

KAPITTEL 16

Trender i utviklingen i organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i helsesektoren

16.1 Innledning

Gjennom de prosessene jeg har tatt for meg i denne boken, er det fokus på organisasjonsstruktur, styrings- og ledelsesformer som er viktigst. Utgangspunktet var den analysen av utviklingen i amerikansk helsevesen som Scott et al. foretok i slutten av 1990-årene (Scott et al., 2000). Denne analysen har vært en inspirasjon for fremstillingen i de foregående kapitler, men slik jeg ser det, er de konkrete fasene for utviklingen i USA mindre relevant for diskusjonen av Østfold-eksemplene jeg har gjennomgått. Det har heller ikke vært min ambisjon å foreta en generalisering på grunnlag av de utviklingsprosessene jeg har beskrevet. Scott et al. foretok en dyptgripende analyse av utviklingen i helsetjenestene i et område i USA, som samtidig har gitt inspirasjon til både empiriske studier av denne sektoren og til anvendelsen av institusjonell teori mer allment. I min sammenheng har denne analysen hatt status gjennom å fungere som eksempel på at analyser av lokale endringsprosesser kan fungere som et prisme for også å forstå generelle utviklingstrekk i en sektor. Det viktigste ved Scott et al.'s bidrag har vært at det fungerer som en inspirasjonskilde for analyser av tilsvarende endringsprosesser i Norge. Det vesentligste ved det institusjonelle perspektivet på utviklingen i sektoren har vært å sette mine analyser av Østfolds helsesektor i perspektiv, og gi grunnlag for at disse analysene kan fungere som eksempler på mer allmenne utviklingstrekk i sektoren. Finnes det noen dype trender i organisering av helsesektoren som kan identifiseres gjennom de mange hendelser som er studert, og de ulike strategier som er lansert? Og på hvilken

måte har ulike ideer og aktører påvirket de løsningene som har vært lansert på ulike tidspunkt – finnes det et mønster i endringene – som kan si noe om makt- og innflytelsesformer i helsesektoren på grunnlag av det materialet som er gjennomgått her?

Jeg skal avslutningsvis diskutere disse spørsmålene med utgangspunkt i de perspektiver som er presentert av Røvik (2007) om «Trender og Translasjoner – om ideer som former det 21. århundres organisasjon». Her skal jeg konsentrere meg om noen hovedelementer i de teorier og analyser som blir fremstilt der: endringer i organisasjonsstruktur og i styrings- og ledelsesformer. Røvik hevder at han kan identifisere fem ulike trender; om avbyråkratisering, fra ledelse til styring, radikal økonomisme, fra silo- til prosessbasert organisering, og omdømmehåndtering. Av disse er det særlig de fire første jeg vil konsentrere meg om (ettersom det i mitt datamateriale ikke er gjort eksplisitte studier av omdømme-strategier – selv om slike utvilsomt kan gjenfinnes i de prosesser som er beskrevet foran).

16.2 Avbyråkratisering: «fleksibilisering og kontraksjon»

Når det gjelder tendensen til «avbyråkratisering», hevder Røvik at denne kommer til uttrykk hovedsakelig på to måter: gjennom ideer om «fleksibilisering» og ideer om «kontraksjon». *Fleksibilisering* dreier seg om stadig raskere ombygging av organisasjonsstrukturer og ledelsesformer. Dette indikerer en større bevissthet om betydning av organisering som et virkemiddel for styring av organisasjoner. Som vist i de to empiridelenes synes dette også å være tilfellet i relasjon til organisasjonsstrukturer i de endringsprosessene som er gjennomgått foran. Dette gjør seg gjeldende særlig etter 1980-årene, og med et klimaks med hensyn til omorganiseringer i forbindelse med planleggingen og byggingen av de nye sykehuset på Kalnes. Det klareste uttrykket for «fleksible» organisasjonsløsninger er måten en tilnærmet seg verdibaserte prinsipper for arbeidsorganisering på i det nye helseforetaket – der grunnleggende ideer om ulike koplinger mellom problem og organisasjon fra klassisk organisasjonsteori ble anvendt.

