

RAPPORT

Fra eier til ombud – ny rolle for fylkespolitikkerne etter statlig overtakelse av sykehusene?

Pål E. Martinussen og Bård Paulsen

Unimed Helsetjenesteforskning

Juni 2003

**SINTEF****SINTEF Unimed**
HelsetjenesteforskningPostadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Fra eier til ombud – ny rolle for fylkespolitikere etter statlig overtakelse av sykehusene?

FORFATTER(E)

Pål E. Martinussen og Bård Paulsen

OPPDRAGSGIVER(E)

Kommunenes Sentralforbund

RAPPORTNR. STF78 A035010	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Kjell-Torgeir Skjetne	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03228-8	PROSJEKTNR. 78H501	ANTALL SIDER OG BILAG 83
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\NIS\Prosjekt\78H501\Forside.doc	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Pål E. Martinussen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2003-06-12	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Prosjektleder Jon Magnussen <i>Jon Magnussen</i>	

SAMMENDRAG

Fra 1. januar 2002 overtok staten eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, og rapporten kartlegger hvordan fylkespolitikernes rolle endres som følge av dette. Flere spørsmål er sentrale. Hvor stor makt og innflytelse hadde egentlig fylkespolitikere på helsepolitikken før sykehusreformen? Hvor og på hvilken måte sikres den demokratiske innflytelsen i helseforetakene etter reformen? Vil fylkeskommunen og fylkespolitikere fortsatt kunne ha en fornuftig og fruktbar rolle innenfor helsepolitikken i den nye modellen – og i så fall hvilken? Hvordan varierer fylkespolitikernes syn på sin helsepolitiske rolle før og etter sykehusreformen med sentrale faktorer som sosial biografi, fylkespolitisk erfaring, sektorbakgrunn, regional tilhørighet og partipolitisk bakgrunn? Rapporten er basert på en spørreundersøkelse blant alle landets fylkesrepresentanter. Bildet som tegnes av den fylkeskommunale helsepolitikken forut for sykehusreformen er langt mer positivt enn det inntrykket man har fått gjennom den offentlige debatt, idet fylkespolitikere opplevde at de hadde en reell innflytelse på utformingen av helsepolitikken. Fylkespolitikernes helsepolitiske ambisjoner har først og fremst vært knyttet til ivaretagelsen av et befolkningsperspektiv, uttrykt i målsettinger som lik tilgang til helse-tjenester og reduksjon av ventetid, mens de økonomiske og profesjonelle aspektene er tillagt mindre vekt. Analysen viser videre at et klart flertall av fylkespolitikere fortsatt ønsker å spille en aktiv rolle i helsepolitikken, og aller helst i tilknytning til en hørings- og rådgivningsfunksjon. Fylkespolitikernes vurderinger av helsepolitikken før sykehusreformen varierer både med sosial biografi, regional tilhørighet og partibakgrunn, mens synet på en framtidig helsepolitisk rolle i tillegg også avhenger av hvordan man opplevde helsepolitikken før sykehusreformen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Sykehusreformen	The hospital reform
GRUPPE 2	Nye roller for fylkespolitikere	New roles for regional politicians
EGENVALGTE	Fylkeskommunal helsepolitikk	Regional health politics
	New Public Management	New Public Management
	Demokratisk innflytelse i helsesektoren	Democratic influence in the health sector

Forord

Fra 1. januar 2002 overtok staten eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Reformen er den mest omfattende offentlige reformen noensinne, og representerer en rekke helsepolitiske utfordringer – ikke minst for de tidligere sykehuseierne; fylkeskommunene. I denne rapporten kartlegger vi på hvilken måte reformen flytter politisk makt innenfor helsetjenesten. Mer spesifikt kartlegger vi hvordan fylkespolitikernes rolle endres med den nye modellen. En rekke interessante spørsmål melder seg i kjølvannet av sykehusreformen. Hvor stor makt og innflytelse hadde egentlig fylkespolitikerne på helsepolitikken før sykehusreformen? Hvor og på hvilken måte sikres den demokratiske innflytelsen i helseforetakene etter reformen? Vil fylkeskommunen og fylkespolitikerne fortsatt kunne ha en fornuftig og fruktbar rolle innenfor helsepolitikken i den nye modellen – og i så fall hvilken? Hvordan varierer fylkespolitikernes syn på sin helsepolitiske rolle før og etter sykehusreformen med sentrale faktorer som sosial biografi, fylkespolitisk erfaring, sektorbakgrunn, regional tilhørighet og partipolitisk bakgrunn?

Rapporten bygger på en spørreundersøkelse foretatt blant alle landets fylkespolitikere, samt telefonintervjuer med et utvalg sentrale informanter i de regionale helseforetakene, og med enkelte utvalgte brukerrepresentanter. Første utsending av spørreskjemaene fant sted i midten av februar 2003, med påfølgende puring i begynnelsen av mars. I alt besvarte 467 av representantene undersøkelsen, noe som tilsvarer ca. 50 prosent av fylkespolitikerne.

Vi har samarbeidet om kapitlene 2 og 7, mens Pål E. Martinussen har hatt hovedansvaret for kapitlene 1, 4, 5 og 6, og Bård Paulsen for kapittel 3. Vi ønsker å takke Kommunenes Sentralforbund for å ha gitt oss prosjektet. Videre vil vi takke Olav G. Huseby, Geirmund Lykke og Sivert Løvseth for å ha bidratt med svært nyttige innspill og kommentarer i de tidlige fasene av arbeidet med rapporten. En stor takk går også til Hanne T. Kvam for nyttig administrativ hjelp. Endelig ønsker vi å takke informantene våre og fylkesrepresentantene som tok seg tid til å besvare spørreskjemaene våre. Til slutt vil vi takke Agenda Utredning og Utvikling ved prosjektleder Kaare Granheim for et hyggelig og interessant samarbeid med en åpen dialog underveis.

Trondheim, juni 2003

Pål E. Martinussen

Bård Paulsen

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
1 Innledning	9
2 Sykehusreformen: fra borgerstyring til brukerstyring i helsetjenesten?13	
2.1 New Public Management – en skisse.....	13
2.2 Tre sentrale elementer i New Public Management.....	14
2.3 Sykehusreformen og New Public Management	14
2.4 Markedet, kunden og samfunnsborgeren.....	15
2.5 Sammenfatning og presisering av problemstilling.....	18
3 Helseforetakenes kanaler for dialog med omgivelsene	21
3.1 Om de regionale brukerutvalgene: organisering, sammensetning og representasjonsgrunnlag	22
3.2 Brukerutvalgene: arbeidsform og saksinnhold	23
3.3 Brukerutvalgene ved de enkelte foretak.....	24
3.4 Kontaktformer mot fylkeskommunene	24
3.5 Kontaktformer med primærkommunene	24
3.6 Nye spenningsfelt i helsepolitikken	25
4 Fylkeskommunal helsepolitikk før sykehusreformen: reelt lokaldemokrati eller statlig lokalforvaltning?	27
4.1 Makt og innflytelse i den fylkeskommunale helsepolitikken.....	27
4.2 Konfliktlinjer og samarbeidsmønstre i den fylkeskommunale helsepolitikken.....	30
4.3 Det regionale helseplanarbeidet	32
4.4 Fylkespolitikernes arbeidsvilkår.....	33

4.5	Helsepolitikk før sykehusreformen: en sektor i krise?	34
5	Den framtidige fylkespolitikkerollen: fra eier til ombud?	35
5.1	Gjennomføringen av reformen: enveiskjøring fra helseforetakenes side?.....	35
5.2	Nye roller for fylkespolitikkerne	36
5.3	Kriterier og forutsetninger for en fortsatt rolle for fylkespolitikkerne.....	38
5.4	Har fylkeskommunen en framtid etter sykehusreformen?.....	39
6	Forklaringsfaktorer bak fylkespolitikernes syn på helsepolitikk før og etter sykehusreformen: en multivariat analyse	41
6.1	Analysemodell	41
6.2	Empiriske resultater: syn på helsepolitikk før sykehusreformen	44
6.2.1	Opplevd helsepolitisk innflytelse.....	44
6.2.2	Opplevd innflytelse på ulike områder av helsepolitikken	47
6.2.3	Helsepolitiske målsettinger	49
6.2.4	Opplevelse av begrensinger i helsepolitikken	52
6.2.5	Krisebeskrivelsen av helsevesenet.....	54
6.3	Empiriske resultater: syn på helsepolitikk etter sykehusreformen.....	56
6.3.1	Fylkeskommunens framtid.....	56
6.3.2	Mulige helsepolitiske roller.....	59
6.3.3	Kriterier for politiker-representasjon	62
6.3.4	Problemstillinger som fortsatt bør kreve politisk behandling lokalt/regionalt.....	65
7	Konklusjon.....	69
7.1	Fylkeskommunal helsepolitikk før sykehusreformen: mer enn demokratisk staffasje	69
7.2	Helsepolitikk etter sykehusreformen: hvilken rolle kan fylkespolitikkerne spille?	71
7.3	Mot nye former og arenaer for den lokale helsepolitikken?	73
	Referanser:	75
	Appendiks: Variabelbeskrivelse og deskriptiv statistikk for den multivariate analysen	81

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Hvor stor innflytelse anser du at de følgende aktørene hadde på den fylkeskommunale helsepolitikken? Prosent.	28
Tabell 4.2.	Hvor stor innflytelse opplevde du at fylkespolitikkerne hadde på de følgende områdene av helsepolitikken? Prosent.	29
Tabell 4.3	Hvilke <u>to</u> av disse målsettingene synes du det var særlig viktig å jobbe for i ditt eget fylke i tiden før reformen? Prosent. N = 462.	29
Tabell 4.4	I hvilken grad vil du si at følgende faktorer begrenset fylkespolitikernes innflytelse på helsepolitikken? Prosent.	30
Tabell 4.5	Hvilke type saker utgjorde de viktigste konfliktene i helsepolitikken? Prosent.	31
Tabell 4.6	Hvor viktige opplevde du at følgende konfliktlinjer var i det helsepolitiske arbeidet i ditt fylke før sykehusreformen? Prosent.	31
Tabell 4.7	Hvor sentrale har de følgende samarbeidskonstellasjoner vært innenfor helsepolitikken?	32
Tabell 4.8	Hvordan vurderte du det regionale planarbeidet innenfor helsepolitikken? Prosent.	33
Tabell 4.9	Hvor stor prosentandel vil du anslå at helsepolitikken utgjorde av de fylkeskommunale oppgavene (andel av sakene)? Prosent. N = 411.	33
Tabell 4.10	Var de administrative ressursene tilstrekkelige til å styre helsesektoren? Prosent. N = 430.	33
Tabell 4.11	I hvilken grad opplevde du at krisebeskrivelsen av helsevesenet i den offentlige debatt var dekkende for det bildet du selv hadde av sektoren? Prosent. N = 461.	34
Tabell 5.1	Innebærer det økonomiske oppgjøret i forbindelse med reformen en bedre eller dårligere situasjon for din fylkeskommune? Prosent. N = 453.	35
Tabell 5.2	I hvilken grad har helseforetakene brukt fylkespolitikkerne som rådgivere i gjennomføringen av reformen? Prosent. N = 459.	35
Tabell 5.3	Er det etablert noen form for kontakt/konsultasjonsorgan mellom helseforetaket og fylkeskommunen i ditt fylke? Prosent. N = 423	36
Tabell 5.4	Mener du at fylkespolitikkerne fortsatt bør ha en aktiv rolle i helsepolitikken? Prosent. N = 456.	36
Tabell 5.5	Dersom fylkespolitikkerne fortsatt skal spille en aktiv rolle i helsepolitikken, hvor viktig er synes du i så fall følgende funksjoner/roller er? Prosent.	36

Tabell 5.6	Hvilke typer problemstillinger bør fortsatt kreve en form for politisk behandling eller høring regionalt/lokalt i	37
Tabell 5.7	Hvilke kriterier bør ligge til grunn for en eventuell formalisering av fylkespolitikernes rolle i helsepolitikken gjennom f.eks. representasjon i helseforetakenes styre, utvalg, komiteer, e.l.? Prosent.	38
Tabell 5.8	Hvor viktige forutsetninger er de følgende forhold for at fylkespolitikerne fortsatt skal kunne spille en aktiv rolle i helsepolitikken? Prosent.	39
Tabell 5.9	Er du enig i en påstand om at fylkeskommunen etter reformen er blitt mindre interessant for politikerne? Prosent. N = 458.	39
Tabell 5.10	Bør fylkeskommunen legges ned? Prosent. N = 460.	39
Tabell 6.1	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av ulike aktørers innflytelse på helsepolitikken før sykehusreformen. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	46
Tabell 6.2	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av egen innflytelse på ulike områder av helsepolitikken før sykehusreformen. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	48
Tabell 6.3	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes prioriteringer av ulike helsepolitiske målsettinger før sykehusreformen. Estimert med logistisk regresjon. Ustandardiserte beta-koeffisienter med standardfeil i parentes. N = 467.	51
Tabell 6.4	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av ulike faktorerers begrensning av helsepolitisk innflytelse før sykehusreformen. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	53
Tabell 6.5	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av krisebeskrivelsen av helsevesenet. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes. N = 415.	55
Tabell 6.6	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk før reformen for fylkesrepresentantenes vurdering av fylkeskommunens framtidige rolle. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	57

Tabell 6.7	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk før reformen for fylkesrepresentantenes vurdering av mulige framtidige roller for fylkespolitikkerne. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	60
Tabell 6.8.	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk for fylkesrepresentantenes syn på kriterier for representasjon. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	63
Tabell 6.9	Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk før reformen for fylkesrepresentantenes vurdering av hvilke problemstillinger som fortsatt bør kreve politisk behandling eller høring lokalt/regionalt i helsepolitikken. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.	65

1 Innledning

Den 1. januar 2002 overtok staten eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Reformen omfatter 100 000 arbeidstakere og 40 milliarder helsekroner, og er i norsk offentlig målestokk en av de mest omfattende noensinne. Det uttalte formålet med reformen er å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og på den måten legge bedre til rette for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001). Sentrale elementer i reformen er økt fristilling av sykehusene, sentralisering av makt til staten, økt bruk av kontrakt som styringsform, profesjonelle istedenfor part-sammensatte styrever, større skille mellom helsepolitikk og tjenesteproduksjon, og økt valgfrihet for pasientene. Reformen kan slik ses som en del av den markedsorienterte reformbølgen som under samlebetegnelsen New Public Management har skylt inn over den offentlige sektor i mange land de siste årene (f.eks. Hood, 1991; Osborne & Gaebler, 1992; Kooiman, 1993; Baldersheim & Ståhlberg, 1994; Naschold, 1995; Bekke m. fl., 1996; Flynn & Strehl, 1996; Olsen & Peters, 1996; Ståhlberg, 1996; Wamsley & Wolf, 1996; Kickert, 1997; Lane, 1997; Peters & Savoie, 1998; Stoker, 1999). Rent konkret innebærer reformen en avvikling av fylkeskommunen som det politiske forvaltningsnivå for styring av sykehusene, og en etablering av fem selvstendige regionale helseforetak som tilsvarer de tidligere helseregionene. Innenfor de enkelte regionale helseforetakene etableres det sykehusforetak med egne vedtekter og styrever. Statens styringsmuligheter vil derfor primært skje gjennom møtene i foretakene, som tilsvarer generalforsamlingen i andre typer av selskaper. Reformen innebærer dermed et klart brudd med tidligere norske forvaltningstradisjoner (jfr. Pettersen, 2001).

Allerede i perioden før statlig overtakelse av sykehusene var imidlertid fylkeskommunen som arena for helsepolitisk styring under betydelig press, først og fremst gjennom formaliseringen av det regionale helseplanarbeidet. Planarbeidet startet opp våren 1999, planene ble vedtatt i fylkeskommunale organer høsten 2000, og gjort gjeldende fra årsskiftet 2000/2001. Hensikten med planarbeidet var å styrke mulighetene for statlig styring, og å legge til rette for en sterkere vektlegging av arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. En evaluering av planarbeidet beskriver det som utpreget 'top-down'-basert: "det er en utbredt oppfatning at statens styring av planprosessene har vært sterk og konkret. (...) Særlig politikerne ser ut til å ha vært overrasket over detaljstyringen fra statens side når det gjelder forskrifter og bestemmelser om innhold og utforming av planen" (Finstad m.fl., 2001: 7). Det regionale helseplanarbeidet introduserte nye rammer for det politiske arbeidet i fylkene. Staten ble en tydeligere motpart til det lokale systemet, og den tradisjonelle dimensjonen av fordelingskonflikter fylkene imellom ble nok mange steder tonet ned i forhold til en generell opplevelse av økt statlig styringsvilje. Når staten overtar sykehusene er det med andre ord innledet en prosess som innebærer en betydelig omforming av fylkespolitikernes rolle i helsepolitisk sammenheng. I praktisk helsepolitikk knytter det seg mange og kompliserte problemstillinger til samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse-tjenester. Bortfall av det fylkeskommunale nivået i helsepolitisk sammenheng innebærer at forholdet mellom staten – gjennom helseforetakene – og det primærkommunale nivået blir aksentuert. Helseforetakene og primærkommunene blir både samarbeidspartnere og mot-spillere – både regionalt og rundt det enkelte sykehus. Det er rimelig å anta at helseforetakene vil legge betydelig vekt på å bygge opp strukturer for konsultasjon og samarbeid med det primærkommunale nivået. Mer interessant er imidlertid spørsmålet om den rolle som eventuelt blir fylkeskommunen til del i den nye modellen. Er det en risiko for at den største

praktiske konsekvensen av den statlige overtagelsen av sykehusene på sikt blir at fylkeskommunen legges ned som forvaltningsnivå?

Formålet med denne rapporten er å kartlegge hvordan rollen for fylkespolitikere endres som følge av reformen. Sykehusreformen innebærer nye betingelser for demokratisk innflytelse på styringen av sykehusene, og disse problemstillingene har vært lite berørt i den offentlige debatten. Det er først og fremst to sentrale tiltak ved reformen som bidrar til å endre styringen av sykehusene: for det første betyr statlig eierskap av sykehusene at befolkningen må få gjennomslag for sine interesser i *ett* sentralt politisk organ framfor i *mange* desentraliserte folkevalgte organer – noe som selvsagt vil være vanskeligere, og for det andre begrenser loven om helseforetak den politiske styringen av selve sykehusdriften. Det er imidlertid liten tvil om at prioriteringer innenfor helsevesenet fortsatt vil og må være en politisk prosess. Som Vareide (2001) påpeker, er helsetjenesten i stor utstrekning styrt nedenfra gjennom medisinsk og teknologisk utvikling, noe som ofte skaper et press for ytterligere ressurser. Dette innebærer at vanskelige og kontroversielle valg nødvendigvis må tas av et overordnet styringssystem, og et problem som framheves i forbindelse med den nye reformen og etableringen av de regionale helseforetakene er hvordan slike prioriteringsprosesser skal foregå. Mens fylkespolitikere tidligere kunne utøve direkte innflytelse på helsepolitiske prioriteringer som eiere av sykehusene, er dette ansvaret nå lagt til de nye helseforetakene – der de politiske rammer og styring forutsettes lagt av Storting og regjering. Det er imidlertid vanskelig å se for seg at Stortinget kan engasjere seg tungt og detaljert nok i slike prioriteringsprosesser til at de forankres konstitusjonelt i det politiske systemet. Enkelte har derfor uttrykt bekymring for at reformen vil flytte makt fra politikere, pasienter og helseprofesjoner til bedrifter og økonomer i helseforetakene (jfr. Haug, 2001).

Ved hjelp av en spørreundersøkelse foretatt blant alle landets fylkespolitikere, samt intervjuer med sentrale aktører i de regionale helseforetakene, tar vi i denne rapporten sikte på å avdekke på hvilken måte reformen flytter politisk makt innenfor helsetjenesten. Mer spesifikt tar vi sikte på å kartlegge fylkespolitikernes rolle i helsepolitikken både *før* og *etter* sykehusreformen. Følgende hovedproblemstillinger danner utgangspunktet for rapporten:

1. Hvor stor makt og innflytelse hadde egentlig fylkespolitikere på helsepolitikken før sykehusreformen?
2. Hvor og på hvilken måte sikres den demokratiske innflytelsen i helseforetakene etter reformen?
3. Vil fylkeskommunen og fylkespolitikere fortsatt kunne ha en fornuftig og fruktbar rolle innenfor helsepolitikken i den nye modellen – og i så fall hvilken?
4. Hvordan varierer fylkespolitikernes syn på sin helsepolitiske rolle før og etter sykehusreformen med sentrale faktorer som sosial biografi, fylkespolitisk erfaring, sektorbakgrunn, regional tilhørighet og partipolitisk bakgrunn?

Sykehusreformen innebærer selvsagt ikke at politikken i helsesektoren forsvinner, og det sentrale spørsmålet blir derfor ganske enkelt til *hvilken arena* helsepolitikken forskyves som følge av reformen. En kan se for seg flere sannsynlige perspektiver. En mulighet er at de lokale og regionale helsepolitiske problemstillingene løftes opp på det nasjonale politiske nivå, ved at lokal- og fylkespolitikere tar opp viktige saker gjennom sine partikolleger i Storting eller regjering. En slik modell vil i så fall være i tråd med intensjonene bak sykehusreformen, der det forutsettes et skille mellom utforming av helsepolitikk nasjonalt og produksjon av helsetjenester i helseforetakene. En annen mulighet er at fylkespolitikernes funksjon innenfor helsepolitikken får karakter av en slags ombudsrolle, ved at politikere inntar en funksjon som kritisk overvåker av helseforetakene og som innbyggernes talerør og forsvarer ved sentrale helsepolitiske beslutninger. En tredje mulighet er at reformen fører til en sterkere politisering av brukerutvalgene, ved at partipolitiske hensyn og konflikter får en langt mer dominerende rolle enn forutsatt.

Tilgangen til data fra fylkespolitikerne selv gjør det mulig å belyse en rekke sentrale spørsmål i tilknytning til problemstillingene skissert ovenfor. For å kunne kartlegge i hvilken grad reformen faktisk innebærer en 'avpolitisering' av helsepolitikken, er det for det første nødvendig å kartlegge situasjonen forut for reformen. Som kjent innebar det fylkeskommunale eierskapet av sykehusene langt fra det samme som at politikere hadde mulighet til å prioritere sykehusene slik de selv ønsket: både sterke statlige restriksjoner på fylkeskommunenes prioriteringer og den tilgjengelige arbeidskraften på leger la sterke føringer på de helsepolitiske prioriteringene. Spørsmålet er derfor hvordan betingelsene for politisk styring var *før* sykehusreformen. Hvor stor reell innflytelse hadde fylkespolitikere egentlig på utformingen av helsepolitikken som eiere av sykehusene, og hvor stor innflytelse hadde andre aktører som f.eks. fylkesbyråkrater, sentrale fagmyndigheter, helseprofesjonene, sykehusene, massemedia og pasientorganisasjoner? På hvilke helsepolitiske områder hadde politikere størst innflytelse? Hvilke faktorer begrenset den politiske innflytelsen? Hvilke var de viktigste konfliktlinjene og de mest sentrale samarbeidskonstellasjonene i helsepolitikken før reformen?

For det andre gir datamaterialet oss også muligheten til å belyse en rekke spørsmål knyttet til fylkeskommunens framtidige rolle innenfor helsepolitikken. Hvilke helsepolitiske problemstillinger mener fylkespolitikere fortsatt bør kreve en form for politisk behandling eller høring? Bør fylkespolitikere fortsatt spille en aktiv rolle i helsepolitikken, og i tilfelle hvilken? Hvilke kriterier bør ligge til grunn for en eventuell formalisert representasjon av fylkespolitikere i f.eks. utvalg eller komiteer?

Endelig er det naturligvis også av interesse å kartlegge hvordan fylkespolitikernes syn på betingelsene for helsepolitisk innflytelse før og nå avhenger av deres bakgrunn. Rapporten inneholder derfor en multivariat analyse der vi relaterer fylkespolitikernes vurderinger til en rekke sentrale bakenforliggende faktorer som kjønn, alder, utdanning, fylkespolitisk erfaring, sektorbakgrunn, regional tilhørighet og partitilhørighet. I analysen av fylkespolitikernes vurderinger av sin framtidige helsepolitiske rolle inkorporerer vi i analysen i tillegg også variabler som indikerer deres syn på ulike aspekter av helsepolitikken *før* reformen.

Rapporten er organisert på følgende måte. I neste kapittel knytter vi de sentrale elementene av sykehusreformen opp til New Public Management doktrinen. Selv om de empiriske analysene i liten grad inneholder eksplisitte referanser til New Public Management, representerer disse ideene likevel det teoretiske rammeverket som sykehusreformen – og dermed problemstillingene – bør forstås innenfor. Hovedpoenget i kapitlet er at sykehusreformen innebærer en overgang fra et borgerperspektiv til en mer brukerorientert styring – noe som vil kunne ha store konsekvenser for den demokratiske styringen av helsesektoren. I kapittel 3 gis det så en oversikt over de ulike ordningene som så langt er kommet på plass for å sikre brukerinnflytelse i helseforetakene. Hovedvekten er naturlig nok på de regionale brukerutvalgene, og vi fokuserer på aspekter som organisering, sammensetning, representasjonsgrunnlag, arbeidsform, saksinnhold og ikke minst kontaktformer mot fylkeskommunene og primærkommunene. Den empiriske analysen tar utgangspunkt i den landsomfattende spørreundersøkelsen blant fylkespolitikere, og består av tre deler. Kapittel 4 kartlegger først betingelsene for politisk styring av spesialisthelsetjenesten før sykehusreformen, mens kapittel 5 belyser hvordan fylkespolitikere betrakter sin rolle innenfor den nye modellen. Deretter inneholder kapittel 6 den multivariate analysen, der fylkespolitikernes oppfatninger knyttes til en rekke bakgrunnsvariable som representerer sosial biografi, geografisk tilhørighet og partipolitisk bakgrunn. Kapitlet inneholder en analyse både av fylkespolitikernes vurderinger av helsepolitikken før reformen såvel som av deres synspunkter på en eventuell framtidig helsepolitisk rolle. Endelig inneholder kapittel 7 konklusjon og avsluttende kommentarer.

2 Sykehusreformen: fra borgerstyring til brukerstyring i helsetjenesten?

Da staten overtok sykehusene ble spesialisthelsetjenesten fristilt fra lokale politiske styringsorganer i fylkeskommunene, og den politiske styringen lagt til statlige organer. Likevel karakteriserer helseministeren den nye forvaltningsordningen for helsetjenesten som "lokal makt, sentralt ansvar":

"De nye helseforetakene skal bli et redskap for nasjonalt fastsatt helsepolitikk. Samtidig må mer makt og ansvar plasseres ute i systemet. Statlig eneansvar må gå sammen med desentralisering av ansvar. Hvis ikke er jeg redd reformen mislykkes."

(Helseminister Dagfinn Høybråten, kronikk i Aftenposten 6/12-02)

Det er imidlertid klart at når 'systemet' – og ikke fylkespolitikere – utøver makten lokalt endres også forholdet mellom det systemet som er ansvarlig for å gi oss helsetjenester og vår rolle som samfunnsborgere og brukere av helsetjenesten. I dette kapitlet skal vi drøfte overgangen fra politikerbaserte til systembaserte beslutningsstrukturer i helsetjenesten. Vi tar utgangspunkt i en diskusjon av en del sentrale trekk ved New Public Management som rammeverk for forstå endringene i helsesektoren. Avslutningsvis vil vi drøfte implikasjonene av dette for vår analyse av fylkespolitikernes beskrivelse av endringene i politikkområdet helsetjenesten, og for de anbefalinger fylkespolitikerne gir for sin egen fremtidige rolle på dette feltet.

