

Fra helsepolitiske spill til radikal rasjonalisme

15.1 Analytiske perspektiver – innledning

Innledningsvis presenterte jeg de to problemstillingene denne boken er basert på: *Hvordan har den historiske utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer lagt grunnlaget for dagens utforming av tjenestene, og hvilke utfordringer står en overfor i utformingen av «den nye» helsetjenesten som nå er i fremvekst?* Med utgangspunkt i institusjonell organisasjonsteori har jeg fokusert på utvalgte helsepolitiske og -administrative endringsprosesser i løpet av de ca. 50 årene denne analysen omfatter. I kapittel 2 viser jeg hvordan Reay og Hinings' (2005) opplegg for en analyse av endringsprosesser preget av konkurrerende logikker i et felt kan gjennomføres ut fra et slikt perspektiv. De fremhever fire momenter: et fokus på strukturelle kjennetegn ved feltet og de institusjonelle logikker som dominerer, hvilke løsninger som re-etableres som «varige», hvordan koplinger skjer (eller ikke skjer) mellom ulike institusjonelle logikker, og til sist – at en identifiserer de ulike aktørene som representerer disse logikkene. Grunnleggende sett er dette tilsvarende den tilnærmingen som D'Aunno (2014) foreslår: å først foreta en avgrensning av feltet og avklare hvilke problemstillinger en har vært opptatt av i endringsprosessene, med et fokus på hvordan endringer har funnet sted. Deretter beskrive dynamikken mellom institusjonelle omgivelser, organisasjonsnivå og feltnivå. Hvilke makt- og innflytelsesrelasjoner endres, og hvilke aktører bærer frem ulike verdier og mål i endringsprosessene?

Jeg skal her konsentrere meg om noen av de spørsmålene og problemstillingene som disse forfatterne fokuserer på. Jeg tar som utgangspunkt at av-grensningen av det feltet jeg er opptatt av, er foretatt innledningsvis – se kapittel 1. Jeg vil derfor først diskutere ulike faser som karakteriserer

utviklingen i Østfold. Deretter skal jeg ta for meg institusjonell dynamikk – om forholdet mellom de helsepolitiske spill som karakteriserte utviklingen særlig – men ikke bare – frem til sykehusreformen i 2002, og de strategier som ble utviklet for å skape «helhetlige» løsninger på sektorens utfordringer i fylket. Så spør jeg hvilke aktører som på ulike tidspunkt søkte å påvirke endringsprosessene, og hvilke endringer i aktørenes posisjon som har skjedd.

15.2 Institusjonell endring – faser

Hvordan har institusjonelle endringer i helsesektoren funnet sted, med andre ord: Hvilke endringsprosesser har en sett? Innledningsvis viste jeg hvordan flere av de studiene som er foretatt i europeiske og amerikansk helsevesen, har vist til ulike faser i utviklingen av sykehus-/helsetjenestene. Her har jeg særlig pekt på Scott et al.'s analyse av utviklingen i San Francisco Bay-området, der de identifiserer fire faser i de siste tiårene frem til 1990-årene. Berg (2009), på sin side, faseinndeler utviklingen av den norske helsesektoren på en tilsvarende måte – selv om den nasjonale utviklingen naturlig nok er ulik den som gjelder for amerikansk helsevesen. Han fremhever at det særlig var statlige myndigheters påvirkning av rammebetingelsene for de disposisjoner fylkeskommunene gjorde som bidro til utviklingen i Norge. Et viktig poeng er at i Norge har sammenkoplingen mellom de faglige mål og strategier på den ene siden og de statlige finansierungsordningene på den annen side vært en avgjørende faktor for å forstå hvordan sektoren utviklet seg i etterkrigstiden. Kurpengesystemet (som gjorde at staten delfinansierte nye tiltak (sykehussenger, sykehjemssenger etc.) var viktige incitament for lokale beslutninger om å øke kapasiteten i sektoren. Overgangen til rammefinansieringssystem var på sin side et finanspolitisk tiltak som bidro til å stramme inn lokale beslutninger, og innebar også at budsjettarbeidet i fylkeskommunene i større grad ble et lokalt «nullsumspill». Når de fylkeskommunale helsebudsjettene likevel ble sprengt, ble regningen sendt tilbake til Stortinget – det som i sin tur utløste de helsepolitiske spill – «blame games» – som er diskutert i kapittel 2.

Ved å sammenkople de nasjonale, regionale og lokale rammebetingelser for de endringsprosessene som er studert, har jeg identifisert fire faser i utviklingen av helsetjenestene i feltet:

Fase 1. Vekst og profesjonalisering (1945–75): Institusjonalisering og profesjonsmakt

Den første fasen (1945–1975) betegner jeg som «Vekst og profesjonalisering». Berg (2009) peker på noen viktige trekk ved den nasjonale helsepolitikken som la rammer for regionale og lokale prosesser i tiden etter den andre verdenskrig: politiske ambisjoner om å styrke tjenestene både kvantitativt og kvalitativt, som ledd i det store velferdsstatlige prosjektet. Tre egenskaper ved denne fasen er særlig relevante for vår analyse: for det første de forvaltningspolitiske særtrekkene ved helsesektorens organisering; det som betegnes som utviklingen av det «evangiske system» (Berg, 2009; Slagstad, 1998; Nordby, 1989). For det andre et finansieringssystem som stimulerte til lokale vekstprosesser, gjennom bl.a. kurpengesystemet, som ga lokale helseaktører (som kommuner og sykehus) refusjon for utbygging av helsetjenester knyttet til sengeplasser eller liknende. Og for det tredje utbygging av helseinstitusjoner innenfor somatikk, psykiatri og helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Denne fasen preges også av at den medisinske logikk og legeprofesjonen hadde stor innflytelse, både som premissleverandør og som iverksettere av helsepolitikken i regionale og lokale sammenhenger. Den vertikale styringsstrukturen som ble etablert – mellom Helsedirektoratet, fylkeslegene, sykehuslegene og distriktslegene – preget utviklingen, og bekreftet den faglige dominansen som legeprofesjonen hadde i denne tiden. I kapittel 3 studerte jeg et eksempel på denne utviklingen i Østfold, knyttet til det såkalte Harlem-utvalgets to innstillinger om planer for helsetjenestene i fylket på slutten av 1960- og begynnelsen av 1970-årene.