I de to sektorene Røvik studerte særlig, Posten og Televerket, var det «relativt få» forsøk på å endre formell organisasjonsstruktur i 60- og 70-årene, noe som også kommer til uttrykk i de endringsprosessene som skjedde i helsesektoren i Østfold. Den grunnleggende organisering av sykehusene var relativt permanent. Bevisstheten om organisering var tilsvarende liten (selv opplevde jeg at da en skulle evaluere organiseringen av Sykehuset i Halden, måtte en først tegne organisasjonskartet – et slikt kart fantes ikke da prosjektet startet så sent som i 1986). Posten og Televerket gjennomgikk omfattende endringer særlig i 90-årene, og dette synes å være parallelt i tid til at en introduserte strategiene for å endre helsesektoren i Østfold. Men her ble i første omgang de formelle organisasjonsformene stort sett holdt intakte. Det er derfor ikke mulig å gjenfinne den store reformtakten når det gjaldt eieformer og store endringer i styringssystem som Røvik fant i de to sektorene han studerte.

Men kimen til disse endringene ble likevel lagt på slutten av 1980-tallet. Dette hadde sammenheng med at den reformbølgen Røvik betegner som radikal økonomisme også traff helsesektoren. Denne slo ned i helsesektoren i Østfold gjennom lanseringen av «konsernorganisasjonen» i 1987. Innenfor fylkeskommunens rammer innebar dette vedtaket relativt omfattende endringer i overordnet styringsmodell for sektoren, flytting av oppgaver og pasientgrupper mellom sykehusene, og beslutningen om å etablere helse- og sosialdistrikter som divisjonaliseringsprinsipp. Det viktigste kan likevel ha vært at det ble introdusert nye tanker om omorganisering som instrumentelt virkemiddel, og tilhørende nye begreper hentet fra private bedrifter – det som kan sies å være grunnlag for «privatisering fra innsiden» i offentlig sektor (Ramsdal & Skorstad, 2004).

Selv om det var mange utfordringer med å implementere denne modellen, var innføringen av den likevel en klar indikasjon på at en nå brukte organisasjonsstruktur som styringsredskap på en måte som en ikke tidligere hadde gjort i møtet med økonomiske og faglige utfordringer i sektoren. Modellen skapte imidlertid ikke færre beslutningsnivåer i sektoren, og den indre organisering av de enkelte sykehus var – med unntak av de nye funksjoner en fikk eller som en mistet, og med nye betegnelser på ledere – stort sett intakt.

I likhet med i de to sektorene som Røvik studerte, skjedde det imidlertid radikale endringer i organisasjonsformer på et senere tidspunkt, først og fremst omorganiseringen til «et sykehus med fem dører», og etter hvert organisering av det nye sykehuset i tiden frem til åpningen i 2015. Nå var den overordnede styringsstruktur radikalt endret gjennom etableringen av foretaksorganiseringen, noe som interessant nok har skapt mange likhetspunkter med de to sektorene som Røvik har studert. Samtidig har en innenfor denne overordnede styringsmodellen endret til et foretak («med to dører»), og skapt en fleksibilitet i ledelsesstrukturen internt ved foretaket. Dette markerte tydelig at det var makt og vilje til å benytte organisasjons- og ledelsesstruktur som et aktivt virkemiddel. På den annen side er tendenser til å utvikle «flat struktur» i formell organisering ikke å gjenfinne i den (fremdeles klart) hierarkiske ledelsesstrukturen som gjelder i sykehusorganisasjonen. En rekke av de institusjonelle særtrekk som preget sykehusorganisering i dens lange historie gjenfinnes derfor parallelt med de til dels radikale endringer som kan observeres.

Kontraksjon dreier seg på sin side om tendensen til at moderne organisasjoner søker etter å bli mer effektive gjennom «sammentrekning». Dette skjer dels horisontalt – ved at en forsøker å rendyrke konsentrasjon om organisasjonens «kjernevirksomhet», ved å kvitte seg med oppgaver og organisasjonsenheter som ikke er knyttet til denne kjernevirksomheten. En slik rendyrking av kjernevirksomheten er assosiert med teorier som Business Process Reengineering, LEAN etc., og som har vært et mantra for private bedrifter og en av de mest innflytelsesrike organisasjonsideer de siste 20–30 årene. Dette kan dels gjenfinnes i arbeidet med standardiserte pasientforløp, som var en tidlig satsing i helsesektoren i Østfold. Gjennom samhandlingsreformen ble disse prosessbaserte modellene utvidet til i større grad å omfatte forløp også mellom sykehus og kommuner.

Som ellers må disse ideene og trendene i organisering av helsearbeid konkretiseres gjennom et komplekst opplegg for fordeling av helsetjenester mellom ulike aktører i sektoren. Et hovedprinsipp – som etter hvert har blitt sentralt i norsk helsepolitikk – er at sykehus (primært) skal konsentrere seg om medisinsk «behandling» (Meld.St. nr. 16 (2010–2011)), og implisitt: at «omsorg» (care) skal utføres utenfor sykehusets vegger.

