Helsefeltets strateger

Helsetjenesten er i økende grad blitt underlagt byråkratisk styring. Byråkratene har ikke handlet mot politikernes vilje, for politikerne har ikke hatt noen betydningsfull egenvilje. De er snarere blitt en slags saksbehandlere for politikkutformende byråkrater. I dagens Helse-Norge drives den mest betydningsfulle helsepolitikken med basis i anonym byråkratmakt som skyr den offentlige debatt.

Artikkelen er basert på et innlegg ved 20-årsjubileet til Legeforeningens forskningsinstitutt, Soria Moria, 27. mars 2012.

Rune Slagstad
rune.slagstad@hioa.no
Senter for profesjonsstudier
Høgskolen i Oslo og Akershus

Regjeringen Stoltenberg tiltrådte i mars 2000 på et moderniseringspolitisk program der omorganisering av sykehusene var et nøkkelelement. Stoltenberg var initiativtaker til sykehusreformen, og Tore Tønne (1948–2002) ble helseminister i hans regjering. Tønne, som kom fra stillingen som konsernsjef i Norway Seafoods, hadde bakgrunn bl.a. fra Statens nærings- og distriktsutviklingsfond, og det var der Jens Stoltenberg som nærings- og energiminister var kommet i kontakt med ham. Stoltenberg så i ham en omstillingsekspert. Tønne hadde reformert distriktspolitikken ved å nedlegge samtlige fylkeskommunale næringskontorer.

Sykehusreformen 2000–01

Stoltenberg ga Tønne frie hender i utformingen av den nye sykehuspolitikken – i stort tempo (1). På et sentralstyremøte i Arbeiderpartiet i august 2000 la partiledelsen, til overraskelse for de uinnvidde i styret, frem et forslag om statlig overtakelse av sykehusene og omorganisering til helseforetak. Tønne innledet og møtte sterk motstand i sentralstyret. Hans motinnleder, Gunhild Øyangen, Arbeiderpartiets sosialpolitiske talskvinne i Stortinget, konstaterte at det ikke hadde vært noen diskusjon om forslaget i partiet, og at spørsmålet om statlig overtakelse ikke var utredet: «I en så stor sak pleier jeg å ha noe skriftlig å forholde meg til.» Møtet gikk over to dager, og den andre dagen fikk ledelsen det som den ville: Sykehusene skulle bli «statsforetak». Partiledelsen ble i løpet av landsstyremøtet godt sekundert av tunge fagforbund, deriblant Sykepleierforbundet og Legeforeningen, som rykket ut i mediene med støtte til forslaget. Reformforslagene vant frem fordi ledelsen med Øyangens ord brukte «rå makt».

På Arbeiderpartiets landsstyremøte noen dager senere uttalte partileder Thorbjørn Jagland at programforslaget var «et av de viktigste reformdokumenter som er blitt lagt fram etter krigen». Vi står «foran en liten revolusjon av offentlig forvaltning».

Helseminister Tønne mente at han hadde klare forestillinger om hvordan reformen skulle se ut, dog uten at reformen var nærmere utredet og heller ikke den statlige overtakelsen. Det overordnede perspektivet på sykehusene var som kunnskapsbaserte tjenesteleverandører med effektiv ressursbruk gjennom klarere spesialisering og funksjonsdeling. Tønne innså at måling av effektivitet «ikke var like lett i et sykehus som i en fiskeribedrift», men mente på prinsipielt grunnlag at «bedre effektivitet gir bedre kvalitet». Programforslaget ble vedtatt på landsmøtet i november 2000 etter en innledning av statsråd Tønne: Det var nå tid for beslutninger og handling. Stoltenberg lovet landsmøtet høyt tempo i reformarbeidet: «Når vi først har fattet et prinsippvedtak, er det viktig med et høyt tempo i arbeidet.» Lars Erik Flatø, den gang statssekretær, uttalte i tilbakeblikk: «Man har jo vært vant til at store saker er gjenstand for egne høringer i partiet, hvor jo selve grunnenheten, altså partilagene, blir trukket inn. Dette ble jo ikke gjort her.»

Departementets høringsnotat forelå vel to måneder etter landsmøtet, i januar 2001, utarbeidet av helseministerens spesialgruppe, «Eier- og foretaksgruppen», ledet av Vidar Oma Steine (1949–2009), ekspedisjonssjef i Sosial- og helsedepartementet. Reformen var et «gigantisk prosjekt», fremholdt Tønne ved pressekonferansen for lansering av høringsdokumentet: «Det blir sikkert mange problemer. Men i denne prosessen prioriterer vi tempo høyere enn detaljer.»

Det var en viss motstand innen enkelte fagforbund og en motmelding fra en gruppe opposisjonelle leger, men Arbeiderpartiet fikk sin foretaksreform igjennom ganske uforandret, med støtte fra Fremskrittspartiet.

Fremstillingen ovenfor bygger på Sturla Herfindals studie (1). Han konkluderer med at sykehusreformen ble igangsatt «uten noen analytisk utredning av den konkrete reformen på forhånd», det var «lite fokusering på andre land», «uklar organisasjonstenkning», effektene av valg av organisasjonsform var «lite debattert», og den var preget av «høyt tempo på bekostning av utredning om fremtidige konsekvenser». Ledelsen hadde gjennomgående «stor grad av kontroll», idet den reelle innflytelsen på beslutningene lå på få hender gjennom store deler av prosessen (1, s. 166–169).

