i Telemark. Vestre Viken sykehusområde ble opprettet ved at Drammen, Ringerike og Asker og Bærum helseforetak fikk en sentral ledelse. Blefjell helseforetak ble lagt ned og Kongsberg sykehus ble tilført det nye helseforetaket. Ahus sitt sykehusområde ble utvidet med bydel Alna fra Oslo og Follo kommunene. Fra 2004 hadde Ahus ansvaret for Oslos bydeler Grorud og Stovner. For sykehusområdet Sentrum, som er Oslo minus de tre bydelene Ahus har ansvaret for, ble det vedtatt at de tre sykehusene Riks- og radiumhospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus skulle slås sammen til Oslo universitetssykehus. Siden det i Oslo også er to private ideelle sykehus, Lovisenberg og Diakonhjemmet, er det faktiske befolkningsgrunnlaget for OUS vesentlig lavere enn det som framgår av tabell 1. I rapporten om storbysykehuset i Oslo er lokalsykehusområdet til OUS satt til 220 000 innbyggere. OUS har også ansvar for regionale tjenester og landsfunksjoner, men definert som et sykehusområde synes det som Sentrum sykehusområde har en befolkning som ligger noe under den Innlandet har. Sentrum sykehusområdet heter nå Oslo sykehusområde.

Det ble så overlatt til ledelsen av de etablerte sykehusområdene å utvikle sine områder videre i tråd med de retningslinjer som ble formulert i strategien.

²⁵ Myrbostad A, Lauvsnes M, Aktivitets- kapasitets- og arealanalyse for sykehusene i Helse Sør-Øst SINTEF rapport, 20.09.2008

²⁶ Sak 067-2008, sluttrapport juni 2008.

²⁷ Sak 108/2008 Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1

Tabell 5-1 Befolkningen i de enkelte sykehusområder pr 2012²⁸

	Sykehusområde
Østfold	278 014
Innlandet	379 741
Ahus	489 268
Oslo	507 418
Vestre Viken	435 251
Vestfold	236 120
Telemark	169 930
Sørlandet	285 554

5.6.2 Antallet driftsenheter

Det synes som antall driftsenheter er uendret på det somatiske området, men økt noe innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Etableringen av større foretak under en felles ledelse har ikke ført til færre driftssteder. Driften ved tidligere Aker sykehus er trappet ned. Ut over det synes det ikke som aktiviteten er vesentlig endret ved de somatiske driftsenhetene, unntatt for Aker sykehus.²⁹

5.6.3 Klinikkorganisering

Strategien tar ikke opp hvordan foretakene skal organiseres, men det har vært en viss bevegelse i forhold til å organisere sykehusene i klinikker, på tvers av geografisk plassering.

Innlandet hadde klinikkorganisering ved sammenslåingen til HSØ. Året før sammenslåingen ble dette moderert noe ved at hver enkelt sykehusenhet innen det somatiske området fikk en leder ved hver enhet. Seinere gikk foretaket bort fra klinikkorganisering og etablerte divisjoner, der de store somatiske sykehusenhetene ble egne divisjoner. Psykiatrien er en egen divisjon, det samme er medisinsk service, prehospitale tjenester og eiendom og intern service.

Vestre Viken innførte klinikkorganisering da de ble opprettet som ett foretak. Klinikkorganisering ble vedtatt 7. oktober 2009. På styremøtet 29. september 2011 ble denne modellen revidert for de kliniske enhetene og vedtaket hadde effekt fra 1. januar 2012. De ble fra da ledet på den enkelte geografiske enhet. For medisinsk service, ikke-medisinsk service, psykisk helse og rus og prehospitale tjenester ble en sentral ledelse opprettholdt.

OUS innførte klinikkorganisering fra 1. januar 2010.

Sørlandet sykehus HF og Østfoldsykehuset HF hadde klinikkorganisering før arbeidet med strategien startet og har ikke endret på dette.

Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark er stadig hvert sitt foretak. Det aller meste av, spesielt den somatiske virksomheten, er plassert ett geografisk sted i hvert av fylkene, med noen mindre enheter plassert i andre byer i fylkene. De har klinikkorganisering innenfor hvert sitt foretak.

²⁸ Vestfold og Telemark er formelt ett sykehusområde, men de opererer som egne foretak. I denne tabellen synes det derfor riktigere å framstille dem med hvert sitt befolkningsunderlag.

²⁹ Antall somatiske sykehusenheter i SAMDATA med tall for 2007 og 2011 og aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister 2007 og 2011.

5.6.4 Samling i Sykehuspartner

På styremøtet 1. september 2009 ble det vedtatt at all IKT skulle samles hos Sykehuspartner. Denne enheten heter Felles tjenesteleverandør. Alle foretakene bruker nå Felles tjenesteleverandør for sine IKT tjenester. I hvor stor grad øvrige tjenester som HR og innkjøp og logistikk også er samlet må undersøkes nærmere.

5.7 Måloppnåelse og gjennomførte tiltak

5.7.1 Faktisk måloppnåelse

I vedlegg er det satt opp en tabellarisk oversikt over hva vi har kategorisert som mål og hva som har vært tiltak. Når vi her vurderer måloppnåelse går vi ikke gjennom alle de områdene som er nevnt i strategien, men peker på de målene vi anser som de mer sentrale og som det har vært mulig å relatere til den registrerte utviklingen og selve omstillingsprosessen.

Hovedmålet for strategien var bedre kvalitet på tjenesten. I 2007 ble det ikke foretatt en oppsummering av hvordan foretakene i HSØ lå an og vi kjenner ikke til at det er gjort noen analyse av hva som er skjedd på dette området. Dette prosjektet vil i arbeidspakke 5 se om det er mulig å vurdere hva som er skjedd i perioden, og i arbeidspakke 6 vil vi se om det på dette området har skjedd noe i HSØ som vi ikke finner for andre regioner og land.

Det er flere steder beskrevet en ønsket reduksjon av antallet liggedager. Disse er redusert med 250 000 eller med 11 prosent i perioden. Per innbygger er reduksjonen av liggedager 15 prosent. Det er også et mål å få til en overgang fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk. Døgnbehandlede har redusert sin andel av det samlede antall behandlede fra 16,8 til 14,2 prosent³⁰ fra 2007 til 2011. Antall døgnbehandlede har økt svakt, men økningen i dagbehandling og poliklinisk behandling har vært vesentlig sterkere.

Det var satt et mål om at 80-90 prosent av befolkningen skulle behandles innen sitt eget sykehusområde. Tallene vi har fått over antall episoder tyder på at egendekningen ligger i dette området, men at den heller er sunket enn steget i perioden. Siden mange har fryktet en enda sterkere sentralisering bør tallene tolkes dit hen at sykehusområdene i all hovedsak har opprettholdt den egendekningen som var i 2007.

Det var et mål å redusere benyttet areal og utnytte det mer effektivt. Det skal være en registrering av hvilket areal som disponeres, men for denne arbeidspakke 1 har vi ikke fått hentet fram slike tall og sett om disse kan sammenlignes med starten i 2007.

NIFUstep³¹ har laget en vurdering av FoU i helseforetakene med data for 2010 og SINTEF³² har skrevet en rapport som evaluerer finansieringen av forskning i helseforetakene med data for 2007. Dette viser at HSØ i 2007 hadde 55 prosent av driftskostnadene til de regionale helseforetakene og 69 prosent av kostnadene som gikk til forskning og utvikling (FoU). I 2009 var andelen av driftskostnadene sunket til 54 prosent og andelen av midler til FoU sunket til 64 prosent. Når det gjelder andelen publiseringspoeng og doktorgradspoeng var HSØ sin andel henholdsvis 64,4 prosent og 47,8 prosent i 2007. Vi kjenner ikke til situasjonen for 2010. Målet for HSØ er å bruke 5 prosent av sine samlede kostnader på forskning. I 2010 var denne andelen 2,8 prosent. Andelen var over målet for OUS, den var 2 prosent for psykiatrien i Vestfold, 1,7 prosent for Ahus og 1,3 prosent for Sørlandet HF. For de øvrige HFene varierte det fra 0,4 til 0,9 prosent.

³⁰ Data fra NPR oversendt prosjektet.

³¹ Ole Wiig, Hebe Gunnes, Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2010, Hovedresultater og dokumentasjon, Rapport 44/2011

³² Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde, Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, SINTEF Rapport A14727, februar 2010

Utviklingen for antall publikasjonspoeng, en vektet sum av artikler og doktorgrader, viser at HSØ har økt sin andel siden 2007.

Tabell 5-2 Publikasjonspoeng fordelt på de fire helseregionene, utviklingen fra 2007 til 2012³³

	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Helse Sør-Øst RHF	62,6 %	62,1 %	58,9 %	59,5 %	59,5 %	59,6 %
Helse Vest RHF	19,9 %	19,5 %	22,6 %	23,3 %	22,6 %	21,3 %
Helse Midt-Norge RHF	9,9 %	9,5 %	10,3 %	9,1 %	10,0 %	10,9 %
Helse Nord RHF	7,6 %	8,9 %	8,1 %	8,2 %	7,9 %	8,2 %
TOTALT	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

5.7.2 Tiltak som er gjennomført

Det ble utarbeidet en strategi som forelå og kunne benyttes ved foretaksmøtene i januar/februar 2009.

Etableringen av sykehusområder er gjennomført, men i ett område er det stadig to uavhengige foretak som løser oppgaven ved samarbeid. Det var tre nye områder som skulle etableres.

IKT-tjenestene er samlet i Sykehuspartner.

HSØ er blitt åpen med å legge fram oversikter over uheldige hendelser ved sine foretak.

HSØ har beveget seg mot en bærekraftig utvikling, og gikk med driftsoverskudd i 2012.

5.7.3 Tiltak som ikke er gjennomført eller der målsettingen ikke er nådd

I Vestfold og Telemark sykehusområde er det stadig to helseforetak. Det er ikke vedtatt å slå disse sammen til ett helseforetak.

Det er bare to sykehusområder som kan sies å ha et klart definert områdesykehus. Dette er Østfold og Ahus. De andre har flere sykehusenheter innen sitt HF der nivåoppgavene mellom dem ikke er helt avklart. Østfold og Ahus fikk i 2011 tilført Follokommunene og Alna bydel som utvidelse av sitt opptaksområde.

Akuttmottaket ved Moss sykehus er lagt ned. Kongsberg har stadig et akuttmottak og en kirurgisk enhet, men skal helst sende fra seg akutt kirurgi. Ut over dette er det ikke skjedd en fysisk sentralisering av kirurgiske akuttmottak.

Det er beskrevet at lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet, slagenhet³⁴, mer ambulerende spesialisttilbud og «Hjemmesykehus³⁵». I 2011 nedsatte HSØ en arbeidsgruppe for å se på forholdene for geriatri og alderspsykiatri. Lederen av gruppen uttalte ved overrekkelse av gruppens rapport:

Arbeidsgruppen påpeker at det er langt igjen før det finnes akuttgeriatriske enheter ved alle sykehus med indremedisinsk akutfunksjon slik det er forutsatt i handlingsplanen. Likeledes har ikke foretakene fulgt opp flere konkrete tiltak for utdanning og rekruttering. Resultatet er at det utdannes for få geriatere og

³³ Regjeringen.no, Helse og omsorgsdepartementet, Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet

³⁴ Lokalbaserete tjenester og samhandling med kommunen, Delrapport II fra arbeidsgruppe Helse Sør-Øst RHF, Delprosjekt 3 Hovedstadsprosessen, Juni 2008

³⁵ Plan for strategisk utvikling 2009-2020, "Omstillingsprogrammet"

*alderspsykiatere og det er for få overlegehjemler innen geriatri og alderspsykiatri i dag og i nær framtid, sier Bache.*³⁶

Hjemmesykehus for barn er etablert som et prosjekt ved OUS. I arbeidet med denne rapporten har vi ikke funnet tiltak for å etablere mer ambulerende spesialisttilbud i regionen.

Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten. Dette er en del av Samhandlingsreformen som nå er iverksatt. Vi har ikke data for om det her er skjedd endringer.

³⁶ Torkel Bache til HSØ RHF's webside 24.02.2012

Vedlegg

Tabellarisk oversikt over mål og tiltak for HSØ

Tabell 8 gir en skjematisk oversikt over de mål og tiltak vi har trukket ut av strategidokumentet. Vi har gitt de fem målnivåene en overskrift og vil i dette avsnittet drøfte mål og tiltak for hvert av disse fem nivåene.

Mål og tiltak for pasientbehandling

	Mål	Tiltak
1.	Hovedmål: Mer likeverdighet Mer tilgjengelighet	Etablere sykehusområder med ett foretak i hvert område Felles rutiner for innleggelse, behandling, utskriving og faglig konferering Enhetlig opptak for somatikk, rus og psykisk helse
2.	Organisatoriske mål Større og mer robuste foretak, store nok sykehus til at de kan sammenlignes 80-90 prosent behandles i sitt sykehusområde Flere desentrale tilbud Tydeligere sentralisering Færre akuttmottak med kirurgi Lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet Slagenhet Mer ambulerende spesialisttilbud «Hjemmesykehus»	Samle alle regionfunksjoner <i>Samle regionale rehabiliteringsfunksjoner</i> <i>Regionalt LMS</i> Dele inn i funksjonene i: Basisfunksjoner, områdefunksjoner, regions- og landsfunksjoner Tydeligere skille mellom nivåene Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten Bedre breddekompetanse
3.	Driftsmål Kortere liggetid Forhindre uønskete hendelser	Bedre kunnskapshåndtering Risikostyring og avviksbehandling Etablere behandlingslinjer
4.	Forholdet til primærhelsetjenesten Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten Etablere felles akuttmottak med kommuner	Utredninger foretatt for: Habilitering/rehabilitering Organisering av prehospitaltjenester Handlingsplan for eldre
5.	Pasientrettede mål Epikrise følger pasientene ved utskriving Individuell plan	Sertifisering og akkreditering Virksomhetsregistrering ved akuttmottak Mer ressurser til rehabilitering og habilitering

Tabell 9 gir en skjematisk oversikt over de mål og tiltak vi har funnet som angår det overordnede økonomiske resultatet og spesielle tiltak rettet mot den ikke-medisinske delen av sykehusene, slik som arbeidet med personal-, lønns-, budsjett- og regnskapsspørsmål og tjenester som innkjøp, logistikk og IKT.

Mål for generell drift og ikke-medisinsk virksomhet

Mål	Tiltak
Bærekraftig utvikling Enhetlig ledelse innen TSB og psykiatri Færre liggedager Fra døgnbehandling til poliklinikk og dagbehandling	En vaktlinje per funksjon God økonomisk styring
Effektivisere ikke medisinske tjenester	Felles tjenesteleverandør Utnytte stordriftsfordeler Sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester Færre miljøer Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk Felles forsyningsstruktur 9 delprosjekt ikke medisinske tjenester Egen styringsmodell IKT Målbilde IKT fra A til E
	Lederopplæring i internkontroll og risikostyring God: <i>Kapasitetsutnyttning</i> <i>Samhandling</i> <i>Driftseffektive løsninger</i>

Mål og tiltak for utvikling av bygningsmassen

Mål	Tiltak
Redusere arealet Utnytte arealet mer effektivt Fleksibel organisering	Ny organisering av eiendomsområdet Bruke RHs samhandlingsmodell
Felles arealstandarder Innsparing	Arealansvar lokalt Prosjektinnretning (100 mill) Porteføljestyling (200 mill) Prosjektgjennomføring (35 mill)

Mål og tiltak for undervisning og forskning

Mål	Tiltak
Skal komme pasientene til gode Være den fremste bidragsyter i Norge God forskning i alle helseforetak	Avsette 5 prosent av budsjettet til forskning

6 Delrapport 2, Styring og ledelse "helt ut" gjennom medvirkning og omstilling og brukerperspektiv et. Rapport fra arbeidspakkene 2 og 4

Forfattere: Hans Torvatn, Anders Dypvik Landmark, Kari Skarholt

6.1 Sammendrag

Delrapport 1 i prosjektet beskrev prosessen og vedtakene frem mot Helse Sør-Øst (HSØ) sin strategiske plan 2009-2020. Den ble vedtatt på styremøtet 18. desember 2008 (Sak 130-2008). Strategien var utviklet av HSØ for å oppfylle de intensjoner Stortinget hadde med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007.

Denne delrapport 2 evaluerer hvordan arbeidet med strategien har påvirket den pasientnære virksomheten og brukerperspektivet. Den vil ikke vurdere måloppnåelse i forhold til de mål som Stortinget satte, men vurdere hvordan de ansatte og brukerne opplevde endringene. Rapporten er bygd opp som følger:

I kapittel 6.2 går vi kort gjennom teorier omkring medvirkning og medbestemmelse, både ansatte medvirkning og brukermedvirkning, siden begge er relevante for evalueringen. Kapittel 6.3 er et metodekapittel som forklarer og begrunner valg av metode og datakilde. Hovedkilde til data er ulike former for semistrukturerte intervju (også intervju gjort av andre deler av prosjektet) og HSØ's egne medarbeiderundersøkelser. I kapittel 6.4 vises om vi kan se effekter av omstillingsarbeidet på arbeidsmiljøutviklingen. I kapittel 6.5 analyserer vi hvordan de ansatte og brukerutvalgene har opplevd medvirkningen. I kapittel 6.6 trekker vi sammen trådene og gir en samlet vurdering.

Hovedkonklusjon er at etableringen av HSØ og den påfølgende strategien i liten grad har påvirket arbeidsmiljøutviklingen i helseforetakene. Arbeidsmiljøutviklingen er dominert av lokale forhold, ikke sentrale omorganiseringer og strategier. Etableringen av HSØ har verken forverret eller forbedret arbeidsmiljøet i HSØ sett under ett. Hva medvirkning gjelder, er brukerrådene styrket, noe som har vært en ønsket utvikling. Ansattes medvirkning i de sentrale omstillingsprosessene har ikke vært like vellykket. Dette oppfattes av de ansatte som slitsomme skinnprosesser. De 12 prinsippene for medvirkning som ble lagt til grunn har blitt spredd ut i organisasjonen og er i stor grad kjent der, men etterlevelsen i de sentrale prosessene oppleves av de ansatte som svakere enn ønskelig. Lokal medvirkning oppleves annerledes. Det lokale samarbeidet på nivå som sykehus, klinikk eller lavere får oftere god kritikk. Her eksisterer også systemer og rutiner som bidrar, som for eksempel faste arenaer for møter mellom partene. Tilsvarende får lokal ledelse bedre kritikk enn sentral. Sentral ledelse (HSØ nivå) oppfattes som å ha "forlatt" sykehusene når sentrale deler av strategien skulle gjennomføres. Lokal ledelse derimot fremstår som å ta ansvar for å få på plass praktiske løsninger.

6.2 Teorier om medvirkning og medbestemmelse

Hvorfor er medvirkning viktig i en omstillingsprosess? Det er tre hovedårsaker til at vi er opptatt av det. Det første er at det er et lovbestemt krav, i Arbeidsmiljøloven så vel som i en rekke partsbaserte avtaler som dekker helsevesenet. Den andre er at det er sterke sammenhenger mellom arbeidsmiljø, medvirkning og produktivitet. En nylig gjennomført litteraturstudie av Nordisk forskning på temaene ledelse, medvirkning og produktivitet konkluderte med at det er klar sammenheng mellom ledelse, medvirkning og produktivitet. Et sentralt råd i denne var å styrke medvirkningen for å styrke produktiviteten (Torvatn et al., 2015). Dette er ikke en ny teori. Siden de såkalte Samarbeidsforsøkene i Norge på seksti og syttitallet har myndigheter, arbeidsgiverorganisasjoner

og arbeidstakerorganisasjoner trodd på en slik sammenheng. I en kartlegging av FAFO fant man (Falkum et al., 2009) at omkring 70 prosent av både ledere så vel som medarbeidere støttet denne teorien. Den tredje årsaken til at medvirkning er viktig er at en lang rekke organisatoriske utviklingsprosjekt mislykkes. I følge Saksvik sitt arbeid fra 2007 (Saksvik et al., 2007) feiler mer enn femti prosent av omstillingene i henhold til egne mål. Videre har omstillinger ofte negative helsemessige konsekvenser (Di Nunzio et al., 2009, Westgaard and Winkel, 2011, Øyum et al., 2006). God ledelse og medvirkning antas både å kunne redusere denne feilprosenten, og redusere negative helsemessige konsekvenser av omstillinger. I en slik situasjon er det naturlig å se på medvirkning i omstilling og hvordan dette slår ut for HSØ omstillingen.

6.2.1 Ansattes medvirkning

Hva innebærer medvirkning i omstillingsprosesser i arbeidslivet? I Norge har vi lange tradisjoner for demokrati og partssamarbeid i arbeidslivet. Demokrati i arbeidslivet forutsetter muligheter til å ha innflytelse på sin egen arbeidsplass. Medvirkning er en viktig del av den demokratiske prosessen, og i den norske samarbeidsmodellen er forholdsvis høy grad av medvirkning en av spillereglene (Levin et al., 2012). Den norske arbeidsmiljøloven setter tydeligere og mer omfattende krav til medvirkning enn lover og forskrifter i noe annet land utenfor Skandinavia. Arbeidsmiljølovens paragraf 4.2 setter krav til arbeidsgiverens plikter overfor arbeidstakere og tillitsvalgte med hensyn til informasjon om systemer og prosedyrer som skal følges ved omstilling. Paragraf 4.3 i arbeidsmiljøloven setter krav til det psykososiale arbeidsmiljøet. Her er det beskrevet at arbeidet skal legges til rette og utformes slik at det sørges for god integritet og god kommunikasjon med øvrige arbeidstakere i bedriften.

Man kan skille mellom medbestemmelse og medvirkning (Øyum, 1999). *Medbestemmelse* er knyttet til representative ordninger der ansatte velger representanter til råd og utvalg. For eksempel har brukerutvalgene som vi har studert i dette prosjektet medbestemmelse ved at representanter for pasientorganisasjonene deltar i ulike råd, utvalg og styrever, der de fremmer sine saker og synspunkter. På samme måte har fagforeningene i Helse Sør-Øst innflytelse og påvirkningsmuligheter. *Medvirkning* er knyttet til at den enkelte ansatte konkret kan øve innflytelse over sitt eget arbeid. Det er ikke alltid et klart skille mellom medbestemmelse og medvirkning, og de kan gjensidig utvikle og påvirke hverandre. Medvirkning eller medbestemmelse kan være en måte å forbedre arbeidsbetingelsene på, samtidig som det er en rettighet å ha innflytelse og at det definerer samarbeidet mellom ledelsen og de ansatte/ansattes representanter.

6.2.2 Prinsipper for ansattmedvirkning i HSØ

I styret for HSØ ble det i juni 2008 vedtatt 12 prinsipper for medvirkning i omstilling. Prinsippene skulle legges til grunn for utviklingsarbeidet i alle helseforetakene i regionen. Det ble trykket opp en brosjyre med de 12 prinsippene i sytti tusen eksemplarer som ble distribuert i organisasjonen. De 12 prinsippene er gjengitt nedenfor:

Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud

1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.

2. Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.

3. Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning.

Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker

4. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.

5. Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.

6. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

Informasjon

7. Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.

8. Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.

Endringsmetodikk

9. Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.

10. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.

11. Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.

12. Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.

De tolv prinsippene skisserer et ideal for hvordan medvirkning skal skje. De dekker både tillitsvalgte og direkte medvirkning. De stiller krav til hvem som skal informeres, når og hvordan man skal drive medvirkning. De er i samsvar med Arbeidsmiljølov og avtaleverk og ble utarbeidet av tillitsvalgte og ledelsen i felleskap. Som ideal er de gode, det store spørsmålet med disse tolv prinsippene er i hvilken grad de har blitt etterlevd. Først når vi har et inntrykk av etterlevelse kan vi si noe om kvaliteten på disse.

6.2.3 Prinsipper for brukermedvirkning

Innenfor den norske medvirkningstradisjonen som er skissert ovenfor er medvirkning lik ansattes medvirkning. Dette er imidlertid ikke den eneste medvirkningsformen som kan tenkes. En annen medvirkningsform er brukermedvirkning, hvor representanter for brukerne av en tjeneste får påvirke utformingen av tjenesten. HSØ var opptatt av begge formene for medvirkning og planla hvordan dette skulle oppnås.

I forhold til helsetjenester er brukere pasienter og eller deres representanter. Innenfor helsetjenester er brukermedvirkning en sterk og lovfestet tradisjon. Helsedirektoratet sier at³⁷:

"Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Det er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud."

I en artikkel om brukermedvirkning innen psykiatri og rusomsorg framheves det at:

"Tanken bak brukermedvirkning er blant annet at dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Det vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt (Borg et al., 2011)."

Selv om dette er en lovfestet rettighet er det slett ikke lett å oppnå brukermedvirkning. Borg påpeker for eksempel at pasienter og pårørende ikke nødvendigvis har samme interesser og mål. Andre studier viser at det er vanskelig å gjennomføre de gode intensjonene i praksis (de Vibe and Kongsmo, 2005, Holum, 2012), men den grunnleggende ideen om at pasienter og deres pårørende skal ha påvirkning på behandlingen står sterkt som en lovfestet rettighet. Hvordan dette skal skje i praksis er imidlertid i stor grad opp til det enkelte helseforetak.

Tilsvarende som for ansattmedvirkning utviklet man i HSØ i 2008 et sett prinsipper for brukermedvirkning. Her ble det utarbeidet 13 prinsipper som er gjeldende for brukerutvalgenes arbeid i dag, og de ble gjeldende etter styrevedtak 108-2008 (www.helse-sorost.no/pasient_/brukermedvirkning):

13 prinsipper for brukermedvirkning

Brukermedvirkningens grunnlag

1. Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse.
2. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
3. Brukerrepresentantene skal bidra til at brukersynspunkt gis en sentral plass i utforming av pasienttilbudet ved helseforetakene og at brukersynspunkt fremgår i rapportering etter plan- og meldesystemet og i beslutningsgrunnlag som fremmes for administrasjon og styrer.
4. Medvirkningen skal sikres gjennom faste organer og for øvrig gjennom systematisk samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene foreslås fra relevante pasient- og pårørendeorganisasjoner og eldres organisasjoner. Brukerrepresentantene som oppnevnes har selv erfaringer som pasienter eller pårørende og skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser.

Brukermedvirkning i drift og omstilling

³⁷<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-paerørende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>

5. Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse.
6. Brukerrepresentanter skal delta i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker som angår universell tilgjengelighet og pasientrelatert informasjon.
7. Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likemannsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringssentra.
8. Brukerne skal kompenseres for utgifter, tapte inntekter og medgått tid etter statens satser for reise- og møtegodtgjørelse.

Kompetanse og metoder

9. Helse Sør-Øst RHF skal gjennom tilskudd til brukernes organisasjoner bidra til å sikre kompetent og nødvendig brukerrepresentasjon.
10. Brukernes representanter skal ha et avklart forhold til egne brukererfaringer og kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer.
11. Helsepersonell, ledere og administrasjon i helsetjenesten skal være forpliktet til å sette seg inn i brukermedvirkningens grunnlag, anerkjenne brukerperspektivets viktighet og skal legge til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse.
12. Det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer (brukerundersøkelser) og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres.
13. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at brukermedvirkning innarbeides i grunn- og videreutdanning innen medisin- og helsefagyrkene.

Det kritiske spørsmålet i forhold til disse prinsippene er på samme måte som for prinsippene om ansattmedvirkning; hvordan de etterleves. Har HSØ fulgt disse prinsippene eller ikke? Når vi har etablert en forståelse av det kan vi si noe om godhetene i prinsippene.

6.3 Forskningsmetode

I alle forskningsprosjekt må forskerne velge hvilke metoder som brukes for å besvare de spørsmål som belyses. Hvilken metode som er aktuell avhenger av hva man skal studere, hvilke forskningsspørsmål man har, hvilke data som eksisterer allerede, hvor mye tid og ressurser man har til rådighet, og man må ta hensyn til eventuelle juridiske og etiske utfordringer knyttet til metodene man vil benytte. Når det rapporteres fra forskningsprosjektet redegjøres det for de valg som er tatt, når, hvordan og hva som er hentet inn av data og hvilke analyser som er foretatt. En samlet fremstilling av dette inngår gjerne i et metodekapittel. Hensikten er at leseren skal se hva som er gjort og hvorfor, og gjennom denne fremstillingen kunne gjøre seg opp en mening om kvaliteten på de analyser og konklusjoner forskeren kommer med.

Evalueringsoppdrag er en særskilt form for forskning og det er viktig å klargjøre hvordan oppgaven (evaluering) virker inn på metodevalg. Når vi har gjort det velger vi metoder, før vi avslutter med en presentasjon av hver enkelt metode i detalj.

6.3.1 Evaluering av omstilling

En evaluering er en bedømmelse. Evaluator forventes å komme med en konklusjon om verdien av det som evalueres i løpet av prosessen. Målsetningen med arbeidspakke 2 og 4 var å studere hvordan målet om ledelse og styring helt ut gjennom *medvirkning* i omstillingsprosessen har blitt ivaretatt, samt hvordan involvering av brukergruppens interesser er ivaretatt. Dette er altså en evaluering, en vurdering av om medvirkning har blitt ivaretatt på en god måte.

Fra evalueringsteorien (Scriven, 1967, Campbell, 1969, Guba and Lincoln, 1989) vet vi at for å kunne evaluere en prosess sin godhet trenger vi tre ting:

- En beskrivelse (både kvalitativ og kvantitativ) av prosessen som skal evalueres og resultatene som oppnås/tilstand observert i dag
- Et sammenligningsgrunnlag som kan brukes til å vurdere resultatets godhet
- En måte å begrunne kausalitet mellom prosess og resultat

De to første punktene må henge sammen. Beskrivelsen må være slik at vi kan bruke de målestokker vi har tenk å bruke. Som en analogi kan vi tenke oss at vi vurderer å kjøpe et hus. Når vi vurderer å kjøpe et hus er det for de fleste av oss svært interessant å vite prisen på huset, ikke bare at det er et unikt arkitektonisk objekt med gode solforhold. Enda viktigere, vi må ikke bare vite prisen, men vi må ha et eller annet sammenligningsgrunnlag for å si om dette er godt eller dårlig. For huskjøp kan det bety flere ting. Vi kan ha en maksimal grense for kostnad eller vi kan vurdere denne prisen opp mot andre priser i nabolaget. Uansett kreves at vi kan måle tilstanden i dag og sammenligne den med noe for å si om det er godt eller dårlig.

Det tredje punktet er noe av det som volder mest problemer for evaluator. Er det en sammenheng mellom et eventuelt resultat/en tilstand vi måler i dag og de forhold vi evaluerer? Var det det vi evaluerer som var årsaken til utvikling, eller var det noe helt annet? I praksis kan vi nesten aldri si at det er noen form for kausalitet i en slik evaluering. Kausalitet krever at vi kan måle en utvikling over tid, at vi kan fjerne andre årsaker til utvikling enn det vi evaluerer og ha en teori om årsakssammenheng. Gjennomfører vi et randomisert dobbelt blindt eksperiment kan vi kanskje klare det, men det gjør man aldri i organisatoriske reformer. I praksis ender vi opp med en eller annen form for teoretisk/ logisk øvelse hvor evaluator forsøker å sannsynliggjøre en sammenheng mellom de resultater man finner og de handlinger som observeres.

Innenfor evalueringen er det vanlig å sammenligne de resultatene man finner på en eller flere av følgende måter (Torvatn and Rolfsen, 1998):

- Ideal-virkelighet
- Måloppnåelse
- Eksisterende praksis
- Før-nå vurdering
- Kontrafaktisk- hva ville skjedd uten det som evalueres

Ideal-virkelighet innebærer at de resultat man finner vurderes opp mot det optimale man kan tenke seg. Ideal kan da gjerne bety evaluators vurdering. Det er en relativt subjektiv øvelse, men ofte er dette den eneste måten å gå frem på fordi de andre måtene ikke kan benyttes. Måloppnåelse innebærer å vurdere resultatene opp mot de mål man setter på forhånd. Det er en viktig evalueringsmetode, men krever at målene var fornuftige fra først stund og at man er i stand til å måle dem. Eksisterende praksis handler om å sammenligne med andre tilsvarende prosesser. Det krever at slike prosesser finnes. Før og nå vurderinger er egnet til å vurdere om det har skjedd en

utvikling, men etablerer ikke i seg selv noen form for årsakssammenheng. I en del tilfeller etableres formelle beskrivelser av prosesser og tenkte årsakssammenhenger i form av resonnementkjeder eller programteorilogikk. (Chen, 1990, Torvatn, 2008, Finne et al., 1995). Ideen er da at dersom man kan si at alle steg mellom start og mål er gjennomført og tilstanden etter en prosess er slik man ønsker det, er det sannsynlig at resultatene har en sammenheng med det som har skjedd. Like viktig er at dersom man kan se at aktiviteter som skulle bidra til måloppnåelse ikke er gjennomført, kan man forkaste ideen om sammenhenger mellom det som evalueres og målene man har oppnådd.

Kontrafaktiske vurderinger er analyser av hva som ville skjedd hvis ikke den prosessen som evalueres hadde funnet sted. Det er også en subjektiv vurdering, men det kan være svært nyttig å forsøke å føre noen argumenter omkring dette. De er også til nytte ved vurderinger av årsakssammenhenger.

6.3.2 Hvilke metoder er aktuelle i denne evalueringen

Når denne evalueringen starter er allerede en del metoder utelukket. Vi kan ikke eksperimentere, siden alle i HSØ ble utsatt for samme omstilling samtidig, nemlig selve fusjonen. Vi har heller ikke tidsstudier av medvirkning, hverken som registerdata eller survey.

For å kunne beskrive hva som skjedde er derfor intervjuer og arkivdata de viktigste mulige kildene våre. I tillegg har vi en type data som er målt over tid gjennom gjentatte surveys, nemlig medarbeiderundersøkelsene. I denne evalueringen mangler vi både muligheten for eksperimenter så vel som før-etter målinger i forhold til medvirkning, vil derfor vi gå frem på følgende vis:

- Vi vil kartlegge utviklingen blant medarbeiderne over tid gjennom medarbeiderundersøkelsene.
- Vi vil kartlegge utviklingen blant brukergruppene ved intervju av utvalgte
- Vi vil supplere medarbeiderdatastudien, beskrive og vurdere prosessen, primært kvalitativt gjennom intervju. Dette er også gjort gjennom reanalyse av intervju gjort i andre sammenhenger i prosjektet, for å se hva respondentene sa om medvirkning. I tillegg ble det gjennomført et eget sett med fokusgruppeintervjuer for å tolke medarbeiderundersøkelsen bedre.

Alle datakilder og logikken bak dem er nærmere beskrevet i egne delkapitler.

6.3.1 Utvalgelse av enheter for nærmere studier

I analysen har vi begrenset oss til en sammenligning mellom Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus, Vestre Viken, Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark. Disse representerer to grupper hvor man antar at prosessen berørte ulikt. Sykehusene i Telemark og Vestfold fikk ingen endringer i ansvarsområde og organisasjon og regnes derfor i denne sammenhengen som mindre berørt. Vestre Viken ble valgt fordi det ble en tydelig endring der Buskerud og Asker og Bærum ble slått sammen. Ahus fikk en økning av pasientgrunnlaget (og en del organisatoriske endringer), mens det på OUS ble gjennomført store organisatoriske endringer og endringer i pasientgrunnlaget. OUS, Ahus og VV utgjør også til sammen hovedstadsområdet, og deler av begrunnelsen for sammenslåingen er knyttet til et ønske om endringer i dette området. Vi antar videre at omstillingsprosessen har hatt en systematisk effekt på arbeidsmiljøet så skulle man anta at dette blir synlig i kontrasten mellom disse to gruppene. Når vi snakker om utvalgte enheter innenfor disse, så har vi valgt ut enheter som har svart blant de 25 % mest ekstreme over tid i begge ender av skalaen (25 % høyest/lavest) og sett nærmere på disse.

6.3.2 Hvorfor bruke Medarbeiderundersøkellesdata?

I korte trekk handlet omstillingsprosessen om *Faglige mål, Ledelse, Organisasjon, og Økonomi*. Dette er ikke tema som er vurdert direkte i medarbeiderundersøkelsen (MU). Når vi likevel har valgt å benytte medarbeiderundersøkelsen for å vurdere effektene blant medarbeiderne i stedet for en særskilt undersøkelse som fokuserte på omstillingsprosessen er det flere årsaker til dette:

- Medarbeiderundersøkelsene går over tid. En spesialundersøkelse ville vært en engangsføreteelse. Dette er det nærmeste vi kommer før-etter studier, noe som er ønsket fra et evalueringsteoretisk synspunkt.
- Medarbeiderundersøkelsene har svært høy svarprosent (rundt 70 prosent). De kan dermed sies å være representative. Dette skyldes at undersøkelsen har sterk status, er støttet av hele organisasjonen og gjentas årlig. Det ville vært krevende å få en så god svarprosent på en enkeltstående undersøkelse.
- Medarbeiderundersøkelser er innarbeidet som verktøy og svarene vil derfor i mindre grad være direkte knyttet til en eventuell popularitet til den endringen man spør om.
- Det er allment antatt i forskning om omstilling at en dårlig gjennomført omstilling vil ha en negativ påvirkning på arbeidsmiljøet (Se 6.2.1) En markert endring i arbeidsmiljøforhold vil dermed kunne fungere som en indikator på om prosessen har vært vellykket eller ikke.
- Rent praktisk reduserer vi belastningen ved evalueringen på HSØ, ved at de ansatte ikke blir bedt om å fylle ut et stort spørreskjema om evalueringen.

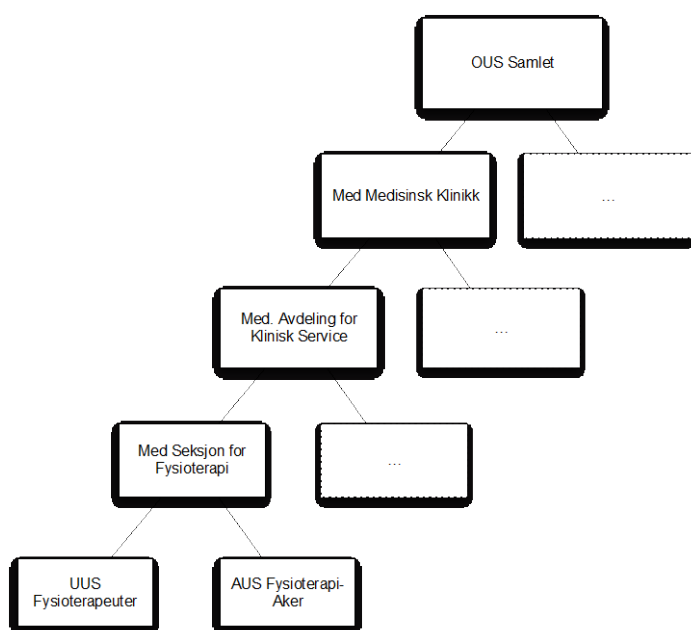
Hovedhypotesen vår er altså at dersom omstillingsprosessen har hatt noe effekt på arbeidsforholdene i HSØ vil dette være synlig i MU. Dersom vi ikke kan se noen utvikling må vi anta at omstillingsprosessen enten ikke har hatt påvirkning, eller at denne påvirkningen har "druknet" i andre forhold.

Likevel er det viktig å ha i bakhodet at undersøkelsene ikke direkte forsøker å kartlegge effekter eller aspekter av strategiprosessen, men har som hovedhensikt å kartlegge arbeidsmiljøet i Helse Sør-Øst. I analysen av medarbeiderundersøkellesdataen har vi derfor søkt å belyse endringer ut ifra hvordan kan man forvente at en slik prosess har påvirket utviklingen. Finner vi noen mønstre i utviklingen over tid? Dette for å trekke skillelinjer mellom den variasjonen i arbeidsmiljøet som en naturlig kan forvente i alle større organisasjoner, og det som eventuelt er en systematisk påvirkning forårsaket av prosesser slik som en ny strategi (og omorganisering).

6.3.3 Tidsserieanalyser basert på medarbeiderundersøkelser

Tidsserieanalyse er en familie av analysemetoder som benytter sekvenser av målinger, gjerne med samme parametere på tilnærmet faste intervaller over tid. Tidsserieanalyser av arbeidsmiljøet i HSØ over tid gjennomføres for å se om det er noen utvikling i de undersøkte indikatorene fra 2008 og frem til 2013 som tidsmessig kan relateres til fenomener som for eksempel etablering av HSØ, "Hovedstadsprosessen", eller endringer i opptaksområdet for Ahus. Hovedmålet med analysen har hele tiden vært å se om det er noen form for systematisk utvikling av arbeidsmiljøet i HSØ over tid, og eventuelt om det er forskjeller mellom sykehus i hovedstadsregionen og de sykehus vi antar er mindre berørt.

I den kvantitative delen av undersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i medarbeiderundersøkelsene som blir gjennomført hvert år³⁸ i alle enheter i Helse Sør-Øst (også gjennomført *før* sammenslåingen, men da ikke med eksakt de samme spørsmål som i årene etter). Undersøkelsen er en tradisjonell arbeidsmiljøundersøkelse som gjennomføres på slutten av året og alle ansatte inviteres til å svare. Resultater fra undersøkelsen sammenstilles på enhetsnivå, hvor enhet er den mest lokale organiseringsformen. Et eksempel er fremstilt i **Figur 2**. I denne analysen innhentet vi data *kun* på enhetsnivå, slik at det ikke er innhentet direkte identifiserbare personopplysninger. Denne sammenstillingen ble utført av Helse Sør-Øst før data ble utlevert.



Figur 6-1 Eksempel på organisasjonskart realisert fra MU-data

Undersøkelsen består av om lag 70 spørsmål, med noe variasjon fra år til år, og noe variasjon mellom de forskjellige foretakene (noen har egne tilleggsspørsmål til fellesundersøkelsen). I tillegg er det en liten demografisk bolk som til dels er utfylt og til dels genereres i løpet av gjennomføringen av undersøkelsen. Disse foreligger også år for år, og er oppsummert i

³⁸ Se eget punkt på datatilgjengelighet, avsnitt 4.4

Tabell 6-1 Oppsummering av demografiske variabler

Gruppering	Variabler
Organisatorisk tilhørighet	Enhet KODE inkl HF
	Enhetsnavn
	Mor (organisatorisk ovenstående enhet)
	Mormor (organisatorisk ovenstående enhet, to nivåer opp)
Personalkategori	Leder med personalansvar
	Forsknings- og fagutviklingspersonell
	Lege
	Pleiepersonell
	Lab Personell
	Teknisk forsyningspersonell
	Adm. Kontorpersonell
	Annet fagpersonell i pasientbehandling
Ønsker ikke å svare	
Kjønn	Mann/Kvinne/Ønsker ikke å svare
Alder	0-19
	20-29
	30-39
	40-49
	50-59
	60+
	Ønsker ikke å svare

Den allmenne delen av undersøkelsen som går til alle foretakene inneholder 57 spørsmål. Disse spørsmålene samles opp i 18 indikatorer, hvor en indikator representerer en tematisk sammenstilling av spørsmål som berører et gitt tema. Se tabell 12 for oversikt over indikatorer og spørsmål. I tillegg er det en spesifikk del for OUS HF som inneholder 21 spørsmål, fordelt på 6 indikatorer (vist i Tabell 13).

Tabell 6-2 Oversikt over indikatorer i MU

Indikatorer	Spørsmål
Mål (3 spm)	Enhetens mål er godt kjent for alle ansatte Jeg vet godt hvordan jeg kan bidra til at enheten når sine mål Vi evaluerer jevnlig hvordan vi ligger an i forhold til enhetens mål
Forbedringer (4 spm)	I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet
Kvalitet (3 spm)	I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt I min enhet arbeider vi effektivt I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet
Trygghet (3 spm)	I min enhet lytter vi til pasientenes/servicemottakernes synspunkter I min enhet er vi lett tilgjengelige for pasienter/servicemottakere I min enhet gir vi tilstrekkelig informasjon til pasienter/servicemottakere
Respekt (3 spm)	I min enhet tar vi hensyn til pasientens/servicemottakerens livssyn og kulturelle bakgrunn I min enhet overholder vi de avtaler som blir gjort I min enhet blir ting sagt på en tydelig og forståelig måte
Motivasjon (3 spm)	Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte? Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg Jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende
Arbeidsglede (3 spm)	Gleder du deg til å gå på jobben? Hvor ofte fører misnøye med jobben til at du ønsker å bytte arbeidsgiver Hvor fornøyd er du samlet sett med den jobben du har nå?
Tilhørighet (3 spm)	Jeg sier til mine venner at dette er en god arbeidsplass å jobbe på Denne arbeidsplassen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste Jeg er stolt av min arbeidsplass
Faglig utvikling (4 spm)	Får utvikle meg faglig gjennom jobben Får tilstrekkelig undervisning og veiledning til å kunne gjøre en god jobb Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører
Medvirkning (2 spm)	Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser? Oppmuntres du til å si ifra når du har en annen mening?
Rolleklarhet (2 spm)	Vet du hva som er ditt ansvarsområde? Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?
Sosialt Samspill (2 spm)	Er det sosiale klimaet i din enhet preget av medansvar og lagånd Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger?
Konflikter (3 spm)	Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering i din enhet i løpet av de siste seks måneder? Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet? Når konflikter oppstår i din enhet, blir de håndtert på en god måte?
Arbeidsbelastning (4 spm)	Er den fysiske arbeidsbelastningen for stor i arbeidet ditt? Er arbeidstempoet ditt belastende? Er arbeidsmengden din belastende? Må du utføre arbeidsoppgaver du opplever at du ikke behersker?
Egenkontroll (2 spm)	Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg? Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?
Rollekonflikt (3 spm)	Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes? Får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem? Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?
Opplevd Lederadferd (6 spm)	Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det Min nærmeste lederflink til å informere om det som skjer i vår virksomhet Min nærmeste leder stiller tydelige krav til mine arbeidsprestasjoner Min nærmeste leder følger opp det vi blir enige om Dersom jeg ble utsatt for vold/trusler på jobb, ville jeg få god oppfølging fra nærmeste leder Dersom jeg ble syk over en lengre periode, ville jeg få god oppfølging av nærmeste leder
Pasientsikkerhetskultur	Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient)

(2 spm)

håndtert riktig

Respondentene svarer over en 5-punkts Likert-skala (Særs uenig-uenig-nøytral-enig-særs enig) som i ettertid er regnet om til en 100-punktsskala for hvert svar. Per konvensjon er score på 100 alltid ”positivt” svar og 0 alltid ”negativt” uavhengig av ordlyden i spørsmålet, dermed er også noen score snudd i forhold til Likert-skalaen for å opprettholde denne konvensjonen. Det foreligger også standardavvik for de samme målene (beregnet innenfor enhetens svar).

Tabell 6-3 Oversikt over indikatorer som gjelder kun OUS

Indikatorer	Spørsmål
Oppnår Resultater (3 spm, kun OUS)	Min nærmeste leder sørger for at min enhet setter tydelige mål Min nærmeste leder sørger for at min enhet utnytter ressursene effektivt Min nærmeste leder sørger for at det dokumenteres at alle avvik aktivt følges opp og lukkes
Viser integritet (4 spm, kun OUS)	Min nærmeste leder gir klart og tydelig uttrykk for egne meninger Min nærmeste leder lytter til andres meninger og ideer Min nærmeste leder sikrer at nødvendige beslutninger blir tatt Min nærmeste leder er lojal mot beslutninger som er tatt
Motiverende og samlende (3 spm, kun OUS)	Min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros Min nærmeste leder håndterer vanskelige saker profesjonelt Min nærmeste leder håndterer konflikter på en konstruktiv måte
Tenker helhetlig (3 spm, kun OUS)	Min nærmeste leder sørger for at helhetsperspektivet fremmes aktivt i diskusjoner og beslutninger Min nærmeste leder sørger for at min enhet samarbeider godt med andre enheter Min nærmeste leder samarbeider godt med tillitsvalgte og vernetjenesten
Utvikler Enhet (2 spm, kun OUS)	Min nærmeste leder fremmer fagutvikling, forskning og utdanning Min nærmeste leder sikrer rekruttering og sørger for å beholde personell med høy kompetanse
Endring og Omstilling (6 spm, kun OUS)	I min enhet har vi ingen ”de fra Aker – de fra Radiumhospitalet – de fra Ullevål”-holdninger etter sammenslåingen I min enhet har vi forbedret våre arbeidsformer ved å utnytte det beste fra de fire helseforetakene som er slått sammen (Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål) Innenfor mitt fagområde har vi klart å utnytte den beste fagkompetansen fra alle de fire tidligere helseforetakene Jeg har tro på at Oslo universitetssykehus vil oppnå de ambisjoner som ligger til grunn for sammenslåingen Jeg opplever at medarbeiderne i min enhet har vært tilstrekkelig involvert i omstillingene Jeg opplever at jeg så langt har blitt godt i varetatt i omstillingsprosessen

6.3.4 Datatilgjengelighet

Det ble innhentet tillatelse og data for perioden 2008-2013. Likevel ble det i analysen primært benyttet årene 2010-2013 av følgende årsaker:

- 2008 data bør benyttes med en viss varsomhet da det er endringer både i den tekniske plattformen som benyttes for å gjennomføre undersøkelsen samt at det er gjort endringer både i språk og sammensetning av spørsmål. Det er derfor kun syv akser³⁹ som er sammenlignbare med etterfølgende år.
- 2009 ble det ikke gjennomført noen medarbeiderundersøkelse fordi man i dette året benyttet tiden til å sammenstille de tekniske systemene slik at undersøkelsen kunne bli gjennomført

³⁹ Faglig Utvikling, Arbeids glede, Medvirkning (Het involvering/Innflytelse i 2008), Rolleklarhet, Konflikter, Arbeidsbelastning (omregnet mellom nåværende arbeidsbelastning og egenkontroll), og Rollekonflikt.

på en felles plattform for hele HSØ, ergo finnes det ingen data for 2009 for noen HF i RHFet.

- 2010 ble det besluttet å unnta OUS fra å gjennomføre undersøkelsen, slik at det foreligger heller ikke resultater for OUS for 2010, dog foreligger det resultater for alle de andre foretakene.

6.3.5 Analysemetode

Analysene ble utført med statistikkverktøyet R/3.0.2. For å fremstille tidsseriene over tid, har vi tatt respondentverdiene som ble utlevert og transponert de slik at vi også får med en variabel for hvilket år det er svart for (vha R-utvidelsen Plyr/Reshape). Dette gjør det mulig å betrakte datasettet som en tidsserie over de forskjellige variablene.

I analysene har vi variert mellom å benytte vektete snitt for antallet respondenter og uvektede snitt. Dette er angitt nærmere under presentasjonen av de forskjellige resultatene. I all hovedsak har vi valgt å betrakte enheten som svarer som studieobjekt, og således ikke valgt svarene ut ifra antallet respondenter eller ansatte. Hovedmålet med analysen har hele tiden vært å se om det er noen form for systematisk utvikling av arbeidsmiljøet i de utvalgte enhetene i HSØ over tid, og eventuelt om det er forskjeller mellom sykehus i hovedstadsregionen og de sykehus vi antar er mindre berørt.

6.3.6 Intervju som metode

Vi har anvendt intervju som metode for å studere brukermedvirkning i Helse Sør-Øst sin omstillingsprosess. Intervju som metode er en av flere kvalitative forskningsmetoder, dvs. metoder som fokuserer på beskrivelse og forståelse av det fenomenet som studeres (Denzin and Lincoln, 1994). I følge Geertz (Geertz, 1973) er forskeren ute etter "thick descriptions" og informantenes historier når man intervjuer. Ved å spørre om hva, hvorfor og hvordan rundt en problemstilling får man dypere og utfyllende svar på det man ønsker å belyse i stedet for å generalisere. Kvaliteten på hvert enkelt intervju er ofte viktigere enn kvantiteten, og informantene får anledning til å svare fritt og fortelle om sine oppfatninger rundt det man spør om. Respondentene velges strategisk for å belyse problemstillinger, ikke tilfeldig for å kartlegge utbredelse slik en survey gjør.

Vi har gjennomført to typer intervju:

- Fokusgruppeintervju med pasientenes representanter i brukerutvalgene
- Fokusgruppeintervju for å utdype årsakene til utslagene vi fant i analysen av medarbeiderundersøkelsene.

Detaljer omkring hvem og hvordan intervjuene ble gjennomført står i de enkelte delkapitler.

Vi har også gått gjennom intervjuer gjennomført i andre deler av prosjektet for å se om vi i disse finner mer kunnskap om hvordan medvirkningen har vært og fungert.

6.4 Arbeidsmiljøutvikling etter strategiutforming

I dette kapitlet vil vi først presentere funnene fra analysen av medarbeiderundersøkelsene fra sentralt nivå og nedover i organisasjonen, til analyser nærmere enhetsnivå. Det sentrale spørsmålet vi hele tiden forsøker å besvare er hvilken utvikling som har skjedd siden 2008. Strategien ble utformet i 2008 som dermed er vårt nullpunkt, og implementeres så utover i organisasjonen fra 2009 og utover. Fokuset vårt er ikke om arbeidsmiljøet er godt eller dårlig, men om det har blitt bedre, dårligere eller vært stabilt over tid. Strategien fokuserte ikke direkte på arbeidsmiljø, den fokuserte på "Faglige mål, Ledelse, Organisasjon og Økonomi". Vi antar imidlertid at det er en sammenheng mellom disse forhold og arbeidsmiljø, dersom strategien påvirker disse områdene vil den påvirke arbeidsmiljøet. Når vi analyserer vil vi se både på HSØ samlet, men også på deler av HSØ. Det er ikke gitt at strategien vil berøre eller bli implementert likt i hele HSØ.

Det er også mulig at deler av HSØ vil være mer påvirket av endringene enn andre. Vi har søkt å beskrive dette gjennom analyser både på organisatorisk høyt og lavt nivå, hvor en eventuell kontrast mellom disse kan hjelpe til å belyse om inntrykket av arbeidsmiljøet er drevet topp-ned eller bunn-opp, rent organisatorisk. Endelig er det et spørsmål om hvorfor endringene, eller mangelen på endringer, er slik de er. Når vi analyserer medarbeiderundersøkelser over tid kan vi beskrive en utvikling, men har liten mulighet til å forklare hvorfor. Dette blir derfor analysert i et eget kapittel hvor vi har gjennomført supplerende fokusgruppeintervju.

Før vi presenterer data vil vi avslutningsvis gi en kommentar om *nivå* på score. Vi vil presentere en rekke tall som viser nivå for arbeidsmiljø og holdninger til fusjon. Vi tar her ikke standpunkt til om scoren uttrykker et godt arbeidsmiljø eller ikke. En slik vurdering er ikke formålet med denne evalueringen, dette prosjektet er ikke en arbeidsmiljøevaluering av HSØ. Det vi ønsker å vurdere er om det skjer noen systematisk *endring* i scoren, som samsvarer med perioden etter etableringen av HSØ og gjennomføring av strategi. En systematisk endring er en indikasjon på at strategien når frem, positivt eller negativt, ingen endring en indikasjon på manglende implementering.

6.4.1 Analyse av medarbeiderundersøkelser

6.4.1.1 Utvikling på regionalt helseforetaksnivå

Analysen vil konsentrere seg om utvikling fra 2010 til 2013. Det er rent praktiske årsaker til at vi starter i 2010. Dette er det første året hvor vi har en helhetlig måling av hele HSØ med spørsmål som er brukt gjentatte ganger. Vi har imidlertid noen spørsmål som ble stilt i 2008 for deler av utvalget og som siden har vært gjenbrukt i hele populasjonen. I tabellen nedenfor vises score (ut av 100 poeng, hvor 100 er positivt, 0 er negativt):

Tabell 6-4 Utvikling av indikatorer på hovednivå 2008 mot 2013, HSØ samlet.

Indeks	2008 (Utdelt= 34142)	2013 (Utdelt= 50366)
Faglig utvikling	64	65
Arbeidsglede	77	77
Medvirkning	59	60
Rolleklarhet	87	88
Konflikter	74	75
Rollekonflikt	69	70

Vi ser at til tross for en sterk øking i antallet respondenter, og til tross for de store organisatoriske endringene som er gjennomført i perioden (etablering av HSØ, etablering av OUS, nedbygging av Aker, oppbygging av Ahus) er disse arbeidsmiljøforholdene stabile.

Dette var for et utvalg av indikatorer. I **Error! Reference source not found.** ser vi på hele utvalget av indikatorer (neste side). Den overordnede endringen av indikatorene i perioden 2010-2013 kan sies å være minimal på et overordnet nivå (jf. **Error! Reference source not found.**). Ingen av indikatorene har beveget seg mer enn 2 prosentpoeng over år (ei heller totalt for hele perioden). Det er en indikasjon på at arbeidsmiljøet ved HSØ totalt sett ikke har vært påvirket av omstillingene. Det er altså ikke noe grunnlag for å si at arbeidsmiljøet ved hele HSØ har utviklet seg slik eller slik. Vi kan også merke oss at det ikke er noen "dipp" eller noe "hopp" i tallene rundt 2010. Det er små endringer mellom alle år. Vi kan ikke snakke om noen kortvarig effekt som så forsvinner. Stabilitet er hovedinntrykket.

Tabell 6-5 Arbeidsmiljøutvikling på HSØ nivå 2010-2013 alle indikatorer.

	2013	2012	2011	2010	Δ Endring '10-13
Antall utsendte skjema	50366	55365	55815	25092	
Svarprosent	80	75	77	⁴⁰	
Jobbtilfredshet	76	76	75	76	0
Jobbrelatert sykefravær	88	88	88	88	0
Mål	68	67	65	66	2
Forbedringer	69	69	67	68	1
Faglig utvikling	65	64	63	63	2
Kvalitet	76	75	75	76	0
Trygghet	78	77	77	77	1
Respekt	75	75	74	74	1
Motivasjon	77	76	76	77	0
Arbeidsglede	77	76	76	77	0
Tilhørighet	75	74	74	75	0
Medvirkning	60	59	58	59	1
Rolleklarhet	88	87	87	87	1
Sosialt samspill	80	80	80	81	-1
Konflikter	75	75	74	75	0
Arbeidsbelastning	63	62	63	63	0
Egenkontroll	46	46	46	46	0
Rollekonflikt	70	69	69	70	0
Opplevd lederatferd	76	75	74	74	2
Pasientsikkerhetskultur	82	80	80	80	2

6.4.1.2 Endringer på lokalt nivå.

Et sentralt spørsmål i evalueringen er om det sykehuset som er mest berørt av omstillingen og de strategiske grepene som er gjort (det vil si hovedstadssykehusene) har utviklet seg annerledes enn sykehus som ikke er så berørt.

Under har man visualisert utviklingen år for år, for de samme seks indikatorene som er trukket frem; Faglig utvikling, arbeidsglede, medvirkning, rolleklarhet, konflikter og rollekonflikt. Disse er

⁴⁰ Svarprosent ikke oppgitt i rapport.

vist for de 5 foretakene Akershus Universitetssykehus (Ahus), Oslo Universitetssykehus (OUS), Sykehuset Telemark (SiT), Sykehuset Vestfold (SiV) og Vestre Viken (VV). I den grafiske fremstillingen som følger er organisatorisk enhet anvendt som studieobjekt.

Når man studerer figurene er det viktig å ha klart for seg at de er en grafisk fremstilling av mange målepunkter i et boksplokk. Hensikten er å vise variasjon mellom foretakene over tid. For å lese figuren er det viktig å vite at:

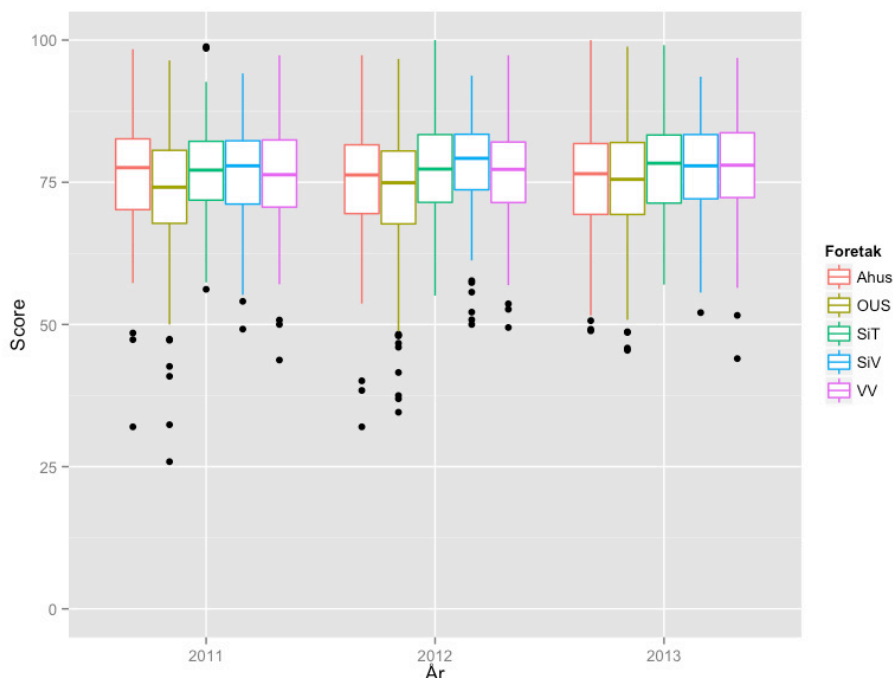
Det er fra 200 til 1000 organisatoriske enheter i hvert foretak (Se tabell 16 til tabell 18 for mer eksakte tall.) Scoren til alle enhetene innenfor et hvert foretak er plottet år for år. Hver enhet vil i utgangspunktet gi et punkt på linjen i sitt foretak. For å forenkle lesingen av figuren lager vi bokser hvor scoren til alle enheter som er høyere enn de 25 prosent laveste scorene og mindre enn de 75 prosent høyeste scorene inngår. Den horisontale streken i boksen viser den scoren som en typisk enhet har. Halvparten av enhetene har over dette nivået, den andre halvparten under. Dette er medianen. Den vertikale streken ut i fra boksen representerer dekning for de enheter som ligger inntil 1.5 ganger utover de 75 prosent høyeste og 25 prosent laveste scorene. Dette tilsvarer omtrentlig et standardavvik. Svarte prikker er enkeltenheter utenfor denne fordelingen, enheter som svarer så annerledes at vi kaller dem utenforliggere.

Vi ønsker å se om det er noen bevegelse i svarene i ett eller flere av foretakene over tid. Eksempler på bevegelse vil være:

- En klar endring av median verdien i ett eller flere av foretakene i senere målinger
- En lengere eller kortere strek i en senere måling (indikerer endring av konsentrasjon)
- Flere eller færre utenforliggere (og er utenforliggere de samme over tid)?

Plottene år for år viser at det er relativt sett små endringer mellom år. Vi ser også at det er relativt sett små forskjeller mellom de forskjellige foretakene. Ingen skiller seg statistisk signifikant ut fra hverandre. Variasjonsbredden (lengden på streken) er omtrentlig like stor og jevn igjennom hele perioden. De absolutte forskjellene er her noe større enn for de overordnede resultatene for hele foretaksgruppen, men fortsatt *ikke slik at det kan beskrives som en systematisk utvikling i noen retning*. Det som er så vidt synlig er at det for noen av indikatorene trer frem enheter som svarer slik at de opptrer som statistiske utenforliggere i plottene. Følger man disse over tid så ser man at det ikke nødvendigvis er de samme enhetene år-for-år, og at utviklingen for en enkelt enhet kan være veldig stor, men da er det samtidig verdt å merke seg at enheter her kan strekke seg ned til så få som fem respondenter. Selv på enhetsnivå klarer vi ikke å se noe mønster for positiv eller negativ utvikling av arbeidsmiljøet (for den aktuelle indikatoren).

Konklusjonen er at det ikke er noen forskjell i utviklingen på Ahus, OUS og VV sammenlignet med SiV og SiT. Vi klarer heller ikke å finne noen foretak som har hatt en langvarig (tre år) positiv eller negativ utvikling. Vi ser at det til enhver tid finnes enheter som har svært positive eller negative resultater, men det ser ut til at de negative håndteres. Året etter er de sjelden like negative. De positive er heller ikke så sterkt positive over tid.



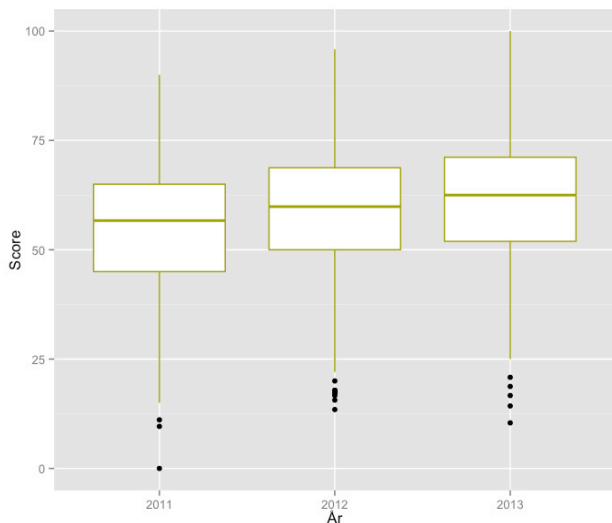
Figur 6-2 Indikator: Arbeidsglede

Som det fremgår av figur 3, så svinger scoren på denne indikatoren i overkant av 75 for alle foretakene i hele perioden. Det er små bevegelser på medianen, men samlet sett er bildet stabilitet. Det er også så mye overlapp mellom foretakene at det ikke er meningsfylt å snakke om forskjeller mellom nivået på indikatoren i de forskjellige foretakene. Samtidig ser vi for alle årene at det er enheter med score svært forskjellig fra gjennomsnittet. Dette betyr at det er fruktbart å se på utvikling og se på utviklingen på enhetsnivå (under foretaksnivå), for å ta fatt i utfordringer lokalt. Dette gjøres som en del av medarbeiderundersøkelsen lokal. Det lages lokale planer og tiltak for alle enhetene basert på medarbeiderundersøkelsen i den enkelte enheten. Dette er en viktig funksjon av medarbeiderundersøkelsen når arbeidsmiljøet endres. Men det finnes ingen utviklingsmønstre sentralt. Samlet sett bekreftes inntrykket på foretaksnivå som på regionalt nivå. Vi kan ikke se noen utviklingsmønstre som tidsmessig kan knyttes til etablering av HSØ og de omstillingsgrep som ble tatt av HSØ ledelsen.

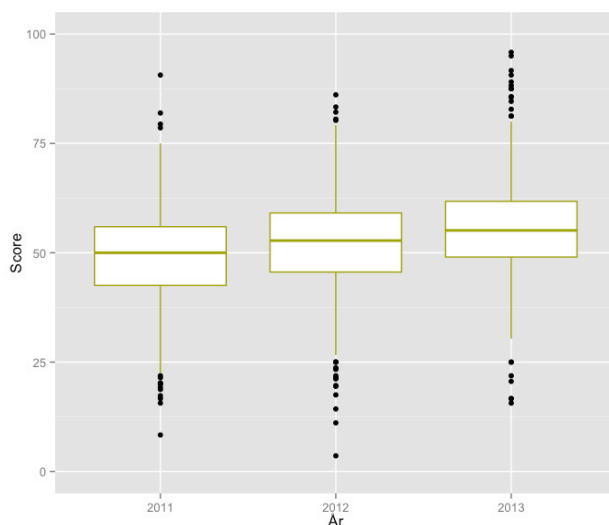
Vi har så langt diskutert en indikator, nemlig arbeidsglede. Dette var en av de seks utvalgte indikatorene. Vi gjennomførte tilsvarende analyser for alle de andre indikatorene, ingen av de andre indikatorene ga ulikt hovedresultat, detaljene kan sees i Appendiks A.

6.4.1.3 OUS holdninger til fusjon

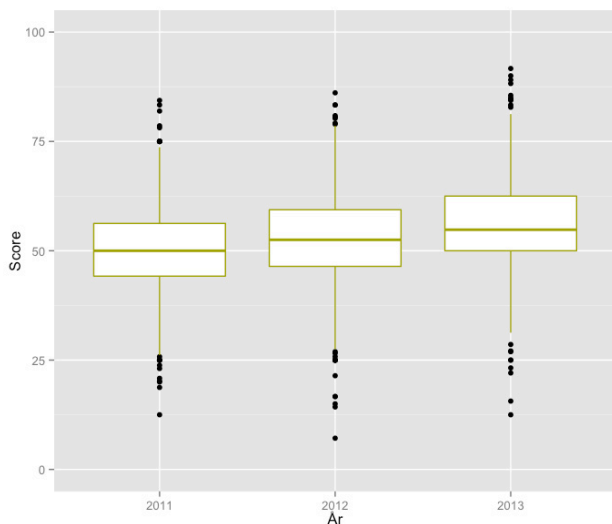
Følgende spørsmål er kun stilt til Oslo Universitetssykehus myntet direkte på sammenslåingen av *hovedstadsforetakene*. Det følgende må derfor leses uten å generaliseres til hele RHFet. Figurene viser svarfordeling i boksplokk.



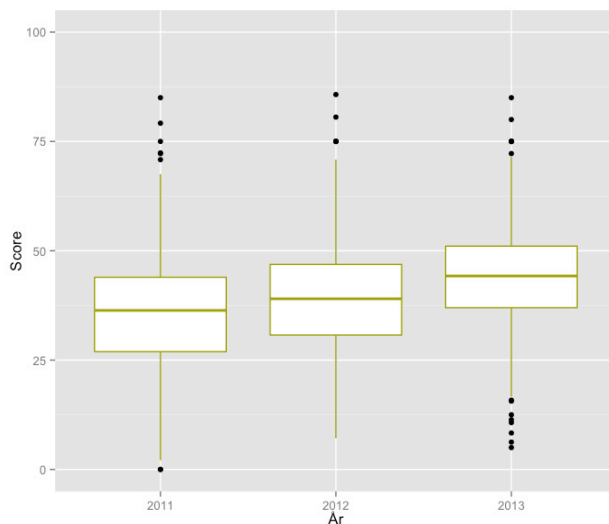
Figur 6-3 I min enhet har vi ingen “de fra Aker, de fra Radiumhospitalet, de fra Rikshospitalet, de fra Ullevål” – holdninger etter sammenslåingen



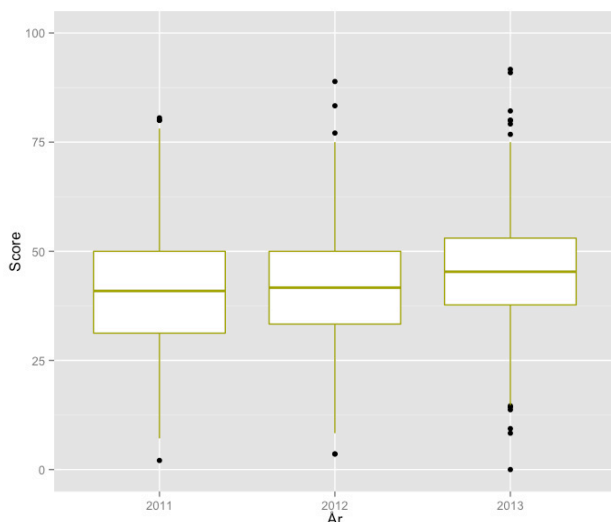
Figur 6-4 I min enhet har vi forbedret våre arbeidsformer ved å utnytte det beste fra de fire helseforetakene som er slått sammen (Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål)



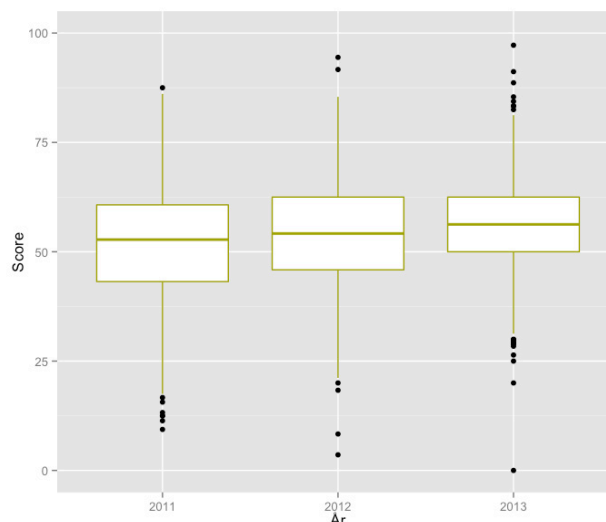
Figur 6-5 Innenfor mitt fagområde har vi klart å utnytte den beste fagkompetansen fra alle de fire tidligere helseforetakene



Figur 6-6 Jeg har tro på at Oslo Universitetssykehus vil oppnå de ambisjoner som ligger til grunn for sammenslåingen



Figur 6-7 Jeg opplever at medarbeiderne i min enhet har vært tilstrekkelig involvert i omstillingen



Figur 6-8 Jeg opplever at jeg så langt har blitt godt ivaretatt i omstillingsprosessen

På spørsmål om holdninger til kollegaenes bakgrunn er det en stor gruppe som opptatt av dette, men flertallet legger ikke vekt på den organisatoriske bakgrunnen til sine kolleger (per 2013). For arbeidsform er det en svak positiv utvikling, men om lag halvparten av respondentene opplever ikke at man utnytter det beste fra de gamle helseforetakene (se **Figur 5** og **Figur 6**). På spørsmål om man har tro på at Oslo Universitetssykehus vil kunne oppnå ambisjonene for sammenslåingen er de ansatte grunnleggende skeptisk gjennom hele perioden, selv ikke i 2013 har flertallet tro på dette. På spørsmål om involvering i omstillingen, så opplever flertallet at de ikke har vært tilstrekkelig involvert. De er litt mer positive til sin personlige ivaretagelse, hvordan de selv er blitt ivaretatt i omstillingsprosessen.

6.4.1.4 Organisatoriske og Strukturelle endringer

Fraværet av endring i MU-arbeidsmiljøindikatorer i perioden etter omstillingen kan i første omgang fremstå som overraskende, gitt at så mange omstillinger påvirker arbeidsmiljøet. Vi har allerede nevnt mer generelt at omstillinger ofte har negativ påvirkning på arbeidsmiljø (Se kapittel 6.2.14.2.) Dette er også tilfellet for omstilling i sykehus. Bernstrøm og Kjekshus har i to studier vist hvordan strukturelle endringer påvirker sykefravær og arbeidsmiljø. I sin 2014 studie finner de at sykehusansatte som er utsatt for mange strukturelle endringer har høyere sykefravær enn de som ikke har det (Bernstrom and Kjekshus, 2014), mens de i sin 2012 studie finner at (Bernstrom and Kjekshus, 2012) ledelsens adferd i omstillingen påvirker sykefravær. Nå er ikke sykefravær en variabel i denne studien, men hvorfor ser vi ingen endring i arbeidsmiljøet når vi har en stor omstilling?

Et mulig svar er ganske enkelt at den aktuelle omstillingen (etableringen av HSØ med påfølgende strategi) drukner i de andre. I løpet av analysen så vi at det var svært mange endringer i enheter som svarte. Hvis man måler organisatoriske endringer gitt hvilke enheter som svarer på

medarbeiderundersøkelsen, så får man de følgende resultater som gir henholdsvis endepunktsvar absolutte endringer år-over-år og endringer relativ til 2010-størrelse.

Tabell 6-6 Antallet organisatoriske endringer 2011-2013. «Forsvunnet» er enheter som opphører i perioden. «Kommet til» er enheter som oppstår i perioden.

HF	Uendret '11-13	Forsvunnet	Kommet til
Ahus	218	96	167
OUS	998	53	156
SiT	229	35	38
SiV	209	28	29
VV	323	36	54

Som man ser av 7 og 8 så er det ett helseforetak som skiller seg ut, Akershus Universitetssykehus HF (AH). Akershus har gjennomgående flest endringer i alle årene (opp mot 40 % av utgangspunktet i 2010, «"baseline"). Gitt den høye endringstakten ble det gjort noen forsøk på å kvalifisere hva slags endringer det er snakk om for Akershus Universitetssykehus. I stor grad dreier dette seg om reelle endringer, og omstillingen blir kvantitativt stor gitt at man har gjort ganske store strukturelle endringer på divisjon/klinikk nivå, med påfølgende konsekvenser for de underliggende enhetene (for eksempel medisinsk divisjon, kvinneklinikken og ortopedisk klinikk er eksempler på enheter som har sett store endringer/er nyopprettet).

Tabell 6-7 Antallet organisatoriske endringer, år-over-år 2010-2013

HF	Utgangspunkt	10-11	11-12	12-13
		(Kommet til/Forsvunnet)		
Ahus	238	29/88	96/92	17/92
OUS ⁴¹	1031	-/-	34/73	38/102
SiT	244	16/21	33/30	3/9
SiV	229	23/10	22/25	9/7
VV	337	50/28	38/47	6/15

⁴¹ Gitt manglende data, så er baseline for OUS 2011.

Tabell 6-8 Antallet organisatoriske endringer (rel. 2010) for 2010-2013

HF	Utgangspunkt	10-11	11-12	12-13
Kommet til/Forsvunnet				
Ahus	238	12%/37%	40%/39%	7%/39%
OUS ⁶	1031	-/-	3%/7%	3%/10%
SiT	244	6%/21	14%/12%	1%/3%
SiV	229	10%/4%	10%/11%	4%/3%
VV	337	15%/28%	11%/14%	2%/4%

Dette viser at det for alle sykehus skjer en kontinuerlig strøm av store og små endringer lokalt. Noen av disse endringene er antagelig relativt ubetydelige, mens andre kan berøre tungt lokalt. Spørsmålet er da om ikke disse endringene har større påvirkning på arbeidsmiljøet lokalt enn de store sentrale grepene som skjer på foretaksnivå.

6.4.2 Konklusjoner av medarbeiderundersøkelsen

- På regionnivå for HSØ kan vi ikke se noen endring i arbeidsmiljøet i perioden 2008-2013 for de indikatorene vi har. Vi kan heller ikke se det for hele settet av indikatorer i perioden 2010-2013. Arbeidsmiljøet på HSØ nivå er stabilt.
- Går vi under HSØ regionnivå og inn på de ulike foretakene og enhetene er bildet litt annerledes. På foretaksnivå er indikatorene stabile i perioden, men dersom vi ser på de ulike organisatoriske enhetene ser vi at det er atskillig spredning innenfor det enkelte sykehuset. Arbeidsmiljøet er på ingen måte opplevd likt i hele HSØ, tvert i mot er det ganske store forskjeller mellom enhetene innenfor hvert sykehus. Noen enheter rapporterer også systematisk lav score, andre høy score. Men vi finner ingen mønstre i utvikling over tid som ser ut til å være knyttet til omstillingene i perioden 2008-2010. Forskjeller mellom enheter vil være naturlig og ser ut til å bevege seg uten å kunne knyttes direkte til noen ytre hendelser som omstillingsprosessen.
- Det er et unntak for dette, og det er holdningene man har til OUS fusjonen i sykehusene som ble en del av OUS. For de tre årene vi vi har data for er utviklingen klar: De ansatte ved OUS opplever seg i større grad som en enhet og i mindre grad som representanter for en historisk nedlagt enhet ved slutten av perioden. Man er villige til å lære av de andre og til å utvikle seg i fellesskap. Dette er da tegn på at gamle motsetninger på OUS bygges ned og over tid vil slipes av. Det er imidlertid en utvikling fra et meget dårlig nivå, med mindre enn halvparten av de ansatte som tilslutter seg ideene til en litt bedre nåtilstand hvor omtrent halvparten gjør det. Det er et spørsmål for ledelsen ved OUS om den er fornøyd med tilstanden i dag. Det kan selvsagt også diskuteres om ikke utviklingen burde gått raskere, men *retningen* er i alle fall ønsket.
- For resten av arbeidsmiljøforholdene er inntrykket stabilt, men med store lokale variasjoner. Samtidig vet vi at omorganiseringer påvirker arbeidsmiljø, så hvorfor påvirker ikke de store endringene i HSØ enhetene lokalt?

6.4.3 Fokusgruppeintervjuer av ledere, medarbeidere, og ansattes representanter

Analysen av medarbeiderundersøkelsen reiste en del spørsmål om hvorfor resultatene i undersøkelsen ble slik den ble. Samtidig var det et behov for å komme helt ut til de ansatte for å kartlegge medvirkning og ledelse helt ut. Derfor ble det i samråd med HSØ besluttet at SINTEF skulle gjennomføre noen flere intervjuer for å finne ut dette. I notat til HSØ i juni 2014, foreslo SINTEF følgende, som man så fikk tilslutning til på møte 8. august:

- 1) *Vi vil gå tilbake til typiske enheter ved HSØ og gjennomføre gruppeintervjuer med tre til fem ansatte på hver enhet hvor vi ønsker å sjekke ut spørsmålet om hvorfor strategien ikke ser ut til å påvirke arbeidsmiljøet på HSØ. Dette vil vi gjøre ved å:*
 - a. *Be deltakerne si noe om hvordan omstillingene på HSØ de siste årene har påvirket deres arbeidsmiljø og hvordan de har medvirket i omstillingsprosesser. Her er vi også interessert i å få høre hvordan samarbeid og medvirkning typisk skjer lokalt.*
 - b. *Skissere hovedelementene i strategien*
 - c. *Presentere noen overordnede funn fra analysen av MU data for å reise spørsmålet "Hvorfor påvirker ikke strategien arbeidsmiljøet"*
 - d. *Diskutere mulige forklaringer på manglende utvikling med enhetene. Det er selvsagt et helt åpent spørsmål som vi må lytte til svarene på, men noen mulige forklaringer som vi kan forsøke å få støttet/forkastet er:*
 - i. *Medarbeiderundersøkelsen spør ikke om de riktige tingene i forhold til omstilling (Metode)*
 - ii. *Sentrale strategier når ikke frem lokalt, de "drukner" i lokale forhold*
 - iii. *Strategien var så i samsvar med hva vi planla likevel at vi ikke merket den (fokus på kvalitet i behandling var for eksempel allerede gitt)*
 - iv. *Strategien er helt irrelevant for oss så vi har ignorert den*
- 2) *Vi ønsker å gjøre dette ved tre tilsvarende, typiske, enheter: OUS som var hovedmålet for omstillingen, Ahus som har hatt en rekke lokale omstillingstiltak og endelig Vestfold eller Telemark som har vært relativt stabile. Ved å sammenligne resultatene vil vi kunne si noe både om effektene av strategier helt ut og medvirkning helt ut.*

Vi gjennomførte fokusgruppeintervju i tre sykehus; SiV, Ahus og OUS på det vi kan kalle typiske pasientnære enheter. Intervjuene ble gjennomført med enhetsleder, leger og sykepleiere som har jobbet i HSØ siden 2007. I intervjuene var fokuset som over: var det noen sammenheng mellom (manglende) arbeidsmiljøutvikling og den strategiske plan som var lagt av HSØ sentralt? Var det noen av de fire hypotesene over som kunne støttes gjennom intervjuene?