Som påpekt av Glouberman og Mintzberg (2001) er dette et av de viktigste spenningsfelt i organisering av helsetjenester, ettersom det – som det heter i deres artikkel om dette – innebærer at sykehusene har makt til å definere hvilke oppgaver de skal ta seg av, og derved også hvilke oppgaver som kan og bør overlates til andre (i all hovedsak vil dette være kommunene i Norge). Om dette skriver Glouberman og Mintzberg at «... *the hospital throws the rest of the system out of control*» (Glouberman & Mintzberg, 2001), der definisjonsmakten av hva som til enhver tid skal betegnes som «medisinsk behandling», skaper en rekke utfordringer for andre helseaktører – og altså særlig de kommunale helse- og velferdstjenester. I økende grad synes det som om presset på sykehusenes ressurser (personell, sengekapasitet og økonomiske rammer) fører til at sykehusene foretar det som kan betegnes som «strukturell ansvarsfraskrivelse» – det vil si avviser eller skriver ut stadig dårligere pasienter – og overlater til kommunale eller private helseaktører å finne løsninger på de behov disse pasientene har.

16.3 «Fra ledelse til styring»

En vanlig definisjon av «ledelse» er som «*desentralisert, direkte og gjerne dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjonen mellom den enkelte leder og ansatte*» (Røvik, 2007, s. 46). Ifølge Røvik blir ledelse forstått på denne måten i økende grad erstattet av «styring», som defineres som «*gjennom sentralisert, direktivliknende påvirkning utøvd indirekte, blant annet gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner*» (Røvik, 2007, s. 146). Også her finner en noen paralleller til andre sektorer, men ledelse og styringsformer har likevel en noe annen karakter i helsesektoren enn ellers. Det skyldes den langvarige diskusjonen mellom legeledelse og sykepleieledelse, og den vanligvis underordnede status ledelse har for leger i relasjon til deres kliniske arbeid.

Utviklingen til mer «styring» på bekostning av «ledelse» innebærer primært at de oppgavene som er knyttet til økonomistyring/budsjett, personaladministrasjon og mål- og rammestyring, har ført til at lederrollen i sykehus har endret karakter. Likevel er det ikke nødvendigvis slik at personlige lederegenskaper spiller en marginal rolle. Som vist i kapittel 11

og 12, der vi fokuserte på endringene i styrings- og organisasjonsstruktur ved det nye sykehuset, er dette tydelig. Gjennom den personlige påvirkningen, og den bevisste bruk av et arsenal av strukturelle og ledelsesmessige styringsinstrumenter, utøvde direktøren en «moderne» lederrolle, som kan sammeliknes med idealet om administrerende direktørs rolle i større bedrifter. Potensialet for at personer kan strukturere styringsformene innenfor den relativt autonome styringsstrukturen som foretaksformen legger opp til, kan ut fra erfaringene i det nye helseforetaket hevdes å være stort. Også den økende bruk av evaluerings- og kontrollsystemer – basert på prinsipper fra «corporate governance» – innebærer en utvikling der hierarkisk styrings av mikro-beslutninger øker. Som Røvik peker på, skjer det en «re-hierarkisering» gjennom sentralisering av beslutningsmyndighet. Dette har vi tidligere knyttet til begrepet «radikal rasjonalisme» i de organisasjons- og styringsformene som ble introdusert i helsesektoren i Østfold første gang gjennom konsernvedtaket i 1987. Denne rasjonalismen kjennetegnes ifølge Røvik av styringsoptimisme, top-down-orientering, vektlegging av tekniske aspekter ved styringssystemer og tro på at det eksisterer vitenskapelige kunnskapsgrunnlag for organisasjons- og styringsformer (Røvik, 2009, s. 159).

16.4 «Radikal økonomisme»

Endringene i ledelsesformer som er påpekt foran, må ses i sammenheng med den tredje tendensen som Røvik nevner – det han betegner som «radikal økonomisme» eller «forretningslogikk». Som nevnt foran er denne blant annet kjennetegnet ved at offentlige virksomheter skal organiseres som private bedrifter. Denne logikken er ikke et «motefenomen». Tvert imot er det i dag snarere en tenkning om hvordan organisasjoner generelt skal utformes, styres og ledes som også omslutter hele den offentlige sektor – knyttet til det forslitte begrepet «New Public Management» (Hood, 1991). Røvik snakker om radikal økonomisme som en «institusjonalisert standard» som etter hvert har fått ulike konkrete uttrykk i ulike sektorer og virksomheter. Generelt er det de organisasjonsstrukturer, styrings- og ledelsesformer som er forankret i «den divisjonaliserte form» (Mintzberg, 1983) som er grunnmodellen, slik vi har diskutert i kapittel 8.