2.1 New Public Management – en skisse

Begrepet New Public Management har vokst fram som en samlebetegnelse på det omstillings- og fornyelsesarbeidet som har funnet sted innen offentlig sektor i en rekke vestlige land i løpet av det siste tiåret. Konseptet New Public Management rommer en rekke ulike elementer, men et generelt fellestrekk er ideen om at offentlig sektor bør lære av privat sektor for å forbedre seg (jfr. Osborne & Gaebler, 1992). New Public Management vektlegger derfor kostnadseffektivitet og produktivitet på bekostning av mer tradisjonelle måter å bedømme offentlige organisasjoner på, som demokrati, offentlig etikk og rettssikkerhet (jfr. Lundquist, 1998). Kjernen i de fleste reformene som rommes av begrepet er knyttet til delegering av myndighet internt til ledere på lavere nivåer, endring av styring i retning av mål-/resultat-/kvalitetsstyring, tilrettelegging for markeds- og konkurranseorientering, og utvikling av bedre muligheter for brukerorientering og medvirkning fra borgerne. Framveksten av denne markedsorienterte modellen bygger først og fremst på den såkalte 'public choice'-skolen (se f.eks. Tullock, 1965; Niskanen, 1971; 1973; Mueller, 1997). Svært enkelt kan 'public choice' sies å anvende økonomiske metoder på studiet av politikk (Mueller, 1997). Utgangspunktet for 'public choice'-skolen er problemene knyttet til det å avdekke den 'egentlige' etterspørselsfunksjonen for kollektive goder i et samfunn (jfr. f.eks. Samuelson, 1954; 1955; 1958; Savas, 1987). Hovedpoenget er at strukturene i store offentlige byråkratier simpelthen skaper incentiver for byråkratene til å kreve større budsjetter og til å produsere flere goder enn samfunnet normalt ville velge å betale for – samtidig som det skapes

få incentiver for byråkratene til å søke høyere produksjons- eller allokeringseffektivitet. 'Public choice'-teoretikernes løsning for å motvirke den uhensiktsmessige ekspansjonen i offentlige utgifter som følger av dette er derfor større bruk av markedet og markedsmekanismer. Med utgangspunkt i disse intellektuelle røttene har New Public Management vokst fram som et begrep som brukes både deskriptivt, analytisk og preskriptivt; dvs. både som beskrivelser av nyere utviklingstrekk innen offentlig sektor i en rekke vestlige land, i analyser og forklaringer av denne utviklingen, og som råd for videre reformtiltak (Lian, 2003).

2.2 Tre sentrale elementer i New Public Management

Basert på de mange og ulike bidragene innenfor New Public Management skiller Øgård (2000) mellom tre hovedelementer. For det første inneholder betegnelsen en felles *tro på ledelse*. Som Øgård uttrykker det, er det "med lederen i sentrum at en ny og mer dynamisk organisasjon skal tuftes", ved at det "gjennom ulike tiltak skal (...) gis rom for ledelse, samtidig som det blir stilt krav til resultater og måloppnåelse" (s. 32). En av de tidlige bidragsyterne til New Public Management legger således vekt på behovet for profesjonell ledelse; dvs. at lederne av offentlige organisasjoner har reell innflytelse og står personlig ansvarlig for resultatene (Hood, 1991). Hood anbefaler videre at offentlige ledere bør ta i bruk rekrutteringssystemer fra privat sektor som sikrer riktig sammensetning av staben og incentivsystemer som belønner gode resultater, og at enheter som driver offentlig tjenesteproduksjon skilles ut fra politisk og strategisk ledelse. Øgård (2000) understreker likevel at denne troen på ledelse også inneholder sterke innslag av mer 'Human Relations'-inspirert ledelsesforskning, som søker å kombinere den økonomiske vinklingen med de mer mellommenneskelige relasjonene i organisasjonen (f.eks. Deal & Kennedy, 1981; Peters & Waterman, 1982; Schein, 1997).

Et annet sentralt element innenfor New Public Management-tankegangen kan knyttes til en overgang fra direkte autoritet til *indirekte kontroll* i styringen av forvaltningen. Sentralt her står behovet for marked, kontrakter og konkurranseeksponering for å unngå sløseri, og som en motvekt til egeninteressen blant offentlig ansatte. Ifølge Øgård (2000) søker man å oppnå fleksibilitet gjennom nedbryting av de store integrerte organisasjonene i selvstendige kostnads- og ressursentre med stor grad av autonomi. Det finner med andre ord sted en overgang fra styring gjennom regler og rutiner til mål, resultater, kvalitet og konkurranse. Hood (1991) legger f.eks. stor vekt på eksplisitte standarder og resultatmål, siden dette gjør det mulig å fastslå om virksomheten oppnår de forutsatte resultater.

Det tredje aspektet ved New Public Management betegner Øgård (2000) som en *bruker/borgerfokusering*. Den sentrale tankegangen her er at offentlig forvaltning legger for liten vekt på å fremskaffe informasjon om innbyggernes preferanser, og at organisasjonen derfor bør innrettes bedre for å øke innflytelsen og medvirkningen fra innbyggernes side. Fraværet av et marked som kan signalisere den 'egentlige' etterspørselen etter tjenester *nødvendig* gjør mekanismer som kan forbedre flyten av informasjon fra innbyggerne og inn i beslutningsprosessene. Ideen bak de ulike variantene av bruker-/borgerorienteringen er at de "på en eller annen måte trekker veksler på kjente begreper og tilnæringsmåter fra det private næringslivet når det gjelder håndtering av kunderelasjonen og tilpasser denne til offentlige organisasjoner" (Øgård, 2000: 34).

2.3 Sykehusreformen og New Public Management

Utviklingen innen norsk helsetjeneste i retning av mer markedsorienterte modeller har pågått i mange år, og har gradvis lagt grunnen for sykehusreformen. Pettersen (2001) fastslår at styringsperspektivet i sykehussektoren i større grad er blitt basert på etterspørselsmekanismer og markedsideologi, og at denne bedriftsorienteringen reflekteres godt i de organisasjonsformene som sykehusene tar i bruk, med begrep som divisjoner, senterstruktur og enhetlig ledelse. Denne utviklingen sammenfaller med styringsmodeller som vektlegger "målstyringskonseptet, konkrete resultatkrav og ny 'management'-orientert lederstil med vekt på resultatorientering, administrativ profesjonalisme og mindre politikerinnflytelse"

(Pettersen, 2001: 2186-7). Det er en økende tendens til å definere brukere som konsumenter og til å vektlegge frie valg – en utvikling som bl.a. gjenfinnes i de nye pasientrettighetslovene, der retten til fritt sykehusvalg er et nytt og sentralt element. Pettersens hovedpoeng er at det er innført en tilbyder-etterspørsel-logikk som styringsfilosofi i norske sykehus, der det er pasientens etterspørsel og ikke den politiske debatt som bestemmer budsjettilgangen. Tilsvarende peker også Vareide (2001) på en rekke sentrale virkemidler i norsk helsetjeneste som er tydelig inspirert av New Public Management, som økt incentivbruk gjennom innsatsstyrt finansiering, større fokus på resultatmål og sammenlignbare data mellom sykehus, fritt sykehusvalg, større fokus på lederroller og lovbestemmelser om enhetlig ledelse, og den nye helselovgivningingen som knytter ansvar til ledelsesposisjoner framfor profesjonsutdannelse.

Sykehusreformen er basert på to hovedelementer (jfr. Ot. prp. nr. 66, 2000-2001). Det første er at *staten overtar eierskapet* til de fylkeskommunale sykehusene og de øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Det viktigste argumentet for statlig eierskap er at staten får en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten, ved at både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskap samles på en hånd. For befolkningen og sektorens aktører vil det ikke lenger være noen tvil om at det er staten som har både det formelle og reelle ansvar for forholdene i sykehussektoren, noe som igjen vil kunne forebygge uverdige spillsituasjoner om hvem som har ansvaret. Det andre hovedelementet i sykehusreformen er at *virksomhetene organiseres i foretak*. Storparten av statens virksomhet er som kjent organisert som forvaltningsorganer. Forvaltningsorganisering brukes for statlig virksomhet der politisk og konstitusjonelt ansvar utøves, og som derfor er underlagt mulighet for direkte styring og ledelse fra overordnet politisk hold når det gjelder den løpende driften. Innføringen av foretaksorganisering innebærer derfor et brudd med tidligere norske forvaltningstradisjoner, siden dette representerer en ny styringsfilosofi: organisering i foretak markerer nemlig et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Som det framheves i lovforslaget til sykehusreformen, er ett av siktemålene å "gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift" (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001: 21). Grunnfilosofien i New Public Management om "å la ledere lede" skinner dermed klart igjennom i sykehusreformen: "ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige foretak, legges forholdene bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar" (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001: 29). Videre understrekes det at ansvar må presiseres og målrettes, og at myndighet og handlefrihet må koples til ansvaret. Organiseringen av helseforetakene som egne rettssubjekter med eget styre skal nettopp bidra til å ansvarlig- og myndiggjøre de enheter som står for selve produksjonen av sykehustjenester. Det framheves derfor i lovforslaget at ledelsen må få styring og ansvar for alle innsatsfaktorer, myndighet til å velge en organisatorisk struktur som fremmer virksomhetens formål, og et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivåer. Sykehusreformen kan derfor like mye ses som en ansvars- og ledelsesreform som en eierskapsreform. De sentrale stikkordene er nettopp de samme som ofte knyttes til New Public Management-doktrinen: klare målsettinger, resultatkrav og, ikke minst, profesjonell og reell ledelse.

2.4 Markedet, kunden og samfunnsborgeren

Den økende dominansen av New Public Management og markedsideologi i offentlig sektor generelt, og i helsevesenet spesielt, har ikke skjedd uten debatt. Øgård (2000) gir en god oversikt over debatten i de nordiske landene. En viktig del av debatten rundt New Public Management er spørsmålet om i hvilken grad en individentsentrert bruker- og kunderolle kan fortrenge borgerrollen. Her settes det spørsmålsteget ved om økt brukerorientering virkelig er en form for demokratisk myndiggjøring, siden en bevegelse i denne retningen kan underminere det representative demokratiet (f.eks. Eriksen & Weigård, 1993; Rose, 1997). Har det noen betydning for oss om det er gjennom rollen som kunde eller samfunnsborger vi påvirker helsetjenestens virkemåte?

Christensen og Lægheid (2001) diskuterer kunderollen versus borgerrollen som to alternative måter å forstå påvirkningsforholdet mellom den enkelte og velferdsstaten. Borgerrollen er knyttet til ideen om at enkeltindividets viktigste mulighet til å påvirke den statlige produksjonen av tjenester på er knyttet til det representative demokratiet. Gjennom stemmeseddelen kan en prøve å sikre det parlamentariske grunnlaget for de en mener med størst sannsynlighet vil kunne utforme et vedferdstilbud i tråd med ens egne verdier. Kunderollens makt er knyttet til den enkeltes valg på et marked av alternative tilbud. Olsen (1988) beskriver New Public Management som en 'supermarked-stat'. Supermarked-statens oppgave er å produsere offentlige tjenester med størst mulig grad av produktivitet og fleksibilitet. For den som produserer varer eller tjenester for et marked er utfordringen å finne fram til det produktet som flest mulig vil ha, og produsere dette på en mest mulig effektiv måte. Det gir en effektiv tjenesteproduksjon. Betyr det at supermarkedstaten totalt sett er den som tjener befolkningen best?

"In practice it is highly likely that public services made available through competition between public and private providers will produce more efficient services than without such competition, as shown by many studies (Dornberger & Jensen, 1997; Dornberger & Rimmer, 1994). One general reason for this is that provision of public services has traditionally taken into consideration many other factors, such as equality, geography, rights and service specific factors, alongside the efficiency aspect. In this respect, the simpler the service, the easier the task and the fewer other factors to be taken into consideration, the greater the efficiency gains. The question is whether this is desirable from a wider political and democratic point of view. Market and efficiency concerns will for instance be easier to fulfill in large political-administrative units than in small municipalities, and will thus enhance centralization".

Christensen og Lægheid, 2001: 15)

Christensen og Lægheid peker på at supermarkedstaten, gjennom sin kunde- og effektivitetsorientering, kan få et endimensjonalt fokus: mer effektiv tjenesteproduksjon, der andre hensyn må tones ned. Den tradisjonelle, politisk styrte velferdsstaten, med en sammensatt politisk ledelsesstruktur der ulike interesser var representert, hadde en tendens til å prøve å bygge inn mange ulike verdier i tilbudet til befolkningen. Det kunne være rettferdig geografisk fordeling, spesielle tilpasninger for brukere med spesielle behov, eller rett og slett kompromisser mellom motstridende interesser og synspunkter. Slike hensyn kan gjøre tjenesteproduksjon både dyrere og mindre effektiv. I supermarkedstaten er den direkte politiske styring kontraproduktiv og ansett som et 'rusk i maskineriet':

"The supermarket model is a customer-driven approach, where the public interest is defined by a series of 'bottom-up' processes, that permit each agency and its clients to determine the content of public policy (Peters, 1998). (...) According to this model administrative reforms are apolitical or even anti-political (Fredrickson, 1996). Thus, political bodies and politicians tend to be seen as almost illegitimate actors who obstruct efficiency."

(Christensen & Lægheid, 2000: 14)

Jensen (2002) drøfter konsekvensene av at borgerrollen faller bort, og av at kunde-/brukerperspektivet tillegges økende vekt i utformingen av offentlige tjenester:

"En viktig, om ikke den viktigste oppgaven for demokratiet, er å drøfte hva som er rett og hva som er galt. Hva er gode eller dårlige løsninger for kommunens innbyggere? Dette spørsmålet finner man ikke svar på ved å summere folks preferanser eller ensidig fokusere på budsjettbalansen. Det er heller ikke nødvendigvis slik at det som er mest effektivt å gjøre også er det riktige valget ut fra rettferdighetsbetraktninger. Slike spørsmål involverer oss innbyggere som

borgere i den offentlige aktiviteten og krever en offentlig og politisk debatt hvor prioriteringer settes inn i et helhetsperspektiv.”

(Jensen, 2002: 44)

Kunderollen er individuell. Vi etterspør tjenester som passer for oss, og er lite opptatt av hva folk i en annen situasjon etterspør. Praktiske og organisatoriske hjelpemidler for de som produserer tjenester i dette perspektivet er brukerutvalg og brukerundersøkelser – som fanger opp summen eller gjennomsnittet av det folk vil ha. Borgerrollen derimot er samfunnsmessig, der ulike verdier og interesser må brytes og avveies mot hverandre i en politisk debatt, der de som deltar i fellesskap prøver å bygge opp et helhetsperspektiv. En verdidebatt dreier seg om hva slags samfunn vi ønsker oss. Viktige perspektiver i den sammenhengen er selvfølgelig hva vi selv kan forvente av goder og tjenester. Men minst like viktig er spørsmålet om hvordan vi ønsker at andre skal ha det. Et viktig velferdsstatlig verdispørsmål er hva slags mekanismer vi skal ha for omfordeling av goder: er det riktig å bruke skattesystemet for omfordeling fra de som har mye til de som har lite – eller er det viktigere å tilrettelegge for lavere skatter og reduserte overføringer til de som av ulike grunner har problemer med å skaffe seg det de trenger?

Helsetjenesten representerer et politikkområde der det hele tiden må gjøres vanskelige prioriteringer. Hvordan skal helsetjenesten prioritere i det vanskelige spenningsfeltet mellom det medisinske og økonomisk mulige? Hvilke pasientgrupper trenger spesielle innsatser for å få et tilfredsstillende tilbud? Er det visse typer behandlinger som kan prioriteres lavere for å gi andre i en mer kritisk situasjon et tilfredsstillende tilbud? Er det riktig å beholde små lokalsykehus for å sikre akuttmedisinske tilbud til innbyggerne i perifere kommuner – eller skal man satse på større og mer slagkraftige medisinske miljøer ved de sentrale sykehusene? Da staten overtok sykehusene ble helsepolitikken fjernet fra den fylkeskommunale politiske arena. Det betyr ikke at de problemstillingene som definerte dette politikkområdet forsvinner. Men det betyr at beslutninger tas på andre arenaer og av andre typer beslutningstakere.

Når politikken løftes ut av den tradisjonelle politiske arena blir viktige beslutningstakere mer diskrete og mindre synlige, og er utenfor borgernes kontroll. Den økende markedsorienteringen betyr at makt som tidligere var forankret i demokratisk valgte organer utfordres av et intrikat system der både offentlige, private og frivillige aktører deltar i beslutningsprosessene sammen med valgte politikere. Offentlige beslutninger tas i mindre grad innenfor hierarkisk organiserte byråkratier basert på de tradisjonelle politiske institusjonene, og blir i desto større grad et resultat av langsiktige relasjoner mellom nøkkelaktører i en rekke forskjellige organisasjoner plassert på ulike territoriale nivåer (jfr. Goss, 2001; John, 2001). De nye nettverkene som oppstår innebærer på den ene side reduserte muligheter for politisk valgte representanter til å kontrollere offentlige beslutninger, og på den andre side at det blir vanskeligere for velgere og interessegrupper å holde beslutningstakerne ansvarlige. Markedsorienteringen har en tendens til å gjøre linjene for kommando og kontroll uklare ved at beslutningene spres, og det blir naturligvis vanskeligere å plassere politisk ansvarlighet når det ikke uten videre lar seg gjøre å identifisere det organ eller de aktører som formelt tar beslutningene. Goss (2001) understreker derfor det helt avgjørende elementet av 'muligheten for avskjedigelse' som ligger i valgte representanter: politikere representerer for velgerne det eneste naturlige fokus for misnøye, siden det er de som kan holdes ansvarlige for utfallet av beslutningene. Når det ikke lenger er noen politikere å avsette ved neste valg, er det heller ingen klar adresse for protest mot opplevd vanstyre.

Konstitusjonelt er helseministeren ansvarlig for alt som skjer i helsesektoren. Det er helseministeren og den regjering han er en del av som må ta den politiske straffen dersom befolkningen har behov for å demonstrere misnøye. Men ikke alle beslutninger hører hjemme på riksnivået. Nasjonal helsepolitikk har også mange lokale former, og gir grunnlag for lokale ytringer. Et viktig spørsmål er om den lokale helsepolitikken blir borte når den lokale helsepolitiske arena legges ned.

2.5 Sammenfatning og presisering av problemstilling

Vi har sett at statens overtakelse av sykehusene endrer forholdet mellom helsetjenesten som system og oss som samfunnsborgere og brukere av helsetjenesten. Reformen beskrives som en reform for desentralisering av makt og ansvar. Denne desentralisering av makt og ansvar går imidlertid ikke til et lavere politisk nivå – men til 'systemet': foretaksstrukturene i regionene.

Foretakene handler under New Public Managements rasjonalitetsnorm. Det innebærer at kunde- og brukerperspektivet er et viktig, men indirekte, styringsmiddel: målet er kostnads-effektiv produksjon av helsetjenester, og flest mulig tilfredse brukere. I dette perspektivet er det lite plass til direkte politikerbasert styring, som handler om avveining i vanskelige verdispørsmål og kompromisser mellom ulike interesser, og der makten er knyttet til en åpen arena med avsettbare representanter.

Når helsepolitikken tas ut av den fylkeskommunale dagsorden forsvinner den tradisjonelle lokale helsepolitiske arena. Hva skjer da med helsepolitikken lokalt? Vil sentrale motsetninger i helsepolitikken forvitte og bli borte – eller vil de finne nye former og arenaer? Vil de tradisjonelle helsepolitiske aktørene – fylkeskommunens helsepolitikere – lete etter nye kanaler for påvirkning? Kan det tenkes at andre lokale aktører vil gripe fatt i den lokale helsepolitikken? Eller vil helsepolitikken flyttes opp til høyere nivå, og helt miste lokal forankring?

Vi vet i dag lite om hvordan dette vil utvikle seg. Det er imidlertid rimelig å anta at i den grad fylkeskommunal helsepolitikk dreide seg om viktige verdivalg knyttet til sentrale interesser, så vil den politiske 'tyngden' i saksfeltet føre til at lokal helsepolitikk må finne nye arenaer og aktører. I den grad dette finner sin løsning i 'systemet' – helseforetakstrukturen – er det rimelig å anta at det lokale politiske systemet i mindre grad vil gripe fatt i det. Når vi drøfter fylkespolitikernes fremtidige rolle i helsepolitikken er det derfor viktig å analysere trekk ved det fylkeskommunale politikkområdet som nå er 'lagt ned', som grunnlag for en analyse og anbefaling av fylkespolitikernes fremtidige rolle på dette feltet. Sentrale stikkord for denne analysen blir derfor:

- Saksinnhold
- Konfliktlinjer
- Motsetninger
- Allianser

Trekk ved saksinnholdet vil si oss noe om politikkområdets fremtidige betydning. Vi kan tenke oss flere mulige utfall. Dersom helsepolitikk på fylkesplanet primært var preget av motsetningen mellom staten og det lokale systemet, der fylkespolitikere så sin viktigste oppgave i å påvirke staten til å bevilge mer penger, så er det rimelig å anta at grunnlaget for den lokale helsepolitikken forvitret. Vi må anta at denne motsetningen fanges opp og behandles på nye måter i foretaksstrukturen, og gir et dårlig grunnlag for fylkespolitiske initiativ.

Dersom hovedinnholdet i den fylkeskommunale helsepolitikken derimot var knyttet til lokale motsetninger – som f.eks. sentralisering/desentralisering av tilbud, fordelingsproblematikk mellom de enkelte fylker, prioritering av tilbud til bestemte pasientgrupper osv., er det rimelig å anta at slike problemstillinger vil finne nye arenaer lokalt – og kanskje påkalle fylkespolitikernes interesser. I den grad de tradisjonelle helsepolitikere i fylkeskommunen opplever at slike spørsmål mangler talsmenn kan det tenkes at de selv opplever dette som et viktig tema.

På samme måten er det rimelig å anta at dersom fylkespolitikere opplevde som en viktig oppgave å ivareta generelle samfunnsmessige hensyn i diskusjonen med sterke medisinske fagmiljøer, i spørsmål om utvikling og prioritering i helsetjenesten, vil mange fylkespolitikere oppleve dette som viktig også i fremtiden. I den grad fylkespolitikere mener at dette ikke

tas vare på i de strukturer helseforetakene selv bygger opp kan det tenkes at de opplever dette som et viktig tema.

Vi kan altså se for oss at mange tradisjonelt fylkestilknyttede helsepolitiske problemstillinger fremdeles påkaller engasjement fra fylkespolitikere – selv om ansvaret for helsetjenesten ikke lenger står på fylkeskommunens agenda. Det må finnes en ny arena, eller utformes nye roller, for fylkespolitikernes innflytelse på helsepolitikken. Som et ledd i spørreundersøkelsen som ligger til grunn for den empiriske analysen har vi derfor bedt fylkespolitikere gi en anbefaling av hvordan den lokale helsepolitiske kompetanse kan knyttes til de nye helseforetakene, og hvilken rolle de selv ønsker å spille i denne sammenhengen. Før vi tar fatt på resultatene fra undersøkelsen skal vi imidlertid først se nærmere på de nye helseforetakenes kanaler for dialog med omgivelsene.

3 Helseforetakenes kanaler for dialog med omgivelsene

Helsepolitikken er viktig, og helseforetakene trenger kanaler for kommunikasjon med det omgivende samfunn. Med den statlige overtakelse av sykehusene forsvant helsesektorens forankring i lokale – i betydningen fylkeskommunale – politiske organer. Den politiske styringen knyttes til helseministeren og det sentralstatlige parlamentariske systemet. I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) foreslår imidlertid departementet at det oppnevnes et regionalt rådgivende organ som gjør det mulig for lokale politiske organer å påvirke utviklingen i spesialisthelsetjenesten:

“Departementet ser det, på samme måte som flere av høringsinstansene, som viktig at lokale og regionale politiske myndigheter gis mulighet til å påvirke planlegging og den videre utvikling innen spesialisthelsetjenesten. Særlig vil departementet trekke frem behovet for å sikre kommunale myndigheters muligheter til å styrke sammenhengen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende kan det være av betydning at fylkeskommunene medvirker, bl.a. fordi de fortsatt vil ha et ansvar for sosialtjenester.”

(Ot.prp. nr. 66, 2000/01: 79)

Om rådets sammensetning foreslår departementet følgende:

“Departementet tar sikte på å utarbeide bestemmelser om rådsorganets oppnevning som gir de politisk valgte organer som skal være representert, avgjørende innflytelse på rådets sammensetning. De regionale rådene kan bygge på miljøene knyttet til dagens regionale helseutvalg.”

(Ot.prp. nr. 66, 2000/01: 79)

I Stortingets behandling fikk dette forslaget ikke støtte, og med det forsvant det lovmessige grunnlaget for lokalpolitisk innflytelse på helseforetakene. Den foreslåtte bestemmelsen om regionale rådsorganer ble erstattet med følgende ordlyd:

“Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til §34 annet ledd, andre punktum. Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.”

(Lov om helseforetak mm, § 35)

Den viktigste lokale representasjonen er derfor knyttet til regionale brukerutvalg. Arbeidet med å etablere slike utvalg var et prioritert område i departementets styringsdokument til

helseforetakene for året 2002. I sitt styringsdokument for helse Øst for året 2002 sier f.eks. departementet følgende:

“Brukernes reelle medvirkning og innflytelse er et grunnleggende prinsipp, jfr. helseforetakslovens § 35, annet ledd og vedtektenes § 14. Departementet er kjent med at Helse Øst har etablert et regionalt brukerutvalg. Eier vil også for de øvrige regionale helseforetak stille krav om at brukerinnflytelse skal legges til grunn i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudene på overordnet og individuelt nivå. Brukerutvalgene skal benyttes aktivt for å innhente tilbakemeldinger fra brukerne, for eksempel gjennom brukerundersøkelser. Brukerutvalgene skal være et samarbeidsforum mellom det regionale helseforetaket og brukerorganisasjonene, og være et:

- etablert samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjonene
- rådgivende organ slik at brukerkompetansen blir benyttet som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring
- forum for systematisk tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med tjenestene.

Foruten regionale brukerutvalg kan det være aktuelt å vurdere etablering av brukerutvalg på flere nivåer i helseforetaksgrupper. Serviceerklæringer bør være et aktuelt verktøy for å sikre forventningsavklaring og brukertilfredshet.”

(Styringsdokument Helse Øst, s. 7)

Tilsvarende pålegg om etablering av brukerutvalg ble gitt de andre helseregionene. Med dette er *brukerutvalget* institusjonalisert som en viktig, og kanskje den viktigste, kanal for lokal påvirkning på de regionale helseforetakene. Samtidig ble organisering av brukerutvalget knyttet til *brukernes organisasjoner*. Vi skal i dette kapitlet se nærmere på hvordan de regionale helseforetakene organiserer og bruker sine brukerutvalg, og hvilke andre kanaler som etableres for å tilrettelegge for samspill med det omgivende systemet av politiske og representative organer. Vi vil drøfte spesielt forholdet til fylkeskommune og primærkommunale organer. Hensikten med drøftingen er ikke å presentere en regionvis oversikt, men snarere å gi en generell drøfting av fellestrekk og ulikheter i måten dette arbeidet er grepet an på. Drøftingen er basert på telefonintervju og dokumentstudier. Telefonintervjuene ble gjort med et utvalg sentrale informanter i de regionale helseforetakene, og med enkelte utvalgte brukerrepresentanter.

3.1 Om de regionale brukerutvalgene: organisering, sammensetning og representasjonsgrunnlag

Flere av informantene understreker at man er i en tidlig fase i arbeidet med å etablere gode kanaler for brukerpåvirkning og samspill med brukerne. Den beskrivelsen vi gir er basert på erfaringene i den første fasen i dette arbeidet, preget av at man leter etter gode modeller. Det er imidlertid visse interessante fellestrekk og ulikheter regionene i mellom. I hovedsak er de regionale brukerutvalgene organisert helt uavhengig av lokale representative politiske systemer. I sitt styringsdokument knytter departementet utvalgene til pasientorganisasjonene, og hovedmodellen er at de er sammensatt av representanter oppnevnt av de store organisasjonene for funksjonshemmede: Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO). Dette er paraplyorganisasjoner med et stort medlemsunderlag. I Helseregion Nord vil man i tillegg inkludere representanter fra særlig prioriterte innsatsområder – for tiden brukerorganisasjoner som representerer psykisk helsevern og kreft.