De tre sykehusene var valgt fordi de i ulik grad var berørt av omstillingsprosessene beskrevet i Delrapport 1. Etter opprettelsen av HSØ var SiV nesten ikke berørt av større omstillinger, mens Ahus i 2008 hadde fått nytt bygg og i 2011 hadde fått en sterk utvidelse av opptaksområdet da Follo og Alna bydel ble lagt til. Totalt rundt 175 000 mennesker hadde fått Ahus som sitt nye lokalsykehus. Tilsvarende var sykehusene i Oslo berørt, gjennom nedleggelsen av Aker som sykehus, endret opptaksområder og etableringen av OUS i 2009. Dessuten var det et overordnet mål å utnytte ressursene i Oslo bedre. Vi kunne forvente at enheten ved SiV ikke hadde så sterkt forhold til strategien til HSØ, mens enhetene ved Ahus og OUS hadde det.

I intervjuene fant vi et klart mønster. Det var ingen av de intervjuede som hadde noe sterkt forhold til strategien eller følte at den hadde stor betydning. Men ved SiV var den sentrale strategien helt fraværende i bevisstheten. Etter at HSØ var etablert var man på den lokale enheten opptatt av å

sørge for sin egen overlevelse, og unngå å bli slått sammen med/flyttet til Drammen. Den løsningen man fant var enkel og så langt virksom; vi konsentrerer oss om å være det faglige beste miljøet innen eget fag i vårt område slik at vi ikke blir nedlagt. Alternativet kunne vært at enheten ble flyttet til Skien og de mente også Buskerud var en konkurrent. Enhetens strategiske fokus var deretter rent faglig/forbedring av pasienttilbud. Hva slags annen strategi som forelå var egentlig enheten uvedkommende, man hadde funnet sitt lokale mål og sin lokale handlingsstrategi. Enheten oppfattet ikke noen signaler fra høyere hold som gikk på tvers av dette. Det var en pris å betale for dette fokuset, en større enhet hadde vært mer slagkraftig faglig og man slo derfor sammen noen mindre enheter for å bli noe større. Dette ga redusert tilgang til lokal ledelse helt ute i førstelinjen, og man opplevde noe mer belastning. Likevel var enheten godt fornøyd med sitt valg og hvordan den lokale sykehusledelsen hadde akseptert dette. Sentral strategi var imidlertid helt uvedkommende, og påvirket dermed heller ikke arbeidsmiljøet.

Ved Ahus var situasjonen noe annerledes. Heller ikke her var den sentrale strategien vesentlig. Oppfatningen av HSØ ledelsens arbeid, eller snarere manglende arbeid, var vesentlig i løpet av perioden fra 2008 frem til i dag. I den første fasen etter etablering av HSØ var fokuset ved Ahus orientert mot de nye byggene som skulle komme. I 2008 skulle "det lille sykehuset på landet"⁴² flytte inn i nye flotte bygg. Det var den endringen man var opptatt av i 2008 (innflytting i oktober) og deretter i 2009 etter flytting. I 2010 begynte man også å bekymre seg for den kommende endringen av opptaksområdet. Respondentene på Ahus var klar over at dette ikke direkte var en del av HSØ's strategi og at vedtaket om dette var gjort tidligere. Likevel betraktet man implementeringen av dette vedtaket som HSØ's ansvar og der opplevde man seg sviktet. Ja, det kom en strategi, men hva så? Hvorfor styrte ikke HSØ ledelsen prosessen rundt Aker og refordeling av opptaksområdet bedre? De måtte jo kunne forutse både at det var behov for flere ansatte ved Ahus og at de ansatte ved Aker måtte flyttes (til Ahus eller andre sykehus i Oslo-området) når Aker ble nedlagt? Hvor var planen og ledelsen for dette? Ahus ble overlatt til å "slåss" mot Ullevål og andre Oslo-sykehus i denne perioden, og da var det gitt at Ullevåls OUS sine behov ville vinne frem. De ansatte på Ahus var sterkt kritiske til HSØ ledelsens opptreden her, en kritikk som er formulert i andre deler av Ahus i andre intervjuer.

Når da endringen kom i 2010 fikk "det lille sykehuset på landet" over natta en øking i pasientgrunnlag "tilsvarende Stavanger by"⁴³, i følge en av informantene, et befolkningsgrunnlag som i tillegg hadde betydelig høyere sykkelighet enn resten av landet. Groruddalens innbyggere har en gjennomsnittlig levealder 10 år kortere enn Oslo vest. Dette skulle Ahus takle uten noe øking i ansatte umiddelbart. Det var et sjokk på organisasjonen. Arbeidsmengden økte og arbeidsmiljøet ble forverret i 2011 og 2012. Respondentene mente dette skyldtes økt arbeidsmengde. Men i 2013 og 2014⁴⁴ forbedret arbeidsmiljøet seg og gikk tilbake til 2010 nivå. Sjokket var over, det lille sykehuset på landet hadde absorbert pasientmengden. Det var ikke lenger et lite sykehus, men et stort og betydelig mer selvbevisst universitetssykehus.

⁴² Omtalt slik av respondentene både i dette og andre intervju.

⁴³ De språklige metaforene er respondentenes, anvendt om det som skjedde. Sammenligningen med Stavanger ble gjort flere ganger i den aktuelle enheten. I realiteten lå økningen av befolkningsområdet nærmere innbyggertallet i Trondheim.

⁴⁴ Enheten ga oss tallene for 2014 undersøkelsen som viste en klar fremgang fra 2013.

I følge respondentene var det tre klare hovedårsaker til den positive utviklingen etter 2012:

- Økt antall ansatte, fra 5 277 ansatte i 2009, til 9 231 i 2013⁴⁵
- Lokale omorganiseringer utnyttet ressursene bedre
- Lokal ledelse var dyktig og hadde gjort mye ut av situasjonen

Det reduserer selvsagt den økte arbeidsmengden som følger med økt tilstrømming av pasienter. Vekten på lokale omorganiseringer er svært interessant, men er konsistent med den høye lokale omstillingstakten vi kan se ved Ahus. Ahus har helt klart forsøkt å tilpasse sin lokale organisasjon til den nye situasjonen. En slik tilpasning er initiert av lokal ledelse. Omorganisering er altså ikke per definisjon negativt, det går an for lokal ledelse å tilpasse organisasjonen bedre. Når den lokale ledelsen får ros tyder det på at man har tatt grep som totalt oppfattes som gode.

Samtidig må det understrekes at Ahus fikk økt sine budsjetter for å kunne dekke kostnadene ved det økte antall ansatte. Tildelingen av driftsmidler kommer fra Helse Sør-Øst RHF. Om det ikke var en god nok strategi for øking i antall ansatte ble det laget budsjetter for det.

Heller ikke ved OUS var man særlig bevisst den sentrale strategien som var laget. Men når vi viste oppsummeringen av den til respondentene påpekte de at flere elementer var viktige for dem. Den enkeltfaktoren som var viktigst for dem i strategien var eksisterende bygningsmasse. Den aktuelle enheten holdt til i gamle bygninger, dels delt over to bygg og slet noe med det. De hadde hørt mange ganger om behovet for bedre arealutnyttelse og mente å kjenne til flere konsulentrapporter som snakket om det. Så langt kunne de ikke si at det hadde skjedd noe særlig her, og de lurte på om det var mulig. Men det målet var de vel kjent med. De var også klar over at et overordnet mål med etableringen av HSØ var å samordne og bedre utnytte kompetansen blant Oslo-sykehusene. "Marsjere mere i takt". Kjennskapen til strategien var dermed størst i Oslo, men heller ikke her var den stor eller oppfattet som viktig. Strategien fremstod for respondentene som fornuftig og noe de kunne gjenkjenne seg i, men de følte ikke at den hadde betydd mye for arbeidsmiljøet når de reflekterte over hva som hadde skjedd.

Respondentgruppa ved OUS bestod av to tidligere Aker ansatte, mens de øvrige var fra Ullevål sykehus. De fra Aker hadde mye av samme vurderingen som Ahus ansatte. De syntes prosessen rundt nedleggelsen av Aker hadde vært rotete og langdryg og at HSØ ledelsen skulle ha styrt den bedre. De beskrev nedleggelsen av Aker som en veldig gradvis prosess, og selv om de også var klar over tidlige vedtak mente de at det hadde vært mange og lange diskusjoner om ikke Aker kunne ha en fremtid i en eller annen endret form. Begrepet "Storbysykehus" ble nevnt:

"Jeg tenker tilbake til 2007 og 2008, så trudde vel fortsatt sykehusledelsen på Aker at Aker skulle bli et storbysykehus, at man skulle ha mye av lokalsykehusfunksjonen i Oslo. Og at Ullevål og Riksen skulle overta mange av disse områdefunksjonene og alt mulig annet. Sånn at nedleggelsen av Aker var ikke et faktum på det tidspunktet."

Men det hadde blitt nedleggelse etterhvert⁴⁶ og de ansatte hadde endt opp på Ullevål. Det var i og for seg ikke en katastrofe, men de tidligere Aker ansatte mente at beslutningene hadde blitt tatt på tynt grunnlag:

⁴⁵ Årsrapporter Ahus, 2009 og 2013. Det kan bemerkes at Ahus med 9000 ansatte er i størrelse litt under Haukeland og St.Olav. OUS er imidlertid dobbelt så stort igjen.

"Jeg tror sånn her at hadde prosessene vært sånn at man først gjør en grundig utredning og så fatter man et vedtak, om at jo, Aker sykehus skal legges ned. Nå skal vi begynne å jobbe for den her prosessen, se hvordan en kunne fusjonere avdelingene, og finne ut hvor personalet skulle ta veien og hvor pasientene skulle ta veien, og om dette hadde vært en begripelig og tydelig prosess hele veien opp. Men det var den jo ikke for oss, for det var den heller ikke høyere oppe for å si det sånn da. Så tror jeg at folk kunne ha akseptert det, å ha en forståelse for det, å vite hva man skulle jobbe mot."

I dette sitatet ligger en sterk organisasjonsfaglig begrunnet kritikk av ledelsens organisering av prosessen. I følge denne respondenten manglet det altså både en utredning (begrunnelse) og et klart vedtak (mål). Dermed var det heller ikke noen mulighet til å jobbe med å implementere dette (se på hvordan avdelingene skulle fusjonere, håndtere personalet, ha en klar prosess.) Prosessen mangler også legitimitet, logisk nok siden den ikke har en begrunnelse eller klar målsetting.

De som hadde vært på Ullevål hadde nok opplevd situasjonen relativt annerledes. Men de trodde ikke noe på at det var en mulighet for at de skulle bli flyttet ut til Aker.

"....det var informasjonsmøte i 2008. Da var det jo fortsatt noe sånn der at man vurderte liksom man skulle legge det forente Oslo Universitetssykehus på Aker, eller skulle man legge det på Ullevål. Og ingen trudde vel egentlig at det skulle legges på Aker...."

På Ullevål kunne man flytte på sitt rykte som det beste sykehuset, og ignorere flyttediskusjoner i trygg bevissthet om at det ville bli Aker og ikke Ullevål som ville bli nedlagt.

Etterhvert hadde Aker ansatte kommet ned til enheten og her var alle enige om at det hadde skjedd en positiv utvikling lokalt på grunn av dette. De hadde lært av hverandre og de følte at de hadde klart å skape et faglig fellesskap og praksis, også på tvers av to bygg. Dette stemmer også med hvordan enheten svarer på disse spørsmålene i medarbeiderundersøkelsen.

Når de ble forelagt den manglende utviklingen av arbeidsmiljø hadde de to hovedforklaringer. Den ene var at selv om det hadde skjedd endringer i omgivelsene og en strategi hadde blitt utviklet og implementert, hadde det ikke hatt noen påvirkning på de lokale arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet. Dette er noe vi ser er felles for alle tre sykehusene der vi har gjennomført intervjuer.

Det som skaper mening og innhold i arbeidet er arbeidsmiljøet lokalt på arbeidsplassen og de interessante arbeidsoppgavene man har. De som vi intervjuet sa at de alltid hadde hatt et godt arbeidsmiljø i sitt fagmiljø og på sin avdeling – til tross for at det har vært mange endringer og omstillingsprosesser:

"På vår avdeling så har vi hatt en grunnleggende god avdeling, folk har trivdes på jobben. Det vi har merket det på helt innledningsvis er sykefraværet som har gått opp og ned når det har vært prosesser lokalt som har vært vanskelige og slitsomme. Men så har ikke folk svart at de ikke trives på jobben i miljøet, den kollegiale biten på jobb er bra, den sosiale biten på jobb er bra. Men det er de andre tingene rundt som man av og til rokker ved."

Det gode arbeidsmiljøet karakteriserer de som; et faglig og kollegialt samhold, nær lokal ledelse, at man har nok (men ikke for mange) faglig spennende arbeidsoppgaver, at man gjør noe nyttig. De ytre forhold er av mindre betydning.

⁴⁶ Helt nedlagt er Aker sykehus strengt tatt ikke, det foregår ulike aktiviteter der for OUS.

I følge resultatene fra intervjuene fra alle de tre sykehusene så betyr kollegial støtte og et godt arbeidsmiljø svært mye for å kunne mestre og utføre jobben på en god måte. Godt samarbeid med kollegaene på den avdelingen man er ansatt er vesentlig både for leger og sykepleiere i forhold til hvordan man mestrer en mer krevende og travel arbeidshverdag. Blant sykepleiere og leger er det høy motivasjon for å gjøre en best mulig jobb med de forutsetningene de har. Det er basert mye på den fagkompetansen de besitter og at de brenner for jobben sin. Mange av dem vi intervjuet sier at de har en kultur og et arbeidsmiljø der de tør å si fra om det som ikke fungerer og det de ønsker skal være annerledes. De opplever at det er lite konflikter og "korridorsnakk" på arbeidsplassen. De er også flinke til å støtte hverandre i forhold til behandlingen av pasienter, der de diskuterer og hjelper hverandre. Dette får de til fordi at de er godt samkjørte både faglig og sosialt sett. I tillegg sier sykepleierne, legene og avdelingslederne at de er nødt til å samarbeide og jobbe tett sammen for å få utført de oppgavene de skal. Sykepleierne er dessuten flinke til å gi hverandre oppmuntring og ros i arbeidshverdagen, og denne omsorgen har stor betydning for at man mestrer en mer krevende arbeidsdag sammenlignet med tidligere. Men ingenting av dette har endret seg som følge av strategien, og dermed blir arbeidsmiljøet på det nivået det var før undersøkelsen.

Den andre forklaringen på at det ikke ble endringer var at undersøkelsen ikke alltid traff helt godt. *"Vi tror kanskje ikke like mye på spørreskjemaet som dere"* sa en av respondentene. For eksempel så ønsker de ansatte at noen av spørsmålene i undersøkelsen skulle ha skilt mellom lokale forhold og sykehuset for øvrig: *"Bevisstheten rundt hvilket nivå du svarer på har vært litt utfordrende"*. De mener at dette ville ha fått frem nyansene bedre. Vi svarer jo fort, og det er ikke alle som svarer, sa en annen. Noen opplever at enkelte spørsmål i undersøkelsen ikke er helt tydelige og at de derfor er vanskelig å svare på. Derfor viser ikke resultatene fra medarbeiderundersøkelsen nødvendigvis hvordan de ansatte faktisk har det på arbeid. Og ikke minst er det en forskjell i fokus på hva de ansatte er opptatt av, selv om de er frustrert på en eller annen endring i systemet gjør de likevel det de er interesserte i faglig. Alt dette påvirker hvordan de svarer og hvordan resultatene blir, og at det derfor er vanskelig å fange opp frustrasjonen i organisasjonen gjennom denne type undersøkelse.

6.5 Evaluering av medvirkning

I kapittel 6.1 diskuterer vi medvirkning av brukerutvalgene, basert på intervjuer med brukerutvalgene. I kapittel 6.2 analyserer vi den delen av intervjuene foretatt i arbeidspakke 1 og 3 som omhandler medvirkning. De intervjuede i disse to arbeidspakkene er nåværende og tidligere ledere, tillitsvalgte og ansatte.

6.5.1 Brukerutvalg

Brukerutvalgene i Helse Sør-Øst representerer ulike pasientgrupper, og skal ivareta interessene til pasientene. I prosjektet har vi vurdert hvordan brukerutvalgenes (pasientenes) interesser er blitt ivaretatt i omstillingsprosessen, og hvilken innflytelse utvalgene har hatt. Vi har også sett på hvordan brukerutvalgene har utviklet seg, og om de har oppnådd økt brukermedvirkning.

Det er til sammen ni brukerutvalg ved foretakene i dag, og vi intervjuet fire av disse; Akershus Universitetssykehus (Ahus), Oslo Universitetssykehus (OUS), Sykehuset Telemark og Helse Sør-Øst RHF (regionalt helseforetak). Vi gjennomførte gruppeintervju (ansikt til ansikt) og telefonintervju med tidligere og nåværende ledere og medlemmer av disse brukerutvalgene. I gruppeintervjuene var det 3-4 representanter per brukerutvalg, og i telefonintervjuene intervjuet vi enkeltpersoner. Til sammen ble 11 personer intervjuet fra brukerutvalgene. Intervjuene varte fra 1-

2 timer, og 1-2 forskere fra SINTEF deltok på hvert intervju. Det ble laget en felles intervjuguide for alle brukerutvalgene vi intervjuet. Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene, og de ble transkribert. I intervjuene spurte vi representantene om følgende forhold; brukerutvalgets mandat og funksjoner, opplevd medvirkning i omstillingsprosessen, hvilke saker de fremmet og fikk gjennomslag for, hva som var utfordringene i omstillingsprosessen, hvilke konsekvenser omstillingsprosessen fikk, og om medvirkning hos brukerutvalgene har endret og forbedret seg som følge av omstillingsprosessen.

6.5.1.1 Brukerutvalgenes mandat og funksjoner

I følge Helse Sør-Øst (www.helse-sorost.no) er brukermedvirkning et av de beste midlene for å sikre at pasienter og pårørendes stemmer blir hørt. Derfor er det etablert brukerutvalg og brukerråd både på regionalt nivå og i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Utvalgene er sammensatt av representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner. **Brukerutvalgets hovedfunksjoner** er å sikre tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med helsetjenesten, samt å gi råd om forbedring og samhandling med andre aktører. En annen viktig oppgave er å bidra til å fremme brukermedvirkning i Helse Sør-Øst. **Brukerutvalgene er rådgivende organ** for styret og administrerende direktør og medvirker på overordnet og strategisk nivå.

I intervjuene sier brukerutvalgene at de er nøye med å være et brukerutvalg for alle pasientgrupper, der de ikke skal jobbe kun for den pasientgruppen de selv representerer. Dette er nedfelt i mandatet til brukerutvalgene, og det presiseres i den obligatoriske modulopplæringen som representantene gjennomgår.

Arbeidet i brukerutvalgene innebærer deltakelse i mange ulike møter og utvalg. Leder og nestleder i brukerutvalgene deltar på styremøter, ledermøter, brukerutvalgsmøter og i ulike komiteer. I disse møtene ivaretar de og fremmer pasientenes interesser, og kommer med råd og innspill for å påvirke beslutningsprosesser og sørge for at nye beslutninger ikke er til ulempe for pasientene. I tillegg er de med på å utforme planer, som strategiplaner for sykehuset og planer for brukermedvirkning. De omtaler seg som "vaktbikkjer", men at de er samarbeidsorientert og at de ønsker å ha en god relasjon til sykehusledelsen.

6.5.1.2 Brukerutvalgenes involvering i omstillingsprosessen

Basert på intervjuene finner vi at det varierer i hvilken grad brukerutvalgene har vært involvert i omstillingsprosessen til Helse Sør-Øst. De som har vært minst involvert blant brukerutvalgene vi har intervjuet er brukerutvalget ved Sykehuset Telemark. Det har sammenheng med at mange av endringene og omstillingene først og fremst angikk Osloregionen. De tre andre brukerutvalgene som er med i vår intervjuundersøkelse har vært involvert på en mer aktiv måte.

I Helse Sør-Øst er det utviklet 13 prinsipper for brukermedvirkning, som omfatter brukerutvalgenes arbeid og medvirkning i omstillingsprosesser ved sykehusene. Disse 13 prinsippene er gjeldende for brukerutvalgenes arbeid i dag, se også kapittel 3.3.

I intervjuene med brukerutvalgene spurte vi hvordan de opplevde at de var involvert og om eksempler på medvirkning fra deres side underveis i omstillingsprosessen. De mente det var økt oppmerksomhet rettet mot brukermedvirkning fra ledelsens side generelt sett, og det ble tidlig i prosessen markedsført og uttalt at brukermedvirkning var viktig:

"Vi fikk til ganske mye fordi det ble jo flagget at Helse Sør-Øst skulle være et utstillingsvindu for brukermedvirkning."

Dette bidro til at brukerutvalgene ble involvert på en bedre måte enn tidligere. De fikk for eksempel økt deltakelse i ulike råd og utvalg.

De fikk også på et tidlig tidspunkt i prosessen delta på en større dialogkonferanse i regi av HSØ, der alle brukerutvalg og tillitsvalgte var invitert og til stede. De deltok i gruppearbeid, der man fikk uttale seg om ulike sider ved omstillingsprosessen:

"Alle ble puttet inn i en stor hall og så hadde vi noen kaffemøter og svarte på noen spørsmål, og det var faktisk der brukermedvirkningen var på det tidspunktet, tror jeg. [...] Men det var jo flere hundre brukerrepresentanter som var samlet, vi satt rundt et åttemannsbord. [...] Hvilke spørsmål skulle dere svare på? Jeg husker ikke detaljert, men det var om hvor ting skal ligge hen. Mye dreide seg rundt usikkerheten mellom Ullevål og Rikshospitalet, og gamle Aker også."

Flere av dem vi intervjuet opplevde at det var utfordrende å komme med innspill og bli hørt på denne arenaen fordi det var mange beslutninger som var tatt og som de ikke kunne ha innflytelse på.

De ble også tatt med på høring, der de fikk styresakene fremlagt. Det var en rekke høringer som ble holdt. Det var mest orientering, og ikke særlig rom for å komme med innspill. Dermed var det ikke så stor grad av innflytelse og ikke reell medvirkning slik de oppfattet det.

Når det gjelder informasjon om prosessen underveis, så sier de fleste av brukerutvalgene vi intervjuet at de var godt informert av ledelsen. I noen tilfeller var de bedre informert om endringene og prosessen enn de tillitsvalgte. Det samme har de tillitsvalgte påpekt i intervjuene med dem.

Brukerrepresentanter deltok i tillegg i møter, der det var satt sammen grupper med fagpersonell og brukerrepresentanter. Temaet var pasientbehandling, og brukerutvalgene fikk komme med råd og uttalelser. I tillegg holdt de innlegg og fortalte hvordan situasjonen og pasienttilbudet opplevdes for pasientene.

Når vi spør om brukerutvalgene opplevde medvirkning i omstillingsprosessen, så svarer de fleste ja – basert på momentene som er beskrevet over. I ettertid er de imidlertid usikre på om det var reell medvirkning. De ble invitert til å delta på dialogkonferanser og andre arenaer, men de spør seg om i hvilken grad de faktisk hadde innflytelse på omstillingene:

"Vi følte oss litt lurt etter hvert. Det ble fremstilt som at denne prosessen skulle være så enkel og at det bare var fordeler. Vi tok opp at det måtte følge penger med en så stor prosess."

"Når vi var godt informert så regnet de kanskje med at det ikke ble så mye protester."

Vi har vurdert i hvilken grad brukermedvirkning ble ivaretatt i henhold til de 13 prinsippene for brukermedvirkning. Her har vi tatt med de prinsippene om medvirkning som er mest relevant i forhold til resultatene fra intervjuundersøkelsen. Brukerrepresentanter fremhever i intervjuene punkt 2 av prinsippene som handler om at *"brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse"*. Det er en oppfatning at opplæring av brukerrepresentanter har økt kompetansen og innflytelsen hos brukerutvalgene. Imidlertid kan det av og til være vanskelig å oppnå likeverdighet fordi sykehusdirektørene og deres ledergruppe sitter med makten til å fatte beslutninger.

Ett av prinsippene er å oppnå reell innflytelse; "*brugerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse*" (prinsipp 5). Brukerutvalgene vi intervjuet stiller spørsmål ved om det har vært reell medvirkning. De har vært tatt med på råd gjennom blant annet dialogkonferanser, men de har ikke opplevd å ha særlig innflytelse på prosessen og beslutningene som ble tatt underveis i omstillingen.

Et annet av prinsippene er at "*brugerrepresentantene skal delta i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker som angår universell tilgjengelighet og pasientrelatert informasjon*" (prinsipp 6). Her opplever brukerutvalgsrepresentantene at de ble informert og involvert på et tidlig tidspunkt i prosessen, og at de var vel så mye involvert som fagforeningene.

Prinsipp 7 vektlegger at det skal "*legges til rette for kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora ...*". Brukerutvalgene deltar i mange forskjellige fora og utvalg som diskuterer pasienters behov og rettigheter, og på denne måten opplever de at dette prinsippet om medvirkning er ivaretatt. Dette er imidlertid i større grad ivaretatt i dag enn det var under selve omstillingsprosessen, ved at brukerrepresentantene får bedre opplæring og deltar i flere råd og utvalg sammenlignet med tidligere. Prinsippene 9-13 beskriver for øvrig kompetansebehov og opplæring av brukerutvalgenes representanter.

6.5.1.3 Saker som brukerutvalgene jobbet med og fikk gjennomslag for i omstillingsprosessen

Brukerutvalget ved Oslo Universitetssykehus (OUS) var opptatt av å få "ryddet opp" i Oslo-området, og at omstillingene skulle gagne pasientene. I utgangspunktet var de positive til en sammenslåing av fagmiljøer:

"De som sitter i brukerutvalg har kjent det på kroppen. Har opplevd ulik behandling på ulike sykehus. Sånn sett var det positivt at fagmiljøene skulle slå seg sammen."

OUS brukerutvalg var også opptatt av at brukerrepresentantene skulle delta i beslutninger rundt sammenslåing – med fokus på; går det ut over pasienten eller ikke? De fikk ikke delta aktivt i disse beslutningsprosessene i den grad de selv ønsket.

En annen sak som opptok alle brukerutvalgene vi intervjuet, var å sørge for at brukerutvalgets medlemmer fikk innpass i forskjellige klinikker, råd og utvalg. Det lyktes de med i stor grad. De sier at det har vært en positiv utvikling med hensyn til medvirkning av brukerutvalgene. I dag er de godt representert i mange ulike råd og utvalg, og de sier at de opplever å bli hørt.

Pasientsikkerhet, som innebærer kvalitet i behandlingen, er også en sak som brukerutvalgene har hatt fokus på i omstillingsprosessen, men også før omstillingene har dette temaet vært sentralt for brukerutvalgene.

Brukerutvalgene har vært opptatt av arbeidsmiljøet til de ansatte ved sykehusene i omstillingsprosessen. Det har vært krevende for sykehuspersonalet med mange omfattende endringer. Arbeidsmiljøet har til tider vært dårlig, og representanter fra brukerutvalgene har vært bekymret for at et dårlig arbeidsmiljø skulle gå ut over pasientene.

I intervjuene spurte vi om hvilke saker brukerutvalgene opplevde at de fikk gjennomslag for. De svarte at de hadde innflytelse og oppnådde forbedringer i følgende saker:

- Bedre pasientforløp

- Raskere pasientbehandling
- Utforming av pasienttjenester

I omstillingsprosessen var brukerutvalgene opptatt av pasientforløpene, og at de skulle fungere best mulig. Det var en del overflyttinger mellom ulike avdelinger, og det var en del sammenslåinger av avdelinger. Derfor var det fokus på gode pasientforløp, slik at man ikke skapte problemer for de som skulle ha behandling. Brukerutvalgene opplevde at pasientforløpene bedret seg ved at de var involvert i saken – fordi de fikk færre rapporter på at det var problemer. I tillegg var de opptatt av å få til raskere behandling for pasientene. De oppnådde at det ble færre problemer med fristbrudd, dvs. at ventelistene ble kortere og pasientene dermed fikk raskere behandling. Brukerutvalgene oppnådde også at pasienter fikk være med å utforme tjenester ved sykehuset. Et eksempel er deltakelse i prosjekt for brystkreftpasienter.

6.5.1.4 utfordringer for å lykkes med omstillingsprosessen

Brukerutvalgene vi intervjuet fremhever utfordringene som var knyttet til økonomiske innsparinger ved sykehusene. For eksempel ble det fra ledelsens side tydelig uttalt at det skulle spares penger ved Oslo Universitetssykehus. Sykehuset skulle redusere aktivitet og bemanning slik at det kom i overensstemmelse med de budsjettvedtakene som var gjort. Brukerutvalget ved OUS mente at innsparinger var et svært vanskelig utgangspunkt for å kunne skape et bedre sykehus med bedre kvalitet på pasientbehandlingen. Det ble også trangt økonomisk i forhold til å få til nødvendige forbedringer av datasystem og bygninger. Brukerutvalget diskuterte de økonomiske utfordringene med ledelsen gjennom deltakelse på styremøter, men fikk ikke noe særlig respons. Beslutningene var tatt på et høyere nivå, og det var ingen muligheter til å forandre eller gjøre noen tilpasninger slik som brukerutvalgene opplevde det. Det var dessuten også situasjonen for sykehusledelsen:

"Det blir jo dumt å sitte som brukerrepresentant å si noe da, når du ser at styreleder ikke kan og administrerende direktør ikke kan fordi de ikke har penger til det."

"Den flinkeste i klassen han får skryt når han har spart penger, men avdelingen er spart ned til beinet."

Det var dessuten vanskelig for brukerutvalgene i Helse Sør-Øst å forstå hvor omfattende prosessen var i starten av omstillingene, og det var derfor en utfordring å oppnå reell innflytelse og brukermedvirkning.

En annen utfordring med omstillingsprosessen var uenigheter om hvilke enheter som skulle ha hvilke fagmiljø, men disse beslutningene hadde ikke brukerutvalgene innflytelse på.

6.5.1.5 Konsekvenser av omstillingsprosessen

I intervjuene spurte vi hvilke konsekvenser omstillingsprosessen har medført for pasientbehandlingen ved sykehusene – hva er de positive og negative konsekvensene? Brukerutvalgene opplever at endringene og omstillingene har ført til både ulemper og fordeler. Ulempene er at pasientene i dag må "fly" mellom mange sykehus i større grad enn før for å få behandling. I tillegg opplever de at sykehuset fortsatt er organisert i "siloe". Dette er uheldig for pasientene.

Det har imidlertid også skjedd positiv utvikling, For OUS sier brukerutvalget for eksempel at det tross alt er oppnådd en mer helhetlig pasientbehandling og at det er positivt; *"Før satt de på hver sin*

tue om de var på Ullevål, Riksen eller Aker". En annen positiv ting er at det er blitt mer tatt tak i pasienter uten rett til behandling, dvs. de som ikke har fått en tidsfrist for behandling.

I tillegg opplever alle brukerutvalgene at det er større grad av involvering fra deres side og at dette gagnar pasientene. Større grad av medvirkning skjer blant annet gjennom at det er bredere deltakelse i råd og komiteer sammenlignet med tidligere:

- Opprettet brukerråd på klinikkene med en representant fra brukerutvalget
- Representanter fra brukerutvalgene er med i kvalitetsutvalgene
- Deltakelse i etisk komite
- Ungdomsråd er etablert

Brukerutvalgenes erfaringer er at de har måttet stå på for å oppnå bredere deltakelse i råd og komiteer. For eksempel ville ikke de etiske komiteene ha brukerrepresentantene med i starten. Etter noen møter ble de imidlertid tatt med på råd, og det utviklet seg et tillitsforhold der brukerrepresentantene ble hørt og fikk innflytelse. Det fremheves også at en viktig forutsetning for brukermedvirkning har vært basert på et godt samarbeid med styreleder, administrerende direktør og klinikkledere ved sykehusene.

Brukerutvalgene sier at det er flere ting som ikke er på plass ennå, og fremhever disse sakene som det må jobbes med fremover:

- Overganger: det vil si hva som skjer når pasienten blir overflyttet fra en avdeling til en annen, eller når du skal overflyttes til et regionalt sykehus eller lokalsykehus, eller når pasienten skal ut og hjem. Da er det viktig med god informasjonsflyt, og at ansvaret er tydelig.
- Pasientsikkerhet: Lære av ting som går galt. Være trygge på at det som foregår på sykehuset er innenfor ordentlige rammer.
- Standardisering av IKT-systemer: Den store utfordringen er problemer med IKT-systemene. Sykehus som ble slått sammen hadde helt forskjellige systemer.
- Gamle bygninger som må rustes opp

Pasientsikkerhet, standardisering av IKT-systemer og fornying av gamle bygninger er forhold som har vært oppe i brukerutvalgene hele tiden, uavhengig av omstillingsprosessen.

6.5.1.6 Positiv utvikling og økt innflytelse hos brukerutvalgene

I intervjuundersøkelsen spurte vi om etableringen av HSØ har hatt en betydning for brukerutvalgenes mandat og funksjoner – om de har oppnådd større grad av medvirkning og innflytelse i dag i forhold til tidligere. Alle brukerutvalgene svarte at det har vært en positiv utvikling siden omstillingsprosessen startet i 2007. *"Vi blir hørt"*, sier brukerutvalgene, slik disse sitatene viser:

"Jeg vil også si at jeg som representant for brukerutvalget har blitt veldig godt mottatt i de råd og utvalg jeg har blitt bedt om å gå inn i. Og det er et meget godt klima mellom ledelse, tillitsvalgte og oss som brukere."

"Jeg har virkelig blitt hørt. For jeg får tilbakemeldinger ofte på at man har sitert det jeg har sagt, og det er ganske morsomt å høre, ikke sant? Når man vurderer å ansette meg som en erfaringskonsulent. [...] Da tenker jeg at da gjør jeg en god jobb. Da blir man tatt på alvor som brukerrepresentant, tenker jeg."

"Vi blir helt klart hørt, og vi kan se resultatene av hva vi har ment. Men det er helt klart en vei å gå med brukermedvirkning. Sånn vil det alltid være. Vi har kommet langt, men vil vel aldri bli ferdig."

I dag oppleves det at det er større grad av brukermedvirkning, der representanter fra brukerutvalgene blir tatt med tidlig i beslutningsprosesser. Deres erfaringer er at de blir hørt og lyttet til, og at de får gjennomslag i saker som de tar opp, som for eksempel at det skulle etableres brukerråd på hver klinikk ved OUS og deltakelse i etisk komite. De opplever å være mer etterspurt i forhold til tidligere. Det er mange forskjellige utvalg og nettverk på sykehuset som vil ha med brukerrepresentanter i dag, men de har ikke alltid kapasitet til å delta og må prioritere hva de skal være med på.

Brukerutvalgene sier også at de ser en positiv utvikling hos ledelsen, der ledelsen er blitt mer bevisst viktigheten av brukermedvirkning og at det faktisk gagnar pasientene. Deres erfaring er at før var det mer personavhengig om administrerende direktør ved sykehuset visste hva brukermedvirkning var og hvordan man skulle dra nytte av det. I dag opplever de at samarbeidet med ledelsen fungerer godt, der de får raske tilbakemeldinger og god informasjon fra ledelsen:

"Vi har fått et godt forhold til sykehuset. Vi føler at vi blir hørt i forhold til at vi blir tatt seriøst, i hvert fall i forhold til direktøren, og det synes jeg det har vært i forhold til den forrige direktøren også. Vi får raske tilbakemeldinger når vi sender henvendelser og vi har de alltid med på møtene våre i brukerutvalget. Da kommer de og informerer oss om utfordringer og økonomi."

"Jeg tenker at det stimulerer veldig til samarbeid da, istedenfor å gå i krigen så er det mer samarbeidsorientert. Og jeg tror at det er en av grunnene til at vi nå har fått lov til å gjennomføre alt det vi har fått lov til i det siste halvannet året. [...] Det har vært melodien til brukerutvalget og direktørsjiktet ved sykehuset hele tiden, så vi har jo nesten vært mer medspillere enn mange av de ansatte har vært, og det går jo på egne organisasjoner og ansattorganisasjoner. Vi har nesten hatt mer innsyn enn dem."

"Jeg opplever at vi blir tatt veldig på alvor. Jeg opplever at både i fra styret og fra direktøren sin side så hører jeg han snakke med ansatte på samlinger og ledersamling. Noe av det første han har sagt da er at vi skal gi god pasienthjelp i bunnen, og at det er viktig å få fram brukerstemmer, og at de skal bli hørt i hele organisasjonen."

Det har i følge intervjuene hatt stor betydning at viktigheten av brukermedvirkning uttales fra toppledelsen, noe som gjør det lettere for brukerutvalgene å bli hørt og få innflytelse. Det ser ut til å ha blitt en norm og filosofi, som man prøver å etterleve i helseforetakene.

Skolering av brukerrepresentantene har også bidratt til at de i større grad blir hørt, sammenlignet med tidligere. I dag er det krav om opplæring og deltakelse på kurs for alle medlemmer av brukerutvalgene, men slik var det ikke før. Det er innført modulbasert brukeropplæring for brukerrepresentanter, der man skal gjennomføre tre kurs. Som brukerrepresentant er man ikke godkjent før man har gått på samtlige kurs i modulene. De som vi intervjuet sier at god opplæring har bidratt til å heve kompetansen og øke innflytelsen hos brukerutvalgene. Det er også lettere å bidra aktivt i ulike råd og utvalg når man er skolert.

Reell brukermedvirkning ligger nå forankret gjennom lovverk som det ikke var tidligere i samme grad. Det er et lovpålagt utvalg som man skal ha, noe som gjør det lettere å jobbe som brukerutvalg.

6.5.1.7 Konklusjon brukermedvirkning

Konklusjonen er at brukerutvalgene har fått mer innflytelse over tid, og at de i dag mener de har sterk gjennomslagskraft i de sakene de fremmer på pasientenes vegne. Brukerutvalgene har gått fra å være et organ i høringsprosesser til å bli en mer reell premissleverandør i helsetjenesten. Dette har bidratt til å sette pasienter og brukere mer i fokus. De ser for eksempel en forbedring i pasientbehandlingen og pasientforløpet sammenlignet med tidligere.

Når det gjelder selve omstillingsprosessen så opplever brukerutvalgene at de var involvert i prosessen gjennom deltakelse på dialogmøter og gjennom god informasjon underveis fra ledelsen. I ettertid har de vært usikre på om medvirkningen/medbestemmelsen var reell eller ikke. Det var en kompleks og uoversiktlig endringsprosess der mange beslutninger var tatt, og det var derfor vanskelig å ha innflytelse eller endre beslutninger som var tatt. Når man tar i betraktning den positive utviklingen som brukerutvalgene har hatt de siste årene, så kan det hende at de oppnår økt innflytelse på fremtidige omfattende omstillingsprosesser ved sykehusene i Helse Sør-Øst.

6.5.2 Ledere, tillitsvalgte og ansatte

Denne analysen tar utgangspunkt i 29 individuelle intervjuer - med nåværende og tidligere ledere, samt konserntillitsvalgte/tillitsvalgte og ansatte ved ulike sykehus i Helse Sør-Øst, som alle hadde sentrale posisjoner både under etableringen av HSØ og senere i omstillingsprosessen. Disse intervjuene ble gjennomført i forbindelse med Arbeidspakke 1 og 3 i prosjektet, der medvirkning og bruk av de 12 prinsippene var ett av temaene som det ble spurt om. Vi har tatt utgangspunkt i de intervjuene der medvirkning er tatt opp med informanten, det vil si de 29 intervjuene nevnt over (det var flere intervju totalt som ble gjennomført i Arbeidspakke 1 og 3).

Vi har analysert hva ledere, ansatte og konserntillitsvalgte/tillitsvalgte har svart i forhold til om de mener at medvirkning er ivarettatt godt nok eller ikke, og om hvordan de tillitsvalgte eventuelt har medvirket underveis i prosessen. I analysen ser vi på hvordan de 12 prinsippene for medbestemmelse og medvirkning er ivarettatt i praksis. Det er ikke alle prinsippene som er like relevante å vurdere etterlevelsen av - med bakgrunn i funnene fra intervjuundersøkelsen.

Strukturendringer var den mest omfattende endringen i Helse Sør-Øst prosessen, der sykehus/fagmiljø i regionen ble slått sammen eller at fagmiljø ble splittet opp. Pasientforløp, pasientsikkerhet og tilgang til ekspertkompetanse/behandling var viktige tema som en del av strukturendringene. De tillitsvalgte var opptatt av konsekvensene av beslutningene som ble tatt rundt strukturendringene. Hvordan ville pasienttilbudet og ansettelsesforhold/arbeidsbetingelser ved det enkelte sykehus bli etter endringene?

6.5.2.1 Opplevd medbestemmelse og medvirkning blant ledere, tillitsvalgte og ansatte

Vi vil her beskrive i hvilken grad medvirkning og medbestemmelse blant ledere/tillitsvalgte/ansatte er ivarettatt i omstillingsprosessen. I teksten er det brukt sitater fra intervjuene for å illustrere funnene og resultatene fra intervjuundersøkelsen.

Det ble utarbeidet 12 prinsipper for medvirkning og medbestemmelse under omstilling. Disse prinsippene var godt kjent for mange av dem vi intervjuet. De tillitsvalgte var dessuten med på å utforme prinsippene, i samarbeid med en forsker som ble leid inn i omstillingsprosjektet. Ifølge de tillitsvalgte var dette et forsøk på å kommunisere essensen i hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og den skandinaviske arbeidslivstradisjonen. De tillitsvalgte sier at medvirkning er viktig for å kunne

levere kvalitet helt ut. Det er viktig å få til et samarbeid med ledelsen, fordi dette vil føre til bedre kvalitet og bedre resultater. De tillitsvalgte sier også at de ønsker å ha medbestemmelse og innflytelse på virksomhetsutvikling, i tillegg til lønn, ansettelsesforhold og helse, miljø og sikkerhetsforhold. Det innebærer at tillitsvalgte har utvidet medbestemmelse i forhold til at det er et representativt bedriftsdemokrati som også har en stemme i virksomhetsutviklingen. Da kan partene i arbeidslivet utvikle virksomheten både kvalitetsmessig, økonomisk og omdømmemessig. Det var imidlertid en utfordring å ha innflytelse på virksomhetsutvikling i omstillingsprosessen til Helse Sør-Øst, noe som blir beskrevet nærmere i dette kapitlet.

Det er ikke spurt spesifikt i intervjuene om medvirkning og medbestemmelse var gjennomført i henhold til disse 12 prinsippene, men vi gjør her et forsøk på å analysere funnene fra intervjuene med utgangspunkt i prinsippene.

Det tre første av de 12 prinsippene handler om *medbestemmelse blant tillitsvalgte og verneombud*:

1. *Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.*
2. *Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.*
3. *Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning.*

Det første prinsippet handler om at partene skal møtes som likeverdige parter, der man i fellesskap skal finne løsninger. Det andre prinsippet handler om at tillitsvalgte og verneombud skal formidle endringsbehov/måter, slik at medarbeidere skal kunne oppleve forutsigbarhet underveis i prosessen, mens det tredje prinsippet dreier seg om at tillitsvalgte og verneombud skal gis reell innflytelse. De konserntillitsvalgte satt som styremedlemmer i styret til det sykehuset de arbeidet ved, og hadde da i utgangspunktet muligheter til å påvirke beslutninger i saker som ble styrebehandlet.

Har man så klart å følge disse prinsippene om medbestemmelse blant tillitsvalgte og verneombud i omstillingsprosessen? Det ble uttalt tidlig i omstillingsprosessen fra ledelsens side at medbestemmelse og medvirkning underveis var viktig å oppnå. Det handlet både om å involvere tillitsvalgte på formelle arenaer, i tillegg til å informere ansatte om det som skulle skje. Mange ledere vi intervjuet opplevde at det var høy grad av medvirkning blant ansatte:

"Vi hadde høy grad av medvirkning. De ansatte satt inne i absolutt alt. Om det var bygg og anlegg, eller om det var IKT. "

"Og vi var jo veldig opptatt av to ting særlig; brukervedvirkning og ansattmedvirkning. Så var det at det skulle være faglig begrunnet alt vi gjorde. Ikke bare medisinsk faglig, men økonomifaglig, byggfaglig osv. Vi hadde tidlig brukervedvirkning av en av de første sakene, vi hadde bekreftelse på omstillingsavtalen, så hadde vi hvordan jobber vi med kommuner og fylkeskommuner. Altså ble det lagt sånne prinsipper hele veien."

De tillitsvalgte opplevde at de møttes som likeverdige parter, men utfordringen var at dette var en kompleks og omfattende omstillingsprosess med en del beslutninger som allerede var tatt da de tillitsvalgte ble involvert i prosessen. På den måten var det vanskelig å bli hørt og ha reell innflytelse på beslutningene som ble tatt, men man opplevde å bli lyttet til:

"Vi var innlemmet i prosessen, vi var med i dialogen, men i hvilken grad vi var med å bestemme, det er noe annet, ikke sant?"

"På foretaksnivå så har vi hatt ganske godt samarbeid med ledelsen. Men vi har ikke alltid vært fornøyd med medvirkningen - i hvilken grad vi har blitt hørt. Vi har blitt lyttet til, men i hvilken grad de [ledelsen] har tatt det til etterretning har vi kanskje ikke vært fornøyd med."

De tillitsvalgte sier at de også har hatt gode beslutningsprosesser, der de har oppnådd enighet med ledelsen, slik sitatet under viser. Utfordringen i enkelte tilfeller har vært at ledelsen har fraveket det de er blitt enige om:

"Vi har hatt gode beslutningsprosesser der ansatte og ledelse har vært enige, og så har man likevel fraveket det ... Jeg har savnet større grad av etterrettelighet og ikke minst det at ledelsen burde vært mye tydeligere oppover til sin eier omkring de faktiske forhold."

De tillitsvalgte opplevde at slike beslutningsprosesser var et brudd på spillereglene i samarbeidet. Mangel på etterrettelighet og åpenhet bidro dessuten til at de tillitsvalgte ble skeptisk til hvordan ledelsen håndterte omstillingsprosessen i enkelte saker.

De tillitsvalgte ble invitert til å delta på dialogmøter, sammen med ledere, brukerorganisasjoner og eksperter, der de skulle uttale seg og komme med innspill om omstillingsprosessen. Det var bred involvering, med ca. 200-300 arbeidsgrupper som skulle bidra i prosessen. Noen av de tillitsvalgte opplevde derimot at det ikke var rom for å stille kritiske spørsmål på disse møtene, og at prosessene ble skinnprosesser og ikke reell medvirkning. Noen kalte disse møtene for "innspilltyranni" og "dialoghelvete":

"Så var det jo en egen design på medbestemmelsen også som var veldig mye preget at innspillmøter. Og leder i en av fagforeningene kalte det en gang for innspilltyranni. Vi hadde veldig bredt anlagte møter med brukere, tillitsvalgte og fagfolk og sånt, som kom med haugevis av innspill. Men de som egentlig har makta da, det er jo de som på en måte velger ut hva er oppsummeringen av dette - hvilke innspill tar man hensyn til og hvilke tar man ikke hensyn til."

"Vi var på hoteller og hadde noen svære dialogmøter. Og så snakket vi om ting. Og så uttalte vi oss, og så trakk du noen konklusjoner ut fra det. Vi kalte det dialoghelvete."

Det som var utfordringen ifølge de tillitsvalgte var at det var svært mange innspill som kom ved bred medvirkning, noe som var positivt i seg selv. Utfordringen var hvordan ledelsen tok innspillene fra tillitsvalgte videre i prosessen, slik sitatene over beskriver.

I tillegg opplevde de tillitsvalgte at det var vanskelig å oppnå medbestemmelse fordi mange diskusjoner foregikk på "bakrommet", altså at det var lukkede diskusjoner hos ledelsen som de tillitsvalgte ikke fikk ta del i. Ledere sier selv at mange av diskusjonene forble i ledergruppene:

"Diskusjonene kom på et visst nivå, men det nådde aldri helt ut. Så kommunikasjonen helt ut mislyktes jo. ... De diskusjonene som foregikk på bakrommet var ganske tunge og heftige den gangen, og forsinket nok veldig mye også muligheten til å kommunisere ut, fordi i og med at det var så stor uenighet om hvor man skulle, så var det jo vanskelig å kommunisere noe ut også."

Det andre prinsippet av de 12 handler om at medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning. Vi har ikke intervjuet ansatte som ikke er tillitsvalgt i disse intervjuene, så vi vurderer de ansattes involvering på bakgrunn av intervjuene med tillitsvalgte og ledere. Forutsigbarhet i forhold til det som skulle skje fremover av endringer var ikke alltid til stede på grunn av at mye ble til underveis i prosessen. Endringsbehov kunne være vanskelig å formidle av

de tillitsvalgte fordi dette var en omfattende omstillingsprosess, der de tillitsvalgte ikke kunne påvirke prosessen i særlig grad.

I det tredje prinsippet om medvirkning står det at tillitsvalgte og verneombud skal gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning. Det stilles i ettertid spørsmål blant tillitsvalgte og verneombud om de har hatt reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning eller ikke. De har det til et visst nivå ved at de har deltatt på samlinger og dialogmøter om endringsprosessen hele veien. Men som sagt har mange beslutninger vært vanskelig å påvirke fordi de har vært toptunge og vanskelige å påvirke og endre.

Flere ledere vi intervjuet, oppfatter derimot at tillitsvalgte og brukere har vært godt involvert underveis i prosessen, der ledelsen opplevde at det var en god dialog med ansatte:

"Jeg prøver ikke å si det var full jubel for alt hele tiden, tvert i mot så var det en veldig dynamisk dialog, vil jeg si, med sykehusene, tillitsvalgte og brukerne. Vi måtte hele tiden gjøre justeringer og endringer."

Noen ledere sier også at det var liten motstand for endringene blant de tillitsvalgte, der de fikk tilslutning fra de tillitsvalgte:

"Jeg følte at vi hadde veldig god støtte for å lage et omstillingsprogram som hadde 6 fokusområder, og at det var en vilje til å se dette samlet slik at alt skulle støtte opp under."

Det fjerde, femte og sjette prinsippet handler om medvirkning av den enkelte *arbeidstaker* på arbeidsplassen:

4. *Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.*
5. *Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.*
6. *På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.*

Med bakgrunn i dette datamaterialet, som handler lite om hvordan medarbeidere (som ikke er tillitsvalgt) er involvert, så har vi ikke forutsetninger for å beskrive og konkludere hvorvidt medvirkning av den enkelte arbeidstaker er ivaretatt underveis i endringsprosessen eller ikke. Det vi kan si er at ansatte er blitt invitert til og har deltatt på større dialogkonferanser, der de har gitt innspill til prosessen sammen med ledere, tillitsvalgte og brukerorganisasjoner. Imidlertid reises det spørsmål om hvorvidt de har hatt reell innflytelse på prosessen på disse dialogkonferansene, slik vi tidligere har beskrevet.

Prinsippene sju og åtte handler om informasjon:

7. *Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.*
8. *Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.*

Basert på intervjuene er informasjon først og fremst gitt på dialogkonferanser og på styremøter. Reell medvirkning eller ikke er tidligere omtalt over. De siste prinsippene dreier seg om endringsmetodikk:

9. *Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.*
10. *Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.*
11. *Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.*

12. *Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.*

Datamaterialet fra intervjuene sier ikke noe om endringsmetodikk, og vi kan derfor ikke uttale oss om hvordan dette er ivaretatt i omstillingsprosessen.

Oppsummert opplever de tillitsvalgte at de 12 prinsippene for medvirkning og medbestemmelse har vært mest "levende" for de tillitsvalgte og ansatte, og de oppfatter at prinsippene ikke har hatt like stor betydning for mange ledere som deltok i omstillingsprosessen. Prinsippene betyr også mye for partssamarbeidet som foregår i dag:

"Disse har man brukt hele veien, og de brukes fortsatt. Når vi, altså når tillitsvalgte lokalt går inn i en omstillingsprosess så sørger man alltid for å få med de 12 prinsippene. ... Det har blitt sett på som en slags bauta for de ansatte de 12 prinsippene."

De tillitsvalgte erfarte at kontinuiteten og eierskapet til å følge opp de 12 prinsippene om medvirkning først og fremst ble ivaretatt av de tillitsvalgte og innleid forsker/prosesseder. De mener at dette har vært en utfordring i forhold til å få til et godt samarbeid mellom partene under omstillingsprosessen og også etterpå:

"Vi opplever at samspillet mellom partene har gått i feil retning de siste årene i forhold til at vi har blitt mer partsorientert og mindre samarbeidsorientert. Vi føler at vi har gått i feil retning etter vi laget de 12 punktene, så tror jeg ikke det er på grunn av dem, men de har i hvert fall ikke fått oss i riktig retning i stort, og så er det selvfølgelig gode unntak."

Ledere vi intervjuet sier at de tillitsvalgte bruker de 12 prinsippene aktivt for å fremme sine interesser i ulike saker, men at de likevel ikke alltid får innflytelse på viktige beslutninger i virksomheten:

"Det er klart at det er for så vidt fine prinsipper, og de tillitsvalgte bruker jo det for alt det er verdt. Det blir jo uansett mye diskusjoner som går på bakrommene som ikke når ut til de tillitsvalgte altså. Sånn er det jo."

Til tross for at de tillitsvalgte ikke har hatt reell innflytelse på flere beslutninger i den vanskelige og omfattende omstillingsprosessen, så uttaler de tillitsvalgte og ledelsen ved flere sykehus at de har hatt en god relasjon. De har ikke vært fiender, slik oppslag i media enkelte ganger kan ha gitt inntrykk av.

Brukerorganisasjonene som arbeider for pasientgruppers rettigheter har også vært i dialog med ledelsen underveis i omstillingsprosessen. De tillitsvalgte oppfatter at brukermedvirkning har vært bedre ivarett enn ansattes medvirkning gjennom de tillitsvalgte i noen saker. De opplevde i noen tilfeller at brukerorganisasjonene var mer involvert og oppnådde større innflytelse i omstillingsprosessen sammenlignet med fagforeningene i Helse Sør-Øst. God involvering av brukerorganisasjonene førte samtidig til et godt samarbeid mellom brukerorganisasjonene og fagforeningene i de sakene de stod sammen om. De møttes på felles arenaer underveis i omstillingsprosessen og fikk dermed økt innflytelse i saker som de samarbeidet om. Dette var positivt for begge parter.

Konklusjonen basert på disse 29 intervjuene er at ledelsen og de tillitsvalgte har ulikt syn på hvordan de tillitsvalgte har vært involvert i og hatt innflytelse på omstillingsprosessen. De fleste lederne mener at de tillitsvalgte har vært godt inkludert, der de har vært med på å bestemme og har hatt innflytelse på prosessen underveis. De tillitsvalgte derimot opplever at de ikke har hatt reell innflytelse og medbestemmelse fordi sentrale beslutninger ble tatt før tillitsvalgte ble involvert. Måten de tillitsvalgte har medvirket på, ifølge dem selv, er at de har blitt invitert til å komme med innspill underveis på formelle arenaer arrangert av ledelsen, som deltakelse på større dialogkonferanser og deltakelse på styremøter. Dette har de gjort, men hva har så skjedd med innspillene i ettertid? Så lenge det ikke er klart for dem er de tillitsvalgte usikre på hvor mye deres innspill egentlig har betydd, og de er dermed usikre på om medvirkningen har vært reell.

6.6 Oppsummering og konklusjon

Denne rapporten beskriver hvordan strategien har påvirket den pasientnære virksomheten og brukerne. Den har analysert hvordan etableringen av HSØ og strategien som ble valgt har påvirket brukerutvalgene og de ansatte. Brukermedvirkningen er vurdert og vi har sett på hvordan de ansatte, helt ute i første linje mot pasientene er blitt trukket med i strategiarbeidet og i hvilken grad de er påvirket av omstillingsprosessen som ble påbegynt i 2009.

6.6.1 Oppsummering av analysene

Når det gjelder *brukerutvalgene* er konklusjonen at de har fått mer innflytelse over tid, og at de i dag mener de har sterk gjennomslagskraft i de sakene de fremmer på pasientenes vegne. Brukerutvalgene har gått fra å være et organ i høringsprosesser til å bli en mer reell premissleverandør i helsetjenesten. Dette har bidratt til å sette pasienter og brukere mer i fokus. De ser for eksempel en forbedring i pasientbehandlingen og pasientforløpet sammenlignet med tidligere. Når det gjelder selve omstillingsprosessen så opplever brukerutvalgene at de var involvert i prosessen gjennom deltakelse på dialogmøter og gjennom god informasjon underveis fra ledelsen. I ettertid har de vært usikre på om den medvirkningen/medbestemmelsen var reell eller ikke. Det var en kompleks og uoversiktlig endringsprosess der mange beslutninger var tatt, og det var derfor

vanskelig å ha innflytelse på eller endre beslutninger som var tatt. Når man tar i betraktning den positive utviklingen som brukerutvalgene har hatt de siste årene, så kan det hende at de oppnår økt innflytelse på fremtidige omfattende omstillingsprosesser ved sykehusene i Helse Sør-Øst.

Medvirkning blant de ansatte ble analysert ved å se på intervjuer med ledelsen og tillitsvalgte, samt at det dukket opp som tema på intervjuer om arbeidsmiljø. Konklusjonen basert på intervjuundersøkelsene er at ledelsen og de tillitsvalgte har ulikt syn på hvordan de tillitsvalgte har vært involvert i og hatt innflytelse på omstillingsprosessen. De fleste lederne mener at de tillitsvalgte har vært godt inkludert, der de har vært med på å bestemme og har hatt innflytelse på prosessen underveis. De tillitsvalgte derimot opplever at de ikke har hatt reell innflytelse og medbestemmelse fordi sentrale beslutninger ble tatt før tillitsvalgte ble involvert. Måten de tillitsvalgte har medvirket på ifølge dem selv, er at de har blitt invitert til å komme med innspill underveis på formelle arenaer arrangert av ledelsen, som deltakelse på større dialogkonferanser og deltakelse på styremøter. Dette har de gjort, men hva har så skjedd med innspillene i ettertid? Så lenge det ikke er klart for dem er de tillitsvalgte usikre på hvor mye deres innspill egentlig har betydning, og dermed usikker på om medvirkningen har vært reell.

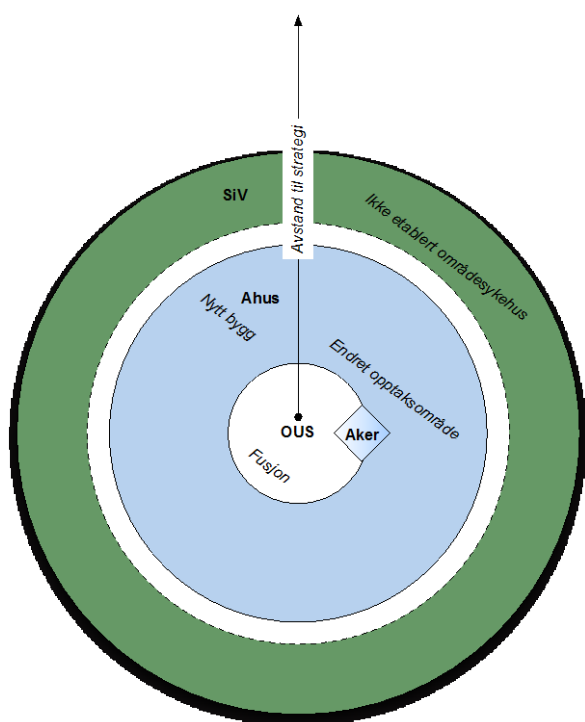
Strategiens påvirkning på de ansatte har blitt analysert både ved å studere data fra medarbeiderundersøkelsene og oppfølgingsintervju for å forklare utviklingen. Utviklingen kan oppsummeres som følger:

- På regionnivå for HSØ kan vi ikke se noen endring i arbeidsmiljøet i perioden 2008-2013 for de indikatorene vi har, vi kan heller ikke se det for hele settet av indikatorer i perioden 2010-2013. Arbeidsmiljøet på HSØ nivå er stabilt.
- Går vi under HSØ nivå og inn på de ulike foretakene og enhetene er bildet litt annerledes. På foretaksnivå er indikatorene stabile i perioden, men dersom vi går ned på de ulike organisatoriske enhetene ser vi at det er atskillig spredning innenfor det enkelte sykehuset. Arbeidsmiljøet er på ingen måte opplevd likt i hele HSØ, tvert i mot er det ganske store forskjeller mellom enhetene innenfor hvert sykehus. Noen enheter rapporterer også systematisk lav score, andre høy score, men vi finner ingen mønstre i utvikling over tid som ser ut til å være knyttet til omstillingene i perioden 2008-2010. Forskjeller mellom enheter vil være naturlig og ser ut til å bevege seg uten å kunne knyttes direkte til de overordnede trendene.
- Det er et unntak for dette, og det er holdningene enhetene ved OUS som er intervjuet har til OUS fusjonen. For de tre årene vi kan følge utviklingen er utviklingen klar: De ansatte ved OUS opplever seg i større grad som en enhet og i mindre grad som representanter for en historisk nedlagt enhet. Man er villige til å lære av de andre og til å utvikle seg i fellesskap. Dette er da tegn på at gamle motsetninger på OUS bygges ned og over tid vil slipes av. Det er imidlertid en utvikling fra et meget dårlig nivå, med mindre enn halvparten av de ansatte som tilslutter seg ideene til en litt bedre nåtilstand hvor omtrent halvparten gjør det.

Men hvorfor påvirker ikke etableringen av HSØ og den påfølgende strategi som ledelsen ved HSØ utviklet arbeidsmiljøet i større grad? Dette spørsmålet ble gjenstand for en egen runde med datainnsamling og analyse fra tre sykehus. To hovedforklaringer på dette ble funnet:

1. De lokale forhold ved det enkelte sykehus dominerer arbeidsmiljøutviklingen
2. Spørsmålene i medarbeiderundersøkelsen treffer ikke helt

Vi kan oppsummere avstanden til strategien ved figur 10.



Figur 6-9 Strategiens sentralitet ved de forskjellige sykehusene (ansattes opplevelse)

Samlet sett ga de ansatte ved SiV, Ahus og OUS klart uttrykk for at arbeidsmiljøutviklingen var dominert av lokale forhold, ikke sentral strategi, at spørsmålene i medarbeiderundersøkelsen fokuserte mye på nære faglige relasjoner, ikke på mer sentrale organisatoriske og strategiske forhold og at man kanskje kunne tenkt seg mer presise spørsmål⁴⁷. Vi kan oppsummere dette som i figuren 10 over, OUS har størst kjennskap til strategien og var klar over at den berørte dem. Den sentrale endringen i Oslo-området som fulgte etableringen av HSØ var fusjonen av sykehusene i Oslo til OUS og nedbyggingen av Aker. Ahus hadde lite kjennskap til strategien og var primært opptatt av at de flyttet inn i nye bygg og deretter endringen i opptaksområde. De hadde en grenseflate mot prosessene rundt OUS gjennom nedbyggingen av Aker. SiV hadde lite med strategien å gjøre i utgangspunktet, de var ikke identifisert spesifikt som noe det skulle gjøres noe med og i tillegg er SiV et av de sykehusene hvor det ikke ble etablert områdesykehus eller gjort andre endringer. For SiV hadde dermed den sentrale strategien relativt liten påvirkning, den var noe større på Ahus, og enda litt større på OUS. Men ingen av stedene var den vesentlig. Når strategien ble fremlagt var man ikke uenig eller overrasket, men den var ikke viktig.

Når det gjaldt medarbeiderundersøkelsens spørsmål så kom det opp en del kommentarer til denne. Undersøkelsen traff ikke alltid helt godt. *"Vi tror kanskje ikke like mye på spørreskjemaet som dere"* sa en av respondentene. For eksempel så ønsker de ansatte at noen av spørsmålene i undersøkelsen skulle ha skilt mellom lokale forhold og sykehuset for øvrig: *"Bevisstheten rundt hvilket nivå du svarer på har vært litt utfordrende"*. De mener at dette ville ha fått frem nyansene bedre. Vi svarer jo fort, og det er ikke alle som svarer, sa en annen. Noen opplever at enkelte

⁴⁷ Ingen sa imidlertid noe om hva slike spørsmål skulle være

spørsmål i undersøkelsen ikke er helt tydelige og at de derfor er vanskelig å svare på. Derfor viser ikke resultatene fra medarbeiderundersøkelsen nødvendigvis hvordan de ansatte faktisk har det på arbeid.

Denne kritikken er selvsagt både legitim og korrekt, i den betydning at de innvendingene som reises må anses som reelle og viktige. Spørreskjemaer gir ikke et fullstendig bilde av arbeidsmiljøet. Men hva er alternativet til spørreskjema? Hvilke alternative metoder og arbeidspraksis finnes som systematisk, dekkende og enhetlig i organisasjonen og over tid og på et faglig forsvarlig nivå gir informasjon? De spørsmål som HSØ benytter er vi som forskere godt kjent med. Dette er internasjonalt validerte spørsmål. På HSØ er de valgt ut gjennom lange prosesser med medvirkning. De er testet og analysert internt. Perfekte blir de ikke, og det er alltid verdt å se på dem med et kritisk blikk, men alternativet til undersøkelsen er en bedre undersøkelse, ikke å droppe dem. Et bedre skjema kunne ha vist noen utviklingstrekk, men vår vurdering her er at det er usannsynlig at man har mistet virkelig sentrale utviklingstrekk ved arbeidsmiljøet⁴⁸. Erfaringsmessig er respondenters svar i slike undersøkelser korrelert, dersom man er misfornøyd med forhold X spiller det gjerne inn på hvordan man vurderer Y, W og Z også. Selv om vi anerkjenner kritikken av spørreskjemaet tror vi ikke at vi har mistet noen sentral utviklingstrekk i arbeidsmiljøet. Likevel kan det være nyttig for HSØ å se på spørreskjemaet på nytt og klargjøre enda tydeligere for respondentene at det er lokale forhold og lokal opplevelse man er interessert i. Dette er også i samsvar med HSØ policy for oppfølging av undersøkelsen.

6.6.2 Hovedkonklusjon

Dersom vi skal oppsummere resultatene fra denne undersøkelsen i en hovedkonklusjon må det bli at etableringen av HSØ arbeidsmiljømessig og fra et medvirkningsperspektiv har vært nesten uten påvirkning. Arbeidsmiljøutviklingen er klart dominert av lokale forhold, ikke sentrale omorganiseringer og strategier. Dette er ikke nødvendigvis hverken nytt eller noe stort problem for HSØ. Hele medarbeiderundersøkelsen er jo bygget opp rundt systematisk tilbakemelding og forbedringsarbeid på lokalt nivå. Vi fant at de lokale enhetene med dårligst score sjelden var dårlige over tid. Etableringen av HSØ har verken forverret eller forbedret arbeidsmiljøet over HSØ sett under ett. Arbeidsmiljø påvirkes av lokale forhold, ikke av en sentral restrukturering av enheter (regionale helseforetak) som allerede var langt vekk fra flertallet av de ansatte. Strategien som ble lagt har ikke endret dette. Vi kan ikke se at de sentrale prosessene har nådd ut i arbeidshverdagen til folk.

Hva medvirkning gjelder er brukerrådene styrket, noe som har vært en ønsket utvikling. Ansattes medvirkning i de sentrale omstillingsprosessene har ikke vært vellykket. De oppfattes av de ansatte som slitsomme skinnprosesser. De 12 prinsippene for medvirkning som ble lagt til grunn har blitt spredd ut i organisasjonen⁴⁹ og er kjent der, men etterlevelsen er vanskeligere. Det reises kritikk mot de store sentrale prosessene, mens lokale prosesser ser ut til å fungere bedre. I forhold til

⁴⁸ Det eneste sentrale området vi muligens kan se mangler på i skjemaet er teknologi. Den teknologien, ikke minst de ulike IKT system som er i bruk er viktig for arbeidsutførelsen og arbeidsmiljøet. Men dette vil antagelig kreve helt egne undersøkelser og en grundig prosess for å vurdere behovet.

⁴⁹ Respondenter har på egenhånd i intervjuer funnet frem disse prinsippene som vi også har sett distribuert rundt om i organisasjonen.

fremtidige større endringer mener vi at medvirkning bør være *mindre sentral, mer lokal og med mer reell påvirkningsmulighet*. Når det gjelder punktet med mindre sentral innebærer dette både reduksjon i medvirkning så vel som et sterkere fokus på det lokale fremfor det sentrale. Sentrale medvirkningsprosesser med store felles aktiviteter er slitsomme, kostbare og fremstår som relativt unyttige sett i ettertid. Disse møtene kastet opp en masse idéer uten at de ble landet på en fornuftig måte, med det resultat at de tillitsvalgte så vel som de "menige" ansatte opplevde dette som skinnprosesser. Vi kan ikke se nytten av slike møter uten at man har veldig klare mål for medvirkning, veldig klare prosesser i etterkant for å håndtere innspill og at det faktisk ikke er tatt beslutninger på forhånd. Dette er ofte ikke lett å få til, og kan hende bør man akseptere det og la være å "involvere" medarbeidere i beslutninger som er tatt.

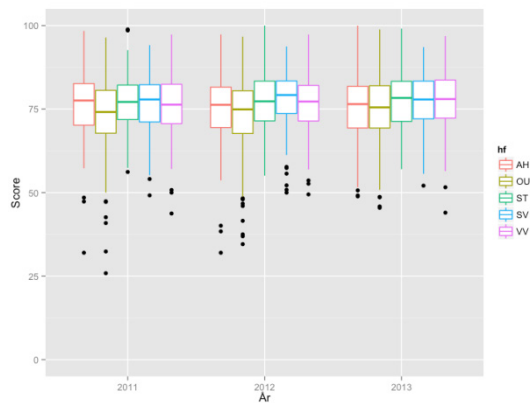
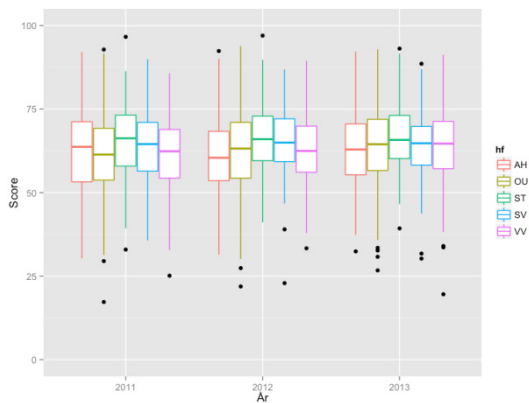
Lokal medvirkning er en annen sak. Det lokale samarbeidet på nivå som sykehus, klinikk eller lavere får oftere god kritikk. Her eksisterer også systemer og rutiner som bidrar. Tilsvarende får lokal ledelse bedre kritikk enn sentral. Mens de sentrale omorganiseringene enten får negativ kritikk eller ikke anses som viktige kan lokal tilpasning være vellykket.

Referanser

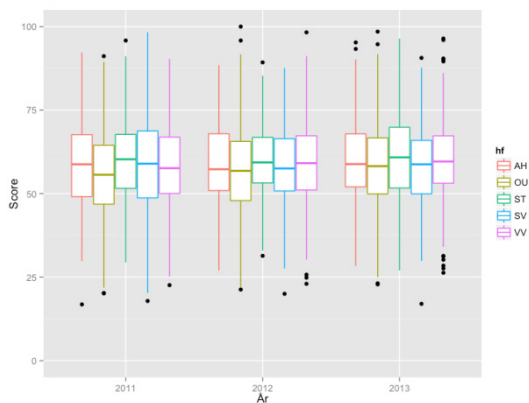
- BERNSTROM, V. H. & KJEKSHUS, L. E. 2012. Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. *BMC Public Health* 12, 1-14.
- BERNSTROM, V. H. & KJEKSHUS, L. E. 2014. Effect of organisational change type and frequency on long-term sickness absence in hospitals. *J Nurs Manag.*
- BORG, M., JOHANSEN, A., JONASEN, R. & KARLSSON, B. 2011. Er brukermedvirkning mulig? *Psyisk Helse og Rus*, 34-37.
- CAMPBELL, D. T. 1969. Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-329.
- CHEN, H.-T. 1990. *Theory driven evaluations: A comprehensive perspective.*, Newbury Park, California, Sage.
- DE VIBE, M. & KONSMO, T. 2005. Pasientfokusert forbedringsarbeid i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 1, 45-53.
- DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. 1994. Introduction: Entering the field of Qualitative Research. In: DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. A. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- DI NUNZIO, D., HOHNEN, P., HASLE, P., TORVATN, H. & ØYUM, L. 2009. Impact of restructuring on health and safety and quality of work life. In: FLECKER, J., RAMIOUL, M. & HUWS, U. (eds.) *WORKS project*. Leuven, Belgium: Higher Institute of Labour Studies (K.U.Leuven).
- FALKUM, E., HAGEN, I. M. & TRYGSTAD, S. C. 2009. Bedriftsdemokratiets tilstand: Medbestemmelse, medvirkning og innflytelse i 2009. Oslo: FAFO.
- FINNE, H., LEVIN, M. & NILSSEN, T. 1995. Trailing research: A Model for Useful Program Evaluation. *Evaluation*, 1, 11-31.
- GEERTZ, C. 1973. *The Interpretation of cultures*, New York, NY, Basic Books.

- GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. 1989. *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, CA, Sage Publications.
- HOLUM, L. C. 2012. "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *Int J Integr Care*, 12, e15.
- LEVIN, M., NILSSEN, T., RAVN, J. & ØYUM, L. 2012. *Demokrati i arbeidslivet: den norske samarbeidsmodellen som konkurransefortrinn*, Bergen, Fagbokforl.
- SAKSVIK, P. Ø., TVEDT, S. D., NYTRØ, K., ANDERSEN, G. R., ANDERSEN, T. K., BUVIK, M. P. & TORVATN, H. 2007. Developing criteria for healthy organizational change. *Work & Stress*, 21, 243 - 263.
- SCRIVEN, M. 1967. The methodology of evaluation. In: TYLER, R. W., GAGNE, R. M. & SCRIVEN, M. (eds.) *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally.
- TORVATN, H. 2008. Logic Modeling Methods in Program Evaluation, J.A. Frechtling. Wiley, Inc., Jossey-Bass, San Francisco (2007). 160 pp., £25.99/\$33.60, Paberback, ISBN: 978-0-7879-8196-9. *Evaluation and Program Planning*, 31, 219-221.
- TORVATN, H. & ROLFSEN, M. 1998. Rituale eller læring? In: NILSSEN, T. (ed.) *Mot et bedre arbeidsliv*. Oslo: Fagbokforlaget.
- TORVATN, H., SØRENSEN, O., TALJA, H. & ERIKSSON, B. 2015. Good Nordic management practices. *Nordisk Mininsterråd NOR rapport*. Copenhagen, Denmark: Nordisk Ministerråd.
- WESTGAARD, R. H. & WINKEL, J. 2011. Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems - A systematic review. *Applied Ergonomics*, 42, 261-296.
- ØYUM, L. 1999. *Changing as enrolment A study of a long term organizational change process in a Norwegian aluminium plant*. PhD, Norwegian University of Science and Technology.
- ØYUM, L., ANDERSEN, T. K., BUVIK, M. P., KNUTSTAD, G. & SKARHOLT, K. 2006. God ledelsespraksis i endringsprosesser: Eksempler på hvordan ledere har gjort endringsprosessen til en positiv erfaring *Tema Nord: Arbeidsmarked og arbeidsmiljø*. København, Denmark: Nordisk Ministerråd.