Tore Tønne var innhentet som feltfremmed strateg med stor sans for høyt tempo. Vidar Oma Steine hadde bl.a. ledet Steineutvalget om den interne organiseringen i sykehus (NOU 1997: 2 «Pasienten først!»). I kombinasjon med sykehusreformen i 2002 la det nye premisser for ledelsen i sektoren. Til den strategiske kretsen hørte også Anne Kari Lande Hasle, en av det nye regimets doldisbyråkrater (2), som hadde vært sentral i en rekke forvaltningspolitiske reformutvalg og departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet fra 1999. «Selv om det går fort i svingene, er det nødvendig med høy styringsfart dersom vi skal gjennomføre så store omveltninger,» fortalte hun i 2001 i anledning sykehusreformen mens hun samtidig minnet om at det kanskje var den mest omfattende reformen som noen gang var gjennomført i norsk forvaltning. «Reformarbeid er en tung byråkratisk prosess, derfor er det viktig å ha den politiske ledelsen i ryggen,» som hun sa med en megetsigende formulering (3).

Sykehusfusjonen i Oslo

Et viktig kapittel i sykehusreformismen er den store sykehusfusjonen i Oslo – Oslo universitetssykehus (OUS): en fusjon av tre store sykehus og, skulle det etter hvert vise seg, fisjon av et fjerde. Parallelt med overføringen av en del av pasientgrunnlaget til Akershus universitetssykehus skulle Oslosykehusene smelte sammen til et stort robust nytt sykehus. Med forventninger om snarlig samlokalisering ble det innført en helt ny organisasjonsstruktur i sykehusene. Kli-

nikker, avdelinger og seksjoner ble organisert på tvers av geografiske lokalisasjoner. Denne nye styringsmodellen skulle gi mulighet for bedre samordning av tjenestene, avvikling av dublerte funksjoner og derved bedret tilbud og betydelige innsparinger.

Tidlig på høsten 2008 uttalte Göran Stiernstedt, eieransvarlig for omorganiseringen mellom Karolinska sjukhuset og Huddinge universitetssjukhus og påtroppende leder for styret i Oslo universitetssykehus, i et internintervju på Ullevål: Stockholm-fusjonen «kom nok som et sjokk på mange», men det var viktig med «en rask avgjørelse i en såpass kompleks sak»: «Å hale ut tiden med for mange utredninger kan fort føre til redusert 'drive' for å få gjennomført slike beslutninger.» De tre første årene (2004–07) hadde man ifølge Stiernstedt spart en halv milliard på omorganiseringen. Om det for øvrig var noe Stiernstedt skulle gjort annerledes i Stockholm? Ja, det burde vært satt av «mer penger til omorganiseringen» og vært «mer fokus på de strukturelle omleggingene» (4).

I Soki Chois studie om Karolinska sjukhuset fremkommer det at det ikke gikk riktig slik Stiernstedt i 2008 hadde villet fortelle sine norske venner (5). Drivkraften var finansiell, påpeker Soki Choi, idet man ved fusjonen håpet på en effektivitetsgevinst på ca. 700 millioner kroner på tre år: «Over the three-year period (2004 to 2006), the predicted cost savings for the merger were not achieved. Eventually the original implementation plan was withdrawn and the hospital director left the organization.» (5, s. 5). Deretter tilførte eierne, Stockholms län, prosjektet ny kapital.

Mari Trommald, viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst med hovedansvar for hovedstadsprosessen til 2010, også kalt Oslo-prosessens «sjefs-sjonglør», fremholdt i et intervju i 2008 at de hadde lært av prosessene i Stockholm og København «når det gjelder faglig innretning og forankring» (6). Hun forsikret for øvrig at det for henne var ukjent at man i Oslo-prosessen hadde operert med «et konkret resultatmål på ressursbruk». Hva Trommald unnlot å nevne, var at konsulentfirmaet McKinsey, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet noen måneder tidligere, hadde forespeilet et gevinstrealiseringsbeløp på 900 millioner kroner per år, og tilsvarende beløp var fremlagt av en intern departemental arbeidsgruppe (7). I «saksframlegg» til styret i Helse Sør-Øst 20.11. 2008 var måltallet satt til 800 millioner kroner: «Det samlede økonomiske potensialet ved full samlokalisering er estimert til om lag 800 millioner kroner i reduserte driftskostnader. Av dette er ~400 identifisert knyttet til den kliniske virksomheten og ~400 for støttefunksjoner.» (8). Ved inngangen til 2012 hadde den antatte gevinstrealiseringsmaskinen Oslo universitetssykehus et akkumulert underskudd på 2,4 milliarder kroner.

I det hele tatt var det analytisk-empiriske underlagsmaterialet for gigantprosjektet bemerkelsesverdig tynt. Tilfellet Aker sykehus gir en foruroligende illustrasjon. «Spekulasjonene om at Helse Øst har en langsiktig plan om å legge ned Aker universitetssykehus, stemmer absolutt ikke,» kunne Bente Mikkelsen, styreleder ved Aker og viseadministrerende direktør i Helse Øst fortelle Aftenpostens lesere i 2003 i innlegget *Ingen fare for Aker*: «Det er viktig at realitetene i saken kommer frem. Vi skal utvide kapasiteten og gjøre sykehuset større enn i dag.» (9). Slik sto Aker-saken inntil nedleggelsen av Aker en gang på vårparten 2008 plutselig ble kastet inn i fusjonsforhandlingene.

«Et viktig kapittel i sykehusreformismen er den store sykehusfusjonen i Oslo»

Illustrasjon Supernøtt popsløyd

Konsulentbransjens halvkompetanse

I statsvitenskapelig litteratur har det vært vanlig å omtale forvaltningen som premissleverandører for politikerne. Oslo universitetssykehus illustrerer en tendens som ingenlunde er ny, men som åpenbart ekspanderer sterkt: konsulentbransjen som premissleverandører for forvaltningen. McKinsey var en sentral premissleverandør for Oslo-prosessen, også med sine organisasjonsmodeller, først ved fusjonen Rikshospitalet-Radiumhospitalet, dernest i selve hovedstadsprosessen.