Her er et mål- og rammestyringssystem basert på resultatenheter på ulike organisasjonsnivåer som i et kinesisk-eske-hierarki hovedsaken. Innenfor denne rammen er det en rekke ulike strategier og tiltak som ivaretar de hensyn til effektiv ressursforvaltning som kan anvendes.

I de kapitlene der jeg drøfter fremveksten av vedtaket og iverksettingen av konsernmodellen innenfor rammen av radikal økonomisme (eller «rasjonalismen» – jf. kapitlene 8 og 9), viser jeg hvordan denne tenkningen introduseres i helsesektoren i Østfold gjennom det svenske konsulentfirmaet SPRI-consult i 1986/87. Modellen som ble vedtatt, var utformet og begrunnet nærmest som en blåkopi av Mintzbergs beskrivelse av den divisjonaliserte form. Men imot konsulentenes primære ønsker ble det vedtatt at modellen skulle være tuftet på geografiske områder som det første inndelingsprinsipp – det som ble til fem helse- og sosialdistrikter med egne direktører. På sett og vis innebar dette valget at en søkte – og fikk – lokalpolitisk legitimitet, samtidig som premissene for styring og ledelse av sektoren ble radikalt endret.

I prosessene der en søkte å iverksette konsernmodellen, viste det seg imidlertid at de kreftene som preget de helsepolitiske spill, fremdeles gjorde seg gjeldende. Kort sagt lot det seg ikke gjøre å legge et økonomistisk, konsernbasert lokk over de krefter og argumenter som hadde dominert den regionale helsedebatten i årevis. Det innebar at en fremdeles ivaretok en rekke hensyn gjennom det politiske systemet i fylkeskommunen. Konflikten mellom en geografisk og en funksjonsbasert struktur kom til uttrykk i en rekke større eller mindre prosesser. Et hovedtrekk ved disse var at en – som en «kompensasjon» for den geografiske inndelingen – stegvis etablerte tversgående funksjons- og fagbaserte samhandlingsorgan. Etableringen av «ett sykehus med fem dører» på slutten av 1990-tallet var kulminasjonen i denne prosessen – til tross for de sterke lokalpolitiske interessene som var knyttet til opprettholdelse av de fem helse- og sosialdistriktene som overordnet organisasjonsmodell. Det «fristilte» klinikkbaserte sykehuset opprettholdt i første omgang sykehusstrukturen. Likevel var det mulig å arbeide for en styringsmodell som i det stille tilrettela for etablering av «ett sykehus på ett sted i Østfold» – gjennom en rekke skrittvis og fragmenterte beslutninger.

Sett i ettertid fremstår derfor organiseringen av «ett sykehus med fem dører» som en overgangsfase til det mest radikale uttrykket for økonomismen som skjedde gjennom sykehusreformen i 2002. Gjennom etablering av den nye strukturen ble fylkeskommunens rolle som sykehuseier eliminert. At beslutningen om å forlate forvaltningsmodellen skjedde relativt og raskt og «brutalt», er helt i tråd med den radikale økonomismens effektivitetslogikk og instrumentelle organisasjonstenkning. Her fulgte helsesektoren – det vil si spesialisttjenestene – i kjølvannet av de endringene som Røvik beskriver for Posten og Televerket noe tidligere. I vår sammenheng er det sammensmeltningen av prosessene for å etablere en ny *styringsmodell* – der grunnlaget for de helsepolitiske spill som preget sektoren i tiårene før, og arbeidet med å endre *sykehusstrukturen* gjennom beslutningen om et sykehus i Østfold – som er det viktigste premiss for denne utviklingen. Den dominerende organisasjonstenkning og de dominerende helsefaglige ideer om sentralisering av sykehusfunksjoner skjedde parallelt, men hadde, slik jeg ser det, hver for seg selvstendig kraft til å endre organiseringen av helsesektoren i fylket på grunnleggende måter.