Fase 2. Beslutningskrisen – (1975–2000): Sparing, omprioritering og omstrukturering

Den andre fasen dreier seg om «spillet om helsetjenestene». Den samfunnspolitiske bakgrunnen er tredelt: Skepsisen til legemakt – og den påfølgende nedbygging av «det evangiske system» er et aspekt ved dette. En annen er økonomiske forhold, i og med at vekstpolitikken dempes og erstattes med et press på å redusere veksten, omprioritere ressurser

til ulike helsetjenester og omstrukturere tjenestene, særlig knyttet til sykehusstrukturen. Denne fasen preges også av at fylkeskommunene har en sentral rolle i helsepolitikken, og at etableringen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan i 1976 faller sammen med politiske og økonomiske rammebetingelser som undergraver dens legitimitet både i befolkningen og blant fagprofesjonene.

Fase 3. Radikal rasjonalisme/New Public Management – (1987–2008): Konsernorganisasjon, fristilling og helseforetak

Denne fasen dreier seg om de «svar» på beslutningskrisen som ble presentert som omfattende og radikale løsninger. Jeg har betegnet denne tredje fasen som «*Radikal rasjonalisme/New Public Management*» – og tidfester den (som delvis overlappende med forrige fase) til perioden mellom 1987 til 2015. Denne fasen dreier seg i Østfold om vedtakene om etablering og iverksetting av konsernorganisasjonen og senere det «fristilte sykehus med fem dører», og de utfordringer som oppsto i kjølvannet av disse prosessene – som kulminerte med sykehusreformen i 2002.

Fase 4. Det moderne helsesystemet (2009–) «Supersykehuset» og samhandling

Denne siste fasen – som innbefatter dagens situasjon – dreier seg om to dominante trekk ved utviklingen av helsetjenestene i regionen: For det første beslutningen om å bygge et nytt sykehus på Kalnes i 2008, innenfor et helseforetak med to sykehus, noe som innebærer at det er satt et (foreløpig?) slutt punkt i debatten om sykehusstrukturen i fylket. Da sykehuset ble åpnet i november 2015, ble det betegnet som et høyteknologisk, moderne «supersykehus» (Helseminister Bent Høie ved åpningen). For det andre det en kan betegne som ideen om «helsesystemet» – der fremveksten av nye, mer ambisiøse og formaliserte samarbeidsrelasjoner mellom spesialisttjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre aktører er i fokus. I denne fasen er det det potensielle

motsetningsforholdet som kan utvikles mellom ideene om det effektive «supersykehuset» og om samhandling i det omfattende «helsesystemet», som er særlig interessant å studere.

15.3 Institusjonell dynamikk - mellom helsepolitiske spill og helhetlig planlegging

De forsøk på helhetsstyring som er gjennomgått i kapitlene foran, bærer preg av balansegangen mellom lokale og faglige «særinteresser» på den ene side og ambisjoner om helhetlig styring på den annen side. Det politiske «deadlock» i Østfold var erkjent av de fleste statlige og fylkeskommunale instanser. Fylkeslegen truet i forbindelse med fødesaken med å frasi seg ansvaret for fylkets helsevesen, og sykehussjefen betegnet den helsepolitiske debatt som «en ørkenvandring». Selv om inntrykket av en helsepolitikk «på stedet hvil» er sterkt, der velykkede strategier når det gjalt strukturendringer og sparing ikke lyktes, er dette etter min vurdering bare den ene siden av saken. For det skjedde gradvise og skrittvis endringer i organiseringen av den fylkeskommunale helse- og sosialsektor som fikk stor betydning for tjenestetilbudet på lang sikt. Det var først og fremst gapet mellom ambisjonene nedlagt i forsøkene på helhetlig styring og de faktiske endringer som skapte inntrykket av en fastlåst struktur i sektoren. Men et inntrykk av dynamikken mellom et helsepolitisk «deadlock» på den ene side og utviklingsprosesser som etter hvert radikalt endrer sektoren på den annen side får en ved å se på «gjengangerne», dvs. de problemstillingene som stadig dukker opp på nytt i alle de foran gjennomgatte utredninger i del 2 og del 3.

Jeg skal her først vise hvordan disse ulike perspektivene på utviklingen i sektoren er mulig; og deretter drøfte hvordan problemstillinger, arbeidsmåter og forslag til løsninger endret seg gjennom de tiltakene jeg har studert i kapitlene foran.

«Gjengangerne»

De fundamentale spørsmål i helsepolitikken i Østfold var forsøkene på «omprioritering», «omstrukturering» og «sparing». Konkret var disse

spørsmålene knyttet til forslag om å redusere somatisk sektor i lokalsykehusene, og øke tilbudet innenfor psykiatri, HVPU og barnevern. *Omstrukturering* dreide seg om å fordele tjenestene på nye måter innenfor fylkets grenser. Dette kunne skje gjennom å omorganisere og omfordele ulike faglig-medisinske tjenester, og/eller å redusere antallet lokalsykehus. *Sparing* dreide seg om å redusere veksten i fylkeskommunens helsebudsjett – og siden helsebudsjettet her etter hvert utgjorde nesten 70% av fylkeskommunens totale budsjett – å redusere fylkeskommunens akkumulerte underskudd.

Når det gjaldt målet om omprioritering – først og fremst mellom somatiske helsetjenester og psykiatri, HVPU og det som etter hvert fikk betegnelsen «atferdsfaglige tjenester» (som også inkluderte barnevern) – viste det seg i mange år umulig å oppnå dette. Det skyldtes først og fremst at fylkeskommunen var utsatt for et sterkt press om å bevare somatiske helsetjenester innenfor de stadig trangere budsjetttrammene. I den årlige budsjettbehandlingen viste det seg at somatiske tjenester – med sterke faggrupper og folkelige aksjoner i ryggen – stadig vekk førte psykiske helsetjenester nedover på prioriteringslisten. Denne nedprioriteringen var derved et indirekte resultat av de politiske prosessene, og ble til i skyggen av det enorme fokuset på akutt-tjenester, fødevirksomheten og andre somatiske helsetjenester. Først ved å foreta «byttet» med sentraliseringen av noen tjenester (fødevirksomheten) som Prosjekt Samarbeid la opp til i 1982, ble det mulig å få et visst fokus på oppbygging av desentraliserte psykiske helsetjenester for voksne – gjennom etablering av fem voksenpsykiatriske poliklinikker som et ledd i etableringen av de «atferdsfaglige enhetene» ved lokalsykehusene. Denne ordningen ble videreført, og i første omgang forsterket, gjennom konsernvedtaket i 1987. (Som vist ble barnevernet etter hvert trukket ut av disse enhetene og sentralisert.) En kan hevde at det først og fremst var et langsiktig og konfliktfylt arbeid gjennom et eget «Prosjekt Psykiatri» at en kunne legge grunnlaget for en fremtidig struktur for psykiske helsetjenester i fylket. Og denne strukturen ble ytterligere forsterket og videreført gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse da strukturen i psykiske helsetjenester fikk en ny form (Ramsdal, 1996; Ramsdal, 2012). Det er grunn til å merke seg at det i årene etter at sykehusreformen ble vedtatt, var et gjennomgående krav