De involverte høringsinstansene var enige om en samordning av spesialisthelsetjenesten mellom sykehusene i Oslo-området. De konkurrerte angivelig på en uhensiktsmessig måte fordi to eller flere sykehus i Oslo drev med de samme faglige oppgavene og derved konkurrerte om de samme pasientene. I presentasjoner fra Helse Sør-Øst gikk det frem at man hadde såkalte dublerte fagfunksjoner innenfor 23 fagfelt ved Oslo-sykehusene. Fusjonens underlagsdokumenter fra SINTEF og

McKinsey var imidlertid ikke av en slik art at de gikk inn i faglige detaljvurderinger. For å argumentere for samordning generaliserte man fag og kompetanse ved å se bort fra funksjonsfordeling og subspesialisering. Men erfaringen har vist at et flertall av disse like gjerne kan ses som en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom sykehusene, basert på forskjellige diagnosegrupper og kompetanse innen samme fagfelt. For eksempel drev man med nevrokirurgi, ortopedi og mage-tarm-kirurgi ved flere av de fusjonerte sykehusene, men de var i stor utstrekning spesialister på hvert sitt område innen fagene. Men prosessens dokumenter forutsatte at samordning skulle bli samlokalisering, som i neste omgang ville gi betydelige gevinster økonomisk, administrativt og medisinskfaglig (10–12).

Det er ganske foruroligende når utvilsomt overbetalte og faglig sett urimelig selvbevisste McKinsey-konsulenter kan innkassere et hundretalls millioner kroner i konsulentoppdrag siden 2005 på Oslo-prosessen (av det totale konsulentbeløpet på ca. 3 milliarder kroner). Ikke mindre foruroligende er det når slike konsulenter beveger seg videre fra posisjonen som premissleverandører til også å bli iverksettere av den politikken de selv har foreslått. Nestleder i styret ved Oslo universitetssykehus fra mars 2011 var Odd Chr. Hansen – gjennom mange år sjef for McKinsey Norge og gjerne omtalt som «Gudfaren» i McKinsey-miljøet. Dagen etter at Hansens navn og underlige rolle ble brakt frem for offentligheten gjennom en kronikk i Dagbladet (13), gikk han ut av styret.

Siri Hatlen, tidligere styreleder i Helse Øst, er gift med Birger Magnus, mangeårig partner i McKinsey og Schibsted-direktør. Hatlen engasjerte selv en sentral McKinsey-partner som sin coach da hun ble direktør for Oslo universitetssykehus i 2009, og hun fikk også Odd Chr. Hansen inn som nestleder i styret.

Det er ikke mitt inntrykk at det ideologiproduserende McKinsey-folket hører til det åpne samfunnets fremste agenter. Heller ikke er det lett å forstå hvorfor en så velutbygd og høyt kvalifisert forvaltning som den norske, skal måtte lene seg så sterkt på konsulentbransjens halvkompetanse. Norges forskningsråd burde gi midler til en sosiologisk studie som kikker nærmere på McKinsey-nettverket (og for så vidt øvrige konsulentselskaper), dets forgreninger og dets ekspansjon inn i de offentlige og halvoffentlige apparatene. Et nærliggende tema må være smitteeffekten på det etablerte forskningssystemet og dets faglige standard fra en gruppe som man må anta har større kompetanse til å produsere det økonomisk lønnsomme enn det faglig eksellente.

Oslo-prosessen er bemerkelsesverdig lite studert fra uavhengig faglig hold. På et tidlig tidspunkt foreslo man for Helse Sør-Østs ledelse å opprette et åpent forum ved siden av prosjektorganisasjonen, et forum der man skulle invitere til åpen dialog også med uavhengig faglig kompetanse. Helse Sør-Øst ville heller ha et følgeforskningsprosjekt, som det imidlertid ikke ble noe av.

Oslo-prosjektet er drevet frem av et styringspolitisk miljø omkring Bente Mikkelsen med liten sans for det åpne, faglig begrunnede ordskiftet. Også her har doldisbyråkratene spilt en strategisk nøkkelrolle, bl.a. Anne Kari Lande Hasle. Det kanskje mest sentrale grunnlagsdokumentet for Oslo-prosessen var *Prosjekt sykehus i hovedstadsområdet – Arbeidsdokument*, avlevert 8.10. 2004, utarbeidet av en prosjektgruppe «bestående av medlemmer fra Helsedepartementet, Helse Sør og Helse Øst, med støtte fra McKinsey & Company»: Prosjektgruppens leder var Anne Kari Lande Hasle, øvrige deltakere var Vidar Oma Steine, Andreas Diesen, Per Bleikelia, Gerd Vandeskog (Helsedepartementet), Asbjørn Hofsli, Erling Valvik, Bjørn Erikstein (Helse Sør), Tor Berge, Siri Hatlen, Bente Mikkelsen, Tore Robertsen (Helse Øst).

De skjulte strateger

Jeg har inntrykk av at det kan gjelde for helsefeltet, det jeg har observert på kulturfeltet i senere år. Kulturfeltet er i økende grad blitt underlagt byråkratisk styring, en byråkratisk styring med et visst politisk akkompagnement. Ikke slik å forstå at byråkratene har handlet mot politikernes vilje, for politikerne har ikke på dette feltet hatt noen betydningsfull egenvilje. De er snarere blitt en slags saksbehandlere for politikkutformende byråkrater, for eksempel i tilfellet nytt nasjonalmuseum, den viktigste kunstpolitiske reformen på lang tid. Perspektivet var stordriftsfordelen ved fusjonen av Kunstindustrimuseet, Nasjonalgalleriet, Arkitekturmuseet og Samtidsmuseet

«Med forventninger om snarlig samlokalisering ble det innført en helt ny organisasjonsstruktur i sykehusene»

Illustrasjon Supernøtt popsløyd

i ett anlegg. Med bakgrunn i ABM-meldingen (arkiv, bibliotek, museum) ble prosjektet initiert av en avdelingsdirektør og hans ekspedisjonssjef i Kulturdepartementet som en administrativ fusjon. Det er et byråkratisk påfunn med minimal forankring i fagmiljøene eller i det politiske miljøet. Da museumsfusjonen nådde offentligheten, var den i realiteten allerede avgjort.