16.5 Forvaltningssystemet i helsesektoren: På vei mot ny radikal reform?

Utgangspunktet i dette kapittelet er at alle helseplaner som har vært presentert de siste 20 årene, har hatt som utgangspunkt at en skal avklare sykehusfunksjonene innenfor rammen av spesialisttjenestene, og sykehusenes rolle og funksjonsfordeling sett i relasjon til utviklingen av primærhelsetjenestene. De politiske signalene har understreket at sykehusstrukturen skal ivareta også lokalsykehusene, selv om operasjonaliseringen av «lokalsykehus» ikke alltid har vært like entydig. I Stoltenberg 1-regjeringens helseplan som ble fremlagt i 2001, het det at ingen lokalsykehus skulle legges ned – mens definisjonen av lokalsykehus var lite presis (Kvåle & Torjesen, 2014, s. 155). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) konsentrerte seg i stor grad om de tiltakene som lå i samhandlingsreformen, med hovevkt på samarbeid og samordning særlig mellom spesialisttjenestene og kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Her ble det slått fast at regjeringen ønsket bedre kontroll med helseforetakene, og at ingen lokalsykehus skulle legges ned. Men det het også at

«... (n)ye (medisinsk-faglige, HR) metoder kan innebære at flere tjenester kan desentraliseres, mens andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering ... Det skal iverksettes et arbeid med formål å fastsette et minstekrav til hva som kan anses som sykehus. Desentraliserte spesialisthelsetjenester kan for eksempel samlokaliseres med kommunale tjenestetilbud i lokalmedisinske sentre.» (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec1>)

Og i presentasjonen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 sier Regjeringen at:

«Store samfunnsendringer mot 2030 får konsekvenser for helsetjenesten. Nasjonal helse- og sykehusplan skal være grunnlaget for utvikling av sykehusene. Vi trenger både små og store sykehus også i fremtiden. De skal ha ulike roller og oppgaver, men kravene til kvalitet skal være de samme. Sykehusene skal arbeide i team slik at pasienten får den beste behandling av kompetent personell uansett hvor de bor.» (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>)

Tilsynelatende innebærer dette at lokalsykehusene i fremtiden også vil spille en viktig rolle. Men de funksjoner disse sykehusene – og også andre sykehus – vil få i fremtiden, er ikke avklart. Tvert imot viser de nasjonale helseplanene at sektoren er i dynamisk utvikling, og at de dilemmaer og utfordringer som er presentert i de foregående kapitler, fremdeles gjør seg gjeldende. I vår sammenheng er koplingen mellom helsepolitikken innhold – som de foran nevnte sitater fra nasjonale helseplaner kan illustrere – og forvaltnings-, organisasjons- og styringsformer fremdeles et interessant spenningsfelt. De som har vært opptatt av å bevare lokalsykehusene, som lokale sykehusaksjoner og helsetjenesteaksjonen (HTA) og den nasjonale folkebevegelsen for lokalsykehusene, har på ulike måter fokusert på hvordan helseforetakenes styringsform og innholdet i tjenestene henger sammen. Folkebevegelsen for lokalsykehusene krever at helseforetakene skal struktureres med «stedlig ledelse», og at tversgående klinikkstruktur på tvers av sykehus innenfor det enkelte helseforetak ikke skal forekomme. Dette reflekterer erfaringer som påminner om

organiseringen av det fristilte «ett sykehus med fem dører» i kapittel 10. HTA krever i tråd med dette at «et sykehus skal være en juridisk enhet», at helseforetaksnivået er nødvendig, og at «tiden er overmoden for å avvikle foretaksorganiseringen av sykehusene. Sykehusene må i stedet underlegges direkte politisk styring, og organiseres etter forvaltningsmessige (og ikke kvasi-markedsøkonomiske) prinsipper» (Haukelien & Bruun Wyller, 2017, s. 296).

Disse synspunktene viser at sykehusreformens viktigste grep – etableringen av regionale foretak og sykehusforetak, de siste som kunne dekke flere sykehus – ikke uten videre står fast. Det regjeringsoppnevnte Kvinnlands-utvalget (NOU 2016:25), og Den norske legeförening, har gitt uttrykk for at en bør finne nye modeller for den overordnede styringen av sektoren. Men i regjeringserklæringen fra 2016 (Jeløya-erklæringen 14. januar 2018) heter det at en skal videreføre dagens styringssystem, men gi mer myndighet og ansvar til det enkelte sykehus. Dette er siden bekrefte i Granavolden-plattformen i 2019. Likevel har den uro som mange opplever knyttet til koplingen mellom sykehusstruktur og forvaltnings- og organisasjonsformer etter sykehusreformen 2002 avstedkommet ny mobilisering av lokalsykehusaksjoner rundt omkring i landet – parallelt med forslag om bygging av nye sykehus og nedlegging av lokalsykehus mange steder i landet. Kvåle og Torjesen (2014, s. 15) hevder at «*kombinasjonen av økonomisk-administrative og faglege krefter bidreg til at endring i sjukehusstrukturen stadig kjem på helseføretaka sin dagsorden*».