at psykiske helsetjenester skulle ha relativt større vekst i bevilgningene gjennom helseregionenes fordeling av budsjettet enn somatikken (den såkalte «gylne regel»).

Strukturendringene dreide seg om endringer på to nivåer: i forhold til ulike helsefaglige funksjoner, og som sentralisering gjennom nedleggelse av noen lokalsykehus. Innenfor rammen av de helsepolitiske spill skjedde dette primært gjennom forsøk på å balansere geografi og fag. Dette kom til uttrykk gjennom at en inviterte til «desentralisert spesialisering» – ved at en sentraliserte fagfunksjoner, men fordelte ulike funksjoner slik at en kunne opprettholde, i hvert fall teoretisk sett, det samme omfanget av tjenester på hvert enkelt sykehus. Dette kunne være en alternativ organisasjonsstruktur til den desentraliserte modellen, men også til full sentralisering. Det fristilte sykehuset med fem dører hadde potensial til å fungere på denne måten. Men et hovedproblem er at en da får problemer med samordning både vertikalt og horisontalt: vertikalt ved at medisinske (eller andre faglige og administrative funksjoner) må samordnes på tvers av geografiske lokaliteter, horisontalt ved at moderne medisin krever at ulike tjenester på tvers av funksjoner i mange tilfeller er nødvendige når pasientene har sammensatte lidelser. Det tok da heller ikke lang tid før fagmiljøene fremholdt disse samordningsproblemene som omfattende, med et sterkt press på klinikkledelsene for å endre på strukturen.

Utgangspunktet for den analysen jeg har foretatt, var helsedirektørens påpeking om at befolkningsmengden og de korte avstandene tilsa færre, men større sykehus. Statens sykehusråd gikk inn for å slå sammen sykehusenes opptaksområder til to helsedistrikter, og fylkeslegen i Østfold spilte en viktig rolle for å sentralisere fødevirksomheten og øke bevilgningene til psykiatrien. Spørsmålet om sykehusenes opptaksområder og omstruktureringen av helse- (og sosial-) distriktene var derfor et fundamentalt problem ut fra ønsket om omstrukturering og sparing i sektoren.

Harlem-utvalgets arbeid ble initiert på bakgrunn av forslaget om utbygging av Moss sykehus. Problemet var da hvordan sykehuset skulle få et tilstrekkelig befolkningsunderlag for planene om et «differensiert» sykehus, og etter at mulighetene for å få Follo-regionen inn under opptaksområdet ble veltet, ble dette ytterligere aktualisert. Til tross for at de internasjonale normer for befolkningsunderlag for moderne

(«differensierte») lokalsykehus innebar at fylket ble delt i to eller tre helse-distrikter, ble disse normene ikke anvendt i utvalgets vurdering i Østfold. Som vist kom Strukturutvalget frem til små justeringer av opptaksområdene, men fastslo at det skulle opprettholdes fem lokalsykehusområder. Gjennom Prosjekt Samarbeid og den påfølgende helseplanen ble dette prinsippet ytterligere bekreftet.

Opptaksområdene og samarbeidet mellom helsedistriktene var særlig aktuelt i forhold til den mest påfallende «gjenganger» i helsepolitikken: forholdet mellom Sarpsborg sykehus og Fredrikstad sykehus (SØF). Allerede Harlem-utvalget tok opp dette spørsmålet, og tilrådte å videreutvikle samarbeidet. Det ble pekt på muligheten for å utvikle «et meget intimt medisinsk faglig og praktisk samarbeid» (Delinnstilling I, s. 41).

I Strukturutvalgets innstilling het det i flertallsinnstillingen at det alternativet disse gikk inn for, brøt «*minst med nåværende sykehusstruktur, som fungerer meget godt*» (Strukturutvalgets innstilling: 49). Flertallet gikk inn for at noen sentralsykehusfunksjoner skulle lokaliseres til Sarpsborg sykehus. Dette forslaget kan sies å være en oppfølging av Harlem-utvalgets anbefalinger. Mindretallsinnstillingen (sykehussjef Okkenhaug) innebar at Fredrikstad og Sarpsborg lokalsykehusområder ble slått sammen til ett («Nedre Glomma») og at Sarpsborg sykehus skulle opprettholdes i hovedsak som et rehabiliteringssykehus, pluss sentralsykehusfunksjonene geriatri, sosialmedisin og psykiatri. Helse- og sosialutvalget vedtok i møte 24. mars 1983 å anbefale at den «nåværende sykehusstruktur (med de fem somatiske sykehus)» ble opprettholdt og med dette utgangspunkt ble Prosjekt Samarbeid iverksatt. Når det gjaldt forholdet mellom Sarpsborg og Fredrikstad sykehus het det i fylkestingets vedtak at «videre samkjøring skal vurderes nærmere».

I fylkeskommunens helseplan ble også struktureringen med fem helse- og sosialdistrikter lagt til grunn. Om forholdet mellom Sarpsborg sykehus og Fredrikstad (SØF) ble det tatt utgangspunkt i fylkestingets vedtak om en «samordning» av de to sykehusene. På mange måter var de tre alternativer helse- og sosialplanutvalget lanserte om somatisk sektor, basert på tidligere forslag. Særlig synes alternativ 1 å være i tråd med Strukturutvalget («likt tilbud i alle de 5 helse- og sosialdistrikter»), alternativ II med de fylkeskommunale organers behandling av Strukturutvalget og

Prosjekt Samarbeid og alternativ III, som var det mest radikale forslaget («Sarpsborg/SØF organiseres som ett sykehus»), peker tilbake til de statlige fagmyndigheters anbefalinger i 60- og begynnelsen av 70-årene. Fylkestingets vedtak innebar at de to sykehusene skulle organiseres som ett sykehus, som skulle dekke den somatiske tredjelinjetjenesten (fylkesdekkende tjenester), samt andrelinjetjenesten for de to helse- og sosialdistriktene. Grunnlaget for opprettholdelse av begge sykehusene, men med en ny funksjonsfordeling, var dermed lagt – etter ca. 20 års debatt.