Skulle jeg skrive en oppfølger av *De nasjonale strateger* med vekt på de siste to-tre tiårene, måtte tittelen bli *De skjulte strateger*. Ett sentralt tema ville bli de politikkutformende doldisbyråkratene. Er det slik i dagens Helse-Norge at den mest betydningsfulle helsepolitikken drives med basis i anonym byråkratmakt som skyr den offentlige diskurs? Om jeg skulle ha fått i oppdrag å lage en maktutredning om Helse-Norge, måtte ett kapittel hatt overskriften *Hvor mye makt har egentlig departementsråd Lande Hasle?* Arbeidstittelen måtte vel bli *Og bakom synger Lande Hasle*.

Offentlighetsallergi

Maktutrederne Tom Christensen og Per Lægreid konstaterte at gjennomslaget for «New Public Management» (NPM) i det norske systemet kom gradvis og mer forsiktig enn i sentrale angloamerikanske land. Grunnen var kulturelle tradisjoner som var lite kompatible med «New Public Management». Dette endret seg fra midten av 1990-årene, da Norge ble «en mer ivrig reformator». «New Public Management» var blitt «et virus som har satt seg fast i forvaltningsapparatet». Maktutrederne hevdet med et statsvitenskapelig understatement at det var vanskelig å konkludere med at «New Public Managment» «ikke har negative sidevirkninger, f.eks. på mulighetene for politisk styring og demokratisk kontroll» (14).

«For å argumentere for samordning generaliserte man fag og kompetanse ved å se bort fra funksjonsfordeling og subspesialisering»

Illustrasjon Supernøtt popsløyd

Olaf G. Aasland & Reidun Førde konkluderte etter en sammenliknende undersøkelse av legers faglige ytringsfrihet før og etter sykehusreformen (2000 og 2004) at legene mente at de hadde fått mindre mulighet til å si ifra til sin sine overordnede om ikke tilfredsstillende, faglige forhold i løpet av denne perioden. En forklaring antok forfatterne kunne være at arbeidsorganisasjonen forventet mer lojalitet og mindre kritikk. De fremholdt at det var viktig for pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet at legenes faglige ytringsfrihet ikke ble begrenset: Legene burde selv «arbeide aktivt for å bryte ned forestillingen om at en kultur som åpner opp for kritikk, er en ukollegial kultur» (15).

I en spørreundersøkelse utført av NRK høsten 2011 blant legene ved Oslo universitetssykehus svarte 65 % bekreftende på om de mente det var «en fryktkultur ved OUS» (16). I alt 75 % kjente til bekymringsverdige forhold med henblikk på pasientsikkerhet som en direkte følge av omstillingen. På spørsmålet om synspunkter, eventuelt bekymringsmeldinger, ble lyttet til høyere opp i systemet, svarte 57 % i svært i liten grad og 35 % i liten grad. Hele 90 % mente at omstillingen gikk for fort (16).

Det medisinske fagpersonalet er i det siste kommet med sterke rapporter om sykehusets foruroligende tilstand, etter i lengre tid å ha vært lojalt tilbakeholdende av flere grunner: avvente en utvikling med mulig bedring, svak tradisjon for deltakelse i det offentlige ordskiftet som fagpersoner, og dessuten utvilsomt engstelse for sanksjoner mot kritiske stemmer.

Da Aasmund Bredeli, tillitsvalgt for legene ved Oslo universitetssykehus, rykket ut med kritiske synspunkter i en kronikk (17), førte det til umiddelbar refs fra styrets ledelse – i et lukket styremøte (18). Statssekretær Robin Kåss hadde intet å bemerke til irettesettelsen utover at Regjeringen var «opptatt av god dialog med arbeidstakerorganisasjonene»: «Det er styret for Helse Sør-Øst RHF som i henhold til helseforetaksloven oppnevner styret for Oslo universitetssykehus HF, og eventuelle synspunkt på styrets sammensetning og fungeringsmåte må du derfor rette dit.» (e-postkorrespondanse 30.9. 2011 mellom Bredeli og helseministeren ved statssekretær Kåss). Bredeli «skjet i eget reir» ifølge Gro Balas' kultiverte formulering. Budskapet var ikke til å ta feil av: Sykehusets problemer skyldtes Bredeli og hans kritiske synspunkter. Bredeli burde tre ut av styret, fremholdt altså eierrepresentanten om den kritiske ansatterepresentanten. Hendelsen illustrerer en ganske utbredt offentlighetsallergi ved våre offentlige samfunnsinstitusjoner.

En av dem som stilltiende aksepterte Balas' grovt sjikanerende irettesettelse, var styremedlem Tor Ingebrigtsen, direktør for Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Jeg minner om «Sparr-saken» ved Universi-

tetssykehuset Nord-Norge høsten 2010. Seksjonsoverlege i geriatri, Sigurd Sparr, informerte Ingebrigtsen om at han var medforfatter av en kronikk om aldersdiskriminering som skulle trykkes i Nordlys. Sparr fikk umiddelbart et e-postsvar fra Ingebrigtsen: «Du fikk en muntlig advarsel i januar. Hvis dette settes på trykk, kan jeg ikke se at jeg har annet valg enn å gi deg en skriftlig advarsel.» Sparr oppfattet advarselen som at han hadde valget mellom å adlyde ordre eller slutte i jobben, og lot være å signere kronikken. Sparr forfulgte imidlertid saken via Legeforeningen, som med kopi til helseministeren ba Helse Nord ta affære. Ingebrigtsens forsøk på sensur av Sparr var så direkte og åpenbart truende at det glatt ville falt i domstolene, dersom det var blitt sak. Ingebrigtsen ville opplagt blitt rammet både av Grunnloven § 100 og Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 10. I så fall ville et naturlig spørsmål vært om Ingebrigtsen kunne fortsatt som sykehusdirektør. Da Ingebrigtsen innså alvoret i saken for sin egen fremtids vedkommende, krøp han til sist til korset. Det var klokt av ham. Det forunderlige er imidlertid at Tor Ingebrigtsen etter dette av Helse Sør-Øst er blitt reoppnevnt til styret i Oslo universitetssykehus.