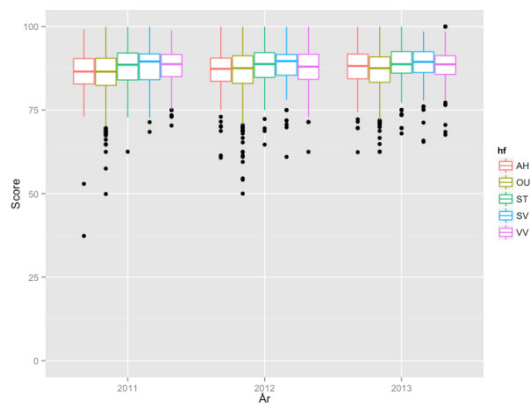
Vedlegg figurer og tabell



Faglig Utvikling

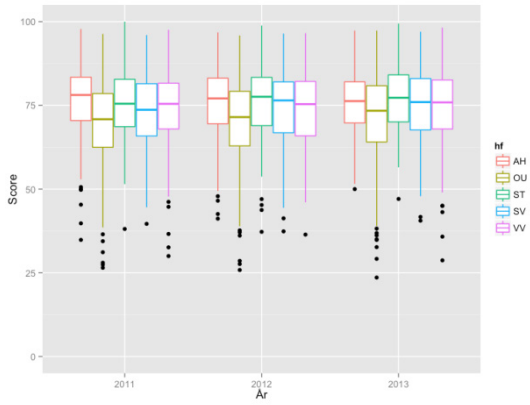


Arbeidsglede

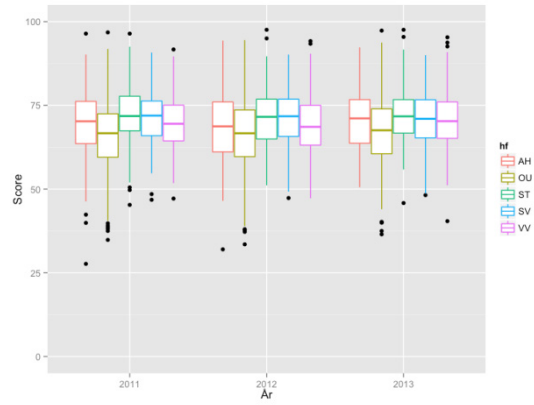


Medvirkning

Rolleklarhet



Konflikter



Rollekonflikt

Tabeller

	Indikator	2010			2011			2012			2013		
		LQ	Median	UQ	LQ	Median	UQ	LQ	Median	UQ	LQ	Median	UQ
Akershus Universitetssykehus	ARBEIDSBELASTNING	55,44	62,79	70,41	52,75	62,96	72,97	53,22	62,81	71,20	54,84	64,39	71,97
	ARBEIDSGLEDE	71,94	77,55	82,94	70,17	77,88	83,31	69,73	76,29	82,02	69,65	76,88	82,70
	FORBEDRINGER	60,26	67,73	74,17	60,83	66,80	74,00	60,93	68,61	76,23	61,79	69,02	76,19
	KVALITET	67,80	73,98	80,91	68,06	74,47	80,21	68,99	75,00	80,67	69,73	76,31	82,54
	EGENKONTROLL	38,08	47,58	59,68	36,39	51,80	60,28	34,16	49,92	59,12	37,41	50,00	60,29
	FAGLIG UTVIKLING	56,14	63,57	70,93	55,50	65,00	71,82	54,48	62,53	71,58	55,34	64,40	72,36
	FORBEDRINGER	60,26	67,73	74,17	60,83	66,80	74,00	60,93	68,61	76,23	61,79	69,02	76,19
	KONFLIKTER	68,32	75,26	81,80	70,39	77,54	83,37	69,54	77,00	83,40	70,76	77,69	84,50
	KVALITET	67,80	73,98	80,91	68,06	74,47	80,21	68,99	75,00	80,67	69,73	76,31	82,54
	MEDVIRKNING	52,24	60,39	70,62	50,67	60,09	70,13	50,44	60,25	70,06	52,66	61,52	72,55
	MOTIVASJON	71,11	76,42	81,61	70,26	76,60	82,18	71,14	76,21	81,80	70,82	77,49	83,11
	PASIENTSIKKERHETSKULTUR	71,43	79,11	85,20	66,58	77,70	85,36	66,57	76,56	85,71	69,74	79,11	88,90
	RESPEKT	69,26	73,87	79,12	69,98	74,78	80,02	69,69	74,78	80,00	70,83	75,86	81,25
	ROLLEKLARHET	82,00	87,50	91,14	82,28	86,58	90,88	83,33	87,47	90,62	83,96	87,72	91,75
ROLLEKONFLIKT	64,50	69,70	75,56	63,57	70,00	76,27	62,33	68,93	76,48	63,70	71,50	77,28	
Oslo Universitetssykehus	ARBEIDSBELASTNING	NA	NA	NA	54,87	62,46	70,29	52,52	62,29	70,83	54,17	62,89	71,20
	ARBEIDSGLEDE	NA	NA	NA	67,71	74,00	80,36	66,78	74,39	80,68	69,73	76,40	83,16
	FORBEDRINGER	NA	NA	NA	59,23	66,36	72,71	60,38	67,50	73,96	61,04	69,34	75,88
	KVALITET	NA	NA	NA	67,75	73,90	79,68	68,00	74,29	80,00	68,77	75,00	81,14
	EGENKONTROLL	NA	NA	NA	37,40	47,60	57,89	37,40	47,38	59,92	37,51	49,14	60,71
	ENDRING OG OMSTILLING	NA	NA	NA	40,73	47,92	53,96	43,95	50,67	57,43	47,50	54,42	60,54
	FAGLIG UTVIKLING	NA	NA	NA	54,12	61,69	69,85	54,86	63,71	71,44	57,65	66,06	73,96
	FORBEDRINGER	NA	NA	NA	59,23	66,36	72,71	60,38	67,50	73,96	61,04	69,34	75,88
	KONFLIKTER	NA	NA	NA	62,76	71,33	79,00	63,74	72,78	80,15	65,00	74,85	82,53
	KVALITET	NA	NA	NA	67,75	73,90	79,68	68,00	74,29	80,00	68,77	75,00	81,14
	MEDVIRKNING	NA	NA	NA	47,72	57,00	66,32	48,73	57,92	67,39	51,30	60,49	70,48
	MOTIVASJON	NA	NA	NA	69,17	75,75	81,28	68,51	75,00	81,05	70,28	76,70	82,17
	MOTIVERENDE OG SAMLENDE	NA	NA	NA	58,33	67,39	75,75	59,71	69,32	77,44	61,60	71,07	79,83
	OPPNAR RESULTATER	NA	NA	NA	57,79	65,09	73,45	59,18	68,00	75,20	60,24	69,50	76,75
PASIENTSIKKERHETSKULTUR	NA	NA	NA	73,25	81,73	88,81	72,60	81,87	88,66	76,86	84,44	90,60	
RESPEKT	NA	NA	NA	67,56	72,88	77,80	68,00	73,40	78,16	68,87	74,40	80,00	
ROLLEKLARHET	NA	NA	NA	81,52	86,30	90,41	82,28	87,26	91,14	82,88	87,51	91,20	
ROLLEKONFLIKT	NA	NA	NA	59,08	66,69	72,43	59,73	66,69	73,68	60,38	68,09	75,00	
Sykehuset i Telemark	ARBEIDSBELASTNING	55,08	63,10	70,50	55,55	62,03	70,27	55,17	63,70	71,82	55,27	64,29	72,92
	ARBEIDSGLEDE	71,60	78,11	82,95	71,34	76,81	83,42	71,47	78,13	84,21	71,38	78,77	84,57
	FORBEDRINGER	61,79	68,29	74,56	61,88	69,38	75,97	62,87	68,88	75,33	63,57	70,62	76,34
	KVALITET	71,57	78,54	83,46	72,53	78,15	83,38	71,99	76,63	82,37	71,81	77,67	83,34
	EGENKONTROLL	30,95	42,87	55,35	29,45	44,58	55,26	31,34	44,67	54,76	31,96	42,12	54,34
	FAGLIG UTVIKLING	58,59	66,43	73,07	57,63	66,13	73,39	59,78	66,50	74,42	60,08	66,83	74,48
	FORBEDRINGER	61,79	68,29	74,56	61,88	69,38	75,97	62,87	68,88	75,33	63,57	70,62	76,34
	KONFLIKTER	67,02	76,78	82,12	67,86	76,00	82,90	68,94	77,46	83,38	70,71	78,91	85,38
	KVALITET	71,57	78,54	83,46	72,53	78,15	83,38	71,99	76,63	82,37	71,81	77,67	83,34
	MEDVIRKNING	51,30	60,45	69,05	51,44	60,57	68,75	53,74	61,48	73,25	53,11	61,64	72,42
	MOTIVASJON	72,57	77,58	82,53	70,32	76,63	82,84	71,66	77,90	82,83	71,36	77,94	84,15
	PASIENTSIKKERHETSKULTUR	73,05	82,31	89,38	73,96	82,14	89,15	74,66	83,24	90,56	74,54	83,50	90,56
	RESPEKT	70,21	75,65	80,61	71,63	76,27	81,09	71,44	76,89	81,64	71,43	76,78	82,38
	ROLLEKLARHET	83,97	87,66	91,68	83,77	88,71	92,50	84,04	88,60	92,60	83,93	88,29	92,83
ROLLEKONFLIKT	66,11	71,90	78,27	66,76	71,17	77,32	64,64	71,31	76,85	66,70	71,80	76,78	
Sykehuset i Vestfold	ARBEIDSBELASTNING	56,40	65,00	71,20	57,82	67,19	72,76	57,54	66,45	73,17	56,26	65,41	73,18
	ARBEIDSGLEDE	71,33	78,26	83,33	71,75	77,91	83,38	72,85	78,33	83,42	72,02	78,97	84,59
	FORBEDRINGER	61,68	67,50	73,54	61,68	67,87	75,92	62,86	70,76	76,21	64,02	69,79	76,05
	KVALITET	71,02	76,88	81,95	73,48	78,57	82,68	73,18	77,83	83,40	73,35	79,33	83,40
	EGENKONTROLL	36,30	47,82	57,40	38,99	47,83	58,38	36,72	47,53	56,58	34,43	47,55	56,25
	FAGLIG UTVIKLING	55,24	62,50	70,00	57,64	64,92	71,05	57,38	64,32	72,46	57,88	65,54	73,27
	FORBEDRINGER	61,68	67,50	73,54	61,68	67,87	75,92	62,86	70,76	76,21	64,02	69,79	76,05
	KONFLIKTER	66,83	73,73	81,03	65,75	74,56	82,10	66,84	76,99	83,30	68,84	76,85	83,46
	KVALITET	71,02	76,88	81,95	73,48	78,57	82,68	73,18	77,83	83,40	73,35	79,33	83,40
	MEDVIRKNING	48,38	59,38	68,70	48,90	59,54	69,80	49,93	58,33	69,46	50,08	60,21	70,00
	MOTIVASJON	69,40	75,63	82,20	68,30	76,50	81,75	70,51	77,91	82,99	71,88	77,12	82,00
	PASIENTSIKKERHETSKULTUR	72,00	81,30	88,47	74,72	82,42	88,90	75,30	83,47	89,41	79,17	85,00	91,56
	RESPEKT	69,91	75,00	79,13	71,44	76,31	81,10	71,71	76,31	80,91	72,98	76,40	80,12
	ROLLEKLARHET	84,37	88,91	92,32	85,24	89,58	92,24	85,46	89,67	92,60	85,66	89,62	93,14
ROLLEKONFLIKT	65,30	70,58	75,82	66,01	71,88	77,06	65,06	71,58	77,46	65,63	71,09	76,68	
Vestre Viken	ARBEIDSBELASTNING	55,75	63,72	71,60	55,37	63,80	72,22	54,83	64,54	71,41	55,11	64,50	71,90
	ARBEIDSGLEDE	72,06	77,67	83,15	70,43	76,40	81,83	71,95	77,61	82,23	72,79	78,12	84,50
	FORBEDRINGER	61,58	68,24	75,16	60,58	67,47	75,17	62,57	69,47	76,29	63,28	69,60	76,61
	KVALITET	69,91	76,42	81,51	69,78	76,50	82,07	69,70	76,25	81,73	69,99	76,62	83,20
	EGENKONTROLL	36,68	47,60	58,82	32,07	46,57	56,12	32,60	46,00	57,19	35,12	47,60	57,96
	FAGLIG UTVIKLING	56,67	63,38	70,14	54,14	61,40	68,25	56,00	62,43	70,43	57,11	64,70	71,78
	FORBEDRINGER	61,58	68,24	75,16	60,58	67,47	75,17	62,57	69,47	76,29	63,28	69,60	76,61
	KONFLIKTER	67,15	75,07	82,25	67,37	75,74	81,96	66,67	75,50	82,60	68,48	76,14	83,40
	KVALITET	69,91	76,42	81,51	69,78	76,50	82,07	69,70	76,25	81,73	69,99	76,62	83,20
	MEDVIRKNING	50,22	60,20	68,78	50,05	58,00	68,65	51,86	60,00	68,75	53,27	60,33	69,64
	MOTIVASJON	73,00	77,82	83,69	70,29	76,12	81,59	71,00	77,43	83,00	71,81	77,43	82,61
	RESPEKT	70,65	75,00	78,78	70,75	75,00	79,60	70,75	75,06	79,14	72,18	76,24	81,11
	ROLLEKLARHET	84,45	88,58	91,72	84,82	88,25	92,02	83,96	88,15	92,21	85,16	88,82	91,85
	ROLLEKONFLIKT	64,38	69,28	75,40	63,92	69,32	75,06	63,00	68,82	75,00	65,06	70,00	76,40

7 Delrapport 3, AP3, Omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Vestre Viken HF. Rapport fra arbeidspakke 3

Forfatter: Jan Lippestad

7.1 Sammendrag

I kapittel 7.2 beskrives og drøftes metoden som er benyttet i arbeidet, samt datamaterialet (antall informanter). I kapittel 7.3 presenteres resultatet fra intervjuundersøkelsen, og det gis en kortfattet oppsummering under hvert hovedpunkt. I kapittel 7.4 drøfter vi resultatene fra undersøkelsen med utgangspunkt i sentrale styringsdokumenter og det som kom fram i delrapporten fra Arbeidspakke 1.

7.2 Metode for datainnsamling og utvalg av informanter

7.2.1 Innledning

Datamaterialet i AP3 består av intervjuer med et utvalg informanter i Helse Sør - Øst, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. Intervjuene ble gjennomført dels individuelt (ansikt til ansikt og pr telefon) og dels som gruppeintervjuer. Vi har nedenfor presentert opprinnelig utvalg, hvor mange som faktisk er intervjuet, og drøftet kvaliteten på det datamaterialet vi har hatt tilgjengelig.

Hovedtemaene i intervjuene er konsentrert om hvordan informantene våre opplevde prosessen fram mot framleggelse av sak 108/2008 "Omstillingsprogrammet. Innsatsområdet 1 Hovedstadsprosessen" på styremøtet i HSØ 20. november 2008, samt hvordan informantene mener foretakene hadde grepet an arbeidet med strategien, hvordan strategien ble tatt inn i og vært førende for utviklingsarbeidet og i hvilken grad og på hvilken måte strategien hadde vært treffende for de utfordringene en sto overfor i de enkelte foretakene. Om informantenes opplevelser er riktige eller gale i forhold til fakta har det ikke vært vår oppgave å ta stilling til. Vi har i rapporten gjengitt informantenes vurderinger og synspunkter, deres opplevelser og erfaringer. Selv om det kan hevdes at et utvalg på 24 informanter er beskjedent i forhold til en så vidt stor organisasjon og at det ikke gir noe grunnlag for generalisering, har vi bl.a. intervjuet representanter for relativt store grupper av ansatte. Dette gir grunnlag for å hevde at synspunkter som fremkommer er representative for langt flere enn de 24 som er intervjuet. Men, som sagt, målet har ikke vært å generalisere ut fra enkeltutsagn, men å gi et bilde av hvordan et utvalg sentrale aktører i organisasjonen opplevde ulike sider av oppstillingsprosessen.

7.2.2 Metode

Vi valgte intervjuer som metode for datainnsamling. Kvalitativ forskningsmetode undersøker og beskriver menneskers opplevelse og erfaringer som ikke lar seg måle eller tallfeste. En kvalitativ tilnærming går i dybden og har som formål å få fram sammenheng og helhet, den tar sikte på å formidle forståelse. Malterud beskriver kvalitativ forskningsmetode som særlig egnet ved komplekse problemstillinger som omhandler menneskers erfaringer, opplevelser, handlinger og samhandling⁵⁰.

Intervjuguider kan være mer eller mindre strukturerte. I denne studien benyttet vi semistrukturerte intervjuer med relativt stor grad av strukturering fordi dette sikrer sammenlignbart datamateriale som gjør det lettere å

⁵⁰ Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2003.

analysere materialet på tvers av de ulike intervjuobjektene. Temaene ble valgt fra problemstillingene som undersøkelsen skulle belyse. Den semistrukturerte formen på intervjuene gjorde det mulig å utdype temaer i ulik grad og å ta opp nye temaer som ble brakt opp av informantene i løpet av intervjuet. Nye temaer som dukket opp i et intervju, kunne tas opp i neste intervju. Intervjuene ble gjennomført individuelt, i gruppe, i møte og pr telefon.

Intervjuene ble gjennomført vinter/vår 2014, i underkant av seks år etter at sak 108/2008 ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst 20. november 2008. Temaene for intervjuene konsentrerte seg om hvordan informantene opplevde deltakelse og medvirkning i arbeidet med strategien og hvordan strategien var blitt implementert i de tre helseforetakene. For informantene handler det med andre ord om å rekonstruere opplevelser og tenkning 5-6 år tilbake i tid, noe som åpenbart byr på metodiske utfordringer med hensyn til hva informantene husker av hva som faktisk skjedde, i hvilken rekkefølge og i hvilken kontekst situasjoner oppsto, og i hvor stor grad senere hendelser har påvirket rekonstruksjonen av disse erfaringene og opplevelsene. Dette er viktige forbehold å ha med seg inn i analysen av datamaterialet.

I delrapporten fra Arbeidspakke 1 pekte vi på at i en evaluering av omstillingsprosessen i HSØ er det viktig å ha klart for seg at det foregikk flere prosesser samtidig. Disse var:

- Det skulle foretas en sammenslåing av de to største helseregionene i Norge. Dette krevde mye ressurser på forhold som ikke først og fremst sees på som en strategiprosess. Det gjaldt personellbehandling, tariffavtaler, juridiske forhold, lønns- og personalsystemer, andre IKT systemer og en rekke andre forhold som måtte løses for å få etablert en region.
- Magnussenutvalgets forslag til fordeling av ressurser mellom helseregionene ble gjennomført med den konsekvens at veksten i tildelingen til HSØ ble vesentlig svakere enn for de øvrige regionene og den samlede regionen hadde i utgangspunktet en stor økonomisk underbalanse.
- Ahus var planlagt for en vesentlig større pasientpopulasjon enn hva sykehuset tidligere hadde, og måtte få en tilførsel av pasienter for å kunne fylle det nye sykehuset. Dette var heller ikke en del av strategiarbeidet, men et forhold som var etablert da sykehusene ble styrt av fylkeskommunene. Denne oppgaven ble ikke satt i gang som en del av omstillingsprosessen, men var definert noen år tidligere.

Disse tre områdene krevde omfattende involvering både av ledelse og ansatte og måtte håndteres samtidig med at det ble utviklet en strategi for å oppfylle regjeringens og Stortingets krav til den nye regionen. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst og den påfølgende omstillingsprosessen var med andre ord påvirket av en rekke endringer og prosesser som falt sammen i tid og som gikk parallelt, og som bidro til og la føringer for innholdet i HSØ-strategien, og forløpet og resultatet av omstillingsprosessen. Som en av våre informanter påpekte, så opplever man i helseforetakene at man er i en *"tilnærmet kronisk omstillingsprosess, både internt og eksternt"*. Det er derfor viktig at en har med i analysen av datamaterialet at disse andre prosessene kan ha hatt vesentlig innflytelse på utfallet av HSØ-prosessen.

7.2.3 Informanter

Vi gikk i utgangspunktet bredt ut med hensyn til utvalg av informanter i Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Ahus og Vestre Viken. Vi har i Arbeidspakke 3 samlet intervjuet 24 representanter fra ledelse, fag og tillitsvalgte. I tillegg ble det gjennomført tre intervjuer i forbindelse med Arbeidspakke 1 som også inngår i datamaterialet i Arbeidspakke 3. Vi har nedenfor oppsummert og drøftet datamaterialet. Frafallet i forhold til plan skyldes dels at det ikke har vært mulig å nå fram til informantene, og dels at det ikke har vært mulig å finne et tidspunkt som passet for intervju.

7.2.3.1 Helse Sør-Øst RHF (HSØ)

Fra HSØ var det planlagt å intervju administrerende direktør, to konserndirektører, samt konserntillitsvalgte for LO, UNIO, YS og Akademikerne. Administrerende direktør og konserntillitsvalgt for LO var blitt

intervjuet i Arbeidspakke 1. De to konserndirektørene ble intervjuet som planlagt. I tillegg intervjuet vi plansjef HSØ. Når det gjelder de konserntillitsvalgte, er konserntillitsvalgte for UNIO og YS intervjuet.

7.2.3.2 Oslo Universitetssykehus HF (OUS)

På ledelsessiden var det planlagt intervjuer med nåværende og tidligere administrerende direktør, viseadministrerende direktør, samt en klinikkleder. Nåværende administrerende direktør var blitt intervjuet i forbindelse med Arbeidspakke 1. De øvrige tre i utvalget ble intervjuet som planlagt. Når det gjelder intervjuer med fag, planla vi gjennomføring av to fokusgruppeintervjuer. En fokusgruppe med avdelingsleder for Revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, avdelingsleder for Øre-nese-halsavdelingen og avdelingsleder for Øyeavdelingen. ØNH, Øye og Hud ved Ullevål og Rikshospitalet var fusjonert før OUS-fusjonen. I den andre fokusgruppen skulle inngå avdelingsleder Urologi, avdelingsleder Generell indremedisin, og avdelingsleder for gastro- og barnekirurgi. Det viste seg tidlig, at det ville være vanskelig å få gjennomført gruppeintervju. Vi valgte derfor å legge opp til individuelle intervjuer. Vi rettet en rekke henvendelser til OUS, gjennom postmottak-adresse og administrasjonsledere og sekretærer i de respektive klinikker og avdelinger. Vi oppnådde kontakt med og fikk intervjuet avdelingslederne for Øre, nese, hals, Øye og Generell indremedisin.

Når det gjelder de tillitsvalgte, var det planlagt intervjuer med foretakstillitsvalgte for Norsk sykepleierforbund, Den norske legeförening, Fagforbundet og Delta. Foruten Delta, ble de tillitsvalgte intervjuet i henhold til plan.

7.2.3.3 Akershus universitetssykehus HF (Ahus)

På ledelsessiden var det planlagt intervjuer med nåværende, konstituert direktør og tidligere administrerende direktør, samt to divisjonsdirektører. Intervjuene ble gjennomført som planlagt, hvorav divisjonsdirektørene ble intervjuet sammen. Når det gjelder de tillitsvalgte har vi intervjuet representanter for Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund.

7.2.3.4 Vestre Viken HF

Vestre Viken innførte klinikkorganisering på tvers av sykehusene da de ble opprettet som ett foretak. Klinikkorganisering ble vedtatt 7. oktober 2009. På styremøtet 29. september 2011 ble denne modellen revidert for de kliniske enhetene og vedtaket hadde effekt fra 1. januar 2012. De ble fra da ledet på den enkelte geografiske enhet. For medisinsk service, ikke-medisinsk service, psykisk helse og rus og prehospitale tjenester ble en sentral ledelse opprettholdt. Fra ledelsen var det planlagt intervjuer med administrerende direktør og viseadministrerende direktør. Førstnevnte ble intervjuet i forbindelse med Arbeidspakke 1. Viseadministrerende direktør har vi ikke fått intervjuavtale med. Når det gjelder fag, planla vi opprinnelig et gruppeintervju med klinikkdirektørene ved Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og klinikkdirektør for psykisk helse og rus. Etter gjentatte forsøk på å finne et tidspunkt som passet for alle, valgte vi i stedet å gjennomføre individuelle intervjuer med klinikkdirektørene. Klinikkdirektør ved Kongsberg sykehus svarte at hun ikke hadde vært med i omstillingsprosessen og at hun derfor ikke hadde noe å bidra med i intervjuet. Klinikkdirektør for Ringerike sykehus oppnådde vi ikke kontakt med til tross for gjentatte forsøk. Intervjuer med de øvrige ble gjennomført som planlagt. Når det gjelder de tillitsvalgte, var det planlagt intervjuer med foretakstillitsvalgte for Norsk sykepleierforbund, Den norske legeförening, Fagforbundet og Delta. Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet ble intervjuet som planlagt.

7.2.3.5 Informantene – en oppsummering

Til tross for et visst frafall, vurderer vi intervjumaterialet fra HSØ som tilfredsstillende. Når det gjelder OUS, er det en svakhet at det ikke har latt seg gjøre å få til flere intervjuer med avdelingslederne (fag). Når det

gjelder ledelse og tillitsvalgte, vurderer vi materialet som tilfredsstillende. Materialet fra Ahus er etter vår vurdering tilfredsstillende både når det gjelder ledelse, fag og tillitsvalgte. Når det gjelder Vestre Viken mener vi at intervjuene gir oss tilstrekkelig materiale til å kunne si noe om omstillingsprosessen sett fra Vestre Viken til tross for visse mangler både med hensyn til ledelse, klinikk og tillitsvalgte. I tillegg til de intervjuene som er presentert ovenfor, bygger vi den videre analysen på intervjuer med tidligere og nåværende ledere ved HSØ og helseforetakene, samt fagdirektørene som ble gjennomført i forbindelse med AP1 og AP5. Oppsummert mener vi at intervjumaterialet samlet sett gir et tilstrekkelig grunnlag for å gi et tilfredsstillende bilde av hvordan et utvalg ledere, representanter for fagavdelinger og tillitsvalgte opplevde omstillingsprosessen ved OUS, Ahus og Vestre Viken. De vesentlige problemstillingene er belyst og det fra ulike sider, både ganske kritiske og mindre kritiske og med en variert bakgrunn, faglig, administrativt og tillitsvalgte/ikke tillitsvalgte

7.3 Resultater Arbeidspakke 3

7.3.1 Innledning

Presentasjonen av resultatene fra intervjuundersøkelsen tar utgangspunkt i rapporten fra Arbeidspakke 1 "Utvidet opptaksområde i Helse Sør-Øst. Forutsetningene for omstillingsprogrammet" hvor vi gikk gjennom vedtakene som førte fram til strategidokumentet med tidshorisont 2025, beskrev hvilke mål som ble satt og hvilke tiltak som ble satt i verk. Rapporten fra Arbeidspakke 1 ga en grov oversikt over hva som hadde skjedd i perioden og er ment å skulle brukes som et grunnlag for videre arbeidspakker i evalueringen av omstillingsprogrammet.

Under hvert av punktene i resultatpresentasjonen, gis det innledningsvis noe bakgrunnsinformasjon relevant for temaet. Så presenteres resultatene fra intervjuene, og avslutningsvis gis det en oppsummering av resultatene med hovedvekt på om det kan spores noen vesentlige forskjeller i prosessen sett fra OUS, Ahus og Vestre Viken. Når det gjelder drøfting av resultatene, viser vi til kapittel 6.

7.3.2 Vedtak om og begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst

7.3.2.1 Bakgrunn

St. prp. Nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet* hadde en forholdsvis kort, men svært viktig del som foreslo å slå sammen de to helseregionene Helse Sør og Helse Øst. Den fikk Stortingets tilslutning 23. april. Begrunnelsen kan summeres opp med at sammenslåingen skulle bidra til å nå målene spesifisert i kulepunktene under:

- Bedre mulighet for helhetlig styring
- Bedre ressursutnytting og koordinering i hovedstadsområdet
- Med bedre ressursutnytting i hovedstadsområdet vil det bli lettere å få personell andre steder i landet
- Bedre samordning av fag og forskningsmiljøer
- Omfanget av arbeidsplasser i Skien og på Hamar opprettholdes
- Effektiviseringsgevinster i hovedstadsområdet må komme resten av landet til gode, spesielt ytterkantene

Proposisjonen viste videre til at utvalget som skulle se på inntektsfordelingen mellom regionene også skulle vurdere stordriftsfordeler ved sammenslåingen. Resultatet fra denne vurderingen forelå ikke da vedtaket ble fattet. I samme proposisjon fastholdt regjering og Storting at ingen lokalsykehus skulle legges ned. Det skulle bevilges midler til utvikling av lokalsykehusene, herunder modeller for helhetlige akuttmedisinske tjenester, nye modeller for en helhetlig svangerskaps- fødsel og barselomsorg. Denne delen om lokalsykehus

og akuttmedisin må derfor også anses som et formulert oppdrag til det nye Helse Sør-Øst, selv om de ikke var alene om å få dette oppdraget.

Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen 1. juni 2007. Arbeidet med å gi rammer for og retning på arbeidet ble startet umiddelbart. På styremøtet i HSØ 27. september 2007 ble "Sak nr. 040-2007: *Oppfølging av oppdragsdokumentet – innhold og gjennomføring. Nærmere om struktur, funksjonene og oppgavedeling i hovedstaden.*" lagt fram og tiltrådt av styret. Her ble det slått fast at oppdraget fra departementet var å oppfylle målene for sammenslåingen slik de var formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007). Det ble spesifisert fem overordnede innsatsområder. Ved å finne gode løsninger innen disse fem områdene ville departementets og Stortingets mål for sammenslåingen nås. De fem overordnede innsatsområdene var:

1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet
2. Forskning
3. IKT, stab- og støttefunksjoner
4. Kunnskapshåndtering og beste praksis
5. Mobilisering av ansatte og ledere

Innenfor hvert innsatsområde ble det satt i gang utredninger, og for flere av innsatsområdene resulterte dette i flere delrapporter.

Kvalitet var ikke pekt ut som et eget innsatsområde. På dette området ble det vist til Nasjonal kvalitetsstrategi der det for alle områder inne helsevesenet skal stilles krav til tjenestene om at de skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

I Sak nr. 40-2007 ble det understreket at omstillingsarbeidet skulle være gjennomføringsorientert, heller enn utredningsorientert. Arbeidet skulle legge mål og retningslinjer fra Nasjonal helseplan til grunn for arbeidet og ville også bygge på tidligere utredningsarbeid i Helse Sør og Helse Øst og da spesielt Helse Øst 2025 og Resept 2006 for Helse Sør. Det var ikke trukket spesielt fram hva i Nasjonal helseplan som var viktig for strategiarbeidet. Målformuleringer i dokumentene til HSØ, og som også er sentrale formuleringer i Nasjonal helseplan, var blant annet:

- Desentralisere det man kan og sentralisere det man må.
- Bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene.
- Lokalsykehuset må ha en tydelig plass i behandlingsskjeden.

Som en naturlig del av oppdraget går det fram at det mest sentrale område er innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og arbeidsdeling i Hovedstadsområdet. Dette er oppgave nummer 1. Hva som skal utredes i arbeidet med innsatsområde 1 ble derfor presisert ytterligere i sak nr. 40-2007, og resulterte i flere separate utredninger om de enkelte oppgavene.

Innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet ble delt opp i disse underområdene:

- a) Fremtidig behandlingsskapasitet og arealbehov
- b) Organisering og samling av spesialfunksjoner
- c) Gode og oversiktlige lokalsykehusfunksjoner i hovedstadsområdet
- d) Samhandling med kommunehelsetjenesten i hovedstadsområdet
- e) Tilbudet til rusmiddelmissbrukere
- f) Psykisk helsevern

- g) Samordning og styrking av universitetsfunksjonene
- h) Effektiv drift av medisinske støttefunksjoner

I Sak 40-2007 avgrensnes hovedstadsområdet til Oslo og Akershus, men eksisterende pasientstrømmer, arbeidsmarked og mulige utbyggingsprosjekter gjorde at områdene tilknyttet Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF også måtte inkluderes i analysen. Ved å utvide området på denne måten mente man at prinsippet om å behandle pasientene på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON), ville være lettere å oppfylle. Det ble satt som mål å konkludere på alle fem innsatsområdene i juni 2008.

I dette kapittelet presenterer vi informantenes opplevelse av og erfaring med bakgrunnen for etablering av HSØ og prosessen fram mot vedtaket i sak 180/2008 høsten 2008, i hovedsak knyttet til Innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet. I resultatpresentasjonen tar vi for oss bl.a. hva informantene mener var grunnen for sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, grad av medvirkning og deltakelse i prosessen sett fra ledere og tillitsvalgte, og om sammenslåing var svaret på de utfordringene en sto overfor spesielt ved OUS, Ahus og Vestre Viken (om en hadde stilt riktig "diagnose" og foreskrevet riktig "medisin").

7.3.2.2 Resultater fra intervjuene

Informantene er i hovedsak enige i at den egentlige eller reelle grunnen for sammenslåingen var behovet for å få til et bedre samarbeid mellom Oslo-sykehusene, og da spesielt Ullevål og Rikshospitalet. En hadde i mange år erkjent at en sto overfor mange uløste problemer i hovedstadsområdet. Det hadde bl.a. vært mange og tunge prosesser og diskusjoner oppgjennom årene om det økonomiske oppgjøret mellom Helse Øst og Helse Sør. Regionsykehuset til Helse Sør lå i Oslo og det var stadig strid om pasienter fra Helse Øst i for stor grad benyttet Rikshospitalet/Radiumhospitalet samtidig som det også ble reist spørsmål om pasienter som skulle behandles ved disse sykehusene ble holdt igjen i Helse Øst sine sykehus på feil faglig grunnlag. Det var også mange som mente at en fusjon mellom Øst og Sør ikke var en tenkbar løsning, for det ville gjøre at en region ble veldig mye større enn de andre, alt for stor mente noen. Det ble sett på og vurdert ulike løsninger, som å flytte Rikshospitalet til Helse Øst, blant annet begrunnet med at Helse Øst på det tidspunktet hadde god kontroll på egen drift, styring og ledelse. Videre ble det drøftet å skille ut Rikshospitalet og Ullevål som en egen region. En hadde omkring 2004 høstet visse erfaringer med å slå sammen virksomheter ved Rikshospitalet og Ullevål (øre-nese-hals og øye) bl.a. for å vise at det var mulig å få det til, men samtidig var erfaringen at dette var veldig krevende å få til selv på relativt små fagområder. En sammenslåing i Helse Sør-Øst ble etter hvert vurdert som den eneste løsningen rent politisk.

Videre ba vi informantene vurdere om strategien tok tak i de utfordringene helseforetakene sto overfor.

Informantene opplevde at strategien primært var rettet mot en samordning av Rikshospitalet og Ullevål (OUS). Både ved Ahus og i Vestre Viken beskrives situasjonen som å sitte på sidelinjen og være observatør til det noen omtalte som "*slaget om Oslo*". Flere av fagmiljøene ved Ahus og Vestre Viken så det også som en fordel at en slo sammen de to regionsykehusene og på sikt etablerte en felles robust fagavdeling innen spesifikke fagområder. Flere opplevde at det i tiden før OUS var mye fram og tilbake med hensyn til hvor pasienter skulle henvises.

Når det gjelder strategien og Vestre Viken, var det flere av informantene som opplevde at "*de ble stemoderlig behandlet*". Funksjoner og pasientgrunnlag ble flyttet uten at det fulgte ressurser og personell med. Informanter opplevde at man i en del sammenhenger glemte å nevne/ ta med Vestre Viken som også hadde aktiviteter innen de samme områder.

Et annet perspektiv knyttet til hva en hadde oppmerksomheten mot i Helse Sør-Øst fikk en et eksempel på noe senere i prosessen. Vestre Viken endret sin interne organisering fra klinikk til stedlig ledelse for de somatiske klinikkene. Klinikkkorganiseringen hadde skapt en del turbulens i helseforetaket, og stedlig ledelse bidro til større grad av ro i organisasjonen. Når det gjelder spørsmålet om i hvilken grad Helse Sør-Øst hadde

engasjert seg i denne organiseringsdebatten, viste flere av våre informanter til at interessen fra Helse Sør-Øst ikke strakk seg lenger enn *"at de var fornøyd bare det var ro"*.

Noen stikkord går igjen i intervjuene knyttet til strategiarbeidet og omstillingsprosessen. Det ble snakket om stordriftsfordelen, selv om mange skjønte at den reelle begrunnelsen for sammenslåingen ikke var effektiviseringsgevinster, men at det var noe som ikke fungerte i hovedstaden. Videre pekes det på at det var skapt urealistiske forventninger til hva fusjonen ville bety for den enkelte helsefagarbeider. Det var ikke satt av midler til å dekke omstillingskostnadene, og tidsperspektivet var urealistisk. Videre opplevde mange det som omtales som rekkefølgeproblematikk, og da i forbindelse med aksene OUS-Aker-Ahus, noe informantene mener gjorde omstillingsprosessen unødvendig komplisert.

Andre forhold som informantene trakk fram (da igjen konsentrert om OUS-prosessen) var at en hadde undervurdert kulturforskjellene, den faglige motstanden og kompleksiteten i en slik omstilling. Strategiarbeidet bidro i liten grad til å gjøre dette enklere.

Blant våre informanter er det også de som mener at de hadde gjort seg tanker om at en sto overfor meget krevende prosesser. Informantene mente at erfaringene med sammenslåing av relativt avgrensede fagområder som Øre-nese-hals (lagt til Rikshospitalet) og Øye (lagt til Ullevål) viste dette. Samtidig vises det til at slike sammenslåinger eller fusjoner vil være krevende uansett hvordan man er organisert. Men oppfatningen var at det er lettere å få til krevende prosesser når man er organisert under et styre og en ledelse, enn om man skal krysse flere, og i enkelte tilfeller opp til tre juridiske enheter.

Selv om de fleste av våre informanter mener at en løsning for Oslo-sykehusene var hovedgrunnen for fusjonen, har vi også snakket med dem som mener at *"dette var en konstruert problemstilling"*, at det mer var snakk om oppgavefordeling og funksjonsfordeling gjennomført på 90-tallet, enn dublering av funksjoner. En av informantene uttrykte det slik: *"Pasientvolumet var så stort, eksempelvis innen ortopedi, at det var behov for en spesialisering og funksjonsfordeling ut fra fagets kompleksitet"*.

Videre pekes det på at argumentet om *"ineffektivitet og utgiftsvekst ute av kontroll"* også var en konstruert problemstilling. Det vises til at eksempelvis Ullevål hadde vært gjennom en periode med effektivisering og høyere produksjon innenfor de samme ressursene.

Et annet perspektiv som trekkes fram i intervjuene er at dublering av kompetanse ikke nødvendigvis er av det negative. Våre informanter peker på at *"kompetitive fag/faglig konkurranse kan føre til at man blir bedre hver på sitt felt og at en kan lære av hverandre"*.

Det etterlyses blant våre informanter en større grad av oversikt over og åpenhet omkring de faktiske forholdene når det gjelder situasjonen ved oslo-sykehusene. *"Diagnosen"* var med andre ord nokså omtrentlig og lite dokumentert, og dermed ble det skrevet ut *"feil medisin"*. Blant våre informanter pekes det på at blant dem som planla fusjonen var det *"en mangel både på fusjonskompetanse, strategisk kompetanse og finansieringskompetanse"*. Dette til tross, *"ble fusjonsplanene solgt inn til politikerne"*. Blant informantene ble det hevdet at ansvaret for fusjonen burde ha vært flyttet tilbake til politikerne da en mente at forvaltningsleddet hadde sviktet både når det gjelder planlegging, ledelse og gjennomføring.

Andre av våre informanter peker på at det var mye som talte for en fusjon både på RHF og HF-nivå, da en hadde virksomheter som drev med mye av det samme og som man hadde fått mer ut av dersom disse virksomhetene var bedre samordnet og samorganisert. Man hadde eksempler på avdelinger og virksomheter som hadde fusjonert, og en kjente til at tilsvarende prosesser var i gang i flere fagmiljøer. Men en så samtidig at dette ville bli veldig krevende prosesser - fusjon eller ikke, spesielt når det gjaldt de virkelig store pasientgruppene.

Flere av informantene mener at en hadde og har fagområder som var spede, som drev helt lik virksomhet på flere steder, og som det kunne være fordelaktig å slå sammen, noe som ville gitt synergieffekter. Dette gjaldt også på områder som forskning og utvikling. Et annet argument som trekkes fram og som informantene mente talte for en fusjon av Ullevål og Rikshospitalet var at *"en betalte høye lønninger for å få fagfolk fra"*

det ene sykehuset til å arbeide på det andre sykehuset". Det pekes på at det generelt sett var en noe merkelig konstruksjon og konstellasjon at en skulle ha to store sykehus innenfor Oslo, med hver sin ledelse. En av informantene uttrykte det slik: "En felles lønnspolitikk for de to sykehusene ville hindre at en drev og konkurrerte om den sammen arbeidskraften".

Informantene peker på at fysisk samlokalisering innenfor fag var en forutsetning for å få noen effekt av fusjonen. Dette betyr ikke nødvendigvis at alle fag skal samles under et tak, men at hvert fagområde er samlet. Her trekkes det fram at motstanden mot fusjonen bl.a. var grunnet i at man i prosessen ikke satte seg som mål (på kort eller lang sikt) at en skulle samlokaliseres – *"det ble ikke satt noe endepunkt i så henseende"*. Derfor drøftet man alternative løsninger så som rotasjon av personale mellom ulike virksomhetssteder. Videre erfarte våre informanter at ledelse på tvers hadde sine åpenbare svakheter da en med dette mistet effekten av stedlig ledelse. Erfaringene viste, i følge våre informanter, at stedlig ledelse med valg av leder med utspring i det enkelte fagmiljøet fungerte godt: *"Geografisk avstand gjorde at man mistet synergieffekten av å samordne ressursene på tvers"*.

Når det gjelder effekten av fysisk samlokalisering viste informantene til eksempler hvor en har pasienter med behov for tjenester både ved Rikshospitalet og Ullevål, og hvor samlokalisering ville vært meget gunstig. Det å flytte meget syke pasienter er risikabelt. Samtidig pekes det på at man med dagens organisering opererer med dublerende beredskap på flere steder, noe som gjør det vanskelig å hente ut gevinster i form av bedre ressursutnyttelse.

Et annet perspektiv som trekkes fram og som våre informanter mener har gjort fusjon og samarbeid vanskelig, er det de omtaler som *"mangelen på profesjonalisert ledelse på ulike nivå i organisasjonen"*. En av informantene uttrykte det slik: *"God ledelse hadde gjort prosessen mye enklere – bevisste ledere som vil noe, i samme retning"*. Her trekkes fram at en del ledere oppleves mer som tillitsvalgte for sin faggruppe, enn som ledere.

Vi har informanter som mener at det var og er et potensial for bedre utnyttelse av ressursene ved Oslo sykehusene, både når det gjelder fag og økonomi), men at forholdene ikke ble lagt til rette for å hente ut dette potensialet. Forklaringen mener noen lå i dårlig og mangelfull planlegging, og svak styring.

Omstillingsprosessen og det interne arbeidet ved OUS omtales som problematisk av flere av informantene, og da spesielt når det gjelder opplevelsen av deltakelse og å bli hørt. Dette er inntrykket både i intervjuer med ledere og tillitsvalgte. Mye tid og arbeid ble lagt ned i å utrede pasientforløp, struktur og organisering, uten at råd som ble gitt ble tatt til følge. Organiseringen ble det gjort lite med og fagområdene fikk bestå uendret. Eksempelvis fremmet en arbeidsgruppe forslag om senterorganisering, noe som ble forkastet til tross for stor enighet om at dette var en faglig fornuftig fremgangsmåte.

Blant informantene hevdes det at striden mellom Oslo sykehusene ikke var så sterk som en del ga uttrykk for, og at dette med en *"Berlinmur gjennom byen"* ikke opplevdes på samme måten av alle. Samtidig hadde en erfart at det ikke hadde vært helt enkelt å funksjonsdele mellom sykehusene i Oslo, det vil si mellom Helse Sør og Helse Øst, men en hadde gjennomført flere prosesser i denne perioden fra 2002 og fremover til sammenslåingen. På den annen side hadde en ikke fått til tettere samarbeid innenfor sentrale fagområder som kreft, nevrologi og hjerte, noe som nok lå til grunn for bruk av begrepet Berlinmur.

Når det gjelder sammenslåingen blir dette av flere informanter referert til som en *"ren politisk avgjørelse uten utredninger i bunnen"*, og at Helse Sør Øst i det videre arbeidet satte seg litt tilbake når det gjaldt de prosessene som skulle gå, hva gjaldt da overføring av personell og befolkning. Informanter peker på at Helse Sør Øst burde ha etablert et styringssystem som gjorde at de kunne sjekke ut at her var det sammenheng i det som skulle skje, og man hadde tro på det. Spesielt trekkes fram *"det å få over helsepersonell på en måte som gjorde at A-hus var i stand til å gjøre jobben sin. Og det siste klarte man jo ikke å få til"*. Det pekes på at det som hadde vært det enkleste, det er jo der hvor man hadde klart å gjøre en virksomhetsoverdragelse, noe man gjorde innenfor psykisk helse; *"da løftet man jo for eksempel Alna DPS bare over til Ahus med mann og mus. Og det var helt greit. Men når det gjaldt somatikken, så klarte man ikke det"*.

7.3.2.3 Oppsummering

I dette kapittelet har vi presentert informantenes opplevelse av og erfaring med vedtak om og begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst. På tvers av foretaksgrensene er enige om at grunnen for sammenslåingen var sentrale myndigheters ønske om å få til et bedre samarbeid mellom Oslo-sykehusene, selv om enkelte mener at dette var et konstruert problem. Det etterlyses en større grad av oversikt over og åpenhet omkring de faktiske forholdene når det gjelder situasjonen ved Oslo-sykehusene. Etter vår vurdering var "*diagnosen*" med andre ord nokså omtrentlig og lite dokumentert, og dermed ble det foreskrevet "*feil medisin*". Det hevdes i vår undersøkelse at blant dem som planla fusjonen var det en mangel både på fusjonskompetanse, strategisk kompetanse og finansieringskompetanse. Informanter i de foretakene om omfattes av vår undersøkelse hadde en opplevelse av at både sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, og de grepene som senere ble tatt, kun hadde et mål for øyet; å finne en løsning på utfordringen en mente se når det gjaldt samordning av Ullevål sykehus og Rikshospitalet.

Både ved Ahus og i Vestre Viken beskrives situasjonen som å sitte på sidelinjen og være observatør til det noen omtalte som "slaget om Oslo". Ved Ahus var en i hovedsak konsentrert om å få på plass det nye bygget (offisiell åpning høsten 2008), ny organisering, ny teknologi og en diskusjon om kapasitetsutnyttelse. Dette var prosesser som informantene mener langt på vei var uavhengig av eierforhold. Flere av fagmiljøene ved Ahus og Vestre Viken så det imidlertid som en fordel at en slo sammen de to regionsykehusene i Oslo og på sikt etablerte felles robuste fagavdelinger.

Det ble snakket om stordriftsfordelen, selv om mange skjønnte at den reelle begrunnelsen for sammenslåingen ikke var effektiviseringsgevinster, men at det var noe som ikke fungerte i hovedstaden. Videre pekes det på at det var skapt urealistiske forventninger til hva fusjonen ville bety for den enkelte helsefagarbeider. Det var ikke satt av midler til å dekke omstillingskostnadene, og tidsperspektivet var urealistisk. Videre opplevde mange det som omtales som rekkefølgeproblematikk, og da i forbindelse med aksene OUS-Aker-Ahus, noe som gjorde hele omstillingsprosessen unødvendig komplisert. Andre forhold som informantene trakk fram var at en hadde undervurdert kulturforskjellene, den faglige motstanden og kompleksiteten i en slik omstilling. Strategiarbeidet bidro i liten grad til å gjøre dette enklere. Et annet perspektiv som trekkes fram og som har gjort fusjon og samarbeid vanskelig, er mangelen på profesjonalisert ledelse på ulike nivå i organisasjonen. Det pekes på at god ledelse hadde gjort prosessen enklere – bevisste ledere som ville noe, og i samme retning. Her trekkes fram at en del ledere opplevdes mer som tillitsvalgte for sin faggruppe, enn som ledere. Og igjen var dette problemstillinger og utfordringer en primært knyttet til prosessen i Oslo.

Ved Ahus var man relativt uberørt av dette, og i Vestre Viken var tema for diskusjonen i stor grad konsentrert om innlemmelse av Bærum sykehus og intern organisering av foretaket, noe vi kommer nærmere tilbake til nedenfor.

7.3.3 Inndeling i sykehusområder og egendekning

7.3.3.1 Bakgrunn

Helseforetakenes rolle ble formulert slik i vedtaket i sak 108/2008 "Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1 Hovedstadsprosessen":

Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering.

Vestre Viken sykehusområde ble opprettet ved at Drammen, Ringerike og Asker og Bærum helseforetak fikk en sentral ledelse. Blefjell helseforetak ble lagt ned og Kongsberg sykehus ble tilført det nye helseforetaket.

Ahus sitt sykehusområde ble utvidet med bydel Alna fra Oslo og Follokommunene. Fra 2004 hadde Ahus ansvaret for Oslos bydeler Grorud og Stovner.

For sykehusområdet Sentrum, som er Oslo minus de tre bydelene Ahus har ansvaret for, ble det vedtatt at de tre sykehusene Riks- og radiumhospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus skulle slås sammen til Oslo universitetssykehus. Siden det i Oslo også er to private ideelle sykehus, Lovisenberg og Diakonhjemmet, er det faktiske befolkningsgrunnlaget for OUS vesentlig lavere enn det som framgår av tabell 1. I rapporten om storbysykehuset i Oslo er lokalsykehusområdet til OUS satt til 220 000 innbyggere. OUS har også ansvar for regionale tjenester og landsfunksjoner, men definert som et sykehusområde synes det som Sentrum sykehusområde har en befolkning som ligger noe under den Innlandet har. Sentrum sykehusområdet heter nå Oslo sykehusområde.

Det ble så overlatt til ledelsen av de etablerte sykehusområdene å utvikle sine områder videre i tråd med de retningslinjer som ble formulert i strategien.

Tabell 7-1 Befolkningen i de enkelte sykehusområder pr 2012⁵¹

	Sykehusområde
Østfold	278 014
Innlandet	379 741
Ahus	489 268
Oslo	507 418
Vestre Viken	435 251
Vestfold	236 120
Telemark	169 930
Sørlandet	285 554

7.3.3.2 Resultater fra intervjuene

Vi ba informantene beskrive hvordan de opplevde prosessen fram mot etablering av deres helseforetak som sykehusområde/ helseforetak.

Informantene mener at beslutningen om inndeling i sykehusområdene i realiteten ble tatt før 108/2008-dokumentet ble lagt fram, og at det tidlig ble etablert en prosjektgruppe bestående av direktørene ved Oslo-sykehusene, som diskuterte og utredet mye av grunnlaget for sak 108/2008. Informanter viser til at verken Ahus, Asker og Bærum eller Drammen deltok i denne prosessen, der en bl.a. ble enige om sykehusområdene. Dette er en av hovedgrunnene til at flere av våre informanter opplevde at inndeling av sykehusområde ikke var gjenstand for debatt.

Blant informantene ble det, som en kommentar til inndeling i sykehusområder, pekt på nødvendigheten av å bygge opp "en kritisk masse" omkring foretakene og sikre gode ressurser slik at fagmiljøene ikke ble for svake og at en unngikk en uhenksom kamp om ressursene.

I intervjuene kom det også fram at en ting er å beregne befolkningsgrunnlag for foretakene og legge premisser for grenser for opptaksområder, noe annet er å endre befolkningens og aktørers måter å agere på, spesielt fastlegenes henvisningspraksis.

⁵¹ Vestfold og Telemark er formelt ett sykehusområde, men de opererer som egne foretak. I denne tabellen synes det derfor riktigere å framstille dem med hvert sitt befolkningsunderlag.

Vi har også informanter som pekte på at justering av befolkningsgrunnlaget i hovedstadsområdet ville en ha måttet gjort uavhengig om man hadde operert med tre sykehus i Oslo fortsatt. Endringene var nødvendige og det hadde lenge vært klart at en endring i opptaksområder måtte gjennomføres. Med eller uten fusjonen var man i gang med å bevege seg i retning av å samle fagmiljøer bedre enn hva som var den eksisterende situasjonen.

Vi har også intervjuet informanter som mener at inndelingen i sykehusområder ikke var noe fornuftig grep og at en fortsatt sliter på en del områder med å snu pasientstrømmen. En av informantene uttrykte det slik: *"Innarbeidede vaner er vanskelig å endre på, både i befolkningen og når det gjelder henvisere (eks. fastlegene)"*. Noen informanter mener også at det hadde vært mer naturlig om vestregionen i Akershus hadde orientert seg mot Oslo, framfor Vestre Viken. Innen enkelte fagområder har en gjort forsøk på å få pasienter til å velge behandling i Drammen, men preferansene for valg av Oslo har vært vanskelig å endre på. Fritt sykehusvalg og dagens økonomimodell gjør det heller ikke enklere å tilpasse pasientstrømmen strukturen for sykehusområdene.

Enkelte av informantene mener inndelingen i sykehusområder var mer et skrivebordsarbeid, *"hvor man tegnet et kart på papiret som så bra ut – regnestykket stemte og man optimaliserte fordelingen av pasienter og sykehus"*. Et forhold informantene mente man var veldig opptatt av i den forbindelse var at Ahus skulle få de pasientene de trengte. Når det gjelder Vestre Viken, er informantene noe mer usikre på begrunnelsen, men det antydes at det muligens skyldtes at ikke området for Oslo-sykehusene skulle bli enda større. Men som enkelte peker på var at da man satt og tegnet dette kartet over sykehusområder var det et par faktorer man ikke hadde hensyn til; hva dette kom til å koste og hva ville det kreve å få til i praksis: *"Det tok man etterpå, og da var jo fasiten på en måte gitt"*.

Enkelte av informantene peker på at inndelingen i sykehusområder kan sees på uavhengig av arbeidet med strategien i og med at denne inndelingen skjedde før strategien kom. Samtidig pekes det på at inndelingen i sykehusområder kan sees på som et mål bilde på samhandling, og for å motvirke at alt gikk til Oslo. Andre hevder at det viktigste med strategien var nettopp å etablere sykehusområder, at områdene skulle bli mer selvforsynte med spesialisthelsetjeneste, selv om det erkjennes at dette er noe en ikke har fått til.

Informantene ser også spørsmålet om sykehusområder og målet om 80-90 % egedekning i sammenheng. Det vises her til fleksibiliteten i Oslo-området og Ahus hvor en alltid har hatt en flyt av pasienter til Oslo, og at Vestre Viken også har en pasientpopulasjon som i veldig stor grad velger seg bort fra Vestre Viken, noe de alltid har gjort. Våre informanter mener at det med andre ord ikke er noe nytt etter at Asker og Bærum har blitt en del av Vestre Viken. Også når det gjelder inndelingen i sykehusområder er det informanter som mener at dette også var et grep for *"å få orden på Oslo-sykehusene"*. Det hevdtes at en neppe hadde fått til en bedre utnyttelse av kapasiteten ved sykehusene, f.eks. innenfor Vestre Viken, om en ikke hadde opprettet disse sykehusområdene.

Informantene viser til at det var en del heftige diskusjoner i Helse Sør Øst når det gjaldt inndelingen i sykehusområder. Om det var naturlig å legge Asker og Bærum inn i Vestre Viken var blant disse diskusjonene. Bærum og nærheten til Oslo mente flere talte i mot å legge det til Vestre Viken, hvor dette *"ville bli en tung strøm å snu i retning Drammen"*. Det ble bl.a. foreslått å dele Vestre Viken, da en så en naturlig akse Drammen/ Kongsberg, mens det for Hønefoss/Ringerike var naturlig å orientere seg mot sykehuset i Bærum. Videre ble det hevdet at ved en todeling av dagens Vestre Viken område, så ville en i løpet av noen få år erfare at de to delene *"ville bli bærekraftige og store nok hver for seg"*. Blant informantene har en også i denne prosessen etterlyst evnen til å se seg tilbake og vurdere på nytt de grepene som ble tatt: *"Det var litt bulldoserkjøring den gangen"*.

7.3.3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi oppsummert informantenes beskrivelse av prosessen fram mot etablering av deres helseforetak og sykehusområde. Våre informanter oppfatter at beslutningen om inndeling i sykehusområdene

i realiteten ble tatt før 108/2008- dokumentet ble lagt fram. Det ble tidlig etablert en prosjektgruppe bestående av direktørene ved Oslo- sykehusene, som diskuterte og utredet mye av grunnlaget for sak 108/2008. Verken Ahus, Asker og Bærum eller Drammen deltok i denne prosessen, der en bl.a. ble enige om sykehusområdene. Etter informantenes vurdering var det sikkert gode argument for en slik fremgangsmåte, men det grepet som ble tatt bl.a. med å legge Asker og Bærum til Vestre Viken mener vår informanter skulle tilsi at prosjektgruppen eller direktørgruppen burde ha vært utvidet til å involvere alle berørte helseforetak. Denne fremgangsmåten mener informantene forsterker inntrykket av at det var "Oslo-problematikken" som ble viet oppmerksomhet.

I intervjuene kom det også fram at en ting er å beregne befolkningsgrunnlag for foretakene og legge premisser for grenser for opptaksområder, noe annet er å endre befolkningens og aktørers måter å agere på, spesielt fastlegenes henvisningspraksis. Videre viste undersøkelsen at justering av befolkningsgrunnlaget i hovedstadsområdet ville en ha måttet gjort uavhengig om man hadde operert med tre sykehus i Oslo fortsatt. Med eller uten fusjonen var man i gang med å bevege seg i retning av å samle fagmiljøer bedre enn hva som var den eksisterende situasjonen.

Om det var naturlig å legge Asker og Bærum inn i Vestre Viken var gjenstand for mye diskusjon. Bærum og nærheten til Oslo mente flere talte i mot å legge det til Vestre Viken. Det ble bl.a. foreslått å dele Vestre Viken, da en så en naturlig akse Drammen/ Kongsberg, mens det for Hønefoss/Ringerike var naturlig å orientere seg mot sykehuset i Bærum. Med en todeling av dagens Vestre Viken område, ville en i løpet av noen få år erfare at de to delene "*ville bli bærekraftige og store nok hver for seg*".

Et forhold man var opptatt av var at Ahus skulle "*få de pasientene de trengte*". Når det gjelder Vestre Viken, er informantene noe mer usikre på begrunnelsen, men det antydes et par faktorer man ikke hadde tatt hensyn til; hva dette kom til å koste og hva ville det kreve å få det til i praksis. Det hevdes imidlertid at en neppe hadde fått til en bedre utnyttelse av kapasiteten ved sykehusene om en ikke hadde opprettet disse sykehusområdene.

7.3.4 Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene

7.3.4.1 Bakgrunn

Strategiarbeidet som startet med opprettelsen av Helse Sør-Øst 1. juli 2007 hadde i løpet av litt under 1,5 år vært gjennom en omfattende prosess som etter drøftingen av sak 067-2008 ble trukket sammen i sak 108-2008 og behandlet på styremøtet 20. november 2008. Der ble også sak 115-2008 om strategidokumentet til HSØ drøftet, og det ble fremmet en egen sak om IKT (109-2008). Sak 108-2008 behandlet rammene for ønsket organisering av tjenesten i HSØ. Med vedlegg beskriver vedtaket hva som ønskes oppnådd på de forskjellige områdene som innledningsvis ble definert som de fem innsatsområdene. I de enkelte foretak sine strategier som ble utviklet etter avsluttet strategiprosess i HSØ, er det i stor utstrekning dette vedtaket det refereres til.

På styremøtet 18. desember 2008 ble strategisk plan 2009-2020 for Helse Sør-Øst vedtatt i sak 130-2008. Styremøtet vedtok også sak 133-2008 som var en plan for oppfølging og gjennomføring av strategiarbeidet og som omfattet innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet. En sentral del av styringen av helseforetakene er foretaksmøtene. Helse- og omsorgsdepartementet har møter med de regionale helseforetakene der de får sitt oppdragsdokument ved starten av året. Deretter har det enkelte regionale helseforetaket foretaksmøter med sine foretak, der hvert foretak får sitt oppdragsdokument for inneværende år.

I sak 133-2008 var beskrivelser av tiltak og mål ganske spesifisert. Da foretaksmøtene for HSØ sine foretak startet i januar 2009 valgte HSØ å legge den spesifiserte delen av dette vedtaket til side. Det ble overlatt til det enkelte foretak å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. Det ble i stedet vist til

vedtakene i sak 108-2008 og mål og retning på arbeidet slik det var formulert i strategidokumentet (Sak 115-2008).

Foretaksmøtene ble avviklet i løpet av februar 2009. Vedtakene som HSØ hadde fattet på de fem innsatsområdene ble der gjort om til krav som de enkelte foretak skulle oppfylle. Fra nå av ble den praktiske gjennomføringen av strategien i all hovedsak flyttet til de enkelte foretak, mens HSØ sin oppgave var å sjekke ut hvordan strategien ble tilpasset det enkelte foretak og hvordan framdriften i gjennomføringen var.

7.3.4.2 Resultater fra intervjuene

Helse Sør-Øst valgte å overlate til det enkelte foretak å spesifisere sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. Informantene ble bedt om å vurdere denne fremgangsmåten.

En av informantene trakk i denne sammenheng fram følgende metafor: Det var som å plassere en seksåring, en fireåring og en toåring i en sandkasse med to leker, og så ble de av foreldrene overlatt til seg selv for å løse problemet. Når det da gjelder fordeling av eksempelvis ressurser og hjemler var det en informant som uttrykte det på følgende måte: *"Da kan man jo gjette hvordan det går"*.

Strategien blir av noen informanter beskrevet som retningsgivende og at det var opp til lokalt styre og lokal ledelse å drive prosessen videre. Noen informanter opplevde det som positivt at det ble gitt lokal frihet til å utforme tilbudet innenfor de rammene strategien satte, men tilpasset de lokale utfordringene. Andre igjen mener dette var en ansvarsfraskrivelse fra Helse Sør-Øst sin side, og at RHFet i større grad burde tatt styringen på områder hvor en lokalt ikke ble enige.

Et annet perspektiv på spørsmålet om lokal versus sentral styring, er informanter som viser til at de har tatt grep med hensyn til lokal organisering og arbeidsdeling som de har ment å skulle gi et mer robust og solid fagtilbud, men hvor Helse Sør-Øst har grepet inn med hensyn til at tiltaket har vært i strid med intensjonen i strategidokumentet.

Denne balansen mellom sentral versus lokal styring tas opp i mange av intervjuene og med ulike perspektiv og innfallsvinkler. Her trekkes bl.a. fram det selvstendige ansvaret helseforetakene ved styre og ledelse er gitt gjennom foretaksmodellen. Sak 108/2008 anga en retning, og helseforetakenes ansvar var da å følge dette, gitt de lokale forutsetningene og rammebetingelsene som en mente at helseforetakene kjente best. Dette betød imidlertid ikke at HSØ lukket øynene for det som skjedde lokalt. Fra HSØ måtte det balanseres mellom å gi lokalt ansvar for å oppnå resultater samtidig som HSØ ikke abdiserte som eier. I omstillingsprosessen har en også eksempler på etablering av et eget styringsregime, med tett oppfølging fra HSØ, bl.a. i situasjoner som har krevd avklaringer og enighet mellom selvstendige helseforetak.

Det at Helse Sør-Øst overlot det videre ansvaret til de enkelte foretak, blir blant våre informanter også beskrevet som *"oppsiktsvekkende i og med at det ble en bestilling til foretakene innenfor en økonomisk ramme som ikke var bærekraftig"*. En forvaltningsmessig ansvarsfraskrivelse av dimensjoner og en fraskrivelse av eieransvaret er også begreper som brukes når dette grepet skal beskrives. Blant tillitsvalgte både på foretaksnivå og på RHF-nivå, mener man at dette var en viktig grunn for at mye av kritikken knyttet til fusjonen ble rettet mot ledelsen i Helse Sør-Øst og ikke mot foretaksledelsene. Samarbeidet på foretaksnivå – mellom ledelse og tillitsvalgte – beskrives som godt.

Noen av våre informanter mener at påpekning av kulturforskjeller i alt for stor grad ble brukt som en unnskyldning for at man ikke lykkes med den ledelsesmessige og forvaltningsmessige gjennomføringen. Den praktiske gjennomføringen av fusjonen i OUS ble beskrevet som *"en maktkabal som måtte gå opp"*. En av informantene uttrykte det slik: *"Høy kompetanse og godt lederskap måtte vike plassen for fordeling av makt og innflytelse for i det hele tatt å få aksept for den organisatoriske fusjonen. Den som fikk avdelingslederjobben, trakk på en måte vinnerloddet, og de ved det andre sykehuset måtte underordne seg"*. Det pekes på at det som tidligere kun var en faglig rivalisering, ble med dette også en strid om formell makt og innflytelse. Informantene mener at disse forholdene forsterket elementet av kulturforskjeller, samtidig

som kulturforskjellene ikke var forklaringen på hvorfor det egentlig gikk galt. Kulturforskjellene ble med dette en konsekvens av fusjonen, ikke en årsak til at det gikk galt.

Realitetene omkring utfordringene knyttet til kulturforskjellene er en med andre ord uenige om i informantgruppen. Forsøket på ortopedisamarbeidet trekkes fram som et eksempel, hvor kulturforskjellene framkom med all tydelighet, selv om informantene mente det ikke var tvil om at en samordning rent faglig sett ville ha mye for seg. Informanter hadde erfaringer med at om man skal få kulturer til å endre seg, så forutsetter dette fysisk samlokalisering.

Informantene peker på tre forutsetninger for en vellykket fusjon som ikke var til stede: Mangelen på et felles samordnet IKT-system, mangel på omstillingsmidler og mangel på lokaler eller planer om lokaler for fysisk samlokalisering av de store pasientgruppene med tilhørende helsepersonell. Fraværet av disse faktorene mener en forsterket konfliktnivået ytterligere, og gjorde det umulig å hente ut effektivitetsgevinst og stordriftsfordeler. Et annet moment som trekkes fram og som gjorde det vanskelig å lykkes, var at det ikke var økonomisk bærekraft i Helse Sør-Øst til å få gjennomført fusjonen på en god måte.

Informantene er enige om at hovedfokus i omstillingsprosessen var rettet mot Oslo sykehusene og også Ahus. Selv om en hadde sine utfordringer i Vestre Viken, ble dette ansett som "småtter" i sammenligning. Flere av informantene mente imidlertid at man gjorde denne prosessen vanskeligere enn strengt tatt nødvendig. Når det gjelder Aker, Ullevål og Rikshospitalet/Radiumhospitalet, skulle det gjennomføres en trepartsfusjon samtidig som en skulle fusjonere ut det som skulle til Ahus. En av informantene uttrykte det slik: *"Alt dette skulle skje så å si samtidig, noe både interne og eksterne aktører mente hadde et ekstrem høy vanskelighetsgrad"*. Det pekes på i intervjuene at ved å legge Aker inn i Oslofusjonen, så skapte man en situasjon arbeidsrettslig der man for å kunne overføre til Ahus måtte ta fra hele Oslo Universitetssykehus. Det er en viss usikkerhet blant våre informanter om hva som var bakgrunnen for at man på et sent tidspunkt i hovedstadsprosessen la Aker inn i potten.

Informanter viser til at det ble fremmet forslag overfor Helse Sør-Øst om at man burde startet en revidering av beslutningen, ta Aker ut av fusjonen, og foreta overføringen til Ahus som en separat øvelse. For det en så var at det ville gå greit å overføre befolkningsgrunnlaget. Men man skulle også, som informantene peker på, ha ansatte over til Ahus, og i det øyeblikket de var fusjonert inn og hadde sine rettigheter i Oslo universitetssykehus så var det ikke ansatte fra Aker som man kunne overføre til Ahus, men det var de 20 000 ansatte i Oslo Universitetssykehus som skulle melde seg frivillig til å gå over, altså søke seg over, og arbeidsgiver hadde ikke lenger styringsrett uten å ha gjort en innplassering av alle de 20 000 for så å velge ut de som skulle til Ahus. Våre informanter mener at de som vedtok å putte Aker inn i OUS ikke i tilstrekkelig grad hadde skjønt eller tenkt igjennom det arbeidsrettslige.

Som enkelte av informantene påpeker kunne man ha gjort dette enklere, enten ved å fusjonere Aker og Ahus, eller så kunne man overført virksomhet fra Aker til Ahus først og fusjonert det som var igjen i Oslo Universitetssykehus. Informantene mener at ved å fusjonere Aker inn først så skapte man en situasjon som var helt låst, og hvor arbeidsgiver ikke hadde den nødvendige styringsretten for å kunne foreta dette på en enkel måte. Samtidig ble det vist til at Ahus var i den situasjon at de ikke ville utsette prosessen *"fordi de trengte pengene"* som fulgte pasientene. Informantene oppfattet imidlertid at signalene fra Helse Sør-Øst var klare om å kjøre prosessen videre til tross for disse påpekningene, noe som i følge våre informanter fikk som resultat at Ahus ikke fikk på plass fagpersonell til å ta seg av et nytt pasientgrunnlag.

Når det gjelder det å få til faglig samarbeid og sammenslåing internt i OUS, viser informantene til at det ble igangsatt mange prosesser i 2008 og 2009. En opprettet et felles styre og det var satt i gang en rekke arbeidsgrupper for å jobbe med de faglige sammenslåingene. Denne arbeidsformen var tidligere initiert av Helse Sør-Øst der man hadde hatt fagmiljøene på workshops for å kartlegge mulige gevinster av sammenslåing av fagmiljøer for å motivere fagmiljøene til å ville slå seg sammen. I fagmiljøene observerte man imidlertid en blanding av optimisme og en del skepsis. Informantene viser til at fagmiljøene ønsket et tettere samarbeid med hverandre for å styrke sitt eget fagmiljø, men at de gradvis, etter hvert som man så hvor komplisert det ville bli å flytte disse miljøene sammen fysisk og hva det ville koste, følte en stor grad av

dessillusjon. Men innenfor en del fagmiljøer så fant man gode løsninger ved bare å slå seg sammen og så ha dette fysisk adskilt. Man begynte å utveksle personell og begynte å jobbe sammen, og *"det var selvfølgelig motstand, men også mye entusiasme fordi man så på en måte hva man kunne få til"*. En av forutsetningene for å få til et slikt samarbeid, mener mange var å lage felles klinikker; *"hvis du ikke laget felles klinikker så ville du aldri klare å få samlet fagmiljøene"*. Enkelte av informantene peker også på at hvis man ikke fikk til en samlokalisering av fagmiljøene som hørte sammen, så var hele fusjonsbeslutningen feil.

Enkelte av informantene trekker sammenligninger mellom utviklingen i OUS og i Vestre Viken. I Vestre Viken valgte man, etter en viss tid, å gå tilbake fra klinikk til stedlig ledelse (bortsett fra innen enkelte fagområder). Noen hevder at man med dette *"drifter helseforetaket nesten som om det ikke har skjedd en fusjon"*. Blant våre informanter vises det til at deler av fagmiljøene i Oslo Universitetssykehus også ønsket dette – å gå tilbake til det som var Rikshospitalet og Ullevål. Men som våre informanter peker på; enten kunne man slå sammen til felles klinikker, eller man kunne ha latt det være som det var uten noen form for fusjon. Enkelte informanter hevder at dersom man ikke får til en klinikkorganisering og ikke beveger seg i retning av samlokalisering av fagmiljøene, så har fusjonen mistet sin mening, da kunne man like gjerne ha fortsatt å drifte som Ullevål og Rikshospitalet og delt Aker mellom Ullevål og Ahus, og man kunne like gjerne gått tilbake til sånn som det var før fusjonen med full stedlig ledelse.

Som nevnt ovenfor, pekte flere av informantene på at samarbeidet eller sammenslåingen av fagområdene øre-nese-hals og øye ved Rikshospitalet og Ullevål i 2004, var å anse som pilotområder, *"for å vise at det var mulig å få til"*. Samtidig var det en erkjennelse av at dette viste seg å være krevende å få til selv på disse relativt små fagområdene, men viljen var stor ved begge sykehusene å forsøke seg med de to områdene for å finne bedre løsninger for pasientene. Men, som det viste seg i ettertid; *"mange av de problemene man møtte i fusjonen møtte man også den gangen, og da var det heller ikke felles styring"*.

Men behovet var, som sagt stort for å ta et grep om sykehusene i Oslo. En så bl.a. det som en utfordring at det ble bygget små og sårbare fagmiljøer på begge sider, som ikke var bærekraftige. Våre informanter mener at enn fusjon tvang seg mer eller mindre fram da man *"ikke så noen annen løsning"*, selv om flere av våre informanter peker på at dette var mye av en politisk beslutning, og i mindre grad faglig begrunnet. Informantene våre viser til at man så fusjonen mellom Sør og Øst som en siste utvei for å få et felles styringsregime på toppen som kunne finne en løsning i hovedstadsområdet fordi man klarte det ikke på annen måte. Som tidligere nevnt, peker informantene på at den reelle begrunnelsen for fusjonen var ikke effektiviseringsgevinster, men at det var noe som ikke fungerte i hovedstaden, selv om begreper som effektivisering og stordriftsfordeler ble brukt av enkelte.

Det er enighet blant vår informanter at det ble satt i gang en omfattende prosess omkring arbeidet med strategi og sammenslåing når det gjaldt deltakelse og medvirkning. Samtidig blir det pekt på at det gjennom prosessen ble skapt for store forventninger, det ble lovet for mye og analysegrunnlaget var for dårlig: *"Det ble lovet mer enn det man hadde belegg for"*.

Flere av informantene trekker fram som en spesiell utfordring at det ikke var satt av verken omstillingsmidler eller investeringsmidler i prosessen, og at Helse Sør-Øst overlot til det enkelte foretak å spesifisere egen fremdriftsplan, mål og suksesskriterier. Informantene viser til at helseforetakene ble gitt i oppdrag å fordele ressurser, fagområder, ansatte, pasienter seg imellom, og foreta det økonomiske oppgjøret. En av informantene uttrykte det slik: *"Helseforetakene hadde ikke sammenfallende mål, og en hadde ingen megler og ingen som ville ha ansvar"*.

7.3.4.3 Oppsummering

Strategien blir beskrevet som retningsgivende og at det var opp til lokalt styre og lokal ledelse å drive prosessen videre. Noen opplevde det som positivt at det ble gitt lokal frihet til å utforme tilbudet innenfor de rammene strategien satte. Andre mener dette var en ansvarsfraskrivelse fra Helse Sør-Øst, og at RHFet i

større grad burde tatt styringen på områder hvor en lokalt ikke ble enige. Denne balansen mellom sentral versus lokal styring tas opp i mange av intervjuene og med ulike perspektiv og innfallsvinkler.

Når det gjelder prosessen i OUS, mener våre informanter at høy kompetanse og godt lederskap måtte vike plassen for fordeling av makt og innflytelse for i det hele tatt å få aksept for den organisatoriske fusjonen. Det som tidligere kun var en faglig rivalisering, ble med dette også en strid om formell makt og innflytelse. Flere av informantene mente også at man gjorde prosessen vanskeligere enn nødvendig "*ved å legge Aker i inn i fusjonskabal*".

Fagmiljøene ved OUS ønsket et tettere samarbeid med hverandre for å styrke sitt eget fagmiljø, men at de gradvis etter hvert som man så hvor komplisert det ville bli å flytte disse miljøene sammen fysisk og hva det ville koste, følte en stor grad av dessillusjon. Innenfor en del fagmiljøer så fant man gode løsninger ved bare å slå seg sammen og så ha dette fysisk adskilt.

I Vestre Viken valgte man, etter en viss tid, å gå tilbake fra klinikk til stedlig ledelse (bortsett fra innen enkelte fagområder). Noen hevder at man med dette drifter helseforetaket nesten som om det ikke har skjedd en fusjon. Deler av fagmiljøene i Oslo Universitetssykehus ønsket også dette – å gå tilbake til det som var Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Enkelte informanter hevder at dersom man ikke får til en klinikkorganisering og ikke beveger seg i retning av samlokalisering av fagmiljøene, så har fusjonen mistet sin mening.

Samarbeidet eller sammenslåingen av fagområdene øre-nese-hals og øye ved Rikshospitalet og Ullevål i 2004, var å anse som pilotområder, for å vise at det var mulig å få til. Samtidig var det en erkjennelse av at dette viset seg å være krevende å få til selv på disse relativt små fagområdene, men viljen var stor ved begge sykehusene for å forsøke seg med de to områdene for å finne bedre løsninger for pasientene.

Etter vår vurdering var med andre ord tanken med den sentrale strategien at den skulle sette rammene og vise retning for utviklingen av Helse Sør-Øst. I eierstyringen beveger man seg her, i følge våre informanter, i en balansegang mellom ren sentralstyring, og det å gi lokalt handlingsrom uten at eier abdiserer. Om man liker eller misliker hvor eier plasserer seg på en slik skala, vil avhenge av om man liker eller misliker utfallet og de lokale beslutningene som fattes. Basert på intervjuene, gir vår undersøkelse grunnlag for følgende oppsummering: De som mislikte resultatet, etterlyser tydeligere eierstyring. Mens de som likte resultatet eller utfallet var "*såre fornøyd med at eier holdt fingrene av fatet*".

7.3.5 Forskning

7.3.5.1 Bakgrunn

Til styremøtet i mai 2008 ble forslaget til forskningsstrategi behandlet. Den skulle gjelde 2008-2011, men styret vedtok seinere at den skulle gjelde ut 2012. Det ble understreket at forskning er en av de fire hovedoppgavene foretakene er pålagt. Helse Sør-Øst var allerede i 2007 den største bidragsyteren innen medisinsk og helsefaglig forskning og har som mål å opprettholde og styrke den posisjonen, både nasjonalt og internasjonalt. Mål og visjon for forskningen formuleres i strategien som:

Visjon

Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

Mål

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst fører til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning frembringer kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering, samt næringsutvikling. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og

fungerer som et lokomotiv for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde og bidrar til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.

2. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst øker på lengre sikt (10 år) til 5 prosent av helseregionens driftsbudsjett.
3. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene, bidrar til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
4. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene, som gir bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon, og næringsutvikling.
5. Forskningsforvaltningen i helseregionen omfatter gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen og er koordinert med andre aktører.

7.3.5.2 Resultater fra intervjuene

Informantene ble spurt om strategien og omstillingsprosessen har ført til bedre samordning av fag og forskningsmiljøer i Helse Sør-Øst generelt og i helseforetakene spesielt, og om de organisatoriske grepene hadde påvirket forskningsaktivitet og forskningsprofil i foretakene.

Det er stor grad av enighet blant informantene om at *forskningen* er blitt styrket i perioden, selv om det er noe ulikt syn på om dette skyldes etablering av Helse Sør-Øst, og til tross for at man også på dette området har manglet et velfungerende IKT-system på tvers (se også eget punkt om dette nedenfor). Satsing på forskning har preget sykehusene i en lengre periode, og for Ahus sin del vektlegges i større grad betydningen av å gå fra å være sentralsykehus til å bli universitetssykehus, enn å bli en del av Helse Sør-Øst. Enkelte av informantene viser også til at med dagens modell så skal Oslo universitetssykehus ikke bare ha ansvar for sin egen forskning, men er også gitt en rolle som mal for forskningen i Helse Sør-Øst.

Det er noe ulikt syn på i hvilken grad HSØ-fusjonen generelt og OUS-fusjonen spesielt har hatt noen betydning for forskningsaktiviteten. Informantene viser til at *"trenden er oppadgående med hensyn til publisering og antallet doktorgrader"*, men enkelte informanter ser ikke bort i fra at forskningsaktiviteten hadde vært høyere dersom eksempelvis Ullevål og Rikshospitalet hadde fortsatt som to institusjoner. En av informantene kommenterer utviklingen slik: *"Men det at enkelte spådde at forskningen ville reduseres som et resultat av fusjonen har vist seg ikke å holde stikk"*. Av ting som har vært gunstig for forskningsaktiviteten, nevnes bl.a. et tettere samarbeid mellom medisinsk fakultet ved universitetet og sykehuset. Ved OUS er det opprettet stillinger som forskningsledere i alle klinikkene, som bl.a. knytter fakultetet og sykehuset tettere sammen. Blant våre informanter mener man at dette ikke ville vært like enkelt uten OUS-fusjonen, for ellers ville universitetet måttet forholde seg til to aktører i stedet for en.

Vestre Viken er det helseforetaket hvor våre informanter er tydeligst på at det er en sammenheng mellom HSØ-sammenslåingen, etablering av Vestre Viken HF og økt forskningsaktivitet. Forskningen i Vestre Viken har samlet sett økt betydelig, og en har fått i gang forskning i deler av helseforetaket som så å si ikke drev med forskning tidligere. Men også i Vestre Viken har vi informanter som peker på at forskningen har fått lite "drahjelp" gjennom sammenslåingen.

7.3.5.3 Oppsummering

Det er stor grad av enighet blant informantene om at forskningen i helseforetakene er blitt styrket i perioden, selv om det er noe ulikt syn på om dette skyldes etablering av Helse Sør-Øst. Satsing på forskning har preget sykehusene i en lengre periode, og for Ahus sin del vektlegges i større grad betydningen av å gå fra å være sentralsykehus til å bli universitetssykehus, enn å bli en del av Helse Sør-Øst.

Når det gjelder OUS, ble det vist til at trenden er oppadgående med hensyn til publisering og antallet doktorgrader. Av ting som har vært gunstig for forskningsaktiviteten, nevnes bl.a. et tettere samarbeid mellom medisinsk fakultet ved universitetet og sykehuset.

Vestre Viken er det helseforetaket hvor våre informanter er tydeligst på at det er en sammenheng mellom HSØ-sammenslåingen, etablering av Vestre Viken HF og økt forskningsaktivitet. Forskningen i Vestre Viken har samlet sett økt betydelig, og en har fått i gang forskning i deler av helseforetaket som så å si ikke drev med forskning tidligere.

7.3.6 IKT-system

7.3.6.1 Bakgrunn

På styremøtet i april 2008 ble sak 039-2008 *Innsatsområde 3.1 IKT, målbilde, dagens situasjon og videre prosess* behandlet. Som prinsipper for det videre arbeidet med å omstille og utvikle IKT-funksjonene i Helse Sør-Øst, sluttet styret seg bl.a. til at en felles tjenesteenhet for felles drift av IKT etableres for hele Helse Sør-Øst, en felles tjenesteenhet skal levere tjenester av felles karakter basert på omforente tjenesteavtaler (SLA), samt at standardisering av infrastruktur, systemer og løsninger skal gjennomføres der dette understøtter god ressursutnyttelse og effektivisering for å sikre virksomhetens overordnede mål.

7.3.6.2 Resultater fra intervjuene

Et forhold som flere av informantene trekker fram som en begrensende faktor for å få noe effekt av HSØ-sammenslåingen generelt og OUS-sammenslåingen spesielt, var mangelen på et felles IKT-system. Å legge til grunn at "veien blir til mens man går" i utviklingen av et felles IKT-system for at de ulike virksomhetene skal kunne "snakke sammen" viser for flere av informantene at man hadde helt urealistiske tanker om hva en OUS-sammenslåing ville kreve.

Satsingen på et felles IKT-system mener noen informanter kom på tross av, ikke på grunn av sammenslåingen. En av informantene uttrykte det slik: *"Et felles IKT-system hadde kommet uansett hvordan man hadde valgt å organisere seg"*. Når det gjelder OUS-sammenslåingen (Rikshospitalet og Ullevål), viser informantene til at en hadde i utgangspunktet helt forskjellige systemer – så forskjellige som det går an å få dem. Blant vår informanter pekes det på at en tror Helse Sør-Øst ikke kan ha vurdert betydningen av denne forskjelligheten i det forberedende arbeidet, og det fantes ikke realistiske planer for å få sykehusene over på en felles IKT-plattform. Enkelte viser til at dersom en skulle trekke fram en faktor i tillegg til økonomien som gjorde det urealistisk å få til det man var gitt i oppdrag, så var det å legge over tunge systemer på samme plattform samtidig som man fusjonerte. Dette beskrives som en meget krevende øvelse, både teknisk og kostnadmessig. Rekkefølgen ble feil – en burde ha startet med et felles IKT-system, altså lagt til rette for en sammenslåing, og så slått sykehusene sammen (OUS). Som en informant uttrykker det: *"Det går nesten ikke an å ha mer forskjellige systemer"*. Det blir blant informantene pekt på det aller viktigste for å få til et bedre samarbeid mellom sykehusene hadde vært å få på plass felles IKT-løsninger sånn at man kunne kommunisere på en mye enklere måte. En av informantene uttrykte det slik: *"Det ville jo ikke koste så mye penger, og ville bedret samarbeidet, uavhengig av sammenslåing"*.

7.3.6.3 Oppsummering

Blant vår informanter pekes det på at en tror Helse Sør-Øst ikke kan ha vurdert betydningen av forskjelligheten i de eksisterende IKT-systemene i det forberedende arbeidet, og det fantes ikke realistiske planer for å få sykehusene over på en felles IKT-plattform. Enkelte viser til at dersom en skulle trekke fram en faktor i tillegg til økonomien som gjorde det urealistisk å få til det man var gitt i oppdrag, så var det å legge over tunge systemer på samme plattform samtidig som man fusjonerte.

7.3.7 Mobilisering av ansatte og ledere

7.3.7.1 Bakgrunn

På styremøtet 24. oktober ble sak 049-2007 *Medvirkning og involvering* lagt fram og vedtatt. Vedtaket slo fast at medvirkning og involvering skulle sikres:

- d) Gjennom etablerte fora
- e) Gjennom arbeidsgrupper/prosjektgrupper og referansegrupper
- f) Gjennom supplerende arenaer

Informasjonsflyten gjennom alle faser av arbeidet skulle være god. Etablerte fora ble beskrevet som styret for HSØ, direktørmøtet for alle helseforetakene, brukerutvalget, kontakt med konserntillitsvalgte, samarbeidsorganet med høyskoler og universitet og kontakten med direktørene i de øvrige helseregionene. Det skulle opprettes prosjektgrupper, arbeidsgrupper og referansegrupper. Andre arenaer ble beskrevet som brede dialogmøter, programforum bestående av direktørgruppen, brukere, tillitsvalgte og verneombud, møter med kommunene og fagnettverksmøter. Som en del av sak 067-2008 som ble lagt fram på styremøtet i juni 2008, var det en sak nr. 6 som tok for seg prinsipper for medvirkning. Der ble det vedtatt å legge 12 prinsipper til grunn for slik medvirkning:

Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud

1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.
2. Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.
3. Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning. Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker.
4. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.
5. Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.
6. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

Informasjon

7. Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.
8. Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.