I løpet av de nesten 50 årene som er omfattet av denne undersøkelsen, fant det sted til dels drastiske endringer i fylkeskommunens økonomi. Disse endringene innebar en akkumulerende økonomisk krise. Det er blitt sagt at fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsnivå ble «unnfanget på en søndag men født på en mandag» (Baldersheim, 1990). Allerede da fylkeskommunen ble etablert, var økonomien presset, og budsjettunderskuddene økte år for år. De ulike tiltakene og prosjektene som er gjennomgått foran i del 2, var alle begrunnet i den vanskelige økonomiske situasjonen. Men som vist i del 2 var resultatene når det gjaldt «sparing» beskjedne. Harlem-utvalgets arbeid (som jo ble gjennomført før fylkeskommunen ble selvstendig forvaltningsorgan) tok utgangspunkt i et mandat der det også ble forutsatt at økonomiske hensyn skulle legges til grunn. Som påpekt ovenfor foretok Harlem-utvalget økonomiske beregninger i forhold til enkelte deler av helsesektoren, men totalinntrykket er at de omfattende utbyggingsforslag utvalget lanserte, ikke hadde en økonomisk referanseramme. Iverksettingen av forslagene innebar en sterk ekspansjon i det fylkeskommunale helsebudsjettet, noe som må ses på bakgrunn av den nasjonale oppbygging av helsetilbudet på dette tidspunkt.

Strukturutvalgets mandat tok utgangspunkt i betegnelsen «krisen i fylkeskommunens økonomi», med behov for nedskjæringer på kort sikt og langsiktige kostnadsdempende effekter. Til tross for den allment aksepterte krisesituasjonen var Strukturutvalgets arbeid preget av hensynet til regional og faglig «balanse», og forslagene fra utvalgets flertall innebar en økning i investeringsutgiftene på ca. 45 mill. kroner, og en beskjeden reduksjon i driftsutgiftene. Som sparetiltak var Strukturutvalgets arbeid mislykket, og i den etterfølgende behandling av noen av de

tiltak utvalget foreslo, skrev sykehussjefen at fordi man ikke hadde greid å styrke balansen mellom inntekter og utgifter, ville man være tvunget til å komme tilbake til nedskjæringsalternativer (sak nr. 12/83, fylkesutvalget). Gjennom den politiske prosess mellom Strukturutvalgets innstilling og iverksettelsen av Prosjekt Samarbeid ble det klart at de nedskjæringer som skulle foretas, måtte skje innenfor rammen av opprettholdelse av fem sykehus og uten at noen ansatte ble oppsagt. I forhold til målet om å oppnå «nærmere balanse» mellom fylkeskommunens inntekter og utgifter representerte Prosjekt Samarbeid et beskjedent bidrag. Som vist i kapittel 8 pekte SPRI-consult i 1987 sterkt på behovet for å rette opp fylkeskommunens økonomi, og foretok en eksplisitt kopling mellom utfordringene med økonomien og de styrings-, organisasjons- og ledelsesformer som kjennetegnet sektoren på dette tidspunktet.

15.4 «Strukturendringene» - fra marginal inkrementalisme til synoptisk samordning?

Gjennom de 25 årene som er gått mellom opprettelsen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsorgan og sykehusreformen i 2002, gjennomgikk helsesektoren i Østfold store endringer. Utbyggingen av SØF, HVPU-institusjonene og etablering av desentraliserte atferdsfaglige enheter (som innebar at første- og andrelinjetjenester innen psykiatrien fikk en foreløpig avklaring) innebar at en så konturene av fremtidens helse- og sosialsektor i fylkeskommunal regi klarere for seg. Den konsensus som ble etablert om disse delene av tjenestetilbudet, er påfallende.

På den annen side var strukturen for de somatiske sykehusene i fylket ennå i støpeskjeen. De planer og tiltak som er gjennomgått, hadde som viktige mål å komme med forslag om dette. Som vist foran ble de ulike tiltakene gjennomført og organisert på ulike måter. Harlem-utvalget og Strukturutvalget arbeidet på mange måter innenfor en tradisjonell utredningsorganisasjon, delvis med eksperter utenfra. Arbeidsmåten innebar at de to utvalgene ble fanget opp av de pågående helsepolitiske debatter, og begge utvalgene valgte å tilpasse seg alliansen mellom de lokalpolitiske og lokale helsefaglige interesser som ble mobilisert.

Prosjekt Samarbeid representerer et klart høydepunkt i den marginale inkrementalismens politikk, i og med at en søkte å aktivisere alle aktører som var involvert (også det vi har betegnet som geografiske særinteresser), og samordne disse igjen i neste omgang (gjennom den sentrale styringsgruppens siste innstilling). Det viktige «byttet» mellom lokale føde-avdelinger og atferdsfag reflekterer denne tankegangen godt. Gjennom den politiske prosessen før, under og etter Prosjekt Samarbeid ble samtidig de lokalpolitiske interessene konsolidert: De fem helse- og sosialdistriktene ble nedfelt som et prinsipp – riktignok senere noe modifisert mht. Sarpsborg/Fredrikstad.

Som påpekt tidligere var de første tre tiltakene som er gjennomgått i del 2 foran, mislykkete forsøk på synoptisk samordning. Etter at det lokalpolitiske fordelingsprinsippet var nedfelt, var forutsetningene for å etablere vellykkete tiltak for helhetsstyring bedre. SPRI-consults arbeid med konsernorganisasjonen var i sterk kontrast til disse organisert som en typisk styring-fra-toppen-tiltak, med sterk vekt på en bestemt rasjonalitet: helhetlig styring innenfor rammen av det geografiske prinsipp som helse- og sosialdistriktene representerte. Den «radikale rasjonalisme», knyttet til prinsipper om divisjonalisering, mål- og rammestyring og resultatbasert ledelse, ble lansert innenfor den geografiske fordelingslogikken som var en arv fra de foregående års helsepolitiske spill – til tross for at det eksplisitt formulerte målet med den nye organisasjons- og styringsmodellen nettopp var å bryte med denne logikken.