Ikke bedre enn slike åpenbare overtredelser er de mer forsiktige, som vanskeligere kan iretteføres i retten eller andre steder. De er vanskeligere å gjennomskue, men også langt mer utbredt. Et nylig eksempel er Einar Bugge, fag- og forskningssjef ved Universitetssykehuset Nord-Norge (19), som mente at kritikken (20) fra legene Vegard Bruun Wyller og Torgeir Bruun Wyller ved Oslo universitetssykehus var dypt usolidarisk og uten forankring i medisinens verdigrunnlag. De er blant dem som uredd har kritisert offentlig fusjonens forløp. Bugge avsluttet sitt innlegg med å så tvil om forfatternes motiver. Det er til å undres over at det nettopp er en nær medarbeider av Tor Ingebrigtsen som på en slik hersketeknisk måte intervenerer mot medarbeidere i det sykehuset Ingebrigtsen er medbestyrer av.

Sentrum-periferi-aksen er sentral i norsk politikk. Ved sammensetningen av styret i Oslo universitetssykehus, der, i tillegg til direktøren ved Universitetssykehuset Nord-Norge, styrelederen er direktør for Helse Bergen, kan det virke som om det helseadministrative sentrum søker å styre nasjonens sentrale helseforetak strategisk via periferien.

Professor Knut Gjesdal ved Oslo universitetssykehus har karakterisert fusjonen ved Oslo universitetssykehus som en blanding av Moskva-prosessene og Kafka-prosessen (Knut Gjesdal, personlig meddelelse): I begynnelsen ble faggruppene, som i utgangspunktet var samstemte om de langsiktige mål, tatt med på råd, men etter hvert ble de som hadde kritiske spørsmål, uttrykte tvil eller uenighet, eventuelt fremholdt at man burde gi seg noe mer tid, utrensket. Moskva-prosessene er siden blitt avløst av en kafkask prosess med administrative direktiver fra oven.

Oslo-prosessen med dens diffuse vitenskapelige forankring virker egentlig som et ganske ideologistyrt reformprosjekt, der man ukritisk har sluttet fra det industrielle produksjonsfeltet til det medisinske helsefeltet. En svensk næringsminister omtalte som kjent, etter sammenbruddet for Tormod Hermansens fusjonsprosjekt Telenor-Telia i 1999, Norge som «den siste sovjetstat». Hvis man skulle si at Oslo-prosessen har noe sovjetisk over seg, måtte det være sovjetisk med en klar amerikansk aksent. Det dreier seg om en gigantisk sykehusfusjon, med Stortinget som et slags sandpåstrøingsorgan for en byråkratisk idé, med små muligheter for fagpersonalet til exit som følge av prosjektets monolittisk-monopolistiske karakter.

Institusjonsfremmed helsereformisme

En sentral studie om sykehusreformen er Ståle Opedal & Inger Marie Stigens bok *Helse-Norge i støpeskjeen*. På bokens siste side sier de noe ganske fundamentalt: «Hvordan de mange reformelementene i sum påvirker fagmiljøene, vet vi lite om.» (21).

«Spekulasjonene om at Helse Øst har en langsiktig plan om å legge ned Aker universitetssykehus, stemmer absolutt ikke»

Illustrasjon Supernøtt popsløyd

Jeg ser formuleringen som et symptomatisk uttrykk for den samfunnsvitenskapelige forskningssituasjonen på sykehusfeltet: en økonomisk vitenskap som blir mindre og mindre sosial, en organisasjonsteori som eksellerer i modellkonstruksjoner, og en jus som via en ekspanderende rettsliggjøring er kommet tilbake for fullt. Regimets hegemoniske verdier er økonomisk effektivitet og individuell frihet. Det som derimot stort sett

FREDAG 22. AUGUST 2003 Aftenposten

Kverneland sier opp 75 ansatte

Landbruksmaskinprodusenten Kverneland på Jæren kvitter seg med 75 medarbeidere. Det er hovedsakelig ansatte ved plogfabrikken i Klepp som rammes av kuttene. Tidligere i år besluttet konsernet å legge ned fabrikken på Nærbø, bare to mil unna fabrikken i Klepp. Flesteparten av de 130 ansatte ved fabrikken ble forespeilet ny jobb på plogfabrikken.

Det er liten etterspørsel i EU-landene som er årsaken til at omsetningen til Kverneland faller. (NTB)

- Ingen fare for Aker sykehus

Frykten for at Aker universitetssykehus skal bygges ned, er ubegrunnet. Sykehuset skal tvert imot utvides, sier styreleder Bente Mikkelsen.

THOMAS OLSEN

Den planlagte nedleggelsen av fødeavdelingen på Aker kan bety starten på en nedbygging av sykehuset, frykter ordfører Per Ditlev-Simonsen. I forrige uke skrev Aftenposten Aften at Oslo-ordføreren har sendt et brev til helseminister Dagfinn Høybråten. Ditlev-Simonsen ber Regjeringen spare fødeavdelingen. Han er også imot planene om at folk i Groruddalen i fremtiden skal ha Ahus i Lørenskog som sitt lokalsykehus.

– Spekulasjonene om at Helse Øst har en langsiktig plan om å legge ned Aker universitetssykehus, stemmer absolutt ikke, sier Bente Mikkelsen, styreleder ved sykehuset og viseadministrerende direktør i Helse Øst.

– Vi kjenner oss ikke igjen i fremstillingen. Det er viktig at realitetene i saken kommer frem. Vi skal utvide kapasiteten og gjøre sykehuset større enn i dag, sier Mikkelsen.