Det er ulik praksis mht. hvilke andre organisasjoner som skal være representert. I helse-regionene Øst og Sør er både de fylkeskommunale råd for funksjonshemmede og de fylkeskommunale eldrerådene representert, i helseregionene Vest, Midt-Norge og Nord er de det ikke. Det kan i den forbindelse være interessant å merke seg begrunnelsen for denne avgrensingen i saksunderlaget da styret for Helseregion Nord drøftet brukerrådenes sammensetning:

“De som oppnevnes til det regionale brukerutvalget bør imidlertid representere og stå til ansvar overfor organisasjoner som har legitimitet som representant for pasienter eller pårørende.”

Om de fylkeskommunalt oppnevnte eldreråd og råd for funksjonshemmede heter det:

“Fylkeskommunale eldreråd og råd for funksjonshemmede utgår ikke av interesseorganisasjoner, men er samarbeidsorganer opprettet av fylkeskommunen. De vil derfor være aktuelle som høringsorganer.”

Det er styret i det enkelte regionale helseforetak som oppnevner brukerrådene, etter innstilling fra de aktuelle organisasjonene. I tillegg til de rene organisasjonsmessige kriteriene nevner våre informanter alder, kjønn og geografiske kriterier som hensyn som tillegges vekt i sammensetning av utvalgene.

3.2 Brukerutvalgene: arbeidsform og saksinnhold

Styringsdokumentet forutsetter at brukerutvalgene skal ha en rådgivende funksjon. De skal høres i plansammenheng og ellers bidra med pasientsynspunkter. En av våre informanter beskriver det slik:

“Rådet skal være en premissleverandør, og gi problemdefinisjoner. Det skal være et rådgivende organ. Helseforetaket legger fram sine planer tidlig i planprosessen, men brukerrådet er ikke noe ledd i saksbehandlingen.”

En annen beskriver arbeidet i utvalgene på følgende måte:

“Brukerutvalgene er ikke noe ledd i ordinær saksbehandling. Jeg kan heller ikke komme på noen konkrete saker der vi har følt at en sak måtte gjennom brukerutvalgene før vi kunne vurdere den. De er ingen formell del av saksbehandlingen, men en høringsinstans – på linje med andre.”

En viser til at utvalget har vært en viktig støttespiller i praktisk gjennomføring av en brukerundersøkelse:

“Vi har hatt stor nytte av Brukerutvalget i forbindelse med en brukerundersøkelse av alle inneliggende pasienter. Vi brukte utvalget som rådgiver ved utforming av spørreskjema. Vi ønsket å kartlegge om pasientene var fornøyd med det tilbudet de fikk.”

Selv om geografiske hensyn tillegges vekt i sammensetningen av utvalgene, skal brukerutvalgene ikke ha noen rolle i forhold til geografiske konflikter:

”Brukerrådet skal ikke være noe distriktpolitisk organ. Det har holdt en lav profil i lokaliseringdiskusjoner.”

3.3 Brukerutvalgene ved de enkelte foretak

I tillegg til det regionale brukerutvalget skal det være brukerutvalg ved de enkelte foretak. Arbeidet med å etablere slike utvalg er i svært varierende grad kommet i gang ved de enkelte foretak. Ved en del av foretakene vil man kunne bygge på eksisterende brukerutvalg, mens man andre steder vil ha behov for å organisere dette på nytt. Det foreligger ingen samlet oversikt over fremdriften i dette arbeidet i det denne rapporten skrives.

3.4 Kontaktformer mot fylkeskommunene

I proposisjonen som ligger til grunn for reformen er det foreslått et lovfestet rådgivende organ på regionalt nivå, med representanter både fra fylkeskommuner og primærkommunene. Selv om dette forslaget ikke oppnådde flertall i stortinget, har alle de regionale helseforetakene tatt initiativ for å etablere kontaktorganer vis a vis det fylkeskommunale systemet. Dette arbeidet har tatt noe ulike retninger i de ulike regionene, og i den forstand kan vi snakke om ulike modeller i dette arbeidet. Ved årsskiftet 2002/2003 kan situasjonen beskrives slik:

- I helseregionene Øst, Midt-Norge, Vest og Nord er det etablert, eller under etablering, ordninger med faste møter med representanter fra kommunal sektor to til tre ganger i året.
- Spesielt for Helseregion Øst er at det er lagt opp til et årlig dialogmøte med representanter både fra fylkeskommunalt og primærkommunalt nivå. Fra fylkeskommunen møter fylkesordføreren, av og til supplert med sentrale opposisjonsledere. Fylkeskretsene fra Kommunenes Sentralforbund er bedt om å representere primærkommunene.
- I Helseregion Midt-Norge blir det gjennomført et dialogmøte med fylkesordførere og fylkesrådmenn to ganger i året.
- I Helseregion Nord har man lagt opp til faste møter med fylkesordførere og fylkesrådmenn tre ganger i året.
- I Helseregion Sør har det vært omfattende møtevirksomhet mellom representanter fra helseregionens administrasjon og fylkes- og primærkommunale organer, uten at det er etablert like faste strukturer som i de andre regionene.

Situasjonen vi har beskrevet er preget av at man er i en svært tidlig fase i dette arbeidet, og er på leting etter gode løsninger. Det er derfor sannsynlig at dette bildet vil endres raskt.

3.5 Kontaktformer med primærkommunene

Det er viktig for helseforetakene å etablere gode kontaktordninger mot det primærkommunale nivået, blant annet for å ivareta samarbeidet mellom sykehusene og kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykehusene har behov for gode samhandlingsmønstre med kommunale helse- og omsorgstjenester rundt utskrivning av ferdigbehandlede pasienter. Antallet kommuner i den enkelte region er imidlertid stort, og det er lite realistisk å bygge opp ordninger for direkte samhandling mellom primærkommunene og det regionale nivået. I helseforetakene er det derfor lagt opp til ulike ordninger for å ivareta dette. Hovedregelen er at ansvaret for kontakten med primærkommunene overlates til de enkelte foretakene. Dette arbeidet er ikke kommet like langt i alle de fem regionene, og det foreligger ingen samlet

oversikt over hva slags løsninger som velges. Et interessant spørsmål i denne sammenhengen er i hvilken grad man i lokale samarbeidsorganer vil trekke inn både politikere og administrasjon, eller om kontakten mellom lokale foretak og omgivende primærkommuner blir basert på det administrative nivået.

3.6 Nye spenningsfelt i helsepolitikken

Alle våre informanter var opptatt av behovet for å etablere et "aktivt forhold til det omgivende samfunn og det politiske miljøet rundt oss". Fylkespolitikkerne er en viktig gruppe i denne sammenhengen:

"Vi erkjente raskt at fylkespolitikkerne ble parkert ved denne reformen. (...) Vi har mange tøffe diskusjoner om funksjonsfordelingsproblematikken. Fylkespolitikkerne er jo i denne sammenhengen i en annen stilling enn de var før. De har ikke lenger ansvar for saken, men har ofte stor kunnskap og stort engasjement. Vi har hatt noen saker som er gått rett til Oslo. Her ligger det et spenningsfelt."

I et intervju med lederen i brukerutvalget for Helseregion Sør, publisert på regionens hjemmeside, ble forholdet til fylkespolitikkerne kommentert slik:

"Jeg synes det er viktig å fokusere på den viljen Helse Sør har vist til å trekke brukerne inn på denne måten. Det viser at en har forstått noe vesentlig: at den store omstillingen i Helse-Norge er dømt til å mislykkes dersom ikke brukerne har sterk innflytelse på de veivalg som tas. Det er bare så synd at en del politikere ennå ikke har forstått dette, og fortsatt driver og virvler opp politisk støv når de ikke er enige i utviklingen sett fra deres ståsted. Det er helt legitimt at politikere arbeider for sine hjertesaker. Det er det de er valgt til. Men det er ikke sikkert brukerne og politikkerne har samme syn på hva som er beste. Jeg inviterer derfor politikkerne til dialog med Brukerutvalgene (...)."

(http://www.helse-sor.no/_innhold/nyheter/06.02.2003)

Brukerutvalgets leder er altså opptatt av at selv om regimeskiftet innebærer at fylkespolitikkerne i regionen ikke lenger har ansvar for forvaltning av spesialisthelsetjenesten, så søker mange av dem likevel å påvirke disposisjoner i sektoren; dvs. å 'virvle opp politisk støv'.

Spenningen mellom brukerutvalgene og de politiske miljøene kan tolkes på mange måter. En mulig tolkning er at dette primært avspeiler en generell frustrasjon i de politiske miljøene over å bli plassert på et sidespor i forhold til det viktige politikkområdet helse. En annen tolkning er at viktige dimensjoner i den tradisjonelle helsepolitikken ikke lenger har noen naturlig arena, og derfor kommer til uttrykk i form av kritikk mot foretaksledelse, brukerutvalg, og andre elementer i foretaksstrukturene. Riktignok var ikke brukerutvalgene tiltenkt noen politisk rolle. Men det kan tenkes at de i mangel av andre kanaler for lokal påvirkning presses inn i en arbeidsmåte som går ut over det rent rådgivende.

Brukerutvalgenes historie som regionale rådgivningsorganer er kort, og vi vet foreløpig lite om hva slags rolle de kommer til å spille i helsepolitikken. Et eksempel fra Helseregion Øst viser at det kan ligge til rette for at brukerutvalgene inntar rollen som en politisk støttespiller for eget helseforetak, i kampen om statlige bevilgninger. I forbindelse med statsbudsjettet for 2003 ble det formulert en uttalelse fra Brukerrådet i Helseregion Øst der det blant annet heter:

"Statsbudsjettet kan få betydelige negative konsekvenser for helsetilbudet. Det mener Arne Lein, leder i Brukerrådet i Helse Øst. Han mener det er meningsløst når det i statsbudsjettet

legges opp til at behandlingsaktiviteten ikke skal økes. Lein synes også det er trist at regjeringen i statsbudsjettet fremstiller det som om det ble tilført nye 2 mdr kroner til spesialisthelsetjenesten i 2003, når dette i realiteten er penger som ble tilført i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett..”

Det kan tenkes at den økonomiske situasjonen i sektoren kan føre til at brukerutvalgene blir en kanal for formidling av lokal misnøye med finansiering, på linje med fylkespolitikerne i det tidligere systemet. Det kan tenkes at de regionale brukerutvalgene – i fraværet av andre regionale politiske fora – også på andre måter tar opp i seg problemstillinger og funksjoner vi tradisjonelt ville tillegge det politiske systemet.

4 Fylkeskommunal helsepolitikk før sykehusreformen: reelt lokaldemokrati eller statlig lokalforvaltning?

Den politiske dagsorden i fylkestingene har i stor grad vært dominert av sykehusene. Helsesektoren var før reformen det helt klart viktigste fylkeskommunale oppgaveområdet, og har på 1990-tallet stått for godt over halvparten av den fylkeskommunale aktiviteten. Helsesektoren har derfor tradisjonelt også vært den sektoren som fylkespolitikerne har rangert høyest av de fylkeskommunale oppgavene. Flere studier har for eksempel dokumentert at det er innenfor somatiske helsetjenester at fylkespolitikerne har ønsket den sterkeste budsjettveksten (Hagen, 1991; 1995). Det er derfor neppe fylkespolitikernes budsjettønsker som har gjort at sykehusene ofte kom dårlig ut i striden om pengesekken i tiden før reformen; forklaringen ligger nok heller i restriksjonene som staten har lagt på fylkeskommunene. Hagen (1995) peker på at statens prioritering av utdanningssektoren gjennom f.eks. 'Reform 94' nok har vært en av årsakene til at fylkespolitikernes ønsker om sterkere satsing på de somatiske sykehusene i liten grad er realiserte. I tillegg trekker Hagen også fram forhold som personalmangel, fylkeskommunenes manglende evne til å utnytte økte bevilgninger og problemene med å håndtere sykehusstruktur, samt at fylkespolitikerne til en viss grad har valgt å bremse spesialiseringen. Spørsmålet er selvsagt om fylkespolitikernes egne oppfatninger stemmer overens med en slik beskrivelse. I denne delen fokuserer vi derfor på hvordan fylkespolitikerne opplevde helsepolitikken før den statlige overtagelsen av sykehusene.

4.1 Makt og innflytelse i den fylkeskommunale helsepolitikken

Et naturlig utgangspunkt for en slik kartlegging er spørsmålet om hvordan fylkespolitikerne selv oppfattet sin rolle innenfor den fylkeskommunale helsepolitikken i tiden forut for sykehusreformen. I hvilken grad følte politikerne at de som sykehuseiere hadde reelle muligheter for innflytelse, og hvilken rolle spilte andre aktører, som f.eks. de sentrale myndigheter og helseprofesjonene? I tabell 4.1 presenteres en oversikt over hvor stor betydning fylkestingsrepresentantene anser at ulike aktører innenfor helsepolitikken hadde før sykehusreformen.

Tabell 4.1 Hvor stor innflytelse anser du at de følgende aktørene hadde på den fylkeskommunale helsepolitikken? Prosent.

	Svært stor	Ganske stor	Ganske liten	Svært liten	N
Fylkespolitikkerne	27.5	52.1	19.6	0.9	455
Fylkes-administrasjonen	22.6	63.0	13.5	0.9	446
Sentrale fag-yndigheter	27.1	53.8	17.9	1.1	446
Helse-profesjonene	25.4	48.5	25.2	0.9	452
Sykehusene	27.0	55.6	16.4	0.9	444
Massemedia	14.7	43.8	35.8	5.8	450
Pasient-organisasjonene	2.3	26.4	56.7	14.6	439

Ikke overraskende rangeres fylkesadministrasjonen, sykehusene og de sentrale fagmyndighetene som de viktigste aktørene innenfor den fylkeskommunale helsepolitikken. Som vi ser, oppgir over 85 prosent at fylkesadministrasjonen hadde enten svært stor eller ganske stor innflytelse på den fylkeskommunale helsepolitikken. Videre er så mange som over 82 prosent av representantene av den oppfatning at sykehusene utøvde samme innflytelse, mens nesten 81 prosent mener at de sentrale fagmyndighetene spilte en tilsvarende rolle. Mer interessant er det imidlertid å merke seg den betydningen som fylkespolitikkerne tillegger seg selv i utformingen av helsepolitikken: de tilsvarende andelene for fylkesrepresentantene er nemlig såpass stor som 79.6 prosent. Faktisk oppgir godt over en fjerdedel av representantene at de hadde svært stor innflytelse på den fylkeskommunale helsepolitikken. Det negative bildet som ofte er tegnet gjennom massemedia og frustrerte politikere av fylkeskommunen som en form for demokratisk staffasje, med manglende muligheter for fylkespolitikkerne til å foreta reelle prioriteringer, lar seg med andre ord vanskelig forene med resultatene i tabell 4.1. For til tross for sterke statlige reguleringer og liten fylkeskommunal handlingsfrihet opplevde politikerne tydeligvis likevel at de hadde betydelige muligheter til å foreta reelle helsepolitiske beslutninger.

Naturlig nok rangeres også helseprofesjonene høyt når det gjelder innflytelse: andelene som oppgir at disse utøvde svært stor eller ganske stor innflytelse er på henholdsvis 25.4 og 48.5 prosent. Tabellen vitner også om at mange fylkespolitikere opplevde massemedias makt i helsepolitikken som betydelig, med korresponderende andeler på 14.7 og 43.8 prosent. Pasientorganisasjonene levnes derimot liten betydning, i og med at knapt 29 prosent opplevde deres innflytelse som svært stor eller ganske stor.

Like interessant som vurderingene av de ulike aktørenes helsepolitiske innflytelse er selvsagt spørsmålet om *hvor* fylkespolitikkerne opplevde sin innflytelse som størst. Tabell 4.2 viser derfor hvordan fylkespolitikkerne oppfattet sin faktiske innflytelse på ulike områder av helsepolitikken. Som vi ser av tabellen, oppgir fylkespolitikkerne at mulighetene for påvirkning har vært størst når det gjelder lokaliseringsspørsmål og fordeling av tilbud innad i fylket. Andelen som oppgir innflytelsen som enten svært stor eller ganske stor er på over 84 prosent for førstnevnte område og nesten 80 prosent for sistnevnte område. Verdt å merke seg er det imidlertid at andelen som oppgir svært stor innflytelse er nesten 10 prosentpoeng høyere for lokaliseringsspørsmål enn for fordeling av tilbud. Som vi kunne forvente avspeiler resultatene fylkeskommunenes begrensede økonomiske handlingsmuligheter, ved at påvirkningen på budsjettsspørsmål oppleves som betydelig mindre: bare 63.4 prosent oppgir å ha hatt svært stor eller ganske stor innflytelse på dette området. Muligheten for å påvirke fordelingen av tilbud mellom fylkene er imidlertid enda lavere: tilsvarende andel her er på bare 37.8 prosent.

Tabell 4.2. Hvor stor innflytelse opplevde du at fylkespolitikkerne hadde på de følgende områdene av helsepolitikken? Prosent.

	Svært stor	Ganske stor	Liten	Ingen	N
Budsjettsspørsmål	18.8	44.6	34.1	2.4	457
Lokaliseringsspørsmål	28.6	55.7	14.5	1.1	454
Sentralisering av funksjoner	13.3	49.3	34.4	3.9	442
Fordeling av tilbud mellom fylkene i helseregionen	7.3	30.5	55.9	6.4	440
Fordeling av tilbud innad i fylket	20.2	59.2	18.6	2.1	436

Det er selvsagt ofte stor forskjell på ønsket prioritering og reelle utfall, og et annet spørsmål er derfor i hvilken grad den faktiske innflytelsen harmonerer med de helsepolitiske mål som fylkespolitikkerne faktisk ønsket å prioritere i sitt fylke som sykehuseiere. I undersøkelsen ble fylkespolitikkerne presentert for åtte ulike helsepolitiske mål, og bedt om å velge de to målsettingene de anså som viktigst. Disse tallene er presentert i tabell 4.3. Som vi ser, er det ett mål som skiller seg klart ut fra de andre, og det er å sikre befolkningen i alle deler av fylket like god tilgang til helsetjenester. Godt over 2/3 av fylkespolitikkerne oppgir dette som ett av de to målene de synes det var særlig viktig å jobbe for. Med litt godvilje kan en derfor si at det er en viss korrespondanse mellom fylkespolitikernes preferanser og den faktiske innflytelse, siden politikkerne også oppgir at det er på lokaliseringsspørsmål og fordeling av tilbud innad i fylket at innflytelsen er størst. På den annen side står også målet om å redusere ventetider i sykehusene sterkt blant politikkerne: andelen som har oppgitt dette er på 40 prosent. Manglende finansielle ressurser framstilles ofte som hovedårsaken til ventelistesituasjonen (jfr. Hagen, 1998), og politikernes begrensede innflytelse på den økonomiske situasjonen betyr nødvendigvis at mulighetene for å oppfylle denne målsettingen var langt mer begrenset. At det er nettopp likhetsprinsippet og reduksjon av ventetid som er de viktigste helsepolitiske målsettingene for fylkesrepresentantene er selvsagt ingen overraskelse, siden dette også er høyt prioriterte nasjonale oppgaver. Lange og økende ventelister oppfattes av mange som det grunnleggende problemet i sykehussektoren (jfr. NOU 1997), og mye av diskusjonen har derfor gått på i hvilken grad køproblematikken kan relateres til fylkeskommunalt eierskap av sykehusene.

Tabell 4.3 Hvilke to av disse målsettingene synes du det var særlig viktig å jobbe for i ditt eget fylke i tiden før reformen? Prosent. N = 462.

Effektivisere for å sikre helsetjenesten en sunn økonomi	25.1
Sikre befolkningen i alle deler av fylket like god tilgang til helsetjenester	69.0
Sikre befolkningen i vårt fylke tilgang til de nyeste behandlingsmetoder	15.0
Unngå nedbygging/nedleggelse av akuttmedisinske tilbud ved mindre sentrale sykehus	29.3
Redusere ventetider i sykehusene	40.0
Bygge opp sterke medisinske fagmiljøer ved det sentrale sykehuset i fylket	16.3
Innføre IT-teknologi for å forbedre samhandling i helsetjenesten	7.1

Andre målsettinger som anses som viktige av fylkestingsrepresentantene er å hindre nedleggelse av tilbud ved de mindre sykehusene, og å effektivisere helsetjenesten for å oppnå økonomiske gevinster. Disse målsettingene er nevnt av henholdsvis 29.3 og 25.1 prosent av representantene. Bare 15 prosent ønsker imidlertid å satse på nye behandlingsmetoder, mens nesten samme andel betrakter oppbygging av sterke fagmedisinske miljøer ved det sentrale sykehuset i fylket som en sentral oppgave. Innføring av informasjonsteknologi for å

forbedre samhandlingen i helsetjenesten prioriteres bare av knappe 7 prosent av fylkespolitikkerne.

Det er altså et ganske klart bilde som avtegner seg når det gjelder fylkespolitikernes helsepolitiske prioriteringer: de målsettinger som sterkest framheves er av typen som kommer inn under det vi kan kalle et befolknings- eller borgerperspektiv. Det er først og fremst likhetsprinsippet som har støtte hos politikerne, uttrykt i ønsket om å sikre befolkningen i fylket lik tilgang til helsetjenester, og dernest følger målsettinger om å redusere ventetid og å unngå nedleggelse eller nedbygging av akutt-tilbudet. Økonomiske motiver er derimot mindre vektlagt, mens helsepolitiske mål knyttet til et mer profesjonelt perspektiv prioriteres enda lavere.

Tabell 4.4 I hvilken grad vil du si at følgende faktorer begrenset fylkespolitikernes innflytelse på helsepolitikken? Prosent.

	Stor grad	Noen grad	Mindre grad	Ingen grad	N
Økonomiske hensyn	68.8	25.1	5.4	0.6	462
Helseprofesjonene	20.2	53.4	24.8	1.5	455
Sentrale reguleringer	48.4	40.7	10.1	0.9	457
Primærkommunene	1.8	16.7	62.1	19.4	449
Andre fylker	1.6	24.2	61.7	12.6	446
Helseadministrasjonen	11.4	50.4	34.5	3.6	446
Massemedia	9.1	33.2	47.9	9.8	449
Pasientorganisasjonene	2.0	17.2	62.2	18.6	442

Hvilke forhold var det så som reduserte fylkespolitikernes rolle i helsepolitikken? Tabell 4.4 viser i hvilken grad representantene opplevde at ulike faktorer begrenset deres muligheter for å påvirke helsepolitikken. Som forventet er resultatene i tabellen i tråd med forklaringene skissert innledningsvis i dette kapitlet: det er først og fremst kombinasjonen av økonomiske hensyn og statlige reguleringer som har begrenset fylkespolitikernes muligheter til å utøve helsepolitikk. Av disse faktorene er det økonomien som vektlegges sterkest: så mange som 68.8 prosent oppgir at økonomiske hensyn i stor grad har begrenset den helsepolitiske innflytelsen, mens andelen for statlig styring er 48.4 prosent. Slår vi sammen de som har svart at disse faktorene i stor grad eller noen grad reduserte fylkespolitikernes rolle er andelen faktisk nesten 94 prosent for økonomiske hensyn og over 89 prosent for statlig styring. I tillegg viser tabell 4.4 at helseprofesjonene også bidro til å svekke fylkespolitikernes betydning: 20.2 og 53.4 prosent svarer at disse begrenset innflytelsen i henholdsvis stor eller noen grad. I motsatt ende finner vi primærkommunene og pasientorganisasjonene: andelen som oppgir at disse faktorene spiller mindre eller ingen betydning er faktisk så høy som 81 prosent i begge tilfellene. Betydningen av andre fylker vurderes også av fylkespolitikerne som relativt uviktig for utøvelsen av helsepolitikk: over 74 prosent oppgir at disse begrenset innflytelsen i mindre eller liten grad.

4.2 Konfliktlinjer og samarbeidsmønstre i den fylkeskommunale helsepolitikken

Helsepolitikk i tiden før sykehusreformen er ofte karakterisert som et 'trekantdrama' eller 'svarteperspill' mellom sykehusene, fylkeskommunene og staten om ansvaret for budsjettunderskuddene (jfr. Hagen, 1998). Den generelle antagelsen har derfor vært at fylkeskommunal helsepolitikk var dominert av fylkespolitikernes kamp mot trange budsjetter, sentrale myndigheter, og lange og økende ventelister. Tabell 4.5 presenterer fylkespolitikernes

egne vurderinger av hvilke type saker som utgjorde de viktigste konfliktene i helsepolitikken, og som vi ser, passer en slik beskrivelse rimelig godt.

Tabell 4.5 Hvilke type saker utgjorde de viktigste konfliktene i helsepolitikken? Prosent.

	Svært viktig	Noe viktig	Mindre viktig	Helt uviktig	N
Budsjettspørsmål	64.8	28.8	5.90	0.4	455
Lokaliseringsspørsmål	39.1	41.5	15.8	3.5	455
Sentralisering av funksjoner	35.7	45.6	17.4	1.3	448
Fordeling av tilbud mellom fylkene i helseregionen	23.9	39.8	32.4	3.8	447
Fordeling av tilbud internt i fylket	24.6	42.4	27.9	5.1	451

Ikke overraskende rangerer fylkespolitikerne budsjettet som det mest konfliktfylte området av helsepolitikken. Som vi har sett, er budsjettspørsmål et område politikerne oppgir å ha relativt begrenset innflytelse over, samtidig som at økonomiske hensyn skiller seg klart ut som den faktoren som i størst grad begrenset fylkespolitikernes innflytelse på helsepolitikken. Nesten 2/3 av representantene hevder således at budsjettspørsmål utgjorde en svært viktig konflikt i helsepolitikken. Dersom vi også tar med de som har svart at slike spørsmål er noe viktig, er andelen faktisk så høy som 94 prosent. Andre sentrale konfliktlinjer er lokaliseringsspørsmål og sentralisering av funksjoner: henholdsvis 39.1 og 35.7 prosent av representantene anser at denne type saker spilte en svært viktig rolle, mens andelen der som vi også tar med kategorien noe viktig er omtrent den samme for begge type saker: rundt 81 prosent. Fordeling av tilbud mellom fylkene i helseregionen eller internt i fylket rangeres som noe mindre sentrale: knapt 1/4 av representantene vurderer at slike saker utgjorde svært viktige konfliktspørsmål.

Tabell 4.6 Hvor viktige opplevde du at følgende konfliktlinjer var i det helsepolitiske arbeidet i ditt fylke før sykehusreformen? Prosent.

	Svært viktig	Noe viktig	Mindre viktig	Helt uviktig	N
Mellom de politiske partiene	20.3	35.8	37.5	6.4	453
Mellom politikere og administrasjon	12.4	33.8	46.1	7.7	453
Mellom politikere og helseprofesjoner/ansatte	22.7	42.8	27.6	6.8	453
Mellom eget fylke og nabofylker	9.8	29.5	44.5	16.1	447
Mellom eget fylke og sentrale myndigheter	57.7	30.0	9.2	3.1	456
Mellom eget fylke og primærkommuner	13.3	23.1	44.3	19.3	451
Mellom eget fylke og pasientorganisasjoner	5.6	22.4	50.7	21.3	446

I tillegg til typen saker som utgjorde de viktigste konfliktene i helsepolitikken, er det selvsagt også av interesse å klarlegge mellom hvilke aktører konfliktlinjene gikk. Tabell 4.6 gir en viss pekepinn om dette. Som vi kunne forvente, er det konflikten mellom eget fylke og de sentrale myndighetene som oppgis som den mest dominerende: nesten 58 prosent av representantene vurderer denne som svært viktig. Godt under halvparten, 22.7 prosent, anser konflikten mellom politikere og ansatte innenfor helsetjenesten som like viktig, mens andelen for partikonflikter er enda lavere; 20.3 prosent. Dette understreker særpreget ved den

fylkeskommunale helsepolitikken: fylkeskommunenenes kamp mot trange budsjettammer har langt på vei overskygget de mer tradisjonelle partipolitiske konfliktene, ved at politiske vurderinger og hensyn er tonet ned til fordel for behovet for å stå med samlet front overfor de sentrale myndighetene. Et slikt inntrykk finner også støtte i flere andre empiriske studier som dokumenterer at partipolitiske hensyn spiller en mindre rolle i fylkestingene. I en budsjettstudie av tre fylkeskommuner – Akershus, Hedmark og Oppland – finner Hagen (1995) f.eks. at partisynspunktene konvergerer mot det politiske sentrum, dvs. mot medierepresentantens preferanser. Tilsvarende er det også dokumentert at det kun er marginale forskjeller i partienes utgiftsprefranser og prioriteringer i fylkestingene (f.eks. Fevolden, 1985; Dølvik, 1988; Hagen, 1998).