En annen utfordring – som ikke er avklart gjennom de grepene samhandlingsreformen har medført – er bedre samordning og samordning mellom spesialisttjenester og primærhelsetjenester. Denne utfordringen er grunnleggende sett knyttet til at helsetjenestene er organisert på de to forvaltningsnivåene (Saltman & Vrangbæk, 2009, s. 92). I boken «En smartere stat» diskuterer Martinussen, Neby og Vrangbæk (2017, s. 156 ff.) sykehuspolitisk styring i dagens situasjon, og hevder der at sykehusreformen fra 2002 har skapt så stor kompleksitet i styringssystemet at «*det bidrar til fortellingen om et sykehussystem i krise*». De diskuterer fire alternative modeller (sentralisert/regional demokratisk forvaltningsmodell, statlig/regional foretaksmodell), og viser styrker og svakheter ved disse alternativene. Avslutningsvis gir de en «betinget anbefaling» om å prøve

ut en femte modell, som integrerer det samlede ansvar for helsetjenester til en gitt befolkning, og knytte til denne en finansieringsmodell som bedre tilrettelegger for effektive og integrerte pasientforløp på tvers av det nåværende forvaltningsmessige skillet mellom kommunale primærhelsetjenester og statlige spesialisttjenester. Også HTA har som et av sine krav i listen over «20 forslag til en bedre helsepolitikk» at det bør utredes om primær- og spesialisttjenester bør samles på ett forvaltningsnivå, og begrunner dette blant annet med at en da vil «*kunne komme utenom mye av det ressursødende og destruktive spillet om å få pasienten 'ut av mitt budsjett og inn i ditt'*» (Haukelien & Bruun Wyller, 2017, s. 295).

På noe lengre sikt kan en se for seg at disse synspunktene, som peker mot en ny «radikal» omstrukturering av forvaltningssystemet for helsetjenestene, vil kunne aktivisere en ny omfattende helsepolitisk debatt. Samtidig kan den løsningen som nå er forsiktigvis skissert, være eslet til å bringe helsetjenestene – på de to forvaltningsnivåene – i retning av en funksjonsbasert styringsstruktur. Basert på den finske forvaltningsmodellen for helsetjenester, og skotske samarbeidsmodeller innenfor et integrert helsesystem, kan en se for seg en virkelig omveltning i norsk helseforvaltning. Interessant nok vil dette også kunne innebære en videreføring av de grunnleggende samordnings- og samarbeidsopplegg som samhandlingsreformen la opp til, slik jeg har diskutert i kapittel 14. I relasjon til de teoretiske overveielser jeg har foretatt foran, vil dette kunne fremstå som de første forsiktige frø i en kommende prosess som avstedkommer et «critical juncture»-moment i utviklingen av den fremtidige organisering av forvaltningssystemet for helsetjenestene i Norge.

16.6 Sykehusene som vi kjenner dem idag: «Ved veis ende, på kanten av stupet?»

Innledningsvis spurte jeg hvilke lærdommer en kan trekke av de utviklingsprosesser som er analysert ovenfor. Og hvordan kan en tenke seg at fremtidens helsetjeneste vil organiseres – sett på bakgrunn av disse prosessene?

Det kan fremstå som risikosport å skulle utsi noe om fremtiden – men bygget inn i de utviklingsprosesser som er beskrevet foran, er det også

trekk som peker mot store endringer i sektoren – ikke bare med hensyn til forvaltningssystemet, slik jeg har antydnet foran. Som Jensen (2019, s. 270–285) viser, har det skjedd en omfattende reduksjon i sengetallet i sykehus – både for somatikk og psykiatri. På kort og mellomlang sikt vil en kunne forvente at presset på tjenestene innebærer at en ønsker å utvide sengetall og kapasitet på sykehusene, og øke krav om effektivitet i behandlingsformer og pasientlogistikk. Men på lengre sikt – i et 20–30 års perspektiv – kan utviklingen innebære en ytterligere nedbygging av sengetallet på sykehusene. Hvordan skal en tolke disse utviklingstrekkene?