Også byråd Torger Ødegaard har antydet at dette kan være begynnelsen på en nedleggelse av hele sykehuset.

– Men er ikke denne frykten reell når Helse Øst både vil nedlegge fødeavdelingen og sende folk i Groruddalen til Ahus?

– Jeg skjønner at folk kan komme frem til det. Engasjement er helt flott. Vi praktiserer full åpenhet om disse planene og inviterer til diskusjon, men det hadde vært greit at man søkte informasjon hos oss først. Aker sykehus skal i fremtiden ta en del av Follos befolkning og bli adskillig større. Vi har også hovedsatsing på mange fagfelter, uttaler Mikkelsen.

En gang i oktober eller november skal helseministeren avgjøre om fødeklinikken skal nedlegges. Mikkelsen sier at det spesielle ABC-tilbudet blir tilgjengelig for flere når avdelingen flyttes til Ullevål.

– Men valgmulighetene for fødende blir mindre?

– Det blir ett sted mindre, men kapasiteten blir god nok med tre tilbud til fødende. Valgfriheten er der, sier Mikkelsen.

thomas.olsen@aftenposten.no

2 kommentarer

Aftenposten

Grunnlagt 1860 av Chr. Schibsted

Leder *mandag 21. november 2011*

Ingen vet om helsereformene virker

EN RAPPORT FRA et internasjonalt panel av forskere synes å bekrefte det vi lenge har hatt mistanke om: Kunnskapen om hvordan de store helsereformene faktisk virker, er høyst ufullstendig. Som det fremgikk av et oppslag i avisen i går, gjøres det altfor lite for å sørge for at forskere går gjennom og vurderer virkningen av reformene som er gjennomført det siste tiåret.

Rapporten er primært en evaluering av forskningen omkring helsereformene. Den trekker ingen konklusjoner om selve reformene. Men mangelen på sikker kunnskap gjør det etter vårt syn naturlig å kaste et ekstra kritisk søkelys på de omveltningene som nå er underveis, som sykehussammenslåingen i Oslo og samordningsreformen.

NÅR VELSTANDEN ØKER, øker selvfølgelig kravet om gode helsetjenester. Den teknologiske utviklingen, med stadig nye behandlingsmuligheter, trekker i samme retning.

Men stat og kommune vil neppe greie å møte alle ønsker og behov. Utfordringen forsterkes av at vi vil få en høyere andel eldre og ikke minst «eldre eldre» i befolkningen.

Derfor er det forståelig at både politikere og helsebyråkrater har sett seg om etter kraftfulle grep som kan gi en bedre utnyttelse av ressursene. Men det er farlig hvis innfallsmetoden får råde – dvs. at det blir tatt for store beslutninger ut fra ideer som kommer seilende, uten forankring hverken i fagmiljøene eller forskningsbasert kunnskap.

Vi har ved flere anledninger vært skeptiske til om de store reformene har gitt de resultater som er blitt forespeilet. Den gjennomgangen som nå er foretatt av forskningen på reformene, fjerner ikke vår tvil. Poenget er jo kort og godt at ingen vet – fordi det forskes for lite.

Vi har vært skeptiske til om de store reformene har gitt de resultater som er blitt forespeilet. Poenget er jo kort og godt at ingen vet – fordi det forskes for lite.

TILLITSMENN FOR LEGER og annet helsepersonell bruker nå rapporten fra de utenlandske forskerne til å forsterke sin kritikk mot den pågående sykehussammenslåingen i Oslo. Det har vi forståelse for. Men det kan godt hende at en viktig del av problemet er profesjonsstrid og trenering av prosessen med å flytte helsepersonell fra et sykehus til et annet. Også på dette punktet trenger vi mer kunnskap.

NESTE REFORM i helsesektoren er samordningsreformen, som er basert på tanken om kommunene kan iverksette forebyggende tiltak som gjør det forsvarlig å redusere bevilgningene til sykehusene. Igjen, tanken er besnærende, men er dessverre lite som tyder på at faktagrunnlaget er mer solid enn ved de andre store helsereformene.

I sum: Det er på tide å heve kravene både til kunnskapsgrunnlag og prosesser før det i iverksettes nye store reformer. Nå er det på tide med et krafttak for å lære av det som alt er gjennomført.

Torsdag 24. november 2011 Aftenposten

Kort sagt

Den nye profesjonsstrid

I Aftenpostens utmerkede lederartikkel «Ingen vet om helsereformene virker» 21. november påpekes det at kunnskapen om virkningen av de store helsereformene er «høyst ufullstendig», og at det er behov for «et ekstra kritisk søkelys på de store omveltningene som nå er underveis», ikke minst gigantfusjonen ved Oslo Universitetssykehus (OUS). Lederen spør med rette om fusjonskritikken ved OUS beror på «profesjonsstrid». Det gjør den utvilsomt, men på en noe annen måte enn lederen synes å forutsette: Sykehusets tradisjonelle profesjoner – leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ingeniører og teknisk personale – står samlet i opposisjon.

Ved OUS er det en ny type profesjonsstrid som utkjempes: mellom sykehusets tradisjonelle faggrupper og et ekspanderende sjikt av markedsstyrte ledelsesteknokrater med bunnlinjen som høyeste verdi. For denne nye profesjon av bunnlinjefundamentalister er McKinsey en global avantgarde som trenger seg inn i rekken av samfunnsinstitusjoner, inklusiv mediehusene. Også Aftenpostens lederskribenter kan raskt få merke den nye profesjonsstrid – om de ikke allerede har gjort det.