Endringsmetodikk

9. Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.

10. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.
11. Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.
12. Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.

7.3.7.2 Resultater fra intervjuene

Helse Sør-Øst la i prosessen opp til bruk av blant annet høringer og innspillsmøter. Vi spurte informantene om hvordan dette hadde fungert med hensyn til opplevelse av deltakelse.

Det er enighet blant vår informanter at det ble satt i gang en omfattende prosess omkring arbeidet med strategi og sammenslåing når det gjaldt deltakelse og medvirkning. Samtidig blir det pekt på at det gjennom prosessen ble skapt for store forventninger, det ble lovet for mye og analysegrunlaget var for dårlig: *"Det ble lovet mer enn det man hadde belegg for"*.

Våre informanter har ulike erfaringer med og oppfatninger av den prosessen en la opp til omkring strategiarbeidet og omstillingsprosessen. Vi har intervjuet informanter som mener å ha hatt innflytelse på utformingen av innholdet i strategien, og vi har intervjuet informanter som beskriver det hele som en skinnprosess. Man diskuterte, og uttalte seg, og man opplevde dette som frustrerende da en kjente lite igjen av diskusjonene og uttalelsene da sak 108/2008 ble lagt fram.

Andre informanter vektlegger at da sak 108/2008 ble lagt fram for styret høsten 2008, så var den et resultat og bred deltakelse og forankring selv om det var ulike synspunkter og stor grad av uenighet knyttet til deler av strategien. Strategien blir med andre ord beskrevet som et produkt av prosessen og ikke noe som var forfattet av og pådyttet dem av andre utenfor foretaket. Videre er det flere informanter som presiserer at prosessen omkring arbeidet med sak 108/2008 hadde som bakteppe en diskusjon om behov for endringer i hovedstadsområdet som hadde pågått i mange år.

7.3.7.3 Oppsummering

Det er enighet om at det var en bred involvering i gjennomføring av arbeidet fram mot sak 108/2008. De fleste er også av den oppfatning at det var viktig å få forbedret samarbeidet mellom Oslosykehusene. Innvendingene knytter seg til at det ble skapt noen urealistiske forventninger til hva som kunne oppnås og noen mente også at viktige forhold var avgjort i forkant av at prosessen startet.

7.3.8 Vurdering av noen utvalgte områder i strategien

7.3.8.1 Egendekning - resultater fra intervjuene

Vi ba informantene ta stilling til følgende punkt i strategien: *"Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester"*.

Tabell 7-2 Egendekningen for de enkelte HF, 2007 og 2011⁵²

	Andel av eget foretaksområde	
	2007	2011
Sykehuset Østfold HF	0,85	0,81
Sykehuset Innlandet HF (Inkl. revmatisme)	0,85	0,83
Akershus universitetssykehus HF⁵³	0,54	0,54
Oslo universitetssykehus HF		0,86
Lovisenberg		0,15
Diakonhjemmet		0,25
Vestre Viken HF	0,77	0,69
Martina Hansens hospital	0,03	0,03
Sykehuset i Vestfold HF	0,78	0,79
Sykehuset Telemark HF	0,82	0,79
Betanien hospital	0,08	0,08
Sørlandet sykehus HF	0,91	0,94

Det er et mål at alle sykehusområdene skal behandle mellom 80 og 90 prosent av pasientene fra sitt område. Det går fram av dokumentene at HSØ mente egendekningen i 2007 var for lav, men det følger ikke med en oversikt over hvordan det faktisk var på dette tidspunktet og hva som ville endres om dette ble oppnådd. I innspillene til strategien viser noen foretak til at de er i en situasjon der de kanskje får flere pasienter enn det blir tatt hensyn til når overføringer av ressurser mellom foretakene skal bestemmes. Dette kom fra foretak i Oslo.

Hva som er ønsket egendekning i kjernen av hovedstadsområdet er mer komplisert å bestemme enn for sykehusområder som Sørlandet og Østfold. Denne ulikheten er ikke behandlet i de dokumentene vi har gått gjennom. Det er heller ikke drøftet hvordan overføringen av sykehuset Asker og Bærum til Vestre Viken vil påvirke selvforsyningsgraden til dette sykehusområdet, og om dette bør påvirke hvordan ressursene fordeles i hele regionen. Tradisjonelt har dette sykehuset hatt avtaler med Rikshospitalet og Radiumhospitalet om å benytte disse sykehusene for de to kommunenes innbyggere. Det er ikke formulert tiltak for å bygge ned denne bruken spesielt. Tilsvarende problemstillinger er knyttet til utvidelsen av Ahus sitt ansvarsområde, men de er heller ikke behandlet særskilt.

Informantene viser til begrepet "normalt", og at målsettingen henspilte på at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover skal være tilgjengelig i alle sykehusområder: *"Formuleringen var ikke ment som et pålegg om at en skal jobbe for å nå det målet"*. Ved å bruke modererende begreper som normalt og hovedregel, mente informantene at man mer antydte en retning, uten å bli for kategoriske og firkantede. Da en startet prosessen, mente noen av våre informanter at det var et faktum at det var mange sykehusområder som var langt unna kravet om 80-90 % dekning. Men intensjonen i sak 108/2008 var at når en kom lenger inn i den nye strukturen, så skulle man kunne ha en mulighet til å revurdere hvis det var forhold som man ikke har oppdaget i forkant eller ting som dukker opp underveis fordi premisene endret seg. Flere av informantene i helseforetakene viste til at de er langt fra dette målet, og de vurderer det også som urealistisk å komme dit.

⁵² Data er levert i egen kjøring fra NPR. Data for 2011 er ikke identisk med tallene i Tabell 12.2 i siste Samdata rapport for 2011 men differensene er små. De data vi har fått tilgang til er det ikke mulig å dele opp på sykehusområder for Oslo sin del i 2007. Tallene for OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet er tatt fra Tabell 12.2 fra Samdata rapport for 2011.

⁵³ Tallene i 2007 kolonnen for Ahus er fra 2008.

7.3.8.2 Bygg og utstyr – resultater fra intervjuene

Når det gjelder utnyttelse av *bygg og utstyr*, spurte vi informantene om det har skjedd endringer i bruk av bygg og utstyr som følge av strategien/ omstillingsprosessen i form av bedre utnyttelse.

Igjen viser intervjuene at situasjonen i de tre aktuelle helseforetakene (OUS, Ahus og Vestre Viken) var veldig forskjellig. Ahus var nytt (både bygg og utstyr) og hadde fått justert opptaksområdet sitt for bedre utnyttelse (bydelene Grorud og Stover fra 2004 og bydel Alna og Follo fra 2011), og i Vestre Viken gikk diskusjonen om bygging av nytt sykehus i Drammen. Informantene pekte på at i OUS slet Ullevål med gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse. Når det gjelder bygg og status, ble det i intervjuene bl.a. vist til at det som grunnlag for arbeidet med sak 108/2008 ble foretatt en analyse av bygningsmasse og utstyr, og konkludert med at bygningsmassen på Ullevål var i bedre forfatning enn på Aker, noe som i etterkant viste seg å være feil. Dette trekkes fra som et eksempel på mangelfullt grunnarbeid i omstillingsprosessen.

I intervjuene kom det også fram eksempel på betydningen av bygg og utstyr for å få til gode samordningsprosesser. I 2004 ble det gjort et makeskifte mellom Ullevål og Rikshospitalet når det gjaldt Øre-nese-hals og Øye. Øre-nese-hals opplevde dette som en meget enkel prosess da virksomheten ved Ullevål ble fysisk flyttet inn i relativt nye og funksjonelle lokaler ved Rikshospitalet. Så enkelt gikk ikke prosessen når det gjaldt Øyeavdelingen som flyttet til gamle lokaler ved Ullevål.

7.3.8.3 Tilgjengelighet og likeverdig – resultater fra intervjuene

Når det gjelder målsettingen om økt *tilgjengelighet og likeverdig* tilbud, er informantene usikre på hva som er ment, og noen mener dette er mer retorikk enn mål med reelt innhold. I den grad informantene mener noe om innholdet i disse begrepene, vises det til at tilgjengelighetskriteriene er ventetid og fristbrudd. Mens likeverd er et mer åpent begrep og at en ikke kan gjøre det synonymt med likt for eksempel, for det er tilbudsforskjeller avhengig av hvor en bor hen. Men det handler om kvaliteten på det tilbudet som tilbys.

Begreper likeverdighet og tilgjengelig blir av informanter forstått som "*typisk strategiformulering mer enn en aktiv målformulering*". Når det gjelder likeverdighet, peker enkelte på at dette innebærer likeverdige tjenester og at man sørger for at man har den samme "tilgang til og plass i systemet" uansett hvor man bor i Helse Sør-Øst – området. Når det gjelder begrepet tilgjengelighet peker informanter på at det kan forstås som to ting; Det ene blir den tilgjengeligheten man snakker om når det gjelder likeverd (tilgjengelighet til et godt helsetjenestetilbud eller spesialisthelsetjenestetilbud). Med det andre perspektivet kan tilgjengelighet knyttes til fristbrudd, ventetider, altså tilgjengelighetsbegrepet når det gjelder det å komme innenfor, altså ikke bli stående på en venteliste.

7.3.8.4 Psykisk helsevern og rus – resultater fra intervjuene

Informantene ble spurt om hva som var grunnen til at strategidokumentet og debatten omkring funksjonen for en stor del dreide seg om *somatikk* og i mindre grad om *psykisk helse og rus*. Informantene i alle helseforetakene viste til at alle tjenesteområdene var med i den utredningsprosessen som gikk og det som har vært av beslutninger, men det ble ikke gjort noen omfattende strukturelle endringer i psykisk helsevern og rus. Dette hadde sammenheng med at det var ikke der problemområdene hadde vært, og at en foretok virksomhetsoverdragelser innen psykisk helsevern og rus, bl.a. fra Oslo til Ahus. Man flyttet over hele organisasjonen slik at personalet der fikk ny tilhørighet organisatorisk sett. På somatikk var det mye mer krevende å få til, det var ikke mulig å tenke seg for eksempel at en virksomhetsoverdro Aker til Ahus. Grunnen til det var bl.a. at det innen somatikken allerede var gjort en arbeidsdeling internt mellom Oslo sykehusene. Man måtte derfor kjøre en egen rekrutteringsrunde opp mot Ahus slik at det ble en helt annen prosess enn det bare å virksomhetsoverdra og flytte en organisasjon "på rot".

I Vestre Viken beholdt en klinikkorganiseringen innen psykiatri og rus også etter endringene i 2011 (tilbake til stedlig ledelse). Lokalisering og organisering innenfor disse fagfeltene ville gjøre det uhensiktsmessig "

med stedlig ledelse i mange små avdelinger". Dette var et tema man i liten grad var opptatt av, kanskje bortsett fra kommunene Asker og Bærum som ønsket at Blakstad sykehuset burde bli en del av sykehuset Asker og Bærum. Erfaringene så langt er at med en tverrgående klinikk innen psykiatri og rus så ser man en stadig utvikling innen forskning og fagutvikling. En ser det også som en fordel at en lettere kan flytte funksjoner innenfor en felles klinikk. Bl.a. hadde man en diskusjon om TSB-behandlingen skulle være en egen avdeling eller integreres med voksenpsykiatrien. Man valgte en blandingsmodell hvor døgntilbudet ble en egen avdeling for hele Vestre Viken og så la man poliklinikkene inn som deler av DPSene. Dette grepet trekkes fram som et eksempel på hvordan en får til endring internt i klinikken.

Når det gjelder Ahus ble psykiatrien som nevnt definert som et virksomhetsområde, hvor en flyttet hele funksjonen med alt personell fra OUS til Ahus, og ved Ahus var det lokaler til å ta imot. Dette grepet beskrives som en suksess, noe som forklares med at en hadde en tilstrekkelig ryddighet i forkant og i forbindelse med endringen. Også når det gjelder rusfeltet beskrives overdragelsen som et vellykket prosjekt i forbindelse med overføringen fra OUS: Poliklinikker kom i blokker, de samme personene fortsatte i samme lokalene hvor de var.

Videre vurderer man det som en faglig styrking av divisjonen at man fikk en volumøkning på omkring 50 % i pasientmassen. I strategidokumentet heter det at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet. I intervjuene kom det fram at hva det faglige innholdet er i TSB, vil avhenge av hvem man spør, og denne faglige spenningen preger fortsatt faget, hvor man ser en spenning mellom den kommunale retningen tuftet på rusomsorgen, og en mer medisinskfaglig tilnærming. Videre ble det vist til at en arbeider kontinuerlig med forbedring av samarbeidet mellom somatikk, rus og psykiatri.

7.3.8.5 Bedre helhetlig styring, ressursutnyttning, koordinering og samordning – Resultater fra intervjuene

Begrunnelser for sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør var å bidra til bedre mulighet for helhetlig styring, bedre ressursutnyttning og koordinering i hovedstadsområdet, og bedre samordning av fag og forskningsmiljøer. Vi ba informantene vurdere om en hadde oppnådd dette.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at dette er begreper hvor det er vanskelig å sette opp klare målekriterier, samtidig som det vises til at opprettelsen av en ledelse for hvert av helseforetakene har gitt dem et redskap til i større grad å kunne ivareta helheten i foretaket, med ett styre og en daglig ledelse.

Informantene ble spurt om utviklingen i Helse Sør-Øst og i helseforetakene går i riktig retning, og i hvilken grad og på hvilken måte strategien og omstillingsprosessen har bidratt til denne utviklingen.

Det er stor grad av enighet om at omstillingsprosessen i perioder skapte mye uro, tok mye oppmerksomhet og krevde mye energi fra de involverte, noe som satte sitt preg på den daglige virksomheten, arbeidsmiljøet osv. Det tillitsvalgte og ledere også er enige om, er at en nå ser at mer av oppmerksomheten er rettet mot bedring av pasientbehandling, utvikling og innovasjon, selv om noen av informantene peker på at det fortsatt er mye uro innen enkelte fagområder.

På spørsmålet om uroen har lagt seg og om man ser en utvikling i riktig retning, mener imidlertid noen informanter at det er ingen forskjell på hva sykehusene gjør i dag sammenlignet med før fusjonen når det gjelder egendekning. Videre ser våre informanter få spor av flytting av oppgaver og funksjoner, og en opplever fortsatt store stridigheter i flere av foretakene. Her trekkes bl.a. fram diskusjonene om hvem som skal gjøre hva mellom sykehuset i Drammen og Bærum sykehus. Et perspektiv på spørsmålet om roen har senket seg, er at man innen deler av foretakene og innenfor en del faggrupper opplever at større grad av ro *"egentlig dreier seg om en form for apati – at man har gitt opp og avfinner seg med situasjonen uten det store engasjementet for å tenke utvikling"*.

Når det gjelder spørsmålet om konfliktnivået i OUS, har informantene en opplevelse av at en etter hvert beveger seg i riktig retning. Konfliktnivået og motstand mot endring beskrives i dag ikke å være så markert

som i 2009. OUS beskrives mer som ett sykehus, selv om informantene fortsatt mener at man har en lang vei å gå.

Flere av informantene peker på at situasjonen i foretakene pr i dag er så preget av at "*økonomien er dominerende i alle prosesser*", noe som har gitt som resultat at man ikke har noe bevisst forhold til det med å drive kompetanseplanlegging, noe som synes å være mest tydelig innen sykepleiergruppen. En av informantene uttrykte det slik: "*Enkelte foretak spekulerer i at de er en så attraktiv arbeidsplass at foretaket vil trekke til seg personale uansett*".

7.4 Drøfting og konklusjon

7.4.1 Innledning

Denne rapporten presenterer resultatene av Arbeidspakke 3 (AP3) hvor vi skulle belyse likhetene og ulikhetene ved omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Vestre Viken HF, slik den ble opplevd av ledelse, fagmiljøer og tillitsvalgte. I rapporten gis det en beskrivelse og analyse av hvordan informantene mener arbeidet med strategien har vært ivaretatt i de tre foretakene. Datamaterialet i AP3 har bestått av intervjuer med et utvalg informanter (ledelse og tillitsvalgte) i HSØ, OUS, Ahus og Vestre Viken. Vi har knyttet drøftingen til hovedpunktene under resultatkapittelet ovenfor. Videre har vi hentet resultater fra Arbeidspakke 1 som er av relevans for drøftingen av resultatene i Arbeidspakke 3.

7.4.2 Om metode og informanter

Vi valgt intervjuer som metode for datainnsamling fordi kvalitativ forskningsmetode undersøker og beskriver menneskers opplevelse og erfaringer som ikke lar seg måle eller tallfeste. En kvalitativ tilnærming går i dybden og har som formål å få fram sammenheng og helhet, den tar sikte på å formidle forståelse. I denne studien benyttet vi semistrukturerte intervjuer med relativt stor grad av strukturering fordi dette sikrer sammenlignbart datamateriale som gjør det lettere å analysere materialet på tvers av de ulike intervjuobjektene. Den semistrukturerte formen på intervjuene gjorde det imidlertid mulig å utdype ulike temaer i ulik grad og å ta opp nye temaer som ble brakt opp av informantene i løpet av intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført vinter/vår 2014, i underkant av seks år etter at sak 108/2008 ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst 20. november 2008. For informantene handler det med andre ord om å rekonstruere opplevelser og tenkning 5-6 år tilbake i tid, noe som byr på metodiske utfordringer med hensyn til hva informantene husker av hva som faktisk skjedde, i hvilken rekkefølge og i hvilken kontekst situasjoner oppsto, og i hvor stor grad senere hendelser har påvirket rekonstruksjonen av disse erfaringene og opplevelsene. Dette er viktige forbehold å ha med seg inn i analysen av datamaterialet.

Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst og den påfølgende omstillingsprosessen var påvirket av en rekke endringer og prosesser som falt sammen i tid og som gikk parallelt, og som bidro til og la føringer for innholdet i HSØ-strategien, forløpet og resultatet av omstillingsprosessen. Som en av våre informanter påpekte, så opplever man i helseforetakene at man er i en tilnærmet "*kronisk omstillingsprosess*", både internt og eksternt. Det er derfor viktig at en har med i analysen av datamaterialet at disse andre prosessene kan ha hatt vesentlig innflytelse på utfallet av HSØ-prosessen.

På denne bakgrunn har det også vært en utfordring å skille mellom samtidighet og kausalitet. Beskrivelsen av en rekke omstillingsprosesser som har foregått parallelt, at prosessene foregikk flere år tilbake, samt endringer i overordnede rammevilkår i perioden, taler for forsiktighet og for tilstrekkelig med forbehold i analysene og konklusjonene. Vi har konkrete eksempler i vårt materiale som viser at informantene har opplevd situasjoner og beskrivelser av hva som påvirket hva meget forskjellig. Vi har også informanter som erkjenner at deres historie og deres svar er klart preget av at vedtak som den gang ble opplevd som meget kontroversielle, i etterkant har vist seg å være gode grep.

Til tross for et visst frafall, vurderer vi samlet sett intervjumaterialet som tilfredsstillende. Oppsummert mener vi at intervjumaterialet samlet sett gir et tilstrekkelig grunnlag for å gi et tilfredsstillende bilde av hvordan et utvalg ledere, representanter for fagavdelinger og tillitsvalgte opplevde omstillingsprosessen ved OUS, Ahus og Vestre Viken. De vesentlige problemstillingene er belyst og det fra ulike sider, både ganske kritiske og mindre kritiske og med en variert bakgrunn, faglig, administrativt og tillitsvalgte/ikke tillitsvalgte

7.4.3 Vedtak om og begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst

I rapporten fra Arbeidspakke 1 viste vi til at selv om det ikke er beskrevet i St. prp. Nr. 44 (2006-2007), hadde det gjennom mange år vært drøftet flere modeller for hvordan løsningen for Hovedstadsområdet kunne bedres. Når løsningen ble å slå sammen de to regionene var det viktig å understreke at oppdraget den nye regionen fikk var å utnytte de mulighetene man fikk til *bedre helhetlig styring*. Helhetlig styring var definert som en bedre samordning av de medisinske, helsefaglige og administrative ressurser slik at befolkningen i området fikk det beste tilbudet regionen kunne gi og på et nivå som var riktig for den enkelte pasient. Behandlingstilbudet skulle ikke være styrt av administrative oppdelinger. I rapporten fra Arbeidspakke 1 pekte vi på at det på dette området var forventet gevinst av sammenslåingen direkte rettet mot forhold i hovedstadsområdet. Bedre *ressursutnyttning* rettet seg mot bruk av personell, utstyr og bygninger. *Koordinering* rettet seg mot å etablere pasientstrømmer som fulgte faglige retningslinjer og ikke ble overstyrt av administrative skillelinjer. Det var ikke gitt noen vurdering av hvorfor dette ikke kunne løses uten å slå sammen regionene, når begge regioner hadde samme eier og med helseministeren som øverste leder. Det var ikke nøyere analysert hva slags ressursutnyttning og samordning som var savnet, hvordan sluttresultatet på dette området burde være, hva det kunne bety for dimensjonering av sykehusstilbudet og hva det ville koste i forhold til hva det ville gi i gevinst. Intervjuene vi gjennomførte i Arbeidspakke 1 viste at aktørene ikke trodde det lå noen økonomisk *stordriftsgevinst* i å slå sammen først de to regionene og så lage større foretaksheter. Større og mer robuste foretak var tenkt å skulle bidra til å styrke både pasientbehandlingen, forskning og undervisning. I delrapporten fra Arbeidspakke 1 pekte vi på at skal det oppnås noe på dette området er det derfor viktig å presisere hva man vil endre for så å kunne vurdere om sammenslåing er et godt virkemiddel. Stordriftsfordeler og –ulemper drøftes ikke i dokumentene som lå til grunn for strategien.

Målet med Arbeidspakke 3 (AP3) var å belyse likhetene og ulikhetene ved omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Vestre Viken HF. Når det gjelder meninger om begrunnelsen for vedtaket om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst kan det ikke påvises noen systematiske forskjeller mellom svarene fra Helse Sør-Øst og de tre foretakene. Strategien var primært rettet mot en samordning av Rikshospitalet og Ullevål (OUS), mens Ahus og Vestre Viken ble sittende på sidelinjen som observatører til det som omtales som "*slaget om Oslo*". Flere av fagmiljøene ved Ahus og Vestre Viken så det imidlertid som en fordel at en slo sammen de to regionsykehusene og på sikt etablerte felles robuste fagavdelinger. Flere opplevde at det i tiden før OUS var mye fram og tilbake med hensyn til hvor pasienter skulle henvises.

Den store utfordringen som fulgte i den videre prosessen var etter vår vurdering, og som vi har belegg for i vårt datamateriale, at en både skulle foreta en sammenslåing, gjennomføre organisasjonsendringer og få til kostnadsreducerende tiltak på en og samme tid. Dette er prosesser som hver for seg er krevende nok, og når det ble forutsatt gjennomført samtidig, mener våre informanter at det var urealistisk og tilnærmet uoverkommelig. Et annet forhold som vi vil trekke fram, og som også våre informanter viser til, er at den sterke motstanden mot de endringene som lå i vedtaket ikke burde ha kommet som noen overraskelse for dem som satt med beslutningsmyndighet. For selv om man hadde tilstrekkelig flertall for beslutninger og gjennomføringsplaner i styret i Helse Sør-Øst, så burde det ha ringt en alarmklokke når man så motstanden i det store mindretallet (en av informantene viser til at en hadde eksempler på vedtak som ble fattet med styreleders dobbeltstemme).

7.4.4 Inndeling i sykehusområder

Hovedstadsområdet ble definert til å omfatte Oslo, Akershus og Buskerud, det som senere ble sykehusområdene Oslo, Ahus og Vestre Viken. Siden regions- og landsfunksjoner ikke var entydig definert var det nødvendig å finne en organisering av tjenesten som tydeligere definerte hvilke pasienter som skulle sendes inn til regionsykehusene og hvilke som kunne behandles mer lokalt. Dermed ble oppgaven mer omfattende enn bare å se på Hovedstadsområdet. I Arbeidspakke 1 pekte vi på at det var formulert som et mål å få til en tydelig inndeling i tjenestenivåene for sykehusene; det som kunne desentraliseres og det som måtte sentraliseres. LEON prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, ble formulert i den offentlige utredningen som beskrev det regionaliserte sykehusvesenet i 1974 og skulle være en rettesnor for organiseringen av HSØ.

Tiltaket for å nå dette målet var etableringen av sykehusområder. Disse skulle ha et så stort befolkningsgrunnlag at de skulle kunne behandle 80-90 prosent av egen befolkning. Sykehusområdene skulle ha et så variert tjenestespekter at de med rimelighet kunne sammenlignes med hverandre. Det var ønskelig å ha ett helseforetak for hvert sykehusområde. Det ble ikke tatt stilling til hvor mange geografisk uavhengig plasserte sykehusenheter hvert område skulle inneholde, men det ble beskrevet at innen hvert sykehusområde skulle det være ett områdepsykehus og at øvrige sykehusenheter da skulle ha status som basissykehus. Innen regionen skulle det være ett tilbud om regions- og landsfunksjoner. Akutt kirurgi skulle bare utføres ett sted i sykehusområdet. Målene var ikke absolutte. Det ble brukt formuleringer som "*normalt skal*" i beskrivelsen av dem.

De fleste sykehusområdene som var og ble etablert hadde en egendekning tilsvarende målet som er satt i strategien. Unntaket var Oslo med de tilgrensende områdene til Ahus og Vestre Viken med Asker- og Bærumsbefolkningens historiske bruk av Oslopsykehusene. Da strategien var ferdig på slutten av 2008 ble regionens foretak gitt i oppdrag å føre den ut i livet. Det ble ikke foretatt noen vurdering av hvilke tiltak som måtte iverksettes i det mindretallet av sykehusområder der et arbeid med å oppfylle de strategiske målene forutsatte betydelig omdirigering av eksisterende pasientstrømmer og en vesentlig økning av sykehusområdets kapasitet. Hvordan de spesielle forholdene i Oslo skulle løses med utgangspunkt i at et sykehusområde "normalt" skal ha 80-90 prosent egendekning er ikke behandlet særskilt.

Målet med Arbeidspakke 3 (AP3) er å belyse likhetene og ulikhetene ved omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Vestre Viken HF. Også når det gjaldt inndeling i sykehusområder (en beslutning våre informanter mener ble tatt før 108/2008- dokumentet ble lagt fram) mener våre informanter dette hadde sin hovedbegrunnelse i et behov for "*å få orden på Oslopsykehusene*". Verken Ahus, Asker og Bærum eller Drammen opplevde å få være med i denne prosessen, og ble "*igjen satt på sidelinjen*" selv om de beslutningene som ble fattet ville berøre deres virksomhet.

Begrunnelsen for å legge Asker og Bærum til Vestre Viken oppleves som uklar, og noen mener dette ble gjort for at området for Oslopsykehusene ikke skulle bli for stort, og ikke fordi dette ville styrke Vestre Viken og gi befolkningen i Asker og Bærum et bedre tilbud. Forslag om eksempelvis å dele Vestre Viken, da en så en naturlig akse Drammen/ Kongsberg, mens det for Hønefoss/Ringerike var naturlig å orientere seg mot sykehuset i Bærum, ble ikke gjenstand for noen realitetsbehandling til tross for at det ble hevdet at ved en todeling av dagens Vestre Viken område, så ville en i løpet av noen få år erfare at de to delene "*ville bli bærekraftige og store nok hver for seg*".

Når det gjaldt Ahus var det tatt grep for å utnytte kapasiteten ved sykehuset lenge før omstillingsprosessen i hovedstadsområdet. Endringene på Ahus besto både i bygging av og flytting inn i nytt sykehus, betydelige teknologiske og organisatoriske endringer, samt overtakelse av et betydelig større opptaksområde. Organisasjonsprosjektet ved Ahus kan spores tilbake til 2001, med skisserte hovedmål fra 2005. Utvidelse av opptaksområdet med bydelene Stovner og Grorud i Oslo ble gjennomført i april 2004 (fra 2012 også Bydel Alna). Nye Ahus åpnet 1. oktober 2008 og *Samlet plan program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst*

ble lagt fram for styret for Helse Sør-Øst i 2007 (styresak 068/2007). Det ble med andre ord jobbet med løsninger for å utnytte Nye Ahus til dels uavhengig av det som ble kalt Hovedstadsprosessen.

7.4.5 Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene

På styremøtet i Helse Sør-Øst 18. desember 2008 ble strategisk plan 2009-2020 for Helse Sør-Øst vedtatt i sak 130-2008. Styremøtet vedtok også sak 133-2008 som var en plan for oppfølging og gjennomføring av strategiarbeidet og som omfattet innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet. En sentral del av styringen av helseforetakene er foretaksmøtene. Helse- og omsorgsdepartementet har møter med de regionale helseforetakene der de får sitt oppdragsdokument ved starten av året. Deretter har det enkelte regionale helseforetaket foretaksmøter med sine foretak, der hvert foretak får sitt oppdragsdokument for inneværende år. I sak 133-2008 var beskrivelser av tiltak og mål ganske spesifisert. Da foretaksmøtene for HSØ sine foretak startet i januar 2009 valgte HSØ å legge den spesifiserte delen av dette vedtaket til side. Det ble overlatt til det enkelte foretak å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. Det ble i stedet vist til vedtakene i sak 108-2008 og mål og retning på arbeidet slik det var formulert i strategidokumentet (Sak 115-2008).

Resultatene fra Arbeidspakke 3 viser at dette grepet blir av noen opplevd som positivt da det ble gitt lokal frihet til å utforme tilbudet innenfor de rammene strategien satte, men tilpasset de lokale utfordringene, mens andre igjen mener dette var en ansvarsfraskrivelse fra Helse Sør-Øst sin side, og at RHFet i større grad burde tatt styringen på områder hvor en lokalt ikke ble enige. Fra Helse Sør-Øst måtte det med andre ord balanseres mellom å gi lokalt ansvar for å oppnå resultater samtidig som ikke abdiserte som eier.

Etter vår vurdering gjenspeiles synet på sentral versus lokal ledelse på om en var enig eller uenig i de beslutningene som ble fattet. De informantene som opplevde ikke å få gjennomslag for sine synspunkter, etterlyste sterkere sentral styring og eierskapsledelse, mens de som fikk gjennomslag mente det var riktig av Helse Sør-Øst "*å holde fingrene av fatet*".

Vi mener det er grunnlag for å hevde at med vedtaket om å flytte det videre strategiarbeidet ut i foretakene, sto en overfor hva vi vil kalle "oversettelsesproblematikk". Vedtakene i Helse Sør-Øst viste retningen, foretakene fikk ansvar for å "oversette" vedtakene til lokal gjennomføring tilpasset lokale forutsetninger og rammevilkår.

Ved Ahus så en ikke på dette som det store problemet. Vestre Viken HF sto fram som en ny organisasjon hvor det først ble gjort vedtak om klinikkstruktur – for senere å reversere dette til stedlig ledelse. Dette skapte ro i organisasjonen, samtidig som det ble noe uklart hva den reelle forskjellen da var mellom tiden før og etter etableringen av Vestre Viken HF når det gjaldt driftingen av sykehusene. Ved OUS var og ble utfordringene av en annen karakter og et annet omfang. Sentrale kilder i vårt materiale mener at her ble også oversettelsesproblematikken mest synlig. Mye skulle skje på en gang, det ble skapt urealistiske forventninger og sjansen for å mislykkes var stor. I OUS måtte høy kompetanse og godt lederskap vike plassen for fordeling av makt og innflytelse for å få aksept for den organisatoriske fusjonen. Det som tidligere kun var en faglig rivalisering, ble med dette også en strid om formell makt og innflytelse.

En annen ting som også kompliserte oversettelsen fra "*Helse Sør-Øst'sk*" til "*OUS'sk*" ytterligere, og etter vår mening helt unødvendig, var at man skulle gjennomføre en trepartsfusjon (Aker, Ullevål og Rikshospitalet/Radiumhospitalet) samtidig som en skulle fisjonere ut det som skulle til Ahus. Alt dette skulle skje så å si samtidig, noe som hadde en ekstrem høy vanskelighetsgrad. Denne fusjonen synliggjorde en rekkefølgeproblematikk, og det er åpenbart at det kompliserte det hele i det øyeblikket men "*la Aker inn i fusjonskurven*".

I OUS observerte man at fagmiljøene ønsket et tettere samarbeid med hverandre for å styrke sitt eget fagmiljø, men at de etter hvert som man så hvor komplisert det ville bli å flytte disse miljøene sammen fysisk og hva det ville koste, følte en stor grad av desillusjon. Sammenslåingen av fagområdene øre-nese-hals og

øye ved Rikshospitalet og Ullevål i 2004, viste at det var mulig å få til. Samtidig var det en erkjennelse av at dette viste seg å være krevende å få til selv på disse relativt små fagområdene.

Bedre samordning og utnyttelse av ressursene innenfor helseforetakene har nærmest som en forutsetning at man evner å få etablert en klinikkorganisering, eventuelt også en samlokalisering. Materialet i vår undersøkelse gir grunnlag for en slik påstand. Noe spissformulert er det grunn til å hevde at reversering av vedtaket om klinikkorganisering i Vestre Viken og mangel på reelle planer om samlokalisering og mangel på reelt samarbeid "på tvers" i OUS, gjør at mye av ideen med fusjonen har mistet sin mening. Som en av våre informanter uttrykker det: *"man drifter helseforetaket nesten som om det ikke har skjedd en fusjon"*. Vårt materiale viser også at det var krefter innenfor noen av fagmiljøene som så på dette som en ønsket utvikling.

7.4.6 Forskning

I St. prp. Nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet* ble en sammenslåing til et nytt HSØ også begrunnet med at det ville føre til bedre samordning av fag og forskningsmiljøer. De regionale foretakene hadde over flere år arbeidet med å styrke sin forskningsinnsats og ⁵⁴da spesielt innen områder som psykisk helse, rus og helsetjenesteforskning. Det antas at også på dette feltet var det først og fremst samordning av miljøene på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus som var målet, og at dette ville gi både mer og bedre forskning om det ble gjennomført.

Arbeidspakke 3 viser stor grad av enighet i informantgruppen om at forskningen har styrket seg i perioden, samtidig som det er uenighet om dette kan tilskrives HSØ-sammenslåingen og omstillingsprosessen. Ahus tilskriver økt forskningsaktivitet og flere doktorgrader i all hovedsak endringen fra sentralsykehus til universitetssykehus. Ved OUS ser våre informanter ikke bort i fra at forskningsaktiviteten hadde vært høyere dersom eksempelvis Ullevål og Rikshospitalet hadde fortsatt som to institusjoner, samtidig som noen mener det har virket positivt for forskningsaktiviteten at man har fått et tettere samarbeid mellom medisinsk fakultet ved universitetet og sykehuset. Et slikt samarbeid mener man ikke ville vært like enkelt uten OUS-fusjonen. Forskningen i Vestre Viken har samlet sett økt betydelig, og en har fått i gang forskning i deler av helseforetaket som så å si ikke drev med forskning tidligere. Men også i Vestre Viken har vi informanter som peker på at forskningen har fått lite "drahjelp" gjennom sammenslåingen.

Vår hovedkonklusjon er at forskningen i all hovedsak er blitt styrket etter HSØ-sammenslåingen, men at forklaringene på hvorfor en har sett denne utviklingen tilskrives en rekke faktorer, hvorav sammenslåingen er en av dem. Forskning var et av satsningsområdene i forbindelse med fusjonen av Helse Sør og Helse Øst, selv om det ikke er enkelt å gi noe entydig svar på om mer forskning i helseforetakene kan sees som en direkte følge av fusjonen. Nå kan det være sann at helseforetakene har oppfattet våre spørsmål i retning av om helseforetakene opplevde at Helse Sør-Øst hadde økt de avsatte midlene til forskning, noe som kom helseforetakene til gode. Etter det vi kjenner til tas 2/3 av forskningsmidlene fra helseforetakenes eget budsjett. Satsningen på forskning i foretakene vil med dette i hovedsak være påvirket av ledelsesmessige føringer i det enkelte foretak, og i mindre grad fra det regionale helseforetaket.

7.4.7 IKT-system

Når IKT, stab og støttefunksjoner ble markert som eget innsatsområdet skyldes det at det på disse områdene eksisterte ulike rutiner og systemer. Helse Sør hadde etablert sin egen organisasjon for disse oppgavene, Sykehuspartner. Målet med arbeidet i dette innsatsområdet var å vise hvordan en reorganisering innen disse funksjonene kunne bidra til bedre ressursutnytting.

⁵⁴ Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde, SINTEF rapport A14727, isbn 978-82-14-04789-9, februar 2010

Innenfor området for ikke-medisinske tjenester ble det satt i gang 9 delprosjekter. Tiltak som var formulert innen IKT var bl.a. oppretting av felles tjenesteleverandør for IKT-tjenester, og egen styringsmodell IKT. I målbildet IKT het det bl.a. at IKT skulle bidra til å realisere helhetlige pasientforløp og integrerte behandlingsskjeder, skulle bidra til høy kvalitet og god utnyttelse av ressurser i pasientbehandlingen, og skulle bidra til å gi ledelsen relevant og god styringsinformasjon. Organisering av IKT-området skulle bidra til økt fleksibilitet for framtidig forandring, og IKT skulle levere tjenester med avtalt kvalitet gjennom effektive prosesser og god ressursutnyttelse. Felles tjenesteleverandør var definert som å samle all IKT kompetanse hos Sykehuspartner.

Basert på intervjuene i Arbeidspakke 3, er vår konklusjon at en ikke hadde etablert noe felles IKT-system i forkant av fusjonen og manglet også realistiske planer på dette området. Dette var spesielt alvorlig for OUS der de to store sykehusene hadde svært forskjellig system. For Ahus som foretak var ikke dette noe problem, siden de overtok nye system i sitt nye sykehus og for Vestre-Viken var problemet vesentlig mindre enn for OUS siden det allerede var to sykehus i området med felles system.

7.4.8 Mobilisering av ansatte og ledere

HSØ mente det var viktig å utvikle metoder for hvordan ansatte og ledere skulle mobiliseres og samles om de vedtakene som ble fattet. Sammenlignet med de tre andre helseregionene er HSØ nesten tre ganger så stor som den største av dem og to sykehusområder er begge større enn Helseregion Nord RHF. Dette satte andre krav til styring og kommunikasjon enn i enheter som er mindre og der den løpende kontakten kan oppleves nærmere. Det ligger en omfattende prosess bak utarbeiding av strategien. Et stort antall medarbeidere er trukket inn. I tillegg har det vært høringer som har omfattet andre aktører i helsetjenesten, både private, offentlige og faglige organisasjoner. Det er foretatt rådslagninger med ansatte fra egen organisasjon. Samlet er det fagpersoner med en betydelig kompetanse som har bidratt til strategien. Intervjuene i AP3 viste derimot at mange av informantene mener kunnskapsgrunnlaget var for dårlig, effekter og gevinster av en sammenslåing bygget på sviktende grunnlag, planene var mangelfulle og prosessen ble dårlig styrt. Dette til tross for en meget omfattende prosess som involverte mange ledere og ansatte.

Medvirkning kan defineres som en situasjon der individer som befinner seg på ulike hierarkiske nivå, har innflytelse på en beslutning. Partene har grunnleggende felles interesser og jobber mot felles mål, selv om de kan være uenige om hvordan målet best kan nås. Reell innflytelse blant arbeidstakere i en virksomhet skaper en mer fleksibel og endringsdyktig organisasjon, dessuten får medarbeidere økt tillit til ledelsen. I en studie av effekter av ulike medvirkningsformer i strategiske endringsprosjekt (Elvekrok 2007)⁵⁵ tok en for seg planlagte endringer med strategisk intensjon. Medvirkning ble målt i henhold til de fire dimensjonene; involvering, prosess, representasjon og innflytelse. En så her på hvor mye myndighet og ansvar som var delegert til medarbeiderne, og om de fikk være med fra begynnelsen. Informering innebærer laveste grad av innflytelse, mens seriøs vurdering av innspill innebærer høy grad av innflytelse. Studien viste at identifikasjon med prosjektet og tillit til ledelsen sank over tid når en ikke følte at lederen tok hensyn til innspill. Dette kan tolkes dit hen at hvis en først har invitert medarbeidere til å medvirke, forventer også medarbeiderne at innspillene blir seriøst overveid. Studien viste at medvirkning påvirker endringsprosjektets utfall gjennom å påvirke selve endringsprosessen. Endringsprosessen har særlig betydning for de langsiktige virkningene på tillit og forpliktelse, samt læring gjennom endringsprosjektet.

⁵⁵ Elvekrok; I. (2007) «Medvirkning - mer enn medvirkning. Effekter av ulike medvirkningsformer i strategiske endringsprosjekt». Doktorgrad NHH

Vårt hovedinntrykk fra intervjuene i Arbeidspakke 3 er at det er stor enighet om at det ble lagt opp til bred deltakelse og involvering i prosessen, men samtidig stor uenighet om i hvilken grad en opplevde dette som reell medvirkning eller bare en skinnprosess hvor man blir spurt, men ikke lyttet til. Som vist til ovenfor, synker identifikasjon med prosjektet og tillit til ledelsen over tid når en ikke føler at lederen tok hensyn til innspill. Blant vår informanter hadde flere en opplevelse av at vesentlige punkter i strategi og prosess allerede var fattet, og at deltakernes reelle påvirkningsmulighet var begrenset eller ikkeeksisterende. Dette innebar at det var vel så mye prosessen som resultatet som høstet kritikk.

Som det er gjort rede for tidligere i rapporten, opplevde man omstillingsprosessen både sentralt og lokalt ganske forskjellig fra helseforetak til helseforetak. Når det gjelder Vestre Viken er det vanskelig å se noe entydig bilde at hvilke krefter som trakk i hvilken retning med hensyn til innholdet i og organiseringen av helseforetaket. Det er imidlertid grunn til å hevde at konfliktlinjene i større grad fulgte en geografisk dimensjon, framfor en klassisk "ledelse mot tillitsvalgte"-dimensjon. Endringen fra klinikkorganisering til stedlig ledelse fikk jo da også en positiv mottakelse i organisasjonen.

Omfanget av grep som måtte tas og dermed også potensielle konfliktområder var klart størst i OUS, og her kommer også de kritiske røstene i vårt materiale tydeligst fram når det gjelder involvering og deltakelse. Dette gjelder både på fagsiden og når det gjelder de tillitsvalgte. Kompleksiteten i omstillingen gjorde også, som tidligere nevnt, at en innenfor noen miljøer så en endring fra sammenslåings-positivisme, til "*lokal faglig proteksjonisme*". Med andre ord at en også her hadde konflikter med en klar geografidimensjon.

Situasjonen var, som tidligere nevnt, en ganske annen ved Ahus med hensyn til innholdet i det som blir omtalt som omstillingsprosessen. Fokus var rettet mot en betydelig endring i befolkningsgrunnlaget, flytting av funksjoner og tilgangen til fagpersonell.

7.4.9 Tilgjengelighet og likeverdighet

Hovedmålene for pasientbehandling er mer likeverdighet og mer tilgjengelighet. Dette er mål som også er satt for den nasjonale helsetjenesten. Selv om det ikke er beskrevet i noen av strategiprosessens underliggende dokumenter, viste vi til i Arbeidspakke 1 at dette er beskrevet i ulike offentlige utredninger:

- *Likeverdige* helsetjenester betyr at befolkningen skal ha den samme tilgangen til gode helsetjenester uavhengig av sosial klasse/inntekt, kjønn, alder og nå også etnisitet og kultur.
- *Tilgjengelighet* betyr i denne sammenhengen at befolkningen skal ha tilgang til gode helsetjenester når den har behov for det, uavhengig av bosted.

Som pekt på i delrapporten fra Arbeidspakke 1 er disse målene ikke entydige og i noen tilfeller kan de arbeide mot hverandre. Når de settes som hovedmålene for virksomheten er det for å understreke at det er kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen som er målet for arbeidet. Ressursutnyttning og økonomiske parametere må vurderes etter hvordan de påvirker hovedmålene. Det er lagt til at det skal være mer tilgjengelighet og likeverdighet. Som vist i Arbeidspakke 1, finner vi ingen analyser for hvordan HSØ mente de presterte på disse to områdene, så det vil være vanskelig i kommende arbeidspakker å vurdere i hvilken grad hovedmålet er oppnådd.

Resultatene fra vår undersøkelse viser at begrepene tilgjengelighet og likeverdighet oppfattes mer som strategiformulering enn aktiv målformulering, at de representerer mer retorikk enn mål med reelt innhold. Begrepene tillegges da også ulikt meningsinnhold av våre informanter, de beskrives dels som overlappende og kan begge assosieres med begrepet kvalitet, men med noe ulikt perspektiv. Når det gjelder tilgjengelighet knytter våre informanter dette til fristbrudd, ventetid, og "*det å komme innenfor systemet*". Mens likeverdighet sees som et mer åpent begrep og knyttes til det å ha tilgang til helsetjenester. Målet med Arbeidspakke 3 (AP3) er å belyse likhetene og ulikhetene ved omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Vestre Viken HF. Ut fra vårt materiale, kan det ikke påvises noen systematiske forskjeller mellom de tre helseforetakene når det gjelder forståelsen av begrepene tilgjengelighet og likeverdighet.

7.4.10 Psykisk helsevern og rus

For voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling, satte strategien et mål om å få en felles ledelse for denne delen av virksomheten og en geografisk samlokalisering av somatisk virksomhet og psykiatriske tjenester. Det ble formulert et mål om felles ledelse innen TSB⁵⁶ og psykiatri. På dette området var vurderingen at det hadde vært for mange små enheter som hadde operert uten å være en tydelig del av det samlede tjenestetilbudet.

Informantene i alle helseforetakene viste til at det ikke ble gjort noen omfattende strukturelle endringer i psykisk helsevern og rus. Dette hadde sammenheng med at det var ikke der problemområdene hadde vært, og at en foretok virksomhetsoverdragelser innen psykisk helsevern og rus, bl.a. fra Oslo til Ahus. Man flyttet over hele organisasjonen slik at personalet der fikk ny tilhørighet organisatorisk sett, en prosess som beskrives som en suksess. I Vestre Viken beholdt en klinikkorganiseringen innen psykiatri og rus også etter endringene i 2011 (tilbake til stedlig ledelse). Lokalisering og organisering innenfor disse fagfeltene ville gjøre det uhensiktsmessig " *med stedlig ledelse i mange små avdelinger*". Erfaringene så langt er at med en tverrgående klinikk innen psykiatri og rus så ser man en stadig utvikling innen forskning og fagutvikling. En ser det også som en fordel at en lettere kan flytte funksjoner innenfor en felles klinikk.

I strategidokument heter det at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet. I Vestre Viken valgte man å legge døgnbehandlingen til en egen avdeling for hele Vestre Viken og så la man poliklinikkene inn som deler av DPSene. Dette grepet trekkes fram som et eksempel på hvordan en får til endring internt i klinikken. Videre kom det fram i intervjuene at man har en pågående diskusjon om innholdet i TSB. Videre ble det fra Ahus pekt på at en arbeider kontinuerlig med forbedring av samarbeidet mellom somatikk, rus og psykiatri.

Vårt hovedinntrykk er at en har tatt grep i foretakene når det gjelder håndtering av fagfeltene psykiatri og rus som har lettet prosessen og som har gjort at en ikke har hatt de store konfliktene som en opplevde innen somatikk. Utgangspunktet rent organisatorisk for henholdsvis somatikk og psykiatri/rus var også så vidt forskjellig at det er vanskelig å trekke direkte sammenlikninger. Vi merker oss også med interesse at det åpenbart har vært en styrke for fagfeltene psykiatri/rus at man i Vestre Viken beholdt klinikkorganiseringen selv etter at man vedtok å re-innføre stedlig ledelse.

⁵⁶ TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

8 Delrapport 4, Produktivitetsutvikling i somatiske sykehus 2004-2012: Kan vi finne effekter av sammenslåingen av Helse Sør-Øst? Rapport fra arbeidspakke 5a

Forfattere: Jon Magnussen og Kjartan Sarheim Anthun

8.1 Innledning

NTNU, Frischsenteret og SINTEF gjennomfører, med finansiering fra Norges Forskningsråd, prosjektet *The effects of DRG-based financing on hospital performance: productivity, quality and patient selection*. Som en del av dette prosjektet gjennomføres en analyse av utviklingen i produktivitet for perioden 2004-2012. I dette notatet benyttes data og resultater fra dette prosjektet til å beskrive produktivitetsutviklingen i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, med særlig vekt på utviklingen i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Spesifikt testes en hypotese om at sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør ble etterfulgt av en produktivitetsvekst. Denne hypotesen testes ved å benytte helseforetakene i de andre regionale helseforetakene som kontroller, og dermed undersøke om produktivitetsutviklingen i Helse Sør-Øst skiller seg fra tilsvarende utvikling i de andre regionale helseforetakene. Notatet er bygget opp som følger: I avsnitt 8.2 definerer vi de relevante begrepene og beskriver datagrunnlag og den metodiske tilnærmingen til analysene. Avsnitt 8.3 beskriver resultatene fra analysene. Det hele oppsummeres med en diskusjon i avsnitt 8.4.

8.2 Begreper og metode

Analysene i dette notatet er gjort som i evalueringen av sykehusreformen i 2002 (1). I hovedtrekk innebærer dette en analyse i to steg. I første steg etableres foretaksspesifikke mål for produktivitet for perioden 2004-2012. I andre steg forklares disse ved hjelp av eksogene faktorer, samtidig som vi tester hvorvidt det er systematiske forskjeller i utviklingen i HSØ og de andre RHFene. For en mer detaljert beskrivelse av det teoretiske grunnlaget for produktivitetsmålene henvises til Kittelsen et al (1).

8.2.1 Begreper

Produktivitet kan enkelt beskrives som forholdet mellom aktivitet og ressursbruk. Jo høyere aktivitet for en gitt ressursbruk, jo høyere produktivitet. *Effektivitet* defineres som forholdet mellom faktisk og best oppnåelige produktivitet. Mens produktivitet er en absolutt størrelse vil effektivitet være en relativ størrelse og kan uttrykkes som et tall mellom 0 og 1. Et effektivitetsmål kan også gis en direkte prosentuell tolkning som et (teoretisk) mulig forbedringspotensial. Det er svært viktig å være klar over at forskjeller i rammebetingelser kan gi forskjeller i produktivitet som ikke kan utliknes uten at rammebetingelsene endres. Slike rammebetingelser kan være knyttet til sammensetning av arbeidsstokken, forholdet mellom arbeidskraft og kapital, størrelse, pålagte oppgaver ut over det som inngår i aktivitetsmålene og lignende. I dette notatet er vi ikke først og fremst opptatt av nivåforskjeller mellom sykehus eller mellom regionale helseforetak, men i forskjeller i utvikling i produktivitet.

Analysen av produktivitet (og effektivitet) krever videre at man kan operasjonalisere og korrekt måle så vel aktivitet som ressursbruk. Tolkninger av resultater må også ta hensyn til at det kan være *kvalitetsforskjeller*: Høy produktivitet kan teoretisk skyldes lav kvalitet og lav produktivitet kan skyldes at man velger et kvalitetsnivå som er høyere enn hva som er et nødvendig minimumsnivå.

Det er en stor litteratur som analyserer og diskuterer produktivitet i helsetjenesten generelt og i sykehusene spesielt (se f.eks. (2)). Gjennomgående tema i denne litteraturen er utfordringer knyttet til måling av aktivitet. Sykehusene behandler en rekke ulike pasienter, behovet for ressurser vil avhenge både av diagnose og av andre egenskaper ved pasienten som for eksempel alder. Når man skal sammenlikne sykehus er det dermed av avgjørende betydning at man korrejerer for forskjeller i hvilken type pasienter sykehusene behandler; med andre ord *pasientsammensetningen*.

Den vanligste måten å ta hensyn til pasientsammensetning er gjennom bruk av DRG-systemet. Her grupperes pasientene inn i 864 grupper (i 2014). Gjennom bruk av tilhørende kostnadsvekter kan disse aggregeres til et antall «produkter» som kan håndteres i en empirisk analyse. En aggregering innebærer at man forutsetter fravær av samdriftsfordeler eller samdriftsulemper. Generelt vil man derfor ønske å definere så mange typer produkter som data tillater for gjennom dette å unngå å legge urealistiske restriksjoner på de analysene som gjennomføres.

8.2.2 Datagrunnlag og metode

Det benyttes data for norske helseforetak fra årene 2004-2012. I vedlegg er vist hvilke helseforetak som inngår i hvilke år.

Aktiviteten avgrenses til pasientbehandling. Dette innebærer at aktivitet som forskning, utdanning og beredskap ikke inkluderes. Aktiviteten måles gjennom bruk av DRG-systemet, men vi skiller mellom ulike typer hovedaktiviteter:

- DRG-poeng elektive innleggelser
- DRG-poeng ø-hjelps innleggelser
- DRG-poeng dagopphold
- Poliklinisk aktivitet
 - Alternativ 1: Polikliniske konsultasjoner
 - Alternativ 2: Inntekter omregnet til DRG-poeng

I forhold til de tall som presenteres i SAMDATA avviker dermed våre analyser ved at vi benytter en modell med flere innsatsfaktorer og flere produkter. Forskjellen mellom disse tilnærmingene kan kort forklares som følger: I SAMDATA måles aktiviteten som sum DRG-poeng. Dette innebærer at hver utskrivning tilordnes et antall DRG-poeng bestemt ut fra hvor ressurskrevende pasientgruppen er beregnet å være. En underliggende forutsetning er at det relative kostnadsforholdet mellom de ulike DRG-ene er konstant, og dermed uavhengig av både pasientsammensetning og volum. Som et alternativ kan man anta at kostnadene ved en type pasientbehandling vil variere med volum og med hvilke andre pasientgrupper som også behandles i sykehuset. Hvis så er tilfelle vil også det relative forholdet mellom pasientgruppene variere med pasientsammensetningen. Ved å gjennomføre en produktivitetsanalyse på en modell hvor det benyttes flere ulike produkter legger vi færre restriksjoner på sykehusene; vi behandler dem mindre strengt. Konsekvensen er at produktivitetsnivået generelt vil framstå som høyere i denne typer modeller enn i f.eks. SAMDATA.

I våre analyser har vi valgt å skille mellom fire grupper aktivitet; elektive og ø-hjelpsinnleggelser, dagopphold og poliklinikk. Vi åpner dermed for at sykehus med en høy ø-hjelpsandel vil kunne stå ovenfor andre typer driftsforhold enn sykehus som i hovedsak driver elektiv virksomhet. Tilsvarende åpner vi for at sykehus med høy andel dagbehandling og poliklinikk vil kunne stå overfor andre driftsforhold enn sykehus med høy andel innleggelser. Sagt på en annen måte; sykehus med høy (lav) andel ø-hjelp vil i våre beregninger sammenliknes med liknende sykehus etc. På denne måten unngår vi til en viss grad å sammenlikne epler med pærer.

Det hadde vært ønskelig og målt ressursbruk gjennom arbeidskraft, medikamenter og kapital. På grunn av omlegging av registrering av arbeidskraft fra 2008 er det dessverre ikke mulig å lage en sammenhengende serie for perioden 2004 til 2012. Vi måler derfor ressursbruk som kostnader, men skiller mellom driftskostnader og kapitalkostnader⁵⁷. For å ta hensyn til prisstigning deflateres kostnadene ved bruk av

⁵⁷ Kapitalkostnader er definert slik som i SAMDATA: av- og nedskrivninger, husleie og tap ved salg. Se <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2013/Sider/default.aspx>

samme deflator som benyttes i de årlige SAMDATA-rapportene. Vi har gjennomført analysene med og uten pensjonskostnader. I notatet presenteres resultater inklusive pensjonskostnader. Størrelsen på produktivitetsendringene påvirkes av om pensjonskostnadene inkluderes eller ikke, men valget har ingen konsekvens for de parameterne vi er interessert i. Pensjonskostnader utgjør en økende andel av helseforetakenes kostnader, men dette er forsøkt tatt hensyn til ved bruk av deflator.

Produktivitet beregnes gjennom å benytte en ikke-parametrisk dataomhyllingsanalyse (DEA)⁵⁸. Gjennom denne metoden «omhylles» data for dermed å beregne et teoretisk mulighetsområde for innsatsfaktor- og aktivitetskombinasjoner. Effektivitet kan måles enten som største mulige proporsjonale økning i aktivitet for en gitt innsatsfaktorbruk, eller som en største mulige proporsjonale reduksjon i innsatsfaktorbruk gitt aktivitet.

DEA-metoden bygger på tre grunnleggende forutsetninger. For det første antas det at de tilpasningene som observeres faktisk er mulige. Denne betingelsen er oppfylt dersom det ikke er målefeil i data. For det andre forutsettes at det alltid er mulig å øke bruken av en innsatsfaktor uten at dette går ut over aktivitetsnivået, alternativt at det er mulig å redusere aktivitetsnivået uten å gi fra seg innsatsfaktorer. For det tredje antar vi konveksitet, det betyr at enhver lineær kombinasjon av to faktiske tilpasninger også er en teoretisk mulig tilpasning.

Vi benytter en bootstrappingsteknikk utviklet (3) for å beregne konfidensintervaller rundt de ulike målene. Det er en stor litteratur som diskuterer forholdet mellom sykehusenes størrelse og deres kostnadsnivå (se f.eks. (4)). Spørsmålet om optimal størrelse (skala) har tradisjonelt vært relatert til antall senger. En stadig økende del av sykehusenes aktivitet skjer nå imidlertid som dagbehandling eller ved poliklinikkene, og antall senger blir i mindre grad relevant som et uttrykk for størrelse. Samtidig er spørsmålet om optimal størrelse (skala) også avhengig av hvilke typer aktivitet som utføres ved sykehusene. Det er for eksempel rimelig å anta at kostnadsstrukturen vil være forskjellig i et sykehus med 200 generelle indremedisinske senger enn i et sykehus med 10 ulike avdelinger på 20 senger hver. Vi har valgt å gjennomføre analysene under to ulike antakelser om skalaforhold; konstant (CRS) og varierende skalautbytte (VRS). Konstant skalautbytte innebærer proporsjonalitet i forholdet mellom innsatsfaktorer og aktivitet («en dobling av innsatsfaktorbruken gir en dobling av aktiviteten»). Varierende skalautbytte innebærer at aktiviteten kan vokse raskere/saktere enn innsatsfaktorbruken. Siden vi også benytter to ulike tilnærminger til måling av poliklinisk aktivitet gir dette til sammen fire ulike modeller som analyseres.

Effektiviteten måles relativt til «beste praksis», det vil si til de foretakene som har høyest produktivitet. Det beregnes en felles beste praksis front basert på observasjoner fra alle årene. Produktivitetsutviklingen måles som endring i et konstruert gjennomsnittsforetak fra år til år. Dette gjennomsnittsforetaket vil ha gjennomsnittlig⁵⁹ verdi for all innsatsfaktorer og alle typer aktivitet.

Gjennom DEA analysen får vi etablert foretaksspesifikke produktivitetsmål for hvert av årene 2004 til 2012. For å analysere om det er systematiske forskjeller mellom utviklingen i Helse Sør-Øst og de andre regionale helseforetakene benyttes i analysens del 2 en multipel regresjonsanalyse. Vår interesse er primært å avdekke en (eventuell) avvikende trend i Helse Sør-Øst. Samtidig kan vi ikke utelukke at det kan være systematiske forskjeller mellom helseforetakene i pasientsammensetning som ikke fanges opp gjennom DRG-systemet. Vi justerer i regresjonsanalysen derfor for følgende forhold:

Sykehusenes pasientsammensetning slik den måles gjennom DRG-systemet for henholdsvis innlagte og dagopphold. Dersom DRG-systemet ikke korrigerer for pasientsammensetning fullt ut vil dette

⁵⁸ Se vedlegg for tekniske detaljer.

⁵⁹ Vi har også gjort analysene slik at vi har beregnet (vektet) gjennomsnitt i målt produktivitet for foretakene. Disse to tilnærmingene gir nær identisk resultat.

kunne føre til at man undervurderer produktiviteten i sykehus med tung pasientsammensetning. Ved å inkludere case-mix indekser i steg to vil vi kunne korrigere for dette.

Vi inkluderer også et mål for case-mix justert liggetid. Denne er beregnet som forholdet mellom faktisk og nasjonal gjennomsnittlig liggetid innen hver DRG. Case-mix justert liggetid blir da beregnet som prosentvis avvik mellom faktisk og forventet liggetid. Denne variabelen kan tolkes på to måter. Den kan enten betraktes som en ytterligere korrigerende faktor for pasientsammensetning. Sykehus med lang (DRG-justert) liggetid kan ha en tyngre del av pasientene. Den kan imidlertid også være et utslag av ineffektivitet. I dette tilfellet vil den være endogen, og dermed kunne resultere i forventningsskjevne estimater.

- År er en viktig del av analysen for å fange opp en eventuell tidstrend. I analysene er dette inkludert som dummyer for hvert år noe som gjør at modellen tillater ikke-lineære trender. Hvert år i analysene vil være en sammenligning med 2004. Årene vil også fange opp endringer i andel innsatsstyrt finansiering.
- Det kan være systematiske forskjeller mellom helseforetak som skyldes beredskap, omfang av forskning, beliggenhet o.l. For å ta hensyn til dette inkluderes såkalte «dummyvariable» for alle foretakene. Dette gjør at analysen tillater at hvert enkelt helseforetak har ulik gjennomsnittsproduktivitet.
- ”Helse Sør-Øst” – effekt er den viktigste variabelen i analysen. Dersom det, uavhengig av de overstående variablene, er en egen systematisk endring for Helse Sør-Øst etter sammenslåingen vil det bli fanget opp av denne variabelen. Helse Sør-Øst effekten måles på tre alternative måter. Først testes effekten av sammenslåingen ved å se om utviklingen i Helse Sør-Øst i 2007-2012 avviker fra utviklingen i de andre tre RHFene. Dernest åpner vi for at effekten kunne slå inn senere ved å begrense oss til å se på perioden 2008-2012. Endelig tar vi høyde for at det kan ha skjedd en endring etter innføring av ny nasjonal inntektsfordelingsmodell ved å avgrense oss til perioden 2009-2012.

Deskriptiv statistikk er gjengitt i Tabell 21.

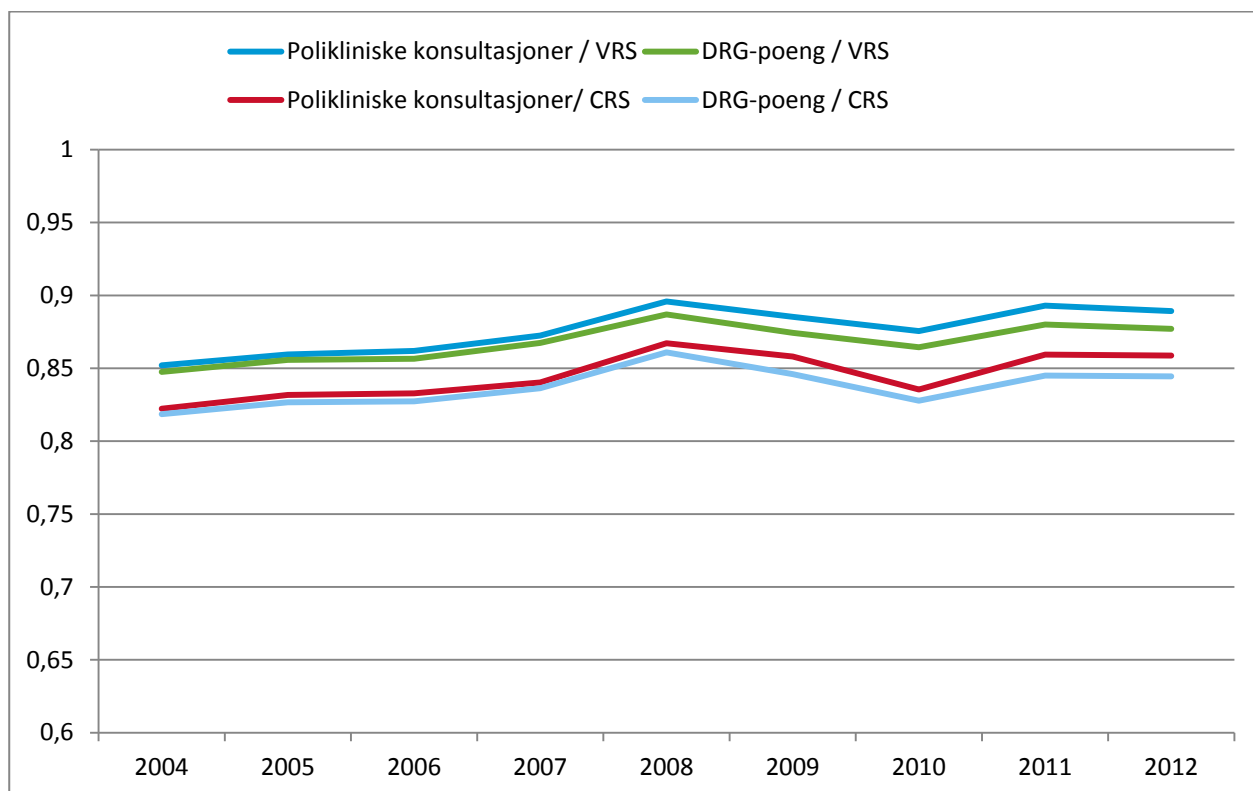
Tabell 8-1 Deskriptiv statistikk kostnader, aktivitet og uavhengige variabler

Variabel	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Steg 1 variable				
Kostnad (millioner)	2 362 649	1 982 546	475 053	13 200 000
Kapitalkostnader (millioner)	199 456	179 017	34 773	1 131 730
DRG poeng dagbehandling	4 135	3 072	122	24 044
DRG poeng innleggelser øyeblikkelig hjelp	22 794	15 895	472	89 248
DRG poeng innleggelser elektiv	15 846	16 279	2 210	107 082
DRG poeng polikliniske konsultasjoner	6 814	6 201	636	43 446
Antall polikliniske konsultasjoner	160 852	130 139	16 259	871 420
Steg 2 variable				
Case mix indeks - dagaktivitet	0.30	0.21	0.16	1.38
Case mix indeks - innleggelser	1.16	0.19	0.83	1.81
Case-mix justert avvik i liggetid (%)	1.20	12.85	-29.72	44.41

8.3 Resultater

8.3.1 Steg 1 – produktivitetsutvikling 2004-12

Vi begynner med å presentere utviklingen i produktivitet nasjonalt. **Figur 17** viser nasjonal utvikling for hver av de fire modellene som er benyttet. Generelt vil produktivitetsnivået være høyere i en modell hvor det antas variabelt utbytte med hensyn på skala (VRS). Vi er her opptatt av *utvikling* og ikke nivå, og ser at utviklingen er den samme hva enten vi spesifiserer en VRS eller CRS teknologi og om vi måler den polikliniske aktiviteten som konsultasjoner eller med DRG-poeng. Analysene viser uendret effektivitet i perioden 2004-2006, vekst fra 2006-2008, fall fra 2008-2010, og igjen vekst fra 2010-2012. For gjennomsnittssykehuset har veksten i denne 8-års perioden vært på nær 4 %. I den videre presentasjonen avgrensner vi oss til en modell med konstant utbytte med hensyn på skala (CRS), hvor den polikliniske aktiviteten måles som antall konsultasjoner.

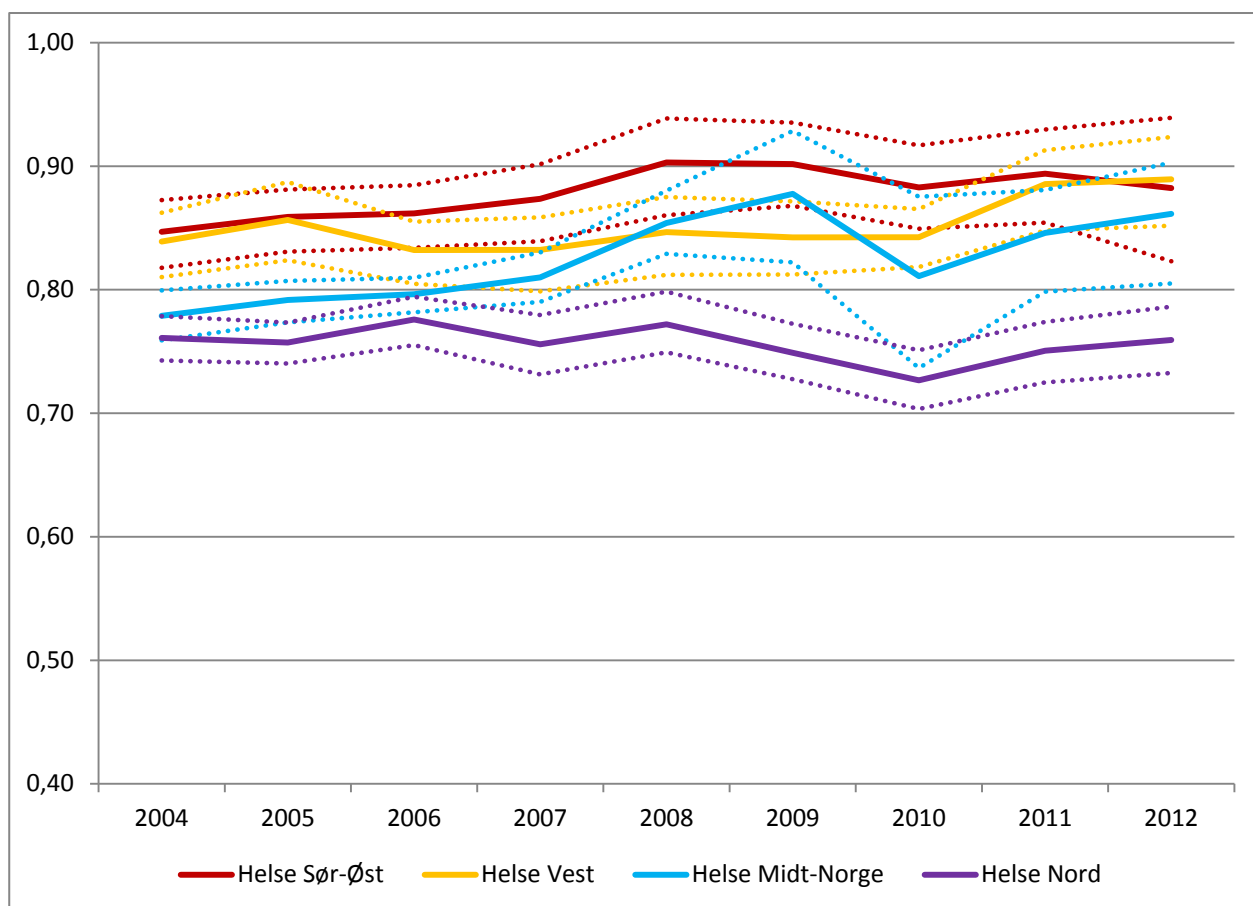


Figur 8-1 Effektivitetsnivå nasjonalt 2004-12. Alle fire modellspesifikasjonene

Tabell 2 og figur 2 viser utviklingen innen hvert av de fire RHFene. Det er noen forskjeller mellom de fire regionale helseforetakene, med sterkest vekst i Helse Midt-Norge (8 %) og svakest vekst i Helse Nord (0 %).

Tabell 8-2 Effektivitetsnivå perioden 2004-2012, gjennomsnitt for hvert regionale helseforetak og nasjonalt; modell: konstant skalautbytte og poliklinikk målt som antall konsultasjoner, bootstrappet estimat og konfidensintervall

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse Sør-Øst	0.85	0.86	0.86	0.87	0.90	0.90	0.88	0.89	0.88
	(0.82-0.87)	(0.83-0.88)	(0.83-0.88)	(0.84-0.9)	(0.86-0.94)	(0.87-0.94)	(0.85-0.92)	(0.85-0.93)	(0.82-0.94)
Helse Vest	0.84	0.86	0.83	0.83	0.85	0.84	0.84	0.89	0.89
	(0.81-0.86)	(0.82-0.89)	(0.80-0.86)	(0.80-0.86)	(0.81-0.88)	(0.81-0.87)	(0.82-0.87)	(0.85-0.91)	(0.85-0.92)
Helse Midt-Norge	0.78	0.79	0.80	0.81	0.85	0.88	0.81	0.85	0.86
	(0.76-0.8)	(0.77-0.81)	(0.78-0.81)	(0.79-0.83)	(0.83-0.88)	(0.82-0.93)	(0.74-0.88)	(0.80-0.88)	(0.81-0.90)
Helse Nord	0.76	0.76	0.78	0.76	0.77	0.75	0.73	0.75	0.76
	(0.74-0.78)	(0.74-0.77)	(0.76-0.79)	(0.73-0.78)	(0.75-0.80)	(0.73-0.77)	(0.70-0.75)	(0.73-0.77)	(0.73-0.79)
Norge	0.82	0.83	0.83	0.84	0.87	0.84	0.86	0.84	0.86
	(0.80-0.85)	(0.81-0.85)	(0.81-0.85)	(0.81-0.87)	(0.83-0.90)	(0.81-0.87)	(0.82-0.89)	(0.80-0.87)	(0.82-0.89)



Figur 8-2 Gjennomsnittlig produktivetsnivå i hver helseregion, modell: konstant skalautbytte og poliklinikk målt som antall konsultasjoner, bootstrappet estimat med 95 % konfidensintervall

Figur 2 illustrerer usikkerheten i estimatene ved å presentere utviklingen innen hver RHF for én av de fire modellene. De prikkede linjene representerer øvre og nedre verdi for konfidensintervallene.

8.3.2 Steg 2 – Skiller Helse Sør-Øst seg fra de andre regionale helseforetakene?

Det er store variasjoner mellom de enkelte helseforetakene i deres produktivetsutvikling. Vi undersøker om det er systematiske forskjeller mellom foretakene i Helse Sør-Øst og foretakene i de andre RHFene i perioden etter oppretting av HSØ gjennom å se om utviklingen i henholdsvis 2007- 2008- og 2009-12 avviker fra utviklingen i de andre regionale helseforetakene. Vi viser igjen kun resultatene av en modell med konstant skalautbytte og hvor den polikliniske aktiviteten måles gjennom antall konklusjoner. Tilsvarende analyser med alternative spesifikasjoner er vist i vedleggstabellene V2, V3 og V4. Forskjeller mellom helseforetak er ikke vist men er beregnet i alle modeller.

Vi gjør fire analyser – beskrevet som Modell 1 – 4. Modell 1 fungerer som referanse, og tar ikke hensyn til eventuelle effekter av sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Modellene 2-4 benytter tre ulike innfallsvinkler til sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. I modell 2 testes, gjennom variabelen «Reform07», om utviklingen i HSØ atskillig seg fra de andre RHFene i perioden 2007-12. I modell 3 tar vi hensyn til at effekten ikke nødvendigvis gjør seg gjeldene umiddelbart, og bruker en variabel «Reform08» til en test av hvorvidt HSØ har en annen utvikling i perioden 2008-12. Endelig tar vi, gjennom variablene

«Reform09» høyde for at det kan ha vært en avvikende utvikling i perioden 2009-12. Som en følge av arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell (NOU 2008:2), ble det fra 2009 foretatt en endring av den relative fordelingen av rammedelen av helseforetakenes inntekter. Denne endringen innebar en strammere inntektsvekst for Helse Sør-Øst relativt til de tre øvrige regionale helseforetakene. En hypotese er at dette kan ha bidratt til en ytterligere vekst i produktiviteten i denne perioden.

Modellene 2-4 sammenligner implisitt også Helse Sør-Øst i de aktuelle periodene med alle regionene i årene før sammenslåing.

Tabell 8-3 Modell med CRS, poliklinikk målt som antall konsultasjoner. Avhengig variabel – bootstrappet produktivitetsnivå, koeffisient og standardfeil

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Casemix dag	-0.062*	-0.061*	-0.063*	-0.065*
	(0.036)	(0.036)	(0.036)	(0.036)
Casemix innleggelser	0.089	0.082	0.097	0.110
	(0.066)	(0.068)	(0.070)	(0.068)
Avvik liggetid	-0.000	-0.000	-0.000	-0.000
	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
År 2005	0.010	0.010	0.010	0.010
	(0.010)	(0.010)	(0.010)	(0.010)
År 2006	0.010	0.010	0.009	0.009
	(0.010)	(0.010)	(0.010)	(0.010)
År 2007	0.015	0.013	0.015	0.014
	(0.010)	(0.011)	(0.010)	(0.010)
År 2008	0.042***	0.041***	0.044***	0.040***
	(0.011)	(0.012)	(0.012)	(0.011)
År 2009	0.077***	0.075***	0.078***	0.082***
	(0.027)	(0.027)	(0.027)	(0.027)
År 2010	0.012	0.011	0.013	0.015
	(0.015)	(0.015)	(0.015)	(0.015)
År 2011	0.037***	0.036**	0.038***	0.040***
	(0.014)	(0.014)	(0.014)	(0.014)
År 2012	0.032**	0.031**	0.032**	0.034**
	(0.014)	(0.014)	(0.014)	(0.014)
Reform07		0.004		
		(0.011)		
Reform08			-0.004	
			(0.011)	
Reform09				-0.013
				(0.012)
Konstant	0.595***	0.605***	0.585***	0.568***
	(0.083)	(0.087)	(0.089)	(0.086)
Antall observasjoner	233	233	233	233
R ²	0.840	0.840	0.840	0.841
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				

Fra tabell 3 ser vi:

- Case-mix indeksen for dagopphold samvarierer svakt negativt med produktivetsmålet. Dette kan være en indikasjon på at DRG-systemet undervurderer kompleksiteten ved dagbehandling i forhold til innleggelser (døgnopphold). Case-mix indeksen for døgnopphold har ingen samvariasjon med produktivetsmålene.
- Det er heller ingen samvariasjon mellom case-mix justert liggetid og produktivetsmålene.
- Målt mot referanseåret 2004 er produktiviteten høyere i årene 2008 og 2012. Nivået i 2012 ligger om lag 3 % over nivået i 2004, etter at vi har korrigert for andre forhold.
- Det er store forskjeller mellom helseforetakene i produktivitet (ikke vist)
- Det er ingen systematiske forskjeller mellom utviklingen i Helse Sør-Øst og utviklingen i de andre tre regionale helseforetakene. Dette gjelder både om vi ser på perioden 2007-12, 2008-12 og 2009-12.

Vi kan altså, basert på denne analysen, ikke konkludere med at man etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst har hatt en utvikling i produktivitet som skiller seg fra tilsvarende utvikling i andre regionale helseforetak. Dette gjelder både når vi ser på perioden 2007-12, 2008-12 og 2009-12.

8.4 Drøfting

Det har i perioden 2004 til 2012 vært en økning i målt produktivitet i de somatiske sykehusene på om lag 3 %, når analysene benytter en aktivitetsspesifikasjon med fire typer aktivitet og inkluderer pensjonskostnader. En analyse hvor pensjonskostnader ekskluderes gir en produktivetsvekst som er om lag dobbelt så høy. Dette resultatet er robust både for måten vi operasjonaliserer aktiviteten på og for hvilke forutsetninger som gjøres med hensyn til skalaegenskaper. I analysene er kostnadsutviklingen deflatert slik at tall fra 2004 kan sammenlignes med 2012. Analysene avdekker ikke noen avvikende utvikling i Helse Sør-Øst. På bakgrunn av denne analysen er det derfor ikke mulig å konkludere med at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst har hatt noen betydning for utviklingen i produktivitet.