Slik jeg ser det, er de trender og tendenser som er trukket frem i dette kapitlet, indikasjoner på hvordan fremtidens helsetjenester vil kunne utvikles. Fremveksten av en ny forståelse vil kunne bli forankret i begrepet «helsesystem», og kan gripe noen av de tendensene som sannsynligvis vil bli forsterket og raffinert. En hypotese er at dette på mange måter vil innebære en paradoksal utvikling – mellom de ulike delene av dette systemet.

For det første kan en se for seg at sykehuset som organisatorisk og fysisk ramme vil bli radikalt endret. En rekke forfattere (og ikke minst internasjonale konsulentselskaper) er opptatt av hvordan dette vil skje. Et representativt eksempel er Landro (2018), som spør: Hvordan vil fremtidens sykehus se ut? Og han svarer: «*The sprawling institutions we know are radically changing – becoming smaller, more digital, or disappearing completely*» (Landro, 2018, s. 1). Og han fortsetter optimistisk: Resultatet vil kunne bli billigere og bedre helsetjenester. The Deloitte Center for Health Solutions foretok en kartlegging av ulike medisinske og teknologiske eksperterers synspunkter på det fremtidige arbeidet med ulike pasientgrupper gjennom en såkalt «crowdsourcing»-metodikk i 2017, og konkluderte blant annet med at arbeidsorganisering vil bli radikalt endret på grunn av digitalisering (Gordon, Perlman, & Shukla, 2017). Undersøkelsen viste at om 10 år ville en se sentraliserte kommandosentraler og kontinuerlig digital overvåking av pasienter – som befinner seg i eller utenfor sykehuset: «*The digital hospital of the future includes an air traffic-like control system to continually monitor patients and integrate data to «chart» the «flight-paths» of the patients*» (Gordon et al., 2017, s. 5).

I disse fremtidsvyene er det lite rom for tvil: Det vil utvikles sykehus som er høyspesialiserte, basert på avansert, evidensbasert medisinsk-faglig

kunnskap, og som er kostnadseffektive med hensyn til arbeidsorganisering og nye behandlingsmetoder. Dette vil kunne skje ved at sykehus blir kompakte «high-tech 48 hours' hospitals». Digitaliseringen av helseinformasjon og nye behandlingsformer vil gjøre det mulig å konsentrere det helsefaglige arbeidet rundt ennå mer «effektive» behandlingsopplegg. Nye kirurgiske teknologier, eller medikamentbehandling der en tidligere var avhengige av kirurgiske inngrep, endrer allerede nå sykehusarbeid på radikale måter. I debatten om kapasitet og sengetall i sykehus het det på 1980-tallet at «sengen gjør ingen frisk». Og i fremtiden kan en se for seg at pleiefaglige oppgaver blir minimalisert på sykehus, samtidig som pasientene blir behandlet etter prinsippet om «raskt inn – raskt ut» i enda større grad enn tilfellet er i dag. Selv om noen hevder at sykehuset i fremtiden vil fremstå som et moderne hotell, med vennlige ciceroner, gourmet-restauranter og teppebelagte konsultasjonsrom, vil omløpshastighet og pasientflyt bli så rask at også dette kan bli kostnadseffektivt (Frost & Sullivan, 2018).

På den annen side vil sykehusets relasjoner til lokale helsetjenester også endres radikalt. Kunnskap og kompetanse vil øke i disse lokale tjenestene, og her vil en vente at faglig-medisinsk allmennkompetanse (som i dag ivaretas primært av fastlegene) vil bli supplert med nye spesialister som arbeider utenfor sykehus. Sykehuset som ramme for de medisinske støttefunksjoner vil også endres. Et eksempel kan være billediagnostikk, som på grunn av digitalisering allerede nå kan leveres 24 timer 7 dager i uken fra multinasjonale helsekonsern som befinner seg på den andre siden av jorden – noe som effektiviserer arbeidet ved at radiologene kan jobbe på dagtid der de befinner seg og levere til de sykehusene når en der kommer på jobb om morgenen. Og ikke minst: Digitalisering og velferdsteknologiske løsninger vil også innebære at stadig flere vil kunne få sin behandling og pleie i hjemmet. Digitale teknologier har allerede skapt et nytt paradigme for administrering av pasientdata, diagnostisering og levering av helsetjenester (Gordon, Perlman & Shukla, 2017; Ebbesen i Aftenposten, 24.6.2019).