Men det som i ettertid var den viktigste lærdommen ved etableringen av konsernorganisasjonen, var at en kunne legge nye rammer for helsesektorens utvikling – gjennom å endre spillereglene. SPRI-prosjektet viste hvordan styring gjennom endringer av beslutningssystemet ble aktualisert: Nå var problemet definert som hvordan en skulle organisere bort lokalpolitiske og faglige «særinteresser», og styrke den strategiske toppledelsen. Gjennomgåelsen viser dessuten at det var lagt en rekke forutsetninger for det arbeidet SPRI-consult gjennomførte i de prosessene som er referert her. Management-ideologien SPRI-consult representerte, falt godt inn i forhold til de erfaringene sentrale beslutningstakere i fylkeskommunen hadde tilegnet seg, særlig i spranget mellom den bredt og demokratisk anlagte prosessen knyttet til Prosjekt Samarbeid og den

etterfølgende svært lukkende, raske prosessen i forbindelse med utarbeidelsen av forslagene om ny organisering i 1987.

Slik jeg ser det, representerer vedtaket om konsernorganisasjon fra 1987 et paradigmeskifte i styringsfilosofien i helsesektoren i fylket. Mens de tidligere strategiene var knyttet til å foreta substansielle endringer i tjenestene, var konsernvedtaket resultatet av et fokus på endringer i forvaltningssystemet. Gjennom å endre styrings- og ledelsesstruktur, og introdusere nye krav til lederatferd, endret en spillereglene for de aktørene som var involvert i helsepolitikken i fylket. Dette vedtaket innebar en overgang til det som jeg har betegnet som «radikal rasjonalisme» – og som er forbundet med innføringen av New Public Management (NPM) som styringsfilosofi i den offentlige sektor i store deler av den vestlige verden på dette tidspunkt. Her ble organisasjons- og ledelsesformer fra private konsern benyttet som modell, og det er symptomatisk at SPRI-consults beskrivelse av styringsproblemene i Østfolds helsesektor, og forslaget om hvordan en skulle løse disse, nærmest var en blåkopi av Mintzbergs teoretiske utlegninger om «the divisionalised form» – anvendt først på sykehus i Sverige og deretter importert til Norge. Østfold ble derved det første fylket hvor en valgte konsernorganisasjon som en overordnet styringsmodell i norsk helsevesen (noen få enkeltsykehus, som Aker sykehus, innførte konsernorganisasjon omtrent samtidig).

Men to problemer ble åpenbare like etter at vedtaket var besluttet: For det første var kunnskapen om de krav til styrings- og ledelsesformer som modellen krevde, lite kjent. Vedtaket om konsernorganisasjon ble fattet etter en kort, intens utredningsfase og fremstår som et «kongeslag» i forvaltningspolitiske strategier (Clegg & Walsh, 2004). Svært få av politikerne som deltok i beslutningen, hadde kjennskap til implikasjonene for egen og andres atferd av det nye styringssystemet, enten det var deres egen politikerrolle (som var forventet å bli mer strategisk) eller sykehuslederne (som var forventet å bli evaluert som divisjonsledere etter mål- og resultatstyringsprinsipper). Derved ble iverksetting av de styrings- og ledelsesformer som konsernorganisasjon krever, i første omgang stort sett neglisjert.

Det andre problemet var strukturelt: Gjennom den prosessen som startet med de «bytter» av funksjoner som Prosjekt Samarbeid innebar,

og som helseplanen bekreftet, kan en si at distriktsorganisering ble det bærende «første inndelingsprinsipp» i organiseringen av helsesektoren i fylket. Til tross for at mange var misfornøyde med de funksjonsbytter som ble foretatt i forbindelse med Prosjekt Samarbeid, særlig at fødevirksomheten ble sentralisert, var konsernorganisasjonen en bekreftelse på dette inndelingsprinsippet. Ja, en kan hevde at konsernmodellen bidro til å konsolidere og styrke de fem helse- og sosialdistriktene, noe som innebar at legitimiteten til modellen ble stor blant distriktpolitikerne og de lokale sykehusaksjoner.

Men gjennom konsernvedtakets fokus på forvaltningspolitiske aspekter ved styringen av sektoren så en også kimen til de radikale endringene som kom noen år senere gjennom beslutningen om å etablere «ett sykehus med fem dører». Det viste seg snart at konsernorganisasjonen ikke kunne løse mange av de økonomiske og strukturelle problemene helsesektoren i fylket sto overfor. Et eksempel er at problemet (slik SPRI-consult forespeilte det) med små, oppsplittede tjenester som barnevern fordelt på de fem helse- og sosialdistriktene førte til at en her besluttet å gjøre et unntak fra distriktsdivisjonaliseringen. Barnevernet ble sentralisert etter et funksjonsprinsipp. Etter dette kom en rekke nye prosjekter som alle hadde som implikasjon at en søkte å samordne ulike faglig-medisinske tjenester på tvers av distriktene. Sammen med at en ikke gjennomførte de vedtatte tiltak for å fasttømre konsernmodellen når det gjaldt ledelsesformer og styringssystem, innebar det at modellen snarere fremsto som et problem enn som en mulighet for å skape de helhetlige løsningene en hadde behov for. Men modellen hadde introdusert reorganisering av styringssystemet som en måte å nærme seg utfordringene i sektoren på, og bar i seg kimen til en «180-graders» snuoperasjon – fra distriktsorganisering til en funksjonsbasert styringsmodell. Og vedtaket om et «fristilt» sykehus – med fem geografiske lokaliseringer – var et foreløpig slutt-punkt i denne prosessen.

«Fristilling» som organisatorisk løsning var en videreføring, og forsterking, av de styrings- og ledelsesprinsippene som konsernorganisasjonen var tuftet på. Nå skjedde to viktige forsterkninger: Det ble tilsatt en felles direktør for de fem sykehusene, og en slo fast den relative uavhengige rolle denne direktøren hadde når det gjaldt driften av sykehuset, ved å

plassere vedkommende utenfor den fylkeskommunale helseadministrasjon. Direktørene for helse- og sosialdistriktene ble omplassert, mens de nye klinikksjefene var leger og spesialister på de ulike faglig-medisinske tjenester som utgjorde grunnlaget for klinikkorganiseringen. Mandatet var å optimalisere og effektivisere den faglige driften, og om nødvendig foreta omfordelinger på tvers av geografisk lokalisering. Derved kom det «fristilte» sykehuset til å danne grunnlaget for en ytterligere sentralisering, ettersom en fra medisinsk-faglig hold stort sett var enige om at det var behov for å samle og koordinere virksomheten i klinikkene for å ivareta fagmiljøene. Slik var premissene for beslutningen om et funksjonelt organisert helseforetak lagt.