Som tabell 4.6 videre avdekker, er det bare i overkant av 1 av 10 representanter som oppgir konflikter mellom politikere og administrasjon og mellom eget fylke og primærkommunene som svært viktige i helsepolitikken, mens enda færre opplevde konflikter mellom eget fylke og nabofylker som like dominerende. Og i tråd med resultatene hittil, er det konflikter med pasientorganisasjonene som oppleves som å ha spilt minst rolle i den fylkeskommunale helsepolitikken.

Tabell 4.7 Hvor sentrale har de følgende samarbeidskonstellasjoner vært innenfor helsepolitikken?

	Svært sentral	Noe sentral	Mindre sentral	Helt usentral	N
Politikere og administrasjon	48.4	43.7	7.5	0.4	455
Politikere og helseprofesjoner/ansatte	19.0	50.8	28.5	1.8	453
Eget fylke og nabofylker	14.9	43.9	36.9	4.3	444
Eget fylke og primærkommuner	13.5	36.6	43.8	6.1	445
Eget fylke og pasientorganisasjoner	6.8	31.4	49.8	12.0	442

Like interessante som konfliktlinjene er samarbeidet innenfor helsepolitikken. Hvilke var de mest dominerende samarbeidskonstellasjonene? Tabell 4.7 dokumenterer at fylkespolitikkerne anser samarbeidet med administrasjonen som det helt klart viktigste: nesten halvparten av representantene oppgir at denne samarbeidskonstellasjonen har vært svært sentral innenfor helsepolitikken, mens nesten like mange i tillegg vurderer denne formen for samarbeid som noe sentral. Dette bekrefter resultatene fra tabell 4.6, der konflikter mellom politikere og administrasjon ble vurdert som relativt uviktig. Samarbeidet med henholdsvis helseprofesjonene, nabofylker eller primærkommunene bedømmes av fylkesrepresentantene som langt mindre viktig, med tilsvarende andeler på mellom 13.5 og 19 prosent. Og igjen indikerer tallene en relativt ubetydelig rolle for pasientorganisasjonene: nesten 3 av 5 anser faktisk samarbeid med denne aktøren som mindre sentral eller helt usentral.

4.3 Det regionale helseplanarbeidet

Som nevnt innledningsvis kom fylkeskommunen som arena for helsepolitisk styring under betydelig press allerede gjennom formaliseringen av det regionale helseplanarbeidet i tiden før sykehusreformen. I og med at hensikten med planarbeidet var å styrke mulighetene for statlig styring, og dermed var preget av en klar 'top-down' tilnærming (jfr. Finstad m.fl., 2001), kunne en i utgangspunktet forvente at fylkespolitikkerne hovedsakelig ville evaluere dette arbeidet i et negativt lys. Tabell 4.8 gir imidlertid et mer differensiert bilde. Selv om over halvparten av fylkesrepresentantene riktignok er av den oppfatning at det regionale planarbeidet bidro til å styrke statens rolle, er likevel over 70 prosent helt enig eller noe enig i at det både styrket det lokale planarbeidet og fungerte som et godt styringsverktøy. Videre er så mange som 1/4 av representantene faktisk også helt enig i at dette arbeidet gjorde

helsepolitikken mer interessant, mens like mange vurderer det regionale helsearbeidet dithen at det bidro til et bedre helsevesen. Naturlig nok gir også en stor andel av fylkespolitikkerne sin tilslutning til utsagnet om at det regionale helseplanarbeidet klargjorde statens premisser: over 60 prosent er helt eller noe enig i dette. Til tross for den sterke og detaljerte statlige styringen det regionale planarbeidet medførte, er det altså lite som tyder på at fylkesrepresentantene selv oppfattet dette som utelukkende negativt.

Tabell 4.8 Hvordan vurderte du det regionale planarbeidet innenfor helsepolitikken? Prosent.

	Helt enig	Noe enig	Mindre enig	Helt uenig	N
Det fungerte som et godt styringsverktøy	30.7	46.0	18.5	4.8	433
Det bidro til å styrke det lokale planarbeidet	23.4	47.1	23.7	5.8	431
Det bidro til å styrke statens rolle	20.8	32.1	40.4	6.7	433
Det bidro til å klargjøre statlige premisser	18.7	41.5	33.4	6.5	434
Det bidro til et bedre helsevesen	25.1	39.0	26.5	9.4	438
Det gjorde helsepolitikken mer interessant	24.8	37.5	24.3	13.4	432

4.4 Fylkespolitikernes arbeidsvilkår

Et annet interessant aspekt ved situasjonen før den statlige overtagelsen av sykehusene er hvordan fylkespolitikkerne oppfattet arbeidsvilkårene innenfor helsepolitikken. Et visst bilde på dette får vi gjennom tabell 4.9 og 4.10.

Tabell 4.9 Hvor stor prosentandel vil du anslå at helsepolitikken utgjorde av de fylkeskommunale oppgavene (andel av sakene)? Prosent. N = 411.

Under 10 prosent	0.5
11-20 prosent	4.4
21-30 prosent	14.1
31-40 prosent	17.0
41-50 prosent	23.4
51-60 prosent	24.1
61-70 prosent	10.9
Over 70 prosent	5.6

Tabell 4.10 Var de administrative ressursene tilstrekkelige til å styre helsesektoren? Prosent. N = 430.

Ja	82.6
Nei	17.4

Naturlig nok sto helsepolitikken for en svært stor andel av fylkesrepresentantenes arbeid. Som tabell 4.9 viser, anslår nærmere halvparten av representantene at helsepolitikken sto for mellom 40 og 60 prosent av de fylkeskommunale sakene. I tillegg oppgir over 15 prosent at de brukte *mer* enn 60 prosent av sin tid som fylkesrepresentanter på saker relatert til helsepolitikken. I tillegg viser tabell 4.10 at hele 82.6 prosent av fylkespolitikkerne oppgir at de administrative ressursene var tilstrekkelige til å styre helsesektoren. Til tross for at

arbeidsmengden i helsesektoren har vært stor, er det altså lite som tyder på at manglende administrativ støtte har vært et problem.

4.5 Helsepolitikk før sykehusreformen: en sektor i krise?

Avslutningsvis i dette kapitlet er det et sentralt spørsmål som melder seg: i hvilken grad er fylkespolitikere selv enige i den generelle krisebeskrivelsen som har preget helsevesenet det siste tiåret? Så langt har resultatene dokumentert et langt mer positivt bilde av den fylkeskommunale helsepolitikken enn det vi kanskje kunne forvente utfra det generelle inntrykket som presenteres gjennom massemedia og frustrerte politikere. Til tross for sterke statlige reguleringer og trange budsjetttrammer opplevde tydeligvis fylkespolitikere at de var i stand til å spille en relevant rolle innenfor helsepolitikken. Tabell 4.11 viser likevel at krisebeskrivelsen til en viss grad også finner støtte blant fylkespolitikere selv. Selv om bare 12.5 prosent av representantene er enige i at krisebeskrivelsen av helsevesenet i stor grad var et dekkende bilde av sektoren, mener likevel 45 prosent at det i noen grad gir et dekkende bilde. Godt over halvparten av fylkespolitikere oppfatter altså til en viss grad helsevesenet som en sektor i krise.

Tabell 4.11 I hvilken grad opplevde du at krisebeskrivelsen av helsevesenet i den offentlige debatt var dekkende for det bildet du selv hadde av sektoren? Prosent. N = 461.

I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad
12.4	45.1	36.7	5.9

5 Den framtidige fylkespolitikerrollen: fra eier til ombud?

Etter å ha kartlagt den fylkeskommunale helsepolitikken forut for sykehusrefomen, skifter vi nå fokus til fylkespolitikernes mulige roller *etter* den statlige overtagelsen av sykehusene. Et sentralt spørsmål i kjølvannet av sykehusreformen er hvilke arenaer som erstatter fylkestingene som de sentrale politiske beslutningstakerne. På den ene siden innebærer sykehusreformen en politisk sentralisering av sykehusene: mens sykehusene tidligere ble styrt politisk både av Stortinget og fylkestingene, legges den politiske makten nå i prinsippet til Stortinget alene. På den annen side innebærer etableringen av foretaksstrukturen en avpolitisering av helsetjenesten, i og med at fylkeskommunene mister den direkte styringen med sykehusene (jfr. Vareide, 2002). Det er imidlertid vanskelig å se for seg at det kan skapes et skille mellom helsepolitikk som en prosess som skjer utelukkende på nasjonalt nivå, mens det enkelte helseforetak betraktes som en hvilken som helst produsent av tjenester. Mer sannsynlig er det heller at helsepolitikken isteden finner nye arenaer. Spørsmålet er om reformen vil innebære at de framtidige helsepolitiske beslutningene først og fremst vil bli tatt i lukkede styrerom. Eller kan fylkespolitikere fortsatt spille en fornuftig rolle i helsepolitikken? Og i så fall hvilken?

5.1 Gjennomføringen av reformen: enveiskjøring fra helseforetakenes side?

Innledningsvis er det viktig å kartlegge hvordan politikerne opplevde selve gjennomføringen av reformen. Ble det økonomiske oppgjøret oppfattet som rettferdig, og i hvilken grad ble politikerne selv involvert i prosessen rundt den statlige overtagelsen av sykehusene? Tabell 5.1 viser at et overveiende flertall av de spurte oppgir at det økonomiske oppgjøret innebar en dårligere situasjon for fylkeskommunen: godt over 2/3 synes det økonomiske oppgjøret gjorde situasjonen mye eller noe dårligere for fylkeskommunen.

Tabell 5.1 Innebærer det økonomiske oppgjøret i forbindelse med reformen en bedre eller dårligere situasjon for din fylkeskommune? Prosent. N = 453.

Mye dårligere	Noe dårligere	Noe bedre	Mye bedre
37.3	32.9	23.8	6.0

Tabell 5.2 I hvilken grad har helseforetakene brukt fylkespolitikere som rådgivere i gjennomføringen av reformen? Prosent. N = 459.

I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad
1.1	10.5	35.7	52.7

Tabell 5.3 Er det etablert noen form for kontakt/konsultasjonsorgan mellom helseforetaket og fylkeskommunen i ditt fylke? Prosent. N = 423

Ja	32.2
Nei	67.8

Videre tyder resultatene på at fylkespolitikerne i overraskende liten grad var involvert i selve reformprosessen. Tabell 5.2 viser nemlig at over 88 prosent av representantene oppgir at helseforetakene i svært liten eller liten grad har brukt fylkespolitikerne som rådgivere i gjennomføringen av sykehusreformen. Tilsvarende er det også i liten grad bygget ut konkrete bindeledd mellom helseforetakene og fylkespolitikerne etter at reformen er kommet på plass: tabell 5.3 viser at knapt 1/3 av representantene oppgir at det er etablert noen form for kontakt- eller konsultasjonsorgan. Dette er overraskende, spesielt tatt i betraktning at det i den opprinnelige reformen ble lagt opp til at fylkeskommunene i helseregionen gjennom de såkalte regionale rådene skulle fungere som en samtalepartner og rådgiver både for det regionale helseforetaket og de enkelte helseforetakene. Selv om denne ordningen riktignok ikke oppnådde flertall på Stortinget, og de regionale helseforetakene og enkeltforetakene med utgangspunkt i helseforetaksloven dermed ble fristilt i forhold til kontakten med regionale og lokale politiske myndigheter, skulle en likevel forvente at de nye aktørene i langt større grad ville benytte seg av den kompetanse og erfaring innenfor helsesektoren som fylkespolitikerne tross alt besitter. I etterkant av reformen har endog helseminister Dagfinn Høybråten oppfordret til mer kontakt mellom helseforetakene og de regionale og lokale aktørene (jfr. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 17: 2002). Helseministeren understreker at kontakten ikke nødvendigvis trenger å foregå gjennom formelle prosesser, men at kommunikasjonen bør utvikles ut fra lokale behov og forutsetninger. Resultatene her tyder imidlertid på at disse oppfordringene i svært liten grad har båret frukter.

5.2 Nye roller for fylkespolitikerne

Den dokumenterte mangelen på kontakt mellom fylkespolitikerne og helseforetakene står i sterk kontrast til det overveiende flertallet av representantene som mener at fylkespolitikerne fortsatt bør ha en aktiv rolle i helsepolitikken: tabell 5.4 dokumenterer nemlig at godt over halvparten er helt enige i dette, mens over 30 prosent er noe enig.

Tabell 5.4 Mener du at fylkespolitikerne fortsatt bør ha en aktiv rolle i helsepolitikken? Prosent. N = 456.

Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
52.0	30.3	7.7	10.1

Tabell 5.5 Dersom fylkespolitikerne fortsatt skal spille en aktiv rolle i helsepolitikken, hvor viktig er synes du i så fall følgende funksjoner/roller er? Prosent.

	Svært viktig	Noe viktig	Mindre viktig	Helt uviktig	N
Høring/tas med på råd	71.3	22.8	3.2	2.7	443
Ombud/klageinstans	38.2	36.4	16.6	8.9	429
Representere (summen av) primær-kommunale synspunkter	31.9	43.5	18.1	6.5	430
Sitte i utvalg/komiteer	27.6	30.6	28.5	13.2	438
Representasjon i helseforetakenes styrer	45.2	23.3	16.6	15.0	447

Av tabell 5.5 ser vi videre at det først og fremst er i forbindelse med høringer at fylkespolitikkerne mener at de kan spille en rolle i helsepolitikken. Hele 71.3 prosent av de spurte oppgir dette som en svært viktig rolle, mens 22.8 prosent anser dette som noe viktig. En annen rolle som også får relativt stor tilslutning er representasjon i helseforetakenes styrer: 45.2 og 23.3 prosent ser på dette som henholdsvis svært viktig eller noe viktig. Mange vektlegger også ombudsrollen, med tilsvarende andeler på henholdsvis 38.2 og 36.4 prosent. Oppgaven med å representere felles kommunale synspunkter framheves av noen færre som en framtidig rolle for fylkespolitikkerne, med 31.9 og 43.5 prosent som sier seg enig i at dette enten er svært viktig eller noe viktig, mens det å sitte i utvalg og komiteer oppnår enda mindre tilslutning; bare såvidt 58 prosent for de to kategoriene til sammen. I tillegg til de rollene som er oppgitt i tabell 5.5 har flere av respondentene også foreslått andre muligheter. Av de 72 representantene som har vektlagt dette, er det først og fremst følgende funksjoner som nevnes: forebyggende helsearbeid, ulike forum og utvalg for kontakt, og åpne møter og debatter i helseforetakene.¹

Tabell 5.6 Hvilke typer problemstillinger bør fortsatt kreve en form for politisk behandling eller høring regionalt/lokalt i

	Svært viktig	Noe viktig	Mindre viktig	Helt uviktig	N
Utvikling av nye tilbud	30.8	42.9	21.3	5.0	441
Forebyggende helsearbeid	56.1	33.0	8.5	2.5	446
Helhetsplanlegging, ivareta allmenne samfunnshensyn	67.6	25.8	4.9	1.8	450
Prioritering mellom ulike typer av tilbud	24.5	47.0	23.0	5.5	440
Lokalisering av helsetilbud i regionen	53.0	33.9	9.8	3.3	451
Sentralisering/desentralisering av tilbud	51.5	33.1	11.6	3.8	447
Klagebehandling, enkeltsaker	12.8	28.9	36.0	22.3	439

En sak er hvilken framtidig helsepolitisk funksjon eller rolle politikkerne ønsker å spille; like interessant er typen problemstillinger som fylkespolitikkerne mener fortsatt bør kreve en form for politisk behandling eller høring regionalt eller lokalt i helsepolitikken. Som tabell 5.6 viser, er det først og fremst tre områder som peker seg ut hos politikkerne: helhetsplanlegging og ivaretagelsen av allmenne samfunnshensyn, regional lokalisering av helsetilbud, og sentralisering/desentralisering av tilbud. Det er helhetsplanleggingen som anses som klart viktigst: over 2/3 av politikkerne oppgir dette som svært viktig, mens over 1/4 i tillegg anser dette som noe viktig. Tilsvarende andeler for lokalisering av helsetilbud i regionen og sentralisering/desentralisering av tilbud er 53 og 33.9 prosent for førstnevnte og 51.5 og 33.1 prosent for sistnevnte. Som ventet legger mange av politikkerne også vekt på forebyggende helsearbeid: så mange som 89.1 prosent anser det som svært viktig eller noe viktig at denne type problemstillinger behandles regional- eller lokalpolitisk. For utviklingen av nye tilbud oppfattes det som noe mindre viktig med denne typen prosess, da den tilsvarende andelen her bare er på 73.7 prosent. Det samme gjelder for prioritering mellom ulike tilbud: knapt 25 prosent anser det som svært viktig at dette behandles politisk på regionalt eller lokalt plan, mens andelen som svarer noe viktig er på 47 prosent. Det området som skiller seg helt klart mest negativt ut i politikernes vurderinger av sin framtidige rolle er problemstillinger knyttet til klagebehandling og enkeltsaker. Faktisk oppgir et klart flertall av politikkerne, over 58 prosent, at det er mindre viktig eller helt uviktig at

¹ Disse tallene er ikke oppgitt her.

denne typen problemstillinger gjennomgår politisk behandling eller høring på lokalt eller regionalt nivå. Dette kan rent umiddelbart synes å stemme dårlig overens med resultatene i tabell 5.5, i og med at rundt 75 prosent av politikerne også oppgir at rollen som ombud og klageinstans er en svært viktig eller noe viktig framtidig helsepolitisk funksjon. Vi kan derfor anta at det først og fremst er problemstillingene knyttet til enkeltsaker og klagebehandling som representantene anser som lite relevante for en framtidig fylkespolitikerrolle. Det er imidlertid klart at en ombudsrolle kan romme en rekke andre funksjoner enn den kun knyttet til klagebehandling og enkeltsaker. En mulig rolle ligger i vurderingen av mål og verdier som skal ligge til grunn for styringen av helsetjenesten. En annen mulighet ligger i evalueringen av selve foretaksdriften, i forhold til f.eks. tjenestetilbud, kvalitet, kapasitet og samarbeid med primærhelsetjenesten. En tredje funksjon som kan tenkes lagt til en ombudsrolle er å gi innspill til planer for foretakene.

5.3 Kriterier og forutsetninger for en fortsatt rolle for fylkespolitikere

Dersom en så forutsetter at fylkespolitikere skal ha en eller annen form for formalisert rolle i helsepolitikken, gjennom f.eks. representasjon i helseforetakenes styre, utvalg eller komiteer, blir et sentralt spørsmål hvilke kriterier som bør ligge til grunn for en slik representasjon. Bør fylkespolitikernes deltagelse skje etter geografisk fordeling, ved at kandidater for alle fylkene eller alle kommunene i regionen er representert? Eller bør man heller etterstrebe at alle partiene er representert? Og hvilken rolle bør helsepolitisk erfaring spille for denne type representasjon? Som tabell 5.7 viser, er det relativt små forskjeller mellom politikerne i synet på kriteriene for representasjon: 34 prosent ser partipolitisk fordeling som svært viktig, mens de samme andelene for geografisk fordeling og helsepolitisk erfaring er på henholdsvis 30.1 og 28.5 prosent. Alle tre kriterier anses med andre ord som relevante for en eventuell formalisering av fylkespolitikerrollen gjennom representasjon.

Tabell 5.7 Hvilke kriterier bør ligge til grunn for en eventuell formalisering av fylkespolitikernes rolle i helsepolitikken gjennom f.eks. representasjon i helseforetakenes styre, utvalg, komiteer, e.l.? Prosent.

	Svært viktig	Noe viktig	Mindre viktig	Helt uviktig	N
Geografisk fordeling	28.5	43.1	21.2	7.3	439
Partipolitisk fordeling	34.0	42.3	16.4	7.2	444
Helsepolitisk erfaring	30.1	43.2	17.9	8.7	435

Hvilke forutsetninger bør så være til stede for at fylkespolitikere fortsatt skal kunne inneha en fornuftig rolle i helsepolitikken? Som det fremgår av tabell 5.8 rangeres samarbeidet med kommunene og fylkene i regionen som viktigst av politikerne: over 1/3 av representantene anser dette som svært viktig. Nesten like mange vurderer også administrativ støtte og tiltak for å styrke den helsepolitiske kompetansen blant fylkespolitikere som betydningsfullt: andelene som oppgir dette som svært viktig er på rundt 30 prosent i begge tilfellene. Igjen har flere respondenter også foreslått andre forhold enn de som er skissert i tabellen, og nok en gang er det åpne styremøter og informasjon om og innsyn i styresaker som dominerer svarene.

Tabell 5.8 Hvor viktige forutsetninger er de følgende forhold for at fylkespolitikerne fortsatt skal kunne spille en aktiv rolle i helsepolitikken? Prosent.

	Svært viktig	Noe viktig	Mindre viktig	Helt uviktig	N
Administrativ støtte	29.7	52.6	13.7	3.9	437
Tett nettverk mot primærkommunene	35.0	47.5	13.0	4.5	440
Tett samarbeid med andre fylker i regionen	36.8	47.6	12.9	2.7	443
Tiltak for å styrke helsepolitisk kompetanse blant fylkespolitikerne	30.5	45.6	18.7	5.2	443

5.4 Har fylkeskommunen en framtid etter sykehusreformen?

Endelig er et siste spørsmål av interesse for vår kartlegging av fylkespolitikernes framtidige helsepolitiske rolle selvsagt følgende: hvordan har sykehusreformen påvirket representantenes generelle syn på fylkeskommunen? Flere partier har som kjent programfestet å legge ned fylkeskommunen som regionalt forvaltningsnivå, og mange vil hevde at den statlige overtagelsen av sykehusene nå vil være den utløsende faktoren i en slik retning.

Tabell 5.9 Er du enig i en påstand om at fylkeskommunen etter reformen er blitt mindre interessant for politikere? Prosent. N = 458.

Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
36.0	34.3	14.6	15.1

Tabell 5.10 Bør fylkeskommunen legges ned? Prosent. N = 460.

Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
29.1	12.6	10.2	48.0

Som man kunne forvente, mener et klart flertall av representantene at tapet av sykehusansvaret innebærer at fylkeskommunen ble mindre interessant for politikere: 36 prosent er helt enig i et slikt utsagn, mens nesten like mange er noe enig (tabell 5.9). Dette betyr imidlertid ikke det samme som at fylkespolitikere også støtter tanken om å legge ned det regionale forvaltningsnivået – snarere tvert om: nesten halvparten av de spurte er helt uenig i at fylkeskommunen skal legges ned, mens over 10 prosent i tillegg er noe uenig (tabell 5.10).

6 Forklaringsfaktorer bak fylkespolitikernes syn på helsepolitikk før og etter sykehusreformen: en multivariat analyse

Vi har så langt kartlagt fylkespolitikernes vurderinger av sin helsepolitiske rolle forut for statens overtagelse av sykehusene, samt avdekket fylkespolitikernes synspunkter på hvilke framtidige funksjoner de kan tenke seg innenfor helsesektoren etter reformen. I dette kapitlet undersøker vi hvordan politikernes synspunkter varierer med en rekke sentrale bakgrunnsvariabler. Studiet av politikeres betydning for utformingen av offentlig politikk er et sentralt og klassisk tema innenfor statsvitenskapen. Denne forskningstradisjonen står særlig sterkt i Norge, og det er gjort en rekke empiriske studier av betydningen av politiske faktorer for lokale prioriteringer (for en oversikt, se f.eks. Sørensen, 1989; Martinussen, 1997). Selv om forskerne innenfor dette fagfeltet primært har konsentrert seg om det kommunale nivået, finnes det også flere eksempler på empiriske analyser av fylkeskommunene (f.eks. Fevolden, 1985; Dølvik, 1988; Hagen, 1995; 1998). Den tradisjonelle innfallsvinkelen har vært å undersøke i hvilken grad partiforskjeller i kommunestyre eller fylkesting påvirker ønskede eller faktiske prioriteringer. Generelt er bildet som tegnes av politikernes rolle forholdsvis pessimistisk, idet det har vist seg at politiske faktorer kun spiller en liten eller ubetydelig rolle for prioriteringene.² Vår analyse har imidlertid en litt annen innfallsvinkel, idet vi ikke først og fremst søker å avdekke hvordan partiforskjeller påvirker ønskede eller faktiske fylkeskommunale prioriteringer innenfor helsesektoren, men snarere ønsker undersøke hvordan partitilhørighet – i tillegg til flere andre faktorer – påvirker politikernes syn på sin helsepolitiske rolle før og etter sykehusreformen.

6.1 Analysemodell

Følgende spørsmål danner utgangspunktet for vår empiriske modell: hvilke faktorer kan tenkes å påvirke den enkelte representants holdninger til fylkeskommunal helsepolitikk før og etter sykehusreformen? Oss bekjent eksisterer det ingen tidligere slike empiriske studier av fylkespolitikernes holdninger til helsepolitikk. Imidlertid har Fevolden (1985) undersøkt hvordan fylkespolitikernes ønskede budsjettprioriteringer av undervisning, helse og samferdsel varierer med en rekke bakgrunnsfaktorer. Hans modell inkluderer bl.a. representantens sosiale biografi (alder, kjønn og yrkesbakgrunn), plassering i beslutningssystemet, og partitilhørighet. Mens Fevoldens empiriske resultater viser at det er representantenes tilknytning til de ulike fylkeskommunale sektorene som er av størst betydning for prioriteringene, og at det er svært få effekter å spore av de andre faktorene, har derimot flere lignende studier av kommunepolitikere avdekket at slike faktorer er av betydning for representantenes holdninger og prioriteringer (f.eks. Vabo, 2001; Borge & Sørensen, 2002; Martinussen, 2003). Vi skal derfor benytte en lignende modell i vår analyse, og forventer at følgende forhold vil være bestemmende for politikernes synspunkter: sosial biografi, sektortilhørighet, politisk erfaring og partibakgrunn. I tillegg til slike individuelle faktorer forventer

² Det er imidlertid verdt å merke seg at flere nyere studier har dokumentert at politiske faktorer faktisk har effekter på kommunale prioriteringer både når det gjelder tjenestetilbud (Martinussen, 1997; Kaiseth & Rattsø, 1998; Fimreite & Kolsrud, 2001; Lien & Pettersen, 2001; Martinussen & Pettersen, 2001) og fiskale strategier (Borge, 2000).

vi også at representantenes geografiske bakgrunn kan spille en rolle. I det følgende utleder vi noen hypoteser for den multivariate analysen.

Representantenes sosiale biografi inngår i analysen ut fra en antagelse om at rollen som politiker farges av representantenes tidligere opplevelser. For det første forventer vi at politikernes synspunkter på den fylkeskommunale helsepolitikken vil variere med *kjønn*. Rent generelt er det grunn til å forvente at kvinner vil være mer skeptiske til en økende markedstankegang innenfor helsetjenesten, da det er dokumentert at kvinner er mer kollektivt orienterte og mindre individualistiske enn menn, og at kvinner er mer likhetsorienterte og i mindre grad tilhengere av prestasjonsbasert belønning (f.eks. Listhaug & Huseby, 1990). Videre har både Asland (1981) og Bunæs (1982) dokumentert kjønnsforskjeller blant lokalpolitikere når det gjelder interesser, synsmåter og prioriteringer. Av nyere studier har Martinussen (2003) vist at kommunepolitikernes opplevelse av innflytelse varierer med kjønn, idet menn har lettere for å få gjennomslag for sine politiske initiativ enn kvinner. I forhold til vår problemstilling kan vi derfor muligens forvente at de mannlige fylkesrepresentantene vil ha en tendens til å anslå sin egen helsepolitiske rolle før sykehusreformen som viktigere enn de kvinnelige representantene. Hvordan kjønn eventuelt kan tenkes å påvirke synspunktene på fylkespolitikernes framtidige helsepolitiske rolle er det imidlertid vanskeligere å forutsi. Men med bakgrunn i de ovennevnte studiene som dokumenterer at menn generelt er mer positive enn kvinner til markedsideologi og konkurranseorientering (Listhaug & Huseby, 1990), kan vi muligens forvente at menn også vil være mer positive til sykehusreformen – i og med at den hviler tungt på nettopp slike ideer. Det faktum at kvinner generelt er mer opptatt av helse- og sosialspørsmål enn menn (jfr. f.eks. Aardal og Valen, 1989) kan også bety at kvinnelige representanter er mer uvillig til å gi slipp på en rolle innenfor sektoren.