Rune Slagstad

professor, Senter for profesjonsstudier, Oslo

Nedslående om Amalie Skram

Spennende som en roman er Janet Gartons nyutkomne biografi om Amalie Skram *Amalie – et forfatterliv*. Her trer den store dikteren frem på sidene, slik skriver han, under overskriften «Amalie Skram uforklart». Underlig. Her stiger man tvert om opp i forklaret tilstand, og dertil bestyrket i sin tro på at landets firehodede diktertroll ville ha hett: «Bjørnson, Ibsen, Kielland og Skram» – om det ikke hadde vært for det helt usedvanlige fenomen at Skram var kvinne. Det er få mennesker som er det.

Janet Gartons velskrevne utdyping av fenomenet Skram følger opp Liv Køltzows biografi *Den unge Amalie Skram* (1992). I alt utgjør de to biografiene en fremstilling av en forfatter som ruver i norsk litteratur, og som dessuten hadde et liv minst fire ganger mer interessant enn Ibsens.

Gerd Brantenberg

forfatter

Naiv terroristjakt

I Aftenposten onsdag tar advokat Jon Wessel-Aas til orde for *ikke* å øke terrorbeskyttelsen i Norge. Det er vanskelig å forstå.

PST klarte ikke å avsløre Anders Behring Breivik, og ber departementet utvide fullmakten til å overvåke hatefulle politiske og religiøse ytringer på nettet. Klare vitnesbyrd om at mer etterretning er nødvendig om man vil stoppe terror før det skjer.

Forslaget vil også gi mer overvåking av lovlydige. Det er en rimelig pris å betale. Terroren 22. juli ledet til ufattelige lidelser for direkte berørte, og var et anslag mot Norge som vil koste minst 5 milliarder kroner.

Wessel-Aas mener økt etterretning gir illusorisk vern, og viser til USA. Men økt etterretning etter 9/11 har avverget ny terror der. Senest denne måneden ble Pimentel, en religiøs terrorist pågrepet i New York etter to års

Faksimiler fra Aftenposten vedrørende Aker sykehus (9), helsereformer (26) og profesjonsstrid (25)

er fraværende, er det sosiologiske perspektivet på sykehusene som samfunnsetiske institusjoner som bærere av kulturelle og faglige verdier som ikke uten videre fanges i økonomiske og organisatoriske modeller. Å institusjonalisere vil si, som Philip Selznick (1919–2010) skrev i sin klassiske studie *Leadership in administration,* «to *infuse with value* beyond the technical requirements of the task at hand» (22). Det virker ikke som om doldisbyråkratene – enn si deres konsulenter – kjenner sin Selznick.

Ole Berg introduserte i *Medisinens logikk* (23) demokratiteoretikeren Robert Dahls begrep om polyarki med «Sykehusets polyarki» med dets fire ulike autoritetsformer: byråkratisk regelkyndighet, profesjonell fagkunnskap, teknokratisk fagkunnskap og demokratisk deltakelse. Ole Berg har i det siste gjenopptatt denne tråden i sin studie av helseforvaltningens historie, som han har under utarbeidelse (24). Men denne sykehusinstitusjonens flerdimensjonalitet er systematisk fraværende i reformene siden 1990-årene. Heller ikke har flerdimensjonaliteten vært særlig iøynefallende ved Senter for helseadministrasjon som Ole Berg har bygd opp, i dag med det retningsgivende navnet Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Det er helseøkonomene og mer eller mindre økonomisk-administrativt orienterte statsvitere som dominerer. Ole Berg vil helst slippe å uttale seg offentlig om den senere tids helsereformisme. «De er jo alle mer eller mindre mine elever,» som han gjerne sier med en blanding av stolthet og forlegenhet. Til disse hører også Bente Mikkelsen, riktignok bare delvis, for så vidt som hun kun har en ufullført masteravhandling. En mer inngående, kritisk analyse av dette miljøet, dets premissleverandører og dets forvaltningspolitiske rolle – utover Forskningsrådets periodiske evalueringsrapporter – ville vært meget betimelig. Hvordan kunne det skje at en av norsk samfunnsforsknings få konservative menn mer eller mindre utilsiktet ble ideolog for det nye regimets sosialdemokratiske helseideologer?

En ny form for profesjonsstrid

Landet har vært hjemsøkt av simplistiske teorier, ikke bare om institusjoner, men også om profesjoner – og ikke minst forholdet mellom profesjoner og institusjoner. I løpet av få år er noen av det norske systemets kjerneinstitusjoner blitt søkt transformert til formålsrettede spesialorganisasjoner og dernest til økonomiske foretak, med identitetsnedbrytende følger for så vel profesjoner som institusjoner.

Diagnosene som ligger til grunn for deres bedrøvelige tilstand, og som krever en rask kur, er svakt dokumentert. Professor Kalle Moene vil ved Senter for fremragende forskning dokumentere på samfunnsøkonomisk vis at Norge er den beste av alle verdener. Om så er, hvorfor anlegges ikke dette perspektivet også på våre helse- og utdanningsinstitusjoner? Universiteter og høyskoler er blitt radikalt reformert ut fra det dobbelte hensyn: effektiv økonomisering og individuell valgfrihet, i et arrangement hvor pengene i økende grad skal følge studentene. Også her har det institusjonelle perspektivet – universitetenes egenart som samfunnsinstitusjoner – vært nærmest helt fraværende, f.eks. i Mjøs-utvalgets retningsgivende utredning (NOU 2000: 14 «Frihet under ansvar»).

Et av funnene i Soki Chois Stockholmstudie var at det ikke først og fremst var kulturkollisjonen mellom klinikkene på Huddinge og Karolinska som skapte fusjonsproblemene, men avstanden mellom ledelse og helsepersonell og derved konflikten mellom «managerialism» og «professionalism» (5, s. 54 ff). Hun sammenliknet bl.a. to klinikker med ulik strategi: den ene «top-down» med managementdirigering – den mislyktes, den andre «bottom-up» med den spesifikke fagkompetansen i formende posisjon – den ble vellykket.