15.5 Aktørene i endringsprosessene

Jeg har i denne analysen tatt de grunnleggende kjennetegn ved beslutningssystemet i helsesektoren i Østfold som utgangspunkt: Mobilisering av lokale, faglig-profesjonelle og fagforeningsinteresser representerer en «bakvegg» for de forsøk på helhetlig samordning jeg har vært opptatt av. Det er de forsøkene som var ment å bryte igjennom disse interessene og skape strukturendringer og bedre budsjettbalanse, jeg har konsentrert oppmerksomheten om. Drivkreftene bak disse initiativene har i hovedsak vært statlige fagmyndigheter (Sosialdepartementet/Helsedepartementet, Helsedirektoratet og fylkeslegen) og sykehussjefens kontor og noen få sentralt plasserte fylkespolitikere.

Betingelsene for statlige fagmyndigheters intervensjon i sektoren endret seg imidlertid i løpet av de årene vi tar for oss her. Etter krigen (i 1946–47) ble det nedsatt planutvalg i hvert fylke med fylkeslegen som formann til å vurdere utviklingen av sykehusvesenet. Fylkeslegens rolle i institusjonshelsetjenesten var bl.a. hjemlet i lov om sykehus, lov om helsemessig beredskap og instruksverket til lov om psykisk helsevern. I 1959 uttalte helsedirektøren at:

«Helsedirektøren anser det for å være av vesentlig betydning og helt nødvendig at fylkeslegen som sådan tas med på råd under planlegging av sykehus.» («Innstilling om fylkeslegeembedet», Helsedirektoratet, 1959, s. 133, sitert fra Berg, 2009)

Dette må ses i sammenheng med det vertikalt oppbygde medisinsk-faglige styringsregime som «det evangske system» innebar (Berg, 1987). Arbeidsoppgavene for fylkeslegene fulgte delvis av det praktiske samarbeid med fylkeskommunen, delvis som resultat av pålegg i sentrale regelverk. Denne tosidige rollen kom bl.a. til uttrykk i at fylkeslegen både medvirket til utarbeidelse av fylkenes planer vedrørende institusjonshelsetjenesten, og samtidig skulle vurdere planene som grunnlag for sentrale myndigheters godkjenning. Denne dobbeltfunksjonen var markant i Østfold; ved siden av sin formannsrolle i sykehuskomiteen 1946 var fylkeslegen medlem av Harlem-utvalget og Strukturutvalget, og spilte en sentral rolle i forbindelse med de pågående helsepolitiske prosesser i fylket for øvrig, f.eks. i fødesaken.

Men fylkeslegens inkorporering i forsøkene på helhetlig samordning ble merkbart mindre de årene som er gjennomgått foran. Verken i forbindelse med Prosjekt Samarbeid eller i SPRI-prosjektet synes fylkeslegen å ha spilt noen rolle i utformingen av forslagene. Dette skyldes sannsynligvis flere forhold: Innføringen av rammefinansieringssystemet svekket fylkeslegens generelle styringsmuligheter, samtidig som en ny lov om statens faglige tilsyn i helsetjenesten innbar en markering av fylkeslegenes tilsyns- og veiledningsrolle, og en reduksjon av kontrollelementet (Berg, 2009). Fylkeslegens rolle ble derfor endret, og fylkeslegen var i liten grad aktivt engasjert som initiativtaker og deltaker i de tre siste tiltakene som er analysert her. Denne utviklingen må ses i sammenheng med de radikale endringer som skjedde i den regionale statsforvaltning gjennom at Fylkesmannen fikk et overordnet samordningsansvar for regional statlig virksomhet, noe vi tidligere har betegnet som «administrativ disiplinering» av helse- og sosialsektoren på fylkesnivå (Michelsen, Ramsdal & Aarseth, 2002).

Et påfallende trekk ved arbeidet for helhetsstyring er den sentrale rolle fylkeshelsesjefen (og hans stab) hadde som initiativtaker og organisator av de tiltakene som er presentert foran. Rollen som helhetlig samordner for sykehussjefens kontor, syntes ensom, og sykehussjefen gikk gjentatte ganger ut mot politikernes manglende prioriteringsvilje og faglige særinteressers kamp mot omstruktureringer på sine respektive områder. Men i den grad sykehussjefens kontor representerte det viktigste instrument for

helhetlig samordning av sektoren i fylket, er det mangelen på ressurser som (også) preget denne del av det administrative systemet. Kontorets bemanning i hele perioden var totalt på under 20 personer i Østfold, og ingen av de ansatte innen helsedelen hadde mulighet til å arbeide fulltid med enkeltsektorer (f.eks. somatikk eller psykiatri). Når de lokalpolitiske og faglige aktører var så systematisk sterke i Østfold, innebar dette også at de samordnende krefter ble tilsvarende svake i spillet om helsetjenestene i fylket.

En relativt liten gruppe *fylkespolitikere* søkte på sin side å skape grunnlag for helhetlige løsninger. Initiativene kom fra medlemmer av ulike partier, men til tross for at en lanserte til dels diametralt ulike strategier for å skape helhetlige løsninger i sektoren – fra ekspertarbeid i relativt lukkede rom (Strukturutvalget) til demokratiske organisasjonsutviklingsprosesser (Prosjekt Samarbeid) – lyktes en kun med å tilrettelegge for inkrementelle delløsninger. Ingen av dem kunne skape holdbare kompromisser mellom fag, økonomi og geografi. Det var først gjennom å bringe inn et eksternt konsulentfirma, som klart og eksplisitt diagnostiserte svakhetene i det eksisterende beslutningssystemet, at en fikk lansert et forslag som fremsto som radikalt nytt. Ideen om «et sykehus med fem dører» videreførte de samme styringsprinsippene innenfor en ny organisasjonsstruktur. Mange av de kjennetegnene sektoren ble preget av etter dette, pekte frem mot de endringene som ble stadfestet og forsterket gjennom sykehusreformen, som i tid falt sammen med planleggingen det nye sykehuset.