Videre forventer vi også at *alder* kan være utslagsgivende for politikernes holdninger. Begrepet 'politiske generasjoner' knyttes som kjent til en antagelse om at det å tilhøre en bestemt aldersgruppe vil være bestemmende for ens politiske holdninger (f.eks. Mannheim, 1972). Ved å tilhøre en bestemt generasjon er det større sannsynlighet for at en har bestemte holdninger, verdier og interesser. Alderseffekten er imidlertid primært blitt dokumentert i studier av velgeratferd, og er lite testet ut når det gjelder politikeres holdninger generelt, og lokalpolitikeres holdninger spesielt. Et unntak er den nevnte studien av Fevolden (1985), som imidlertid avdekker at alder ikke er relevant for fylkespolitikernes prioriteringer. Derimot finner Martinussen (2003) at kommunepolitikeres innflytelse på budsjettet varierer med alder: innflytelsen øker med økende alder. Det er derfor naturlig å forvente at også fylkespolitikernes helsepolitiske innflytelse er positivt relatert til alder. Igjen er det derimot vanskeligere å predikere en eventuell alderseffekt for syn på helsepolitikken etter sykehusreformen. Gitt at eldre generelt er mer opptatt av helse- og sosialspørsmål enn yngre (f.eks. Aardal & Valen, 1989), er det muligens grunn til å forvente at eldre representanter også vil legge større vekt på at fylkespolitikere fortsatt bør spille en aktiv rolle innenfor framtidens helsepolitikk.

Den tredje indikatoren for sosial biografi som inngår i vår modell er *utdanning*. I utgangspunktet bør høy utdanning representere en klar fordel for en representant både når det gjelder å samle og behandle politisk informasjon, og i samhandlingen og debatten med andre aktører i fylkespolitikken. Dette støttes delvis av empiriske funn som viser at aktiviteten blant lokalpolitikere er relatert til sosial status (Larsen & Offerdal, 1979). Tilsvarende avdekkes det i den nevnte studien av Martinussen (2003) at kommunepolitikeres budsjettinnflytelse øker med utdanning. I tråd med disse funnene antar vi derfor at vurderingene av fylkesrepresentantenes rolle i helsepolitikken før sykehusreformen er mer positive hos de med høy utdanning. Når det gjelder vurderingene av den framtidige fylkespolitikerverollen, er det mer usikkert hvordan utdanning vil påvirke dette.

En annen sentral bakgrunnsvariabel er *fylkespolitisk erfaring*, målt som antall tidligere valgperioder i Fylkestinget. Den generelle antagelsen er at en representants betydning i beslutningsprosessen øker med antall valgperioder. De politiske 'nybegynnerne' i Fylkestinget vil nødvendigvis ofte ha mindre kunnskap om hvordan det politiske spillet foregår enn de mer erfarne representantene. De sistnevnte representantene kjenner bedre de uformelle reglene

og normene for nettverks- og koalisjonsbygging mellom aktørene i fylkespolitikken, noe som igjen vil kunne gi dem en klar fordel når det gjelder å få gjennomslag for sine politiske preferanser. Denne sammenhengen er dokumentert for lokalpolitikere av Martinussen (2003): den politiske gjennomslagskraften øker med antallet valgperioder som kommunestyrerepresentant. Vi forventer at samme effekt gjør seg gjeldende også her, ved at de erfarne representantene er de som er mest positive i sine vurderinger av fylkespolitikernes betydning i helsepolitikken før reformen. Videre er det naturlig å forvente at det er de representantene som har investert mest tid i fylkespolitikken som også er de som er mest innstilt på at politikerne fortsatt skal spille en fornuftig rolle i helsepolitikken.

I tillegg forventer vi naturligvis at representantenes *sektortilhørighet* er sentral i å forklare holdningene til fylkeskommunal helsepolitikk. Sammenhengen mellom institusjonell plassering og politisk atferd har vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet i norsk statsvitenskap helt siden den første Maktutredningen (Lægred & Olsen, 1978; Egeberg, 1981).³ Den generelle antagelsen er at politiske institusjoner påvirker fordelingen av politiske ressurser, noe som igjen påvirker den makt som politiske aktører besitter. Det å inneha en posisjon i et beslutningssystem gir rettigheter til deltagelse, og endrer fordelingen av makt og adgangskriterier (March & Olsen, 1984). Dette gjelder i høyeste grad også for vår fylkeskommunale kontekst. Som Fevolden (1985) påpeker, innebærer ordningen med hovedutvalg at representantene får storparten av sitt møteprogram dominert av en sektor og dens problemer. Dette kan ofte resultere i en 'utvalgssosialisering', der virkelighetsoppfatningen som dominerer representantene i deres politiske arbeid influeres av deres utvalgsplassering.⁴ I tråd med dette fant Fevolden som nevnt i sin studie at utvalgstillhørigheten var den klart viktigste faktoren i å forklare fylkespolitikernes prioriteringer, ved at f.eks. medlemmene av helse- og sosialutvalget prioriterer en økt innsats innen helsesektoren klart høyere enn det andre representanter gjør. Tross gjennomføringen av flere organisasjonsendringer i fylkene for å motvirke nettopp denne tendensen til sektorpolitikere er det naturlig å anta at en slik effekt også vil gjøre seg gjeldende i våre analyser.

Representantenes *partipolitiske tilhørighet* bør naturligvis også inkluderes i en analyse av fylkespolitikernes syn på helsepolitikk. I utgangspunktet kan det muligens innvendes at de tradisjonelle partipolitiske skillene spiller en langt mindre rolle på fylkesnivået enn på nasjonalt og kommunalt plan. Hagen (1998) hevder f.eks. at partienes profil på fylkesnivået er svakere og de politiske skillelinjene lite synlige, noe som igjen skyldes at fylkestingets organisasjonsmodell gir lite rom for partipolitisk eksponering og politikktutforming. Ifølge Hagen preges fylkestingene i større grad enn kommunestyrene av få politisk 'spennende' valgssituasjoner, noe som delvis skyldes de rammebetingelsene som staten har definert for virksomheten. I tråd med et slikt syn har empiriske studier avdekket svake effekter av partiene i fylkespolitikken. I Fevoldens (1985) undersøkelse av fylkespolitikernes ønskede budsjett-prioriteringer av undervisning, helse og samferdsel har partitilknytning ingen signifikant betydning. Tilsvarende har Dølvik (1988) avdekket at det også er meget svake partieffekter i fylkeskommunenes faktiske prioriteringer. Videre har Hagen (1995) som nevnt i en analyse av budsjettprosessen i tre utvalgte fylkeskommuner funnet at partiforskjeller er av liten relevans, da preferansene først og fremst reflekterer medianrepresentantens ønsker. I en nyere studie har Hagen (1998) også analysert betydningen av politiske partier for utformingen av fylkeskommunenes politikk ved hjelp av en survey til fylkestingsrepresentantene, og finner i likhet med de tidligere studiene små spor av partispesifikke prioriteringer i fylkeskommunene. Til tross for denne dokumenterte mangelen på partipolitisk profil i fylkestingene er det likevel grunn til å anta at det spesifikke politikkområdet som her er i fokus – helsesektoren – i sterkere grad vil kunne splitte representantene etter partibakgrunn. I den nevnte studien undersøker f.eks. Hagen også fylkestingrepresentantenes syn på tjenesteorganisering, og finner der klare partiskiller etter det vanlige venstre-høyre-mønsteret i synet på sykehusene: sosialistiske representanter er klart mer skeptiske både til å gi tilskudd

³ For en oppdatert internasjonal litteraturoversikt, se f.eks. Egeberg (1999).

⁴ Denne formen for sektorisering av politikerne møtte som kjent særlig kritikk i kommunesektoren, og var den utløsende årsak til introduksjonen av de såkalte 'strategiorienterte' organisasjonsmodellene, der det legges større vekt på overordnet styring og koordinering mellom sektorene (se f.eks. Baldersheim m. fl., 1995; Vabo, 2000; 2001).

til frivillige organisasjoner eller private bedrifter for drift av sykehus og til fritt sykehusvalg. En ytterligere pekepinn på betydningen av partiskillene finner vi selvsagt i selve debatten om sykehusreformen. Som kjent delte reformen partiene i to leire, der Høyre og Fremskrittspartiet sammen med Arbeiderparti-regjeringen var de fremste pådriverne av reformen, mens Sosialistisk Venstreparti sammen med mellompartiene fremsto som sterke motstandere. Og selv om reformen riktignok ble vedtatt under en Arbeiderparti-regjering er det likevel klart at reformen møtte stor kritikk også i dette partiet. Vi forventer derfor i tråd med dette at først og fremst representantene fra Høyre og Fremskrittspartiet vil være mest tilbøyelige til å vurdere den fylkeskommunale helsepolitikken i et negativt lys, og også at det er de samme som vektlegger sterkest at fylkespolitikkerne ikke bør fortsette å spille en rolle i helsepolitikken.

Mens alle de ovennevnte variablene indikerer ulike individuelle særtrekk ved representantene, er det også grunn til å forvente at flere kontekstuelle variabler kan spille en rolle for politikernes holdninger. For det første er det naturlig at representantenes *regionale tilhørighet* vil være av betydning. Siden problemene og utfordringene har variert betydelig mellom de ulike helseregionene, er det all grunn til å forvente at både vurderingene av perioden før reformen og av den framtidige politikerrollen er betinget av hvilken helseregion man tilhører. Da det imidlertid er vanskelig å formulere spesifikke hypoteser for hver enkelt av de ulike regionene, må derfor disse variablene betraktes som rene kontrollvariabler som inkluderes først og fremst for å eliminere effektene av ukjente bakenforliggende regionsspesifikke faktorer.

I tillegg antar vi at det vil kunne være forskjeller mellom representanter fra *fylker med regionsykehus* og representanter fra fylker uten regionsykehus. Regionsykehusene er høyt spesialiserte og avanserte sykehus som i tillegg også har ansvar både for forskning og undervisning. Det er derfor naturlig at fylkespolitikkerne fra fylkene med denne typen sykehus vil kunne skille seg ut i sine preferanser og oppfatninger, selv om det også her er vanskeligere å utlede bestemte forventninger.

6.2 Empiriske resultater: syn på helsepolitikk før sykehusreformen

6.2.1 Opplevd helsepolitisk innflytelse

I dette kapitlet presenteres resultatene fra den multivariate analysen av fylkesrepresentantenes syn på helsepolitikken før reformen. Vi starter med spørsmålet om hvordan fylkespolitikkerne oppfattet sin egen og andre aktørers helsepolitiske innflytelse. Tabell 6.1 viser resultatene fra regresjonsanalysen. Den avhengige variabelen er positivt relatert til innflytelse, slik at høye verdier betyr stor innflytelse. Av størst interesse er selvsagt hvordan fylkespolitikernes vurderer sin egen helsepolitiske rolle, og disse resultatene er gjengitt i første kolonne i tabellen. Som vi ser, er det både klare regionale og partipolitiske forskjeller i synet på fylkespolitikernes innflytelse. Representanter fra fylkene i Helseregion Nord og Helseregion Sør tillegger fylkespolitikkerne en signifikant større innflytelse enn det representantene i referanse-kategorien gjør; dvs. Helseregion Øst. Videre oppfatter representanter fra Høyre og Fremskrittspartiet fylkespolitikernes innflytelse som klart mindre enn det representanter fra referanse-kategorien – Arbeiderpartiet – gjør. At det er representantene fra nettopp disse partiene som har det mest negative synet på fylkespolitikernes rolle før reformen bør kanskje ikke komme som noen overraskelse, siden det også var de samme partiene som var de sterkeste pådriverne for den statlige overtagelsen av sykehusene. I tillegg indikerer estimatet for representantene som tilhører andre lister enn de tradisjonelle partiene at også disse skiller seg ut i samme retning, men dette bør nok tolkes med en viss varsomhet, siden antallet slike representanter i datamaterialet er for lite til å kunne trekke generelle slutninger. I tråd med forventningene vurderer også representanter som har vært medlem av helse- og sosialutvalget fylkespolitikernes helsepolitiske innflytelse som større enn det andre representanter gjør. Deltagelse i slike utvalg betyr at politikerne nødvendigvis får større innsikt i sektoren, og dermed også gis bedre muligheter både for å legge premissene for og å påvirke de helsepolitiske beslutningene. Det er også klart at synet på fylkespoli-

tikernes rolle er betinget av sykehusspesialiseringen i hjemfylket: representanter fra fylkene med regionsykehus – dvs. Troms, Sør-Trøndelag eller Hordaland – opplevde nemlig politikernes innflytelse som signifikant mindre enn det representanter fra andre fylker gjorde.

Tabell 6.1 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av ulike aktørers innflytelse på helsepolitikken før sykehusreformen. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Fylkes- politikerne	Fylkes- admin.	Sentrale fagmynd.	Helseprof- esjonene	Sykehus- ene	Masse- media	Pasient- org.
Kjønn	-.009 (.18)	-.047 (.92)	-.010 (.19)	-.078 (1.54)	.001 (.01)	-.121* (2.47)	-.181** (3.62)
Alder	-.047 (-.90)	-.087 (1.60)	-.108* (1.99)	-.055 (1.02)	-.074 (1.36)	-.139** (2.66)	-.079 (1.48)
Utdanning	-.052 (1.04)	-.027 (.52)	.005 (.09)	-.016 (.30)	.044 (.84)	-.067 (1.33)	-.060 (1.17)
Erfaring	.019 (.36)	-.040 (.75)	.027 (.51)	.100 (1.85)	.018 (.33)	.175** (3.37)	-.045 (.84)
Medlem av helseutvalg	.169** (3.39)	.018 (.35)	-.040 (.77)	-.077 (1.47)	.018 (.35)	.062 (1.23)	.075 (1.47)
Helseregion Sør	.166** (2.67)	.174** (2.73)	-.035 (.53)	.033 (.51)	.145* (2.27)	.012 (.19)	.053 (.84)
Helseregion Vest	.096 (1.49)	.129* (1.96)	.057 (.84)	-.002 (.03)	.032 (.48)	-.011 (.17)	.016 (.25)
Helseregion Midt-Norge	.057 (.91)	.032 (.50)	-.007 (.11)	.114 (1.76)	.111 (1.71)	-.017 (.27)	.036 (.57)
Helseregion Nord	.167** (2.76)	.121 (1.94)	-.005 (.09)	.007 (.12)	.128* (2.06)	.017 (.29)	.039 (.64)
Fylke med regionsyk.	-.111* (2.03)	-.151** (2.68)	.054 (.95)	.027 (.48)	.064 (1.12)	-.058 (1.06)	.003 (.054)
RV	.008 (.16)	.016 (.32)	.055 (1.09)	.014 (.27)	-.014 (.27)	-.076 (1.57)	-.026 (.53)
SV	-.088 (1.68)	-.018 (.33)	-.055 (1.00)	-.003 (.05)	-.031 (.56)	.064 (1.23)	-.002 (.034)
Sp	.008 (.15)	-.056 (1.03)	.006 (.10)	-.015 (.28)	.026 (.48)	-.027 (.52)	.054 (1.01)
V	-.086 (1.70)	.020 (.37)	.021 (.40)	.077 (1.45)	.042 (.80)	.038 (.74)	.014 (.27)
Krf	-.020 (.39)	-.007 (.14)	-.023 (.41)	.023 (.43)	.033 (.60)	.047 (.89)	-.024 (.45)
H	-.156** (2.89)	-.009 (.16)	.031 (.55)	.075 (1.33)	.041 (.73)	.129* (2.39)	-.073 (1.33)
Frp	-.142** (2.70)	-.080 (1.47)	-.066 (1.20)	.035 (.63)	-.103 (1.87)	-.010 (.19)	-.136* (2.54)
Andre	-.112** (2.25)	.013 (.26)	.086 (1.65)	-.069 (1.34)	-.021 (.42)	-.085 (1.71)	-.118* (2.33)
Konstant	3.28** (13.22)	3.39** (15.09)	3.40** (12.82)	3.11** (11.57)	3.01** (12.20)	3.21** (11.35)	2.75** (10.95)
R ²	.12	.07	.04	.05	.06	.11	.10
N	410	403	405	410	404	410	400

** = $p < .01$, * = $p < .05$

De øvrige kolonnene i tabell 6.1 viser så hvordan synet på andre aktørers helsepolitiske innflytelse varierer med de samme forklaringsfaktorene. Igjen avdekker analyseresultatene visse regionale variasjoner. For det første skiller representantene fra Helseregion Sør seg igjen ut ved at de vurderer både fylkesadministrasjonens og sykehusenes innflytelse som større enn det representantene i Helseregion Øst gjør. Det samme mønsteret finner vi også for representantene fra Helseregion Nord, selv om estimatet for fylkesadministrasjonens innflytelse riktignok er marginalt usignifikant på konvensjonelt statistisk nivå. I tillegg viser resultatene at også representantene i Helseregion Vest skiller seg ut i samme retning når det gjelder fylkesadministrasjonen. Det er videre klart at regionsykehus i fylket slår ut negativt for vurderingene av fylkesadministrasjonens innflytelse: representantene fra disse fylkene nedvurderer nemlig administrasjonens rolle i større grad enn de andre representantene. Noe overraskende er det derimot at partibakgrunn har relativt liten betydning for fylkesrepresentantenes vurderinger av de andre aktørenes rolle. Unntakene er for massemedia, der Høyres representanter skiller seg ut ved at disse vurderer massemedias betydning som klart sterkere enn Arbeiderpartirepresentantene, og for pasientorganisasjonene, som vurderes som mer ubetydelig av Fremskrittsparti-representantene og representantene for de upolitiske listene. Når det gjelder representantenes sosiale biografi, fremgår det av tabellen at de mannlige representantene oppfatter både massemedias og pasientorganisasjonenes innflytelse som signifikant mindre enn sine kvinnelige kollegaer. Tilsvarende er det også en negativ sammenheng mellom alder og oppfatningen av massemedias innflytelse: innflytelsen oppgis som mindre med økende alder. Oppfatningene av massemedia er imidlertid motsatt relatert til politisk erfaring: jo flere perioder representantene har sittet i Fylkestinget, desto mer helsepolitisk innflytelse mener man at massemedia har.

6.2.2 Opplevd innflytelse på ulike områder av helsepolitikken

Hvordan varierer så synet på fylkespolitikernes innflytelse på de ulike områdene av helsepolitikken med sosial biografi, fylkespolitisk bakgrunn, geografisk tilhørighet og partipolitisk bakgrunn? Tabell 6.2 viser resultatene når modellen vår estimeres for disse spørsmålene. Som vi ser, er det med visse unntak lite av variasjonen i fylkespolitikernes vurderinger som kan relateres til bakgrunnsvariablene.

Tabell 6.2 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av egen innflytelse på ulike områder av helsepolitikken før sykehusreformen. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Budsjett- spørsmål	Lokali- serings- spørsmål	Sentralisering av funksjoner	Fordeling av tilbud mellom fylkene	Fordeling av tilbud innad i fylket
Kjønn	.038 (.77)	.077 (1.54)	.089 (1.74)	-.045 (.90)	.086 (1.75)
Alder	.149** (2.85)	-.059 (1.11)	-.118* (2.18)	-.075 (1.39)	-.172** (3.27)
Utdanning	-.014 (.27)	.004 (.09)	.029 (.55)	.010 (.19)	.069 (1.36)
Erfaring	.010 (.20)	.013 (.25)	.002 (.04)	.082 (1.53)	.049 (.93)
Medlem av helseutvalg	.046 (.91)	.107* (2.09)	.092 (1.77)	.098 (1.91)	.166** (3.29)
Helseregion Sør	.067 (1.07)	.152* (2.40)	.010 (.16)	.194** (3.06)	.140* (2.25)
Helseregion Vest	.15* (2.31)	.096 (1.47)	.033 (.49)	.232** (3.60)	.148* (2.34)
Helseregion Midt-Norge	.106 (1.70)	.100 (1.57)	-.013 (.20)	.130* (2.04)	.086 (1.37)
Helseregion Nord	.059 (.97)	.059 (.95)	.003 (.05)	.172** (2.78)	.059 (.96)
Fylke med regionsyk.	-.242** (4.36)	-.096 (1.74)	-.057 (1.00)	.037 (.66)	-.085 (1.55)
RV	-.060 (1.22)	-.021 (.42)	.046 (.91)	.064 (1.30)	-.020 (.40)
SV	.021 (.40)	-.041 (.76)	-.080 (1.47)	-.025 (.47)	-.065 (1.23)
Sp	.037 (.69)	.086 (1.61)	.018 (.33)	.011 (.21)	-.029 (.55)
V	-.042 (.83)	-.063 (1.21)	-.011 (.20)	-.078 (1.51)	-.084 (1.64)
Krf	-.057 (1.09)	-.014 (.27)	-.059 (1.07)	.073 (1.36)	-.004 (.08)
H	.049 (.89)	-.037 (.66)	-.130* (2.31)	-.048 (.87)	-.148** (2.71)
Frp	.005 (.10)	-.073 (1.35)	-.100 (1.82)	-.046 (.86)	-.190** (3.58)
Andre	-.040 (.80)	.002 (.05)	.013 (.25)	-.096 (1.90)	-.040 (.80)
Konstant	2.19** (7.98)	3.07** (12.59)	3.01** (11.15)	2.24** (8.89)	3.10** (12.81)
R ²	.10	.07	.06	.10	.12
N	412	412	401	400	399

** = $p < .01$, * = $p < .05$

Av indikatorene på sosial biografi er det alder som har størst betydning. Det er for det første klart at budsjettinnflytelsen øker med økende alder, hvilket er i tråd med forventningene, og støtter lignende funn for kommunepolitikere (Martinussen, 2003). En rimelig forklaring er at partiene i liten grad slipper til de yngste representantene i de viktige budsjettforhandlingene. Representantenes alder er også av betydning for innflytelsen både på sentralisering av funksjoner og på fordelingen av tilbud innad i fylket, men effekten er det omvendte av den for innflytelse på budsjettspørsmål: mens budsjettinnflytelsen øker med økende alder, synker innflytelsen på disse områdene med økende alder. Videre betyr medlemskap i helse- og sosialutvalget som forventet større helsepolitisk innflytelse: medlemskap er positivt relatert til representantenes opplevde innflytelse på lokaliseringsspørsmål og på spørsmål som gjelder fordeling av tilbud innad i fylket. I tillegg indikerer resultatene også den samme effekten for spørsmål relatert til fordeling av tilbud mellom fylkene – selv om estimatene riktignok er marginalt usignifikante.

Tabell 6.2 avdekker videre at det er sterke regionale variasjoner i synet på innflytelse på de ulike helsepolitiske områdene. For budsjettspørsmål er det Helseregion Vest som skiller seg ut, ved at representantene herfra vurderer sin budsjettinnflytelse som signifikant større enn det representantene i Helseregion Øst vurderer, mens det for lokaliseringsspørsmål er representantene fra Helseregion Sør som oppgir en høyere innflytelse. De samme to helse-regionene skiller seg også ut i positiv forstand når det gjelder representantenes opplevde innflytelse på fordelingen av helsetilbud innad i fylket. Mest entydig er imidlertid bildet for saker som gjelder fordeling av helsetilbud mellom fylkene: her får vi signifikante positive effekter for alle de fire variablene som indikerer helseregion. Representantene i Helseregion Øst skiller seg med andre ord klart ut i negativ retning, ved at representantene fra alle de øvrige helseregionene oppgir at de var i bedre stand til å påvirke dette området av helsepolitikken.

I tillegg til helseregion er det også av en viss betydning om representantene kommer fra et fylke med regionsykehus eller ikke: representantene fra disse fylkene oppfatter nemlig sin budsjettinnflytelse som klart mindre enn andre representanter. En lignende sammenheng antydes også for lokaliseringsspørsmål, men estimatet oppnår ikke signifikans på konvensjonelt statistisk nivå. Endelig observerer vi at de partipolitiske effektene er avgrenset til kun to av de helsepolitiske områdene inkludert i tabell 6.2: sentralisering av funksjoner og fordeling av tilbud innad i fylket. Igjen er det representantene fra Høyre og Fremskrittspartiet som skiller seg ut i negativ retning: disse har en mer pessimistisk vurdering av fylkespolitikernes innflytelse på disse områdene enn de som representerer Arbeiderpartiet.

6.2.3 Helsepolitiske målsettinger

Tabell 6.3 presenterer resultatene fra analysen av fylkesrepresentantenes prioriteringer av de ulike helsepolitiske målsettingene.⁵ For å sikre en viss variasjon har vi begrenset analysen til de fire helsepolitiske områdene som faktisk ble prioritert av minimum 25 prosent av representantene.⁶ Dersom vi starter med målsettingen om å sikre befolkningen i alle deler av fylket like god tilgang til helsetjenester – som vi har sett prioriteres av klart flest fylkespolitikere – ser vi at modellen vår egner seg dårlig til å predikere sannsynligheten for at representantene vil prioritere denne målsettingen. Kun én variabel har noen signifikant effekt: Høyre-representanter har en tendens til å vektlegge denne målsettingen i mindre grad enn Arbeiderparti-representanter. Dette resultatet er vel ikke uventet, idet Høyre i den politiske debatt gjerne har framstått som mer villig til å fire på målsettingen om lik tilgang på helsetjenester til fordel for private løsninger.

⁵ Siden de avhengige variablene er dikotome, er modellen estimert ved hjelp av logistisk regresjon. Estimaten som er oppgitt i tabell 24 kan derfor ikke sammenlignes med de standardiserte koeffisientene i de øvrige tabellene, da førstnevnte koeffisienter uttrykker odds-ratioer.

⁶ Dette innebærer altså at følgende målsettinger er ekskludert fra analysen: 'sikre befolkningen i fylket tilgang til de nyeste behandlingsmetoder', 'bygge opp sterke medisinske fagmiljøer ved det sentrale sykehuset i fylket', og 'innføre IT-teknologi for å forbedre samhandling i helsetjenesten'.

I kapittel 4 fremgikk det at reduksjon av ventetid i sykehusene er den helsepolitiske målsettingen som prioriteres nest høyest av fylkesrepresentantene. Kolonne 2 i tabell 6.3 viser hvordan prioriteringen av denne målsettingen er betinget av sosial biografi, fylkespolitisk bakgrunn, geografisk tilhørighet og partipolitisk bakgrunn. Det er for det første verdt å merke seg at det er klare geografiske variasjoner i synet på denne målsettingen: representanter fra helseregionene Vest og Nord skiller seg signifikant ut fra representantene i helseregion Øst ved at de i mindre grad ønsker å prioritere reduksjon i ventetid. Umiddelbart er det nærliggende å tenke seg at forklaringen på denne variasjonen kan finnes i de faktiske regionale forskjellene i ventetid, ved at problemene med ventetid kan antas å ha vært minst i nettopp disse regionene. Dersom vi baserer oss på de nyeste data tilgjengelig finner vi imidlertid liten støtte for en slik forklaring, idet det er helseregionene Midt-Norge og Øst som skiller seg ut i 2002 med henholdsvis færrest og flest pasienter på venteliste (Lie, 2002). Tabell 6.3 avdekker imidlertid også at representanter fra fylker med regionsykehus skiller seg ut i positiv retning; dvs. med en sterkere vektlegging av ventelisteproblematikken. Her kan imidlertid de fylkesvise variasjonene gi en viss pekepinn om årsaken til denne prioriteringen: to av de tre fylkene med regionsykehus – Troms og Hordaland – hadde nemlig i 1999 lengst median ventetid for pasienter med ventetidsgaranti, mens både Sør-Trøndelag, Troms og Hordaland ligger på topp når det gjelder median ventetid for innlagte pasienter samme år (Huseby, 2000).