Vedlegg 1: Beregning av produktivitet

DEA metoden benytter lineær programmering til å estimere produksjonsmulighetsområdet, eller “teknologien”, \hat{T} ved å ta utgangspunkt i observasjoner av produkt- og innsatsfaktorvektorer $(\mathbf{y}^j, \mathbf{x}^j)$ for hvert sykehus $j \in N$. Ved å definere grupper av sykehus $G \subseteq N$ kan man uttrykke produksjonsmulighetsområdet for hver gruppe som:

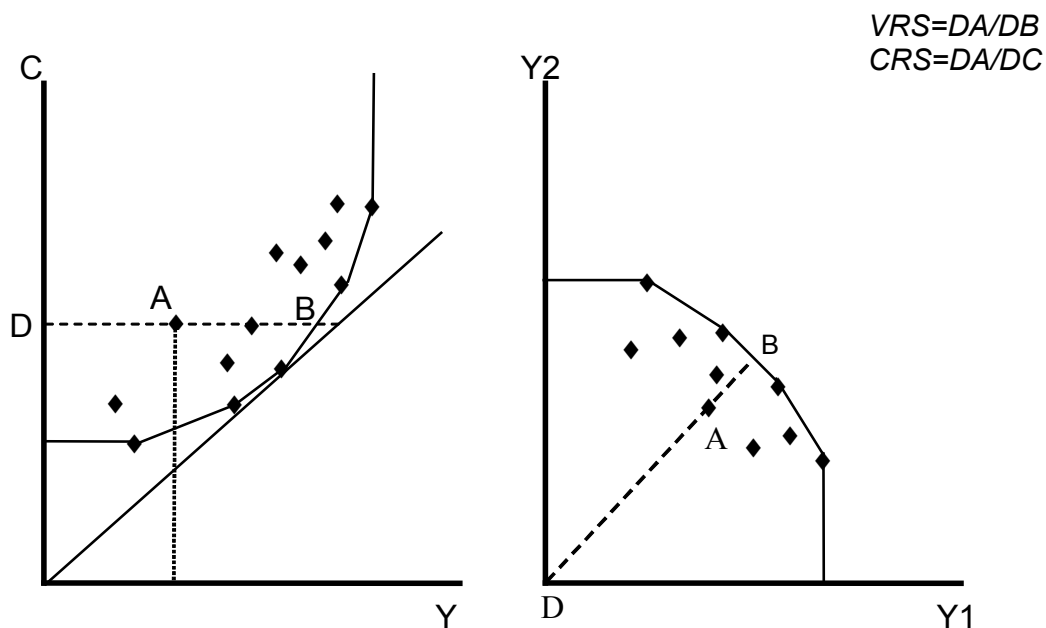
$$\hat{T}^G = \left\{ (\mathbf{x}, \mathbf{y}) \mid \mathbf{y} \leq \sum_{j \in G} \lambda_j \mathbf{y}^j, \mathbf{x} \geq \sum_{j \in G} \lambda_j \mathbf{x}^j, \sum_{j \in G} \lambda_j = 1 \right\} \quad (0.1)$$

Effektivitet under forutsetning om varierende skalautbytte \hat{E}_2 og konstant skalautbytte \hat{E}_3 for et sykehus, i , kan i følge (5) da estimeres som:

$$\begin{aligned} \hat{E}_{2i}^G &= E_2(\mathbf{x}^i, \mathbf{y}^i; \hat{T}^G) = \text{Min} \left\{ \theta \mid (\mathbf{x}^i, \mathbf{y}^i / \theta) \in \hat{T}^G \right\} \\ \hat{E}_{3i}^G &= E_3(\mathbf{x}^i, \mathbf{y}^i; \hat{T}^G) = \text{Min} \left\{ \theta \mid (\gamma \mathbf{x}^i, \gamma \mathbf{y}^i / \theta) \in \hat{T}^G \right\} \end{aligned} \quad (0.2)$$

Vedlegg 2: Tolkning av effektivitetsmålene

Figurene illustrerer effektivitetsmålene. I det første panelet vises en enkel sammenheng mellom aktivitet (Y) og kostnader (C). Den rette linjen illustrerer en situasjon med konstant utbytte med hensyn på skala (CRS),



Hvert punkt representerer sykehus. DEA «omhyller» dataene slik at de sykehusene som har lavest kostnad pr produsert enhet definerer beste praksis. De øvrige sykehusene får sin effektivitet målt opp mot en teknologi definert av disse. I det andre panelet vises mulige kombinasjoner av to produkter (Y1, Y2) for en gitt ressursbruk. Her ser vi at effektivitet måles proporsjonalt langs et fast forhold mellom de to typene aktivitet.

Vedlegg 3: Liste over helseforetak

Helseregion	Helseforetak	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse Midt-Norge	Helse Møre og Romsdal							x	x	x
	Helse Nordmøre og Romsdal	x	x	x	x	x	x			
	Helse Nord-Trøndelag	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	St Olavs Hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Helse Sunnmøre	x	x	x	x	x	x			
Helse Nord	Helgelandssykehuset	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Helse Finnmark	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Hålogalandssykehuset	x	x	x						
	Nordlandssykehuset	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Universitetssykehuset i Nord-Norge	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Sør Øst	Aker Universitetssykehus	x	x	x	x	x				
	Akershus Universitetssykehus	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Blefjell Sykehus	x	x	x	x	x				
	Det Norske Radiumhospital	x								
	Diakonhjemmet	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Lovisenberg	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Oslo Universitetssykehus						x	x	x	x
	Rikshospitalet	x			x	x				
	Rikshospitalet-Radiumhospitalet		x	x						
	Ringerikesykehuset	x	x	x	x	x				
	Sykehuset Asker og Bærum	x	x	x	x	x				
	Sykehuset Buskerud	x	x	x	x	x				
	Sykehuset i Telemark	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sykehuset i Vestfold	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sykehuset Innlandet	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sykehuset Østfold	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sørlandet Sykehus	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Ullevål Universitetssykehus	x	x	x	x	x				
	Vestre Viken						x	x	x	x
Helse Vest	Haraldsplass Diagonale Sykehus	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Helse Bergen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Helse Fonna	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Helse Førde	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Helse Stavanger	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Vedlegg 4: Regresjonsanalyser – alternative spesifikasjoner

Modell CRS/Poliklinikk målt som DRG poeng, avhengig variabel bootstrappet produktivetsmål, koeffisient og standardfeil

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Casemix dag	-0.051 (0.038)	-0.049 (0.038)	-0.050 (0.038)	-0.051 (0.038)
Casemix innleggelser	0.093 (0.069)	0.080 (0.072)	0.086 (0.074)	0.098 (0.072)
Avvik liggetid	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
År 2005	0.009 (0.010)	0.009 (0.010)	0.009 (0.010)	0.009 (0.010)
År 2006	0.008 (0.010)	0.008 (0.010)	0.008 (0.010)	0.008 (0.010)
År 2007	0.015 (0.011)	0.012 (0.012)	0.015 (0.011)	0.015 (0.011)
År 2008	0.039*** (0.012)	0.036*** (0.013)	0.038*** (0.013)	0.038*** (0.012)
År 2009	0.060** (0.028)	0.057** (0.029)	0.059** (0.029)	0.061** (0.029)
År 2010	0.007 (0.016)	0.005 (0.016)	0.006 (0.016)	0.008 (0.016)
År 2011	0.025* (0.014)	0.023 (0.015)	0.024* (0.014)	0.026* (0.015)
År 2012	0.020 (0.015)	0.019 (0.015)	0.020 (0.015)	0.021 (0.015)
Reform07		0.008 (0.011)		
Reform08			0.003 (0.012)	
Reform09				-0.003 (0.013)
Konstant	0.599*** (0.087)	0.617*** (0.091)	0.608*** (0.093)	0.592*** (0.091)
Antall observasjoner	233	233	233	233
R ²	0.842	0.842	0.842	0.842

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Modell VRS – Poliklinikk målt som DRG-poeng, avhengig variabel bootstrappet produktivetsmål, koeffisient og standardfeil

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Casemix dag	-0.001	0.001	0.001	0.001
	(0.038)	(0.038)	(0.038)	(0.038)
Casemix innleggelser	0.052	0.041	0.042	0.042
	(0.069)	(0.072)	(0.073)	(0.072)
Avvik liggetid	-0.000	-0.000	-0.000	-0.000
	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
År 2005	0.009	0.009	0.009	0.009
	(0.010)	(0.010)	(0.010)	(0.010)
År 2006	0.009	0.009	0.009	0.009
	(0.010)	(0.010)	(0.010)	(0.010)
År 2007	0.019*	0.016	0.020*	0.020*
	(0.011)	(0.012)	(0.011)	(0.011)
År 2008	0.036***	0.034***	0.035***	0.037***
	(0.012)	(0.013)	(0.013)	(0.012)
År 2009	0.030	0.027	0.028	0.027
	(0.028)	(0.029)	(0.029)	(0.029)
År 2010	0.018	0.016	0.017	0.016
	(0.015)	(0.016)	(0.016)	(0.016)
År 2011	0.034**	0.032**	0.033**	0.032**
	(0.014)	(0.015)	(0.014)	(0.015)
År 2012	0.029*	0.027*	0.028*	0.028*
	(0.015)	(0.015)	(0.015)	(0.015)
Reform07		0.007		
		(0.011)		
Reform08			0.005	
			(0.012)	
Reform09				0.007
				(0.013)
Konstant	0.696***	0.712***	0.710***	0.710***
	(0.087)	(0.091)	(0.093)	(0.091)
Antall observasjoner	233	233	233	233
R ²	0.811	0.811	0.811	0.811
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				

Modell VRS – Poliklinikk målt som antall konsultasjoner, avhengig variabel bootstrappet produktivitetsmål, koeffisient og standardfeil

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Casemix dag	-0.003	-0.002	-0.003	-0.004
	(0.036)	(0.036)	(0.036)	(0.036)
Casemix innleggelser	0.052	0.043	0.050	0.054
	(0.065)	(0.067)	(0.069)	(0.067)
Avvik liggetid	-0.000	-0.000	-0.000	-0.000
	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
År 2005	0.008	0.008	0.008	0.008
	(0.009)	(0.009)	(0.009)	(0.009)
År 2006	0.009	0.010	0.010	0.009
	(0.010)	(0.010)	(0.010)	(0.010)
År 2007	0.018*	0.016	0.018*	0.018*
	(0.010)	(0.011)	(0.010)	(0.010)
År 2008	0.039***	0.037***	0.039***	0.039***
	(0.011)	(0.012)	(0.012)	(0.011)
År 2009	0.036	0.033	0.035	0.036
	(0.026)	(0.027)	(0.027)	(0.027)
År 2010	0.022	0.021	0.022	0.022
	(0.015)	(0.015)	(0.015)	(0.015)
År 2011	0.040***	0.039***	0.040***	0.041***
	(0.013)	(0.014)	(0.014)	(0.014)
År 2012	0.034**	0.033**	0.034**	0.034**
	(0.014)	(0.014)	(0.014)	(0.014)
Reform07		0.006		
		(0.011)		
Reform08			0.001	
			(0.011)	
Reform09				-0.001
				(0.012)
Konstant	0.698***	0.711***	0.701***	0.695***
	(0.082)	(0.086)	(0.087)	(0.085)
Antall observasjoner	233	233	233	233
R ²	0.807	0.808	0.807	0.807
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				

Referanser

1. Kittelsen SA, Magnussen J, Anthun KS. Sykehusproduktiviteten etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse. Oslo University, Health Economics Research Programme, 2009.
2. Hussey PS, De Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Serv Res.* 2009;44(3):784-805.
3. Simar L, Wilson PW. Sensitivity analysis of efficiency scores: How to bootstrap in nonparametric frontier models. *Management science.* 1998;44(1):49-61.
4. Kristensen T, Olsen KR, Kilsmark J, Lauridsen JT, Pedersen KM. Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. *Health Policy.* 2012 Jul;106(2):120-6. PubMed PMID: 22534585. Epub 2012/04/27. eng.
5. Farrell MJ. The measurement of productive efficiency. *J R Stat Soc [Ser A].* 1957;120:253-81. Pubmed Central PMCID: Arkivskap.

9 Delrapport 5, Effekter og resultater. Vurdering av utviklingen på områdene tilgjengelighet og kvalitet. Rapport fra arbeidspakke 5b

Forfattere: Birgitte Kalseth, Tarald Rohde

9.1 Sammendrag

I kapittel 9.2 beskrives den metodiske tilnærmingen der vi både har benyttet kvalitative og kvantitative metoder.

Kapittel 9.3 beskriver hvordan mål og tiltak er skilt og definert av SINTEF etter at HSØ dokumentene knyttet til omstillingsprosessen er studert. Vi har funnet en slik oppdeling nyttig for å kunne drøfte hva som har skjedd og hva som mest har påvirket utviklingen. Kapitlet viser hvordan de regionale målene er direkte hentet fra nasjonale mål og at også egne utviklede mål langt på vei er identiske med de mål som er satt av nasjonale myndigheter. Det tas opp at dette ikke har noen betydning for resultatet, men at det gir utfordringer når det gjelder å vise hvilken effekt selve omstillingsprosessen og utviklingen av en egen strategi har hatt. Siden mer kvalitet og mer tilgjengelighet er hovedmålet for omstillingsarbeidet tar vi også opp hvor godt dette er definert, og finner at det er noe varierende oppfatninger av hva som ligger i dette blant fagdirektørene. Kapitlet refererer intervjuer med alle fagdirektørene i regionen som viser til at det er en gjengs oppfatning av at kvalitet har fått mer oppmerksomhet enn tidligere og at det oppfattes svært positivt.

De nasjonale målene for spesialisthelsetjenesten er både viktige referanser for HSØ sin strategi og i flere tilfelle er de benyttet uten noen form for omskriving. Kapittel 9.4 foretar en gjennomgang av de nasjonale målene som er benyttet og viser hvilke mål dette er.

Kapittel 9.5 behandler det som er de viktigste tiltakene som er initiert av HSØ i forbindelse med omstillingsprosessen med stor vekt på etableringen av sykehusområder med et mål om 80-90 prosents egendekning hva gjelder behandlingen av områdets innbyggere. Kapitlet tar også opp målene om bedre behandlingslinjer og pasientforløp og hvilke utfordringer arbeidet med dette har møtt. Det tas også opp det som er kalt "Prosjekter glemt av sykehuset", prosjekt digital fornying og igjen hva som er gjort for å oppnå mer likeverdige helsetjenester.

Vi har ikke funnet noen sentral oppsummering av arbeidet med kvalitet og de prosjekter som er beskrevet i kapittel 9.5. I kapittel 9.6 presenterer vi fagdirektørenes syn på hva som er skjedd både i deres egne foretak og deres syn på utviklingen for HSØ som helhet. Som tidligere nevnt viser de til mange prosjekter med et mål om å bedre kvaliteten på tjenestene.

Kapittel 9.7 dokumenterer utviklingen på de områder der det finnes kvantitative mål for aktivitet og kvalitet. HSØ sammenlignes med de øvrige tre helseregionene og foretakene i HSØ sammenlignes med hverandre. Sammenlignet med øvrige helseregioner finner vi ikke noen tydelig effekt av omstillingsprosessen. Utviklingen er ganske lik. Det er klare forskjeller mellom foretakene i HSØ og dette bildet er i hovedsak stabilt i perioden. På et par av områdene er forskjellene blitt mindre fordi et foretak som lå veldig godt an i starten av perioden har hatt et fall ned mot de øvrige foretakene. For en av indikatorene, utsendte epikriser, er det gjennomgående blitt en bedring og forskjellen mellom foretakene er redusert.

Konklusjonen i kapittel 9.8 viser til at det ikke kan vises til noen spesiell utvikling i kvalitet og aktivitet for HSØ som man entydig kunne ha ført tilbake til selve omstillingsprosessen. Det vises også til at det i prosessen ikke er satt opp noen prioritet av målene, noe som vanskeliggjør en presis

evaluering av hva som er oppnådd i forhold til hvilke mål som ble satt. Konklusjonen trekker spesielt fram arbeidet med behandlingslinjer som et vanskelig arbeid, der det ikke er funnet fram til en form som gir en tydelig effekt på hva som er praksis i de enkelte helseforetak. Det trekkes til slutt fram at HSØ har hatt mange store oppgaver siden sammenslåingen som påpekt i Delrapport 1. Magnussenutvalget resulterte i en fordelingsnøkkel mellom helseregionene der de tre andre fikk en høyere veksttakt enn HSØ. Så selv om vi ikke finner noen tydelig effekt av selve omstillingsprosessen må det understrekes at HSØ har hatt den samme utviklingen som de øvrige helseregionene når det gjelder aktivitet og kvalitet, og det er satt i verk mange viktige tiltak med betydning for utviklingen. Delrapport 6 i dette prosjektet viser til at det er eksempler på sammenslåinger som har slått negativt ut for driften av den nye enheten. Vi finner ikke systematiske utslag i den retning på helseforetaksnivå i denne arbeidspakken. Det utelukker ikke at deler av virksomheten har vært under betydelig press og med en viss risiko for avvik når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet i omstillingsprosessen, slik blant annet Riksrevisjonen påpeker når det gjelder OUS.

9.2 Hovedspørsmål som belyses i denne rapporten og metodisk tilnærming

Prosjektets økonomiske og dermed tidsmessige rammer fordrer en avgrensning når det gjelder hvilke problemstillinger som belyses. Oppgaven vanskeliggjøres av at det i utgangspunktet ikke ble pekt på spesifikke utfordringer knyttet til kvalitet og tilgjengelighet som skulle løses gjennom omstillingsprogrammet. Det foreligger ingen prioritert vurdering av hvilke forhold det måtte arbeides med. Dette er redegjort for i Delrapport 1 fra prosjektet.

Følgende spørsmål vil belyses:

- Hva er de viktigste tiltak som er iverksatt på regionalt nivå for å bedre kvalitet, tilgjengelighet og likeverdighet på tjenestene?
- Hvordan har kvalitet og tilgjengelighet til tjenester utviklet seg i perioden?
- I hvilken grad kan tiltak og resultater knyttes til omstillingsstrategien?
- Hvilken læring kan hentes ut fra prosessene som er gjennomført?

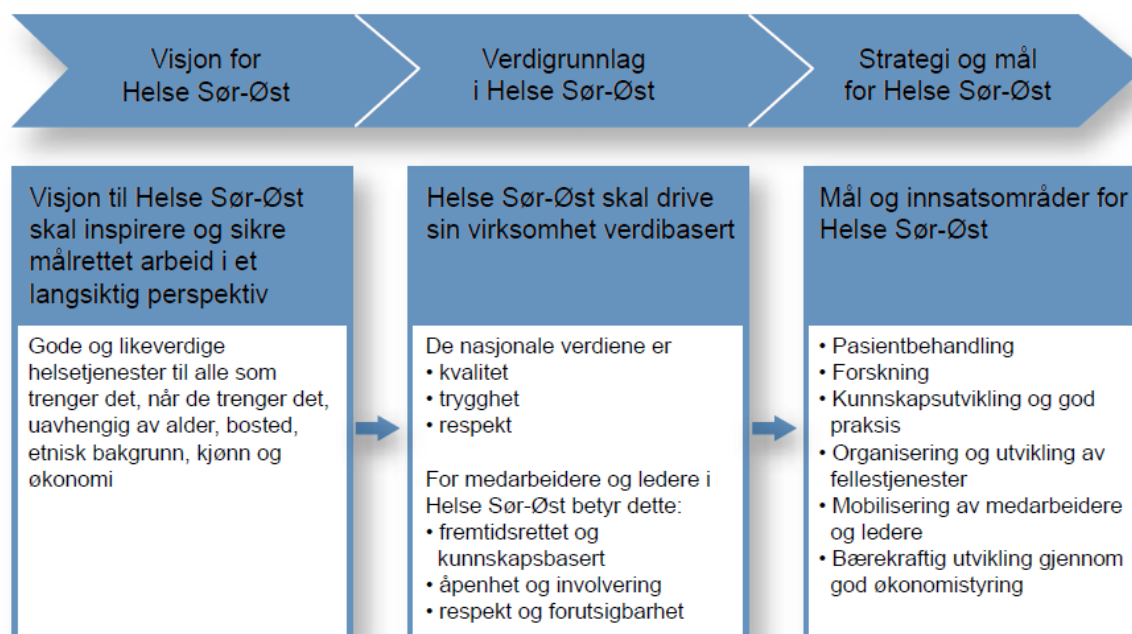
Flere metodiske innfallsvinkler brukes for å belyse dette:

- 1) Målene satt av Helse Sør-Øst sammenlignes med de nasjonale målene for de samme områdene av spesialisthelsetjenesten.
- 2) Tilgjengelige kilder brukes for å beskrive den generelle utviklingen i kvalitet og tilgjengelighet i Helse Sør-Øst sammenlignet med resten av landet. Det vurderes om de helseforetak som er mest berørt av omstillingen har en annen utvikling enn andre.
- 3) Gjennom tilgjengelig dokumentasjon og gjennom intervjuer med fagansvarlige i helseforetakene i Helse Sør-Øst søkes dokumentert hvordan de strategiske grepene har påvirket den faktiske utviklingen, siden det ikke foreligger noen skriftlig, sentral oppsummering av dette.

9.3 Hovedmålet for omstillingsprosessen er mer tilgjengelighet og likeverdighet til tjenestetilbud av god kvalitet

Figur 1 er fra strategien til Helse Sør-Øst og beskriver i kort form visjon, verdigrunnlag, strategi og mål for Helse Sør-Øst RHF

Figur 9-1 Visjon, verdigrunnlag, strategi og mål for Helse Sør-Øst RHF



Basert på styresak 108-2008 kan mål og tiltak summeres opp på denne måten:

<p>Mål :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mer tilgjengelighet og likeverdighet til tjenestetilbud av god kvalitet <p>Virkemiddel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablering av sykehusområder med god oppgavefordeling mellom sentrale områdefunksjoner og tilbud i lokalsykehus <ul style="list-style-type: none"> - samle spesialiserte funksjoner, desentralisere alminnelig tilbud, etablere tilstrekkelige opptaksområder - Samarbeide med kommunene - Videreutvikle arbeidet med pasientforløp for å sikre kontinuitet og kvalitet i oppfølgingen

Det viktigste enkelttiltaket var etableringen av sykehusområder. De skulle ha en befolkning på omlag 300 000 mennesker og ha et eget områdesykehus. Etableringen av sykehusområder skulle bidra til en arbeidsfordeling mellom nivåene hvor LEON60-prinsippet skulle være styrende. For å oppnå dette var det viktig å ha et forpliktende samarbeid med kommunene gjennom formelle avtaler og samarbeidsfora. Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, så HSØ satte dette på dagsorden noen år før det ble et nasjonalt satsingsområde. I styrevedtaket konkretiseres hva innholdet i lokalbaserte spesialisthelsetjenester innebærer og det ble slått fast at akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner som hovedregel skal samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde. Regionale funksjoner skulle som hovedregel samles ett sted i regionen. For å understøtte det faglige arbeidet ble det vedtatt å etablere regionale fagråd. Disse skulle bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning overfor det regionale helseforetaket.

I Strategi 2009-2020 for Helse Sør-Øst, vedtatt i styret 18 desember 2008, ble det definert seks innsatsområder for arbeidet med omstillingsprosessen. Disse var:

- Pasientbehandling
- Forskning og innovasjon
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

I SINTEF delrapport 1 ble det gjort en oppsummering av mål og tiltak i omstillingsprosessen slik dette framgikk av endelig strategi (se tabell 1 nedenfor), hvor det skilles mellom det som var overordnede hovedmål, organisatoriske mål, driftsmål, forholdet til primærhelsetjenesten og pasientrettede mål.

⁶⁰ LEON: Laveste Effektive Omsorgs Nivå

Tabell 9-1 Mål og tiltak for pasientbehandling for Helse Sør-Øst

	Mål	Tiltak
	<i>Effektmål</i>	
1.	Hovedmål: Mer likeverdighet Mer tilgjengelighet Kvalitet i tråd med nasjona strategi	Etablere sykehusområder med ett foretak i hvert område Felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering Enhetlig opptak for somatikk, rus og psykisk helse
	<i>Resultatmål for omstillingsprosessen</i>	
2.	Organisatoriske mål Større og mer robuste foretak, store nok sykehus til at de kan sammenlignes 80-90 prosent behandles i sitt sykehusområde Flere desentrale tilbud Tydeligere sentralisering Færre akuttmottak med kirurgi Lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet Slagenhet Mer ambulerende spesialisttilbud «Hjemmesykehus»	Samle alle regionfunksjoner Samle regionale rehabiliteringsfunksjoner Regionalt LMS Dele inn i funksjonene i: Basisfunksjoner, områdefunksjoner, regions- og landsfunksjoner Tydeligere skille mellom nivåene Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten Bedre breddekompetanse Etablering av OUS, Vestre Viken, Flytting av funksjoner mellom sykehus,
3.	Driftsmål Kortere liggetid Forhindre uønskete hendelser	Bedre kunnskapshåndtering Risikostyring og avviksbehandling Etablere behandlingslinjer
4.	Forholdet til primærhelsetjenesten Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten Etablere felles akuttmottak med kommuner	Utredninger foretatt for: Habilitering/rehabilitering Organisering av prehospitaltjenester Handlingsplan for eldre
5.	Pasientrettede mål Epikrise følger pasientene ved utskrivning Individuell plan	Sertifisering og akkreditering Virksomhetsregistrering ved akuttmottak Mer ressurser til rehabilitering og habilitering

De mest relevante av innsatsområdene for denne rapporten er det som var knyttet til etableringen av sykehusområder, med organisering av pasientbehandling og innsatsområdet om kunnskapsutvikling og god praksis. I tiden man arbeidet med strategien ble det gjort utredninger knyttet til innsatsområdene. I arbeidet med strategien ble det ikke utarbeidet noen egen rapport om kunnskapshåndtering og beste praksis. Det kom i etterkant, som en oppfølging av strategien.

Den styringsmessige oppfølgingen av strategien skjer gjennom fireårige planer som fastsetter strategisk fokus for kommende fire år og for å fange opp styringssignaler fra eier og endringer i behov skal målformuleringene i de fireårige planene oppdateres hvert år. Dette framstilles slik i «plan for strategisk utvikling 2009-2020».



Figur 9-2 Plan for utvikling av strategi i Helse Sør-Øst RHF

Den strategiske planen rulleres hvert fjerde år og forslag til endringer hentes inn ved at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører en åpen innspillsrunde der kommuner og fylkeskommuner innen helseregionen, helseforetakene i Helse Sør-Øst, private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF, landets øvrige regionale helseforetak, brukerutvalg og brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og fagorganisasjoner og andre viktige samarbeidspartnere er gitt mulighet til å gi bidrag til prosessen.

Hovedspørsmålet som ble stilt i den siste invitasjonen var: Hvilke grep anser instansene som hensiktsmessig og riktig i forhold til tilgjengelighet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten og i forhold til samhandlingsreformen?

Det kom inn 220 svar på invitasjonen om å uttale seg om hvilke grep som ble foreslått. I sak 108/2008 oppsummeres svarene slik at det i all hovedsak er støtte for den retning man oppfatter at HSØ ønsker å gå i. En spesiell oppsummering av hva som sies om tilgjengelighet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten er ikke oppsummert. Det refereres at flertallet av høringsinstansene støtter etableringen av sykehusområder.

Vårt hovedanliggende i denne rapporten er å vurdere hvorvidt omstillingsprosessen har bidratt til å oppnå hovedmål om bedre kvalitet, tilgjengelighet og likeverdighet i tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst.

Det var ikke kvalitetsproblemer som i utgangspunktet motiverte en sammenslåingen av Helse Sør og Øst. Ut fra den informasjon vi har tilgjengelig vises det ikke til beskrivelser av dårlig tilgjengelighet eller kvalitetsbrist i tjenestene i utredninger forut for omstillingsarbeidet. Kvalitet var heller ikke et eget innsatsområde i omstillingsprogrammet. Vi finner også lite konkretisering av forventende effekter på kvaliteten og tilgjengelighet av omstillingsarbeidet i dokumentene

utarbeidet i forbindelse med strategiarbeidet. Hele omstillingsprogrammet for HSØ er imidlertid knyttet opp mot den nasjonale kvalitetsstrategien⁶¹. Den nasjonale strategien stiller krav til tjenestene om at de skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Omstillingsarbeidets mål kan ut fra dette tolkes til å skulle bidra til bedre muligheter for å utvikle kvalitet og tilgjengelighet av tjenestene.

En risiko er at en omfattende *omstillings-/omorganiseringsprosess i seg selv* vil kunne skape kvalitetsproblemer i kortere eller lenger perioder på grunn av behov for samordning av aktiviteten ved kliniske avdelinger, samordning av administrative systemer, tilpassing av personellfordeling i forhold til ny organisasjonsstruktur og tilsvarende. I sak 068/2007 poengteres det at det er en risiko for at endringene ikke vil komme godt nok fram. "Helse Sør-Øst skal synliggjøre resultatene av arbeidet med innsatsområdene på en tydelig og offensiv måte. Mangelfulle synlige resultater av arbeidet med de fem innsatsområdene er definert som et av risikoområdene for Helse Sør-Øst i 2008." Risikoen for at de ulike målene som settes opp kan konkurrere mot hverandre, skal løses ved at: "På den ene siden vil en være konsekvente og insisterende på at det alltid er pasientens interesser som skal veies tyngst når endelige beslutninger skal tas. På den andre siden vil en gjennom dyp og bred involvering søke etter løsninger som oppleves som positive for alle involverte parter, og til minst mulig ulempe." I dokumentet som lå til grunn for sak 108/2008 står det: "En risiko i omstillingsfasen vil være at kvaliteten i pasienttilbudet reduseres i form av lengre ventetider eller mindre forutsigbarhet. For å motvirke dette må det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser og analyser av pasientforløp før organisatoriske endringer gjennomføres." I arbeidet med Forskningsprogrammet er denne risikoen løftet fram spesielt.

Siden målene som ble satt i utgangspunktet og som etter hvert ble et resultat av prosessen langt på vei er identiske med de årlige kravene alle landets regioner blir stilt overfor i tildelingsbrevene fra Helse- og omsorgsdepartementet, kunne det vært naturlig med en vurdering av hvilke styrker HSØ ville opprettholde og hvilke svakheter de ønsket å bruke fusjonen til å svekke. Vi finner ikke noen slik SWOT analyse gjennom de dokumentene vi har hatt tilgang til. Det at tilgjengelige dokumenter ikke har foretatt en vurdering av utgangspunktet før omstillingsarbeidet startet gjør evalueringen noe vanskelig for alle deler av virksomheten som ikke kan måles ved de data som finnes tilgjengelig for pasientaktivitet og kvalitet.

For å bøte på dette er alle fagdirektørene i alle sykehusområdene intervjuet. Deres vurderinger er flettet inn i rapporten på de områdene det er relevant.

⁶¹ Sak 068-2007, SAMLET PROGRAM FOR UTVIKLING OG OMSTILLING AV HELSE SØR-ØST

9.3.1 Hvordan avgrense begrepene kvalitet, tilgjengelighet og likeverdighet?

Begrepet "kvalitet" i helsetjenesten er ikke entydig og man kan vanskelig tenke seg at det finnes en enkel definisjon som i seg selv kan danne utgangspunkt for hvordan kvalitet konkret kan måles. Ofte vil man se kvalitet ut fra ulike perspektiver (pasientperspektiv, styringsperspektiv, samfunnsperspektiv) og man skiller gjerne mellom ulike kategorier (medisinsk kvalitet, omsorgskvalitet, fasilitetskvalitet, varighet⁶² eller dimensjoner (effekt, sikkerhet, tilgjengelighet, effektivitet osv (jfr Nasjonal kvalitetsstrategi)). I nasjonal kvalitetsstrategi blir kvalitet definert med utgangspunkt både i et pasientperspektiv og et systemperspektiv. Grepperud rendyrker i større grad kvalitet sett fra et pasientperspektiv fordi effektivitet i systemet som helhet, for eksempel ressursutnytting, ikke inkluderes. Som samfunn er det viktig å bruke begrensede ressursene på en måte som sikrer god prioritering av fagområder, personell og penger, samtidig som behandlingen holder høy kvalitet og er rettidig. For den enkelte pasient og fra et helsefaglig ståsted er det det siste som står i fokus, og det man vanligvis forbinder med kvalitet. I et overordnet perspektiv vil begreper som tilgjengelighet og likeverdighet være dimensjoner i beskrivelser av kvaliteten på et system for levering av helsetjenester, mens man ellers ofte skiller mellom den medisinskfaglige kvaliteten på tjenesten og tilgangen til de samme tjenestene.

I Strategien til HSØ er det eksplisitt uttrykt at omstillingsprosessen skal føre til *mer tilgjengelighet og likeverdighet*. Som beskrevet over er ikke disse begrepene entydige. Tilgjengelighet er ofte regnet som en viktig kvalitetsdimensjon for pasientene og blir som regel koblet til ventetider, men kan også være et spørsmål om hvilke tilbud som finnes, fordelingen av et tilbud og hvor geografisk tilgjengelig tilbudet er. Tilgjengelighet defineres ofte som at befolkningen skal ha tilgang til gode helsetjenester når den enkelte har behov for det, uavhengig av bosted eller individuelle kjennetegn. Funksjonsfordelingen mellom sykehus innen sykehusområdene er relevant i den sammenheng fordi det påvirker nærhet til tjenestene. Likeverdighet i tjenestetilbudet handler også om tilgjengelighet, men ofte vil dette ikke bare kobles til hvor man bor, men at alle skal ha den samme tilgangen til gode helsetjenester uavhengig av sosial klasse/inntekt, kjønn, alder og nå også etnisitet og kulturell bakgrunn. Derfor kan det være en motsetning mellom likeverdighet og tilgjengelighet. Noen kan få lengre reisetid til et tilbud for at det skal være likeverdig kvalitet for alle som søker tilbudet.

Ulike kvalitetsdimensjoner kan være motsetningsfylte ved at det kan være vanskelig å oppnå ulike mål samtidig. Mål om nærhet til tjenester kan stå i motsetning til medisinsk kvalitet hvis nærhet medfører mindre tilgang på personell som innfrir krav til kompetanse eller at kostnadene ved utstrakt desentralisering er svært høye. Ser vi på Norge som helhet er dette en høyst relevant problemstilling.

Slik vi tolker plangrunnlaget for omstillingsprosessen skal dannelsen av sykehusområdene med en god arbeidsfordeling mellom område-sykehusene, lokalsykehusene (basissykehusene) og gjennom samarbeid med kommunene være redskapet for å sikre god tilgjengelighet til og likeverdighet av tjenester. Oppgavefordelingen kombinert med etablering av retningslinjer for gode pasientforløp skal sikre at pasientene får behandling av god kvalitet på riktig nivå. Samtidig skal kvaliteten i alle ledd sikres gjennom god kunnskapshåndtering, risikostyring og avviksbehandling⁶³.

⁶² Grepperud, S. Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?, Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:1112–4

⁶³ Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet, Hovedstadsprosessen – Delprosjekt 1, 2008

9.3.2 Fagdirektørenes forståelse av tilgjengelighet, likeverdighet og kvalitet

Gjennom intervjuer med fagdirektørene i helseforetakene kom det fram at de fleste har en oppfatning av hva som ligger i begrepene tilgjengelighet og likeverdighet, men at de er mangetydige. Det var også klart at den regionale strategien ikke ble oppfattet som klar på dette området, uten at det ble oppfattet som svært problematisk. Oppmerksomhet og prioriteringer er i like stor grad påvirket av løpende nasjonale og regionale føringer og lokale utfordringer. Samtidig gis det uttrykk for at en strategi er viktig som en overordnet retningsgivende veileder i forhold til kvalitetsarbeidet. I arbeidet med foretakenes egne strategier har noen kopiert og tilpasset formuleringer fra HSØ strategien, andre har hentet formuleringer fra nasjonale dokumenter. Alle er tydelige på at de har nytte av regionale og nasjonale retningslinjer. De gir autoritet i arbeidet med å strukturere foretakets virksomhet på det medisinske faglige området.

Tilgjengelighet blir først og fremst knyttet til ventetider og fristbrudd av de fleste fagdirektørene. Dette gjenspeiler i stor grad den sterke vektleggingen av dette i den regionale og nasjonale styringsdialogen de siste årene. I områder hvor geografi og lokalisering er aktuelle spørsmål, er nærhet til tilbud og opprettholdelse av funksjoner lokalt også et viktig tilgjengelighetsspørsmål. Sitatene vi har hentet ut under viser at man er opptatt av at tjenestene skal være tilgjengelige for de som har behov for det og at det mest brukte målet på dette er ventelister/ventetider.

"Ja, for meg er det først og fremst dette med tilgjengelighet. Det er jo det vi hele tiden blir målt på i fht om vi overholder frister og hva ventetiden er,"

"Økt tilgjengelighet er noe som vektlegges veldig politisk og det har jo vært veldig fokusert rundt dette med ventetider, ...hvis du spør hvordan vi følger det opp, så er det på en måte oppfølging knyttet til ventetider som blir sentralt."

"Tilgjengelig blir på en måte to ting, det ene blir den tilgjengeligheten vi snakker om i fht likeverd, uansett hvor jeg bor i regionen så skal jeg ha tilgjengelighet til et godt helsetjenestetilbud eller spesialisthelsetjenestetilbud. På den annen side så er jo tilgjengelighet, hvert fall nå i det siste veldig, veldig mye mer brukt i fht fristbrudd, ventetider, altså tilgjengelighetsbegrepet i fht å komme innenfor, ... ikke bli stående på en venteliste. Og jeg er litt usikker jeg, på hvilke av de to definisjonene på tilgjengelighet som man har tenkt i strategien i 2008,"

"Likeverdighet og tilgjengelighet det gjennomsyrrer jo all informasjon fra Helse Sørøst, all dialog egentlig. ... så det har vi jo tatt på alvor. Og vi bruker jo begrepene tror jeg ganske sånn entydig innenfor Helse Sørøst-gruppen,, Og vi har jo en spesiell utfordring i fht innvandrermedisin"

I en lokal kontekst kobles likeverdighet og kvalitet inn som dimensjoner når det er snakk om tilgjengelighet. Likeverdighet og tilgjengelighet oppfattes dermed å ha både en geografisk (nært hvor du bor) og en individuell dimensjon (hvem du er). Hva som vektlegges mest er avhengig av lokale forhold, spesielt knyttet til helseforetakenes organisering og plassering. Noen påpeker at det ikke kan bli lik geografisk tilgjengelighet til alle tjenester (likeverdige tilbud lokalt), men man skal uansett ha likeverdige rett til tjenester av god kvalitet.

".. så likeverd blir på en måte ikke likt, men det blir at man skal se på hvordan man kan gi et godt og sammenlignbart tilbud nærmest i regionen. ... hvis vi får hjerteinfarkt på Gaustad

stasjon eller i Kirkeveien så er det kortere vei for å få en PCI⁶⁴ enn om du bor her hvor jeg bor. Men hvis jeg får hjerteinfarkt i morgen, så har jeg samme tilgangen til behandlingen på Rikshospitalet, men jeg må få en annen prehospital behandling på vei dit. Og for meg er dette likeverdige tjenester."

Spenningen mellom sentralisering og tjenester nært pasientenes bosted er aktuelle problemstillinger innad i noen av helseforetakene. Her kommer kvalitetsdimensjonen inn. Noen opplever et betydelig spenningsfelt mellom kvalitet og geografisk tilgjengelighet, hvor lokalpolitiske hensyn står sterkt. Hva som legges i likeverdige tjenester og tilgjengelighet er derfor kontekstavhengig.

"og det er ikke samme beredskap alle steder og det er ikke samme kvalitet. så har vi satt i gang en utviklingsplan hvor vi faktisk foreslår å redusere til x akuttmottak istedenfor y. Og det er for å få en mer likeverdig tjeneste"

"Men det du spør om likeverd, så er jo det selvfølgelig et tema som er egentlig ganske problematisk og som vi er ganske fed up med, for å si det rett ut. Det er jo ikke noe realisme i det med likeverd annet enn i tjenesten for den enkelte pasient, Så vi har slitt mye med det ordet, det som det har blitt ofte diskusjoner om, det er at man mener at sykehusets tjeneste skal være den samme....., og der har vi evig strid Sånn at begrepet er vanskelig. Men det er jo ikke noe tvil om at den enkelte pasient opplever at en får samme kvalitet."

I strategien vektlegges at man skal sentralisere det man må og desentralisere det man kan. Det ligger altså klare føringer for at tjenester skal være så geografisk tilgjengelige som de kan være ut fra en helhetlig vurdering av kvalitet og hensiktsmessig ressursbruk. Noen nevner dette spesifikt i forhold til planlegging, at det både er en forventning om desentraliserte tjenester samtidig som man også ser klare fordeler med å sentralisere mange funksjoner også innenfor helseforetak.

"Ja, vi prøver jo i samhandlingsreformens ånd, så er vi jo opptatt av å prøve å få desentralisert spesialisthelsetjenester, og vi jobber med å få bygget opp mer tjenester på LMS⁶⁵ ene blant annet. Hvordan skal vi ende opp med et hovedsykehus? hvordan blir da de desentraliserte tjenestene Så det bryter jo rett inn i tilgjengeligheten,"

Kvalitetsbegrepet kobles også til tilgjengelighet ut fra antakelser om potensiell ulikhet i kvalitet mellom helseforetakene generelt. I et slikt perspektiv oppfattes strategiens vektlegging av utvikling av standardiserte retningslinjer for pasientforløp, behandlingslinjer og pasientsikkerhet som viktig for å understøtte kvalitetsarbeidet.

I områder med en stor innvandrerbefolkning er begrepet likeverdighet mest koblet til å sikre at tjenestetilbudet gjøres like tilgjengelig for alle uavhengig av kulturell bakgrunn, språklige hindringer eller pasientgruppe. Det ble også vist til oppgaven med å gi ruspasienter en like tilgjengelig og god behandling som andre. På det området er det en utfordring at den psykiske lidelsen gjør det vanskeligere å avdekke somatiske lidelser og at tilbudet på dette området er utilstrekkelig.

⁶⁴ PCI er utblokking av blodårer.

⁶⁵ LMS er forkortelse for Lokalmedisinske sentre

Brukermedvirkning ble trukket fram som noe som kunne bidra til mer likeverdighet og at man gjennom strategiarbeidet har fått rettet mer oppmerksomhet mot å trekke pasientene med sine brukerrepresentanter bedre med for å vurdere tjenestene. I arbeidspakke 2/4 har brukerne også påpekt at deres medvirkning har blitt bedre ivare tatt som en forlengelse av omstillingsprosessen.

Det siste som ble trukket fram av fagdirektørene var opprettelsen av en koordinerende enhet som bidro til en felles vurdering av om pasientene skulle få tilbud hos private aktører eller hos offentlige.

"Og sammenslåingen av sør og øst med opprettelse av en felles regional koordinerende enhet for koordinering som skulle vurdere alle søknader fra fastleger og avtalespesialister, den har vært veldig god og ført til mer likeverdig behandling av søknader i det private."

En punktvis oppsummering av hva fagdirektørene la i likeverdige tjenester var:

- Lik rett til likeverdige tjenester av god kvalitet på ulike spesialiseringsnivå uansett hvem du er eller hvor du bor, kulturell bakgrunn og uavhengig av hvor tilbudet er lokalisert.
- Samme gode tjenestetilbudet på tvers av sykehus som har samme behandlingstilbud, for eksempel medisinsk kvalitet og ventetid
- Bevare behandlingstilbud på ulike sykehus for å opprettholde en likeverdig tilgjengelighet.
- Styrke brukermedvirkningen

Likeverdige tjenester har vært satt som et mål for helsetjenestene i Norge i mange år. Alle strategier bør derfor ha dette som en rettesnor. Intervjuene viser at hvilke tiltak man mener er viktigst for å oppnå dette varierer en god del. Siden strategien skulle være retningsgivende for omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er et mål om likeverdige tjenester for generelt til å bidra til en felles innsats for å få mer tilgjengelighet på de områdene der man mente man underpresterte.

9.4 Nasjonale tiltak for bedre pasientsikkerhet og kvalitet

Fagdirektørene var enige om at sentrale retningslinjer var viktig og at de var nyttige. Siden det er en stor grad av overlapping mellom strategiens konklusjoner og ulike nasjonale program, var de ikke alltid sikre på hvor de hadde hentet retningslinjene fra. Vi finner det derfor nyttig å skissere de nasjonale tiltakene for bedre pasientsikkerhet og kvalitet slik at dette kan ligge til grunn for den senere oppsummeringen av hva som er oppnådd/iverksatt.

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" ble lansert i januar 2011. Den ble fra 2014 omgjort til et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram for sykehusene og primærhelsetjenesten. Programmet skal følges opp i alle RHF og HF. Hovedmålet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Kampanjens mål skal nås ved å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder. Følgende innsatsområder er valgt ut:

- Trygg kirurgi, med særlig oppmerksomhet på postoperative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Samstemming av legemiddellister og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten

- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av selvmord i døgnpsykiatriske avdelinger
- Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon
- Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med kateterbruk

Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

Kunnskapssenteret fikk ansvar for dette fra 1.juli 2012.

Paragraf 3-3 i Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at alle helseinstitusjoner som omfattes av loven skal sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Intensjonen med meldeordningen er å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten ved å lære av hendelser som førte til, eller kunne ha ført til, betydelig pasientskade. Det publiseres ikke oversikter i en slik form at vi kan bruke det som grunnlag for å vurdere om omstillingsprosessen har påvirket omfanget av uønskede hendelser. Forskjeller i terskel for å melde hendelser kan i tillegg føre til at de som er gode til å melde kan komme urettmessig dårlig ut i en slik sammenligning.

De nasjonale kvalitetsindikatorene

I sin egen monitorering av kvalitetsområdet har Helse Sør–Øst brukt tilgjengelige nasjonale indikatorer som alle helseforetak plikter å rapportere underlagsdata for til Norsk pasientregister, Folkehelseinstituttet og Kunnskapssenteret. I denne rapporten vil vi bruke disse og sammenholde utviklingen i Helse Sør Øst med resten av landet, i tillegg til å se på den interne utviklingen i helseforetakene innen regionen. Noen av indikatorene er generelle i betydningen av at de ikke er fagspesifikke, mens andre er fagspesifikke (Se vedlegg 1 for oversikt)..

Innen psykisk helsevern er indikatorene foreløpig i stor grad relatert til ventetid. Psykisk helsevern for voksne er det egne indikatorer som brudd på vurderingsgarantien, utsending av epikrise, ventetid, tvangsinnleggelse, for å nevne noen.

Psykisk helsevern for barn og unge har indikatorer som omfatter registrerte diagnoser, henvisning innen ti dager, fristbrudd, ventetid, blant annet.

Innenfor somatisk område dekker de generelle indikatorene målbare forhold som korridorpasienter, tid før epikrise sendes fra sykehuset, infeksjoner og tilsvarende. Samlet oversikten finnes som vedlegg 2 til denne rapporten. Fagspesifikke indikatorer omfatter blant annet når pasienter med lårhalsbrudd opereres, andel med individuell plan innenfor feltet barnehabilitering, hjerneinfarktpasienter med trombolyse og 5 års overlevelsestall for noen kreftformer.

Kapittel 7 i rapporten beskriver utviklingen i slike mål for å se om det skjer klare endringer etter at omstillingsarbeidet ble startet.

Fra 2014 er det også knyttet økonomiske insentiver til helseforetakenes/regionenes prestasjoner på kvalitetsindikatorene, men av naturlige årsaker er ikke dette en del av vår vurdering.

Ventetidsutviklingen følges tett opp av helsemyndighetene gjennom publisering av resultater tre ganger årlig. Regionene får i tillegg tall fra Norsk pasientregister (NPR) månedlig.

9.5 Tiltak i Helse Sør-Øst for å bedre pasientsikkerhet, kvalitet og tilgjengelighet

9.5.1 Etablering av sykehusområder

Det tydeligste grepet som ble gjort var å etablere sykehusområder i hele Helse Sør-Øst. De geografiske områdene var i all hovedsak på plass fra tidligere, bortsett fra i selve Hovedstadsområdet, men man ønsket å tydeliggjøre bedre plikter og muligheter for det enkelte sykehusområde, slik det er formulert i sak 108/2008.

Fra sak 108 2008

Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres etter pasientenes behov. Sykehusene, i samarbeid med kommunene og fastlegene, skal organisere tilbudet for å sikre rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Tjenestene skal utvikles fra døgn-til dagbehandling og polikliniske tjenester der dette er hensiktsmessig for pasienter og i tråd med faglig god praksis. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.

Innenfor hvert sykehusområde må det *etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling* for å sikre etterlevelse av prinsippene i denne styresaken.

Sykehus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner og Informasjonsgrunnlag som sikrer *helhetlige og sammenhengende pasientforløp* som bygger på beste kunnskap, er trygge og baseres på reell brukermedvirkning.

Etableringen av nye sykehusområder med tilhørende organisatorisk og styringsmessig struktur skal være det overordnede og bærende fundament i utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. En grunnleggende motivasjon for etablering av større opptaksområder/sykehusområder er at et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus innenfor et geografisk område skal legge til rette for:

- helhetlige pasientforløp,
- et oversiktlig tjenestetilbud med god tilgjengelighet,
- differensiering av tjenestene i lokalbaserte, spesialiserte tjenester og regionale funksjoner,
- sikre at flest mulig spesialisttjenester tilbys innenfor hvert sykehusområde,
- samordning av tjenestene innen somatikk, psykisk helsevern og rus,
- styrket forskning og fagutvikling og
- god samhandling og oppgavefordeling med kommunene
- god bruk av de samlede ressurser

Et styrende prinsipp for dette var at pasientbehandlingen skulle følge LEON-prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå og at mesteparten av behandling og oppfølging for

vanlige og sammensatte lidelser skjer ved lokalsykehuset (basissykehuset) og i samarbeid med kommunene. Bare tjenester hvor det er behov for mer dybdekompetanse skal sentraliseres. Mest mulig desentralisering av tjenesten gjennom det lokalbaserte tilbudet er altså et hovedprinsipp.

Samtidig med gode lokalbaserte tilbud vektlegges behovet for sentralisering av funksjoner hvor det er nødvendig for å oppnå best mulig kvalitet gjennom sikring av sterke fagmiljøer. Større volum skal gi bedre kvalitet. Dette gjelder innenfor sykehusområdene ved at spesialiserte områdefunksjoner som hovedregel skal ligge ett sted når det er flere sykehuslokalisasjoner i helseforetaket, og at behandling karakterisert som regionfunksjon som hovedregel skal samles på ett sykehus i regionen.⁶⁶

Det er ikke eksplisitt formulert at danningen av sykehusområdene vil gi bedre kvalitet og tilgjengelighet, men ansvaret for å følge opp kvalitetsarbeidet er tydelig gitt til det enkelte sykehusområdet, og med et tilstrekkelig stort pasientgrunnlag mente man at en slik organisering ville gi de beste vilkårene for et videre arbeid med å heve kvaliteten. Siden områdene hadde omlag det samme pasientgrunnlaget, mente man at det også ville være mer relevant å sammenligne resultatene for sykehusområdene.

9.5.1.1 Sykehusområder styrt av LEON-prinsippet

Det var først og fremst i hovedstadsområdet at etableringen av sykehusområder førte til endringer av hvilket geografisk område det enkelte foretaket hadde ansvaret for. Følgende endringer har skjedd på helseforetaksnivå:

Oslo sykehusområde:

Oslo universitetssykehus ble etablert januar 2009. Områder som tidligere tilhørte Aker ble senere overført til OUS bortsett fra bydelen Alna og kommunene i Follo som ble overført til AHUS. Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet i Oslo inngår som et tilbud i Oslo sykehusområde og har lokalsykehusansvar for befolkningen i spesielle bydeler innen gitte fagområder/funksjoner. OUS har et lokalsykehusansvar for omlag 220 000 mennesker, mens Lovisenberg og Diakonhjemmet har ansvaret for resten. Målet om en egendekning på 80-90 prosent gjelder for sykehusområdet Oslo som da har to middels store private sykehus og et stort sykehus som er regionsykehus med mange nasjonale oppgaver. Hvordan målet med 80-90 % egendekning skal måles i dette området er ikke spesifisert.

Vestre Viken:

Sykehusområdet ble formelt opprettet fra januar 2010. Sykehusene i Rjukan og Notodden med tilhørende pasientgrunnlag ble lagt inn under Sykehuset i Telemark, mens Kongsberg sykehus ble lagt inn under sykehuset i Drammen. Sykehuset Asker og Bærum med sitt befolkningsområde ble innlemmet i Vestre Viken. Ønskede endringer var at sentralsykehusfunksjoner og noen lokalfunksjoner som tidligere ble dekket av Oslo sykehusene, først og fremst Rikshospitalet og Radiumhospitalet, skulle legges til Vestre Vikens områdesykehus. Fra januar 2011 har Drammen sykehus områdefunksjon innen nevrokirurgi. Sykehuset skal ta imot øyeblikkelig-hjelp-pasienter

⁶⁶ (Fra styresak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde hovedstadsprosessen og Fra Innspillnotatet "Større opptaksområder/sykehusområder i Helse Sør-Øst (Notat 15.02.2008)). Sak 133-2008 omstillingsprogrammet: Hovedstadsprosessen- plan for oppfølging og gjennomføring.

med nevrologiske sykdommer som tidligere ble sendt til Oslo Universitetssykehus (OUS). Oslo Universitetssykehus skal fortsatt ha regionsfunksjon. Pasienter med hjerneslag fra Asker og Bærum skulle fortsatt til Sykehuset Asker og Bærum, eller til OUS dersom det er behov for mer spesialiserte tjenester. Andre funksjoner som skal ivaretas av Vestre Viken og som tidligere gikk til Oslo sykehus er spesialisttilbudet innenfor habilitering av barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet nevrologisk funksjonsnedsettelse som gir store og sammensatte vansker, pasienter med blodsykdommer, mammografiscreening og brystkirurgi. Barneavdelingen i Vestre Viken HF fikk fra januar 2011 overført pasienter fra Asker og Bærum. Syke nyfødte og for tidlig fødte barn var planlagt overført fra januar 2012. For å kunne ivareta det noe større ansvaret fikk Vestre Viken også overført noe mer driftsmidler.

Vi går ikke videre inn på den formelle arbeidsdelingen mellom Vestre Viken og OUS. Med fritt sykehusvalg har det ikke vært så lett å snu strømmen av pasienter fra Asker og Bærum til Oslo sykehusene, men målet om en egendekning på 80-90 prosent gjelder også for Vestre Viken.

Akershus universitetssykehus:

Fra januar 2011 ble pasienter fra kommunene i Follo og bydel Alna overført til Ahus. Fra tidligere hadde Ahus ansvar for Oslobydelene Grorud og Stovner. Ahus har ikke ansvar for befolkningen i Asker og Bærum selv om det er en del av Akershus fylke.

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark

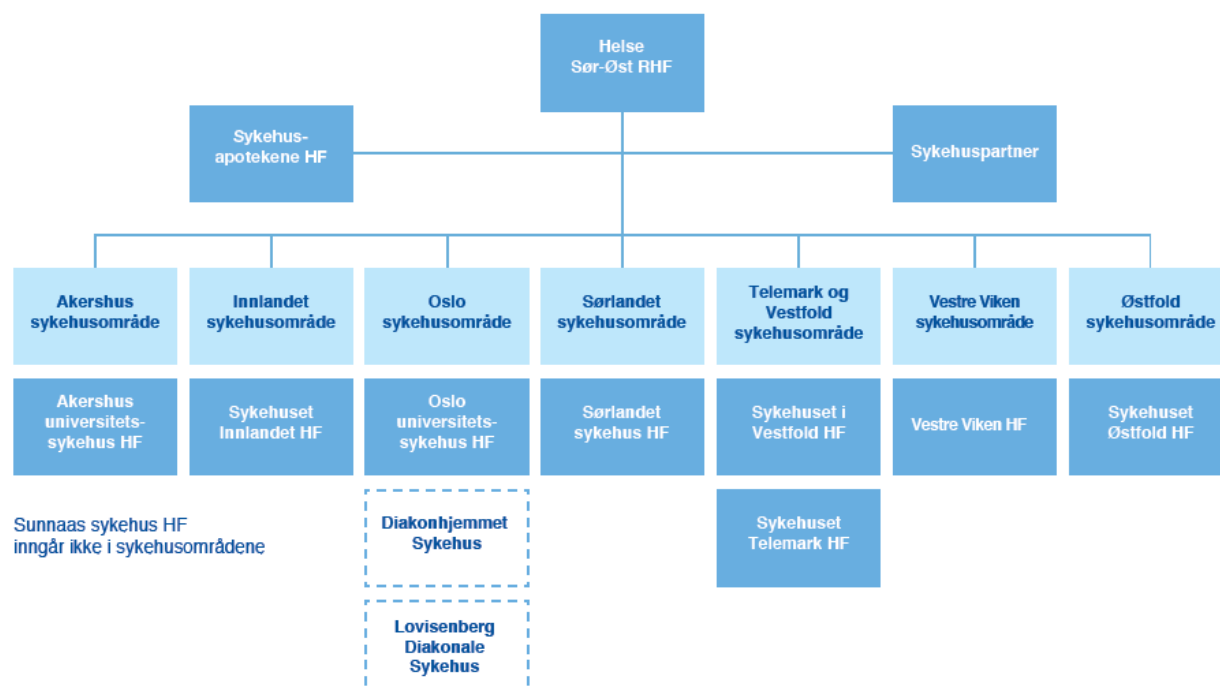
Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark har felles sykehusområde, men ingen av sykehusene har endret status som følge av innføring av sykehusområder. De opprettholdes som egne foretak så sykehusområdet Telemark/Vestfold har da ikke ett områdesykehus. Siden omstillingsarbeidet startet er foretaket for psykisk helsevern og foretaket for de somatiske tjenestene i Vestfold slått sammen i ett foretak som heter Sykehuset i Vestfold HF. Det er etablert noen felles funksjoner for de to foretakene. De har felles prehospital klinikk. Karkirurgien er samlet ved Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark har ansvar for å betjene hjemmeboende med oksygen. Siden det nå er et felles sykehusområde samarbeider de to foretakene med en utviklingsplan for bygningene som har et perspektiv fram mot 2025.

Øvrige sykehusforetak

For Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Østfold HF og Sørlandet sykehus HF innebar etableringen av sykehusområder ingen endring i pasientgrunnet.

Etableringen av sykehusområdene førte ikke til noen endring av antall driftsenheter. Det har gjennom perioden vært noen endringer i styringsstrukturen innad i helseforetakene, men ingen sykehus har blitt nedlagt. Mest berørt har Aker sykehus vært. Der er aktiviteten redusert vesentlig og sykehuset har fått andre oppgaver i regi av OUS og Oslo kommune. Endringene i funksjonsfordeling har i hovedsak skjedd innenfor helseforetakene, samtidig som endringene i de geografiske opptaksområdene/befolkningsansvar har konsekvenser for aktivitetsnivået for de berørte avdelinger/sykehus. Det forventes en endring i pasientstrømmene i henhold til dette. I tillegg vektlegger strategien en sentralisering av svært spesialiserte funksjoner og samtidig en høy grad av egendekning for hvert sykehusområde.

ORGANISASJONSKART



Figur 9-3 Organisasjonskart for Helse Sør-Øst

9.5.1.2 Egendekning i sykehusområdene

Det er et mål at innenfor sykehusområdene skal 80-90 prosent av befolkningens behov for tjenester dekkes, noe som ifølge strategien innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder. Det er ikke presisert hvordan målet om 80-90 prosent dekning skal måles. Mulige mål er antall individuelle pasienter, døgnpasienter, antall kontakter eller DRG-poeng. I de fleste dokumentene utarbeidet i forbindelse med strategiarbeidet er DRG poeng benyttet. Siden formuleringen er at 80-90 prosent skal dekke befolkningens behov kan det være riktigere å bruke antall kontakter. Siden mer avanserte tjenester har høyere DRG enn de mindre spesialiserte vil andelen som går ut av sykehusområdet bli større ved bruk av DRG enn ved bruk av antall kontakter.

Tabell 2 viser egendekningen målt som antall kontakter med sykehusene. Situasjonen for Oslo i 2007 var slik at det ikke er meningsfylt å forsøke å beregne egenandelen det året. Det samme kan til en viss grad sies om 2011, men da er selve sykehusområdet klart definert. Summen av OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet er over 100 % og gjenspeiler at OUS både er regionalsykehus og landssykehus for en rekke funksjoner. Tabellen viser at egendekningen har endret seg lite siden 2007. Der det er skjedd endringer er egendekningen redusert. Størst er reduksjonen for Vestre Viken. Det skyldes utelukkende at Sykehuset Asker og Bærum er inkludert i 2011, og tradisjonelt har befolkningen i Asker og Bærum i stor grad søkt inn til Oslo for å få dekket sitt behov for sykehustjenester. Denne praksisen har endret seg lite.

Tabell 9-2 Egendekning for sykehusområdene i Helse Sør-Øst, pasientkontakter, utvikling fra 2007 til 2011

	Andel av eget foretaksområde	
	2007	2011
Sykehuset Østfold HF	0,85	0,81
Sykehuset Innlandet HF (Inkl. revmatisme)	0,85	0,83
Akershus universitetssykehus HF	0,54	0,54
Oslo universitetssykehus HF		0,86
Lovisenberg		0,15
Diakonhjemmet		0,25
Vestre Viken HF	0,77	0,69
Martina Hansens hospital	0,03	0,03
Sykehuset i Vestfold HF	0,78	0,79
Sykehuset Telemark HF	0,82	0,79
Betanien hospital	0,08	0,08
Sørlandet sykehus HF	0,91	0,94

Det har vært vanskelig å finne gode tall som kan vise om det er skjedd en sentralisering i tråd med hva strategien har satt som mål. Data fra SAMDATA viser at det er skjedd en konsentrasjon av akutt kirurgi ved at det utføres flere slike på Ullevål. Det kan også dokumenteres en konsentrasjon av behandlingen for pancreaskreft, kreft i spiserøret, PCI behandling og bypassoperasjoner⁶⁷

På kreftområdet ble det utarbeidet en regional handlingsplan på grunnlag av utredninger fra fagrådet for kreftbehandling. Styret i Helse Sør-Øst RHF gjorde vedtak om funksjonsfordeling av kreftbehandling med faglige føringer og krav til minstevolum for behandlingsområdene innen kreftkirurgien. Styresakene 85/2010 og 46/2012 viser samlet funksjonsfordelingen og handlingsplan for kreftområdet fram mot 2015 for Helse Sør-Øst. Styrets beslutning ble tatt inn i Oppdrag og bestilling 2011 til helseforetakene og forutsettes gjennomført innen gjeldende inntektsrammer. Det ble forutsatt at helseforetakene fulgte opp funksjonsfordelingen, og eventuelle endringer skulle gjennomføres innen 01.07.11. Det regionale fagrådet for kreft skal årlig evaluere funksjonsfordelingen innen kreftkirurgien. I tillegg er det tatt sikte på evaluering av den samlede handlingsplanen i 2015. I 2012 ble det lansert en nasjonal kreftstrategi.

Et midlertidig regionalt utvalg for funksjonsfordeling av ortopedi, revmakirurgi og revmatologi kom i 2010 med forslag til hvilke inngrep som kan utføres på ett sykehus i alle sykehusområder og foreslår i tillegg områdefunksjoner (se vedlegg 1). Forslagene ble sendt på høring i begynnelsen av 2012.

⁶⁷ Helsedirektoratet 2014, se <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

9.5.2 Utvikling av behandlingslinjer/pasientforløp

"Kunnskapsutvikling og god praksis" er det innsatsområdet i strategien som mest direkte kan assosieres med arbeidet for å bedre kvaliteten på selve behandlingen pasientene mottar. Samtidig er god praksis avhengig av organiseringen av tjenestene, kapasitet og teknologiske løsninger (systemet) som skal bidra til å støtte opp om mulighetene for å realisere beste praksis. I et slikt perspektiv vil tiltak under de andre innsatsområdene også være viktige, for eksempel gjennom utvikling av tjenesteorganisering, IKT og forskning.

Som oppfølging av innsatsområdet "Kunnskapsutvikling og god praksis" ble det i 2009 opprettet et eget prosjekt med samme navn. En forstudie til dette ble gjennomført i 2009 og i 2010 ble det utarbeidet en konkretisering av virkemidler presentert for styret 16. desember 2010 (sak 096-2010) under navnet "Bedre pasientbehandling gjennom kunnskapsutvikling og god praksis - Innsatsområde 3- Konkretisering av virkemidler". Dette arbeidet endte med å skissere seks prioriterte virkemidler og dannet grunnlag for strategisk utviklingsprogram innen innsatsområde tre i omstillingsprosessen:

- Følge resultater fra klinisk praksis for utvalgte pasientgrupper
- Utvikling av ledere og medarbeidere; vektlegge både holdningsendring og kompetanseutvikling
- God tilgang til kunnskapsverktøy og godt tilrettelagt informasjonsdeling
- Styrke satsingen på behandlingslinjer (BHL) som konsept for virksomhetsutvikling, tett integrering med kunnskapsbasert praksis (KBP), brukerinvolvering og kontinuerlig forbedring (KF)
- Styrke reell brukermedvirkning
- Bedre samhandling; innad i helseforetak, mellom helseforetak og med kommunehelsetjenesten

I notatet ble det lansert forslag til styringskrav til helseforetakene for 2011 som blant annet omfattet oppfølging av ventetid til utredning og fra utredning til behandling, samt arbeidsdeling mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten for ulike kreftformer, systematisk måling og sammenligning av kliniske resultater for utvalgte pasientgrupper (hjerneslag, primær hofteprotese, lårhalsbrudd, KOLS, brystkreft), krav til brukerrepresentasjon, arbeid med kodingskvalitet, regelmessige brukerundersøkelser og at pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Når det gjelder oppfølging av kliniske resultater foreslås å følge et verdikompass⁶⁸ hvor man måler både klinisk faglige resultater, ADL, pasienttilfredshet og ressursbruk. 2010 skulle være piloteringsfase. Det er også utarbeidet en regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016 for Helse Sør-Øst. Vi finner ingen oppsummering av denne piloteringsfasen, men registrerer at blant annet Sørlandet sykehus HF har benyttet seg av verdikompasset til Batalden i sitt arbeid med å bedre multitraume behandlingen.

Arbeidet med pasientforløp var et viktig tema i norsk helsetjeneste allerede før sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. I styresak 108-2008 ble det vist til at Helse Sør-Øst var i gang med arbeidet

⁶⁸ Batalden, Paul. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, April 1994

med pasientforløp, både i form av modellering av kjerneprosesser og behandlingslinjer innen spesifikke diagnosegrupper. Pasientforløp er et begrep som rommer både den kliniske og den pasientadministrative delen av pasientoppfølgingen. Behandlingslinjer brukes av HSØ mer spesifikt om behandling og oppfølgingen av en spesifikk pasientgruppe⁶⁹. Effektive pasientforløp er knyttet til LEON prinsippet. Pasienten skal ikke behandles på et høyere nivå enn nødvendig og ikke oppholde seg lenger på behandlingstedet enn nødvendig.⁷⁰ Det ble understreket i styrevedtaket at de nasjonale faglige retningslinjene skulle danne det faglige grunnlaget for pasientforløpene, for eksempel for hjerneslag. Det vedtas også at utformingen av pasientforløpene skal være bestemmende for dimensjoneringen av de ulike behandlingstilbudene.

Behandlingslinjer er et nasjonalt satsningsområde beskrevet i Nasjonal Helseplan. Utarbeidelse av behandlingslinjer har fokus på kultur for helhet, samhandling, kunnskapsbasert praksis, kontinuitet, riktig ressursutnyttelse og forutsigbarhet i tjenestene. Rapporteringen av hva som er utført varierer fra år til år.

Allerede i 2007 ble arbeidet med behandlingslinjer etablert som et eget prosjekt i HSØ hvor man utdannet prosessledere. Gjennom oppdragsdokumentet fra HSØ RHF for 2008 ble alle helseforetak pålagt å utarbeide minst to standardiserte forløp. Implementering av behandlingslinjer skulle hvert år rapporteres i årlig melding. I årlig melding fra Helse Sør-Øst for 2009 oppgis at det totalt var utviklet og i utvikling omkring 200 behandlingslinjer i Helse Sør-Øst. Alle sykehusområder skulle tilrettelegge for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem og utvikle minimum to nye behandlingslinjer for prioriterte diagnosegrupper i 2011, i samarbeid med brukere og deres kommuner. For 2011 ble det oppfordret særskilt til å fokusere på ulike kreftformer (pasientgrupper), og med følgende vektlegging:

- ventetid fra mistanke om kreft til utredning er gjennomført (måling og oppfølging)
- ventetid fra utredning er gjennomført til behandling iverksatt (måling og oppfølging)
- Arbeidsdeling mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten

I årlig melding 2012 skrives det at som ledd i arbeidet med forløpstider for pasienter med kreft at Helse Sør-Øst hadde nedsatt en regional prosjektgruppe innenfor området behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp som skulle koordineres av Akershus universitetssykehus. Kolorektalcancer, brystkreft og lungekreft ble valgt som satsningsområder for dette arbeidet i 2012 og 2013.

I årlig melding for 2013 står det:

"Kreftrådets utredninger for lungekreft og prostatakreft inneholdt også en rekke vurderinger og forslag som grenser opp til kliniske retningslinjer. Dette innarbeides i det regionale arbeidet med behandlingslinjer som i 2013 har fokus på forløpstider for kreft. Helse Sør-Øst RHF anser at tilrådingene som fremkommer også må forstås som innspill til det nasjonale arbeidet med revidering av retningslinjer.

⁶⁹ En behandlingslinje defineres slik av Helse Sør-Øst: "Dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater".

⁷⁰ Fremtidig struktur i Hovedstadsområdet delrapport 1, 10.04.08

80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:

- 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
- 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
- 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.

Tall fra Helsedirektoratet viser at Helse Sør-Øst ligger etter nasjonale mål om behandling innen 20 dager (Se kapittel 8.2). Det finnes ikke statistikk for de andre forløpstidene."

Det vises også til at:

"Det er etablert behandlingslinjer for behandling av pasienter med schizofrenidiagnose ved flere av våre helseforetak og private ideelle sykehus og tidlig intervensjon ved psykose har også et ekstra klinisk fokus."

I andre årlige meldinger vi har lest gjennom er det ikke gitt noen løpende oppdatering av hvor langt man er kommet med arbeidet, men det trekkes fram som et viktig område, både for sykehusene spesielt og i samarbeidet med kommunene etter innføringen av Samhandlingsreformen. Vi finner ingen samlet oversikt over hvor man mener å være kommet på dette området.

Vi har ikke hatt anledning til en egen gjennomgang av alt som skjer på de enkelte foretak, men her er noen eksempler på hva det er arbeidet med innen de enkelte sykehusområder:

Sykehuset Innlandet har i 2012 arbeidet med utarbeidelsen av en behandlingslinje for pasienter med CFS/ME. Dette arbeidet har resultert i et informasjonshefte til fastleger og annet helsepersonell med tanke på felles retningslinjer rundt diagnostisering og viktige verktøy til fastlegene. Sykehuset i Vestfold har etablert prosjektet "Behandlingslinje og vurderingsteam CFS/ME" i helseforetaket. Sørlandet sykehus opprettet i 2012 et poliklinisk tilbud til voksne pasienter med CFS/ME i medisinsk avdeling, Kristiansand.

Strategien til HSØ poengter også at:

"Sykehus innenfor et sykehusområde skal etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering, og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene og kommunehelsetjenesten. Kommuneadministrasjonen, fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette." Vi finner ingen oppsummering av hvor langt man er kommet på dette området.

9.5.3 Oppfølging av det pasientadministrative arbeidet; Prosjekt glemt av sykehuset

Prosjekt glemt av sykehuset (vedtatt i styret sak 058/2011) er et viktig tiltak for oppfølging av det pasientadministrative arbeidet. Prosjektet inneholder fem ulike tiltakspakker innen følgende områder;

- Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar,
- Mottak og håndtering av henvisninger,
- Pasient med åpen omsorgsperiode uten avtalt ny kontakt,
- Avslutte arbeidsforhold
- Pasientinformasjon i andre systemer.

Det er etablert et lokalt faglig lederansvar og konsernrevisjonen⁷¹ har tilrådd etablering av lokale kontrollerfunksjoner for å følge opp det pasientadministrative arbeidet, inkludert ventelister. Konsernrevisjonens arbeid i perioden 2010-2012 med å vurdere det pasientadministrative arbeidet oppsummeres slik:

"Det er flere vesentlige og gjennomgående mangler og svakheter i helseforetakenes interne styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet som fører til at det kan oppstå feil både i vurderingsperioden, venteperioden og perioden for behandling, oppfølging og kontroll. Oversikt over konkrete mangler og svakheter fremgår av oppsummeringsrapporten kap 2. Samlet sett har intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i hvert enkelt av helseforetakene ikke vært tilstrekkelig for å kunne gi rimelig sikkerhet for at pasientene kommer til riktig sted til rett tid, og at informasjon til pasienter og henvisende instanser gis som forutsatt."⁷²

9.5.4 Prosjekt digital fornying

I 2013 etablerte Helse Sør-Øst prosjektet digital fornying. Det beskrives slik:

"Digital fornying er en felles satsing for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst og hvor nye løsninger vil fases inn løpende. Fordi løsningene skal være standardiserte og gjelde for hele regionen, er alle helseforetakene involvert i fornyingsprogrammet. Når for eksempel Sykehuset i Østfold i 2013 starter implementering av ny kurveløsning (digital løsning for pasientdata som løpende innsamles under sykehusoppholdet), har også de andre helseforetakene en hånd på rattet. I neste runde vil de selv være forpliktet til å innføre løsningen på samme måte. Digital fornying implementeres gjennom seks strategiske programmer som favner fra klinisk dokumentasjon og laboratoriesystemer, til forbedret samhandling og IKT-infrastruktur."⁷³

Både prosjekt «glemt av sykehuset» og «digital fornying» er svært viktige prosjekter med potensielt stor betydning for helseforetakenes mulighet for gode og sikre pasientforløp og som kan øke tilgjengeligheten til tjenester gjennom effektiv pasientadministrasjon og derigjennom utnyttelse av eksisterende ressurser. Dette er pågående prosesser, og det ligger utenfor vårt prosjekt å evaluere den spesifikke effekten av disse.

⁷¹ Se oversikt Konsernrevisjoner i perioden i vedlegg 2

⁷² Rapport 10/2012, Oppsummeringsrapport, Revisjon intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid, Helse Sør-Øst

⁷³ [http://www.helse-sorost.no/aktuelt/digitalfornying/Sider/dette-er-digital-fornying.aspx](http://www.helse-sorost.no/aktuelt/digitalfornyning/Sider/dette-er-digital-fornyning.aspx)

9.5.5 Likeverdige helsetjenester

Innenfor arbeidet med likeverdige tjenester er det etablert et samhandlingsprosjekt som er beskrevet i rammen under.⁷⁴ Prosjektet gikk over en tre- års periode, fra juni 2010 til juni 2013.

Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet - et samhandlingsprosjekt

Partene i samhandlingsprosjektet er:

- Oslo universitetssykehus HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Diakonhjemmet sykehus
- Vestre Viken HF
- Helseinstitusjoner i Oslo kommune og bydelene i Oslo
- Sunnaas sykehus HF

Prosjektet skal ha spesielt fokus på minoritetsbefolkning bosatt i Hovedstadsområdet, som har den største andelen innvandrerbefolkning.

Prosjektets hovedmål er å styrke sykehusenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Dette søkes oppnådd ved å:

- Øke pasientens forståelse og medbestemmelse i behandlingsforløp.
- Øke kunnskapen rundt hvordan drive helsefremmende arbeid og øke forståelsen for verdien av helsefremmende arbeid.
- Sikre at fokus på likeverdige helsetjenester inngår i vanlig drift og etterleves i praksis.

Både pasienter, pårørende og ansatte i de involverte institusjonene omfattes av prosjektet.

Prosjektet favner bredt, og vil fokusere på tiltak innenfor følgende kategorier: Strategi og forankring; Måleindikatorer og rapportering; Oppfølging av pågående/igangsatte tiltak, Tolk og tolketjenester; Kommunikasjon og brukermedvirkning; Samhandling, nettverk og erfaringsutveksling; Rekruttering og kompetanseutvikling (medarbeidere); Forskning og innovasjon (IKT); Helsefremmende arbeid; Tro og livssyn.

OUS er det foretaket som har arbeidet mest med disse spørsmålene. De etablerte tidlig et pilotsykehusprosjekt som heter "Likeverdige helsetjenester for en flerkulturell befolkning (2009-2010)" og Helseforum for kvinner - Evalueringsstudie (2009-2010). OUS har også utarbeidet en strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015.

Det er etablert en egen Seksjon for likeverdig helsetjeneste ved OUS som skal arbeide for å nå målene om at OUS skal tilby like god kvalitet på helsetjenestene til alle brukere, bidra til like god tilgang til helsetjenestene for alle brukere og bidra til resultatlikhet for alle brukere.

Satsingsområder er:

- Tolk og oversettelse (Språk)
- Informasjon og formidling
- Kommunikasjon og dialog
- Kultursensitivitet, kulturforståelse og holdninger som gjensidig prosess

⁷⁴ Sluttrapport 2010-2013, Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet, Et samhandlingsprosjekt, August 2013, Hege Linnestad, Andrea Z. Lie

- Rekruttering og kompetanseutvikling
- Prosjekter

Ledere ved OUS skal organisere og drifte sin virksomhet slik at krav til likeverdige helsetjenester blir ivaretatt. Resultatmålene er formulert slik:

1. Ha ferdigstilt Handlingsplan for likeverdig helsetjeneste og mangfold (innen 2015) og fått denne godkjent i OUS-ledermøtet innen januar 2014
2. Handlingsplan er gjort kjent i sykehuset innen februar 2014
3. Kompetanseutviklingsplan på feltet likeverdig helsetjeneste og mangfold er utarbeidet innen februar 2014

9.6 Hvordan har utviklingen vært? Fagdirektørenes betraktninger

Alle helseforetak og regionale helseforetak utarbeider hvert år en årlig melding der de rapporterer tilbake hva de har oppnådd på de områdene der de årlige tildelingsbrevene formulerer krav til tjenestene. Som vist i forrige kapittel varierer det en del hvordan det rapporteres og som tidligere beskrevet ble det aldri gjort opp en status ved inngangen til omstillingsarbeidet som det kan måles ut fra, selv om det kan dokumenteres mange aktiviteter på området. Vi har derfor valgt å se på utviklingen på to måter. I kapittel 7 vises utviklingen på mange av de områdene som kan måles. Siden det ikke er foretatt en egen analyse av hvilken rolle arbeidet med omstillingen har spilt, har vi valgt å intervju fagdirektørene i alle sykehusområdene i regionen om deres vurdering av dette og hvilke tiltak de mener er et resultat av selve omstillingsprosessen.

Fagdirektørene er litt usikre på den regionale strategiens/omstillingsprosessens reelle betydning for kvalitetsarbeidet. Oppfølgingen av kvalitetsarbeidet fra HSØ inn mot helseforetakene er i stor grad styrt av et økende nasjonalt fokus på kvalitet og tilgjengelighet. Slik sett er det vanskelig å vurdere om utviklingen i helseforetakene ville vært annerledes uten omstillingsprosessen. Samtidig oppleves strategien som en viktig føring i utviklingen av lokale strategidokumenter og som et viktig redskap for å oppnå forbedringer lokalt. I det videre trekker vi ut det viktigste som kom fram i intervjuene med fagdirektørene om hvordan den regionale strategien og arbeidet med omstillingsprosessen har påvirket faktisk kvalitet og kvalitetsarbeidet.

Det var en ganske gjennomgående oppfatning at oppmerksomheten om å bedre kvaliteten på tjenestene hadde kommet mer i forgrunnen og at dette hadde trengt oppmerksomheten rundt de økonomiske driftsresultatene noe i bakgrunnen. Fagdirektørene syntes dette var en god utvikling. Ingen hadde tenkt så mye over om det var selve omstillingsarbeidet som hadde initiert denne endringen. De få som hadde synspunkter på dette mente det heller var slik at arbeidet med kvalitet hadde fått en helt annen oppmerksomhet de siste årene, fra helseministeren og ned. De viktigste målene var formulert allerede i Nasjonal helseplan som forelå før regionene ble slått sammen, og HSØ hadde ikke formulert egne kvalitetsmål, men tok i bruk de nasjonale målene. Ingen syntes dette var spesielt viktig. Den vedtatte strategien forelå ved utgangen av 2008. Det oppfattet man som lenge siden. De var opptatt av å se framover og siden målene var de samme, både nasjonalt og regionalt, var det selve arbeidet med implementering som opptok dem.

Fagdirektørene syntes det var veldig nyttig å ha sentrale mål å holde seg til. Det ga dem autoritet når de skulle få legene lokalt til å løfte blikket og bli med på å bedre kvaliteten. Ingen kom på med kritikk av kvalitetsmålene som er etablert eller kom med forslag til nye. Inntrykket var at med de foreliggende kriterier som både dekket tilgjengelighet (ventetider) og behandlingsresultat (uønskede

hendelser) ga dette nok muligheter til å starte opp prosesser lokalt for å bedre kvaliteten. Flere viste til at de arbeidet med å bygge opp registre som kunne brukes til å evaluere behandlingsresultatet.

Alle som uttaler seg om det mener det er viktig at man sentralt er så oppmerksomme på kvaliteten.

For en rekke av sykehusområdene foretas det evalueringer av hvor de er sterke og svake for å kunne prioritere. Mange er også positive til det arbeidet de har satt i gang med å etablere registrere, slik at alt blir meldt.

Behandlingslinjer svares det ikke så klart på. Det ble spurt om de syntes dette var en regional eller en nasjonal oppgave. Svarene viser at man synes dette er vanskelig og at slikt arbeid er vanskelig å oversette til praktiske tiltak lokalt. Ingen mente det var irrelevant. Det var ingen motstand mot slikt arbeid, men bortsett fra på noen klart definerte områder syntes noen det tok mer tid enn det ga gode retningslinjer å arbeide etter.

Det er utført mye arbeid med å bedre kvaliteten, men det er ikke foretatt noen spesiell evaluering av dette. Her er noen av uttalelsene fra fagdirektørene om hvor viktig strategien fra 2009 og omstillingsarbeidet etterpå var for det arbeidet som seinere er gjort for å forbedre kvaliteten.

"Ja... Jeg har litt sånne problemer med å relatere. Jeg har aldri tenkt på å relatere det akkurat til det, ... Jeg har merket en veldig dreining av fokus fra økonomi og mye mer over på kvalitet og pasientsikkerhet de siste årene. Men om det kommer fra omstillings, eller hva det heter, områdesykehusfordelingen, eller om det mer er en nasjonal føring. Altså, det har jeg mer tenkt på det siste, at overordna myndigheter får mer og mer fokus på det"

"«Ja, men det(kvalitetsarbeidet) er jo sannsynligvis en konsekvens av det som ble satt i gang i 2009, og samtidig på mange måter så har det vært med å forme, men det er ikke sånn at vi nå snakker om strategien i 2009. Vi ser ikke så mye i bakspeilet, det er mer de strategiene som nå kommer som på mange måter er en forlengelse eller en justering av kanskje tidligere arbeid, ..."