Innenfor rammen av det nye sykehuset viste vi i kapittel 12 og 13 at noen få sterke aktører, og særlig administrerende direktør ved det nye sykehuset, preger organisasjons- og ledelsesformer på en markant måte. Rollen som administrerende direktør fremstår etter modell fra måten ledelse i private konsern opptrer – med totalansvar og relativt stor frihet til selv å beslutte om hvordan mål og krav fra helsemyndighetene skal oppnås – forutsetningen er oppslutning av RHF og foretaksstyret. Denne rollen er utsatt – og ettersom økonomistyringen ble mer akutt, opplevde en at de vanlige NPM-inspirerte målstyringsoppleggene om «ledelse fra distanse» har blitt supplert med prinsipper om virksomhetsstyring – såkalt «corporate governance» – der detaljfokuserte «controller»-funksjoner styrkes.

Et aspekt ved dette er at detaljstyring, basert på registrering av pasientstrømmer og daglige aktiviteter, øker – og utgjør en ytterligere stressfaktor i ledelse og helsearbeid i sykehusene. Som vist i kapittel 13 var direktørens ledelse også kjennetegnet av initiativ til innovative løsninger i skjæringspunktet mellom ny teknologi, medisinsk-faglige og management-orienterte løsninger.

Fremveksten av nye samhandlings- og samordningsformer med primærhelsetjenestene skjedde på et tidlig tidspunkt i Østfold, knyttet til arbeidet i Administrativt Samhandlingsforum. Samhandlingsreformen tilfører nye dimensjoner til denne utviklingen. En måte å forstå initiativet til å gjennomføre en «samhandlingsreform» på kan nettopp være at sykehusenes interne effektivitetskrav økte og gjorde dem mer introverte i sine perspektiv – slik drøftingen i kapittel 11 og 12 kan indikere. Samhandlingsreformen er en kompleks og på mange måter oppsplittet og uklar reformstrategi (Ramsdal, 2013; Veggeland, 2013). Men den viste behovet for å fokusere på samhandlingen mellom de to nivåene i helsesystemet – og etter hvert avklare ansvarsforhold og kommunikasjon om pasienter og ressurser på en mer transparent måte. Samhandling og samordning mellom tjenestene – horisontalt og vertikalt – innebærer derfor nye krav til organisasjons-, styrings- og ledelsesformer også i sykehus.

15.6 Oppsummering

I løpet av de årene jeg har studert, ble det gjentatte ganger forsøkt å få til helhetlig samordning i helse- og sosialpolitikken i Østfold. Jeg har foran søkt å beskrive noen av de viktigste tiltak som er iverksatt for å oppnå strukturendringer og sparing i sektoren. I løpet av disse årene har forutsetningene for å oppnå helhetlig samordning endret seg. Mens Harlem-utvalget, Strukturutvalget og Prosjekt Samarbeid tilpasset seg de politisk/faglige «realiteter» som lokal- og særinteresser representerte, var helse- og sosialplanleggingen fra slutten av 1980-årene, og ikke minst SPRI-consults arbeid, sterkt preget av synoptisk samordning. Dette må forklares ved at de tre første tiltakene (Harlem-utvalget, Strukturutvalget og Prosjekt Samarbeid) – sammen med den løpende politiske prosess i det aktuelle tidsrom – slo fast prinsipper for den fremtidige organisering av

helse- og sosialsektoren som i all hovedsak tilfredsstilte kravene om mest mulig jevn geografisk fordeling av tilbudene (eller eventuelle sparetiltak), og at ingen ansatte skulle sies opp som følge av endringene. Med dette utgangspunktet var forutsetningene for synoptisk samordning bedre, noe som også kan forklare den oppslutning forslagene SPRI lanserte fikk.

Gjennomgåelsen av den helsepolitiske debatten kan gi inntrykk av at de tiltak som er gjennomført i den tiden som omfattes av del 2, ikke bidro til å løse helsesektorens grunnleggende problemer mellom geografi, fag og økonomi i Østfold. Når det gjelder disse strategiernes bidrag til å bringe fylkeskommunens budsjetter i balanse, var dette riktig. Men samtidig ble det gradvise endringer i tjenestetilbudet, slik både organiseringen av andrelinjetjenesten i psykiatrien, nedleggelsen av fødeavdelingen og akuttavdelinger og nedbyggingen av sengetallet ved lokalsykehusene viser. Disse endringene skjedde ved at forslag som ble lansert, «modnet» i den helsepolitiske debatt, og etter hvert nedfelte seg i enkeltvedtak i løpende beslutningsprosesser. Dette samspillet mellom «daglige» beslutninger og de synoptiske samordningstiltak som er analysert her, faktisk har foregått, illustrerer de dilemmaer som inkrementelle prosesser representerer – når problemdefinisjonen tilsier behov for radikale endringer. Men kanskje har de store forventningene om «endelige løsninger» knyttet til iverksettelsen av de ulike synoptiske samordningstiltakene blendet for innsikt i den retningen summen av inkrementelle beslutninger om strukturendringer og sparetiltak som ble gjort. Når radikale helhetlige løsninger – som konsernorganisasjonen, fristilling og etter hvert det nye sykehuset – ble gjennomført, var mange forutsetninger for disse løsningene allerede innebygget i eksisterende organisasjonsmodeller. Dette kan illustrere hvordan dynamikken mellom organisatoriske grunntrekk og endringsprosesser i et sterkt institusjonalisert felt kommer til uttrykk.

Avslutningsvis kan en konkludere med at det *har* vært ambisjoner om å etablere helhetlige planer for utviklingen av helsetilbudet i Østfold, og at ambisjonsnivået ble stadig høyere – i takt med den økonomiske krisen i fylkeskommunen, og der statlige helsemyndigheter presset på. Strategiene for å få utarbeidet slike planer endret seg over tid: De første forsøkene bar preg av tro på at faglige eksperter ville kunne komme frem til enighet om hvordan helsetilbudet burde organiseres. Gjennom Prosjekt

Samarbeid håpet en på å skape forståelse for helhetlige planer gjennom bred deltakelse av «alle involverte» parter i sektoren. Etter dette helsepolitiske eksperimentet skjedde det en klar tilstramming i organiseringen av planarbeidet, der sentrale politikere og organisasjonskonsulenter har utarbeidet planene. I tiden før sykehusreformen ble de fylkeskommunale planene preget av det politiske ønsket om at reduksjon i den økonomiske veksten i sektoren måtte skje innenfor et hovedmønster av fem helse- og sosialdistrikter, og at disse distriktene dannet basis for de omstruktureringer sektoren sto overfor.