Som vi ser av tabell 6.3 er det også en viss regional variasjon i synet på målsettingen om å unngå nedbygging eller nedleggelse av akuttmedisinske tilbud ved mindre sentrale sykehus. Representantene for helseregion Nord vektlegger nemlig i større grad denne målsettingen enn representanter i helseregion Øst. Dette henger nok sammen med at det i denne regionen har vært større konflikter knyttet til denne type saker enn i de andre helseregionene. Videre er representantene i fylker med regionsykehus mer tilbøyelige til å nedvurdere nettopp denne målsettingen. Av partiene er det kun Senterpartiet som utmerker seg, ved at dette partiets representanter gir det å hindre nedleggelse og nedbygging av tilbud klart høyere prioritet enn andre representanter – noe som nok reflekterer dette partiets tunge distriktpolitiske profil.

For den siste helsepolitiske målsettingen vi har valgt å inkludere i den multivariate analysen – å effektivisere for å sikre helsetjenesten en sunn økonomi – er det kun to faktorer som er sentrale i å forklare variasjonen. For det første er det en klar kjønnsforskjell i synet på denne målsettingen, og som antatt er det de mannlige representantene som er mest tilbøyelige til å framheve effektivisering som et viktig helsepolitisk mål. For det andre er det Høyres representanter som ser økonomisk effektivisering som en sentral prioritering – noe som naturligvis også er i tråd med forventningene.

Tabell 6.3 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes prioriteringer av ulike helsepolitiske målsettinger før sykehusreformen. Estimert med logistisk regresjon. Ustandardiserte beta-koeffisienter med standardfeil i parentes. N = 467.

	Lik tilgang til helsetjenester i fylket	Redusere ventetider i sykehusene	Unngå nedleggelse av akuttmedisinske tilbud	Effektivisere for bedre økonomi
Kjønn	-.387 (.23)	.009 (.22)	-.318 (.23)	.506* (.25)
Alder	.010 (.010)	-.005 (.01)	.008 (.01)	-.012 (.01)
Utdanning	.001 (.03)	.021 (.03)	-.014 (.03)	.042 (.04)
Erfaring	.074 (.09)	-.006 (.09)	-.060 (.10)	-.121 (.11)
Medlem av helseutvalg	-.007 (.24)	-.151 (.22)	.043 (.24)	-.133 (.26)
Helseregion Sør	-.328 (.31)	-.426 (.30)	.010 (.34)	.025 (.34)
Helseregion Vest	.478 (.39)	-.800* (.36)	-.341 (.39)	-.353 (.41)
Helseregion Midt-Norge	.435 (.39)	-.477 (.34)	-.319 (.340)	-.388 (.40)
Helseregion Nord	.522 (.41)	-1.414** (.40)	1.110** (.38)	-.671 (.45)
Fylke med regionsyk.	-.381 (.33)	.941** (.31)	-.671* (.34)	.364 (.35)
RV	-.714 (1.05)	-.850 (1.21)	2.258 (1.21)	-6.250 (17.90)
SV	.812 (.49)	-.799 (.43)	.563 (.41)	-.118 (.46)
Sp	.846 (.49)	-.413 (.39)	1.044** (.39)	.131 (.43)
V	.284 (.57)	-.571 (.54)	.148 (.57)	-.223 (.62)
Krf	.012 (.38)	-.575 (.37)	.567 (.39)	.199 (.41)
H	-.808** (.31)	.408 (.30)	-.265 (.36)	.774* (.33)
Frp	-.546 (.37)	.658 (.36)	.132 (.41)	.014 (.43)
Andre	.715 (1.14)	-.410 (.91)	1.329 (.88)	-5.983 (14.91)
Konstant	.352 (.82)	.040 (.77)	-1.16 (.85)	-1.170 (.89)
Kji-kvadrat	37.26**	38.64**	37.77**	25.34
% korrekt predikert	72.8	64.2	75.2	76.3

** = $p < .01$, * = $p < .05$

6.2.4 Opplevelse av begrensinger i helsepolitikken

Hvordan avhenger representantenes vurderinger av begrensningene i den helsepolitiske innflytelsen med bakgrunnsfaktorene? Tabell 6.4 viser resultatene av denne analysen. For de sosiodemografiske variablene avdekker resultatene kjønnsforskjeller i synet på kommunenes rolle: menn ser kommunene som en begrensning i innflytelsen i mindre grad enn kvinner. I tillegg er både kjønn og alder av betydning for synet på pasientorganisasjonenes rolle. I likhet med for primærkommunene finner vi en negativ effekt av kjønn: menn opplevde i mindre grad enn kvinner at pasientorganisasjonene utgjorde en begrensning i fylkespolitikernes innflytelse. Alder har derimot den motsatte effekten: oppfatningen av pasientorganisasjonene som en begrensende faktor øker med økende alder. Utover dette finner vi ingen andre effekter av hverken kjønn, alder eller utdanning.

Tabellen viser imidlertid at tendensene til å vektlegge enten økonomiske hensyn, helseprofesjonene eller massemedia som begrensende faktorer alle er positivt relatert til representantenes fylkespolitiske erfaring. Jo flere perioder representantene har sittet i Fylkestinget, i desto større grad mener en altså at slike forhold bidro til å redusere mulighetene for helsepolitisk innflytelse. Dette er neppe overraskende. Lang fartstid i fylkespolitikken innebærer rimeligvis at man også i mange tilfeller vil ha utviklet en bedre forståelse for hvordan trange økonomiske rammer har avgrenset fylkeskommunenes handlingsfrihet. Tilsvarende betyr lang erfaring nødvendigvis også at man vil ha hatt flere muligheter til å måle krefter med og bryne seg på helseprofesjonene – og har dermed også lidd flere nederlag. Og endelig vil det gjerne være slik at media først og fremst retter oppmerksomheten i de ulike sakene mot de mest erfarne politikerne, slik at disse dermed oftere havner i et kritisk søkelys, og av den grunn oppfatter massemedia som en større begrensning i fylkespolitikernes innflytelse. På den annen side ser vi også av tabellen at fylkespolitisk erfaring er negativt relatert til opplevd begrensning fra andre fylker. Dette skyldes nok at med mer erfaring fra fylkespolitikken følger også et større kontaktnett og samarbeid med andre fylker.

Tabell 6.4 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av ulike faktors begrensning av helsepolitisk innflytelse før sykehusreformen. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Økono- miske hensyn	Helse- profe- sjonene	Sentrale regu- leringer	Primær- kom- munene	Andre fylker	Helse- adm.	Masse- media	Pasient- org.
Kjønn	.016 (.31)	-.037 (.77)	-.064 (1.28)	-.135** (2.69)	-.074 (1.47)	-.045 (.90)	-.085 (1.74)	-.143** (2.81)
Alder	.016 (.31)	-.061 (1.18)	.053 (.99)	.044 (.83)	.006 (.11)	.062 (1.16)	-.008 (.16)	.109* (2.00)
Utdanning	.046 (.89)	-.056 (1.12)	-.069 (1.36)	-.044 (.87)	-.096 (1.84)	-.089 (1.73)	-.082 (1.63)	-.046 (.88)
Erfaring	.109* (2.04)	.143** (2.75)	-.006 (.12)	-.050 (.95)	-.131* (2.43)	.008 (.16)	.190** (3.67)	-.042 (.78)
Medlem av helseutvalg	.002 (.04)	-.076 (1.52)	.008 (.16)	.032 (.63)	.051 (.98)	-.111* (2.16)	.095 (1.89)	.020 (.39)
Helseregion Sør	-.023 (.35)	-.044 (.72)	.043 (.68)	.076 (1.20)	.064 (.99)	.118 (1.84)	-.029 (.46)	.095 (1.48)
Helseregion Vest	.021 (.31)	-.152* (2.37)	.105 (1.60)	.117 (1.81)	.022 (.34)	.038 (.58)	-.068 (1.07)	.067 (1.01)
Helseregion Midt-Norge	-.012 (.19)	.034 (.55)	-.005 (.07)	.011 (.17)	.076 (1.18)	.108 (1.67)	-.007 (.10)	.091 (1.40)
Helseregion Nord	.043 (.70)	-.206** (3.41)	.121* (1.97)	.173** (2.80)	.137* (2.18)	.118 (1.91)	-.036 (.59)	.065 (1.05)
Fylke med regionsyk.	.126* (2.23)	.125* (2.28)	.136* (2.42)	-.129* (2.31)	-.083 (1.47)	.003 (.054)	-.082 (1.50)	-.027 (.48)
RV	.031 (.62)	-.047 (.97)	-.007 (.15)	.068 (1.36)	.014 (.27)	-.042 (.84)	-.099* (2.03)	-.065 (1.28)
SV	.099 (1.85)	.055 (1.06)	.011 (.21)	-.036 (.68)	-.052 (.97)	.017 (.32)	.056 (1.07)	-.053 (.97)
Sp	.000 (.00)	.008 (.15)	-.069 (1.29)	-.051 (.94)	-.037 (.67)	-.030 (.55)	.001 (.02)	.011 (.21)
V	-.006 (.12)	.103* (2.03)	-.011 (.22)	-.065 (1.24)	-.048 (.91)	-.002 (.04)	.030 (.58)	.002 (.038)
Krf	-.021 (.39)	-.078 (1.49)	-.048 (.91)	-.061 (1.14)	-.007 (.12)	.014 (.26)	-.025 (.48)	-.044 (.80)
H	.001 (.01)	.061 (1.13)	-.095 (1.73)	-.029 (.53)	-.035 (.62)	.143* (2.57)	.123* (2.27)	-.065 (1.16)
Frp	.015 (.28)	.055 (1.04)	.001 (.02)	-.004 (.08)	.016 (.29)	.116* (2.15)	.055 (1.05)	.029 (.52)
Andre	-.014 (.28)	-.056 (1.12)	-.008 (.16)	-.076 (1.49)	-.031 (.60)	.086 (1.69)	-.006 (.13)	-.119* (2.30)
Konstant	3.26** (14.22)	3.25** (12.87)	3.38** (13.37)	2.13** (8.89)	2.52** (10.77)	2.66** (10.07)	2.52** (8.89)	1.91** (7.62)
R ²	.05	.11	.07	.08	.06	.08	.12	.06
N	416	413	412	407	404	404	407	400

** = p < .01, * = p < .05

Institusjonell plassering er bare i liten grad viktig for å forklare fylkesrepresentantenes vurdering av hvordan de ulike faktorene begrenset helsepolitisk innflytelse. Som vi kunne forvente skiller imidlertid de som har vært medlem av helse- og sosialutvalget seg ut fra andre representanter i synet på helseadministrasjonen: disse politikerne har en klar tendens til å se denne faktoren som en mindre viktig faktor i å begrense fylkespolitikernes innflytelse. Igjen er vel dette et relativt naturlig resultat, da medlemskap i helse- og sosialutvalget nødvendigvis vil innebære en viss form for kontakt og samarbeid med nettopp helseadministrasjonen. I tillegg indikerer resultatene en omvendt effekt av utvalgsmedlemskap for synet på massemedia. Her er det fristende å benytte samme forklaring som for politisk erfaring: medlemskap i sosial- og helseutvalget øker sannsynligheten for å bli konfrontert og utfordret politisk i media, noe som naturlig nok vil bidra til at man i sterkere grad evaluerer denne faktoren i et negativt lys.

Videre er det en relativt klar tendens til at det å representere fylker med regionsykehus innebærer en større avmektighet i forhold til mange av faktorene i tabellen. Dette gjelder for både økonomiske hensyn, helseprofesjonene og sentrale reguleringer. Forklaringen er nok at regionsykehusene er høyt spesialiserte institusjoner som i tillegg til sykehusdrift også har ansvar for både forskning og undervisning. Driften av slike sykehus er gjerne mer følsom for økonomiske rammer, og vil ofte også være sterkere preget av konflikter med sentrale myndigheter og helseprofesjonene. For vurderingene av primærkommunene finner vi imidlertid den motsatte effekten av denne variabelen.

Endelig er det også klart at fylkesrepresentantenes vurderinger varierer med regional tilhørighet. Med unntak for økonomiske hensyn, massemedia og pasientorganisasjonene, slår de regionale variablene ut for de øvrige faktorene. Et bilde som avtegner seg er at representantene fra Helseregion Nord i større grad enn representantene fra Helseregion Øst ser både sentrale reguleringer, primærkommunene, andre fylker og – til en viss grad – helseadministrasjonen som begrensninger i deres muligheter for helsepolitisk innflytelse. Samme helseregion skiller seg derimot ut i motsatt forstand i synet på helseprofesjonene. I tillegg noterer vi også at helseprofesjonene tydeligvis har vært til mindre frustrasjon for representantene i Helseregion Vest enn for representantene i Helseregion Øst.

Til slutt er det interessant å merke seg at partipolitiske hensyn bare i liten grad har betydning for hvordan fylkesrepresentantene vurderer de ulike begrensningene i helsepolitisk innflytelse. Venstre-representantene skiller seg ut i positiv retning med hensyn til helseprofesjonene, hvilket betyr at dette partiets representanter i større grad enn Arbeiderparti-representantene mener at helseprofesjonene begrenset fylkespolitikernes innflytelse. Videre viser det seg at både Høyres og Fremskrittspartiets representanter i større grad enn andre representanter betrakter helseadministrasjonen som en viktig begrensning i politikernes innflytelse. Dette er kanskje ikke så overraskende, tatt i betraktning at nettopp disse partiene gjerne fremstår som kritikere av offentlig byråkrati. Endelig tyder resultatene også på at representantene fra Høyre har hatt dårligere erfaringer med massemedia enn Arbeiderpartiets representanter. Resultatene indikerer også en motsatt effekt for representantene fra Rød Valgallianse, men disse utgjør en såpass liten del av utvalget at vi skal være forsiktige med å generalisere. Det samme forbeholdet gjelder selvsagt også for den tilsvarende negative sammenhengen mellom upolitisk partibakgrunn og synet på pasientorganisasjonene som begrensende faktor.

6.2.5 Krisebeskrivelsen av helsevesenet

Det siste aspektet ved perioden før sykehusreformen som vi har valgt å studere ved hjelp av multivariat analyse er spørsmålet om en krisebeskrivelse av helsevesenet er dekkende for politikernes bilde av sektoren. Tabell 6.5 viser hvordan synet på dette utsagnet fordeler seg på variablene i modellen. Som vi ser, varierer tilslutningen til en krisebeskrivelse av helsevesenet både med kjønn og alder: mannlige representanter er signifikant mindre enig i krisebeskrivelsen enn det kvinner er, mens enigheten øker med økende alder. Kjønnforskjellen avspeiler nok det faktum at langt flere kvinner enn menn arbeider eller har arbeidet i yrker innenfor helsesektoren, noe som betyr at de i større grad har erfaring med de

praktiske problemene og utfordringene innenfor helsevesenet, og vil dermed naturligvis også ha større forståelse for en krisebeskrivelse. Alderseffekten kan nok til en viss grad henge sammen med egeninteresse: jo høyere alder, desto større sannsynlighet er det nødvendigvis også for at man selv i en nær framtid vil kunne få et større behov for å benytte helse-tjenester som f.eks. eldreomsorg, og at man av den grunn er mer opptatt av å bedre forholdene innenfor sektoren.

Tabell 6.5 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet og geografisk bakgrunn for fylkesrepresentantenes vurdering av krisebeskrivelsen av helsevesenet. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes. N = 415.

	Er krisebeskrivelsen dekkende?
Kjønn	-.108* (2.33)
Alder	.164** (3.31)
Utdanning	-.034 (.70)
Erfaring	-.112* (2.26)
Medlem av helseutvalg	-.013 (.28)
Helseregion Sør	-.074 (1.24)
Helseregion Vest	-.097 (1.57)
Helseregion Midt-Norge	.001 (.02)
Helseregion Nord	.044 (.76)
Fylke med regionsykehus	.149** (2.84)
RV	.043 (.93)
SV	-.030 (.60)
Sp	.066 (1.32)
V	-.005 (.11)
Krf	-.087 (1.74)
H	.077 (1.48)
Frp	.275** (5.44)
Andre	.112* (2.36)
Konstant	2.30** (8.86)
R ²	.18
N	415

** = $p < .01$, * = $p < .05$

Videre viser tabellen også at enigheten i krisebeskrivelsen avtar med fylkespolitisk erfaring, noe som kanskje heller ikke bør overraske: lang erfaring som fylkesrepresentant betyr kanskje at man har opparbeidet seg et mer nyansert syn på helsepolitikken, og derfor ikke i like stor grad gir sin tilslutning til krisebeskrivelsen av helsevesenet. Som vi kunne vente, er også representantene i regionsykehus-fylkene signifikant mer enige i kriseforståelsen enn andre representanter. Dette skyldes selvsagt at det er først og fremst disse sykehusene som har slitt mest med problemer knyttet til ventelister, korridorpasienter, osv. Endelig er det også verdt å merke seg at Fremskrittspartiets representanter skiller seg ut ved at de er gjennomgående mer enige i at en krisebeskrivelse passer for deres syn på helsesektoren. At nettopp dette partiets representanter skiller seg ut i denne retningen er selvsagt langt fra oppsiktsvekkende, da Fremskrittspartiet som kjent har fremstått som en av de fremste kritikerne av dagens helsevesen.

6.3 Empiriske resultater: syn på helsepolitikk etter sykehusreformen

Hvordan henger så synet på fylkespolitikernes framtidige rolle i helsepolitikken sammen med representantenes sosiale biografi, fylkespolitisk bakgrunn, geografisk bakgrunn og partitilhørighet? Og er det noen sammenheng mellom representantenes vurderinger av tidligere fylkeskommunal helsepolitikk og synet på en framtidig rolle? I denne delen presenterer vi resultatene av den multivariate analysen som gjelder spørsmålene relatert til perioden etter sykehusreformen. Modellen for denne delen av analysen er imidlertid noe utvidet i forhold til den som ble anvendt i forrige kapittel ved at vi har lagt til noen flere uavhengige variabler.

For det første er det naturligvis interessant å avdekke om synet på en eventuell framtidig helsepolitisk rolle for fylkeskommunen henger sammen med hvordan man opplevde *fylkespolitikernes helsepolitiske innflytelse* før den statlige overtagelsen av sykehusene. Det er naturlig å anta at de representantene som opplevde stor innflytelse før reformen også vil være de som er mest positive til at fylkeskommunen fortsatt skal spille en aktiv rolle i den nye modellen. For det andre ønsker vi også å avdekke om de *helsepolitiske mål* representantene ønsket å prioritere før reformen har noen betydning for synet på den framtidige politikerrollen. Vi inkluderer derfor i modellen også fire variabler som indikerer de mest prioriterte målsettingene. Endelig er det også interessant å undersøke om de *geografiske konfliktlinjene* i helsepolitikken influerer representantenes vurderinger av helsepolitikken etter reformen. Man skulle f.eks. forvente at representantene fra regioner der det har vært sterke konflikter mellom de enkelte fylkene eller mellom eget fylke og primærkommunene vil ha andre vurderinger enn representanter fra fylker der slike problemer har vært mindre framtrædende. Likeledes er det også grunn til å forvente at representantenes holdninger vil kunne variere med hvordan de opplevde konfliktlinjen mellom sentrale myndigheter og eget fylke. Modellen inneholder derfor også tre variabler som uttrykker representantenes syn på konfliktlinjene mellom henholdsvis eget fylke og nabofylker, mellom eget fylke og primærkommunene, og mellom eget fylke og sentrale myndigheter.

6.3.1 Fylkeskommunens framtid

I tabell 6.6 presenteres resultatene for tre sentrale spørsmål vedrørende fylkeskommunens framtidige rolle. Det første spørsmålet er om fylkeskommunen etter sykehusreformen er blitt mindre interessant for politikerne. Som tabellen viser, er menn mer enige enn kvinner i en slik påstand. Dette kan rent umiddelbart fremstå noe overraskende. Flere studier har nemlig som tidligere nevnt dokumentert at kvinner i betydelig større grad enn menn er opptatt av helse- og sosialspørsmål (f.eks. Aardal & Valen, 1989).⁷ På bakgrunn av dette skulle vi kanskje forvente at det først og fremst er de kvinnelige representantene som finner fylkes-

⁷ En viss støtte for denne sammenhengen finner vi også i vårt datamateriale. I spørreundersøkelsen ble fylkesrepresentantene nemlig også bedt om å oppgi grad av interesse for de ulike fylkeskommunale sektorene, og tallene – som ikke er presentert i denne rapporten – viser at kvinner er mest interessert i helse, skole og kultur, mens menn er mer interessert i samferdsel og næring.

kommunen mindre interessant når helseoppgavene forsvinner, men slik er det altså ikke. Naturlig nok er også de av representantene som har vært medlem av helse- og sosialutvalget mer enig i en slik påstand enn andre representanter. Som tidligere nevnt, bidrar 'utvalgssosialiseringen' ofte til at disse representantene identifiserer seg mer med problemstillingene innenfor denne sektoren enn andre, og vil selvsagt derfor også i større grad føle det som et tap når fylkeskommunen mister ansvaret for nettopp disse oppgavene. Videre er det også enkelte regionale variasjoner å spore i synet på fylkeskommunen etter reformen, da representantene fra både helseregionene Vest og Midt-Norge utmerker seg ved å være signifikant mer uenig i utsagnet om at reformen har gjort fylkeskommunen mindre interessant. Som vi ser, domineres dette spørsmålet også av klare partiforskjeller: med unntak av Senterpartiet og Venstre skiller nemlig alle de andre partiene seg fra Arbeiderpartiet ved at representantene gir større støtte til utsagnet. Endelig er det også interessant å merke seg at faktorer som representantenes vurdering av fylkespolitikernes innflytelse før reformen, helsepolitiske konfliktlinjer, eller helsepolitiske mål, alle er uten betydning for synet på fylkeskommunen etter reformen.

Tabell 6.6 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk før reformen for fylkesrepresentantenes vurdering av fylkeskommunens framtidige rolle. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Er fylkeskommunen etter reformen blitt mindre interessant for politikere?	Bør fylkeskommunen legges ned?	Bør fylkespolitikere fortsatt spille en aktiv rolle i helsepolitikken?
Kjønn	.140** (2.92)	.016 (.44)	-.042 (.97)
Alder	.093 (1.80)	.004 (.10)	.033 (.71)
Utdanning	.034 (.69)	-.024 (.64)	.035 (.79)
Fylkespolitisk erfaring	-.021 (.41)	-.033 (.84)	-.021 (.45)
Medlem av sosial- og helseutvalg	.157** (3.12)	.026 (.68)	.072 (1.59)
Helseregion Sør	-.028 (.45)	-.036 (.75)	-.083 (1.46)
Helseregion Vest	-.160* (2.51)	-.023 (.47)	-.054 (.92)
Helseregion Midt-Norge	-.156* (2.51)	-.014 (.29)	-.273** (4.83)
Helseregion Nord	-.048 (.77)	-.018 (.37)	-.031 (.56)
Fylke med regionsykehus	.042 (.76)	-.032 (.76)	.120* (2.39)

Tabell 6.6 forts.	Er fylkeskommunen etter reformen blitt mindre interessant for politikere?	Bør fylkeskommunen legges ned?	Bør fylkespolitikere fortsatt spille en aktiv rolle i helsepolitikken?
RV	.102 (2.13)	-.038 (1.03)	.031 (.70)
SV	.135** (2.59)	-.021 (.53)	-.071 (1.52)
Sp	-.026 (.49)	-.090* (2.23)	.026 (.55)
V	.047 (.93)	.044 (1.14)	-.052 (1.13)
Krf	.118* (2.27)	.003 (.09)	.012 (.26)
H	.256** (4.68)	.473** (11.25)	-.325** (6.56)
Frp	.267** (5.11)	.445** (11.03)	-.402** (8.43)
Andre	.081 (1.62)	.145** (3.79)	-.071 (1.57)
Fylkespolitikernes innflytelse	-.035 (.69)	-.159** (4.05)	.171** (3.72)
Konflikt mellom eget fylke og nabofylker	.027 (.53)	.017 (.44)	.055 (1.23)
Konflikt mellom eget fylke og sentrale mynd.	-.056 (1.10)	-.078* (1.99)	.064 (1.39)
Konflikt mellom eget fylke og kommunene	-.064 (1.31)	.061 (1.61)	.005 (.11)
Lik tilgang til helsetjenester	-.013 (.24)	-.114** (2.71)	-.003 (.06)
Redusere ventetid	-.013 (.23)	.022 (.49)	-.122* (2.34)
Effektivisere for sunn økonomi	-.046 (.83)	-.053 (1.25)	-.117* (2.35)
Unngå nedbygging av helsetilbud	.054 (.94)	.020 (.45)	-.067 (1.29)
Konstant	2.38** (4.31)	3.23** (6.14)	2.47** (5.37)
R ²	.23	.54	.38
N	384	385	378

** = p < .01, * = p < .05

Hvordan knytter så forklaringsfaktorene i modellen vår seg til spørsmålet om fylkeskommunen bør legges ned? Som andre kolonne i tabell 6.6 avdekker, er det hverken forskjeller relatert til sosial biografi eller region i synet på dette spørsmålet. De partipolitiske skillene gjør seg derimot sterkt gjeldende, og naturlig nok er det Høyres og Fremskrittspartiets representanter som markerer seg som de sterkeste tilhengerne av en nedlegging av fylkeskommunen, mens Senterpartiets representanter tilsvarende fremstår som de sterkeste forsvarerne av fylkeskommunen. Videre er det også av stor betydning hvordan man oppfattet fylkespolitikernes helsepolitiske innflytelse før reformen, og som ventet avdekker resultatene en negativ sammenheng: jo større innflytelse man oppgir at fylkespolitikerne hadde før reformen, desto mer uenig er man i at fylkeskommunen bør legges ned. Like interessant er det at de geografiske konfliktlinjene også spiller inn for fylkesrepresentantenes vurderinger: de av politikere som mener at en av de viktigste konfliktlinjene i helsepolitikken gikk mellom eget fylke og nabofylkene tenderer også til å være mer uenig i at fylkeskommunen bør legges ned. Dette er rimelig: dersom man betoner den sentral-regionale konfliktdimensjonen sterkt, er det forståelig at man ønsker å beholde det regionale forvaltningsnivået som en motvekt til statlig sentralstyring. Endelig viser resultatene også en positiv sammenheng mellom en vektlegging av likhetsprinsippet og synet på fylkeskommunens framtid: en opprettholdelse av fylkeskommunen ses med andre ord som en viktig forutsetning for å sikre befolkningen i alle deler av fylket lik tilgang til helsetjenester.

Den tredje og siste kolonnen i tabell 6.6 avdekker hvilke representanter som er mest opptatt av at fylkespolitikere fortsatt bør spille en aktiv rolle i helsepolitikken. Som vi ser, skiller representantene fra Helseregion Midt-Norge seg ut i negativ forstand: representantene fra denne regionen er klart mer skeptiske til en fortsatt aktiv rolle enn representantene fra referansekategori; dvs. Helseregion Øst. Ikke uventet skiller også Høyres og Fremskrittspartiets representanter seg ut i samme retning. Den motsatte effekten finner vi imidlertid for politikere fra fylkene med regionsykehus: disse representantene mener i større grad enn andre at politikere bør ha en rolle også etter reformen. Som forventet er det også en positiv sammenheng mellom oppfatningen av fylkespolitikernes helsepolitiske innflytelse før sykehusreformen og synet på en framtidig rolle: jo større innflytelse man vurderer at politikere hadde, desto mer enig er man også i at politikere skal fortsette å spille en fornuftig rolle. Videre er også fylkesrepresentantenes helsepolitiske prioriteringer av betydning for hvordan de vurderer sin nye rolle. At et ønske om å effektivisere for å sikre helsetjenesten en sunn økonomi også innebærer at man stiller seg negativ til en fortsatt rolle for fylkespolitikere er selvsagt ikke overraskende: det økonomiske perspektivet var jo nettopp et av hovedargumentene for at fylkeskommunene skulle fratras ansvaret for sykehusdriften. Mer overraskende er det kanskje at også ønsket om å redusere ventetiden i sykehusene er negativt relatert til synet på en framtidig politikerrolle. Men igjen, også ventelisteproblematikken har vært et viktig argument mot fylkeskommunalt eierskap.