"... det hadde vært vanskeligere å drive kvalitetsarbeidet hvis det ikke var så tydelig uttalt fra toppen, og også en oppfølging i forhold til hva man oppnår av mål, ikke minst. Så det at det er en strategi på dette og en forventning om at man skal nå mål, at en tilbakemelding og en oppfølging knyttet til om man når disse målene eller ikke. Altså hele det regimet er jo veldig viktig, og jeg skjønner at den regionale strategien støtter opp om det, men det å isolere den effekten fra den på en måte, å si at den er så stor, når disse føringene ligger i alle våre oppdragsdokument og alle styrende dokumenter, det er det som jeg syns er litt vanskelig..... Så det er jo ikke noe galt i det. Men jeg har litt problemer med å si at dette skyldes omstillingsprosessen."

"Det handler om vårt arbeid med å styrke pasientsikkerhet og kvalitet, og da identifiserer man jo der hvor man har svake punkter, der hvor man ser at det er uheldige hendelser, der hvor man opplever at man ikke tilfredsstiller det behovet som er. Og det er vel sånn jeg opplever at dette er drevet fram, nokså uavhengig av noen omstillingsprosess."

"Ja, det er jo liksom hovedtema i satsingsområde, og akkurat nå så kjører jo ledergruppen på spesielt da, det er to ting vi skal ha på plass, og det er 30-dagers overlevelse hvor vi er dårligere enn landsgjennomsnitt, også er det ventetid. Begge deler er jo kvalitetsindikatorer,, så tror jeg vi kan si at fram til forrige strategiplan, fram til 2012, så jobbet vi veldig mye med avvik og på avvikshåndtering og bevisstgjøring på kvalitetskultur. Så har vi den strategiplanen som vi er inne i nå, 2014, så har vi i alle fall sagt og prøver å få orden på den delen av kvalitetsbiten som handler om at vi følger prosedyrene, at vi gjør det som er rett."

"Og det neste området vi nå kommer til å bevege oss inn i innenfor kvalitetsarbeid, det er bruk av register, at en ikke bare melder feil, men altså melde alt. Så vi kan si hovedfokus nå er dette med register, å vite hva vi gjør og ikke gjør. Hvor gode vi er og hvor dårlige vi er. Og ikke minst publiserer det. Så det er vel i korte trekk dreiningen i kvalitetsarbeidet."

"Det som jeg har vært opptatt av, det er at vi må løfte frem i enda større grad resultater..... Hvordan går det med pasientene våre?... vi jobber akkurat nå med en ny sånn kvalitets- og pasientsikkerhetsstrategi hvor det å få til ting som vi kan følge opp med målinger og se hvordan går dette blir en viktig faktor for å komme videre."

".. det vi har gjort er jo for det første å få til felles styringssystemer. Vi har jobbet mye da med et felles avvikshåndteringssystem og oppfølging av det. Vi har laget en struktur på kvalitetsarbeidet med en sentral, altså et sentralt kvalitetsutvalg, klinikkens kvalitetsutvalg, fagsjef for kvalitet i alle klinikker som har et nettverk hvor man da jobber med forbedringstiltak."

"Så det vi faktisk jobber mest med om dagen nå, det er de strategiene som kommer eller som har kommet, i forhold til at det skal være økt fokus på kvalitet, vi skal ha økt fokus på å få med klinkerne, det skal være økt fokus på å få gjort forbedringsarbeid. Så det er jo et arbeid vi allerede har satt i gang, og dette er ganske omfattende for det går på kvalitetsregistrene, lokale register, nasjonale register, og hvordan de driver lokalt forbedringsarbeid, og hvordan vi kan samhandle med andre sykehus., og så har vi nedsatt en gruppe internt som skal jobbe med det her lokalt. Og så er det at vi har løftet dette opp på et ledernivå, at vi skal begynne å etterspørre medisinsk kvalitet i mye større grad enn det vi har gjort før."

"Dette er jo mye av den diskusjonen som det går på, fordi hva man mener er kvalitet nasjonalt er ikke nødvendigvis den samme oppfatningen blant klinkerne. Og det er det som gjør at dette arbeidet kanskje har strandet litt også, fordi klinikerne må oppleve kvalitetsarbeidet som meningsfylt. Altså hva de oppfatter som kvalitet trenger ikke akkurat å være pakket inn i en sånn nasjonal indikator, og det som er noe av utfordringen med det kvalitetsarbeidet som vi gjør nå, det er jo å bygge bro mellom disse to på mange måter. Og det er ganske interessant og det er veldig spennende arbeid, og jeg tror at det er helt nødvendig, men det må være litt sånn fornuftig balanse, «ja takk, begge deler». Masse sånne programmer som du bare blir tredd nedover hodet, også blir det ingenting ut av det."

"... at det å arbeide med retningslinjer, prosedyrer spesielt knyttet opp da til fag og pasientsikkerhet og kvalitet, det er jo egentlig noe som har veldig høyt fokus hos Men det som egentlig er litt utfordrende for oss, og som jeg får stadig tilbakemelding fra de som er med fra oss inn i disse andre og større foraene. Det er jo at de stiller spørsmålstegn ved hvor viktig det er. At de rett og slett ikke er til støtte Og at det ikke er så veldig mye som på en måte kommer i tillegg til det som vi jobber med hos oss. Og så høres det ut som vi tror at vi er best på alle områder, og det er vi jo ikke. Men det må være litt sånn konkret, anvendbart, hvis du skal nyttiggjøre deg disse regionale prosessene."

I dette avsnittet har vi ved hjelp av intervjuene dokumentert at arbeidet med å bedre kvaliteten har fått høyere prioritet siden 2009 og at man ikke er så opptatt av om dette skyldes arbeidet med strategien fram mot 2009 og omstillingsarbeidet som startet da, eller om det var de nasjonale føringene som har bidratt mest. Arbeidet med strategien resulterte i noen tiltak som skulle bedre mulighetene for å nå strategiens mål. I avsnittene som følger tar vi for oss de viktigste tiltakene som ble gjennomført og forsøker å vurdere om disse har hatt betydning for kvalitet og aktivitetsnivå og om vi kan måle det.

9.7 Kvantitative mål på tilgjengelighet og kvalitet i Helse Sør-Øst og i forhold til andre regioner

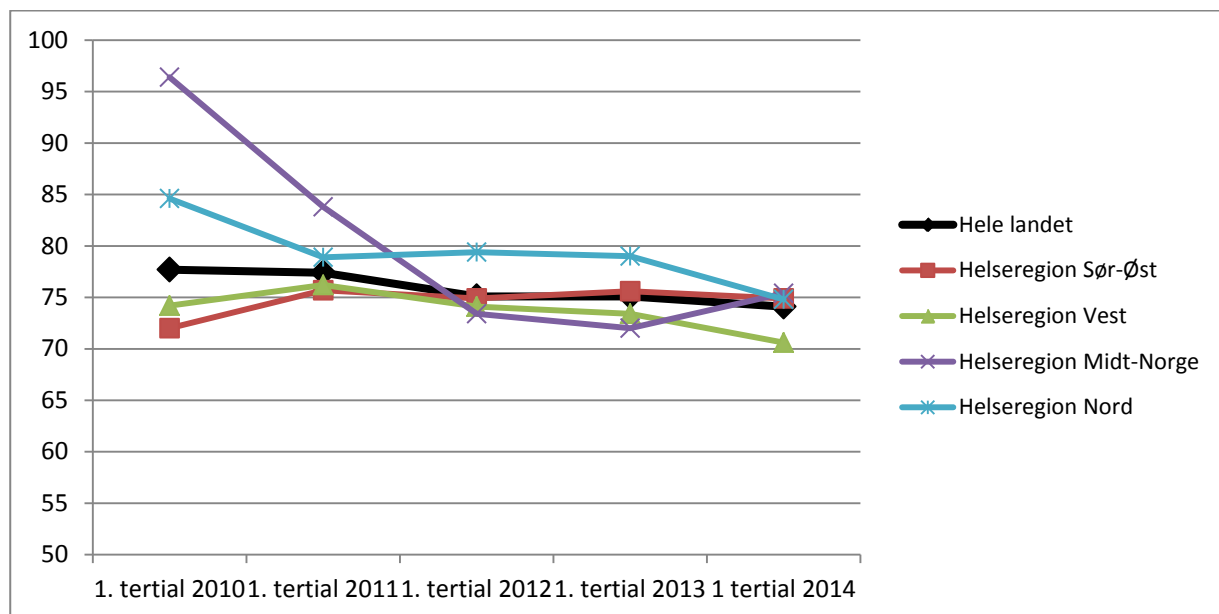
I dette kapittelet viser vi utviklingen for indikatorene på kvalitet og aktivitet der registreringen er slik at utviklingen kan følges over år. Datagrunnlaget er tall fra Helsedirektoratets SAMDATA-publikasjoner og tallgrunnlag som inngår i de nasjonale kvalitetsindikatorerne publisert via nettstedet Helsenorge.no. Dataene som presenteres i dette kapitlet viser at HSØ har hatt den samme utviklingen som de andre regionene. Gjennomgående er forskjellene internt i HSØ større enn mellom regionene og det kan spores at OUS for noen av indikatorene har hatt en litt svakere utvikling enn de andre foretakene i regionen.

Under hovedoverskriften tilgjengelighet, ser vi på ventetid og befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Under det vi kaller indikatorer på tjenestekvalitet inngår mål på reinnleggelser, epikrisetid, korridorpasienter, utsettelse av operasjoner, infeksjonsforekomst og ventetid til behandling for pasienter som er blitt diagnostisert med utvalgte typer kreft.

9.7.1 Utvikling i tilgjengelighet

9.7.1.1 Ventetid

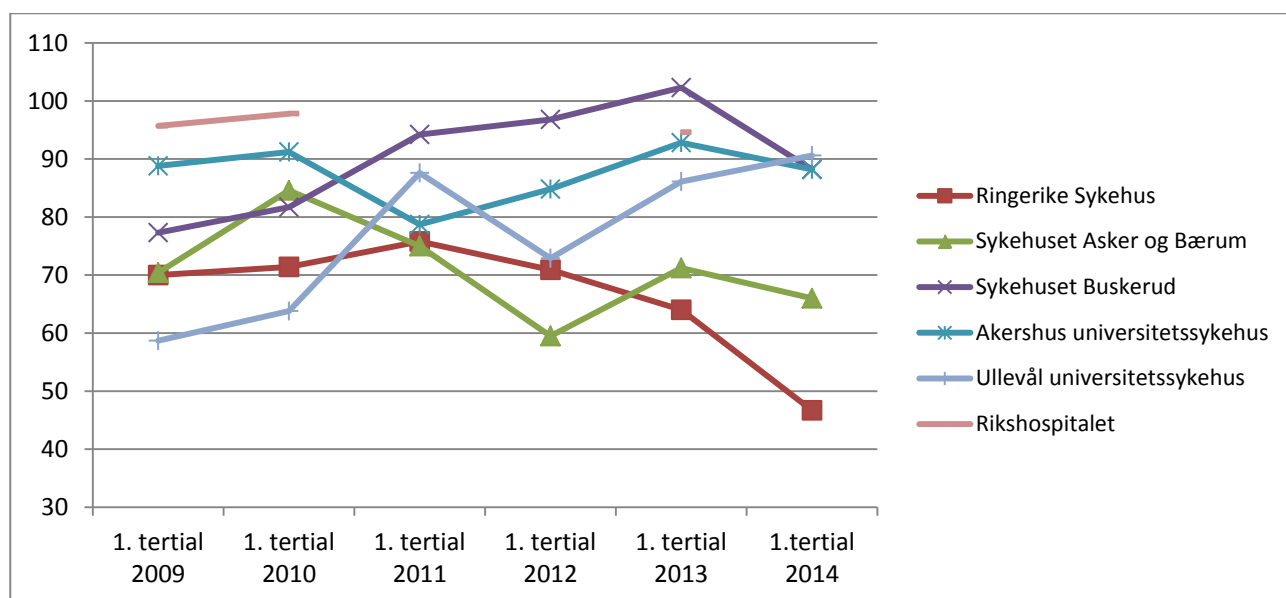
Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for somatisk sektor har for alle helseregioner vært relativt stabil, bortsett fra for Helse Midt-Norge der reduksjonen i ventetid har vært tydelig fra 2010 til 2011, for deretter å ligge på samme nivå som de øvrige regionene. På regionnivå har ventetidene blitt mer like. I Helse Sør-Øst sitt område økte ventetiden med et par dager i gjennomsnitt i perioden 2009- 2014 (1 tertial). På grunn av registreringstekniske forhold har det vært noe usikkerhet i ventelistetallene, og spesielt i overgangen til nytt rapporteringsformat(NPR-melding) og innføring av nye pasientadministrative systemer i deler av Helse Sør-Øst.



Figur 9-4 Gjennomsnittlig ventetid til start helsehjelp somatikk i helseregionene 2010-2014 (1tertial).

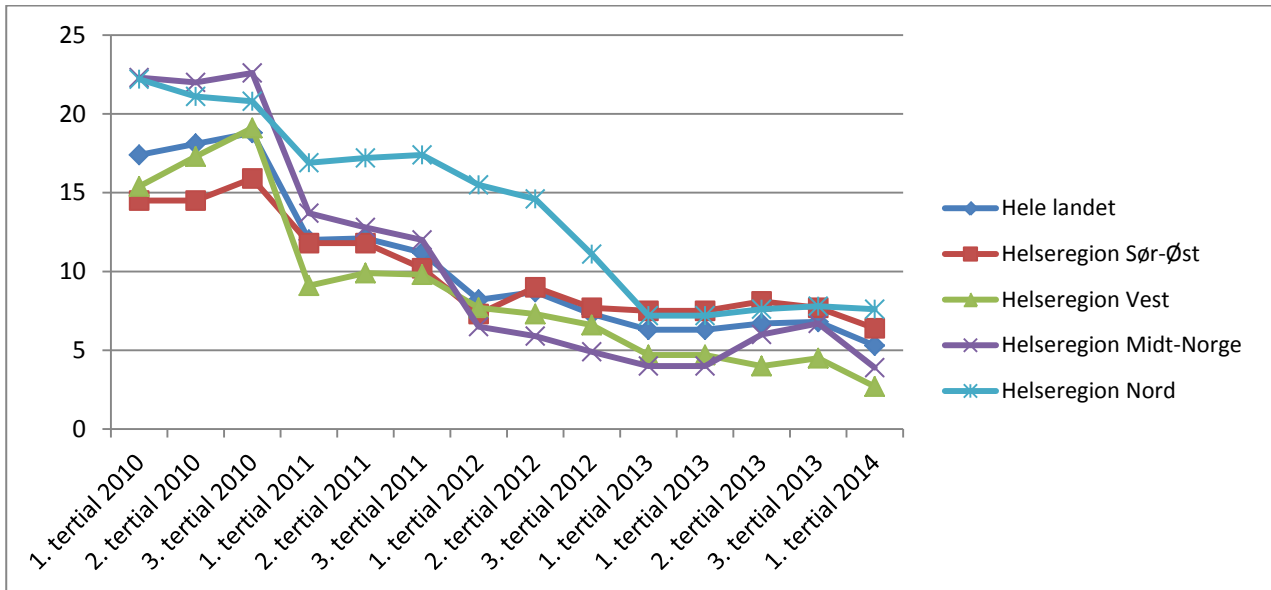
På helseforetaksnivå (HF-nivå) innen HSØ er spredningen større og utviklingen langt mindre ensartet, slik figur 5 viser. Vi har valgt å presentere institusjoner som inngår i foretak som er innlemmet i det som defineres som Hovedstadsområdet og som i størst grad er berørt av omstillingsprosessen organisatorisk og gjennom endring i opptaksområder. Det er til dels store svingninger målt i gjennomsnittlig ventetid mellom sykehusene i Hovedstadsområdet.

Sykehuset Buskerud, som er en del av Vestre Viken, har hatt en jevn stigning i målt gjennomsnittlig ventetid fram til 2013, for deretter å gå noe ned. Sykehuset har siden gjennom omstillingsprosessen fått områdeansvar for en rekke pasientgrupper fra Aker og Bærum som tidligere gikk til Oslo sykehusene. Vi ser også en klar økning i målt gjennomsnittlig ventetid for AHUS fra 2011. De fleste HF hadde en økning fra 2012-2013. For 2013-2014 var det en nedgang i de fleste sykehusene. Unntaket er Ullevål hvor det framkommer en fortsatt økning. Vi er noe usikre på kvaliteten på datagrunnlaget her.



Figur 9-5 Gjennomsnittlig ventetid til start helsehjelp somatikk for helseforetakene i Helse Sør-Øst

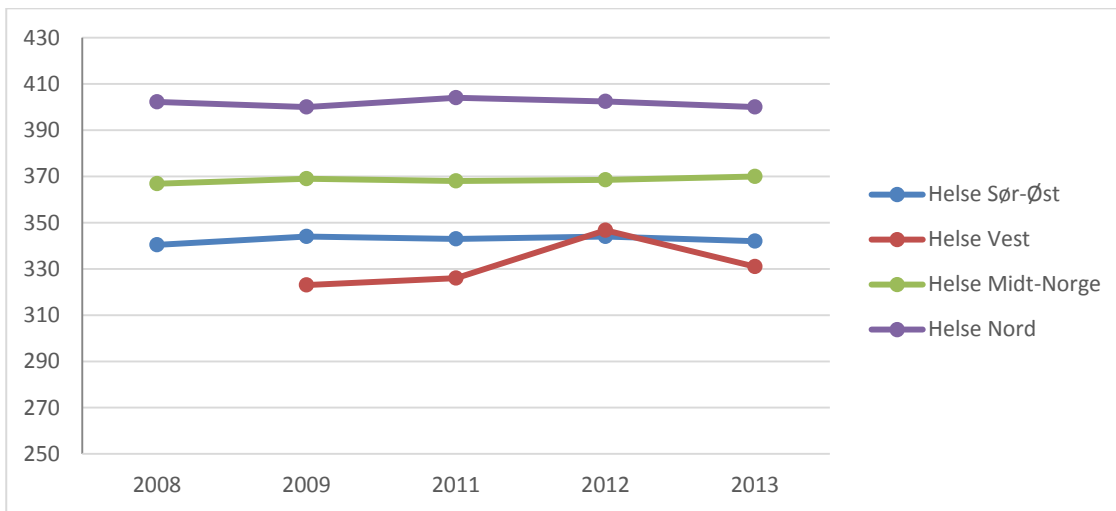
Pasienter som får tildelt ekstra prioritet på ventelisten får en individuell frist (dato) for hvor lenge man kan vente. Overskrides denne datoen betegnes det som et fristbrudd. Antall fristbrudd er kraftig redusert i alle helseregioner de siste årene. Helseregionene har nærmet seg hverandre og nivået varierer fra 2,7 prosent fristbrudd innen somatisk sektor i Helse Vest til 7,6 prosent i Helse Nord 1 tertial 2014. Helse Sør-Øst hadde da 6,4 prosent. Nærmere studie av tallene viser at Telemark HF og OUS fremstår med størst andel fristbrudd internt i HSØ (langt høyere enn andre HF). I hvilken grad dette delvis er relatert til systemomlegginger er noe uklart, men utviklingstallene for andel fristbrudd og fristlengde rimer ikke for OUS når vi sammenholdt tall lagt ut i en rapportgenerator hos Norsk Pasientregister. (NPR).



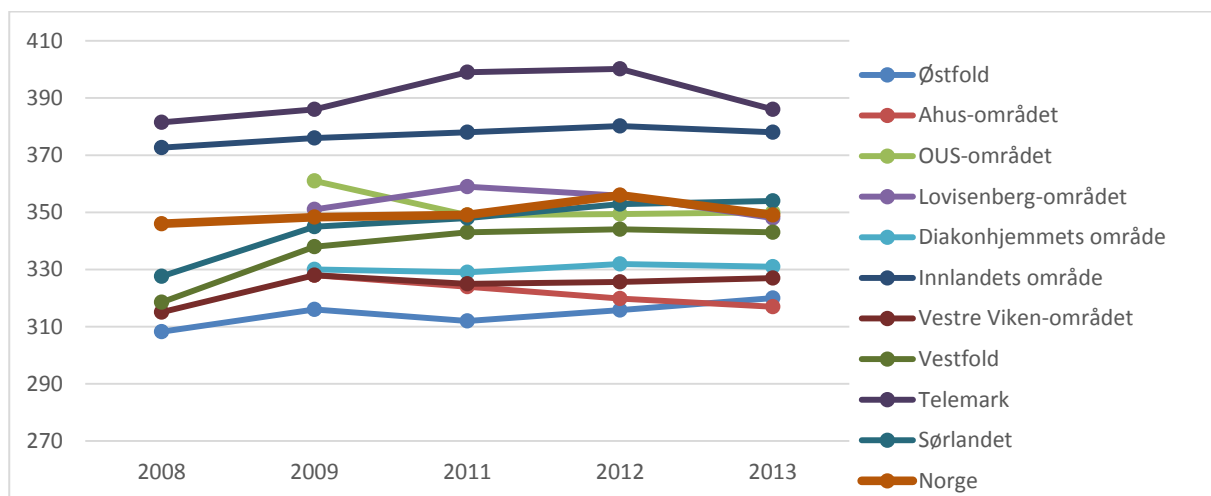
Figur 9-6 Andel fristbrudd somatikk i regionene 2010-2014

9.7.1.2 Bruk av sykehus

Tall fra publikasjonen SAMDATA spesialisthelsetjenesten viser utviklingen i bruk av sykehustjenester fra 2008 til 2013. Figur 7 viser at den laveste andel av befolkningen i opptaksområdene har vi for Helse Sør-Øst og Helse Vest. Nivåforskjellen mellom regionene kan antakelig delvis forklares av at konsultasjoner hos private avtalespesialister ikke er inkludert, noe som har større betydning for Helse Sør-Øst og Vest enn for de andre to regionene. Det er tydelig stabilitet i hvor stor andel av befolkningen som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i regionene.

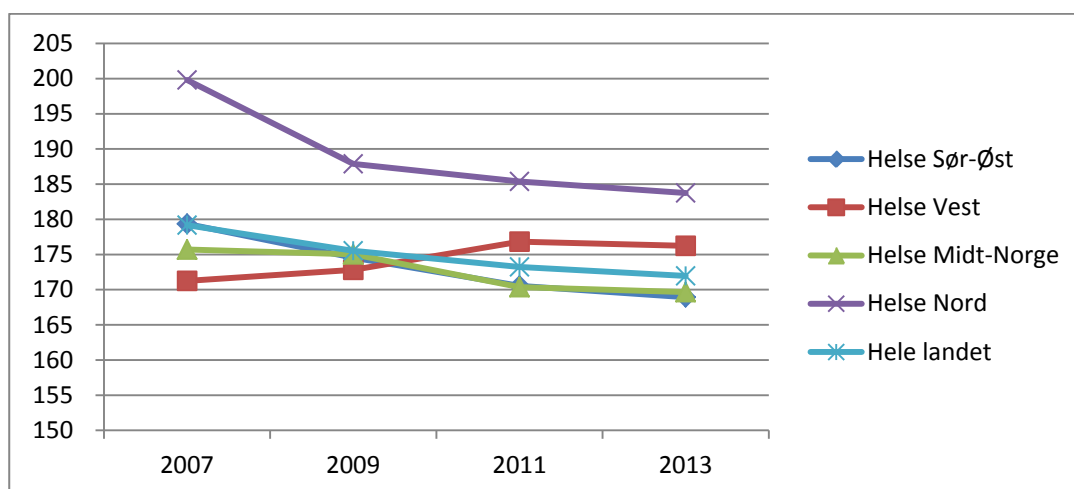


Figur 9-7 Antall pasienter per 1000 innbyggere Helse Sør-Øst for årene 2008, 2009, 2011, 2012 og 2013. Kilde SAMDATA.



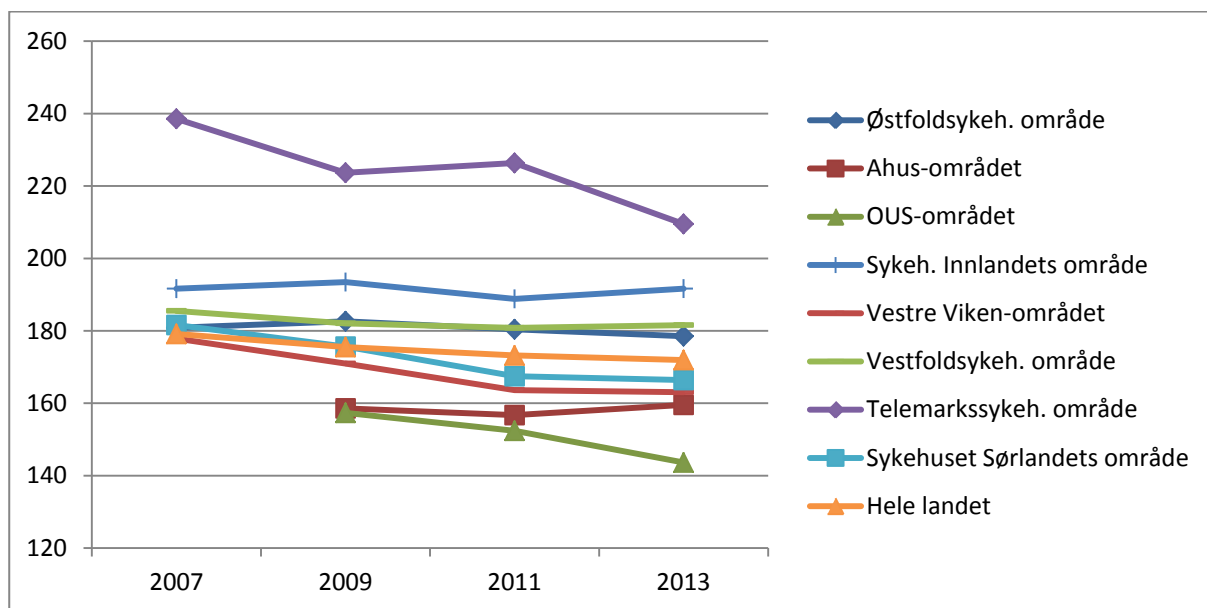
Figur 9-8 Antall pasienter per 1000 innbyggere etter helseforetaksområde i Helse Sør-Øst for årene 2008, 2009, 2011, 2012 og 2013. Kilde SAMDATA.

Som for ventetider er spredningen mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst ganske stor. Antall pasienter per 1000 innbyggere som har hatt kontakt med somatiske sykehus gikk litt ned for Vestre Viken og AHUS-området fra 2009 -2013. Reduksjonen gjelder både innleggelser og polikliniske konsultasjoner, og ligger svakt under landsgjennomsnittet.



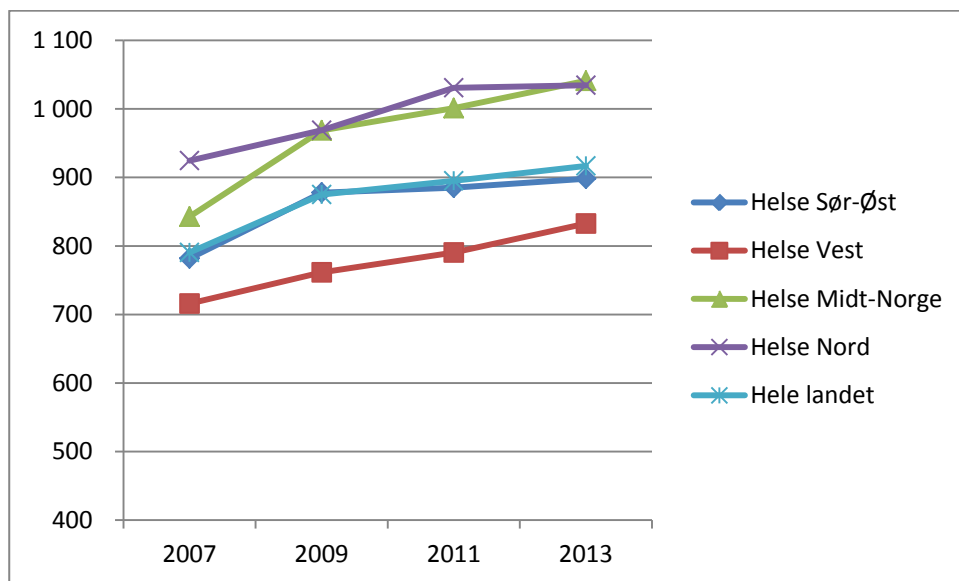
Figur 9-9 Antall døgnopphold etter helseregion. Per 1000 innbygger 2007, 2009, 2011, 2013. Kilde SAMDATA.

Antall døgnopphold totalt i befolkningen har blitt noe redusert i tre regioner fra 2007 til 2013, også Helse Sør-Øst.



Figur 9-10 Antall døgnopphold etter helseforetaksområde. Per 1000 innbygger 2007, 2009, 2011, 2013. Kilde SAMDATA.

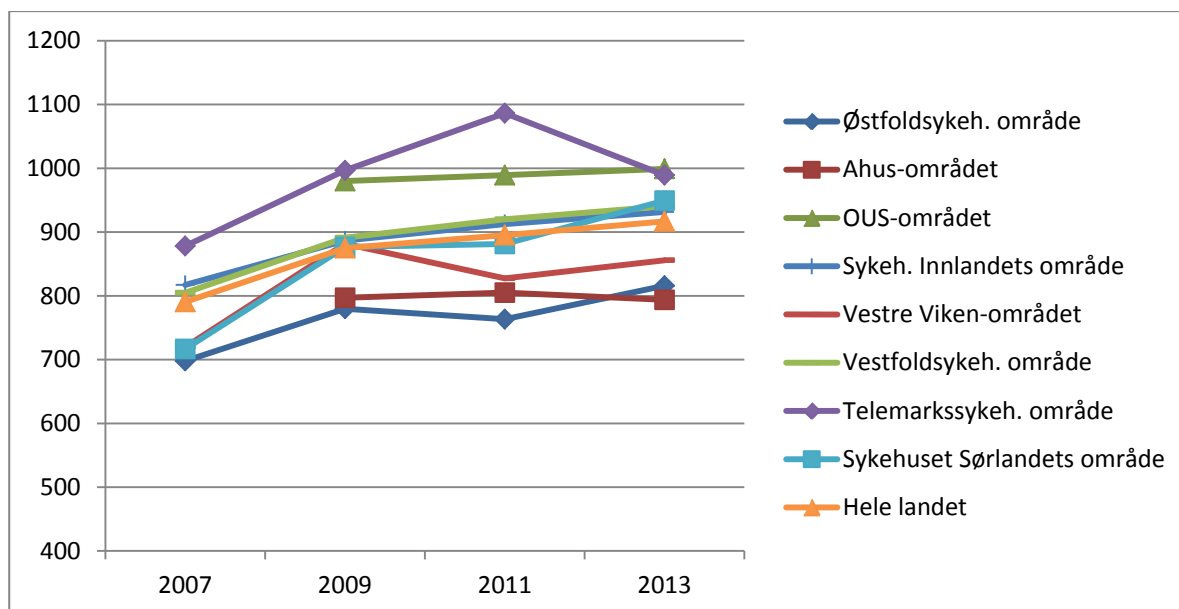
Internt i regionen følges denne langsiktige trenden, men mest i Telemark og OUS-området. Det gjøres oppmerksom på at ratene ikke er aldersjusterte.



Figur 9-11 Antall polikliniske besøk⁷⁵ for befolkningen bosatt i helseregionene. Per 1000 innbyggere 2007, 2009, 2011 og 2013. Kilde SAMDATA.

⁷⁵ Antall polikliniske konsultasjoner for rehabilitering, stråleterapi og kjemoterapi er ikke inkludert.

Antall polikliniske besøk er økt for alle regioner og avstanden mellom dem er noenlunde den samme i 2013 som i 2007.

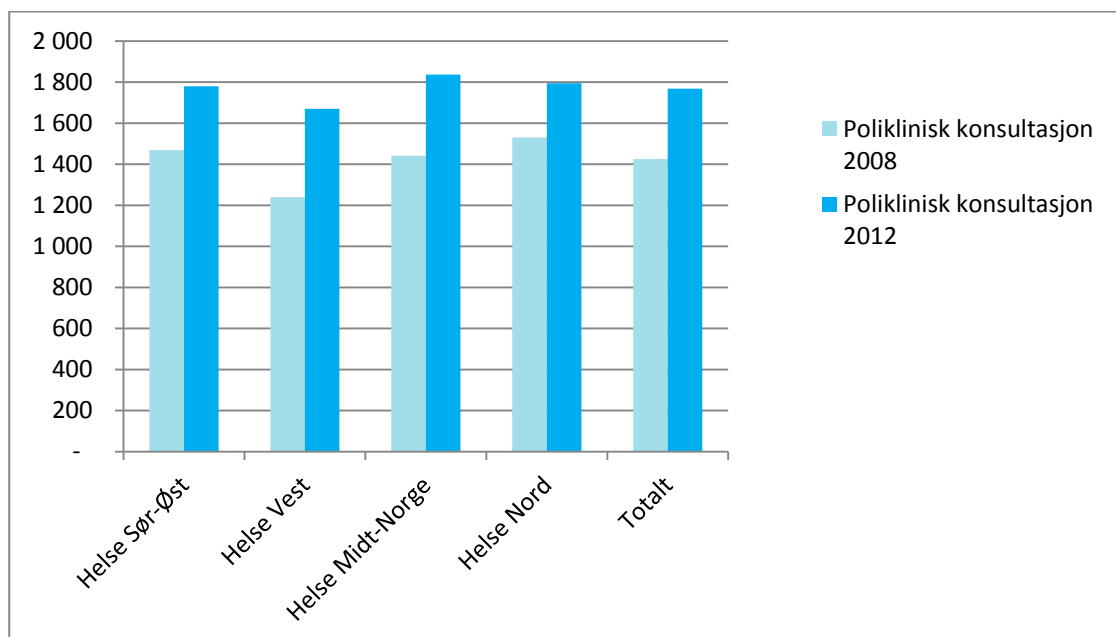


Figur 9-12 Antall polikliniske besøk for befolkningen bosatt i helseforetaksområdene i Helse Sør-Øst. Per 1000 innbyggere 2007, 2009, 2011 og 2013. Kilde SAMDATA.

Figur 12 viser forbruket av polikliniske konsultasjoner for sykehusområdene. Her har det skjedd en viss økning for nesten alle sykehusområdene fra 2007 til 2013, men for flere av områdene er det relativt stor stabilitet i perioden 2009-2013. OUS og AHUS-områdene har ikke en vesentlig forskjellig utvikling enn de andre områdene.

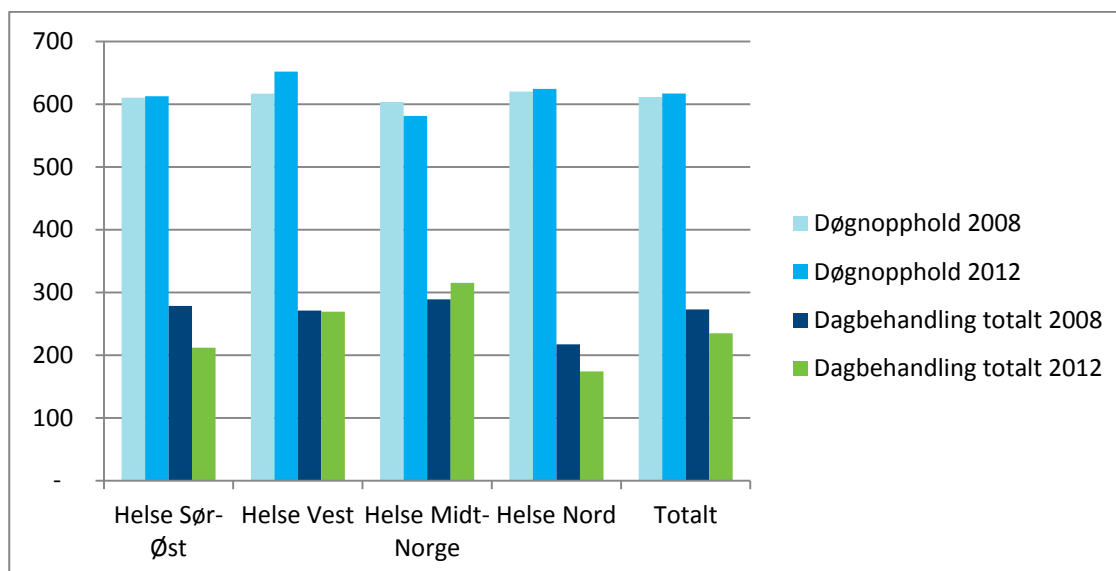
9.7.1.3 Eldres forbruk av helsetjenester

Det er mye oppmerksomhet rundt hvilke tilbud som gis til de eldste. Vi har derfor hentet ut aktivitetstall for befolkningsgruppen 80 år og eldre, sammenlignet helseregionene og sett på hvordan bildet er for de enkelte foretakene i Helse Sør-Øst.



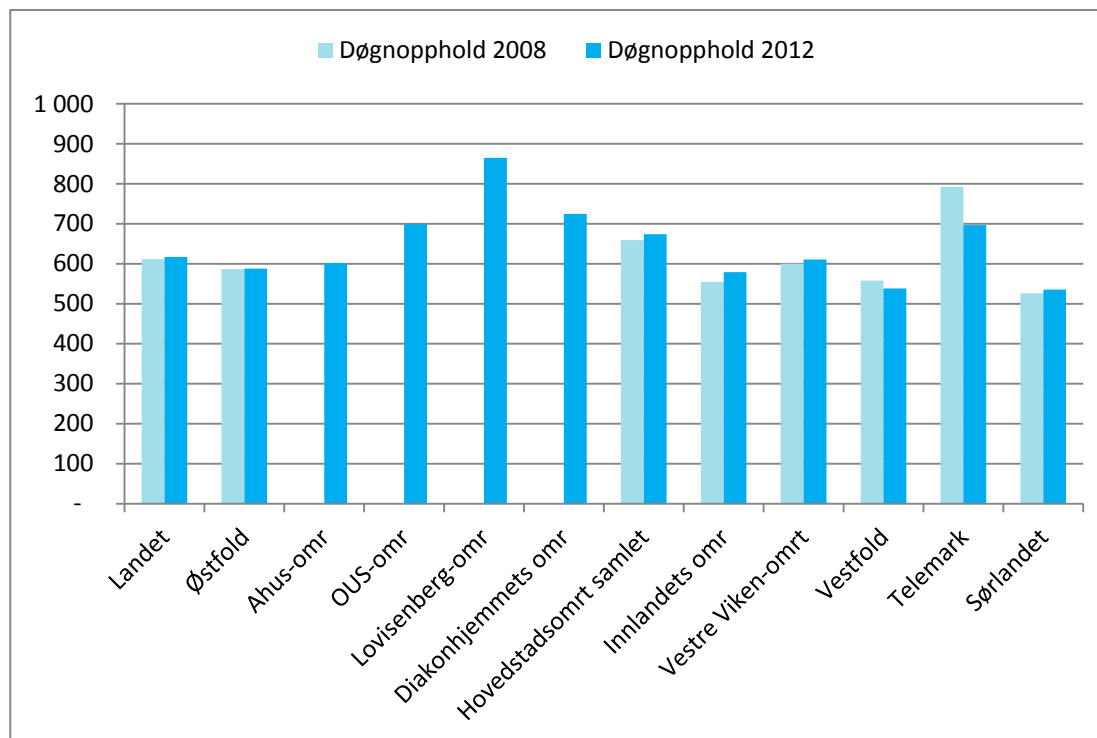
Figur 9-13 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere i helseregionene, aldersgruppen 80 år +, 2008 og 2012, Kilde: Samdata

Figur 13 viser antall polikliniske kontakter. For Helse Sør-Øst har økningen i slike kontakter vært litt lavere enn for landsgjennomsnittet, og antall kontakter er nå omtrent likt med landsgjennomsnittet.



Figur 9-14 Antall døgn og dagopphold per 1000 innbyggere i helseregionene, aldersgruppen 80 år +, 2008 og 2012, Kilde: Samdata

Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere for denne pasientgruppen har vært helt stabil i perioden, mens antallet dagbehandlinger er redusert. Sammenlignet med landsgjennomsnittet er reduksjonen i dagbehandlinger per 1 000 som er 80 år eller eldre noe større.



Figur 9-15 Antall døgnopphold per 1000 for aldersgruppen 80 år +, foretakene i Helse Sør-Øst, 2008 og 2012, Kilde: Samdata

Figur 15 viser utviklingen for døgnopphold per 1 000 innbyggere som er 80 år eller eldre i de forskjellige helseforetakenes områder. Den viser at OUS området nå har et like stort forbruk som Telemark, som hadde det høyeste forbruket når vi så på hele befolkningen.

9.7.1.4 Reisetid

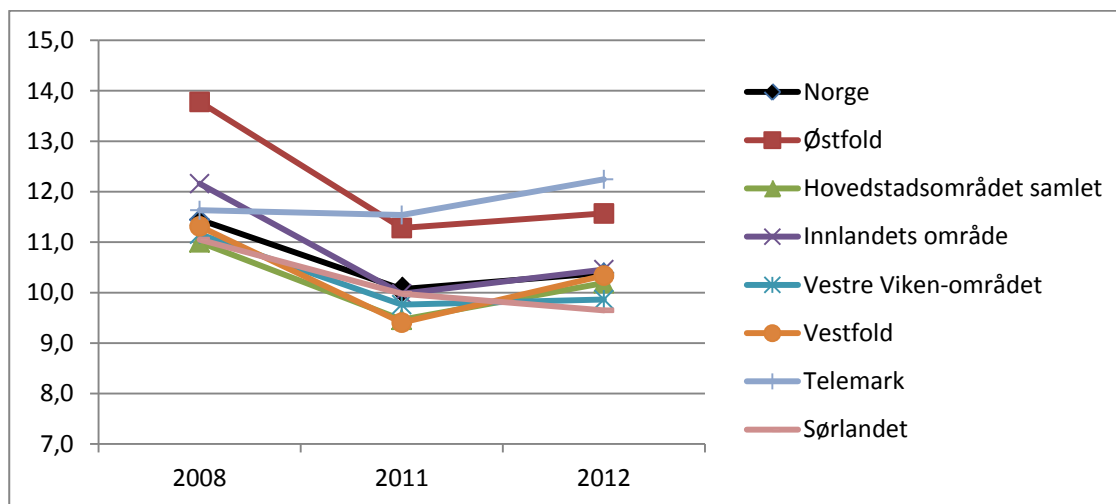
Omstillingsprosessen kan påvirke reisetida for pasienter bosatt i Asker og Bærum, Follokommunene og i Alna bydel, om de nå følger de nye sykehusområdene. For de som er bosatt i Alna og i Follo er det vanskelig å si om reisetida endres i særlig grad, noen vei. Reisetid til tidligere Aker sykehus vil være ganske lik den til Ahus. For de bosatt i Asker og Bærum vil antagelig reisetida gå noe ned om de nå i større grad søker seg til Sykehuset Asker og Bærum og noe lenger om de bytter fra Oslo til Drammen, men her vil mye avhenge av hvor i Asker og Bærum de bor. Så det vil være riktig å si at omstillingene som er foretatt ikke har påvirket reisetid i særlig grad.

9.7.2 Tjenestekvalitet

I dette avsnittet ser vi hvordan indikatorene som brukes til å måle tjenestekvalitet har utviklet seg.

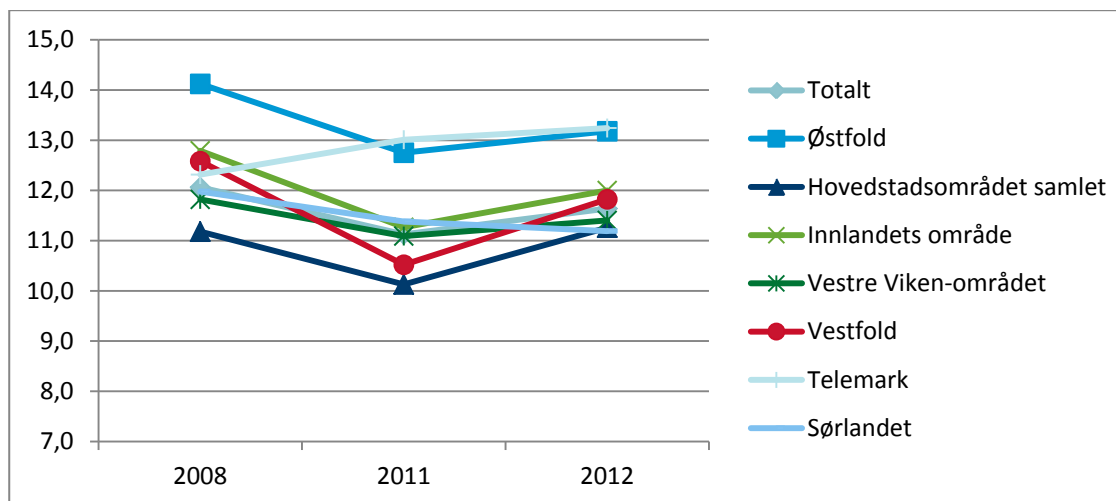
9.7.2.1 Reinnleggelser

Andel reinnleggelser er i perioden fra 2008 -2012 blitt noe redusert. Fra 2011 til 2012 er det en liten økning i alle regioner. I hovedstadsområdet og Vestre Viken er mønsteret det samme og de har hele tiden hatt en reinnleggingsandel i det lavere sjiktet i regionen. Regionen ligger omlag på landsgjennomsnittet og har utviklet seg som det. Når reinnleggelser brukes som et kvalitetsmål bygger det på en tese om at forrige behandling ikke var godt nok avsluttet. Om det er noen sammenheng her er ikke godt dokumentert.



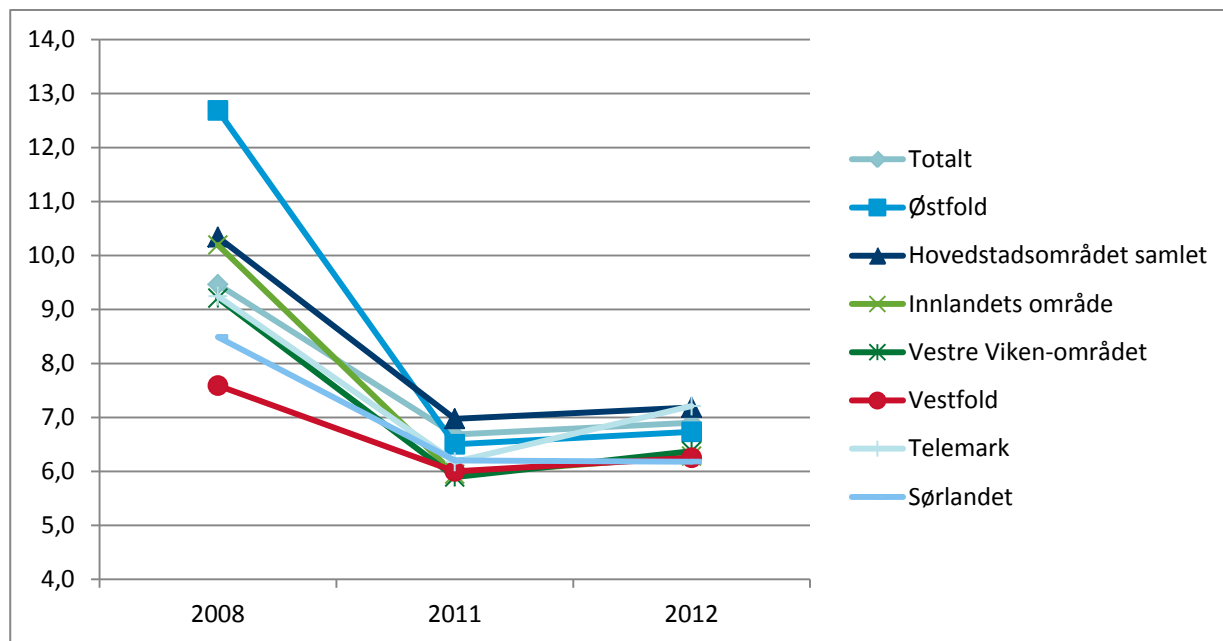
Figur 9-16 Andel reinnleggelser innen 30 dager, alle fag, 2008-2012. Kilde SAMDATA

Mens figur 16 viser alle fag, viser figur 17 antall reinnleggelser for pasienter med medisinske diagnoser og figur 18 viser situasjonen for de med kirurgiske diagnoser. Utviklingen for de med medisinske diagnoser viser for alle foretakene, unntatt Sykehuset i Telemark et fall til 2011 for så å stige igjen til 2012.



Figur 9-17 Andel reinnleggelser innen 30 dager, medisinsk behandling, 2008-2012. Kilde SAMDATA

For de med kirurgiske diagnoser er det et kraftig fall i andelen reinnlagte fra 2008 til 2012, og i både 2011 og 2012 er situasjonen ganske lik for alle helseforetakene, mens forskjellene var vesentlig større i 2008.

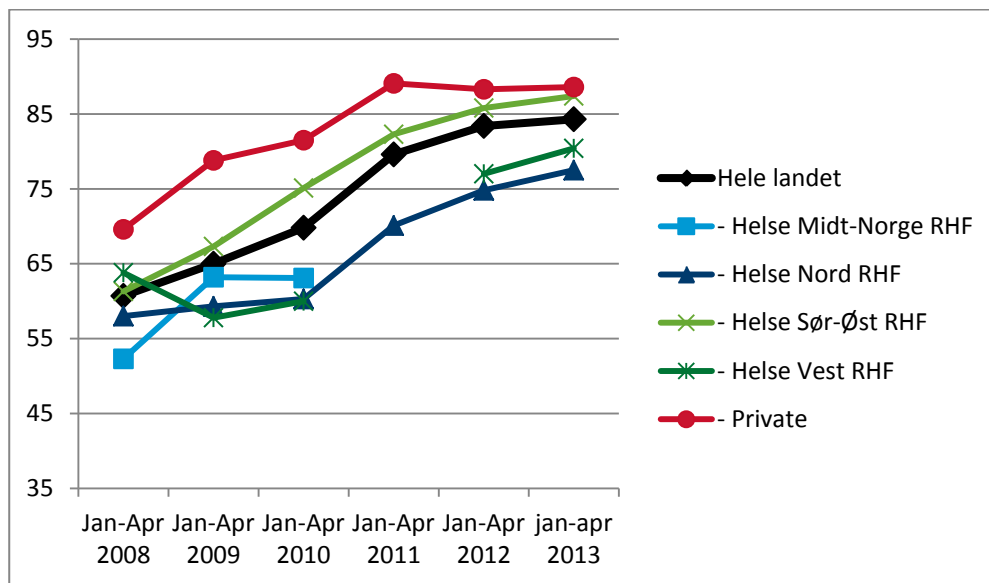


Figur 9-18 Andel reinnleggelser innen 30 dager, kirurgisk behandling, 2008-2012. Kilde SAMDATA

Noe av det kraftige fallet fra 2008 til 2011 kan ha sammenheng med innføring av pasienttydige data i Norsk pasientregister som startet i 2008. Tidligere kunne direkte overføringer mellom sykehus innad i helseforetakene bli regnet som ulike opphold.

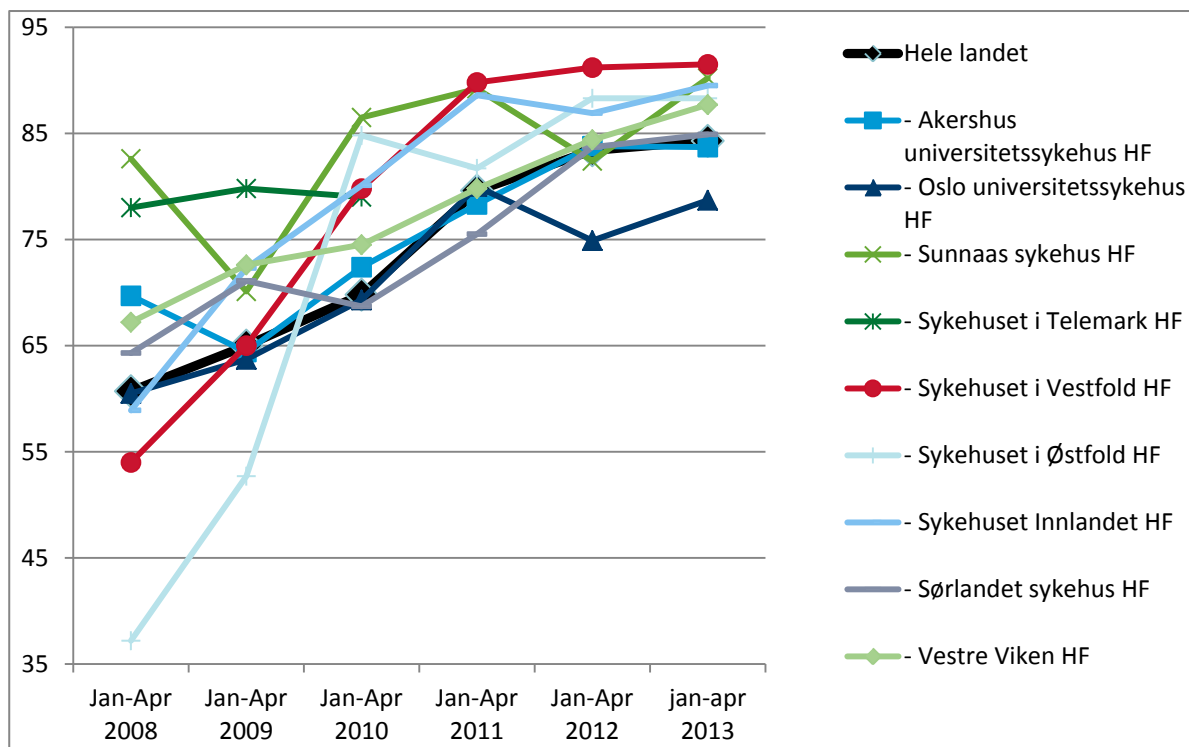
9.7.2.2 Epikrisetid

Alle regioner har hatt en sterk økning i andel epikriser som sendes ut innen 7 dager etter behandling i perioden 2008-2013 (1 tertial). Helse Sør-Øst har ligget høyest av de offentlige sykehusene hele veien, og er nå på høyde med de private som i hele perioden har ligget høyest.



Figur 9-19 Andel med Epikrise utsendt innen 7 dager, helseregionene, private og landet, 2008-2013. Kilde Helsenorge.no

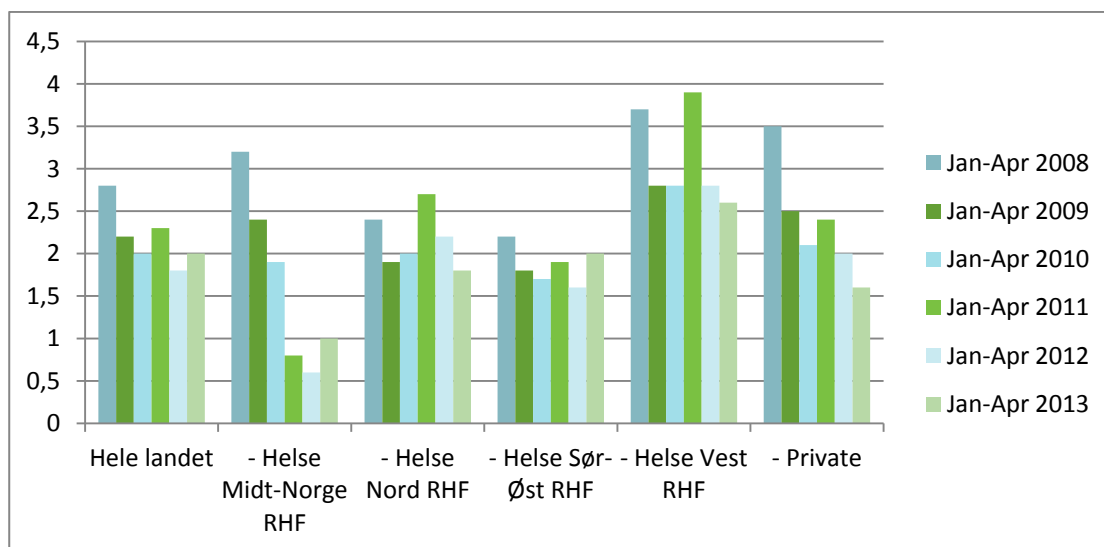
Internt i regionen er utviklingen den samme i alle HF-ene. Sykehuset i Østfold har hatt den beste utviklingen fra et dårlig utgangspunkt i 2008, mens OUS har falt klart under de andre foretakene i regionen og landsgjennomsnittet de to siste årene.



Figur 9-20 Andel med Epikrise utsendt innen 7 dager, helseforetak i Helse Sør-Øst, 2008-2013. Kilde Helsenorge.no

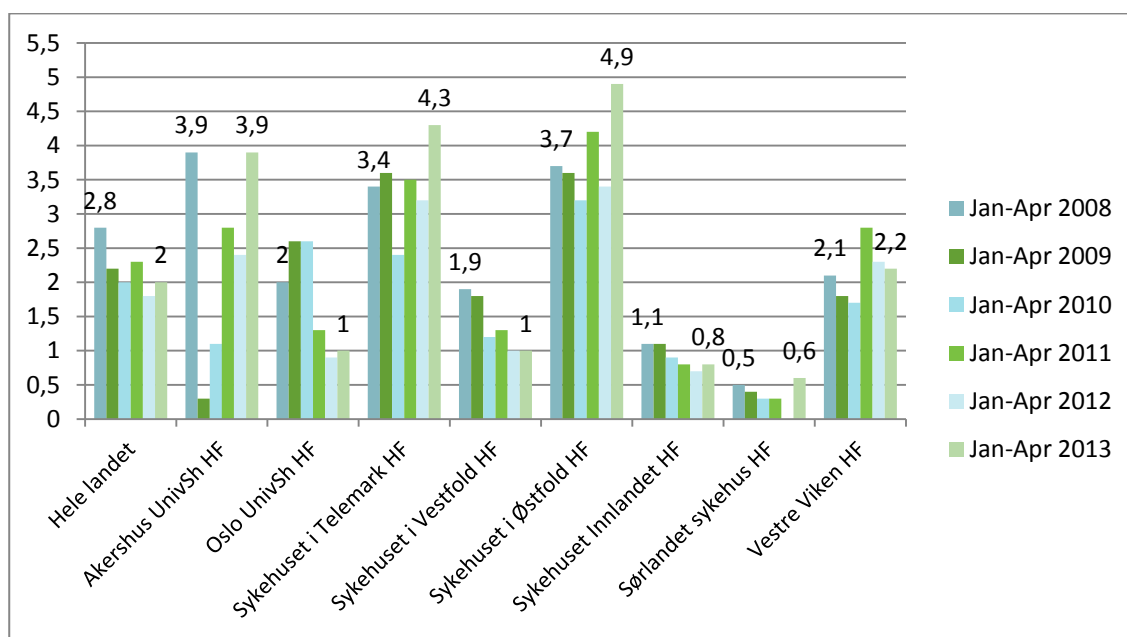
9.7.2.3 Korridorpasienter

Det har vært en nedadgående trend i andel korridorpasienter nasjonalt de siste 5 årene. Helse Midt-Norge bidrar mest til dette, noe som kan ses i sammenheng med åpningen av det nye sykehuset, hvor man i regelen ikke kan ha korridorpasienter. Helse Sør-Øst har samlet sett hatt en ganske stabil andel korridorpasienter, med en andel mellom 1,5 og 2 prosent. Helse Vest har hatt høyest andel hele tiden, men det dreier som en halv prosent i første tertial 2013.



Figur 9-21 Korridorpasienter, andel av pasienter som ligger i korridor, helseregionene, 2008-2013. Kilde Helsenorge.no

I HSØ's område er andelen korridorpasienter i 2013 lavere enn i 2008, men tallet har gått moderat opp og ned og ligger mellom 1,75 og 2 prosent i hele perioden. Innad i regionen er det store forskjeller.

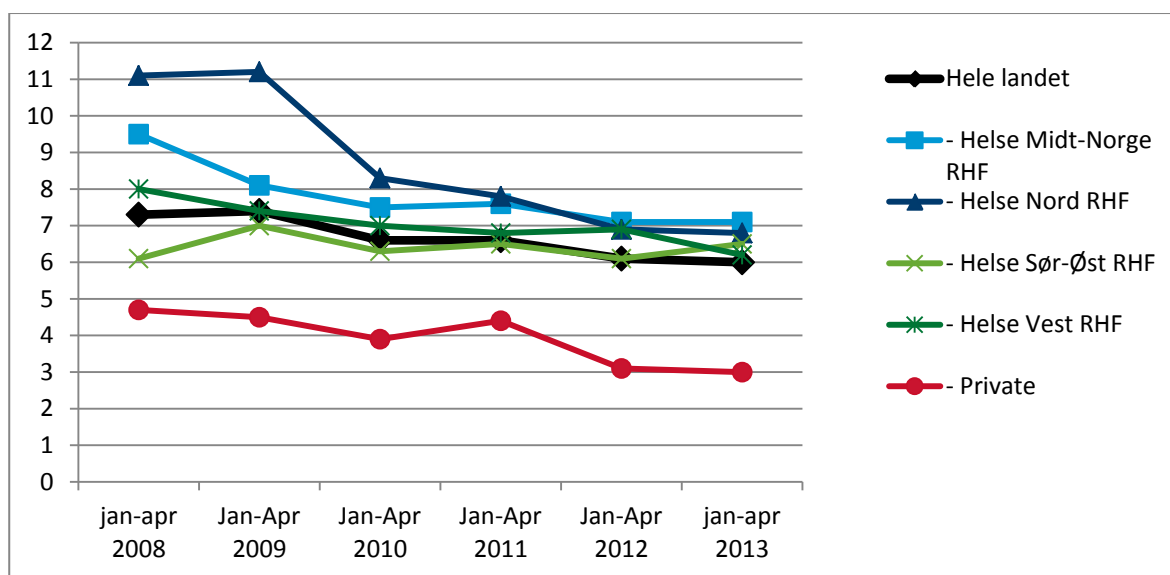


Figur 9-22 Korridorpasienter, andel av pasienter som ligger i korridor, helseforetakene i Helse Sør-Øst, 2008-2013. Kilde Helsenorge.no

Ved HF-ene som mest berørt av omstillingen er det verdt å merke seg at OUS hadde en markert nedgang fra 2010 til 2011 og holdt seg deretter på det nivået, mens utviklingen ved AHUS var omvendt. Samtidig viser tallene at AHUS hadde en like høy andel korridorpasienter i 2008 som i 2013, men foretaket hadde en voldsom reduksjon fra 2008-2009.

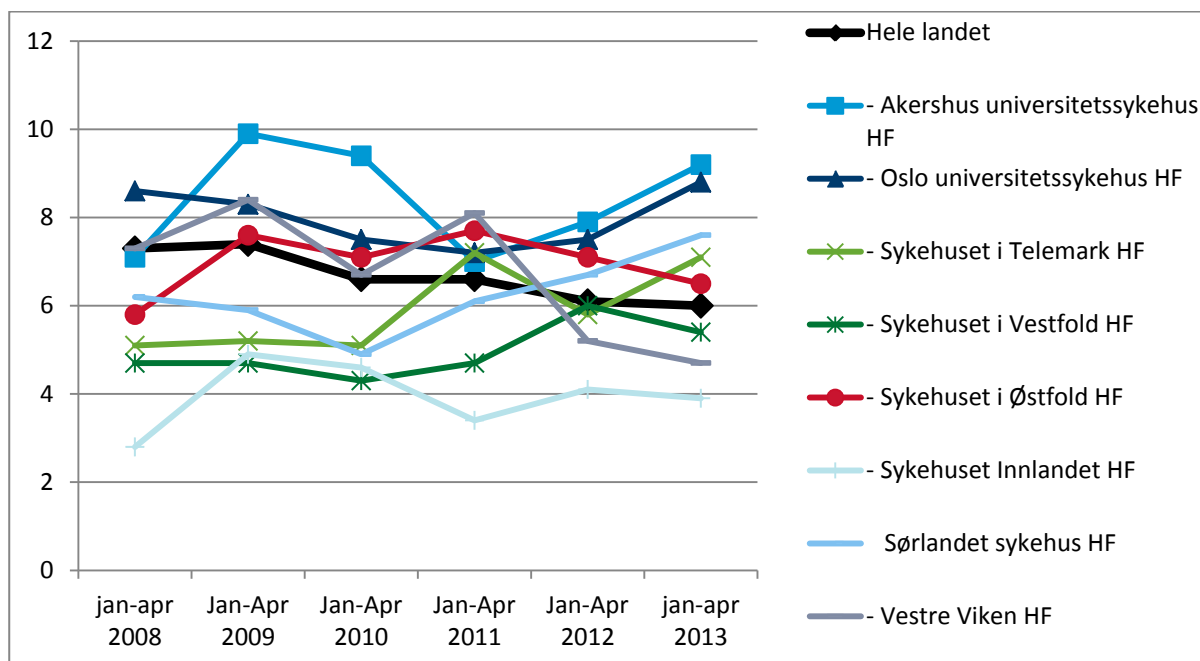
9.7.2.4 Utsettelse av operasjoner

Det har vært en reduksjon av andelen utsatte operasjoner i alle regioner, og i 2013 er forskjellene mellom helseregionene helt ubetydelig. HSØ har hele tiden ligget i nederste sjikt.



Figur 9-23 Andel Utsettelse operasjon, helseregionene, 2008-2013. Kilde Helsenorge.no

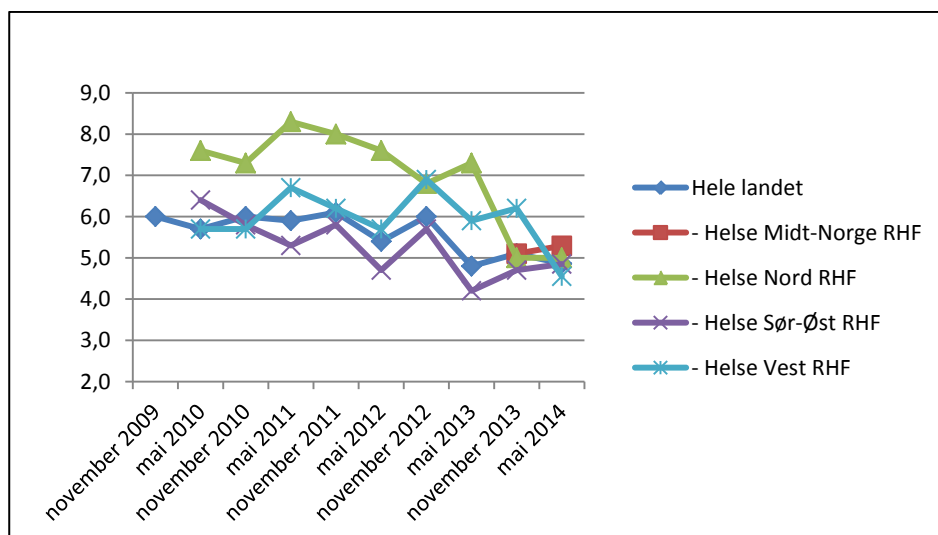
Av HF-ene i HSØ har det de siste årene vært en liten økning av utsatte operasjoner for AHUS og OUS, slik at disse ligger høyere i 2013 enn i 2008. Figur 23 viser at andelen utsatte operasjoner har vært ganske stabilt for Helse Sør-Øst som region, mens det for helseforetakenes del er noen som har økt andelen utsettelse og noen som har redusert dette.



Figur 9-24 Andel Utsettelse operasjon, helseforetakene i Helse Sør-Øst, 2008-2013. Kilde Helsenorge.no

9.7.2.5 Infeksjoner

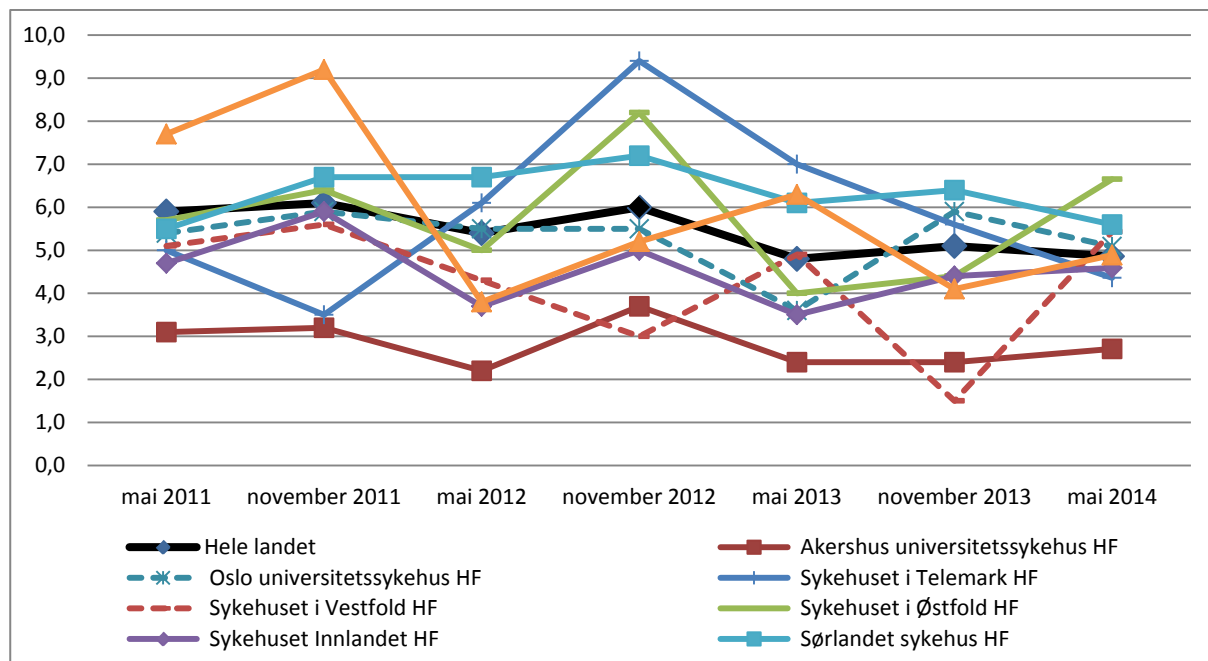
Helse Sør-Øst har ligget stabilt lavt når det gjelder andelen infeksjoner. Ved målingen i mai 2014 var andelen svært lik i alle regionene.



Figur 9-25 Andelen infeksjoner ved sykehus for helseregionene, 2010-2014 (punkttelling). Kilde Helsenorge.no

På helseforetaksnivå er det mange svingninger i infeksjonsandelen fra måling til måling. AHUS har i perioden fra 2011 til 2014 hele tiden ligget lavt i andel infeksjoner, mens Sørlandet har vært i det

øvre sjiktet blant helseforetakene i HSØ. Ved siste måling som er med her var det små forskjeller mellom flertallet av foretakene. Det må legges til at det er noe usikkerhet om den historiske datakvaliteten for infeksjonsregistrering.



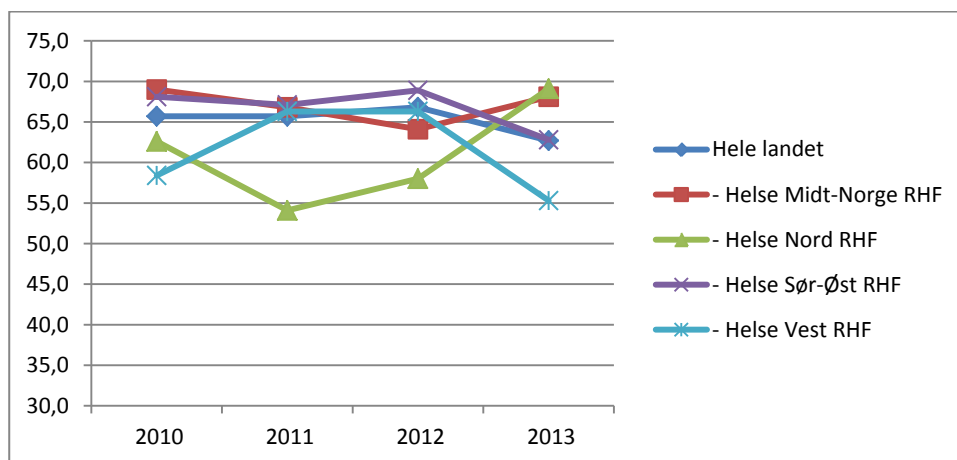
Figur 9-26 Andelen infeksjoner ved sykehus for helseforetak HSØ, 2011-2014(punkttelling). Kilde Helsenorge.no

9.7.2.6 Behandling innen 20 dager for kreftbehandling

Som tidligere nevnt er det tatt ut noen indikatorer for noen kreftformer, der målingene gjelder andelen som får behandling innen 20 dager. Det tas forbehold om forskjeller og endringer i datakvalitet knyttet til disse indikatorene. Tallene må tolkes med en viss forsiktighet og vi er først og fremst ute etter tegn til gjennomgående mønster i resultatene heller enn enkeltstående funn. Vi har kun tilgang til tall fra og med 2010.

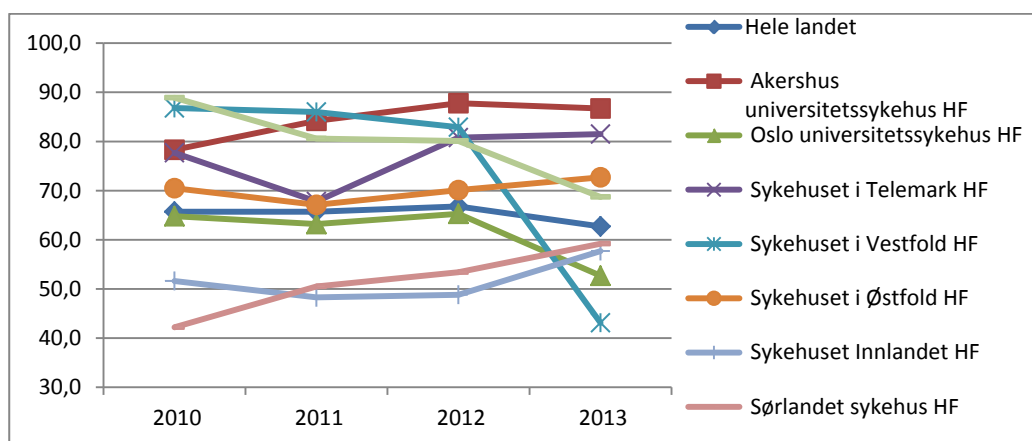
Brystkreft

Figur 27 viser andel pasienter behandlet for brystkreft i perioden 2010 til 2012 hvor pasientene fikk igangsatt behandling innen 20 dager. Helse Nord har svingt veldig og lå lavest de første tre årene, men økte sin andel tydelig fra 2012 til 2013. Andelen for Helse Sør-Øst var omtrent på samme nivå de tre første årene, for så å gå litt ned.



Figur 9-27 Brystkreft, andel til behandling innen 20 dager, regionene, 2010-2013. Kilde Helsenorge.no

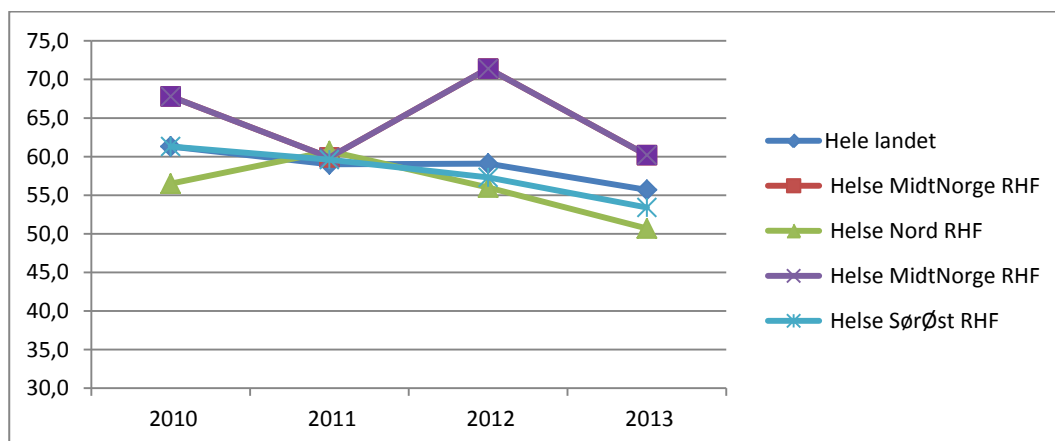
Når vi ser på helseforetakene innad i Helse Sør-Øst (fig 28) ligger AHUS i øvre sjikt og har forbedret sin prestasjon. Fire helseforetak er over landsgjennomsnittet i 2013. OUS har ligget jevnt omkring landsgjennomsnittet, men andelen gikk noe ned i 2013. Sørlandet og Innlandet hadde den klart laveste andelen behandling innen 20 dager fram til 2012, men gikk noe opp i 2013.



Figur 9-28 Brystkreft, andel til behandling innen 20 dager, helseforetakene i HSØ, 2010-2013. Kilde Helsenorge.no

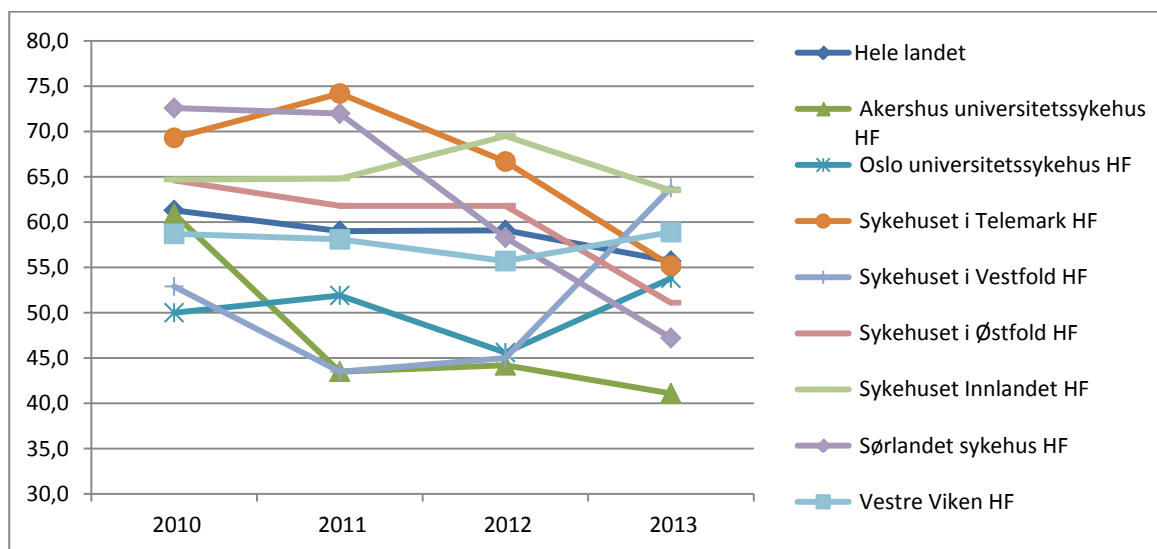
Tykkttarmskreft

Andelen som får behandlingen innen 20 dager for tykkttarmskreft har vært ganske stabilt i tre av fire regioner. HSØ skiller seg ikke ut i nivå eller utvikling. Helse Midt-Norge svinger ganske mye fra år til år, men har den høyeste andelen totalt nesten hele perioden.



Figur 9-29 Tykktarmskreft, andel til behandling innen 20 dager, helseregionene, 2010-2013. Kilde Helsenorge.no

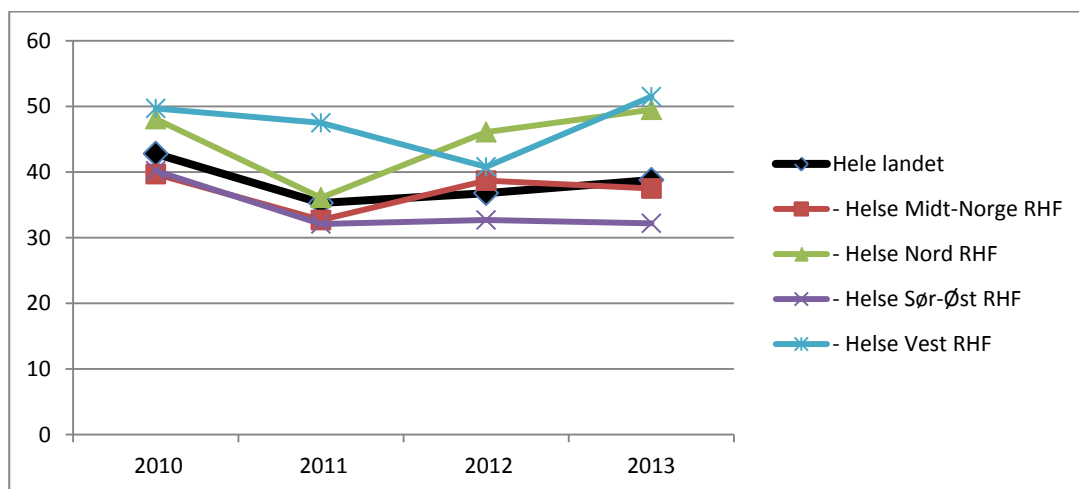
Når vi ser på helseforetakene i Helse Sør-Øst svinger andelen tatt til behandling innen 20 dager ved mange av foretakene ganske mye i perioden. AHUS hadde en negativ utvikling og lå lavest av alle foretakene i 2013. Spørsmålet er om dette gjenspeiler et kapasitetsproblem ved sykehuset. OUS hadde også en negativ utvikling fra 2010 til 2012, men i 2013 økte andelen igjen. Sørlandet framstår med en sterk reduksjon i perioden.