Jeg prøvde å tematisere denne problemstillingen i Aftenposten høsten 2011 (25). Aftenpostens lederskribent hadde påpekt at kunnskapen om virkningen av de store helsereformene var «høyst ufullstendig», og at det var behov for «et ekstra kritisk søkelys på de store omveltningene som nå er underveis», ikke minst gigantfusjonen ved Oslo universitetssykehus. Lederen stilte med rette spørsmålet om fusjonskritikken ved sykehuset berodde på «profesjonsstrid» (26). «Det gjør den utvilsomt,» skrev jeg, «men på en noe annen måte enn lederen synes å forutsette: Sykehusets tradisjonelle profesjoner – leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ingeniører og teknisk personale – står samlet i opposisjon» (25). Min konklusjon var denne: «Ved OUS er det en ny type profesjonsstrid som utkjempes: mellom sykehusets tradisjonelle faggrupper og et ekspanderende sjikt av markedsstyrte ledelsesteknokrater med bunnlinjen som høyeste verdi. For denne nye profesjon av bunnlinjefundamentalister er McKinsey en global avantgarde som trenger seg inn i rekken av samfunnsinstitusjoner, inklusiv mediehusene. Også Aftenpostens lederskri-

benter kan raskt få merke den nye profesjonsstrid.» (25).

Oslo-fusjonen gir en dramatisk illustrasjon på det ytterst problematiske ved de omfattende, holistiske endringsprosjektene innen helsefeltet (men ikke bare der): nemlig at de som sitter i besluttende og gjennomførende posisjoner, ikke har den nødvendige kunnskap, innsikt og evne til å overskue de til dels utilsiktede følgene av slike gigantiske fusjoner. Og når de ikke makter å møte havet av komplikasjoner, velger de å kutte forbindelsen med fagfolkene, som ved Oslo universitetssykehus ikke bare er representanter for legeprofesjonen, men for alle dem som er helt nødvendige for pasientbehandlingen.

Rune Slagstad (f. 1945)
er dr.philos. og professor.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Herfindal S. Veien frem til sykehusreformen: en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak. Bergen: Rokkansenteret, 2008.
2. Slagstad R. Rettens ironi: studier i juss og politikk. Oslo: Pax, 2011: 300–301.
3. Sundar T. Helsebyråkratiets fargerike eminense. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1646–7.
4. Informasjon fra Ullevål universitetssykehus, publiseringsdato 19.9.2008. http: //www.ulleval.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=460&ilnfold=20313&iDisplayType=2 (1.7.2009).
5. Choi S. Competing logics in hospital mergers: the case of Karolinska University Hospital. Stockholm: Karolinska Institutet, 2011. http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/40275/1/thesis_soki.pdf (29.4.2012).
6. Refsum AL. Mari Trommald: Oslo-sykehusenes sjefs-sjonglør. Overlegen 2008; nr. 3: 14–5. http://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/Om-oss/Overlegen/Overlegen-3---2008/ (29.4.2012).
7. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om helse- og omsorgsministerens redegjørelse 26. februar 2008 om den økonomiske situasjonen ved landets helseforetak. S.innst. nr. 262 (2007–2008). www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2007–2008/inns-200708–262/1/ (29.4.2012).
8. Saksframlegg til styret i Helse Sør-Øst RHF 20.11.2008. Sak nr. 108–2008. Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen, s. 55.
9. Olsen T. Ingen fare for Aker sykehus. Aftenposten Aften 22.8.2003: 16.
10. Helse Sør-Øst RHF. Styresak 108–2008. Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst, s. 46.
11. Bente Mikkelsen. Kvalitet, medvirkning og prioritering. Møte mellom HSØ og ledelsen for OUS, april 2009.
12. Sammenslåingsaktiviteter og potensielle gevinster. OUS-styrets møte 4.6.2009.
13. Kierulf A, Slagstad R. De skjulte strateger. Dagbladet 17.10.2011: 48. www.dagbladet.no/2011/10/17/kultur/debatt/kronikk/byrakrati/sykehus/18644760/ (29.4.2012).
14. Christensen T, Lægreid P. New Public Management i norsk statsforvaltning. I: Tranøy BS, Østerud Ø, red. Den fragmenterte staten. Oslo: Gyldendal, 2001: 91–94.
15. Aasland OG, Førde R. Legers faglige ytringsfrihet. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 1838–40.
16. Grønli H, Eriksen KA. Ansatte tør ikke si hva de mener. NRK Nyheter 20.12.2011. www.nrk.no/nyheter/norge/1.7922758 (29.4.2012).
17. Bredeli A. Sykehuset kollapser. Dagens Næringsliv 27.9.2011: 3.
18. Oslo universitetetssykehus HF. Protokoll lukket behandling, styremøte 29.09.2011, Sak 106/2011 «Diskusjon av styremedlemmers rolle».
19. Bugge E. Bomskudd om sykehus. Dagens Næringsliv 20.3.2012: 32–3.
20. Wyller VB, Wyller TB. Ideologisk kollaps – menneskelig svikt. Dagens Næringsliv 12.3.2012: 26–7. http: //folk.uio.no/tbwyller/ideologisk_kollaps_bruun_wyller.pdf (29.4.2012).
21. Opedal S, Stigen IM. Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen. Bergen: Fagbokforlaget, 2005: 223.
22. Selznick P. Leadership in administration: a sociological interpretation. Evanston: Row, 1957: 17.
23. Berg O. Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
24. Berg O. Spesialisering og profesjonalisering: en beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1. 1809–1983: Den gamle helseforvaltning. Rapport fra Helsetilsynet nr. 8/2009. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009.
25. Slagstad R. Den nye profesjonsstrid. Aftenposten 24.11.2011: 6.
26. Ingen vet om helsereformene virker. Aftenposten 21.11.2011. www.aftenposten.no/meninger/Ingen-vet-om-helsereformene-virker-6702769.html (29.4.2012).

Mottatt 20.4. 2012, første revisjon innsendt 18.5. 2012, godkjent 18.5. 2012. Medisinsk redaktør Erlend Hem.