Mye av denne utviklingen skjer allerede, eller er relativt forutsigbare videreføring av prosesser som allerede planlegges iverksatt, enten når nye sykehus bygges, eller i forbindelse med gjennomføringen av

de strategiene som er koplet til samhandling. En implikasjon av denne utviklingen, som altså for lengst har skutt fart, er at sykehuset forstått som et «tempel» for spesialisthelsetjenester slik vi kjente det fra den helsepolitiske debatten som er referert til foran, vil kunne forsvinne: «*In the distant future, patients may well end up **not** going to hospitals, instead having all services performed from a distance. **That** could be the future of hospitals!*» (Frost & Sullivan, 2018). Forfatterne hevder at dette ikke er så langt frem i tid – kanskje 10 –20 år. Forutsetningen for et slikt scenario er, hevder de, at de tendenser til medisinske, organisatoriske og teknologiske innovasjoner som vi nå ser vil holde frem i samme takt som hitil i dette årtusenet. Den globale utviklingen av helsetjenester – drevet frem av multinasjonale konsulentfirma og medisinske og teknologiske forskningsmiljø – kan være like vanskelig å påvirke for helsemyndigheter eller andre aktører i det helsepolitiske landskapet som annen utvikling av digitale innovasjoner.

Men en slik lineær, akselererende prosess som antydes her, vil også innebære at dilemmaene i helsetjenestene blir ytterligere forsterket. Det «medisinsk-industrielle komplekset» vil påvirke makt- og innflytelsesforhold, og stille ytterligere krav til hvordan politisk styring med tjenestene skal utøves. Spillereglene som lå til grunn for de helsepolitiske spill som er diskutert foran, er allerede blitt radikalt endret. Grunnleggende kjennetegn ved forvaltningspolitiske ordninger – for eksempel det særnorske skillet mellom spesialisttjenester og lokalbaserte, kommunale almentjenester – kan bli irrelevante. Skillet mellom «cure» og «care» kan bli ytterligere markert. Samhandling horisontalt (mellom fagområder) og vertikalt (mellom forvaltningsnivåer) vil gjennom nye informasjonssystemer endres eller viskes ut. Pasient- og yrkesroller vil endres tilsvarende – gjennom nye former for monitorering, med økte forutsetninger for egenbehandling og mer fleksible måter å benytte helsepersonell med ulik kompetanse på.

Mintzberg (1983) betegnet «den divisjonaliserte form» – konsernet – som en organisasjonsform «at the end of the road, on the edge of the cliff». Hans argument var at en løst strukturert strategisk overbygning over relativt autonome divisjoner hadde potensial for oppsplitting og fragmentering av de organisasjonene som var underlagt den overordnede

konsernledelsen. Den utviklingen som er skissert her, tilsier at oppløsningstendensene vil kunne bli ytterligere forsterket. Parallelt med dette vil forutsetningene for overordnet politisk styring bli svekket. Dette kan skje både innenfra – ved at hopehavet mellom medisinsk-faglig og teknologisk kunnskapsutvikling blir ansett som uovervinnelig – og utenfra – ved at de forvaltningspolitiske rammene som i dag eksisterer, ikke vil kunne bestå i en fremtidig digitalisert helsetjeneste.

Mitt anliggende med denne boken har vært å vise hvordan helsesektoren er preget av kontinuerlige endringsprosesser – og at disse prosessene kan bli forsterket i fremtiden, om det ikke er krefter som motvirker dem. Når det gjelder sykehusenes funksjon og arbeidsmåte, viser gjennomgangen foran at hensyn til «geografi» har endret karakter. Lokalpolitiske interesser har blitt svekket, og er nå innkapslet i nye beslutningssystemer, der medisinsk-faglige og teknologiske hensyn i større grad har fått en mer selvstendig og entydig påvirkningskraft. Alliansene mellom lokalpolitiske aktører og lokalt plasserte faglige aktører er i stor grad brutt. Alliansen mellom organiserte pasientinteresser og medisinsk-faglige interesser er på den annen side styrket. Men de dilemmaer som har kommet til uttrykk i spenningsfeltet mellom helsepolitiske spill og helhetlige strategier, er fremdeles like aktuelle i utviklingen av helsetjenestene. Det høyteknologiske, kompakte sykehuset vil i fremtiden måtte forholde seg til nye betingelser, der krav om helhetlige helsetjenester vil innramme sykehusenes rolle i helsetjenestene på en mer eksplisitt måte. Denne utviklingen kan knyttes til internasjonale utviklingstrekk der begrepet «helsesystemet» er sentralt. Dersom denne utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer videreføres, vil helsesektoren kunne bli preget av at et kompakt høyteknologisk «supersykehus» skal forholde seg til et mer helhetlig helsesystem der lokale tiltak og tjenester spiller en stadig viktigere rolle.