6.3.2 Mulige helsepolitiske roller

Dersom fylkespolitikere fortsatt skal spille en fornuftig rolle i helsepolitikken også etter reformen, er det mulig å tenke seg flere ulike roller. Som vi tidligere har sett, er det imidlertid funksjoner knyttet til en hørings- og rådgiverrolle sammen med representasjon i helseforetakenes styre som får størst tilslutning blant politikere selv. Spørsmålet er hvordan vurderingene av en framtidig fylkespolitikerrolle varierer med de ulike bakgrunnsvariablene. Disse resultatene er vist i tabell 6.7. De sosiodemografiske variablene er av betydning kun for synet på representasjon i helseforetakenes styre: tendensen til å foretrekke en slik rolle øker med alder, men synker med fylkespolitisk erfaring. Umiddelbart er det kanskje særlig den siste effekten som synes noe overraskende. I utgangspunktet skulle en anta at lang fartstid i fylkespolitikken ville bety at man var mer innstilt på en fortsatt aktiv og fornuftig helsepolitisk rolle for fylkespolitikere, men resultatene i tabell 6.6 viste med all tydelighet at dette ikke er tilfelle. At fylkespolitisk erfaring i tillegg slår ut negativt for synet på en eventuell representasjon i helseforetakenes styre er derfor en ytterligere bekreftelse på at ovennevnte hypotese er feilaktig. Riktignok finner vi en viss støtte for antagelsen i det faktum at

erfaring er positivt korrelert med ønsket om å tas med på høring og råd – men dette estimatet er signifikant bare på 10-prosentsnivå.

Tabell 6.7 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk før reformen for fylkesrepresentantenes vurdering av mulige framtidige roller for fylkespolitikkerne. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Høring/ tas med på råd	Ombud/ klageinstans	Inter-kommunalt forum	Sitte i utvalg/komiteer	Repr. i helseforetakenes styrer
Kjønn	-0.078 (1.56)	-0.078 (1.43)	-0.058 (1.14)	-0.073 (1.46)	-0.008 (.16)
Alder	-0.017 (.31)	.081 (1.39)	.079 (1.46)	.070 (1.29)	.136* (2.48)
Utdanning	-0.027 (.52)	.000 (.01)	.063 (1.20)	-0.027 (.51)	-0.059 (1.13)
Erfaring	.099 (1.84)	-0.037 (.65)	-0.048 (.89)	-0.089 (1.66)	-.207** (3.81)
Medlem av sosial- og helseutvalg	-0.049 (.92)	-0.075 (1.32)	-0.057 (1.08)	.046 (.86)	.024 (.46)
Helseregion Sør	-.180** (2.75)	-0.006 (.08)	-0.018 (.28)	-0.072 (1.10)	-0.040 (.61)
Helseregion Vest	-0.050 (.74)	-0.007 (.09)	.013 (.19)	-.115 (1.71)	-.094 (1.39)
Helseregion Midt-Norge	-.242** (3.71)	-0.060 (.85)	-.143* (2.16)	-.240** (3.65)	-.199** (3.04)
Helseregion Nord	-0.047 (.73)	-.129 (1.83)	.045 (.69)	.025 (.38)	.012 (.18)
Fylke med regionsykehus	.053 (.92)	.008 (.13)	.070 (1.20)	.088 (1.50)	.139* (2.38)
RV	.002 (.034)	.010 (.18)	.016 (.31)	.005 (.11)	-.030 (.59)
SV	.027 (.50)	.033 (.56)	-.010 (.18)	-.052 (.95)	.042 (.76)
Sp	.007 (.13)	-.006 (.10)	-.063 (1.13)	-.047 (.84)	.011 (.20)
V	.073 (1.38)	.029 (.50)	.002 (.04)	-.012 (.23)	-.064 (1.21)

Tabell 6.7 forts.	Høring/ tas med på råd	Ombud/ klageinstans	Inter-kommunalt forum	Sitte i utvalg/ komiteer	Repr. i helseforetakenes styrer
Krf	.021 (.38)	.006 (.10)	-.052 (.95)	.055 (1.01)	.024 (.43)
H	-.052 (.92)	-.048 (.78)	-.051 (.89)	-.119* (2.07)	-.088 (1.52)
Frp	-.126* (2.31)	.013 (.22)	-.158** (2.85)	-.190** (3.46)	-.092 (1.66)
Andre	-.008 (.16)	-.011 (.21)	-.015 (.28)	1.01 (.31)	.036 (.69)
Fylkespolitikernes innflytelse	.205** (3.85)	.092 (1.61)	-.200** (3.72)	.079 (1.48)	.048 (.90)
Konflikt mellom eget fylke og nabofylker	.052 (.99)	.058 (1.02)	-.028 (.54)	.047 (.88)	-.001 (.01)
Konflikt mellom eget fylke og sentrale mynd.	.077 (1.47)	.086 (1.49)	.044 (.82)	.003 (.05)	.026 (.49)
Konflikt mellom eget fylke og kommunene	.034 (.66)	.005 (.10)	.062 (1.19)	.108* (2.07)	.029 (.55)
Lik tilgang til helsetjenester	.093 (1.62)	.071 (1.14)	.139* (2.41)	.067 (1.15)	.038 (.66)
Redusere ventetid	-.116 (1.90)	-.063 (.96)	-.110 (1.80)	-.096 (1.58)	-.114 (1.86)
Effektivisere for sunn økonomi	-.055 (.96)	.010 (.16)	-.045 (.78)	-.060 (1.04)	-.145* (2.50)
Unngå nedbygging av helsetilbud	-.057 (.94)	-.016 (.24)	-.062 (1.02)	.012 (.21)	-.071 (1.17)
Konstant	2.95** (7.93)	2.01** (3.54)	1.71** (3.54)	2.23** (3.99)	2.82** (4.55)
R ²	.18	.06	.17	.18	.16
N	374	365	369	371	375

** = $p < .01$, * = $p < .05$

Igjen avtegner det seg klare regionale variasjoner i resultatene våre. Det mest entydige bildet er den gjennomgående større skepsisen i Helseregion Midt-Norge til de mulige framtidige politikerrollene som er skissert i tabellen. At det er nettopp denne regionen som skiller seg ut er i tråd med resultatene i tabell 6.6, siden de samme representantene også er mer skeptisk til at fylkespolitikere generelt skal ha en framtidig rolle i helsepolitikken. Det er faktisk bare for funksjonen som ombud og klageinstans at representantene i Helseregion Midt-Norge ikke skiller seg ut negativt i forhold til representantene i referanse-kategorien. Foruten Helseregion Midt-Norge utmerker også Helseregion Sør seg ved at representantene her er mer skeptiske til en framtidig hørings- og rådgivningsfunksjon for politikerne.

Som vi kunne forvente utfra resultatene i tabell 6.6, er det først og fremst representantene fra Fremskrittspartiet, og dels fra Høyre, som også utmerker seg i synet på de spesifikke rollene for fylkespolitikere. Siden det er nettopp disse partienes representanter som er mest skeptiske til en generell framtidig rolle for fylkespolitikere, er disse representantene selv sagt også mer skeptiske til flere av de funksjoner som skisseres i tabell 6.7: både Høyre- og Fremskrittsparti-representantene avviser politikerrepresentasjon i utvalg og komiteer, mens sistnevnte representanter i tillegg også utmerker seg med større skepsis både til en eventuell hørings- og rådgivningsfunksjon og til en rolle som representant for felles kommunale synspunkter.

Av variablene som uttrykker representantenes syn på helsepolitikk før reformen, finner vi naturlig nok en positiv effekt av oppfatningen av tidligere helsepolitisk innflytelse, men bare for én av de foreslåtte rollene: jo mer innflytelse man mener at politikerne hadde, desto mer positive er man også til en funksjon knyttet til høring og rådgivning. For rollen som interkommunalt forum finner vi derimot den motsatte sammenhengen: opplevde man at fylkespolitikere hadde stor helsepolitisk innflytelse er man altså lite villig til å skulle representere felles kommunale synspunkter. Like interessant er det også at representantenes helsepolitiske målsettinger er viktige. For det første viser det seg at dersom en ønsker å prioritere lik tilgang til helsetjenester er man rimeligvis også mer positiv til å skulle representere primærkommunene. For det andre mener man naturlig nok at politikerrepresentasjon i helseforetakenes styrer vanskelig lar seg forene med et ønske om økonomisk effektivisering. Og for det tredje gir tabellen en pekepinn om at fylkespolitikere som ønsker å prioritere redusert ventetid også nærer en større skepsis til både hørings- og rådgiverfunksjonen, rollen som felleskommunal talsmann, og representasjon i helseforetakenes styrer – selv om ingen av sammenhengene oppnår statistisk signifikans på konvensjonelt nivå.

Endelig avdekker resultatene også en viss effekt av de geografiske konfliktlinjene: dersom viktige helsepolitiske konfliktlinjer har gått innad i fylket – dvs. mellom eget fylke og kommunene – er representantene mer positive til representasjon i utvalg og komiteer. I tillegg skiller også representantene fra regionsykehus-fylkene seg ut positivt i synet på at politikerne bør være representert i helseforetakenes styrer – noe som vel er forståelig.

6.3.3 Kriterier for politiker-representasjon

Dersom en så forutsetter at fylkespolitikernes rolle i helsepolitikken faktisk skal formaliseres gjennom en eller annen form for representasjon i f.eks. helseforetakenes styre, utvalg, komiteer, e.l., blir et sentralt spørsmål hvilke kriterier som bør ligge til grunn for sammensetningen. Tre mulige slike kriterier for sammensetning er geografisk fordeling, partipolitisk fordeling eller fordeling basert på helsepolitisk erfaring. Som vi tidligere har sett (tabell 5.7), vurderer politikerne disse kriteriene som omtrent like viktige. Tabell 6.8 avslører imidlertid at synet varierer noe med forklaringsfaktorene i modellen vår. For det første henger en positiv vurdering av både geografisk fordeling og helsepolitisk erfaring som kriterium tydeligvis sammen med alder: jo eldre representantene er, i desto større grad mener man at geografi eller erfaring bør være utslagsgivende. For partipolitisk bakgrunn er imidlertid sammenhengen motsatt: partitilhørighet som fordelingskriterium støttes som vi ser i større grad av yngre enn av eldre fylkesrepresentanter. Fylkespolitisk erfaring er derimot viktig kun for synet på geografi som kriterium, og jo flere valgperioder representantene har sittet i Fylkestinget, desto mer skeptiske er de også til geografiske fordelingsmekanismer. Utvalgsbakgrunn har betydning bare for om helsepolitisk erfaring bør styre sammensetningen, og som naturlig er, finner et slikt kriterium større støtte blant representanter som har vært medlemmer av helse- og sosialutvalget enn de som ikke har vært det.

Tabell 6.8. Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk for fylkesrepresentantenes syn på kriterier for representasjon. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Geografisk fordeling	Partipolitisk fordeling	Helsepolitisk erfaring
Kjønn	-.006 (.12)	-.045 (.90)	-.041 (.82)
Alder	.138* (2.55)	-.178** (3.27)	.277** (5.17)
Utdanning	.006 (.12)	-.002 (.05)	-.009 (.18)
Erfaring	-.193** (3.62)	-.082 (1.52)	-.039 (.75)
Medlem av sosial- og helseutvalg	-.009 (.17)	.059 (1.13)	.178** (3.43)
Helseregion Sør	.019 (.30)	-.019 (.28)	.026 (.40)
Helseregion Vest	-.021 (.31)	.026 (.38)	.035 (.53)
Helseregion Midt-Norge	-.104 (1.60)	-.146* (2.23)	.050 (.77)
Helseregion Nord	.058 (.89)	-.047 (.72)	.031 (.47)
Fylke med regionsykehus	-.004 (.07)	.022 (.39)	.017 (.29)
RV	.030 (.59)	.025 (.50)	.041 (.83)
SV	-.081 (1.48)	.081 (1.49)	-.035 (.66)
Sp	.014 (.26)	-.050 (.90)	-.009 (.16)
V	-.013 (.24)	-.015 (.28)	-.007 (.14)
Krf	.027 (.50)	-.173** (3.18)	.141** (2.64)
H	-.072 (1.27)	-.155** (2.73)	.090 (1.60)
Frp	-.115* (2.10)	-.013 (.24)	.061 (1.13)

Tabell 6.8 forts.	Geografisk fordeling	Partipolitisk fordeling	Helsepolitisk erfaring
Andre	.049 (.94)	-.110* (2.09)	-.051 (.98)
Fylkespolitikernes innflytelse	.078 (1.47)	.073 (1.37)	.035 (.67)
Konflikt mellom eget fylke og nabofylker	.012 (.23)	.049 (.93)	.050 (.96)
Konflikt mellom eget fylke og sentrale mynd.	.109* (2.03)	.032 (.59)	-.062 (1.18)
Konflikt mellom eget fylke og kommunene	.015 (.29)	.002 (.05)	.049 (.97)
Lik tilgang til helsetjenester	.076 (1.34)	.004 (.07)	.012 (.21)
Redusere ventetid	.055 (.90)	.044 (.73)	-.133* (2.23)
Effektivisere for sunn økonomi	-.109 (1.91)	.084 (1.46)	-.074 (1.31)
Unngå nedbygging av helsetilbud	.184** (3.06)	.010 (.17)	-.062 (.95)
Konstant	1.72** (3.48)	3.46** (7.31)	1.65** (3.35)
R ²	.18	.18	.21
N	370	373	370

** = $p < .01$, * = $p < .05$

Av variablene for helseregion er det representantene fra Midt-Norge som igjen utmerker seg ved at de er markant mer negative til en ordning knyttet til partipolitisk bakgrunn. Videre er fylkespolitikerne fra Kristelig Folkeparti og Høyre mer skeptiske til representasjon basert på partipolitisk fordeling enn det representanter fra Arbeiderpartiet er. Representanter fra Kristelig Folkeparti er derimot mer positive til at helsepolitisk erfaring skal være utslagsgivende, mens Fremskrittspartiet utmerker seg som større motstandere av geografiske fordelingskriterier.

Videre er en målsetting om å redusere ventetid i sykehusene negativt relatert til at helsepolitisk erfaring skal være et kriterium for representasjon. Representanter som har som prioritering å unngå nedbygging eller nedleggelse av tilbud legger rimeligvis større vekt på geografi som kriterium for politikerrepresentasjon, mens det å ha effektivisering av helsevesenet som målsetting ser ut til å ha omvendt effekt. Et geografisk kriterium for politikerrepresentasjonen vektlegges naturlig nok også i større grad av representantene som oppgir at en viktig helsepolitisk konfliktlinje gikk mellom eget fylke og de sentrale myndighetene.

6.3.4 Problemstillinger som fortsatt bør kreve politisk behandling lokalt/regionalt

Det siste spørsmålet vi skal ta opp i denne analysen er hvordan representantenes oppfatninger varierer i forhold til hvilke problemstillinger som fortsatt bør kreve en politisk behandling eller høring lokalt eller regionalt i helsepolitikken. I dette spørsmålet ligger det altså ikke noen forutsetning om at fylkespolitikkerne skal spille noen aktiv rolle selv; det er mer et spørsmål om hvilke typer saker som bør gjennom en eller annen form politisk behandling eller høring. Vi ser først at det er klare kjønnsforskjeller i dette spørsmålet: menn er gjennomgående mer skeptiske enn kvinner til politisk behandling eller høring av de ulike problemstillingene skissert i tabell 6.9. De eneste saksfeltene vi ikke finner en slik kjønnsforskjell for er faktisk for problemstillingene knyttet til prioritering mellom ulike tilbud eller klagebehandling og enkeltsaker. Av de andre indikatorene for sosial biografi har alder en positiv effekt på vurderingen av sistnevnte saksområde: økende alder innebærer økende enighet i at klagebehandling og enkeltsaker bør kreve politisk behandling regionalt eller lokalt. I tillegg er også de av representantene som har vært medlem av helse- og sosialutvalget mer uenige i at helhetsplanlegging skal undergå politisk behandling, mens fylkespolitisk erfaring har den samme effekten på klagebehandling og enkeltsaker.

I tråd med bildet hittil utmerker representantene fra Helseregion Midt-Norge seg ved at de er gjennomgående mer negative til at de skisserte problemstillingene bør behandles politisk. Dette gjelder først og fremst for spørsmål vedrørende helhetsplanlegging og prioritering mellom ulike tilbud, og delvis også for problemstillinger tilknyttet utvikling av nye tilbud og klagebehandling/enkeltsaker. Av de andre helseregionene er det kun Nord som utmerker seg, og da ved at representantene herfra er mer negative til at klagebehandling og enkeltsaker skal behandles politisk.

Tabell 6.9 Betydningen av sosial biografi, partitilhørighet, geografisk bakgrunn og syn på helsepolitikk før reformen for fylkesrepresentantenes vurdering av hvilke problemstillinger som fortsatt bør kreve politisk behandling eller høring lokalt/regionalt i helsepolitikken. Estimert med OLS regresjon. Standardiserte beta-koeffisienter med t-verdier i parentes.

	Utvikling av nye tilbud	Fore- byggende helse- arbeid	Helhets- plan- legging	Prioritering mellom ulike tilbud	Lokalisering av helse- tilbud i regionen	Sentralisering/ desentrali- sering av tilbud	Klage- behandling, enkeltsaker
Kjønn	-.098 (1.91)	-.125* (2.46)	-.104* (2.10)	-.073 (1.44)	-.122* (2.42)	-.155** (3.13)	-.052 (1.02)
Alder	.083 (1.51)	-.008 (.15)	.037 (.70)	-.065 (1.19)	.092 (1.68)	.005 (.09)	.114* (2.07)
Utdanning	.023 (.43)	-.001 (.03)	.017 (.34)	.046 (.86)	-.082 (1.56)	-.055 (1.07)	-.016 (.29)
Erfaring	-.026 (.47)	.030 (.55)	.050 (.95)	-.014 (.25)	-.010 (.19)	.001 (.03)	-.211** (3.87)
Medlem av sosial- og helseutvalg	-.027 (.50)	.028 (.54)	-.113* (2.20)	-.056 (1.06)	-.062 (.93)	.028 (.54)	-.005 (.09)
Helseregion Sør	-.072 (1.08)	.072 (1.10)	-.016 (.25)	-.085 (1.29)	-.016 (.36)	-.032 (.49)	-.004 (.06)
Helseregion Vest	.010 (.14)	.077 (1.13)	-.075 (1.14)	-.119 (1.74)	-.016 (.24)	-.012 (.19)	-.082 (1.19)
Helseregion Midt- Norge	-.129 (1.94)	-.028 (.42)	-.204** (3.16)	-.243** (3.68)	-.090 (1.37)	-.095 (1.47)	-.129 (1.92)
Helseregion Nord	.046 (.69)	-.054 (.82)	.028 (.44)	-.037 (.56)	-.018 (.28)	-.002 (.03)	-.146* (2.18)

Tabell 6.9 forts.	Utvikling av nye tilbud	Forebyggende helsearbeid	Helhetsplanlegging	Prioritering mellom ulike tilbud	Lokalisering av helse-tilbud i regionen	Sentralisering/desentralisering av tilbud	Klage-behandling, enkeltsaker
Fylke med regionsykehus	.034 (.57)	.067 (1.14)	.024 (.42)	.055 (.94)	.063 (1.08)	-.002 (.04)	.008 (.14)
RV	.013 (.25)	-.026 (.52)	-.002 (.04)	.039 (.77)	.066 (1.30)	.062 (1.26)	-.009 (.17)
SV	-.042 (.75)	-.067 (1.21)	-.035 (.66)	-.013 (.23)	.132* (2.41)	.082 (1.53)	.004 (.07)
Sp	-.028 (.51)	-.033 (.60)	.033 (.61)	.017 (.30)	.147** (2.64)	.061 (1.13)	.051 (.92)
V	.013 (.25)	-.070 (1.31)	-.008 (.16)	.000 (.00)	.048 (.91)	.006 (.12)	.089 (1.66)
Krf	-.014 (.26)	.034 (.61)	-.015 (.28)	.051 (.93)	.087 (1.60)	-.011 (.21)	.038 (.69)
H	-.077 (1.32)	-.174** (3.00)	-.198** (3.53)	-.083 (1.44)	.062 (1.08)	-.090 (1.60)	.017 (.28)
Frp	-.125* (2.23)	-.208** (3.73)	-.114* (2.11)	-.040 (.72)	-.029 (.53)	-.185** (3.43)	.162** (2.89)
Andre	.040 (.76)	-.058 (1.12)	-.023 (.46)	.028 (.54)	.048 (.91)	.041 (.79)	-.018 (.35)
Fylkespolitikernes innflytelse	.132* (2.44)	.152** (2.82)	.229** (4.38)	.190** (3.51)	.087 (1.63)	.081 (1.54)	.062 (1.14)
Konflikt mellom eget fylke og nabofylker	.069 (1.30)	-.033 (.62)	.026 (.50)	.104* (1.97)	-.006 (.11)	.053 (1.03)	-.030 (.57)
Konflikt mellom eget fylke og sentr. mynd.	.063 (1.17)	-.068 (1.27)	.047 (.90)	.006 (.12)	.096 (1.79)	.081 (1.54)	.118* (2.19)
Konflikt mellom eget fylke og kommunene	.104* (1.99)	.111* (2.14)	-.021 (.42)	-.024 (.45)	.030 (.58)	-.078 (1.53)	.095 (1.81)
Lik tilgang til helsetjenester	.025 (.42)	-.022 (.37)	.090 (1.58)	.061 (1.04)	.144* (2.46)	.065 (1.13)	.035 (.59)
Redusere ventetid	-.126* (2.04)	.007 (.12)	-.061 (1.02)	-.124* (2.01)	-.035 (.58)	-.046 (.77)	-.066 (1.07)
Effektivisere for sunn økonomi	-.131* (2.24)	-.090 (1.56)	-.027 (.47)	-.090 (1.54)	-.017 (.29)	-.075 (1.34)	-.052 (.89)
Unngå nedbygging av helsetilbud	-.016 (.26)	-.007 (.11)	-.063 (1.08)	-.045 (.75)	.089 (1.47)	.080 (1.36)	.077 (1.26)
Konstant	1.84** (3.78)	3.19** (7.45)	2.83** (7.70)	2.48 (5.30)	2.50** (5.68)	3.12** (6.90)	1.37* (2.55)
R ²	.15	.15	.20	.16	.15	.19	.14
N	373	378	377	375	381	380	375

** = p < .01, * = p < .05

Et annet mønster som avtegner seg er den klare negative sammenhengen mellom det å representere Fremskrittspartiet og syn på hvorvidt de ulike problemstillingene bør underlegges politisk behandling. Representantene fra Høyre er tilsvarende også klart mer skeptiske når det gjelder forebyggende helsearbeid og helhetsplanlegging. Disse resultatene er i overensstemmelse med funnene hittil, og reflekterer nok disse partienes større vektlegging av markedstankegang i helsesektoren. Innenfor ett av saksfeltene er imidlertid Fremskrittspartiets fylkespolitikere *mer* positive enn andre: dette gjelder for problemstillinger som kan knyttes til klagebehandling og enkeltsaker. Dette avspeiler nok dette partiets tendens til å profilere seg som en forsvarer av forbrukerne og 'mannen i gata' mot statlige reguleringer og byråkrati. I tillegg til at de to partiene på høyrefløyen utmerker seg, finner vi også klare effekter for både Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet – men i motsatt retning, og bare for en av problemstillingene; lokalisering av tilbud i regionen.

Det er også klart at representantenes helsepolitiske preferanser legger visse føringer på hvordan man vurderer disse spørsmålene. For det første avdekker resultatene våre at det er en negativ sammenheng mellom både ønsket om effektivisering og reduksjon i ventetid på den ene siden og representantenes holdning til at utvikling av tilbud bør kreve politisk behandling. I tillegg innebærer en preferanse for redusert ventetid også at man er mer skeptisk til regional eller lokal politisk behandling av saker som har å gjøre med prioritering mellom ulike tilbud. For det andre er representanter som har lik tilgang på helsetjenester som målsetting mer tilbøyelige til å foretrekke at lokalisering av helsetilbud i regionen bør gjennomgå en form for høring eller politisk behandling – noe som selvsagt ikke er uventet.

Videre spiller også de geografiske konfliktlinjene inn for fylkesrepresentantenes vurderinger. Dersom representantene oppfattet konfliktlinjen mellom eget fylke og kommunene som viktig i helsepolitikken, har man også en tendens til å foretrekke politisk behandling eller høring i forbindelse med både utvikling av nye tilbud og forebyggende helsearbeid. Resultatene antyder også den samme effekten for klagebehandling og enkeltsaker, men her er estimatet statistisk signifikant bare på 10-prosentsnivå. Konfliktlinjen innad i de enkelte helseregionene er tydeligvis også av betydning, men bare for prioritering mellom ulike tilbud – hvilket vel er rimelig: jo mer man vektlegger denne konfliktlinjen, desto viktigere mener man at det er å sende slike saker til høring eller politisk behandling på regionalt eller lokalt nivå. Den siste geografiske konfliktlinjen – mellom eget fylke og sentrale myndigheter – har betydning for hvordan en vurderer klagebehandling og enkeltsaker. Naturlig nok er de som legger størst vekt på denne konfliktlinjen også mer innstilte på at klagebehandling og enkeltsaker bør gjennomgå høring eller politisk behandling.

Endelig viser resultatene også at politikernes opplevelse av innflytelse før reformen er en viktig determinant for vurderingene av de ulike helsepolitiske problemstillingenes framtidige status. Ikke uventet øker den positive innstillingen til at de ulike helsepolitiske spørsmålene bør gjennom en form for politisk behandling eller høring i takt med hvordan en vurderer fylkesrepresentantenes helsepolitiske innflytelse før reformen. Kun for tre av sakstypene i tabell 6.9 finner vi ikke en slik positiv effekt: lokalisering av helsetilbud i regionen, sentralisering/desentralisering av tilbud, og klagebehandling og enkeltsaker.

7 Konklusjon

I denne rapporten har vi forsøkt å besvare en rekke spørsmål i tilknytning til fylkespolitikernes rolle etter den statlige overtagelsen av sykehusene. Vår ambisjon har vært tredelt. For det første har vi ønsket å kartlegge fylkespolitikernes betydning innenfor helsepolitikken forut for reformen. Hvor stor reell innflytelse hadde fylkespolitikerne på helsepolitikken før sykehusreformen? Hvilke andre aktører var sentrale? Hvilke typer saker utgjorde de sentrale konfliktene i helsepolitikken, og mellom hvilke aktører gikk konfliktlinjene? Og hvilke var de dominerende samarbeidskonstellasjonene? For det andre har vi forsøkt å avdekke hvordan fylkespolitikerne ser på sin framtidige rolle. Ønsker man fortsatt å spille en aktiv og fornuftig rolle innenfor helsepolitikken? Hvilke funksjoner eller roller er det i så fall som framheves? Og for det tredje har vi ønsket å klarlegge hvordan fylkesrepresentantenes synspunkter på disse spørsmålene er knyttet til sentrale bakgrunnsvariabler som sosial biografi, fylkespolitisk erfaring, utvalgsbakgrunn, regional tilhørighet, og, ikke minst, partipolitisk bakgrunn. I det følgende oppsummerer vi de viktigste funnene.