Det fristilte «ett sykehus med fem dører» innebar at en opprettholdt aktiviteter i alle de gamle helse- og sosialdistriktene, men at en nå fikk etablert en overordnet styringsmodell der faglig-medisinske klinikker fikk forrang som «1. inndelingsprinsipp» i organisering av tjenestene. Potensialet for å kunne omfordele faglige funksjoner på tvers av geografi, ut fra en helhetlig, medisinsk-faglig plan, ble derved langt større. På sett og vis innebar dette at grunnlaget for at en i neste omgang kunne planlegge for ett sykehus, derved ble lagt.

Planleggingen av det nye sykehuset (som senere ble et helseforetak med to sykehuslokalteter) innebar en bekreftelse på dette. Interessant nok innebar det også at de opprinnelige forslag om «to sykehus i fylket» – et sentralsykehus (fortrinnsvis i Fredrikstad) og et sykehus i Moss – nå ble realisert, riktignok med en annen lokalisering av «det nye sykehuset». Resultatet av 50 års helsepolitisk debatt sluttet derved sirkelen ved å bekrefte helsedirektørens synspunkter fra 1969, slik jeg henviste til innledningsvis i boken. Men utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer har skjedd innenfor nye, til dels radikale endringer i styringsideologier – noen ganger som «eksogene sjokk» (D'Aunno, 2014), men likevel ved å være innrammet av institusjonelle grunntrekk som fulgte med i utviklingen gjennom hele den tidsperioden jeg har studert. Spørsmålet er da om en kan gjenfinne noen trekk ved denne utviklingen som peker på tendenser og trender i de endringsprosessene som har skjedd. Er det noen gjennomløpende kjennetegn ved utviklingen i Østfold som reflekterer generelle utviklingstrekk i organisasjonstenkning i det moderne samfunn? I det siste kapittelet vil jeg ta for meg disse spørsmålene.

Som nevnt i kapittel 2 er analyser basert på historisk institusjonisme opptatt av at endringer skjer gjennom ulike prosesser. Thelen og Steinmo (1992) skiller mellom tre slike endringsprosesser: inkrementell «små skritt», «transformativ» inkrementalisme og «critical junctures». Den siste formen er forstått som tidspunkt for «avgjørende veivalg» – som skaper radikal endring (Thelen & Steinmo, 1992; Capoccia & Keleman, 2007) Sykehusreformen i 2002 fremstår som så radikal at den lett kan oppfattes som et eksempel på «critical junctures». Men et slikt syn modifieres dersom en ser på noen av de endringene som skjedde de siste 10–15 årene før denne reformen. Vedtaket om konsernorganisasjonen i 1987 introduserte det jeg har betegnet som «radikal økonomisme» – med styrings- og ledelsesprinsipper som pekte frem mot sykehusreformen. Som vist i kapittel 9 var implementeringen av konsernvedtaket på mange måter mangelfull. Men to forhold sto fast: De lokale sykehusstyrer ble avvirket, og divisjonaliseringsprinsippet med administrerende direktører for hver divisjon (helse- og sosialdistrikt) ble etablert. Vedtaket om «et sykehus med fem dører» – det «fristilte» sykehuset – befestet disse prinsippene ytterligere. Nå ble også det geografiske divisjonaliseringsprinsipp erstattet med funksjonelle divisjoner – det vil si tversgående klinikker med enhetlig overordnet ledelse. Dette tilrettela ikke bare for de organisasjons- og ledelsesprinsipper som sykehusreformen innebar, men også for at den funksjonelle – og derved primært den faglig-medisinske – strukturering fikk forrang i forhold til geografiske fordelingsprinsipper. Dette pekte frem mot vedtaket om «ett sykehus», som altså etter hvert ble et helseforetak med to sykehus. Endringsprosessene før sykehusreformen pekte entydig i retning av sentralisering og effektivisering av spesialisttjenestene. (Her er riktig nok rus- og psykiatri-tjenestene et viktig unntak.) I et historisk-institusjonelt perspektiv vil en kunne hevde at de endringsprossene jeg her har fokusert på, i de siste årene før sykehusreformen fremstår som «transformativ inkrementalisme» – men hvordan dette fortøner seg kreves et noe lengre tidsperspektiv enn kun en analyse av sykehusreformen som sådan for å kunne belyse. En alternativ fortolkning av de prosessene som er gjennomgått, er at det dreide seg om et motsetningsforhold mellom geografisk og funksjonell organisering av sykehustjenestene. Prosjekt Samarbeid søkte å etablere et kompromiss

mellom geografiske og funksjonelle hensyn – lokalsykehusene mistet fødevirksomheten, men fikk flere nye funksjoner knyttet til blant annet rus/psykiatritjenester. Konsernorganisasjonen tilrettela på sin side for et nytt styrings- og ledelseskonsept, men ble av fylkespolitikernes struktur med fem helse- og sosialdistrikter. Det «fristilte» sykehuset innebar imidlertid at lokale tjenester ble bevart (i første omgang), men innenfor en enhetlig, funksjonell styringsstruktur i ett sykehus. Nå ble geografi klart underordnet funksjon. Dette illustrerer blant annet poenget med de krav som lokalsykehusaksjoner og helsetjenesteaksjonen har stilt om at helseforetak ikke skal omfatte mer enn ett sykehus, og at en er kritisk til klinikker med ansvarsområde på tvers av sykehus. Og i neste omgang tilrettela sykehusreformen i 2002 for sentraliseringen og funksjonsorganiseringen i sykehusstrukturen i det nye sykehusforetaket.

En slik fortolkning av utviklingen i et langsiktig perspektiv viser hvor vanskelig det er å definere et «avgjørende tidspunkt» («critical juncture») – og hvor viktig de transformative endringer som skjedde inkrementelt er – men i en bestemt retning. Funksjonelle krav, forankret både i økonomisk-administrative og medisinsk-faglige argumenter, tvang geografiske hensyn i kne.