Figur 9-30 Tykktarmskreft, andel til behandling innen 20 dager i helseforetakene i HSØ 2010-2013. Kilde Helsenorge.no

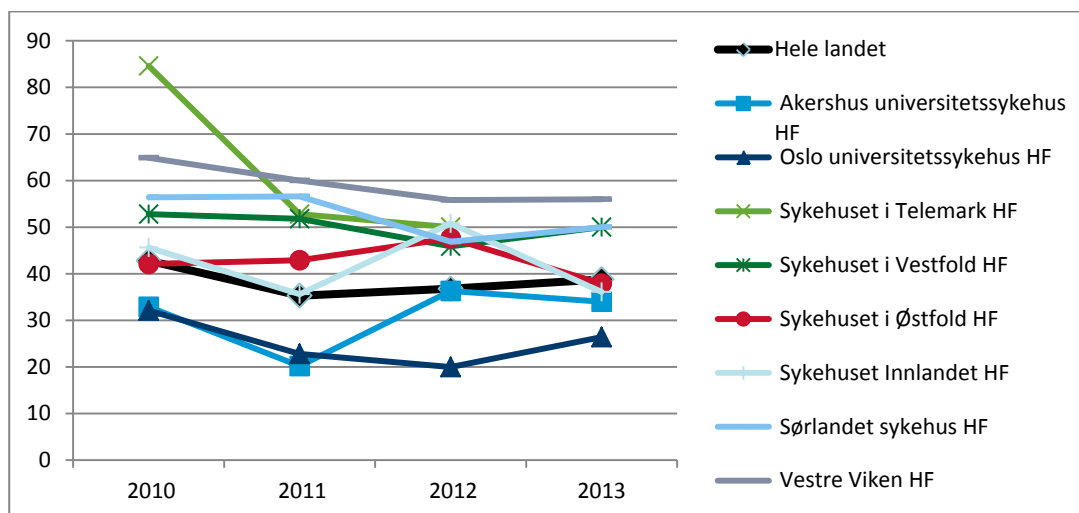
Lungekreft

For andel igangsatt behandling for lungekreft viser figur 30 at HSØ lå lavest sammen med Midt-Norge i 2010 og 2011 og litt lavere enn de andre regionene i 2012 og 2013.



Figur 9-31 Lungekreft, andel til behandling innen 20 dager, helseregionene, 2010-2013. Kilde Helsenorge.no

Figur 32 viser at OUS sin andel med behandling innen 20 dager faller for lungekreftpasienter fra 2010 til 2012, for så å øke noe til 2013. Helseforetaket skiller seg ut fra de andre helseforetakene som nå nærmer seg hverandre når dette målet benyttes. OUS er imidlertid ikke alene om å ha en noe negativ utvikling i perioden. Sterkest har reduksjonen vært for Sykehuset i Telemark, hvis datagrunnlaget er pålitelig. Vestre Viken og Sørlandet har gjennom hele perioden vært blant de med høyest andel pasienter med igangsatt behandling innen 20 dager.

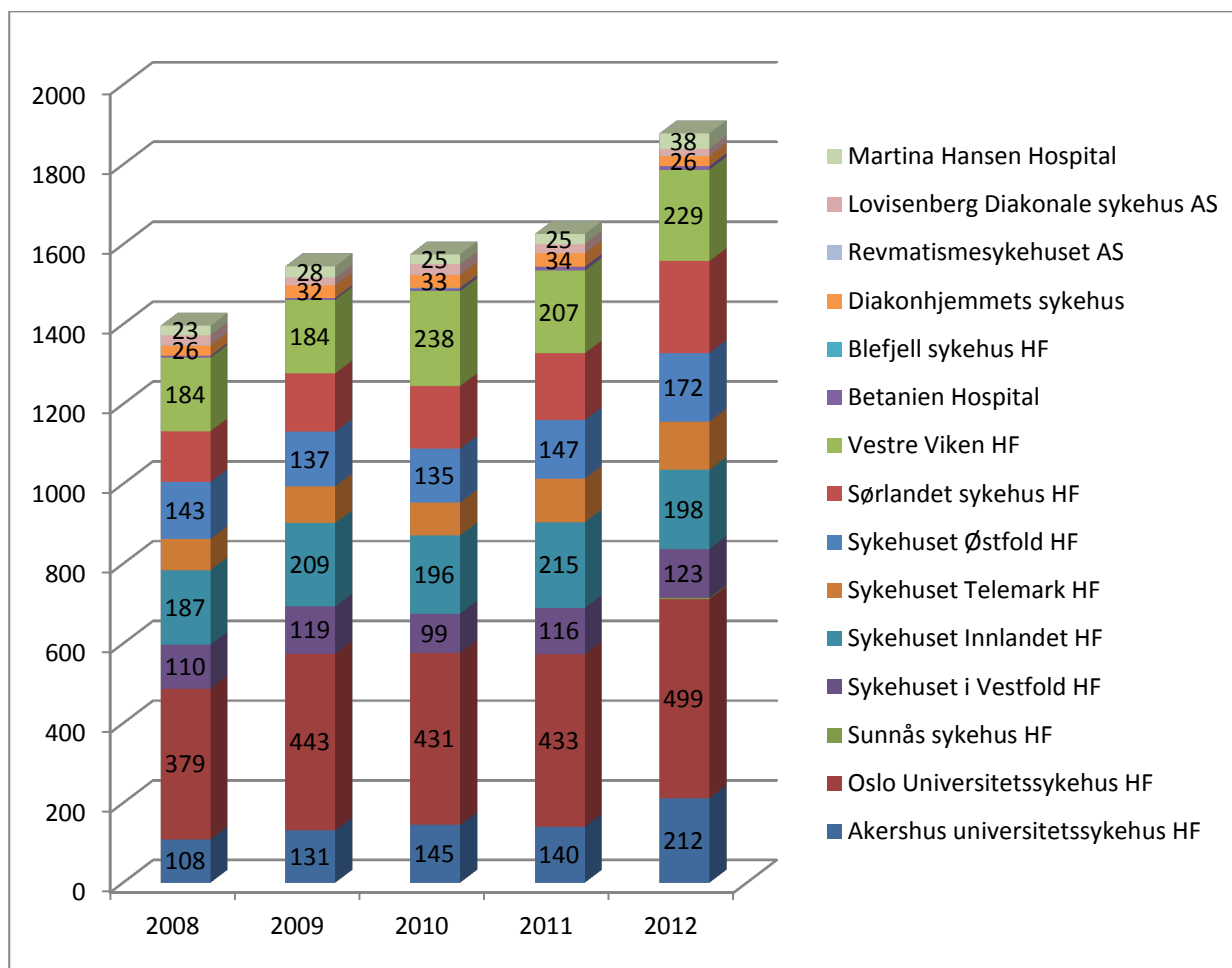


Figur 9-32 Lungekreft, andel til behandling innen 20 dager i helseforetakene i HSØ 2010-2013. Kilde Helsenorge.no

9.7.2.7 Meldte skader i Norsk pasientskadeerstatning

Figur 33 viser antall mottatte saker hos Norsk pasientskadeerstatning. Det har vært en økning i antall saker fra 2008 til 2012. Økningen har vært på i underkant av 30 prosent. Økningen i seg selv er ikke nødvendigvis noe tegn på en uønsket utvikling. Det kan også være at flere klager inn saker

fordi flere er bevisste på muligheten for å klage. Det er kjent at uønskete hendelser og feil tidligere ikke har blitt rapportert i det omfang det burde. Fordelingen mellom helseforetakene gjenspeiler i stor grad størrelsen på foretakene.



Figur 9-33 Antall mottatte saker Norsk pasientskadeerstatning

Samtidig med økning i antall saker ser vi at mange klager ikke får medhold. Figur 32 viser at 32 prosent av klagesakene fikk medhold. Så mange som 68 prosent av pasientene behandlet i HSØ sine helseforetak fikk dermed avslag på sine klager til Norsk pasientskadeerstatning de siste årene. Andelen er ganske lik i ulike helseregioner. Andelen NPE-saker i forhold til antall behandlinger er også svært lik mellom regionene (Statistikk fra Helseregionen, Norsk pasientskadeerstatning 2013).

Figur 34 viser at 34 prosent av klagesakene fikk medhold og dermed fikk så mange som 66 prosent avslag på sine klager til Norsk pasientskadeerstatning.

Medhold/avslag Helse Sør-Øst	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Akershus universitetssykehus HF	256	40 %	382	60 %	638
Oslo universitetssykehus HF	572	28 %	1 455	72 %	2 027
Sykehuset i Vestfold HF	171	32 %	364	68 %	535
Sykehuset Innlandet HF	318	34 %	612	66 %	930
Sykehuset Telemark HF	155	34 %	296	66 %	451
Sykehuset Østfold HF	214	32 %	450	68 %	664
Sørlandet sykehus HF	284	38 %	468	62 %	752
Vestre Viken HF	379	39 %	590	61 %	969
Sunnaas sykehus HF	1	100 %	0	0 %	1
Betanien Hospital	8	31 %	18	69 %	26
Martina Hansens Hospital	31	25 %	94	75 %	125
Lovisenberg Diakonale Sykehus A/S	36	33 %	72	67 %	108
Diakonhjemmet Sykehus	59	42 %	82	58 %	141
Revmatismesykehuset AS	0	0 %	2	100 %	2
Totalt	2 484	34 %	4 885	66 %	7 369

Figur 9-34 Antall og andel medhold og avslag på saker til Norsk pasientskadeerstatning fordelt på helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst. Kilde NPE (statistikk for regionale helseforetak 2012)

9.8 En samlet vurdering og konklusjon

Det har vært en stor utfordring for denne analysen at det ikke forelå en vurdering av hvordan Helse Sør-Øst og de enkelte helseforetakene i regionen oppfattet situasjonen når det gjaldt tilgjengelighet og kvalitet ved starten av omstillingsprosessen. Siden arbeidet vårt kom i gang så vidt mange år etter at prosessen startet har det også vært vanskelig å vurdere hvordan tiltak 4-5 år tilbake i tid har påvirket prosessen. I tillegg pågikk det samtidig andre store prosesser som ikke var initiert av arbeidet med strategien og omstillingsprogrammet. Alle disse prosessene påvirket det løpende arbeidet både for Helse Sør-Øst RHF og for de enkelte helseforetakene. Dette er også beskrevet i 1ste delrapport. De prosessene som pågikk samtidig var:

- Selve den nødvendige fusjonsprosessen der to regioner skulle bli en region.
- Arbeidet med å utnytte hele det nye Ahus ved å utvide pasientgrunnet for dette helseforetaket.
- Tilpasse seg den nye økonomiske fordelingsnøkkelen som fulgte etter Magnussen-utvalgets innstilling.
- Implementering av strategien som ble utarbeidet i selve omstillingsarbeidet.

Fagdirektørene trekker også fram at de hvert år også fikk oppdragsdokument for sine helseforetak som gjenspeilte det oppdragsdokumentet Helse- og omsorgsdepartementet presenterte for Helse Sør-Øst RHF. Når det gjaldt kvalitet på pasientbehandlingen var målene formulert i oppdragsdokumentene så godt som identiske med de som ble utarbeidet gjennom omstillingsarbeidet. For arbeidet med å nå målene hadde da ikke dette noen betydning, men det har

gjort det vanskelig for oss å evaluere hvilken rolle selve omstillingsprosessen har hatt i det arbeidet som er foregått siden 2009.

Når vi har lest gjennom dokumentene har det også vært krevende å finne tydelige rangeringer av mål og virkemidler. I tabell 1 har vi forsøkt å foreta en slik oppdeling av mål og virkemidler som et verktøy for å foreta en evaluering.

Helse Sør-Øst valgte tidlig å benytte de nasjonale kvalitetsmålene og intervjuene med fagdirektørene viser at det har unison oppslutning. Vi har ikke fått noen indikasjoner om at noen ønsker andre kvalitetskriterier. Målene for kvalitet er mange nok og tydelige nok til at man i de enkelte helseforetak kan bruke disse til å fremme viktigheten av å bedre kvaliteten i tjenesten.

Synet på nytten av arbeidet med utvikling av behandlingslinjer i regional regi er mer variert. Dette oppfattes som vanskelig og noe som tar så lang tid at prosessene i seg selv ikke oppfattes som nyttige i kvalitetsarbeidet. Ingen av fagdirektørene er mot å etablere behandlingslinjer men de som har en mening om dette mener dette er et så komplisert og langvarig arbeid at det krever en form for prioritering av hvilke områder det bør arbeides med.

Målene som er satt for god pasientbehandling er de samme i strategien for Helse Sør-Øst og de som er utarbeidet nasjonalt og som presenteres for regionene i oppdragsdokumentet hvert år. Behovet for overordnede retningslinjer er stort. Det viser intervjuene med fagdirektørene. Det er også viktig for en ny organisasjon som Helse Sør-Øst var å samle seg om felles verdier gjennom en egen strategi. Siden disse verdiene er på et nivå og med en innretning som er så lik de nasjonale som gjelder kunne et alternativ vært og tatt utgangspunkt i oppdragsdokumentet og foretatt en egen vurdering av hvor regionen var god og hvor den burde bli bedre. Da ville man også vært mer presise på hva som lå i begrepene som likeverd og tilgjengelighet, for å nevne de to viktigste. Det kunne kanskje ledet til et mer spisset prosjekt for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen, tilpasset behovene i Helse Sør-Øst.

Fagdirektørene understreker at kravet om å bedre kvaliteten er tydelig og at den er blitt tydeligere i den perioden omstillingsarbeidet har pågått. Dette settes det pris på og det er satt i gang mange tiltak både for hele regionen og i det enkelte helseforetak. SINTEF har ikke hatt mulighet for å foreta en evaluering av alle disse større og mindre tiltakene som er iverksatt. Vi registrerer at det har heller ikke Helse Sør-Øst gjort. I starten av dette kapitlet har vi vist til at fraværet av en egen evaluering av hva som var bra og mindre bra og hvor man ønsket endringer ved starten av omstillingsarbeidet har gjort det krevende å foreta en evaluering. Situasjonen er langt på vei den samme i dag. Det positive er den unisone oppslutningen om å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen. I dette prosjektets delrapport 2 viser vi hvor vanskelig det er å nå fram med sentrale beslutninger til de som skal utføre tjenesten. Skal man få gjennomslag som endrer praksis må man antagelig være veldig presis på hva man ønsker å endre og man må være bevisst på at arbeidet vil ta tid. Helse Sør-Øst er Norges desidert største region og det er viktige forskjeller på hva som er de viktigste utfordringene i de ulike helseforetakene og hva de legger i de enkelte begrepene. I Oslo vil likeverdig tilbud mest bli knyttet til hvordan pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn norsk blir behandlet, mens det for Sykehuset Innlandet mer er et spørsmål om geografisk likhet.

Selv om det må tas hensyn til forskjellene i pasientgrunnetil de enkelte helseforetak og kulturen som er etablert blant leger og annet behandlingspersonale savner vi noen tydelige målsettinger for Helse Sør-Øst på kvalitetsområdet slik at det kan bygges opp prosjekter som kan oppsummeres med om de har nådd målene eller ikke. Slik situasjonen stadig er, kan det oppsummeres at det er

forholdsvis stor aktivitet på området og det rettes stor oppmerksomhet mot kvalitet, men det er ikke satt i gang prosjekter som har som mål å få til en tydelig endring.

Gjennomgangen av data på de områdene det måles understreker dette. Utviklingen for Helse Sør-Øst har vært som for de andre helseregionene. Som poengtert over er det ikke uventet, siden målene som er satt for pasientbehandlingen er den samme for Helse Sør-Øst som for de andre helseregionene. Siden Helse Sør-Øst etter forslag fra Magnussenutvalget fikk en relativt mindre økning i sine midler enn de andre helseregionene kan regionen kanskje ha klart dette med noe mindre midler enn de andre. I dette prosjektets delrapport 4 sees det spesielt på om det kan spores en annen økonomisk utvikling for Helse Sør-Øst enn for de andre helseregionene, og konklusjonen er at det kan det ikke.

Dette gjelder også på området for kvalitet og nivå på pasientbehandlingen. Vi finner ingen indikatorer på at Helse Sør-Øst har hatt en annen utvikling enn de øvrige helseregionene. Det tas forbehold om at vi ikke har gått inn og sammenlignet på detaljnivå.

Vedlegg 1: Kvalitetsindikatorer

Generelle:

- Antall og andel korridorpasienter i registreringsperioden
- Andel epikriser sendt ut innen en uke
- Prevalens (en-dagsregistrering) av sykehusinfeksjoner
- Strykninger fra operasjonsprogrammet
- Pasienterfaringer
- Reinnleggelser blant eldre innen 30 dager NY

Fagspesifikke:

- Andel pasienter med lårhalsbrudd operert innen 48 timer
- Andel individuell plan for barnehabilitering
- Andel keisersnitt utført planlagt og som øyeblikkelig hjelp.
- Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse
- Fødselsrifter grad 3 og 4
- Underekstremitetsamputasjoner blant diabetespasienter
- Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft
- Tid fra henvisning til første behandling lungekreft
- Tid fra henvisning til første behandling brystkreft
- 5 års overlevelse tykktarmskreft pr. region
- 5 års overlevelse endetarmskreft pr. region
- 5 års overlevelse lungekreft pr. region
- 5 års overlevelse brystkreft pr. region
- 5 års overlevelse prostatakreft pr. region

Psykisk helsevern voksne

- Brudd på vurderingsgarantien i psykisk helsevern voksne
- Epikrise sendt innen sju dager i psykisk helsevern voksne
- Fastlegers vurdering av distriktpspsykiatriske sentre
- Fristbrudd for voksne som har startet helsehjelp i psykisk helsevern
- Fristbrudd for voksne på venteliste i psykisk helsevern
- Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern voksne
- Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no for psykisk helsevern for voksne
- Registrering av lovgrunnlag i psykisk helsevern for voksne
- Registrering av hoveddiagnoser i psykisk helsevern for voksne
- Tvangsinnleggelse

Psykisk helsevern barn og unge

- Registrering av diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge
- Henvisning vurdert innen ti dager for barn og unge i psykisk helsevern
- Andel henvisninger som er vurdert innen ti arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge.
- Helsehjelp innen 65 dager for barn og unge i psykisk helsevern
- Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen har startet for barn og unge i psykisk helsevern.

- Fristbrudd for barn og unge på venteliste i psykisk helsevern
- Fristbrudd for barn og unge i psykisk helsevern
- Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no for psykisk helsevern for barn og unge

Vedlegg 2: REVISJONER HELSE SØR_ØST

2013 Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet

- Oppsummeringsrapport oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet
- Vedlegg 1 Oppsummering funn - den pasientadministrative prosessen
- Vedlegg 2 Oppsummering funn - systemet for intern styring og kontroll
- Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet ved Sykehuset Østfold HF
- Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet ved Sykehuset Innlandet HF
- Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet ved Sykehuset i Vestfold HF
- Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet ved Sørlandet sykehus HF
- Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet ved Vestre Viken HF

Andre revisjoner

- Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS
- Revisjon av rutiner for henvisninger mellom Ringerike Sykehus v/Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF
- Oppsummering av utført revisjonsutviklingsarbeid i Sykehuset i Vestfold HF 2013

2012 Revisjon av intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid

- Oppsummeringsrapport revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet Sykehuset Telemark HF
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet Sykehuset i Vestfold HF - klinikk psykisk helse og rusbehandling
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet Oslo universitetssykehus HF
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Akershus universitetssykehus HF

Regional revisjon av helseforetakenes styringssystem for eierkrav

- Regional revisjon av helseforetakenes styringssystem for eierkrav

Andre revisjoner

- Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

- Oppfølgingsrevisjon av revisjon av henvisningsområdet i Vestre Viken HF i 2010 (rapport 4/2010, kap. 3)
- Oppfølgingsrevisjon av revisjon av henvisningsområdet i Vestre Viken HF i 2010 (rapport 4/2010, kap. 4)

Rapporter 2011

Revisjon av intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid

- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sykehuset Østfold HF
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sykehuset Innlandet HF
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sykehuset i Vestfold HF
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sørlandet sykehus HF
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sunnaas sykehus HF
- Revisjon intern styring og kontroll av pasientadministrative arbeidet i Veste Viken HF.

Revisjon av Vestre Viken HF 2010

- Rapport budsjett Vestre Viken HF
- Revisjon intern styring og kontroll innenfor henvisningsområdet ved Vestre Viken HF

Revisjon av Helse Sør-Øst RHF

- Revisjonsrapport internkontroll RHFet - 2009
- Rapport - Evaluering av rutiner og systemer for rapportering og oppfølging i foretaksgruppen - 2009

Rapporter 2008

Revisjon av henvisningsrutiner

- Oppsummering - rapporter om henvisningsrutiner - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Blefjell sykehus HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Rikshospitalet HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Ringerike sykehus HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Sykehuset i Vestfold HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Sykehuset Innlandet HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Sykehuset Telemark HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Sykehuset Østfold HF - 2008
- Rapport henvisningsrutiner Sørlandet sykehus HF - 2008

Vedlegg 3 Utvalg Ortopedi/Revmakirurgi

Midlertidig utvalg som vurderte funksjonsfordeling innen ortopedi, revmakirurgi og revmatologi⁷⁶

Områdefunksjoner

Her beskrives hvilke inngrep man har vurdert spesielt og som anbefales kan utføres på ett sykehus i alle sykehusområder. Et unntak fra regelen er i de tilfeller man har større sykehusområder med flere lokasjoner hvor man gjør et tilstrekkelig antall inngrep innenfor ulike prosedyregrupper. For å sikre tilgjengelig kompetanse året rundt bør man ha et team på minst 2-3 spesialister som hver håndterer 25-30 av inngrep innenfor en gruppe prosedyrer. For beskrivelse av krav knyttet til et visst årlig volum av ”poolede” inngrep per kirurg henvises til annet kapittel i deres sluttrapport. Et flertall står bak beslutningen om foreslått funksjonsfordeling innenfor det ortopediske og revmakirurgiske fagområdet. Det foreligger en skriftlig dissens knyttet til innsettelse av ankelproteser.

For å ha *områdefunksjon* innen ortopedi er det et krav at det skal være ett samarbeid med følgende spesialister eller funksjoner:

- Anestesi med intensivnivå 21

1 Sykehusenhet innrettet på behandling av kritisk syke pasienter med

- Kirurgi
- Indremedisin med bred kompetanse
- Diagnostisk radiologi med mulighet for MR
- Revmatologi
- Klinisk fysiologi og nukleærmedisin
- Pediatri
- Anestesiologi med kompetanse til behandling av barn

Traumatologi

- Kirurgisk behandling av Calcaneus - og Talusfrakturer

Hofte- og kneproteser

- Knenære osteotomier og uniprotoser
- Primærinfeksjoner hofte-kneproteser

Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi

- Revisjonskirurgi på fremre korsbånd

Håndkirurgi

- Sekundær rekonstruksjon av fleksorsener
- Senetransferinger og nerveskader på underarm
- Recidiv ved Dupuytrens kontraktur

⁷⁶ <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/hoeringer/aktuelle-hoeringer/Sider/sluttrapport-fra-midlertidig-regionalt-utvalg-for-funksjonsfordeling-av-ortopedi-revmakirurgi-og-revmatologi.aspx>

- Carpale luksasjoner/carpal instabilitet, carpale fracturer, distal radio-ulnar-leddsinstabilitet, ulnocarpal impingement

Fot-ankelkirurgi

- Tå-alloplastikker
 - Bakfotskirurgi - calcaneusosteotomier hos voksne
 - Bakfotskirurgi - ankelartrodeser, trippelartrodeser, ligamentrekonstruksjoner
- Kombinasjon av artrodeser, osteotomier og senetransposisjoner

Skulder-albuekirurgi

- Rotator cuff rekonstruksjon av flere sener
- Skulder-instabilitet og kontraktur
- Primær skulderprotese pga degenerativ sykdom

Ryggkirurgi

- Lumbale degenerative ryggglidelser med mindre deformiteter
- Kirurgisk behandling av columnafracturer uten ryggmargsskade

Barneortopedi

- Seneforlengelse ved nevro-ortopedi.
- Enkle kongenitte fotdeformiteter og aldersbetinget fysiologiske variasjoner.
- Kongenitte hoftedysplasier.
- Klumpføtter.
- Calve-legg-Perthes og caput femoris epifysiolyse

Flerområdefunksjoner

Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi

- Artroskopisk kirurgi i hofteldd

Håndkirurgi

- Håndkirurgi definert som revmakirurgi

6.3 Regionsfunksjoner

For å ha *regionsfunksjon* innen ortopedi bør det være ett samarbeid med følgende specialer/funksjoner:

- Revmatologi
- Endokrinologi
- Klinisk fysiologi og nukleærmedisin
- Pediatri
- Anestesiologi med kompetanse til behandling av barn
- Hæmofilisenter
- Nevrologi med nevrofysiologi
- Klinisk onkologi
- Plastikkirurgi
- Nevrokirurgi

Traumatologi

- Svært skadde pasienter (multitraumer)
- Intern fiksasjon av bekken - og acetabulumfrakturer
- Åpne frakturer Gustillo type IIIB og IIIC og frakturer med stort segmentert bentap

Hofte- og kneprotese

- Periacetabulær osteotomi
- Hoftenær femurosteotomi
- Kompleks primær hofte-og kneprotese
- Revisjonsproteser ved disintegrasjon av bekken
- Revisjonsproteser med stort bentap/huddefekt.
- Revisjonsproteser med kompleks infeksjon

Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi

- Rekonstruksjon av fremre korsbånd hos barn
- Trokleplastikk
- Tre-ligament kirurgi i kneledd
- Multiligamentkirurgi i kneledd med kneluksasjon
- Rekonstruksjon av bakre korsbånd, primære og revisjoner
- Artroskopisk mosaikkplastikk/osteoplugs hos voksne

Håndkirurgi

- Revaskulering/replantasjon etter amputasjoner på ekstremitetene
- Kongenitte deformiteter på overekstremitetene
- Kombinasjon av brannskader grad II og III på hånden og andre deler av kroppen i samarbeid med brannskadeavdeling
- Tetraplegipasienter. Rekonstruksjoner
- Kirurgi hos voksne og barn med nevro-ortopdiske problemstillinger
- Håndleddsproteser
- Nervetransplantasjoner proximalt for fingergrunnledd
- Høytrykksinjeksjon med vevstoksiske materiale

Fot- ankelkirurgi

- Ankelproteser (det foreligger en dissens til denne avgjørelsen som følger vedlagt)
- Vanskelig korrigerbare deformiteter ved nevromuskulære fotlidelser
- Bakfotskirurgi ved tunge nevro-ortopediske pasienter
- Calcaneusosteotomier hos barn

Skulder-albue kirurgi

- Primære -og revisjonsalbueproteser
- Kompleks albueinstabilitet/kontraktur
- Komplekse rotatorcuff revisjoner med/uten muskeltransposisjon
- Multidireksjonell skulderinstabilitet
- Revisjon av skulderproteser
- Skulderartrodeser
- Skapulopeksi/skapula crepitans

Ryggkirurgi

- Akuttstabiliserende kirurgi ved columnafracturer med mistanke eller konstatert ryggmargskade i samarbeid med nevrokirurg
- Infeksiøse ryggglidelser
- Komplekse ryggdeformiteter - herunder kyfoskoliose hos voksne
- Konservativ behandling av deformiteter hos barn og voksne
- Onkologiske ryggglidelser
- Pediatriske deformiteter
- Større revisjonskirurgi
- Cervikale og thorakale degenerative sykdommer
- Vertebroplastikk
- Nakkekirurgi ved revmatiske sykdommer

Barneortopedi

- Sent oppdaget hofteluksasjon etter 6. levemåned
- Operativ behandling av kongenitte hoftedysplasier
- Avansert operativ behandling av klumpføtter
- Rhizotomier ved CP i samarbeid med nevrokirurg
- Myelomeningocele
- Kirurgisk behandling ved arthrogryphosis
- Dysproporsjonale dverger og herved assosierende kongenitte misdannelser
- Kongenitte pseudartroser på tibia
- Muskeldystrofi/spinal muskelatrofi
- Nevroortopedisk behandling (CP) inkl. osteotomi og artrodese
- Kirurgisk behandling av vekstforstyrrelser og angulære feilstillinger
- Ortopedkirurgiske lidelser ved sjeldne handicap

Ortopedisk onkologi

- Operasjon av bensarkomer
- Biopsi av pasienter med mistanke om bensarkom
- Operasjon av aggressiv benign bentumorer
- Operasjon av avanserte skjelettmetastaser med stort bentap
- Biopsier av bløtdelssarkomer
- Operasjon av bløtdelssarkomer
- Solitære metastaser uten kjent primærtumor

Annet

- Gasgangren og nekrotiserende faciitis med behov for hyperbar oxygenbehandling
- Overekstremitetsproteser

Landsfunksjoner

I følge Norsk Ortopedisk Forening er følgende operasjoner landsfunksjoner:

Tabell Landsfunksjoner innen ortopedi/revmakirurgi

Operasjon	Ansvarligsykehus
Reimplantasjonskirurgi	OUSRikshospitalet
Infantile/juvenile scolioser som skal opereres	OUSRikshospitalet
Store bekken- og ryggtumores/sarcomer	OUSRikshospitalet
Elektiv ortopedi for pasienter med hemofili	OUSRikshospitalet
Revmakirurgi på barn	

Utenlandsfunksjoner

Per 2010 er det ingen behandlinger som er definert som utenlandsfunksjoner.

10 Omorganisering av sykehus: prosessen i Helse Sør-Øst i lys av tidligere forskning. Rapport fra arbeidspakke 6

Forfatter: Pål Martinussen

10.1 Innledning

I løpet av de siste tiårene har det vært en bølge av reformer og omstruktureringer i helsesektoren i mange land. Foruten sammenslåinger av sykehus omfatter dette også endringer i sykehusenes interne organisasjonsstruktur, som nye oppgavefordelinger mellom sykehusene, innføring av incentivbaserte kontrakter og bestiller-utførermodeller, nye og innovative teknologiske løsninger, benchmarkingprosedyrer, og endringer i ledelse og organisasjonskultur. Her i Norge har foretaksstrukturen, sykehusstrukturen og funksjonsfordelingen mellom sykehusene vært under fortløpende vurdering. I motsetning til hva som er tilfellet med nye medisinske intervensjoner, gjennomføres imidlertid denne typen store reformer og organisasjonsendringer gjerne uten et klart evidensgrunnlag (Kjekshus, 2011). Den internasjonale litteraturen har hovedsakelig vært konsentrert om sykehusfusjoner, og den er langt fra konkluderende når det gjelder effektene, i og med at resultatene spriker og effektene ikke er signifikante (Ferrier & Valdmanis, 2004); Kjekshus & Hagen, 2004; Kristensen m.fl., 2010; Harris m.fl., 2000). Tvert imot tyder litteraturen på at fusjoner er en mislykket strategi, fordi de så sjelden oppfyller fusjonenes mål og har så mange ikke-intenderte effekter (Burns & Pauly, 2002; Fulop m.fl., 2005; Posnett, 1999). Andelen mislykkede fusjoner er svært høy innenfor helsesektoren (Andreopoulos, 1997; Blackstone & Fuhr, 2003; Mallom, 2003; McClenahan, 1999; Todd, 1999). En studie av 300 av 750 sykehusfusjoner i USA mellom 1994 og 1998 viste at de fleste mislyktes (Todd, 1999).

Når sykehusfusjoner likevel har blitt stadig mer vanlig de siste 20 årene, reflekterer dette det faktum at organisatoriske restruktureringer betraktes som et av de viktigste virkemidlene for endring av moderne helsesystemer (Fulop m.fl., 2004).⁷⁷ Sykehussammenslåinger bygger imidlertid gjerne på enkle forståelser av organisasjonsendring som ikke anerkjenner det dynamiske forholdet mellom organisasjonen og dens omgivelser, eller mellom organisasjonen og dens individer (Child, 1997; Giddens, 1984). Andre former for organisasjonsendringer, som de nevnt overfor, er derimot basert på mer sofistikerte teorier om organisasjoner, endring, betydningen av kontekst, og forholdet mellom organisasjonen og individene i den (McNulty & Ferlie, 2002). Ved sammenslåinger av organisasjoner i privat sektor er det som regel en klar lederautoritet involvert, mens sammenslåinger av organisasjoner i offentlig sektor involverer en rekke ulike interessegrupper og er gjerne sterkt politiserte (Denis m.fl., 1992). Dette gjelder spesielt i profesjonsdominerte organisasjoner der profesjoner med stor makt og autonomi forventes å endre tungt forankret atferd, men ofte motsetter seg radikale endringer (Pettigrew m.fl., 1992).

Av den grunn er sykehus såpass spesielle organisasjoner at grunnleggende antagelser og forventninger knyttet til sammenslåinger krever nøye vurderinger, siden de mulige positive og negative effektene henger sammen med en rekke ulike faktorer som må veies mot hverandre. En ytterligere kompliserende faktor ligger i det faktum at alle beregninger og estimater gjelder framtiden. Man må derfor ofte sammenligne to hypotetiske situasjoner: 1) hva er de sannsynlige effektene av fusjonen, og 2) hva ville resultatet vært uten fusjonen? Det å kvantifisere disse effektene, særlig de som angår betydningen for kvaliteten, er utfordrende.

Sykehusstrukturen i de nordiske landene varierer når det gjelder fordeling av oppgaver mellom ulike forvaltningsnivåer, desentralisering av funksjoner og grad av administrativ, driftsmessig og faglig integrasjon mellom enheter i helsetjenesten. Troen på skala- og breddeeffekter av å etablere større og mer robuste organisasjoner i helsetjenesten er imidlertid stor, og har blant annet vært en motivasjon for reformene i

⁷⁷ Denne framstillingen er delvis basert på en oversikt av Fulop m.fl. (2005).

Norge og Danmark (Hagen & Vrangbæk, 2009). Det har derfor vært et klart utviklingstrekk at både den geografiske størrelsen på lokale myndighetsorganers ansvarsområde og størrelsen på sykehusene som organisasjoner øker (Jonsson & Häkkinen, 2009). I både Norge og Danmark har reformer det siste tiåret ført til større regionale styringsnivåer, og dannelse av nye sykehus eller sykehusgrupper gjennom sammenslåinger av sykehus og felles ledelse. Den samme utviklingen med sammenslåing av sykehus finner vi også i Finland og Sverige, men her har det i større grad vært basert på frivillighet ved at beslutninger om organisering er tillagt sykehusdistrikter og landsting (Kalseth m.fl., 2011).

Formell organisering av sykehusvirksomheten i helseforetak eller sykehusgrupper med felles ledelse gir muligheter for sterkere grad av samordning av virksomheten, både faglig, administrativt og driftsmessig. Skala- og breddefordeler er som nevnt ofte en viktig motivasjon for en slik organisering. Større sykehus og større geografiske områder gir grunnlag for planlegging og tilrettelegging av tjenester, noe som kan gi bedre muligheter for samordning av virksomhet og deling av ressurser. I tillegg til økonomi, er store og slagkraftige fagmiljøer et hovedargument for å sentralisere en del pasientbehandling, spesielt når det gjelder behandling av tilstander som ikke forekommer så ofte, slik at behandlingen krever høy grad av spesialisering for å kunne gi god nok kvalitet. Mulighetsrommet for planlegging og koordinering av tjenester innenfor et større geografisk område åpner også for en funksjonsfordeling mellom sykehusenheter som bryter med den klassiske nivådelingen mellom sykehusene, spesielt i befolkningstette områder. Innenfor rammen av «sørgefor-områder» kan organiseringen av både medisinske og ikke-medisinske funksjoner/tjenester gå på tvers av underliggende enheter, som helseforetak og sykehus (Kalseth m.fl., 2011).

Formålet med kapittel 10.2 er todelt. I første del oppsummerer vi resultatene fra andre lignende omstillingsprosesser som den som har funnet sted i HSØ. Dette er et svært omfattende forskningsfelt, og en litteraturgjennomgang av den typen som gjøres her kan umulig yte full rettferdighet til feltet. Vi presenterer derfor resultatene fra de studiene vi anser for å være de mest relevante for vårt tilfelle. Som allerede antydnet, fokuserer litteraturen hovedsakelig på sykehusfusjoner, og det må derfor nødvendigvis også bli dette grepet som gis mest fokus her. Presentasjonen av resultatene er strukturert etter fire temaer: *økonomiske gevinster*, *kliniske effekter*, *omorganiseringsprosessen* og *betydningen av ledelse*. Det vil selvsagt ikke være noe vanntett skille mellom disse fire temaene, da de ofte vil kunne gripe inn i hverandre. En organisasjonsendring har sjelden kun økonomiske eller kliniske endringer som mål, og ledelse vil som regel spille inn i alle aspekter ved prosessen. Når vi likevel har valgt å skille mellom de fire temaene er det for å systematisere litteraturgjennomgangen. Det gjøres oppmerksom på at flere av de refererte artiklene fra fusjonsprosessen i Karolinska enda ikke var publisert på det aktuelle tidspunktet for HSØ-prosessen, og vi har dessverre ikke hatt kapasitet i dette prosjektet til å undersøke hvorvidt forskningsresultater eller evalueringer derfra likevel kunne vært tilgjengelig som erfaringsmateriale. I andre del av kapitlet undersøker vi om, og i så fall på hvilken måte, den omfattende litteraturen på dette feltet har influert prosessen ved HSØ. Siden det i HSØ's strategidokumenter er lagt stor vekt på lignende endringer i våre nordiske naboland rettes ekstra fokus mot disse. Denne delen er basert på gjennomgang av relevante dokumenter og intervjuer med utvalgte nøkkelaktører i prosessen i HSØ.

10.2 Litteraturgjennomgang

10.2.1 Metode

10.2.1.1 Litteratursøk

Formålet med litteratursøket var å finne de mest sentrale studiene om temaet «sykehusfusjoner». Det viste seg raskt at det var et begrenset antall oversiktsartikler, og i tillegg var det blitt publisert flere etter publiseringen av oversiktsartiklene. Det er derfor inkludert en rekke enkeltstudier i gjennomgangen.

10.2.1.2 Internasjonale artikler

Det ble foretatt strukturert søk i følgende databaser: Science Direct, EMBASE, Medline og Scholar.google.no. For å avdekke relevante studier ble det benyttet en rekke ulike kombinasjoner av «hospital» og andre søkeord av betydningen «fusions», «amalgamations», «restructuring», «reorganisations», etc.

10.2.1.3 Norsk litteratur

Det ble foretatt tilsvarende litteratursøk i norske og nordiske databaser for å fange opp norsk litteratur. Dette var et omfattende søk på tvers av ulike databaser, som skulle fange opp både artikler, bøker, offentlige dokumenter, avhandlinger og rapporter.

10.2.1.4 Begrensninger ved metoden

Litteratursøk og kunnskapsoppsummering inneholder flere trinn med ulike tolkningsmuligheter, bl.a. søkestrategi, inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier, kritisk vurdering av hvert sammendrag, sammenstilling av resultatene og konklusjoner i forhold til resultatene. Pga. prosjektets rammer har mesteparten av dette arbeidet blitt foretatt av én person.

10.2.2 Økonomiske effekter

De forventede økonomiske gevinstene ved sykehussammenslåinger er knyttet til stordrifts- og breddefordeler, spesielt når det gjelder ledelseskostnader og effektivitetsforbedringer gjennom rasjonalisering av tjenestetilbud (Ferguson & Goddard, 1997). Det vanligste argumentet er at stordriftsfordeler i sykehus kan utnyttes gjennom bedre utnytting av eksisterende utstyr, eliminering av dubberte tjenester og/eller utstyr (dvs. overflødigheit), deling av ledelse, planlegging og andre «overhead»-utgifter som f.eks. leger, laboratorier og diagnostiske fasiliteter og administrative kostnader (Dranove & Shanley, 1995; Carey, 2003). Andre potensielle gevinster er knyttet til mer høyspesialisert ledelse og bedre ikke-pekuniære goder (som karriereavansment), som kan lede til en mer produktiv stab og felles innkjøpsordninger, som igjen kan kaste av seg volumrabatter (Menke, 1997). Slike stordriftsfordeler kan oppnås i virksomheter der det påløper store faste driftskostnader uavhengig av aktivitetsnivået, foreligger muligheter for spesialisert bruk av ressurser, eller er mulig å styrke egen markedsposisjon i forhold til underleverandører (Ingebrigtsen, 2010).

I Norge har foretaksstrukturen, sykehusstrukturen og funksjonsfordelingen mellom sykehusene vært under stadig debatt. Grunnen til at sammenslåing av sykehus har vært et sentralt virkemiddel hviler på antagelsen om at dette kan gi stordriftsfordeler (Ingebrigtsen, 2010). Etter vår kjennskap, er Kjekshus og Hagens bidrag fra 2003 den eneste analysen av norske sykehussammenslåinger. Kjekshus og Hagen studerte sju sammenslåingsprosesser, og fant en generell negativ effekt på kostnadseffektiviteten tilsvarende 2,5 %. Forfatternes forklaring på dette er at sammenslåinger må ledsages av større strukturendringer dersom man skal oppnå økonomiske gevinster, som f.eks. sentralisering av akuttberedskapen.

Den nærmeste sammenligningen til prosessen i HSØ vi har i norsk sammenheng er prosessen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Her ble det fra 2007 til 2009 gjennomført en sammenslåing av tre sykehus og en kompleks utviklingsprosess. Endringsprosessen og erfaringene er oppsummert av Ingebrigtsen m.fl. (2012). Målene for omstillingsprosessen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge var å styrke universitets- og regionsykehusfunksjonen, forbedre lokalsykehusfunksjonene, oppnå drift i økonomisk balanse, redusere misforholdet mellom oppgaver og ressurser, og å utvikle en felles organisasjonskultur. For å redusere kostnadsnivået planla man samling av virksomheten i færre og større enheter, arealeffektivisering og omlegging fra døgn- til dagbehandling. I praksis innebar dette å samle 64 driftsenheter i ti klinikker, to driftssentra og fire stabsenheter. I klinikkene ble det forutsatt sammenslåing av avdelinger og sengeposter på tvers av medisinske spesialiteter, reduksjon av sengetallet med omgjøring av sengeposter til dagesenheter og

pasienthotell, samt utflytting fra satelittenheter og samling av virksomheten på mindre areal ved de største lokalisasjonene. De foreløpige resultatene viser at produktiviteten (antall DRG-poeng pr månedsverk) økte fra et gjennomsnitt på 0,73 i perioden 2006-08 til 0,79 i 2010 (Ingebrigtsen m.fl., 2012). I tillegg ble underskuddet på 470 mill kr i 2006 gradvis redusert til 43 mill kr i 2009, og i 2010 var det snudd til et overskudd på 67 mill kr.

Om vi beveger oss utenfor Norge, tyder imidlertid empirien på at de økonomiske skalafordelene er uttømt i området 100-200 senger, og at stordriftsulemper inntreffer mellom 300 og 600 senger.

Sykehussammenslåinger som resulterer i mer enn 500 senger vil sjelden utløse stordriftsfordeler (Ferguson m.fl., 1997). I de tilfellene hvor sammenslåinger har resultert i større bredde i tjenestetilbudet er det heller ingen støtte for breddefordeler (Treat, 1976; Lynk, 1995). Selv om det har vært vanskelig å trekke generelle konklusjoner, rapporterer gjennomgangen av litteraturen om noen konsistente funn (Bazzoli m.fl., 2004; Goddard & Ferguson, 1997). Et nøkkelfunn er at finansielt press og potensielle effektivitetsgevinster ser ut til å drive sykehussammenslåinger. Et annet funn er at komplette sammenslåinger resulterer i kostnadsbesparelser, særlig i tilfeller med små og i utgangspunktet ineffektive sykehus. Sykehus som var i stand til å oppnå konsolidering av administrative enheter og funksjoner gjorde typisk dette tidlig, men selv flere år etter den opprinnelige endringen hadde ikke disse sykehusene implementert store operasjonelle eller kliniske endringer. Utover disse funnene er det blandede og til og med motstridende resultater. Mye av denne forskningen er fra USA, og i en tidlig studie av 74 sammenslåinger fant Bogue m.fl. (1995) redusert dublering av tjenester. Flere studier antyder imidlertid en nedgang i effektiviteten (Dranove m.fl., 1996; McClenahan, 1999; Treat, 1976), grunnet uforutsette problemer knyttet til integrasjonsprosessen, mens andre studier har rapportert effektivitetsgevinster og/eller profittøkninger (Alexander m.fl. 1996; Dranove & Lindrooth, 2003; Goddard & Ferguson, 1997; Greene, 1990; 1992; Lynk, 1995).

Sammenslåinger av universitetssykehus er relativt sjeldne, men enkelte resultater er rapportert fra USA. En studie av tre fusjoner av seks universitetssykehus viste at økonomisk press var det dominerende motivet bak fusjonene (Kastor, 2003). Ut fra et økonomisk synspunkt ble det konkludert med at én fusjon var en kvalifisert suksess, én var uavklart, og den siste mislykket på det tidspunktet studien ble gjort (Kastor, 2001; 2003). I en annen amerikansk studie av en universitetssykehusfusjon ble det dokumentert at i stedet for å skape den bedringen i driftsmarginen som man håpet på, førte eskalerende finansielle tap til en oppløsning av fusjonen to og et halvt år senere (Pellegrini, 2001). Studier av sammenslåingen av tre svenske sykehus (hvorav ett universitetssykehus) rapporterte at motivene var å tilby bedre helsetjenester ved å øke effektiviteten gjennom delte ressurser, samt å optimalisere betingelsene for forskning, utvikling og utdanning (Brorström, 2004; Hallin, 2000). Den formelle beslutningen om sammenslåingen ble tatt i 1997, og seks år senere ble det fortsatt rapportert om manglende kostnadskontroll og økonomiske problemer (Brorström, 2004).

I et av de ferskeste bidragene på feltet oppsummerer Ingebrigtsen (2010) forskningen på økonomiske effekter av sykehussammenslåinger. Det empiriske materialet bestod av sju originalartikler som beskriver til sammen 476 sammenslåinger av sykehus i USA, Storbritannia og Norge i perioden 1982-2000. Konklusjonen er at litteraturen viser at sammenslåing av sykehus kan gi et statistisk signifikant, men moderat økonomisk resultat på cirka 10 %. Sammenslåing fører ikke til reduserte kostnader, men til lavere kostnadsvekst, og effekten er størst ved sammenslåing av forholdsvis små sykehus (mindre enn 200 senger) av omtrent samme størrelse. En viktig observasjon er imidlertid at det ikke er samordningsgevinster i seg selv, men reduksjon av eventuell overflødig kapasitet, samt utvikling av en ny integrert organisasjon med felles fagmiljøer og felles organisasjonskultur, som kan reduserer kostnadsveksten.

I en annen oppsummering av effektene av sykehusfusjoner konkluderer Kjekshus (2011) med at litteraturen langt fra er entydig, og at konteksten er viktig. I flere amerikanske studier legges det stor vekt på konkurranseaspektet ved fusjoner, og en bekymring i USA er at store sykehus lager monopoler og presser prisene opp. I Kjekshus' oversikt refereres det til to relativt like studier av fusjoner i sykehusettede områder versus fusjoner i mindre sykehusettede områder, hvorav den ene konkluderer med at kostnadsgevinstene av fusjoner er marginale (Connor m.fl., 1997), mens den andre finner at lavere kostnadsvekst først og fremst er

knyttet til høy konkurranse mellom sykehus (Spang m.fl., 2001). I den førstnevnte studien sammenlignet man 122 fusjonerte sykehus med sykehus som ikke var involvert i sammenslåinger, og fant at veksten i kostnad per innleggelse var 7 % lavere i sammenslåingsgruppen gjennom en periode på åtte år. Her var effekten størst ved sammenslåing av sykehus med omtrent samme størrelse. I den andre studien av Spang og medarbeidere ble det gjort en mer detaljert analyse av 108 sammenslåinger som også inngikk i Connor m.fl.'s (1997) studie: her fant man at reduksjonen i kostnadsvekst var størst (16 %) i sykehusmarkeder med sterk konkurranse, og at den var fraværende i markeder uten konkurranse.

I en annen studie fra USA som ser på endringsomfang, ble det også vist at fusjoner mellom sykehus av lik størrelse gir mest endringer, og at det er en tendens til at fusjoner kan snu en negativ kostnadsutvikling (Alexander m.fl., 1996). Alexander og medarbeidere sammenliknet den samlede kostnadsutviklingen i 92 amerikanske sykehusorganisasjoner tre år før og etter sammenslåingsprosesser med en kontrollgruppe bestående av 276 sykehus som ikke var involvert i slike prosesser, og viste at kostnadene økte i begge sykehusgruppene, men med en lavere kostnadsvekst per innleggelse i de sammenslåtte sykehusene. Videre har Dranove og Lindrooth (2003) pekt på betydningen av dyptgripende fusjoner som også omfatter funksjonsfordeling, sammenlignet med overfladiske eierfusjoner. I en omfattende studie av 122 sykehussammenslåinger i USA skilte forfatterne mellom formelle sammenslåinger der tidligere selvstendige sykehus fikk felles eier og administrasjon, og reelle fusjoner der de gamle enhetene ble tett integrert i en ny organisasjon med felles fagmiljøer og etter hvert felles organisasjonskultur. Studien viste at en sammenslåing i seg selv ikke medførte økonomiske gevinster, mens reelle fusjoner førte til en gjennomsnittlig kostnadsreduksjon på 14 % etter 2-4 år. Dette ble tolket som uttrykk for at reelle fusjoner førte til nedbygging av overskuddskapasitet og dermed reduksjon av unødvendig aktivitet. Det er også vist at det kun er de aller minste sykehusene som vil kunne utnytte skalafordeler gjennom større ikke-medisinske serviceenheter, og da særlig når det gjelder personalavdeling, økonomi, IT, kantine, vask og vaskeri (Dranove, 1998). Dranove fant en 10 % kostnadsreduksjon i sine analyser av 14 sammenslåingsprosesser i ikke-medisinske serviceavdelinger, men dette ble kun oppnådd ved sammenslåing av sykehus med færre enn 270 senger. I en annen studie av de administrative kostnadene i 11 sykehussammenslåinger i Storbritannia fant man en kostnadsreduksjon på om lag 5 % (Fulop m.fl., 2002).

I en dansk gjennomgang av litteraturen fant man ingen empiriske studier av potensielle økonomiske fordeler ved sykehussammenslåinger i Danmark; det finnes kun en håndfull studier av sykehusenes kostnadseffektivitet (Kristensen m.fl., 2010). Kristensen m.fl. (2009) undersøkte om det er utnyttede skala- og breddefordeler i den danske sykehussektoren, og for de minste sykehusene (< 200 senger) identifiserte man både skala- og breddefordeler, mens det for de største sykehusene (> 200 senger) ble påvist skalafordeler og breddeulemper. En annen studie av Olsen m.fl. (2006) viser at slike produktivitetsestimater må tolkes med varsomhet, noe som understreker nødvendigheten av å kommunisere denne usikkerheten til beslutningstagerne. I sin oversikt trekker Kristensen m.fl. (2010) imidlertid fram flere internasjonale studier som antyder eksistensen av utnyttede skalafordeler. En studie av Cohen og Paul (2008) undersøkte betydningen av geografiske koblinger gjennom å inkludere et mål på nærhet til andre sykehus i kostnadsfunksjonen for sykehus i den amerikanske delstaten Washington. De fant signifikante skalafordeler, og også noe støtte for breddefordeler fra komplementariteter mellom produksjon og blant sykehusene. Resultatene antydte også at geografisk konsentrasjon reduserer kostnadene for sykehusene. Preyra og Pink (2006) undersøkte skala- og breddefordeler i de påfølgende årene etter en omfattende omstrukturering av sykehussektoren i Ontario i Canada, og konkluderte med at det var utnyttede skalafordeler i den strategiske konsolideringen i sykehussektoren. Wagstaff og Lopez (1996) gjorde lignende funn i en analyse av catalanske sykehus i Spania.

Andre studier har derimot antydte konstante skalafordeler, eller til og med skalalempen, som f.eks. Aletras (1999) for greske NHS-sykehus og Vita (1990) for Californske sykehus. Videre har en rekke studier dokumentert at skalafordeler eller –ulemper avhenger av karakteristika ved sykehusene. For eksempel fant Dranove (1998) i sin studie av 14 sykehus i California at det var store skalafordeler i små sykehus, mens disse var uttømt i sykehus med mer enn 10.000 innleggelser årlig. En analyse av offentlige sykehus i New

Zealand av Scuffham m.fl. (1996) indikerer at effektivitetsgevinster kan utløses gjennom å nedbemanne store sykehus, fusjonere små sykehus og øke pasientbehandlingen.

Færre studier har estimert breddefordeler i sykehussektoren, og resultatene er langt fra entydige (Kristensen m.fl., 2010). Enda færre, og hovedsakelig amerikanske, studier har estimert gevinstene fra sykehusfusjoner ved å sammenligne kriterier på kostnadseffektivitet (som skala- og breddefordeler og teknisk effektivitet) før og etter en fusjon. Sinay og Campbell (1995) sammenlignet fusjonerte sykehus med en kontrollgruppe, og resultatene antyder at effektivitetsgevinster kan oppnås gjennom fusjoner. Ferrier og Valdmanis (2004) sammenlignet både sykehus før og etter sammenslåing, samt med en kontrollgruppe av ikke-fusjonerende sykehus, og fant at fusjonerte sykehus ikke gjorde det noe bedre i forhold til kontrollgruppen. Harris m.fl. (2000) benyttet longitudinelle data for å undersøke effekten av horisontale sykehussammenslåinger med hensyn til teknisk effektivitet før og etter fusjon. Deres funn viste at fusjoner øker et sykehus' effektivitet.

I en fersk studie av Brekke m.fl. (2013) modellerte man effektene av sykehussammenslåinger på kvalitet, pris og velferd. Utgangspunktet deres er de mange empiriske studiene som har funnet at sykehusfusjoner ser ut til å resultere i høyere priser (f.eks. Gaynor & Town, 2012), og at man i tillegg har funnet få eller kun marginale effekter på kvalitet. Gitt de ubetydelige policyimplikasjonene av sykehusreformer stiller forfatterne derfor spørsmålet om hvorfor de fleste sykehusfusjoner likevel blir godkjent av myndigheter eller sykehuseiere. I analysene ble det vurdert to ulike institusjonelle kontekster: konkurranse om kvalitet med regulerte priser, og konkurranse om både kvalitet og pris. Alternativet med regulerte priser er relevant for US Medicare og de fleste europeiske land, der DRG-basert innsatsstyrt finansiering er normen. Den teoretiske modelleringen viser at fusjonerte sykehus har svakere incentiver for å tilby kvalitet i tjenestene og for å drive effektivt, noe som skyldes at fusjon reduserer konkurransen om pasienter. Studien viser også at den samlede effekten på tjenestene til pasientene avhenger av hvordan de andre sykehusene i det samme geografiske opptaksområdet tilpasser sine tjenester som et resultat av fusjonen. Jo flere sykehus som fusjoneres, desto færre aktører vil det være igjen. Dersom de sykehusene som ikke er involvert i fusjonen også reduserer kvaliteten på sine tjenester vil fusjonen dermed kunne slå negativt ut for pasientene. Et viktig poeng er også at dersom det er snakk om et stort sykehus som ikke er lokalisert ett sted geografisk, øker risikoen for negative effekter av fusjonen. Dette understreker derfor viktigheten av å også ta i betraktning konsekvensene for foretakene i det samme opptaksområdet som ikke er del av fusjonen.

En gjennomgang av den internasjonale litteraturen om de økonomiske gevinstene ved sykehussammenslåinger antyder dermed at det empiriske grunnlaget langt fra er entydig. Ifølge Kristensen m.fl. (2010) tyder likevel empirien fra USA og Storbritannia på at horisontal integrasjon og sykehussammenslåinger har vist seg som en feilslått strategi, siden bevisene på faktiske effektivitets- eller kostnadsgevinster gjennom fusjoner har vært få (Ferguson & Goddard, 1997; Posnett, 1999; Burns & Pauly, 2002). Flere studier, inkludert flere som er nevnt her, har argumentert for at slike gevinster er oppnåelige, selv om altså et av hovedfunnene i litteraturen er at effektiviteten ikke automatisk følger fra sykehusstørrelse og fusjoner. Av den grunn, og siden litteraturen hovedsakelig kommer fra USA, har det fra flere hold blitt understreket viktigheten av å være varsom med å generalisere på bakgrunn av resultater fra helt ulike helsesystemer enn ens eget (Kristensen m.fl., 2010).

Når en økende internasjonal litteratur kun gir svak støtte til forbedrede prestasjoner i kjølvannet av fusjoner i sykehussektoren, er en hovedgrunn som framheves at det ofte oppstår uventede kostnader knyttet til integreringen av systemer og personale fra de fusjonerende organisasjonene (Ferguson & Goddard, 1997). Kristensen (2010) påpeker imidlertid en viktig forskjell mellom amerikanske og nordiske sykehus som det er viktig å ta i betraktning når det er snakk om potensielle effektivitetsgevinster: i de nordiske landene blir ikke beslutningen om sykehusfusjon tatt ene og alene av ledelsen i de aktuelle sykehusene; i stedet kan den sentrale helsepolitiske ledelsen mer eller mindre tvinge gjennom ønskede fusjoner. Mangelen på sentral kontroll og styring i amerikanske sykehus kan derfor muligens være en nøkkelforklaring til hvorfor så mange av de potensielle gevinstene fra fusjoner ikke har materialisert seg. I kontrast til USA har de nordiske landene integrerte helsesystemer der myndighetene har ansvar ikke bare for å begrense overflødig kapasitet,

men også for å eie og administrere helseinstitusjonene. Kristensen peker derfor på at de nordiske systemene kan være enklere å planlegge og koordinere for å oppnå kostnadseffektivitet.

En annen sentral kritikk mot de tradisjonelle kostnadsstudiene er at de ikke har maktet å ta hensyn til ulikhetene i typen av tjenester som tilbys av sykehus av ulike størrelser, og ulikheter i omfang, kompleksitet, alvorlighet og kvalitet (Lynk, 1995; Newhouse, 1994). Når sykehus blir større vil de også tiltrekke seg pasienter med mer komplekse lidelser, og utvide omfanget av sine aktiviteter. I tillegg vil større sykehus gjerne ha en tendens til å behandle pasienter med mer avansert og komplekst utstyr. Teknologien kan derfor ikke antas å være homogen på tvers av sykehus. Dette representerer en stor utfordring i studier av økonomisk effektivitet i sykehus: den mer komplekse pasientsammensetningen i store sykehus kan føre til en underestimering av potensielle gevinster fra sammenslåinger.

10.2.3 Kliniske effekter

Sykehus rettferdiggjør gjerne sammenslåinger ved å love dramatiske operasjonelle og økonomiske forbedringer (Ferguson & Goddard, 1997; Bazzoli et al., 2004; Blackstone & Fuhr, 2003). Forbedringer i klinisk kvalitet har blitt predikert gjennom større aktivitetsvolum, bedre medisinsk trening (Dowie & Gravelle, 1997) og enklere rekruttering og lavere turnover av personell (Ferguson et al. 1997). En ytterligere begrunnelse som gjerne opptrer i forbindelse med sammenslåinger av universitetssykehus er at en sterkere klinisk helhet vil styrke de akademiske oppgavene gjennom tilgangen til en kritisk masse av pasienter for utdanning og forskning (Hallin, 2000; Brorström, 2004; Choi & Brommels, 2009). Et generelt funn er imidlertid at viktige operasjonelle eller kliniske endringer ikke var implementert selv årevis etter at fusjonen var formalisert (Bazzoli et al., 2004; Goddard & Ferguson, 1997). Litteraturen knytter mislykkede fusjoner hovedsakelig til dypt nedfelte kliniske strukturer knyttet til profesjonskultur (Kitchener, 2002) og til ulike dominerende koalisjoner av interessegrupper (Denis m.fl., 1996; 1999), som gjør det vanskelig å gjennomføre raske og omfattende endringer i offentlige helsesystemer (McNulty & Ferlie, 2002; 2004).

Siden de kliniske avdelingene er den organiserende strukturen for medisinsk pleie i sykehusene, er konsekvensene for slike enheter av sentral betydning i analysene av fusjoner av universitetssykehus (Corwin m.fl., 2003). Likevel har forskningen stort sett fokusert på sykehuset som analyseenhet (Cohen & Jennings, 2005; Kastor, 2001; 2003), og har sjelden vurdert hvordan den kliniske virksomheten påvirkes av sammenslåinger. I et sjeldent unntak undersøkte Denis m.fl. (1999) fusjonen av to universitetssykehus, og rapporterte om en «lammelse av den kliniske aktiviteten» for begge sykehus. En annen studie fra Storbritannia viste at høyere volum forbedrer det kliniske utfallet innenfor enkelte spesialiteter, men at gevinsten er uttømt ved relativt lave terskler (NHS, 1997).

Det er få studier av kliniske effekter av fusjoner å vise til fra Norge, men de foreløpige resultatene fra UNN antyder i følge Ingebrigtsen m.fl. (2012) en vekst i aktiviteten: antall pasientkontakter var i 1. tertial 2011 0,5 % høyere enn i årene før omstillingen (gjennomsnitt for 1. tertial 2006-08), mens antall DRG-poeng var 12 % høyere. Innenfor psykisk helsevern for voksne økte aktiviteten med 43 % fra 2006 til 2010, og med 22 % for barn og ungdom. Det var også økt forskningsaktivitet i samme periode: antall publiserte artikler økte med 62 % og antall doktorgrader med 130 %. Når det gjelder kvalitet i pasientbehandlingen, økte gjennomsnittlig ventetid for somatiske lidelser fra i underkant av 80 dager i 2006 til 108 dager i 3. tertial 2010, men gikk så ned til 85 dager i 1. tertial 2011. Innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom økte ventetiden fra 84 dager i 1. tertial 2006 til et gjennomsnitt på 97 dager, og gikk ned til 60 dager i 1. tertial 2011. Ingebrigtsen m.fl. rapporterer også om forbedringer for enkelte av kvalitetsindikatorerne for somatiske lidelser: andelen epikriser sendt ut innen sju dager økte fra 50-60 % i perioden 2006-2010 til 76 % i 1. tertial 2011, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner gikk ned fra 14 % i 1. tertial 2006 til 5 % i 1. tertial 2011. For kvalitetsindikatorerne knyttet til andel pasienter med lårhalsbrudd operert innen 48 timer, andel akutte keisersnitt og andel korridorpatienter var det ingen tidstrender å spore.

Mye av litteraturen innenfor dette feltet kommer fra USA, der sykehusomstruktureringer og sammenslåinger har en lang historie. I europeisk sammenheng kommer flesteparten av studiene fra Storbritannia, siden et

betydelig antall av NHS-foretakene har vært involvert i sammenslåinger. En fersk studie av Gaynor m.fl. (2012) har undersøkt bølgen av sykehusfusjoner i England mellom 1997 til 2006. I kjølvannet av Labour's valgseier ble det gjennomført et radikalt program med fusjoner av sykehus som var samlokaliserte geografisk. Omfanget av denne prosessen var av en slik skala at av 223 akuttsykehus i England i 1997 hadde 112 fusjonert mellom 1997 og 2006. I studien undersøkte man to sett av resultatvariabler. Den første omfattet mål på aktivitet og økonomi, inkludert konsultasjoner, bemanning, økonomisk ytelse og et enkelt mål på arbeidsproduktivitet (ratioen mellom aktivitet og bemanning). Den andre gruppen av resultatvariabler omfattet ulike mål på kvalitet, bredt definert som ventetid, liggetid og en rekke ulike kliniske indikatorer. Studien avdekket at de sykehus som fusjonerte var mindre enn ikke-fusjonerte sykehus *før* fusjonen. De fusjonerte sykehusene hadde også færre innleggelses og senger, lavere bemanning, og lavere løpende utgifter, samt lavere produktivitet (definert som konsultasjoner per ansatt). For de kliniske indikatorene fant man derimot ingen indikasjon på at fusjonerte sykehus presterte dårligere før fusjon.

Når det gjelder endringer som fulgte *etter* fusjon avdekket Gaynor og kollegene for det første en generell nedgang i aktiviteten: konsultasjoner, bemanning og senger ble redusert med ca. 11-12 prosent hvert år etter fusjonen, og nedgangen i aktivitet ble ikke fulgt av den samme nedgangen i løpende utgifter. Videre viste studien små endringer i andelen medisinsk kvalifisert personale, noe som innebærer at fusjonene medførte liten endring i ressursbruk på personale som kunne ha medvirket til å øke den kliniske kvaliteten. Resultatene viste derimot at andelen midlertidig ansatte økte i kjølvannet av fusjoner. Det fremgår videre fra studien at fusjoner er kostbare: ethvert overskudd for en fusjonert enhet falt i året umiddelbart før iverksetting, og fortsatte å falle deretter, noe som antyder at fusjoner er dyre å gjennomføre, og resulterer i en økende forverring av den økonomiske posisjonen til de involverte sykehusene både på kort og lang sikt. Analysene viste heller ingen signifikante produktivetsgevinster.

Studien viste ingen forbedringer i kvalitetsindikatorene, men en nedgang i pleiekvalitet i enkelte tilfeller. Det var ingen effekt av fusjon på liggetid, mens resultatene antydte en økning både i gjennomsnittlig ventetid og i andelen pasienter som ventet mer enn 180 dager for en elektiv konsultasjon, og også høyere mortalitetsrater og reinnleggelsesrater innen 28 dager for slag.

10.2.4 Studier av omorganiseringprosessen

I debatten om sykehusfusjoner er det som regel fordelene som framheves, mens organisatoriske aspekter, uintenderte konsekvenser og potensielle ulemper har fått mindre fokus. Disse inkluderer skalaulemper, problemer med å integrere personell, tjenester og arbeidspraksis, og lik tilgjengelighet til tjenester (Ferguson & Goddard, 1997). De fleste studier har fokusert på betydningen for kostnader snarere enn tjenestekvalitet. Det er også lite empiri på den organisatoriske betydningen av sammenslåinger. Det er dokumentert at sammenslåinger kan gi muligheter for felles læring og samarbeid (Leroy & Ramanantsoa, 1997), mens mulige ulemper er lavere arbeidsmoral, stress pga. frykt for oppsigelser (Greene, 1990; McClenahan & Howard, 1999) og 'konflikter om virksomhetskultur' (Greene, 1990; Denis m.fl., 1999).

Det har videre vært større forskningsinteresse knyttet til effektene av, enn forhistorien bak, sammenslåinger. Dette har resultert i at lite oppmerksomhet har blitt rettet mot motivene bak sammenslåinger, til tross for at årsaker og motiver forklarer hvorfor sammenslåinger skjer, og til syvende og sist avgjør om den blir gjennomført. I en gjennomgang av teoriene om fusjonsmotiver i det private næringsliv konkluderte Trautwein (1990) med at motiv basert på argumenter om økonomisk effektivitet ikke er sterke nok til å forklare integreringsprosessen. Likevel dokumenterte Trautwein at fusjonsoppskrifter fortsatt domineres av effektivitetsargumenter, som dermed er en uegnet guide for deltagere i fusjonsprosesser. I stedet anbefaler Trautwein og andre forskere at studier av fusjoner bør fokusere på forklaringer som bygger på beslutningsprosesser og motstridende mål (Denis m.fl., 1992; Fulop m.fl., 2002; Trautwein, 1990).

Denis m.fl. (1992) studerte prosessen forut for en fusjon mellom to offentlige sykehus i Canada, og fant at den politiske dimensjonen er en nøkkelfaktor i sammenslåinger. Denis m.fl. konkluderte med at sykehussammenslåinger i offentlig sektor ikke nødvendigvis er et resultat av effektivitetsmotiver. Disse

funnene står i kontrast til den omfattende litteraturen om omstruktureringer i helsesektoren som rapporterer om økonomisk effektivitet som den viktigste pådriver av sykehussammenslåinger (Bazzoli m.fl., 2004; Goddard & Ferguson, 1997).

I en studie av Fulop m.fl. (2005) så man på konteksten og prosessene bak sammenslåinger av foretak ('trusts') i NHS i England. Studien besto av to elementer: en analyse av uttalte og ikke-uttalte drivkrefter bak ni sammenslåinger av foretak i London i 1998 og fire dybde-casestudier i det andre og tredje året etter sammenslåingen. Utgangspunktet for analysen av drivkreftene var sentrale dokumenter fra fusjonsprosessen, og disse antydte at intensjonen bak var reorganisering av ledelse og forvaltning. Seks uttalte hovedmålsetninger ble identifisert: i) interne kostnadsbesparelser knyttet til ledelse, ii) beskytte spesialistenheter og garantere for tjenesteutvikling, iii) ivareta kvaliteten og omfanget av tjenester i lys av eksterne policy-pådrivere, iv) forbedre betingelser og karrieremuligheter for ansatte og takle rekrutterings- og turnover-problemer, v) nærmere samarbeid med lokale myndigheter gjennom større sammenfallende grenseflater, og vi) støtte utvikling av primærtjenesten. De ikke-uttalte drivkreftene var hovedsakelig knyttet til lokale forhold i ett eller flere foretak, hvorav de viktigste gjaldt styringsunderskudd og manglende kontroll, økonomiske utfordringer, og lobbyvirksomhet fra sentrale myndigheter, andre innflytelsesrike institusjoner og pressgrupper. Gjennom sammenligninger av de fire casene fant man variasjoner i balansen mellom uttalte og ikke-uttalte drivkrefter og i hvilken grad beslutningen om sammenslåingen var "top-down" eller "bottom-up". Disse forskjellene ble ikke funnet å påvirke den oppsplittende effekten av fusjonsgjennomføringen, men hadde betydning for visse fusjonsprosesser, som deling av 'god praksis'.

I studien brukte flere respondenter begrepet "kultur" for å trekke fram forskjellene mellom organisasjonene og forklare konflikter rundt verdier og prioriteringer. Fulop m.fl. avdekket at når en eller flere mislykkede enheter ble oppfattet som en av de viktigste drivkreftene bak fusjonsprosessen var en eller annen form for sammenstøt mellom kultur uunngåelig, og sannsynligvis også ønskelig. Et annet nøkkeltema som utkrystalliserte seg var en oppfatning av "overtagelse" av et annet foretaks ledelse. Selv om det var konkurranse om lederstillinger var det en tendens til at seniorlederstillinger ble dominert av et av de forhenværende foretakene. 'Overtagelse' ble ansett som særlig skadelig dersom styringsstrukturene og tilnærmingene til et foretak ble påtvunget de andre. Skadelige effekter av "overtagelse" ble imidlertid også rapportert i det 'vinnende' foretaket. Personalet i organisasjonen der ledelsen styrte det sammenslåtte foretaket, klaget over at ledelsens fokus skiftet fra "hjemmet" til andre deler av virksomheten.

Til tross for at forbedringer i den kliniske aktiviteten var en uttalt pådriver for sammenslåingene, var det enighet på tvers av de fire case-studiene om at sammenslåingene hadde gjort tjenestene dårligere. Respondenter både i og utenfor foretakene rapporterte om at tap av ledelsesfokus på tjenestene under sammenslåingen hadde skadet pasientbehandlingen. I alle de sammenslåtte enhetene erfarte man også forsinkelser i utviklingen av tjenestene, hovedsakelig grunnet forsinkelser i utnevnelsen av mellomledere. Særlig frustrerende for eksterne interessegrupper var det at den nye organisasjonen manglet representanter med "autoritet" til å ta ansvar og delta i diskusjoner. I alle sammenslåingene ble det rapportert at toppledelsen mistet kontroll over strategisk retning og den daglige virksomheten på et tidlig tidspunkt i sammenslåingen, noe som oftest skyldtes uforutsette omstendigheter og forsinkede planer for reorganisering av tjenestene. Dette var igjen forårsaket av forsinkede lederansettelser, økonomiske svikter og IT-relaterte forsinkelser. Forsinkede ansettelse av topp- og mellomledelse førte til tap av momentum, større arbeidsbyrde og begrensede muligheter for mellomledelsen til å takle utfordringene. En større arbeidsbyrde for toppledere som følge av sammenslåingene var et tema i alle case-studiene. Større skala og kompleksitet ble ikke møtt med en adekvat forsterkning av toppledelsen, ikke minst i den tidlige fasen. Etter hvert som arbeidsbyrden for toppledere økte, ble deres kapasitet for utvikling redusert. Reduserte ledelseskostnader var en uttalt målsetning bak alle sammenslåingene, men det følgende styringsunderskuddet var ikke forutsett.

Fordeler for personalet som følge av sammenslåingene inkluderte ifølge Fulop m.fl. bedre klinisk kontroll, mer sammenhengende profesjonell ledelse, bedre vurdering, trening og karriereutvikling. Likevel pekte både klinisk og administrativt personell på økt stress som følge av usikkerhet og endringer, og den økte arbeidsbyrden knyttet til sammenslåingsprosessen. Lederne klarte ikke å forutse den ødeleggende effekten av

å integrere ledelse og tjenester på tvers av den sammenslåtte organisasjonen. Konsultasjonsprosessen forut for sammenslåingen og månedene som ledet opp til sammenslåingen førte til uro og engstelse, og mange søkte jobb andre steder. Det ble også rapportert om en utbredt følelse av nervøsitet knyttet til det å skulle arbeide side om side med personell fra et annet foretak, som man tidligere hadde ansett som "rivaler".

Om vi går over til å se på studier av nordiske sykehusfusjoner, er det flere å velge i. Choi og Brommels (2009) har studert fusjonen av Karolinska Sykehus og Huddinge Universitetssykehus til Karolinska universitetssykehus. Sammenslåingen trådte i kraft 1. januar 2004, og var dermed en av verdens hittil største sykehussammenslåinger. Utgangspunktet for studien var å undersøke hvordan og hvorfor beslutningen om å slå sammen de to sykehusene oppsto, gjennom en dybde-casestudie av prosessen forut for fusjonen. Pre-fusjonsprosessen strakk seg over nesten et tiår, og var ifølge Choi og Brommels kjennetegnet av tre distinkte kronologiske faser: "idéfasen", "overgangsfasen" og "beslutningsfasen". Den første idéfasen varte i åtte år og produserte selve ideen om fusjonen, mens overgangsfasen varte i mindre enn ett år, og resulterte i identifikasjonen av sammenslåingen som et felles virkemiddel for å løse flere sammensatte problemer. Beslutningsfasen varte kun i ca. tre måneder, og resulterte i den formelle beslutningen om å fusjonere. Gjennom å benytte et ny-institusjonelt perspektiv fant forskerne at de to første fasene var drevet av en form for beslutningsrasjonalitet, som er typisk for politiske organisasjoner, mens den siste fasen var preget av handlingsrasjonalitet, som er typisk for private bedrifter. Prosessen forut for sammenslåingen foregikk på to hovedarenaer: forskningsarenaen og den politiske arenaen. Som motiver for fusjonen oppgis både forskningskompetanse og økonomisk effektivitet.

Som ventet ble forskningskompetanse promotert i forskningsarenaen, mens økonomisk effektivitet var en hovedsak i den politiske arena. Mer overraskende var funnet av manglende involvering og/eller reaksjoner fra de ansatte i de gjeldende sykehusene. En mulig forklaring foreslått av Choi og Brommels er at de pådrivende aktørene i den politiske arenaen var overbevist om at de ansatte ville motsette seg fusjon, og derfor ble unngått. Flere informanter rapporterte at sykehusansatte knapt nok reagerte når informasjon om fusjonen ble friggitt, noe som tolkes som at de ansatte ikke trodde at en slik kontroversiell beslutning ville bli tatt.

Den første fasen – idéfasen – varte nesten et tiår, og foregikk både på forskningsarenaen og i den politiske arenaen i parallelle uavhengige prosesser. Denne uformelle fasen ble drevet av aktører på forskningsarenaen, motivert av forskningsambisjoner. Her framheves særlig direktøren for det medisinske universitetet, som spilte en nøkkelrolle i denne fasen. I samme fase var det en mangel på klar retning i den politiske arenaen grunnet rivalisering mellom de to universitetssykehusene og de grunnleggende ideologiske uenighetene mellom de politiske partiene.

Logikken og dynamikken som preget den siste fasen – beslutningsfasen – står i følge Choi og Brommels i sterk kontrast til den innledende idéfasen: den formelle beslutningsfasen varte bare noen få måneder, utspilte seg utelukkende på den politiske arena, og var drevet av administrasjonen og det politiske flertallet. Utgangspunktet for de politiske og administrative lederne var at fusjonen ga løfter om økonomiske innsparinger, som igjen kunne løse den akutte økonomiske krisen som hadde oppstått pga. et rekordstort budsjettunderskudd. Etterhvert som fusjonen framsto som den eneste og endelige løsningen i den politiske arena fokuserte nøkkelaktørene her på å samle argumenter hurtig i favør av sammenslåingen heller enn å evaluere detaljerte analyser om mulige alternativer. Nettopp denne kriseforståelsen er ifølge Choi og Brommels viktig for å forstå den radikale endringen i logikk; fra beslutnings- til handlingsrasjonalitet. Mens en sammenslåing tidligere hadde vært utenkelig på den politiske arenaen, bidro kriseforståelsen til at det plutselig åpnet seg en mulighet for radikale løsninger på den politiske arenaen. Dette vinduet gjorde det så mulig for direktøren i universitetssykehuset å overføre den kontroversielle fusjonsideen fra forskningsarenaen til den politiske arenaen gjennom allerede etablerte uformelle kanaler.

Choi og Brommels' studie antyder dermed at motivene for en sykehusfusjon kan gå bak de rene økonomiske argumentene, noe som modifierer bildet fra tidligere studier av sammenslåinger av universitetssykehus som har rapportert økonomisk effektivitet alene som hovedmotivet (Kastor, 2001; 2003; O'Reilly, 1996;

Pellegrini, 2001). Videre konkluderer Choi og Brommels med at studien viser at en kontroversiell sammenslåing kan skje når en radikal endring av beslutningslogikken utløses av en kritisk hendelse. Sammenslåinger i offentlig sektor er derfor ikke nødvendigvis et resultat av klart uttalte pådrivere og/eller økonomiske motiver alene.

Avslutningsvis i denne delen om organisatoriske effekter av fusjoner er det naturlig å trekke fram den omfattende forskningen som har sprunget ut av «Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet» (FLOS) ved Universitetet i København. Et av de generelle hovedfunnene fra fem år med forskning på det danske sykehusvesenet er at evidensbaseringsens første spørsmål – «hva kan vi si om de faktiske virkninger?» – alt for sjeldent stilles i sykehusvesenet, når det gjelder ledelse, organisering og forandring (Borum, 2004). I motsetning til de store generelle ”big bang-reformene” som politikerne gjerne ønsker å initiere, er derfor en hovedanbefaling fra FLOS-forskningen heller å lete etter konkrete og avgrensede områder, der man skaffer seg de nødvendige erfaringer før man går videre til resten av sektoren. Med dette som utgangspunkt er det særlig tre tilnærminger som sykehusene anbefales å følge for å styrke sitt reform- og endringsarbeid: 1) å engasjere profesjonene, 2) å fremme forsøkskulturen, og 3) å sette fokus på hvordan endringer kan forankres lokalt.

For det første viser forskningen at den som ønsker forandring i sykehusvesenet ikke kan ha profesjonene imot seg. Dette betyr imidlertid ikke at profesjonene alltid skal strykes *med* hårene; tvert imot skal de utfordres, men må samtidig ses på som grunnleggende medspillere, som det må kommuniseres godt med. Dette krever blant annet at man forsøker å forstå deres virkelighet og premisser (Wildt, 2004). Et viktig poeng som understrekes er at selv om profesjonene ofte kritiseres for konservatisme, er det nettopp profesjonenes energi og kunnskap som utgjør sykehusvesenets største lærings- og endringspotensiale. Det som gjelder er å utnytte energien i profesjonenes innbyrdes *konflikter* på en konstruktiv måte, siden det er konsensuskulturen og konfliktskyheten som lammer utviklingen i sykehusvesenet; de hevdes å være forandingsprosjektene største fiender (Hein, 2004). At profesjonene er en viktig inngang til endringer skyldes også at det typisk nok er her medarbeiderne føler sin sterkeste tilknytning. Langsiktig forandring må derfor nødvendigvis gå via de faggruppene som medarbeiderne faktisk knytter seg til, og ikke via de organisatoriske enheter de formelt tilhører (Sognstrup, 2003).

For det andre peker FLOS-forskningen på at gode løsninger alltid tar utgangspunkt i lokale forhold. Det er derfor viktigere å tenke i brede eksperimenter enn i målrettede reformer om man vil forandre sykehusvesenet. Det er behov for mer pluralisme og flere forsøk som respekterer at tingene kan løses forskjellig fra avdeling til avdeling og fra sykehus til sykehus (Vikkelsø, 2003).

For det tredje, når det kommer til konkrete endringer på det enkelte sykehus eller avdeling, står og faller reformene ofte med god lokal forankring og ledelse av prosjektet. Det er ikke minst arbeidet med løpende å tilpasse og formidle generelle konsepter til den lokale kontekst som gjør prosessene krevende. Et viktig poeng er at det må skapes bedre muligheter for organisatorisk refleksjon og læring i forbindelse med endringsprosjekter, og at det sikres en gjensidig feedback mellom de lokale oversettere og det sentrale nivå. Forskningsresultatene viser at den sentrale ledelse ikke bør forsøke å styre prosessene i detaljer, men i stedet fokusere på de effekter man ønsker, slik at praksismiljøene i større grad selv kan velge hvilke midler de vil bruke for å nå målet. Det er avgjørende å sikre handlingsrom og et kreativt miljø for de som skal lede endringene lokalt (Scheuer, 2003).

Den FLOS-baserte forskningen er oppsummert i følgende «ti bud om endringsprosesser i sykehusvesenet» (Wildt, 2004):

1. Sett av ekstra ressurser og ledelseskraft til å utvikle organisasjonen og drive endringsprosjekter. Mye fornyelse i sykehusvesenet ebber ut pga. av underskudd på ledelseskontoen.
2. Iakttatt og reflekter grundig over den praksis eller struktur du vil endre innen du går i gang. Små intelligente endringer kan få store positive effekter – og omvendt.

3. La deg inspirere av andres konsepter og ideer, men importer dem ikke uforandret. Alle standardløsninger må oversettes til lokale forhold.
4. Engasjer medarbeiderne ved å ta deres ideer og innvendinger alvorlig. Men vær også parat til å utfordre deres dogmer – f.eks. det om nødvendigheten av uinnskrenket faglig selvstyre.
5. Sats på å endre de permanente forhold i organisasjonen heller enn den enkelte medarbeiders atferd og holdninger. Så holder endringene lenger enn til neste personalutskiftning.
6. Bruk forsøk og pilotprosjekter før du setter i gang reformer i stor skala. Virkningene i så komplekse organisasjoner kan sjelden forutses fra starten, og ei heller bivirkningene.
7. Vær klar til å løpe risikoen for at et organisatorisk eksperiment slår feil. Gjem ambisjonen om feilfrihet til operasjonssalen. Innovasjon er ikke risikofri.
8. Sett klare mål for hvilke effekter du vil oppnå med en reform. Men vær udogmatisk med hvilke midler organisasjonen og medarbeiderne bruker for å nå målene – og tålmodig med hvor lang tid dette tar.
9. Gi deg selv og organisasjonen tid til å reflektere grundig over et forandringsprosjekts forløp og konsekvenser – også mens det står på. Let ikke kun etter de tilsiktede virkningene, men også etter de uventede positive eller negative bivirkningene.
10. Del løpende dine erfaringer om lokale forandringsprosesser med kolleger og ledere på tvers av og oppad i organisasjonen – og husk at det ikke dreier seg om å selge en suksess, men om å utveksle erfaringer og lære av hverandre i organisasjonen.

10.2.5 Betydningen av ledelse

Ledelsens rolle i forbindelse med store og omfattende organisatoriske endringer er fortsatt uavklart i forskningen, men Choi m.fl. (2011) har gitt en god oversikt over dette feltet. Noen teoretikere har inntatt en klassisk funksjonell tilnærming (dvs. ovenfra-og-ned) som foreskriver teknikker til ledere som kan benyttes til å gjennomføre endringsprosesser i løpet av 2-3 år (Hammer & Champy, 1993; Kotter, 1996). Denne forskningstradisjonen tildeler lederen en avgjørende rolle i endringsprosesser, f.eks. som godkjenner, visjonær eller motivator. Ifølge denne tradisjonen er en suksessfull integrering og samkjøring av toppledelsen en forutsetning for at en påfølgende endringsprosess skal forløpe så glatt som mulig (Kotter, 1996; Santala, 1996). Denne tilnærmingen har møtt mye kritikk fordi den antar en direkte sammenheng mellom toppledelsens beslutninger og utfallet av endringsprosessene.

Andre forskere peker i stedet på den avgjørende rollen som politiske forhandlinger og inter- og intra-organisatoriske dynamikker spiller i å forme utfallet av endringsprosessene (Greenwood & Hinings, 1996; 2006; Pettigrew, 1985; 1990). Her understrekes det at kritiske punkter i prosessen gjerne oppstår når valgene som er gjort av den dominerende koalisjonen av aktører blir bestridt og diskutert av andre organisatoriske aktører. Tilhengerne av denne tradisjonen anbefaler at oppmerksomheten i stedet bør rettes mot prosessene der selve fusjonen i seg selv vokser fram og anerkjennes som en av de viktigste betingelser for ønskede fusjonsresultater Haspeslagh & Jemison, 1991; Jemison & Stitkin, 1986).

Ingebrigtsen (2010) trekker i sin litteraturgjennomgang fram den anerkjente organisasjonsteoretikeren Mintzberg (1983). I organisasjoner er standardiseringen av kompetanse gjennom fagutdanningene den viktigste koordinerende mekanismen, og mye makt tilfaller derfor mellomledere med tilhørighet i profesjonene. Ledere som står utenfor fagmiljøene og forsøker å styre gjennom mekanismer som direkte overvåkning, standardisering av arbeidsprosessene eller økonomiske incentiver, finner derfor ofte at tiltakene har mindre effekt enn i andre store organisasjoner. Ingebrigtsen viser også til en studie fra Australia, som antyder at støtte fra et flertall av lederne på avdelingsnivå ser ut til å være nødvendig for vellykket endring (Degeling & Carr, 2004). Videre har en studie av endringsprosesser i norske og svenske sykehus dokumentert at det var av spesielt stor betydning å oppnå støtte fra leger i lederposisjoner (Øvretveit, 2005). Andre har understreket viktigheten av det å forstå kompleksitetsteori og å se sykehusene som tilpassningsdyktige for å lykkes (Baskin m.fl., 2000). I Baskin m.fl.'s studie beskrives en vellykket sammenslåings- og omstrukturingsprosess i detalj, og ett av hovedfunnene er at topplederne valgte å

synliggjøre forskjellene i organisasjonskultur i stedet for å late som om den nye organisasjonen hadde en felles kultur. Man satset deretter på relasjonsbygging og fri informasjonsflyt på tvers av de gamle organisasjonskulturene og geografiske lokalisasjoner, og over tid utviklet det seg en ny felles kultur som ikke representerte summen av de to gamle, og som heller ikke var preget av at den ene kulturen hadde ”vunnet” over den andre.

Flere studier antyder at effektiviteten ofte synker i kjølvannet av fusjoner grunnet uforutsette integrasjonsproblemer (Buono et al., 1985; Fulop m. fl., 2002; Haspelagh & Jemison, 1991; Treat, 1976). En vanlig forklaring på dette er knyttet til det man kan kalle styrings- og ledelsesmessig ‘overmot’; dvs. at man i planleggingsfasen har urealistiske forventninger til utfallet av sammenslåingen (Seth et al., 2002). Når så problemer oppstår i etterkant av fusjoner, vil ofte toppledelsens evne til å identifisere og vurdere relevante strategiske og organisatoriske forskjeller trekkes i tvil (Duhaime & Schwenk, 1985). Det er derfor viktig å ta den kompliserte sammenhengen mellom planlegging, prosesser og utfall av ledelsesinitierte endringer alvorlig.

Andre studier har fokusert på de kulturelle forskjellene for å forklare problemer som gjerne oppstår i kjølvannet av fusjoner. I sin oversikt peker Choi m.fl. (2011) på at selv om forskjeller i profesjonelle kulturer innad i organisasjonen er anerkjent som barrierer for tiltenkte endringer (f.eks. Denis m.fl., 1996; Sahlin-Andersson, 1999), er det likevel nettopp disse kulturforskjellene litteraturen gjerne forklarer som årsaken til at fusjoner mislykkes (f.eks. Datta, 1991; Chatterjee m.fl., 1992). Det å vie ekstra oppmerksomhet til disse forskjellene i en tidlig fase i integrasjonsprosessen betraktes derfor som avgjørende for effektiv og suksessfull ledelse av fusjoner i senere stadier (f.eks. Lubatkin, 1983; Ramaswamy, 1997).

Videre viser forskning at det er viktig å undersøke hvordan mellomledelsen forholder seg til komplekse endringsprosesser dersom man skal forstå hvilke faktorer som faktisk forbedrer eller hindrer ledelsens handlingsrom og beslutningsmuligheter i kjølvannet av fusjoner (Bamford & Forrester, 2003). En av de få studier som har gjort dette er Choi m.fl.’s (2012) analyse av klinisk integrasjon i kjølvannet av sammenslåingen av Karolinska Universitetssykehus. Studien sammenligner to fusjonerte avdelinger innenfor samme spesialitet fra hvert sykehus, og var basert på 53 intervjuer og dokumentanalyser. Analysen viste at klinisk integrasjon ble oppnådd i den ene fusjonerte avdelingen, men ikke den andre, selv om begge klinikklederne ble gitt det samme formelle oppdraget innenfor den samme endringskonteksten: klinisk integrasjon i kjølvannet av en universitetssykehusfusjon. Ved å sammenligne de to tilfellene ble det avdekket tre hovedtemaer ved de nye klinikklederne: deres forståelse og tolkning av mandatet, sammensetning av ledelse, og tilnærming til integrasjon.

For det første identifiserte Choi m.fl. to ulike tolkninger av det formelle mandatet for fusjonen, selv om sykehusledelsen presenterte det formelle oppdraget på samme måte for de to nyansatte klinikklederne. I avdelingen som mislyktes med den kliniske integrasjonen etter fusjonen oppfattet klinikklederen at hans hovedansvar var overfor sykehusets toppledelse, og føyde seg derfor etter deres "top-down"-direktiver, som bl.a. innebar en sterk vektlegging av kostnadsreduksjon. Som følge av dette ble det forsøkt med en dyptgående og rask integrering av de kliniske avdelingene. Til tross for et lignende press overfor klinikklederen i den suksessfulle avdelingen om å tilpasse seg toppledelsens krav, valgte denne en friere tolkning av oppdraget. Allerede fra starten av oppfattet han sin forpliktelse som todelt: ansvarlig både overfor seniorlegene og toppledelsen. Dette gjorde at han rådførte seg med seniorlegene og gjennomførte en langsom og gradvis integrering i tråd med det kliniske personalets ønsker.

For det andre peker Choi m.fl. på at de to klinikklederne valgte forskjellige måter å sette sammen ledelsen på. I avdelingen som mislyktes med klinisk integrasjon besto ledelsen av en eksternt rekruttert person, mens ledelsen i den suksessfulle avdelingen besto av tre internt rekrutterte aktører. I førstnevnte avdeling gjorde klinikklederen et forsøk på å tilrive seg full strategisk og operasjonell ledelse, mens klinikklederen i sistnevnte avdeling i stedet innsatte den tidligere lederen for den gamle avdelingen som sin nestkommanderende. Gjennom å lede hele endringsprosessen i tandem utgjorde de to lederne en felles front

overfor det kliniske personalet. I tillegg fungerte en høyt respektert professor som den strategiske lederen og visjonære forkjemperen for fusjonen overfor det kliniske personalet.

Det tredje aspektet ved klinikklederne som ble funnet å være av betydning var tilnærmingen til integrasjon. I den feilslåtte avdelingen inntok klinikklederen en planlagt "top-down"-tilnærming der han utøvde sterk kontroll og praktiserte direkte inngripen, i tillegg til en ufiltrert enveis lederstil for å kommunisere mellom ledelse og stab. Blant annet forsøkte han å rettferdiggjøre integrasjonen overfor det kliniske personalet gjennom å promotere sykehusledelsens argumenter om kostnadsbesparelser og stordriftsfordeler. I sterk kontrast inntok lederen av den andre avdelingen en mer pragmatisk "bottom-up"-tilnærming overfor den kliniske staben, og ba om frivillig deltagelse i aktivitetene knyttet til integrasjonsprosessen, og respekterte deres behov for profesjonell autonomi. Videre ble de økonomiske og ytelsesrelaterte målene rapportert til toppledelsen på den administrative arenaen, mens professoren motiverte og kommuniserte med den kliniske staben i den faglige arenaen. Gjennom å innta en uformell rolle som strategisk leder ble forskningskompetanse gjentatte ganger understreket som hovedargumentet for fusjonen, noe som åpenbart oppmuntret staben til å engasjere seg i fruktbar klinisk integrasjon.

Andre studier har vektlagt den potensielle konflikten mellom profesjonene og ledelsen (f.eks. Freidson, 1984) som kan føre til usikkerhet om ledelsens prioriteringer. I helsesektoren er det selvsagt konflikten mellom «medisinsk profesjonalisme» og «bedriftsledelse» som har fått mest oppmerksomhet. I denne sammenheng betraktes ledelse som en ideologi som hevder at forbedringer i en organisasjons ytelse – vanligvis målt gjennom forbedringer i relativt kortsiktige økonomiske mål – er ledelsens primære mål. Risikoen ved å adoptere denne formen for ledelsestenkning, som har fått stadig økende innflytelse i offentlig sektor (f.eks. Denis m.fl., 1996), er at prosessene i kjølvannet av sammenslåingen – ikke minst i sykehus – kan påvirkes i negativ retning. Forskning har vist at når ledelsen mangler den profesjonelle kunnskapen og ekspertisen har den en tendens til å plassere fusjonen i en større kontekst, ved at ledelsen påvirker profesjonene gjennom å skape nytt meningsinnhold og nye hensikter for fusjonen (Choi m.fl., 2011).

Likevel har en sterk strøm i den ledelsesteoretiske debatten anbefalt profesjonelle – eller såkalte generelle – ledere; dvs. ledere med en bredere ledelsesfaglig bakgrunn. Ifølge noen av de fremste forskerne på dette temaet i nordisk sammenheng, har denne etterspørselen etter generell ledelse vært berettiget på sykehusnivået (Kragh Jespersen, 1999; Borum, 2002; Zeuthen Bentsen & Borum, 2001). Det understrekes imidlertid at dette behov på det øverste ledelsesnivået *ikke* kan generaliseres lenger ned i organisasjonen: det settes i stedet alvorlige spørsmålsteget ved forestillingen om at generelle ledere også bare kan settes i spissen for de enheter som har det umiddelbare ansvar for behandling og pleie. På avdelingsnivået er problemet at lederne *både* har bruk for generalistkompetanse innen økonomi, personale, kommunikasjon og strategi og er nødt til å være noenlunde oppdatert på den faglige utviklingen. Dette skyldes selvsagt at det i praksis er vanskelig å sette skarpe skiller mellom ledelse og klinisk arbeid. Like viktig er det også at desentralisert ledelse i profesjonaliserte organisasjoner i særlig grad er avhengig av de ansattes engasjement og deltagelse, noe som krever at ledelsen har en høy grad av legitimitet – som det igjen kan være vanskeligere for generelle ledere å oppnå blant de fagprofesjonelle (Kragh Jespersen, 1999).

Choi m.fl. (2011) trekker fram at ytre institusjonelt press krever en større grad av konformitet. Omfattende endringer i institusjonell logikk, som f.eks. innføring av New Public Management, kan derfor spille en viktig rolle, særlig i situasjoner der dominerende koalisjoner har uttrykt tydelige forpliktelser for endring (Greenwood & Hinings, 1996; Suddaby & Greenwood, 2005). I tett koblede institusjonelle arenaer, som f.eks. helsesektoren, der graden av strukturering er høy, er slike konflikter mellom grupper særlig dominerende, noe som igjen betyr at «konkurrerende forpliktelser» er utbredt (f.eks. ledelse vs. profesjoner vs. politiske aktører). Hvis noen grupper foretrekker radikale endringer mens andre er tilhengere av eksisterende løsninger, er gradvise endringer mer sannsynlige enn radikale endringer (Greenwood & Hinings, 1996).

Choi m.fl. (2011) påpeker også at flere studier har vist at eksterne omstendigheter kan påvirke integrasjonsprosessen i fusjoner (Löwstedt m.fl., 2003; Meyer & Lieb-Doczy, 2003; Nupponen, 1995). Det

har f.eks. blitt hevdet at gunstige økonomiske konjunkturer kan skape en falsk trygghetsfølelse, som igjen kan vanskeliggjøre og forsinke integreringen (Vaara, 2001). Forskning på fusjoner i offentlig sektor har avdekket at det – i motsetning til i privat sektor – sjelden er noen klar ledelsesautoritet blant interessegruppene, som ofte er mange og politiserte (Denis m.fl., 1999). Dette gjelder sannsynligvis i enda større grad for fusjoner i profesjonstunge organisasjoner, som vi f.eks. finner i helsesektoren, der profesjonene tradisjonelt har stor makt og autonomi, og sterkt motstår endringer i sin forankrede atferd (Pettigrew m.fl., 1992).

I en studie av Karolinska-fusjonen i Sverige fokuserte Choi m.fl. (2011) av hvordan toppledelsen arbeider med å implementere denne type radikale endringsinitiativer. Deres case-studie bekrefter begrensningene i en klassisk top-down-tilnærming til radikale endringer i profesjonstunge organisasjoner. Choi m.fl. fulgte fusjonen gjennom de tre årene som ledelsen fikk til å gjennomføre den, og intervjuet alle de 18 medlemmene av den nyfusjonerte ledergruppen, samt flere nøkkelaktører utenfor ledergruppen. Et hovedfunn var at ledergruppe-dynamikken i det første året etter fusjonen reflekterte klassisk 'top-down' endringsledelse (jfr. f.eks. Hammer & Champy, 1993; Kotter, 1996). Gjennom å adoptere en slik tilnærming kunne den nye sykehusdirektøren i følge Choi m.fl. demonstrere sterk individuell ledelse, som ifølge funksjonelle endringsteoretikere er essensiell for å motivere organisasjonen til å akseptere endringene. Avdelingslederne i studien aksepterte raskt de omfattende endringene som fusjonen innebar, noe som ifølge forskerne var et resultat av at direktøren lyktes i å skape en sterk ledelseskultur som framhevet forpliktelsen til de foreskrevne økonomiske målene. I tillegg var direktøren også suksessfull i å integrere ledergruppen fra begge de fusjonerte sykehusene gjennom å kreve enighet blant alle medlemmer og gi lik oppmerksomhet til begge sykehus, og derigjennom også adressere de kulturelle forskjellene på et tidlig tidspunkt.

I neste fase, dvs. i det andre året etter fusjonen, mistet imidlertid ledelsen evnen til å håndtere konflikter med det kliniske personalet, noe som igjen kan ha ødelagt muligheten for å realisere potensielle synergier ved fusjonen. Den mest sannsynlige forklaringen for denne ledelsesrelaterte svikten var ifølge forskerne den sterke entusiasmen som fulgte av at man lyktes så godt med å integrere toppledelsen i det første året etter fusjonen. Med den sterke tilslutningen til fusjonen som oppsto blant sentrale aktører i første fase, kan ledelsen ha undervurdert den kraftige motstanden fra profesjonene mot toppledelsen. Choi m.fl. argumenterer derfor for at ledelsen i den første fasen kan ha erfart det som Vaara (2001) har beskrevet som «falsk trygghet-fellen». I tillegg kan det som kalles «ledelseshybris» (dvs. tendensen til å være for entusiastisk og tillitsfull i fusjoner) ha gjort det vanskeligere for ledelsen å håndtere de ulike utfordringene som oppsto (jfr. f.eks. Seth m.fl., 2002). Ifølge Choi m.fl. (2011) illustrerer derfor Karolinska-tilfellet godt hvordan suksessfull integrasjon av ledergruppen paradoksalt nok kan svekke mulighetene for videre suksess lenger fram i tid i organisasjonen.

Et sentralt tema i studier av fusjonsprosesser har vært kulturelle ulikheter mellom de fusjonerende organisasjonene (f.eks. Lubatkin, 1983; Sales & Mirvis, 1985; Datta, 1991; Ramaswamy, 1997; Fulp m.fl., 2002). Likevel viste Choi m.fl.'s (2011) studie av Karolinska-fusjonen at konflikten mellom profesjonalisme og ledelse var et viktigere tema enn ulikheter i organisasjonskultur. Denne typen spenninger og konflikter er godt dokumentert i forskning på de konkurrerende logikkene innenfor ledelse og profesjoner (f.eks. Broadbent m.fl. 1991; Dent, 1991; Degeling, 1993; 1994; Jacobs, 1995; Degeling m.fl., 1998; Degeling m.fl., 2001; Llewellyn, 2001; Broadbent & Laughlin, 2002; Davies m.fl., 2003; Rundall m.fl., 2004; Martinussen & Magnussen, 2011). Flere fusjonsstudier viser at profesjonelle ofte kontrollerer hastigheten på integrasjonen på alle nivåer (f.eks. Empson, 2000; 2004), og også i Choi m.fl.'s (2011) studie av Karolinska-fusjonen fant man klare tegn på at profesjonene tok en viktig rolle relativt tidlig i prosessen, der man endret hastigheten for integrasjonsprosessen gjennom obstruksjon, og bidro dermed til forsinkelser i implementeringen av endringene.

Et annet viktig funn i studien var at sykehusledelsens sterke fokus på økonomiske og administrative temaer førte til en undervurdering av de organisatoriske dynamikkene, som f.eks. konkurrerende verdisystemer og eksterne aktørers skjulte agendaer. Forskerne fant at i stedet for å tilpasse agendaen til nye og endrede forhold, fortsatte ledelsen å implementere de planlagte endringene gjennom en 'top-down'-tilnærming, til

tross for at man møtte økende motstand mot dette fra de medisinske profesjonelle. Som Choi m.fl. påpeker: for å kunne legitimere en organisasjonsform som ikke passer til organisasjonens gjeldende logikk, må man nødvendigvis modifisere eller tilpasse logikken for å etablere nye kriterier for legitimitet. Dette krever igjen retoriske strategier som er oppmerksomme på kjerneaktørenes identitet (som i tilfelle med sykehusfusjoner ofte vil være profesjonene og ledende politikere) og et forførende scenario for endring (jfr. f.eks. Suddaby & Greenwood, 2005). I Karolinska-fusjonen befant ledelsen seg etter hvert i en defensiv posisjon da representanter for de medisinske profesjonelle allierte seg med den politiske opposisjonen og ga uttrykk for sin misnøye i media. Det påfølgende eksterne presset ble etterhvert så stort at ledelsen måtte gå tilbake på sin originale strategi som var drevet av mer økonomiske hensyn, og som hadde preget de tidlige fasene av integrasjonsprosessen. Mens det kliniske personalet og den politiske opposisjonen gjorde aktiv bruk av media som en effektiv måte å påvirke ledelsesagendaen på, var toppledelsen ute av stand til å nyttiggjøre seg av denne kanalen for å formidle ledelsens motoffensiv. Choi m.fl.'s studie av sammenslåingsprosessen i Karolinska viser dermed at den komplekse interaksjonen mellom interne og eksterne aktører påvirker dynamikken i ledergruppen og rollen den er i stand til å spille. Et hovedfunn er at et klart formelt mandat kombinert med sterk støtte fra noen få strategiske aktører kan bidra til en falsk trygghetsfølelse som tildekker behovet for å modifisere motiver og begrunnelser for sammenslåingen når nye aktører dukker opp og nye hendelser inntreffer under integrasjonen etter fusjonen. Innledende suksess – i form av en glatt integrasjon av toppledelse og oppfyllelse av det formelle oppdraget – ser paradoksalt nok ut til å kunne svekke de påfølgende endringsprosessene lenger ned i organisasjonen.

Choi m.fl. argumenter dermed for at deres studie ikke støtter argumentet om at toppledelsen er i stand til å forfølge strategiske valg og endringer i en 'top-down'-tilnærming som det ofte hevdes i litteraturen om endringsledelse og fusjoner. Så lenge fusjoner benyttes som et sentralt verktøy for å gjennomføre radikale endringer i helsesektoren må derfor den primære lederrollen ses som begrenset til å initiere endring. Siden radikale endringsstrategier egner seg særlig dårlig for profesjonsdominerte organisasjoner (McNulty & Ferlie, 2002; 2004) er det unngåelig at det oppstår konflikter som utfordrer toppledelsen (Greenwood & Hinings, 1996; 2006). Når slike konflikter oppstår blir ledelsen målet for klager og kritikk, og må derfor innta rollen som syndebukk. Dette er en nødvendig del av dramaturgien, og kostnadene for ledelsen i slike prosesser kan pga. dette bli svært høy.

10.3 Prosessen i HSØ

Etter denne gjennomgangen av litteraturen om omorganiseringer i sykehussektoren skal vi nå skifte fokus til prosessen i HSØ. Det legges i HSØ's strategidokumenter stor vekt på erfaringer fra lignende prosesser i våre nordiske naboland. I dokumentet «Spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet – problemstillinger knyttet til struktur, kapasitet og funksjonsfordeling» slås det fast at «sammenligningen av sykehusstruktur i de nordiske hovedsteder er en tydelig illustrasjon på småskala-organiseringen i hovedstadsområdet i Norge, og bærer bud om at strukturen på tjenestetilbudet må endres» (s. 15). Her pekes det på at mens hovedstadsområdet til sammen har 9 helseforetak/sykehus til å betjene en befolkning på vel 1 million, der det for de fleste bare er en kilometer i avstand fra det ene sykehuset til det andre, har Stockholm 7 sykehus til å betjene en befolkning på nær 2 millioner, og København-regionen 14 sykehus under 4 områdesykehus til å betjene en befolkning på 1,5 millioner.

I styresak nr. 108/2008 heter det videre: «Omstillingen i Helse Sør-Øst er helt avhengig av utvikling og omstilling av helsetjenesten i Oslo sykehusområde. De synspunktene som er fremført i høringen, sammen med den betydelige erfaring som er oppsummert fra liknende endringer i Sverige, Danmark, England med flere, vil danne utgangspunkt for de tiltak som vil iverksettes for å forebygge stordriftsulemper, sikre fokus på hovedmålene om bedre lokalbaserte tjenester, samling av lands-, region- og områdefunksjoner, styrke og sammenhengende pasientforløp». Utover det å plassere daværende hovedstadsområde inn sammen med Stockholm og København for å sette ressursituasjonen i Oslo og Akershus i perspektiv, samt henvisningen til den betydelige erfaringen fra liknende endringer i våre naboland, har det imidlertid ikke lyktes oss å finne hverken konkrete referanser eller nærmere utdypninger av disse erfaringene. Tatt i betraktning at disse

prosessene har vært en åpenbar inspirasjon for endringene i Oslo og Akershus, illustrert gjennom studieturer til København og Stockholm og basert på opplysninger fra flere av våre informanter, er det påfallende hvor lite vekt man har lagt på den omfattende forskningen med utgangspunkt i endringene i Sverige og Danmark, og hvor lite skriftlig materiale vi har vært i stand til å finne om de faktiske erfaringene herfra. Dette understreker poenget innledningsvis; nemlig at denne typen store reformer og organisasjonsendringer gjerne gjennomføres uten et klart evidensgrunnlag.

For å komme dypere til bunn i dette valgte vi å intervju flere aktører som sto sentralt i endringsprosessen. I disse intervjuene ba vi informantene utdype hvilke hensyn de mente veide tyngst i prosessen bak sammenslåingen, hvilke argumenter de oppfattet som sentrale, om andre alternativer ble vurdert, i hvilken grad valgene og alternativene bygde på erfaringer fra andre land og tilgjengelig litteratur, hvordan man opplevde selve omorganiseringsprosessen, og hva som kunne vært gjort annerledes. Hovedpoengene fra disse intervjuene diskuteres i det følgende. For strukturens skyld, har vi valgt å strukturere presentasjonen i to deler: *bakgrunnen* for prosessen og selve *gjennomføringen* av den.

10.3.1 Bakgrunnen for omorganiseringsprosessen

Intervjuene bekrefter for det første inntrykket av at tidligere litteratur og forskning om lignende omorganiseringsprosesser i svært liten grad ser ut til å ha influert prosessen i HSØ. Den eneste referansen til tidligere forskning vi har greid å avdekke er henvisningen til et frokostmøte, som egentlig ikke hadde noe med fusjonen å gjøre, der en konsulent fra McKinsey gjennomgikk noen erfaringer fra fusjonsprosesser i England og Tyskland. I tillegg ble man også presentert noe av forskningen til Kjekshus, som er presentert i litteraturgjennomgangen. En av informantene uttrykker imidlertid en viss skepsis til at forskning kan bidra til noe fornuftig i organisatoriske prosesser; selv om det anerkjennes at forskningen kan hjelpe et stykke på vei, er det liten tro på at forskning skal kunne skissere relevante modeller i forkant:

«... (den) kan ikke gi den typen svar som gjør at vi kan designe og legge opp sånn og sånn. Til det så tror jeg at forskningen er alt for oppdelt og ofte for forsiktige i sine konklusjoner.»

Det viktigste erfaringsgrunnlaget for prosessen ser dermed ut til å være de nevnte studieturene til København og Stockholm. Et gjennomgående tema når det gjelder erfaringene fra disse besøkene er at slike fusjoner krever penger. For både Stockholm og København var det knyttet store investeringer til utviklingsplanene, mens dette var helt fraværende i HSØ's tilfelle. Ifølge en av informantene var en av de klare beskjedene fra studiebesøkene at en vellykket fusjon krever at man gjødsler med midler:

«Særlig i København, men også i Stockholm, ble det bygget nye sykehus; det ble (...) finansiert (...). Men her var det jo helt omvendt; her fikk du beskjed om at du måtte ned. Og det virket som at hovedbegrunnelsen for fusjonen ikke var å gi bedre faglig tilbud, eller å øke kvaliteten, men å spare penger. Og det var jo så lite motiverende som det kunne.»

Det samme poenget framheves også av en av de andre informantene:

«(...) vi var ikke gitt penger til å gjøre det. I København var det jo satt av betydelig antall millioner for å gjennomføre reformen, Og det hadde ikke vi.»

Når det gjelder HSØs beskrivelse av Stockholmsmodellen ser det imidlertid ut til å ha hersket en misforståelse angående organiseringen, siden det i den før nevnte rapporten «Spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet – problemstillinger knyttet til struktur, kapasitet og funksjonsfordeling» opereres med en forståelse av at sykehusene har ansvar for opptaksområder. Faktum er imidlertid at ordningen med at hvert sykehus hadde ansvar for et visst opptaksområde opphørte på slutten av 1980-tallet; siden da har det i Stockholms läns landsting vært fritt sykehusvalg. Så vidt vi har kunnet bringe på det rene får sykehusene i denne modellen tilført midler ut fra en estimert aktivitet, og de kan – ser det ut til – få refundert opp til 104% over det avtalte. Det er ingen inndeling i ansvarsområder, selv om sykehusene selvsagt ligger forskjellige steder og har tyngdepunktet av pasientene sine derfra. Dette er en ganske annen modell enn den med

sykehusområder, og hadde vært svært aktuell å vurdere for spesielt Oslo/Akershus. Når man likevel valgte å legge seg såpass tett opp til modellen fra København framfor den mindre rigide Stockholmsvarianten, kan muligens noe av forklaringen være å finne i dette utsagnet fra en av våre informanter:

«Det kom jo noen fra Sverige og sa rett ut at det er ikke så mye å hente fra Sverige; de har ikke klart å ta ut de pengene på faglige forløp som de trodde, så sånn sett hadde man grunn til å være litt desillusjonert i Sverige. (...) Så man garanterte på en måte ikke de gode resultatene i Sverige (...) den modellen gir ikke så stor uttelling på penger.»

Et annet forhold som trekkes fram er tidsaspektet i planleggingsprosessen. Alle respondentene peker på at mens man i København ble gitt tilstrekkelig med tid til å utrede, planlegge og diskutere endringsprosessene, var dette noe man savnet i prosessen ved HSØ. Til sammenligning strakk prosessen forut for fusjonen av Karolinska sykehus og Huddinge universitetssykehus seg over nesten et tiår, der bare den første idéfasen varte i åtte år (Choi & Brommels, 2009). Ifølge en av informantene er problemet at det har fått utvikle seg en kultur i helsevesenet der man har hatt veldig tro på at man må holde tempo for å unngå motstand: de styrende myndigheter og utførende enheter forutsetter at slike prosesser må foregå raskt for at de skal være suksessfulle, for på den måten å unngå obstruksjoner. Selv om det erkjennes at det lå sterke føringar fra departementets side, slik at administrasjonen og styret i HSØ var relativt bundet på hender og føtter, framheves det at det var svært urealistisk å tro at en slik prosess skulle gå glatt og uproblematisk:

«(...) i København, som var den prosessen vi gikk dypst inn i, var det planleggingsprosesser før ting ble vedtatt som fikk gå over halvannet til to år, og så ble beslutningen tatt. Her ble beslutningen nesten tatt først, og så skulle liksom det andre skje etterpå.»

Videre framhever informantene at det var en manglende faglig begrunnelse for hvorfor de organisatoriske endringene var nødvendige. Det eksisterte ingen virkelighetsforståelse av at dette var presserende, og utover generelle argumenter om økonomiske besparelser manglet det en klar formidling av hva som var målsettingene for omorganiseringen:

«Du må ha en begrunnelse for hvorfor du skal gjøre det, som alle kan være enige om, før du begynner å gjøre det. Jeg tenker at det var ikke enighet om at dette var nødvendig en gang. Det var mange som syntes at det her var totalt unødvendig og kanskje skadelig.»

I tillegg opplevdes prosessene rundt omorganiseringen gjennomgående som lite transparente. Det pekes på at mer tid burde vært brukt på å involvere resten av organisasjonen i planleggingsprosessen, blant annet gjennom mer tid på dialog og prosess med sykehusene. Det nevnes også at mer arbeid kunne vært lagt ned i å «krystallisere» ut styresakene, som ble for lange og omfattende. En naturlig bekymringsfaktor når man gjør organisatoriske endringer er å kvalitetssikre flest mulige forhold og unngå tolkningsproblemer i etterkant, men – som det settes på spissen av en av informantene – styresaker som er like lange som stortingsmeldinger egner seg dårlig som beslutningsdokumenter.

Det stilles også spørsmål ved hvilken rolle konsulentene spilte for de valgene som ble tatt. Ifølge en av informantene opplevde man at McKinsey var veldig langt inne i prosessene, og veldig styrende og førende, uten at det ble gitt informasjon om på hvilken måte. En annen av informantene er inne på det samme:

«(...) noe av det første som la grunnlaget (...) var Muusmann-rapporten om at man skulle spare, var det 600 millioner eller var det 900 millioner? Det var liksom startskuddet; altså stordriftsfordeler og alt. Men det var vanskelig å forstå om det gjaldt fag eller om det gjaldt støtteprosesser. (...) hva var målet? Når snakket man om faget og når snakket man om et mål å få til økonomibesparelse og andre besparelser, som er mer tekniske og lette å akseptere?»

Generelt gir intervjuene uttrykk for at ledelsen i for liten grad involverte organisasjonen og den kompetansen som fantes der, både når det gjelder organisasjonsutvikling og de faglige aspektene. Intervjuene reflekterer dermed flere av de sentrale poengene fra tidligere forskning på denne type endringsprosesser i sykehus. Som allerede nevnt, er et sentralt funn at suksessfulle organisasjonsendringer krever god lokal forankring

(Scheuer, 2003), at det settes av ekstra ressurser til organisasjonsutvikling og til å drive endringsprosjekter, og at det formuleres klare mål for hvilke effekter man vil oppnå (Wildt, 2004). I tillegg er det også dokumentert at forsøk på å rettferdiggjøre integrasjon ved hjelp av argumenter om kostnadsbesparelser og stordriftsfordeler sjelden fungerer (Choi m.fl., 2012).

10.3.2 Gjennomføringen av prosessen

Som vi så i den foregående litteraturgjennomgangen, har det vært stort fokus på betydningen av ledelse ved slike reorganiseringsprosesser. Et funn som går igjen er begrensningene som ligger i en klassisk 'top-down-tilnærming' i forbindelse med slike prosesser, og da særlig i profesjonsdominerte organisasjoner som sykehus (f.eks. Choi m.fl., 2011; 2012). Selv om en toppstyrt endringsledelse i en første fase kan vise seg effektiv, f.eks. gjennom en sterk ledelseskultur som framhever forpliktelse til foreskrevne økonomiske mål, viser studier at en slik ledelsesform ofte mister evnen til å håndtere konflikter med det kliniske personalet (Choi m.fl., 2011). Dette poenget kommer tydelig fram også i våre intervjuer, da informantene peker på en alt for toppstyrt endringsprosess:

«(...) det ble jo på en måte et oppdrag som ble tredd nedover fra trinn til trinn, startet fra hodet og nedover (...) når vi ga uttrykk for spørsmål rundt hvordan i all verden skal man spare penger på det faglige, for det er en lang prosess fram i tid, når skal man hente ut gevinsten? Så ble det sagt ganske tydelig at dette måtte man ha tro på, eller slutte.»

Tidligere studier viser som nevnt at fusjonsprosesser forløper bedre dersom ledelsen inntar en pragmatisk 'bottom-up'-tilnærming, der behovene for profesjonell autonomi respekteres, kommunisering av økonomiske og ytelsesrelaterte mål holdes innenfor den administrative arenaen, mens kommunikasjon med klinisk stab hovedsakelig foregår i den faglige arenaen (Choi m.fl., 2012). Litteraturen viser også at de beste løsningene tar utgangspunkt i lokale forhold, og er åpne for ulike løsninger og større variasjon mellom avdelinger og mellom sykehus (f.eks. Vikkelsø, 2003). Som vi har sett, har studier vist at det er viktig med rom for organisatorisk refleksjon og læring basert på gjensidig feedback mellom de lokale iverksetterne og toppledelsen, mens en ledelse som forsøker å styre prosessene i detalj bør unngås (Scheuer, 2003). Samtidig er det også et kjent problem i organisasjonslitteraturen at ledelsesspenet kan bli for stort, og en av informantene trekker fram avstanden til ledelsen som et problem i prosessen i HSØ. Selv om en av erfaringene fra Danmark nettopp var at ledelsen ble for fjern, og at man også på forhånd visste at det ville bli en stor utfordring når ledelsen satt et annet sted, opplevdes det som at betydningen av nærhet til ledelse ble oversett.

Tidligere forskning har også pekt på tap av ledelsesfokus på tjenestene under sammenslåing av sykehus, som igjen har hatt uheldige effekter på pasientbehandlingen. I Fulop m.fl.'s (2005) studie av sammenslåinger av sykehus i England ble det dokumentert forsinkelser i utviklingen av tjenestene, noe som skyldtes forsinkelser i utnevningen av mellomledere. Her bidro uforutsette omstendigheter og forsinkede planer for reorganisering av tjenestene – ofte knyttet til forsinkede lederansettelser, økonomiske svikter og IT-relaterte forsinkelser – til at toppledelsen tidlig mistet kontroll over strategisk retning og den daglige virksomheten. Lederne klarte ikke å forutse utfordringene ved å integrere ledelse og tjenester på tvers av den sammenslåtte organisasjonen. Det samme tapet av fokus på tjenestene er også et poeng for en av våre informanter, som understreker at det trengs god ledelse i de ytterste leddene, så vel som god sentral ledelse for å forklare og instruere de ytterste lederne hva som forventes når det gjelder tjenestene. En omfattende omorganisering som i tilfellet HSØ krever mange mellomledere, noe som ifølge vår informant gjør at det vokser fram et nytt lag med forvaltning og administrasjon i tilknytning til ledelse, og problemet oppstår når man ikke klarer å matche forvaltningsdelen inn mot den tjenesteytende delen:

«Når du bygger organisasjoner med så mange ledd, trenger du masse forvaltning. Men lederne her ble sånn, i stedet for å se til at tjenesteytende går bra, og ha systemer for tjenesteytende, så har de bare blitt opptatt av å svare opp systemer for forvaltning. Så ser de bare oppover, rapportering og registrering, oppover, registrere og rapportere, og så får man ikke orden på den

tenestevirksomheten som er kjerneaktiviteten. Så lederne får ikke være ledere for tjenestene, de får bare være rapporterings- og registreringsledere som må gjøre det som kommer ovenfra.»

Et sentralt poeng fra litteraturen er at et sterkt fokus på økonomiske og administrative temaer hos sykehusledelsen ofte kan føre til en undervurdering av andre organisatoriske dynamikker. I sin studie av Karolinska-fusjonen fant Choi m.fl. (2011) som nevnt at ledelsen fortsatte å implementere de planlagte endringene gjennom en 'top-down'-tilnærming i stedet for å tilpasse agendaen til nye og endrede forhold. Vår informant peker på at problemet som oppsto i HSØ var at alle de nyopprettede støttefunksjonene rundt ledelse ikke sto i forhold til behovene knyttet til ledelsen som skal yte tjenesteytende virksomhet. Dette behovet for gjennomgående ledelse er noe man ifølge informanten har vært oppmerksom på under hele prosessen, men som man likevel ikke maktet å gjennomføre parallelt med de andre endringene. Forklaringen som oppgis er at det etter hvert utviklet seg en egen verden i toppledelsen, der man ikke skjønnte noe av den daglige driften ute i sykehusene:

«(...) man klarer ikke å lage styringssystemer og få det til å matche, vi er to forskjellige verdener. Så tror man at de virkemidlene – når man går fra toppen og ned gjennom hele organisasjonen – skal treffe, men det bommer fordi tjenesteytende er ikke forvaltning; det må matche, hjelpe og støtte hverandre.»

Avslutningsvis avdekker intervjuene våre også en manglende involvering av fagmiljøene i prosessen:

«(...) skal du få fagmiljøene med, så må du inn i prosess med dem, og snakke med dem. (...) mye, mye, mye mer rett på fagmiljøene (...) få de engasjerte og motiverte, og lederne ute, ikke de her toppene som ikke forsto helt hva virksomheten gjorde ute i det nærmeste ledd (...) Det er et sånt engasjement og en sånn iver, og de vet hvor problemene er. Sånn at å ha noen ledetråder og veivisere, noen fyrtårn som viser hvor vi skal, men samtidig ha prosessene tett på de som virkelig yter kjerneaktivitet. En enorm ubrukt kraft, du får bare motstand hvis du ikke har de med. Det her bildet med den forvaltningsdelen oppe, de har laget masse systemer og masse sånt, og så matcher det ikke med den rene tjenesteytingen her.»

Som tidligere vist, er et sentralt funn i litteraturen at den som ønsker forandring ikke kan ha profesjonene imot seg. Selv om det anbefales at profesjonene utfordres, er hovedpoenget at de må betraktes som grunnleggende medspillere som det må kommuniseres godt med, noe som bl.a. krever at man setter seg inn i deres virkelighet og premisser (Wildt, 2004). Choi m.fl.'s (2011; 2012) studier av Karolinska-fusjonen viser også betydningen av å motivere og kommunisere med den kliniske staben. På spørsmål om hva som kunne vært gjort annerledes svarer en av respondentene følgende, som egner seg som en passende avslutning på denne delen:

«(...) det å forstå alle berørte, alt som skal skje, alle prosesser. Folk aksepterer det utrolige bare de blir trukket inn og forstår hva som skjer.»

10.4 Konklusjon

Organisatoriske restruktureringer betraktes som et av de viktigste virkemidlene for endring av moderne helsesystemer. Den internasjonale litteraturen om omorganiseringer og endringsprosesser i sykehus har i all hovedsak fokusert på fusjoner. Som vi har sett, er litteraturen imidlertid langt fra entydig når det gjelder effektene, i og med at resultatene spriker og effektene ikke er signifikante. I denne gjennomgangen har vi fokusert på fire temaer: økonomiske effekter, kliniske effekter, omorganiseringprosessen og betydningen av ledelse. Når det gjelder økonomiske effekter, er det en viss støtte for at sammenslåinger kan føre til lavere kostnadsvekst, og at effekten er størst ved sammenslåing av små sykehus av omtrent samme størrelse. Litteraturen har derimot avdekket få kliniske effekter av fusjoner: tvert i mot er et generelt funn at viktige kliniske endringer ikke var implementert selv flere år etter at fusjonen var formalisert. Flere studier har også dokumentert få eller ingen forbedringer i kvalitetsindikatorer, og til og med en nedgang i pleiekvalitet i enkelte tilfeller. Videre viser litteraturen at reform- og endringsarbeid i sykehus i større grad bør søke å

engasjere profesjonene, fremme forsøkskultur, og forankre endringer lokalt. Videre har flere studier også pekt på betydningen av kultur, og hvordan sammenstøt mellom ulike kulturer i fusjonerende organisasjoner kan gjøre omorganiseringsprosessen vanskelig. Endelig har en rekke studier framhevet ledelsens rolle i slike prosesser: implementering av planlagte endringer gjennom en "top-down"-tilnærming er sjelden en suksess; ledere bør tvert imot søke støtte i fagmiljøene og unngå å styre gjennom mekanismer som direkte overvåkning, standardisering av arbeidsprosessene eller økonomiske incentiver. Støtte fra leger i lederposisjoner er av stor betydning, og det er viktig å unngå styrings- og ledelsesmessig "overmot"; dvs. at man i planleggingsfasen har urealistiske forventninger til utfallet av sammenslåingen. Fusjoner i politisk uklare kontekster ser derimot ut til å begrense ledelsens rolle til å initiere omfattende endringer og til å innta rollen som syndebukk.

Sist, men ikke minst: en viktig konklusjon man kan trekke basert på en gjennomgang av litteraturen er betydningen av nasjonal kontekst for sykehusfusjoner. Dette betyr at resultater fra andre land, og særlig fra USA, i liten grad kan omsettes til norske forhold. For det første inngår amerikanske sykehus i konkurranse med hverandre, der prisreduksjon versus monopoldanning er et konstant tema. For det andre drives amerikanske sykehus med relativt lav beleggprosent: man aksepterer ikke ventelister av frykt for at pasientene vil gå til konkurrenten. Lavere beleggprosent gjør sykehusavdelingene mer fleksible, noe som igjen bidrar til lettere gjennomføring av og større incitament til fusjon. Nordiske sykehus drives derimot med mer enn 100 % belegg pga. korridorpatienter, slik at avdelingene blir svært lite fleksible (Kjekshus, 2011).

I andre del av denne rapporten har vi ved hjelp av intervjuer med noen sentrale aktører i prosessen forsøkt å gå mer i dybden på hvilke hensyn og argumenter som har vært sentrale og hvordan man opplevde selve omorganiseringsprosessen. Intervjuene våre har for det første avdekket at erfaringsgrunnlaget og inspirasjonen for prosessen i HSØ i hovedsak kan knyttes til omorganiseringene i København. Tidligere forskning og erfaringer fra andre og lignende prosesser ser derimot ut til å ha spilt liten eller ingen rolle. Et annet poeng som framheves er mangelen på økonomiske investeringer til å gjennomføre endringene, noe som opplevdes som en sterk kontrast til København, der det var knyttet store investeringer til utviklingsplanene. Et tredje forhold som trekkes fram er tidsaspektet i planleggingsprosessen: mens man i København ble gitt tilstrekkelig med tid til å utrede, planlegge og diskutere endringsprosessene, var dette noe man savnet ved prosessen ved HSØ. Informantene våre savner også en bedre faglig begrunnelse for hvorfor de organisatoriske endringene var nødvendige, og mer transparente prosesser bygget på dialog og prosess med sykehusene.

Når det gjelder selve gjennomføringen av prosessen, opplevdes den som veldig toppstyrt, med en alt for stor avstand til ledelsen. Videre framheves det også at det sterke fokuset på økonomiske og administrative temaer bidro til at man mistet fokus på den tjenesteytende delen. Endelig avdekker intervjuene også en oppfatning av manglende involvering av fagmiljøene i prosessen.

Litteratur:

- Aletras, V. H. (1999). A comparison of hospital scale effects in short-run and long-run cost functions, *Health Econ* 8: 521-30.
- Alexander, J., M. Halpern & S. Lee (1996). The short-term effects of merger on hospital operations, *Health Services Research* 30: 827-48.
- Andreopoulos, A., S. Harris & H. Field (2001). Paradigms in organizational change: change agent and change target perspectives, in R. Golembievski (ed.), *Handbook of organizational behavior*. New York, NY: Dekker.
- Arrowsmith, J., S. French, M. Gilman & R. Richardson (2001). Performance-related pay in health care, *Journal of Health Services Research and Policy* 6: 114-9.
- Baskin, K., J. Goldstein & C. Lindberg (2000). Merging, de-merging, and emerging at Deaconess Billings Clinic, *Physician Exec* 26: 20-5.
- Bazzoli, G., L. Dynan, L. Burns & C. Yap (2004). Two decades of organizational change in health care: what have we learned?, *Medical Care Research and Review* 61: 247-331.
- Bamford, F. & P. Forrester (2003). Managing planned and emergent change within an operations management environment, *International Journal of Operations & Production Management*, 23: 546-64.
- Blackstone, E. & J. Fuhr (2003). Failed hospital mergers, *Journal of Health Law* 36: 301-24.
- Borum, F. (2002). Ledelse blandt læger, *Ledelse & Erhvervsøkonomi* 1: 15-27.
- Bogue, R. J., S. M. Shortell, M. W. Sohn, L. M. Mannheim, G. Bazzoli & C. Chan (1995). Hospital reorganization after merger, *Medical Care* 33: 676-86.
- Brekke, K. R., L. Siciliani & O. R. Straume (2013). Hospital mergers: a spatial competition approach. Discussion paper. Bergen: Norwegian School of Economics.
- Broadbent, J., & Laughlin, R. (2002). Public service professionals and the new public management: control of the professions in the public services, i K. McLaughlin, S. P. Osborne, & E. Ferlie (red.), *New public management: current trends and future prospects*. London: Routledge.
- Broadbent, J., Laughlin, R., & Read, S. (1991). Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis, *Critical Perspectives in Accounting* 2: 1-29.
- Brorström, B. (2004). *Den stora vändningen – ett universitetssjukhus I förändring?*, Lund: Studentlitteratur.
- Burns, L. R. & M. V. Pauly (2002). Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care?, *Health Aff* 21: 128-43.
- Carey, K. (2003). Hospital cost efficiency and system membership, *Inquiry – J Health Car* 40: 25-38.
- Child, J. (1997). Strategic choice in the analysis of action, structure, organisations and environment: retrospect and prospect, *Organization Studies* 18: 43-76.
- Choi, S. & M. Brommels (2009). Logics of pre-merger decision-making processes. The case of Karlonsika University Hospital, *Journal of Health, Organization and Management* 23: 240-54.
- Choi, S., I. Holmberg, J. Löwstedt & M. Brommels (2011). Executive management in radical change – the case of the Karolinska University Hospital merger, *Scandinavian Journal of Management* 27: 11-23.

- Choi, S., I. Holmberg, J. Löwstedt & M. Brommels (2012). Managing clinical integration: a comparative case study in a merged university hospital, *Journal of Health Organization and Management* 26: 486-507.
- Cohen, J. P. & C. M. Paul (2008). Agglomeration and cost economics for Washington State hospital services, *Regional Science and Urban Economics* 38: 553-64.
- Cohen, M. & G. Jennings (2005). Mergers involving academic medical institutions: impact on academic radiology departments, *Journal of the American College of Radiology* 2: 174-82.
- Connor, R. A., R. D. Feldman, B. E. Dowd, m.fl. (1997). Which types of hospital mergers save consumers money?. *Health Affairs* 16: 62-74.
- Corwin, J., M. Cooper, J. Leiman, D. Stein, H. Pardes & M. Berman (2003). Model for a merger. New York-Presbyterian's use of service lines to bring two academic medical centers together, *Academic Medicine* 78: 1114-20.
- Datta, D. K. (1991). Organizational fit and acquisition performance: effects of post-acquisition integration, *Strategic Management Journal* 12: 281-97.
- Davies, H. T. O., Hodges, C.-L., & Rundall, T. G. (2003). Consensus and contention: doctor's and managers' perceptions of the doctor-manager relationship, *British Journal of Health Care Management* 9: 202-8.
- Degeling, P. (1993). Policy as the accomplishment of an implementation structure: hospital restructuring in Australia, i M. Hill (red.), *New agendas in the study of the policy process*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Degeling, P. (1994). Unrecognized structural implications in case mix management, *Health Services Management Research* 7: 9-21.
- Degeling, P. & A. Carr (2004). Leadership for the systematization of health care: the unaddressed issue in health care reform, *J Health Organ Manag* 18: 399-414.
- Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. (1998). Do professional subcultures set the limits of hospital reform, *Clinician in Management* 7: 89-98.
- Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management e the central challenge of hospital reform, *Health Services Management Research* 14: 36-48.
- Denis, J. F. Champagne, A. Contandriopoulos & L. Cazale (1992). Determinants of a merger in a publicly-funded health system: a political-economy perspective, *International Journal of Health Planning and Management* 7: 79-101.
- Denis, J., A. Langley & L. Cazale (1996). Leadership and strategic change under ambiguity, *Organization Studies* 17: 673-99.
- Denis, J. L., L. Lamothe & A. Langley (1999). The struggle to implement teaching-hospital mergers, *Canadian Public Administration* 42: 285-311.
- Dent, M. (1991). Autonomy and the medical profession: medical audit and management control, i C. Smith, D. Knights, & H. Willmott (red.), *White-collar work: The non-manual labour process*. Houndmills: Macmillan.

- Dowie, R. & H. Gravelle (1997). Changes in medical training and sub-specialisation: implications for service delivery, in B. Ferguson, T. Sheldon & J. Posnett (eds.), *Concentration and choice in healthcare*. London: Royal Society of Medicine.
- Dranove, D. (1998). Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers, *J Health Econ* 17: 69-83.
- Dranove, D. (1998). Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implication for hospital mergers, *Journal of Health Economics* 17: 69-83.
- Dranove, D., & M. Shanley (1995). Cost reductions or reputation enhancement as motives for mergers – the logic of multihospital systems, *Strategic Manage J* 16: 55-74.
- Dranove, D. & R. Lindrooth (2003). Hospital consolidation and costs: another look at the evidence, *Journal of Health Economics* 22: 983-97.
- Dranove, D., A. Durkac & M. Shanley (1996). Are multi-hospital systems more efficient?. *Health Affairs* 15: 100-3.
- Empson, L. (2000). Mergers between professional service firms: exploring an undirected process of integration, I C. Cooper & A. Gregory (red.), *Advances in mergers and acquisitions*. Amsterdam: Elsevier Science, Inc.
- Empson, L. (2004). Organizational identity change: managerial regulation and member identification in an accounting firm acquisition, *Accounting, Organizations and Society* 29: 759-81.
- Ferguson, B. & M. Goddard (1997). The case for and against mergers, in B. Ferguson, T. Sheldon & J. Posnett (eds.), *Concentration and choice in healthcare*. London: Royal Society of Medicine.
- Ferguson, B., T. Sheldon & J. Posnett (1997). *Concentration and choice in healthcare*. London: Royal Society of Medicine.
- Ferrier, G. D. & V. G. Valdmanis (2004). Do mergers enhance the performance of hospital efficiency?, *J Oper Res Soc* 51: 801-11.
- Fulop, N., G. Protopsaltis, A. Hutchings, A. King, P. Allen C. Normand & R. Walters (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicenter case study and management cost analysis, *British Medical Journal* 325: 246-73.
- Fulop, N., G. Protopsaltis, A. King, P. Allen, A. Hutchings & C. Normand (2005). Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England, *Social Science & Medicine* 60: 119-30.
- Gaynor, M., M. Laudicella & C. Propper (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS, CMPO Working Paper Series No. 12/281. Bristol: CMPO, Bristol Institute of Public Affairs.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- Given, R. S. (1996). Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry, *Journal of Health Economics* 15: 685-713.
- Goddard, M. & B. Ferguson (1997). *Mergers in the NHS: Made in heaven or marriages of convenience*. London: The Nuffield Trust.
- Greene, J. (1990). Do mergers work?, *Modern Healthcare* 20: 24-25.
- Greene, J. (1992). The costs of hospital mergers, *Modern Healthcare* 3: 36-43.

- Greenwood, R. & C. Hinings (1996). Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management* 21: 1022-54.
- Greenwood, R. & C. Hinings (2006). Radical organizational change, in S. R. Clegg, C. Hardy, W. W. Nord & T. B. Lawrence (eds.), *Handbook of organizational studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hallin, B. (2000). *Hela havet stormar – etablering av ledning inom ett sammanslaget universitetssjukhus*, Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport nr 5, Göteborg.
- Hammer, M. & J. Champy (1993). *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution*. New York: Harper Collins.
- Harris, J., H. Ozgen & Y. Ozcan (2000). Do mergers enhance the performance of hospital efficiency?, *J Oper Res Soc* 51: 801-11.
- Hein, H. H. (2004). Mellem konflikt og consensus. PhD-avhandling. København: Copenhagen Business School.
- Haspelslagh, P. & D. Jemison (1991). *Managing acquisitions: creating value through corporate renewal*. New York: Harper Collins.
- Häkkinen, U. & U. Jonsson (2009). Harnessing diversity of provision, i Magnussen, J., K. Vrangbæk & R. B. Saltman (red.), *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire: Open University Press.
- Ingebrigtsen, T. (2010). Helseøkonomiske effekter av sykehussammenslåinger, *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 130: 940-2.
- Ingebrigtsen, T., M. Lind, T. Krogh, J. Lægland, H. Andersen & E. Nerskogen (2012). Sammenslåing av tre sykehus til ett universitetssykehus, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 132: 813-7.
- Jacobs, K. (2005). Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy, *Financial Accountability & Management* 21: 135-61.
- Jemison, D. & S. Stitkin (1986). Corporate acquisitions: a process perspective, *Academy of Management Review* 11: 145-63.
- Joss, R. & M. Kogan (1995). *Advancing quality: TQM in the NHS*. Buckingham: Open University Press.
- Kalseth, B., K. S. Anthun, Ø. Hope, S. A. C. Kittelsen & B. A. Persson (2011). Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sykehusstruktur, styringsstruktur og lokal arbeidsorganisering som mulig forklaring på kostnadsforskjeller mellom landene. SINTEF-rapport A19615. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Kastor, J. (2001). Mergers of teaching hospitals: three case studies. *The American Journal of Medicine* 110: 76-9.
- Kastor, J. (2003). *Mergers of teaching hospitals in Boston, New York and Northern California*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press.
- Kitchener, M. (2002). Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: the case of academic health centre mergers, *Organization Studies* 23: 391-420.
- Kjekshus, L. E. (2011). En evidensbasert fusjon?, *Tidsskrift for Den norske legeforening* 131: 2497-9.
- Kjekshus, L. E. & T. P. Hagen (2003). Ga sammenslåing av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge I 1990-årene, *Tidsskrift for Velferdsforskning* 6: 3-16.
- Kotter, J. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.

- Kragh Jespersen, P. (1999). Hvordan håndterer professionerne de nye styringsbetingelser?, i E. Zeuthen Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir, K. Sahlin-Andersson (red.). *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Kristensen, T., K. R. Olsen, J. T. Lauridsen & K. M. Pedersen (2009). En undersøgelse av stordrifts- og samdriftsfordele I det danske sygehusvæsen, *Nationaløkonomisk Tidsskrift* 147: 28-52.
- Kristensen, T., P. Bogetoft & K. M. Pedersen (2010). Potential gains from hospital mergers in Denmark, *Health Care Management Science* 13: 334-45.
- Leroy, F. & B. Ramanantsoa (1997). The cognitive and behavioural dimensions of organizational learning in a merger: an empirical study, *Journal of Management Studies* 34: 871-94.
- Llewellyn, S. (2001). 'Two-way windows': clinicians as medical managers, *Organization Studies* 22: 593-623.
- Lynk, W. (1995). The creation of economic efficiencies in hospital mergers, *Journal of Health Economics* 14: 507-30.
- Löwstedt, J., A. Schilling, M. Tomicic & A. Werr (2003). Managing differences in post-merger integration: the case of a professional service firm, *Nordiske Organisasjonsstudier* 5: 11-36.
- Mallon, W. (2003). The alchemists: a case study of failed merger, *Academic Medicine* 78: 1090-104.
- Marshall, M., P. Shekelle, H. Davies & P. Smith (2003). Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom, *Health Affairs* 22: 134-48.
- Martinussen, P. E. & J. Magnussen (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine, *Social Science & Medicine* 73: 193-200.
- McClenahan, J. (1999). Mergers. Apart at the seams, *Health Service Journal* 109: 22-3.
- McClenahan, J. & L. Howard (1999). *Healthy ever after – supporting staff through merger and beyond*. London: Health Education Authority.
- McNulty, T. & E. Ferlie (2002). *Re-engineering health care: the complexities of organisational transformation*. Oxford: Oxford University Press.
- McNulty, T. & E. Ferlie (2004). Process transformation: limitations to radical organizational change within public service organizations, *Organization Studies* 25: 1389-1412.
- Menke, T. J. (1997). The effect of chain membership on hospital costs, *Health Serv Res* 32: 177-96.
- Meyer, K. E. & E. Lieb-Doczy (2003). Post-acquisition restructuring as evolutionary process, *Journal of Management* 40: 459-82.
- Mintzberg, H. (1983). The professional bureaucracy. I H. Mintzberg, *Structure in lives: designing effective organizations*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Newhouse, J. P. (1994). Frontier estimation – how useful a tool for health economics, *J Health Econ* 13: 317-22.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1997). Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between hospital volume and quality of health outcomes. CRD Report no. 8, part I. University of York: Centre for Reviews and Dissemination.
- Nupponen, P. (1995). Post-acquisition performance: combination, management, and performance measurement in horizontal integration. PhD dissertation. Helsinki School of Economics and Business Administration.

- Olsen, K. R., A. Street, A. R. Svenning, A. Hvenegaard & J. Søgaard (2006). Usikkerhed forbundet med opgørelse af relative produktivitet i sygehussektoren, *Nationaløkonomisk Tidsskrift* 144: 353-61.
- O'Reilly, M. (1996). Major merger gives London Canada's second-rageest teaching hospital, *Canadian Medical Association Journal* 154: 1401-2.
- Pellegrini, V. (2001). Mergers involving academic health centers – a formidable challenge, *Clinical Orthopaedics and Related Research* 391: 803-36.
- Pettigrew, A. (1985). *The awakening giant*. Oxford, England: Basil Blackwell.
- Pettigrew, A. (1990). Longitudinal field research on change, theory and practice, *Organization Science* 1: 267-92.
- Pettigrew, A., E. Ferlie & L. McKee (1992). *Shaping strategic change*. London: Sage.
- Preyra, C. & G. Pink (2006). Scale and scope efficiencies through hospital consolidations, *J Health Econ* 25: 1049-68.
- Ramaswamy, K. (1997). The performance impact of strategic similarity in horizontal mergers: evidence from the U.S: banking industry, *Academy of Management Journal* 40: 697-715.
- Rundall, T. G., Davies, H. T. O., & Hodges, C.-L. (2004). Doctor-Manager relationships in the United states and the United Kingdom, *Journal of Healthcare Management*, 49, 251-68.
- Sales, A. L. & P. H. Mirvis (1985). When cultures collide: issues in acquisitions, I J. Kimberly & R. Quinn (red.), *New futures: the challenge of managing corporate transitions*. Homewood, IL: Dow Jones-Irvin.
- Santala, R. (1996). *Post-integration of strategic management in an MNC*. PhD dissertation. Handelshögskolan, Åbo.
- Scheuer, J. D. (2003). Patientforløb i praksis – en analyse af en idé oversættelse I mødet med praksis. PhD Series 14. København: Copenhagen Business School.
- Scuffham, P. A., N. J. Devlin & M. Jaforullah (1996). The structure of costs and production in New Zealand public hospitals: an application of the transcendental logarithmic variable cost function, *Appl Econ* 28: 75-85.
- Seth, A., K. P. Somg & R. Petit (2002). Value creation and destruction in cross-border acquisitions: an empirical analysis of foreign acquisitions of U.S. firms, *Strategic Management Journal*: 23: 921-40.
- Sinay, U. A. & C. R. Campbell (1995). Scope and scale economics in merging hospitals prior to merger, *J Econ Finance* 19:107-23.
- Sognstrup, H. (2003). Professionelle i afdelingsledelse. PhD-avhandling. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Spang, H. R., G. J. Bazzoli & R. J. Arnould (2001). Hospital mergers and savings for consumers: exploring new evidence, *Health Affairs* 20: 150-8.
- Suddaby, R. & R. Greenwood (2005). Rhetorical strategies of legitimacy, *Administrative Science Quarterly* 50: 35-67.
- Todd, J. (1999). The trouble with mergers: why are so many nonprofit hospital partnerships crumbling, *Health Care Business*, September-October: 92-101.
- Treat, T. (1976). The performance of merging hospitals, *Medical Care* 14: 199-209.
- Trautwein, F. (1990). Merger motives and merger prescriptions, *Strategic Management Journal* 11: 283-95.

- Vikkelsø, S. S. (2003). Electronic patient records and medical practice – reorganization of roles, responsibilities, and risks. PhD Series 10. København: Copenhagen Business School.
- Vita, M. G. (1990). Exploring hospital production relationships with flexible functional forms, *J Health Econ* 9: 1-21.
- Vaara, E. (2001). Role-bound actors in corporate combination: a socio-political perspective on post-merger change processes, *Scandinavian Journal of Management* 17: 481-509.
- Wagstaff, A. & G. Lopez (1996). Hospital costs in Catalonia: a stochastic frontier analysis, *Appl Econ Lett* 3: 471-4.
- Wildt, M. (red.) (2004). Forskning i sygehuse under forandring. Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen. København: FLOS – Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet.
- Zeuthen Bentsen, E. & F. Borum (2001). Legitimering i et konfliktfyldt felt – en topledelses håndtering af en radikal organisationsændring, *Nordiske Organisasjonsstudier* 1: 5-31.
- Øvretveit, J. (2005). Leading improvement, *J Health Organ Manag* 19: 413-30.
- Vedlegg sak 068-2007, Specialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet Problemstillinger knyttet til struktur, kapasitet og funksjonsfordeling, 18.12.2007
- Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen, DP2: Spesialiserte funksjoner, Prosjektrapport, 28.03.2008
- Styresak nr. 108/2008, Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1 – hovedstadsprosessen

Vedlegg kapittel 4 HSØ strategi og oppdragsdokumentet til Helse Øst RHF i 2007

HSØ strategi	Oppdragsdokumentet til Helse Øst RHF 2007
Mål for pasientbehandlingen Hovedmål: Mer likeverdighet Mer tilgjengelighet	Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, kjønn, etnisk bakgrunn, bosted, personlig økonomi og tilpasset den enkeltes livssituasjon. Helsetjenester skal være tilgjengelige og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Departementet legger til grunn at det regionale helseforetaket setter seg inn i Nasjonal helseplan og lar denne være en referanseramme for arbeidet i 2007. Helse Øst skal tilby befolkningen helsetjenester av god kvalitet. Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursramme.
Organisatoriske mål: Større og mer robuste foretak, store nok sykehus til at de kan sammenlignes 80-90 prosent behandles i sitt sykehusområde Flere desentrale tilbud Tydeligere sentralisering Færre akuttmottak med kirurgi Lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet Slagenhet Mer ambulerende spesialisttilbud «Hjemmesykehus»	Befolkningen skal tilbys et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned, og arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen videreføres. Helse Øst skal påse at lokalsykehusfunksjonene, også ved de store sykehusene, innrettes og organiseres ut fra behovene i de store sykdomsgruppene og de pasientgruppene som trenger tett oppfølging (som syke eldre og kronisk syke).
Driftsmål Kortere liggetid Forhindre uønskete hendelser	God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum. Indikatorer/styringsvariable: • Sykehusinfeksjoner (insidens) • Tvangsinnlagte i psykisk helsevern
Forholdet til primærhelsetjenesten Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten Etablere felles akuttmottak med kommuner	Spesialisthelsetjenesten skal sammen med de kommunale tjenestene, herunder fastlege og pleie- og omsorgstjenesten bidra til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder, innrettet mot de eldres behov.
Pasientrettede mål Epikrise følger pasientene ved utskriving Individuell plan	God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet. Pasientenes og brukernes kontakt med tjenestene skal være en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov. Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene inngår som en naturlig del av tjenestenes arbeid. Indikatorer/styringsvariable: • Minst 80 prosent av epikriser skal sendes ut innen syv dager.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det skal normalt ikke være korridorpasienter. • Pasienter tildelt individuell plan. • Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern innen 30 dager.
Mål for generell drift og ikke-medisinsk virksomhet	
Bærekraftig utvikling Enhetlig ledelse innen TSB og psykiatri Færre liggedager Fra døgnbehandling til poliklinikk og dagbehandling	<p>De regionale helseforetakenes forpliktelse til å følge opp Stortingets budsjettvedtak er knyttet til de enkelte budsjettposter og vedtak.</p> <p>God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst. God ressursutnyttelse betyr videre å tilby rett tjeneste til rett bruker på rett måte og til rett tid.</p> <p>Det forutsettes at det rettes oppmerksomhet mot systematisk forbedringsarbeid med hensyn til ledelse, intern organisering og samhandling innad i helseforetakene og mellom tjenestenivåene.</p>
Effektivisere ikke medisinske tjenester	
Mål og tiltak for utvikling av bygningsmassen	
Redusere arealet Utnytte arealet mer effektivt Fleksibel organisering	En viktig begrunnelse for helseforetaksmodellen var at foretakene skulle kunne se de ulike ressursene i sammenheng, slik at de kunne brukes i forhold til helsepolitiske mål. Dette gjelder blant annet forholdet mellom bruk av personell og bruken av kapital (bygg, anlegg og utstyr).
Felles arealstandarder Innsparing	
Mål og tiltak for undervisning og forskning	
Skal komme pasientene til gode Være den fremste bidragsyter i Norge God forskning i alle helseforetak	Det regionale helseforetaket skal videre se til at oppgaver som forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas, og at disse oppgavene underbygger en god og forsvarlig ivaretagelse av pasientbehandlingen.

Figuroversikt

FIGUR 5-1 TIDSLINJE FOR ARBEIDET FRAM TIL STRATEGIPLAN FOR HELSE SØR-ØST RHF	48
FIGUR 6-1 EKSEMPEL PÅ ORGANISASJONSKART REALISERT FRA MU-DATA	76
FIGUR 6-2 INDIKATOR: ARBEIDSGLEDE	85
FIGUR 6-3 I MIN ENHET HAR VI INGEN "DE FRA AKER, DE FRA RADIUMHOSPITALET, DE FRA RIKSHOSPITALET, DE FRA ULLEVÅL" – HOLDNINGER ETTER SAMMENSLÅINGEN	86
FIGUR 6-4 I MIN ENHET HAR VI FORBEDRET VÅRE ARBEIDSFORMER VED Å UTNYTTE DET BESTE FRA DE FIRE HELSEFORETAKENE SOM ER SLÅTT SAMMEN (AKER, RADIUMHOSPITALET, RIKSHOSPITALET OG ULLEVÅL)	86
FIGUR 6-5 INNENFOR MITT FAGOMRÅDE HAR VI KLART Å UTNYTTE DEN BESTE FAGKOMPETANSEN FRA ALLE DE FIRE TIDLIGERE HELSEFORETAKENE	86
FIGUR 6-6 JEG HAR TRO PÅ AT OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS VIL OPPNÅ DE AMBISJONER SOM LIGGER TIL GRUNN FOR SAMMENSLÅINGEN	86
FIGUR 6-7 JEG OPPLEVER AT MEDARBEIDERNE I MIN ENHET HAR VÆRT TILSTREKkelig INVOLVERT I OMSTILLINGEN	87
FIGUR 6-8 JEG OPPLEVER AT JEG SÅ LANGT HAR BLITT GODT IVARETATT I OMSTILLINGSPROSESSEN	87
FIGUR 6-9 STRATEGIENS SENTRALITET VED DE FORSKJELLIGE SYKEHUSENE (ANSATTES OPPLEVELSE)	108
FIGUR 8-1 EFFEKTIVITETSNIVÅ NASJONALT 2004-12. ALLE FIRE MODELLSPESIFIKASJONENE	151
FIGUR 8-2 GJENNOMSNITTLIG PRODUKTIVITETSNIVÅ I HVER HELSEREGION, MODELL: KONSTANT SKALAUTBYTTE OG POLIKLINIKK MÅLT SOM ANTALL KONSULTASJONER, BOOTSTRAPPET ESTIMAT MED 95 % KONFIDENSINTERVALL	153
FIGUR 9-1 VISION, VERDIGRUNNLAG, STRATEGI OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST RHF	165
FIGUR 9-2 PLAN FOR UTVIKLING AV STRATEGI I HELSE SØR-ØST RHF	168
FIGUR 9-3 ORGANISASJONSKART FOR HELSE SØR-ØST	178
FIGUR 9-4 GJENNOMSNITTLIG VENTETID TIL START HELSEHJELP SOMATIKK I HELSEREGIONENE 2010-2014 (1TERTIAL).	188
FIGUR 9-5 GJENNOMSNITTLIG VENTETID TIL START HELSEHJELP SOMATIKK FOR HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST	189
FIGUR 9-6 ANDEL FRISTBRUDD SOMATIKK I REGIONENE 2010-2014	190
FIGUR 9-7 ANTALL PASIENTER PER 1000 INNBYGGERE HELSE SØR-ØST FOR ÅRENE 2008, 2009, 2011, 2012 OG 2013. KILDE SAMDATA.	190
FIGUR 9-8 ANTALL PASIENTER PER 1000 INNBYGGERE ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE I HELSE SØR-ØST FOR ÅRENE 2008, 2009, 2011, 2012 OG 2013. KILDE SAMDATA.	191
FIGUR 9-9 ANTALL DØGNOPPHOLD ETTER HELSEREGION. PER 1000 INNBYGGER 2007, 2009, 2011, 2013. KILDE SAMDATA.	191
FIGUR 9-10 ANTALL DØGNOPPHOLD ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE. PER 1000 INNBYGGER 2007, 2009, 2011, 2013. KILDE SAMDATA.	192
FIGUR 9-11 ANTALL POLIKLINISKE BESØK FOR BEFOLKNINGEN BOSATT I HELSEREGIONENE. PER 1000 INNBYGGERE 2007, 2009, 2011 OG 2013. KILDE SAMDATA.	192
FIGUR 9-12 ANTALL POLIKLINISKE BESØK FOR BEFOLKNINGEN BOSATT I HELSEFORETAKSOMRÅDENE I HELSE SØR-ØST. PER 1000 INNBYGGERE 2007, 2009, 2011 OG 2013. KILDE SAMDATA.	193
FIGUR 9-13 ANTALL POLIKLINISKE KONSULTASJONER PER 1 000 INNBYGGERE I HELSEREGIONENE, ALDERSGRUPPEN 80 ÅR +, 2008 OG 2012, KILDE: SAMDATA	194
FIGUR 9-14 ANTALL DØGN OG DAGOPPHOLD PER 1000 INNBYGGERE I HELSEREGIONENE, ALDERSGRUPPEN 80 ÅR +, 2008 OG 2012, KILDE: SAMDATA	194
FIGUR 9-15 ANTALL DØGNOPPHOLD PER 1000 FOR ALDERSGRUPPEN 80 ÅR +, FORETAKENE I HELSE SØR-ØST, 2008 OG 2012, KILDE: SAMDATA	195
FIGUR 9-16 ANDEL REINNLEGGELSER INNEN 30 DAGER, ALLE FAG, 2008-2012. KILDE SAMDATA	196
FIGUR 9-17 ANDEL REINNLEGGELSER INNEN 30 DAGER, MEDISINSK BEHANDLING, 2008-2012. KILDE SAMDATA	196
FIGUR 9-18 ANDEL REINNLEGGELSER INNEN 30 DAGER, KIRURGISK BEHANDLING, 2008-2012. KILDE SAMDATA	197
FIGUR 9-19 ANDEL MED EPIKRISER UTSENDT INNEN 7 DAGER, HELSEREGIONENE, PRIVATE OG LANDET, 2008-2013. KILDE HELSENGR.NO	198

FIGUR 9-20 ANDEL MED EPIKRISER UTSENDT INNEN 7 DAGER, HELSEFORETAK I HELSE SØR-ØST, 2008-2013. KILDE HELSENORGE.NO	198
FIGUR 9-21 KORRIDORPASIENTER, ANDEL AV PASIENTER SOM LIGGER I KORRIDOR, HELSEREGIONENE, 2008-2013. KILDE HELSENORGE.NO	199
FIGUR 9-22 KORRIDORPASIENTER, ANDEL AV PASIENTER SOM LIGGER I KORRIDOR, HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST, 2008-2013. KILDE HELSENORGE.NO	200
FIGUR 9-23 ANDEL UTSETTELSESPASIENTER, HELSEREGIONENE, 2008-2013. KILDE HELSENORGE.NO	200
FIGUR 9-24 ANDEL UTSETTELSESPASIENTER, HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST, 2008-2013. KILDE HELSENORGE.NO	201
FIGUR 9-25 ANDELEN INFEKSJONER VED SYKEHUS FOR HELSEREGIONENE, 2010-2014 (PUNKTTELLING). KILDE HELSENORGE.NO	201
FIGUR 9-26 ANDELEN INFEKSJONER VED SYKEHUS FOR HELSEFORETAK HSØ, 2011-2014(PUNKTTELLING). KILDE HELSENORGE.NO	202
FIGUR 9-27 BRYSTKREFT, ANDEL TIL BEHANDLING INNEN 20 DAGER, REGIONENE, 2010-2013. KILDE HELSENORGE.NO	203
FIGUR 9-28 BRYSTKREFT, ANDEL TIL BEHANDLING INNEN 20 DAGER, HELSEFORETAKENE I HSØ, 2010-2013. KILDE HELSENORGE.NO	203
FIGUR 9-29 TYKKTARMSKREFT, ANDEL TIL BEHANDLING INNEN 20 DAGER, HELSEREGIONENE, 2010-2013. KILDE HELSENORGE.NO	204
FIGUR 9-30 TYKKTARMSKREFT, ANDEL TIL BEHANDLING INNEN 20 DAGER I HELSEFORETAKENE I HSØ 2010-2013. KILDE HELSENORGE.NO	204
FIGUR 9-31 LUNGEKREFT, ANDEL TIL BEHANDLING INNEN 20 DAGER, HELSEREGIONENE, 2010-2013. KILDE HELSENORGE.NO	205
FIGUR 9-32 LUNGEKREFT, ANDEL TIL BEHANDLING INNEN 20 DAGER I HELSEFORETAKENE I HSØ 2010-2013. KILDE HELSENORGE.NO	205
FIGUR 9-33 ANTALL MOTTATTE SAKER NORSK PASIENTSKADEERSTATNING	206
FIGUR 9-34 ANTALL OG ANDEL MEDHOLD OG AVSLAG PÅ SAKER TIL NORSK PASIENTSKADEERSTATNING FORDELT PÅ HELSEFORETAK OG SYKEHUS I HELSE SØR-ØST. KILDE NPE (STATISTIKK FOR REGIONALE HELSEFORETAK 2012)	207

Tabelloversikt

TABELL 3-1 MÅL OG TILTAK FOR PASIENTBEHANDLING	12
TABELL 3-2 MÅL FOR GENERELL DRIFT OG IKKE-MEDISINSK VIRKSOMHET	13
TABELL 3-3 MÅL OG TILTAK FOR UTVIKLING AV BYGNINGSMASSEN	13
TABELL 3-4 MÅL OG TILTAK FOR UNDERVISNING OG FORSKNING	13
TABELL 5-1 BEFOLKNINGEN I DE ENKELTE SYKEHUSOMRÅDER PR 2012	62
TABELL 5-2 PUBLIKASJONSPØENG FORDELT PÅ DE FIRE HELSEREGIONENE, UTVIKLINGEN FRA 2007 TIL 2012	64
TABELL 6-1 OPPSUMMERING AV DEMOGRAFISKE VARIABLER	77
TABELL 6-2 OVERSIKT OVER INDIKATORER I MU	78
TABELL 6-3 OVERSIKT OVER INDIKATORER SOM GJELDER KUN OUS	79
TABELL 6-4 UTVIKLING AV INDIKATORER PÅ HOVEDNIVÅ 2008 MOT 2013, HSØ SAMLET.	82
TABELL 6-5 ARBEIDSMILJØUTVIKLING PÅ HSØ NIVÅ 2010-2013 ALLE INDIKATORER.	83
TABELL 6-6 ANTALLET ORGANISATORISKE ENDRINGER 2011-2013. «FORSVUNNET» ER ENHETER SOM OPPHØRER I PERIODEN. «KOMMET TIL» ER ENHETER SOM OPPSTÅR I PERIODEN.	88
TABELL 6-7 ANTALLET ORGANISATORISKE ENDRINGER, ÅR-OVER-ÅR 2010-2013	88
TABELL 6-8 ANTALLET ORGANISATORISKE ENDRINGER (REL. 2010) FOR 2010-2013	89
TABELL 7-1 BEFOLKNINGEN I DE ENKELTE SYKEHUSOMRÅDER PR 2012	124
TABELL 7-2 EGENDEKNINGEN FOR DE ENKELTE HF, 2007 OG 2011	135
TABELL 8-1 DESKRIPTIV STATISTIKK KOSTNADER, AKTIVITET OG UAVHENGIGE VARIABLER	150
TABELL 8-2 EFFEKTIVITETSNIVÅ PERIODEN 2004-2012, GJENNOMSNITT FOR HVERT REGIONALE HELSEFORETAK OG NASJONALT; MODELL: KONSTANT SKALAUTBYTTE OG POLIKLINIKK MÅLT SOM ANTALL KONSULTASJONER, BOOTSTRAPPET ESTIMAT OG KONFIDENSINTERVALL	152
TABELL 8-3 MODELL MED CRS, POLIKLINIKK MÅLT SOM ANTALL KONSULTASJONER. AVHENGIG VARIABEL – BOOTSTRAPPET PRODUKTIVITETSNIVÅ, KOEFFISIENT OG STANDARDFEIL	154
TABELL 9-1 MÅL OG TILTAK FOR PASIENTBEHANDLING FOR HELSE SØR-ØST	167
TABELL 9-2 EGENDEKNING FOR SYKEHUSOMRÅDENE I HELSE SØR-ØST, PASIENTKONTAKTER, UTVIKLING FRA 2007 TIL 2011	179



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no