7.1 Fylkeskommunal helsepolitikk før sykehusreformen: mer enn demokratisk staffasje

Dersom vi skal foreta en oppsummering av situasjonen innenfor den fylkeskommunale helsepolitikken forut for sykehusreformen, antyder resultatene for det første et langt mer positivt bilde enn det inntrykket man gjerne har fått gjennom den offentlige debatt. Det er nemlig klart at fylkespolitikerne opplevde at de hadde en reell betydning for utformingen av helsepolitikken: som vi har sett, oppgir faktisk så mange som over 3/4 av representantene at fylkespolitikerne hadde svært stor eller ganske stor innflytelse på helsepolitikken. Denne innflytelsen måtte fylkespolitikerne imidlertid dele med flere andre aktører, hvorav de viktigste ikke overraskende var de sentrale myndighetene og sykehusene. I tillegg måtte fylkespolitikerne naturligvis også konkurrere med både helseprofesjonene og fylkesadministrasjonen i utformingen av helsepolitikken. Massemedia og pasientorganisasjonene tillegges imidlertid en svært liten rolle.

Videre viser resultatene også at den opplevde innflytelsen varierer sterkt mellom de ulike områdene av helsepolitikken. Mens muligheten til å påvirke budsjettspørsmål og fordelingen av tilbud mellom fylkene i helseregionen opplevdes som relativt liten, hadde politikerne større innflytelse på lokaliseringsspørsmål og fordeling av tilbud innad i fylket. I tråd med den begrensede innflytelsen på budsjettspørsmål skiller også økonomiske hensyn seg klart ut som den faktoren som fylkespolitikerne oppgir som mest begrensende for deres muligheter til å øve innflytelse. I tillegg har representantene også som ventet følt seg avmektige i forhold til de sentrale reguleringene: nest etter økonomiske hensyn oppgis dette som den viktigste faktoren som begrenset politikernes innflytelse. Dette inntrykket understrekes videre av at forholdet til staten helt klart har vært den viktigste konfliktlinjen. Andre sentrale konfliktlinjer har gått mellom politikerne og helseprofesjonene, og ikke minst mellom de politiske partiene. Når det gjelder linjene for samarbeid er det forholdet til administrasjonen som framheves. Videre vurderer politikerne det regionale helsearbeidet i et langt mer positivt lys enn det man kanskje på forhånd skulle forvente.

Endelig er det også interessant å merke seg hvilke helsepolitiske mål politikerne har ønsket å prioritere som sykehuseiere. Fylkespolitikernes helsepolitiske ambisjoner har først og fremst

vært knyttet til ivaretagelsen av et befolkningsperspektiv, mens de økonomiske og profesjonelle aspektene er tillagt mindre vekt. Faktisk prioriteres alle målsettingene innefor det førstnevnte perspektivet foran de to andre typene målsettinger: et stort flertall av fylkespolitikere har ønsket å prioritere å sikre befolkningen i alle deler av fylket like god tilgang til helsetjenester, og dernest følger målsettingene om å redusere ventetid i sykehusene og å unngå nedbygging eller nedleggelse av akuttmedisinske tilbud ved de mindre sentrale sykehusene. Først på fjerdeplass finner vi en målsetting som uttrykker det typiske styringsmessige og økonomiske perspektivet; nemlig ønsket om å effektivisere for å sikre helsetjenesten en sunn økonomi. Målsettingene som uttrykker et mer profesjonelt perspektiv har derimot svært liten oppslutning: hverken det å sikre befolkningen tilgang til de nyeste behandlingsmetoder, bygge opp sterke medisinske fagmiljøer ved det sentrale sykehuset i fylket, eller innføre IT-teknologi for å forbedre samhandlingen i helsetjenesten har vært prioritert av særlig mange politikere. I lys av fylkesrepresentantenes helsepolitiske preferanser kan det selvsagt argumenteres for at sykehusreformen til en viss grad var velbegrunnet: for mens fylkespolitikere først og fremst altså har ønsket å prioritere lik tilgang til helsetjenester, og fokusert langt mindre på mål relatert til økonomisk effektivisering, innføring av nye behandlingsmetoder og oppbygging av medisinske fagmiljøer, er det nettopp målsettinger av den siste typen som har vært de sentrale argumentene for sykehusreformen. Men ideene fra New Public Management finner altså liten støtte blant fylkespolitikere.

Hvilke faktorer er det så som er sentrale i å forklare representantenes vurderinger av den fylkeskommunale helsepolitikken i tiden forut for reformen? Rent generelt avdekker den multivariate analysen at vår forklaringsmodell bare i begrenset grad egner seg til å forklare variasjonen mellom fylkespolitikere. Det er imidlertid enkelte mønstre som avtegner seg. For det første har representantenes sosiale biografi en viss betydning for vurderingene av situasjonen før reformen. Mannlige representanter tillegger massemedia og pasientorganisasjonene mindre vekt i helsepolitikken enn det kvinnelige representanter gjør, og vurderer også pasientorganisasjonene og kommunene som mindre viktige begrensninger i egen helsepolitisk innflytelse. Det er også kjønnsforskjeller i synet på hvilke helsepolitiske mål man ønsket å prioritere, og ikke uventet skiller mennene seg ut ved en sterkere vektlegging av økonomisk effektivisering. Mannlige representanter har også en tendens til å være mindre enige i krisebeskrivelsen av helsevesenet. Videre har alder en negativ betydning for representantenes opplevde innflytelse både på sentralisering av funksjoner og fordeling av tilbud innad i fylket, men derimot en positiv betydning for vurderingen av budsjettinnflytelse. I tillegg øker enigheten i en krisebeskrivelse av helsevesenet i takt med representantenes alder. Den siste indikatoren for sosial biografi – utdanning – har derimot overhodet ingen betydning for hvordan representantene vurderer de ulike aspektene ved den fylkeskommunale helsepolitikken før sykehusreformen.

Som ventet spiller også fylkespolitisk erfaring en rolle for vurderingene, men i mindre grad enn man kunne forvente. Erfaring har f.eks. liten betydning både for hvordan man opplevde de ulike aktørenes helsepolitiske innflytelse, vurderingene av fylkespolitikernes innflytelse på de ulike områder, og ikke minst for hvilke helsepolitiske mål man ønsket å arbeide for. Erfaring er derimot sentral for oppfatningen av hvilke faktorer som begrenset fylkespolitikernes helsepolitiske innflytelse: vektleggingen av økonomiske hensyn, helseprofesjonene og massemedia øker med antall perioder i Fylkestinget, mens det motsatte er tilfelle for vurderingen av andre fylker. I tillegg innebærer lang erfaring også at man er mer kritisk til krisebeskrivelsen av helsesektoren.

Mer overraskende er det at erfaring fra helse- og sosialutvalget har såpass liten betydning. Som forventet vurderer riktignok de av representantene som har sittet i helse- og sosialutvalget fylkespolitikernes innflytelse som større enn de som ikke har hatt slike verv, og da først og fremst på saker relatert til lokalisering og fordeling av tilbud, men ellers er det få andre effekter å spore.

Som vi har sett, er det også betydelige geografiske variasjoner i representantenes vurderinger. Mest interessant er det kanskje at representantene fra helseregionene Nord og Sør skiller seg ut ved at de oppgir fylkespolitikernes generelle innflytelse som større enn det representantene i Helseregion Øst gjør. I tillegg opplevde representantene i alle helse-

regionene sin innflytelse på fordelingen av tilbud mellom fylkene i regionen som klart større enn representantene i Helseregion Øst, mens helseregionene Sør og Vest også skiller seg ut på samme måte for fordeling av tilbud innad i fylket. Andre geografiske mønster det er verdt å merke seg er at begrensningene i innflytelse fra sentrale reguleringer, kommunene og andre fylker opplevdes som større i Helseregion Nord.

Ikke uventet avdekker analysen også at politikere i fylkene med regionsykehus har hatt mindre muligheter for innflytelse, og da først og fremst på budsjettspørsmål. Videre har disse representantene også klart lavere preferanser for å unngå nedleggelse av akuttmedisinske tilbud, men desto sterkere preferanser for å redusere ventetid i sykehusene. Representanter fra regionsykehus-fylker opplevde også økonomiske hensyn, helseprofesjonene og sentrale reguleringer som mer begrensende enn andre representanter, mens det motsatte var tilfelle for kommunene. Som forventet er disse representantene også mer enige i krisebeskrivelsen av helsevesenet.

Endelig er det også visse partipolitiske effekter på fylkesrepresentantenes vurderinger av helsepolitikken før sykehusreformen, og partiene som skiller seg ut er ikke overraskende Høyre og Fremskrittspartiet. Disse partienes representanter vurderer for det første fylkespolitikernes generelle innflytelse som langt mindre enn det Arbeiderpartiets representanter gjør, og skiller seg også negativt ut i vurderingen av fylkespolitikernes innflytelse på spørsmål tilknyttet fordeling av helsetilbud innad i fylket. Høyres representanter er naturlig nok også mindre opptatt av målsettingen om lik tilgang til helsetjenester i fylket og mer opptatt av å effektivisere for å bedre økonomien. Bakgrunn fra Høyre eller Fremskrittspartiet innebærer også at man legger større vekt på helseadministrasjonen som en begrensende faktor for fylkespolitikernes muligheter for innflytelse. Ikke overraskende er førstnevnte partis representanter også klart mer enige i at krisebeskrivelsen er dekkende for deres oppfatning av helsevesenet.

7.2 Helsepolitikk etter sykehusreformen: hvilken rolle kan fylkespolitikere spille?

Dersom vi skifter fokus til fylkespolitikernes vurderinger av sin framtidige rolle etter sykehusreformen, er det flere interessante trekk som bør framheves. For det første er bildet helt entydig når det gjelder selve gjennomføringen av reformen: overraskende nok er reformen kommet på plass omtrent uten at man har dratt nytte av den betydelige helsepolitiske kompetanse og erfaring som mange av fylkespolitikere innehar. Knappt 1 av 10 representanter oppgir at helseforetakene i stor eller noen grad har benyttet seg av fylkespolitikernes rådgivning i gjennomføringen. Tilsvarende er det bare en tredjedel av representantene som rapporterer at det er opprettet noen form for kontakt eller konsultasjon mellom det regionale helseforetaket og fylkeskommunen.

Den passive rollen som ble fylkespolitikere til del i implementeringen av reformen står i skarp kontrast til det klare flertallet av fylkespolitikere som mener at de fortsatt bør spille en fornuftig rolle i helsepolitikken. Faktisk er så mange som over halvparten helt enige i en fortsatt aktiv rolle for fylkespolitikere, mens over 30 prosent i tillegg sier seg noe enig. De framtidige helsepolitiske rollene som foretrekkes av representantene selv er først og fremst en hørings- og rådgivningsfunksjon, som over 2/3 ser på som svært viktig. I tillegg foretrekkes representasjon i helseforetakenes styrer og ombudsrollen av mange. Når det gjelder typen av saker eller problemstillinger som fylkespolitikere mener bør gjennom politisk behandling eller høring på lokalt/regionalt nivå, er det særlig helhetsplanleggingen og ivaretagelsen av allmenne samfunnshensyn som framheves: nesten 2/3 anser dette som svært viktig. I tillegg mener mange at spørsmål relatert til forebyggende helsearbeid, lokalisering av helsetilbud i regionen og sentralisering/desentralisering av tilbud også bør behandles politisk eller gjennom høringsrunder.

Det er derimot liten forskjell blant fylkespolitikere i synet på hvilke kriterier som bør ligge til grunn for en mer formalisert representasjon f.eks. i helseforetakenes styrer. Partipolitisk fordeling vektlegges riktignok noe mer enn helsepolitisk erfaring eller geografisk fordeling.

Videre er det klart at samarbeid på tvers av de geografiske grensene innenfor helse-regionene anses som viktige forutsetninger for at fylkespolitikere fortsatt skal kunne spille en aktiv rolle i helsepolitikken: over 1/3 av representantene anser det som svært viktig både med tett nettverk mot primærkommunene og med tett samarbeid med andre fylker i regionen. Særlig overraskende er det heller ikke at mange av fylkespolitikere sier seg enig i en påstand om at fylkeskommunen er blitt mindre interessant etter den statlige overtagelsen av sykehusene. Likevel er nesten 60 prosent av representantene uenige i at fylkeskommunen har utspilt sin rolle og bør legges ned.

Hvilke faktorer er så sentrale i å forklare fylkespolitikernes vurderinger av sin eventuelle framtidige helsepolitiske rolle? Som for analysen av synspunktene knyttet til perioden før reformen har modellen vår kun begrenset forklaringskraft, men igjen er det enkelte mønstre som trer fram. For det første avdekker analyseresultatene visse kjønnsforskjeller: mannlige representanter er mer enige enn kvinnelige representanter i utsagnet om at fylkeskommunen etter reformen er blitt mindre interessant for politikere, og i tillegg også klart mer negative til at problemstillinger knyttet til forebyggende helsearbeid, helhetsplanlegging, lokaliseringsspørsmål eller sentralisering/desentralisering av tilbud bør gjennom politisk behandling eller høring lokalt eller regionalt. I tillegg avdekker analysen også visse alderseffekter: økende alder betyr større enighet i at fylkespolitikere bør være representert i helseforetakenes styrer, og større enighet i at geografisk fordeling eller helsepolitiske erfaring bør være kriterier for slik form for representasjon. Alder er derimot negativt relatert til synet på partipolitikk som fordelingskriterium. Som i analysen av spørsmålene tilknyttet tiden før reformen er utdanning helt uten betydning for politikernes holdninger, mens både fylkespolitiske erfaring og utvalgsbakgrunn på samme vis også spiller en overraskende liten rolle. Fylkespolitiske erfaring er kun viktig for spørsmålene knyttet til politikerrepresentasjon i helseforetakenes styrer, geografi som kriterium for slik representasjon, og politisk behandling av klagebehandling og enkeltsaker – og da i en negativ retning. Bakgrunn fra helse- og sosialutvalget innebærer at man er mer tilbøyelig til å være enig i utsagnet om at fylkeskommunen etter reformen er blitt mindre interessant for politikere, og også at man gjerne ser at helsepolitiske erfaring blir et kriterium for en eventuell framtidig politikerrepresentasjon.

Når det gjelder de geografiske variasjonene er det ett bilde som tydelig avtegner seg: representantene fra Helseregion Midt-Norge er klart mer skeptiske til en fortsatt politikerrolle i helsesektoren. Dette viser seg både i det generelle spørsmålet om fylkespolitikere skal spille en fortsatt aktiv rolle i helsepolitikken og i synet på de mulige rollene. I tillegg utmerker disse representantene også seg ved at de er klart mer negative til at helsepolitiske problemstillinger i framtiden bør behandles politisk på regionalt eller lokalt nivå. Hva denne forskjellen egentlig skyldes er det selvsagt vanskeligere å si noe konkret om uten å gå mer i dybden i den aktuelle helseregionen. I tillegg er representanter fra fylkene med region-sykehus mer tilbøyelige til å være enige i at fylkespolitikere fortsatt bør spille en aktiv rolle i helsepolitikken, og også mer positive til at politikere bør være representert i helseforetakenes styrer.

Som for vurderingene av den fylkeskommunale helsepolitikken før reformen spiller partipolitisk bakgrunn også en viktig rolle for representantenes syn på en eventuell framtidig rolle. For det første skiller representantene fra både Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Høyre og Fremskrittspartiet seg fra Arbeiderpartiets representanter i den forstand at de alle er mer enige i at sykehusreformen har gjort fylkeskommunen mindre interessant for politikere. For det andre tegnes det som ventet et klart mønster for Høyres og Fremskrittspartiets representanter: disse er gjennomgående mer skeptiske til at fylkespolitikere fortsatt skal spille en aktiv rolle i helsepolitikken, og avviser naturlig nok også i større grad de mulige funksjonene eller rollene som skisseres for politikere, samt at de er mer negative til at helsepolitiske problemstillinger bør behandles politisk eller via høring på regionalt eller lokalt nivå. Interessant nok avviker Fremskrittspartiet fra denne trenden på ett område: partiets representanter er nemlig mer *enige* i at klagebehandling og enkeltsaker bør være gjenstand for politisk behandling eller høringsrunder.

Som man kunne vente er opplevelsen av fylkespolitikernes innflytelse før reformen også av stor relevans for hvordan man ser på framtidens helsepolitikk. Dersom man erfarte at fylkespolitikerne hadde stor helsepolitisk innflytelse, er man rimelig nok mer uenig i at fylkeskommunen skal legges ned, og mer enig i at fylkespolitikerne fortsatt skal spille en aktiv rolle i helsepolitikken. I tillegg er opplevelsen av helsepolitisk innflytelse også positivt relatert til synet på at følgende helsepolitiske problemstillinger bør kreve politisk behandling eller høring lokalt eller regionalt: utvikling av nye tilbud, forebyggende helsearbeid, helhetsplanlegging og prioritering mellom ulike tilbud.

Videre spiller også opplevelsen av de geografiske konfliktlinjene innen helsepolitikken en viss rolle for fylkespolitikernes vurderinger. For det første innebærer en vektlegging av konflikten mellom eget fylke og sentrale myndigheter rimeligvis at man er mer positive til at en eventuell politikerrepresentasjon skal baseres på geografiske kriterier, og at man naturlig nok også er mer uenig i at fylkeskommunen bør legges ned. For det andre er man også mer tilbøyelig til å mene at forebyggende helsearbeid og utvikling av nye tilbud bør behandles politisk dersom man erfarte at helsepolitikken var dominert av konflikter med de sentrale myndighetene.

Endelig er det også klart at fylkesrepresentantenes helsepolitiske preferanser er viktige for vurderingene av en framtidig rolle. De av representantene som prioriterer høyest å sikre befolkningen i fylket lik tilgang til helsetjenester er både mer uenige i at fylkeskommunen bør legges ned og mer enige i at fylkeskommunen bør fremme felles kommunale synspunkter. Har man derimot som helsepolitisk mål å redusere ventetid i sykehusene er man mer skeptisk til en fortsatt rolle for fylkespolitikerne i helsepolitikken, og til at prioritering av tilbud og utvikling av nye tilbud bør behandles politisk på regionalt eller lokalt nivå. Fylkespolitikere som prioriterer økonomisk effektivisering er ikke overraskende også større motstandere av en fortsatt politikerrolle og til politikerrepresentasjon i helseforetakenes styrer. Og endelig er målet om å unngå nedbygging eller nedleggelse av helsetilbud positivt relatert til synet på geografi som kriterium for en eventuell formalisert representasjon av fylkespolitikerne i helsepolitiske organer.

7.3 Mot nye former og arenaer for den lokale helsepolitikken?

Med den statlige overtakelsen av sykehusene forsvant den tradisjonelle arenaen for helsepolitikk. Betyr det at dette politikkområdet forvitrer og blir borte – eller vil det etableres nye arenaer og nye former for helsepolitikken? Problemstillinger og brytninger knyttet til funksjonsfordeling, lokaliseringsspørsmål, og andre viktige tema på den tidligere helsepolitiske agenda i fylkeskommunene blir neppe borte selv om staten har overtatt eierskapet til sykehusene. Det spørsmålet som umiddelbart følger av helsereformene er hvilke arenaer, og hvilke politiske aktører, som blir viktige. Vi kan tenke oss ulike kanaler og strategier:

- Organisert interesseartikulasjon utenfor de tradisjonelle politiske kanaler, f.eks. gjennom folkeaksjoner og pressgruppevirksomhet
- Politisering av brukerutvalgene
- Lokale konflikter løftes opp til høyere politisk nivå
- Lokale politiske organer søker å skaffe seg innflytelse på helsepolitikken på nye måter

Folkeaksjoner for bevaring av lokalsykehus, fødeavdelinger, akuttmedisinske tilbud osv. er en viktig tradisjon i norsk helsepolitikk. En viktig forutsetning for denne typen politisk virksomhet er at man får adgang til og klarer å gjøre seg synlig for de som har mulighet til å påvirke det aktuelle saksfeltet. Fylkespolitikere og lokalpolitikere er sannsynligvis lettere å få adgang til enn et foretaksstyre eller aktører i rikspolitikken. Det skal stort sett handle i strid med brede og sterkt artikulerte interesser i eget lokalsamfunn. Foretaksstyret er sammensatt av få aktører, de er ikke på valg, og har andre forpliktelser enn det lokalpolitikere har. Vi kan altså tenke oss at det vil bli vanskeligere for folkeaksjoner å få gjennomslag for

sine synspunkter nå enn før reformen. Om det fører til at de blir mindre vanlig gjenstår imidlertid å se. Den siste tidens mobilisering mot nedbygging av lokalsykehustilbud i helse-regionene Nord og Vest tyder vel heller på det motsatte.

Et sentralt spørsmål er om brukerutvalgene makter å etablere seg som kanaler for formidling av lokal misnøye med finansiering, på linje med fylkespolitikkerne i det tidligere systemet. Vil fraværet av andre regionale politiske fora føre til at de regionale brukerutvalgene også på andre måter tar opp i seg problemstillinger og funksjoner vi tradisjonelt ville tillegge det politiske systemet? I så fall ligger det utvilsomt et interessant poeng i det faktum at vår analyse har dokumentert at fylkespolitikkerne tillegger pasientorganisasjonene en omtrent ubetydelig helsepolitisk rolle før sykehusreformen. At det nå er nettopp disse som gjennom brukerutvalgene er tiltenkt den sentrale rollen som ivaretagere av befolkningens innflytelse, kan derfor umiddelbart fremstå som noe av et paradoks. Et like viktig spørsmål knytter seg også til brukerutvalgenes mangel på demokratisk legitimitet og representativitet.

Mer sannsynlig er det at det etableres andre former og andre kanaler for helsepolitikken. Mange av fylkespolitikkerne innehar stor kompetanse på helsepolitikk, har viktige saker de har arbeidet for i fylkeskommunal sammenheng, og vil derfor kanskje ha vanskelig for å slippe saksfeltet når staten overtar. Mulige kanaler for dette engasjementet kan være partiorganisasjonene og den lokale offentlige debatt. I forbindelse med budsjettbehandlingen i Helseregion Vest uttalte f.eks. fylkesordføreren i Hordaland til Bergens Tidende:

“ Dette illustrerer at innbyggerne på denne delen av Vestlandet rett og slett får mindre ressurser til rådvelde når det gjelder helse. Når du får mindre betalt får du også mindre ressurser til å gjøre mer, sier Handeland. Da staten overtok eierskapet til sykehusene var ett av argumentene nettopp at fylkene ikke klarte å rette opp skjevheten i fordelingen av ressurser sykehusene imellom. Det forbauser meg at man tar så lett på forskjellene fortsatt, sier Handeland. (...) Han venter at Helse Vest prioriterer å rette opp i den skjeve fordelingen, men klager over at offentligheten ikke har innsyn i arbeidet i Helse Vests styre. De har jo lukkede styremøter og nedrullede gardiner, sier Handeland.”

(Bergens Tidende 21/2-2003)

En viktig kanal for politisk ytring er den alminnelige offentlige debatt: intervjuer, kronikker, resolusjoner og andre ytringer fra det politiske systemet. En annen mulighet er at det lokale politiske systemet løfter tradisjonelt lokale problemstillinger i helsepolitikken opp på et høyere nivå. En av informantene våre kommenterer det høye spenningsnivået i helsepolitikken, og viser til at enkelte saker “går rett til Oslo”. Lokale politikere kan prøve å påvirke utfallet i viktige lokale saker ved å løfte en sak opp til høyeste politiske nivå gjennom sin partiorganisasjon. Høyt lokalt spenningsnivå, og få lokale kanaler for løsning av slike saker, kan dermed føre til økt belastning på det rikspolitiske nivået. Et paradoksalt resultat av den statlige overtakelsen av sykehusene kan dermed bli at den tidligere lokalpolitikken blir rikspolitikk.

Referanser

Asland, K. (1981). *Kvinnernes egne representanter?* Hovedoppgave i statsvitenskap. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Baldersheim, H., S. Hovik, G. C. Tufte & M. Øgård (1995). *Kommunal reorganisering*. Oslo: Kommuneforlaget.

Baldersheim, H., H. Bø & M. Øgård (1994). Forsøk med nye styringsordninger i Hordaland fylkeskommune. LOS-senter notat 94/02. Bergen: LOS-senteret.

Borge, L.-E. (2000). Charging for public services: the case of utilities in Norwegian local governments, *Regional Science and Urban Economics* 30: 703-718.

Borge, L.-E. & R. J. Sørensen (2002). Aggregating spending preferences: an empirical analysis of party preferences in Norwegian local governments, *Public Choice* 110: 225-243.

Bunæs, T. (1982). Rekruttering og offentlig politikk. En studie av kommunale bygningsråd og trafikkutvalg. Hovedoppgave i statsvitenskap. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Chrsitensen, T. (1991). *Virksomhetsplanlegging: myteskaping eller instrumentell problemløsning*. Oslo: TANO A/S.

Christensen T, & P. Lægreid (2000). New Public Management – puzzles of democracy and the influence of citizens. LOS-senter notat 0010. Bergen: LOS-senteret.

Deal, T. & A. A. Kennedy (1981). *Corporate cultures: the rites and rituals of corporate life*. Reading, MA: Addison Wesley.

Domberger, S. & S. Rimmer (1994). Competitive tendering and contracting in the public sector: a survey, *International Journal of the Economics of Business* 3: 439-453.

Domberger, S. & P. Jensen (1997). Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects, *Oxford Review of Economic Policy* 13: 67-77.

Dølvik, T. (1988). Fylkeskommunene 1976-1985. Lokaldemokrati under utvikling eller statlig lokalforvaltning. Hovedoppgave i statsvitenskap. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Egeberg, M. (1981). *Stat og organisasjoner*. Bergen: Universitetsforlaget.

Ejersbo, N. (red.) (1997). *Politikere, ledere og profesjonelle i kommunerne: effekter af strukturændringer*. Odense: Odense Universitetsforlag.

Eriksen, E. O. (1993). *Den offentlige dimensjon*. Oslo: TANO A/S.

Eriksen, E. O. & J. Weigård (1993). Fra statsborger til kunde, *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 9: 111-131.

Fevolden, T. (1985). Partipolitikk og prioriteringer. En empirisk analyse av fylkestinget, i T. Hansen (red.), *Offentlige budsjettprosesser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fimreite, A. L. & K. Kolsrud (2001). Statlig styring og kommunal handlefrihet – en analyse av variasjon i standarden på tjenestetilbudet i grunnskole- og barnehagesektoren, i A. L. Fimreite, H. O. Larsen & J. Aars (red.), *Lekmannsstyre under press. Festskrift til Audun Offerdal*. Oslo: Kommuneforlaget.

Fredrickson, H. G. (1996). Comparing the reinventing movement with the New Public Administration, *Public Administration Review* 56:

Goss, S. (2001). *Making local governance work. Networks, relationships and the management of change*. Houndmills: Palgrave.

Hagen, T. P. (1991). Moderne kommunale styringsmodeller. NIBR-rapport. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Hagen, T. P. (1995). Models of decision making in political institutions. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Hagen, T. P. (1998). Staten, fylkeskommunane og sjukehusa: trekantdrama utan ende?, i H. Baldersheim (red.), *Kan fylkeskommunen fornyast?* Oslo: Samlaget.

Hagen, T. P. & R. J. Sørensen (1998). Fylkesdemokrati uten framtid? Spiller partiene noen rolle?, i H. Baldersheim (red.), *Kan fylkeskommunen fornyast?* Oslo: Samlaget.

Haug, C. (2001). Makten flyttes, *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening* 18: 2139.

Huseby, B. M. (2001). Likhet og variasjon mellom norske fylker i tilgjengeligheten til sykehustjenester, i F. H. Hansen (red.), *Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. SAMDATA rapport 1/00*. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Jensen, S. (2002). Fornyelse av offentlig sektor – hvor blir det av borgerrollen?, *Tidsskrift for velferdsforskning* 5: 41-50.

John, P. (2001). *Local governance in Western Europe*. London: SAGE Publications.

Kalseth, J. & J. Rattsø (1998). Political control of administrative spending: the case of local governments in Norway, *Economics and Politics* 10: 63-83.

Kettl, D. F. (1993). *Sharing power: public governance and private markets*. Washington D. C.: The Brookings Institution.

Kleven, T., et al. (2000). Renewal of local government in Scandinavia: Effects for local politicians, *Local Government Studies* 26: 93-116.

Larsen, S. U. & A. Offerdal (1979). *De få vi valgte. Konflikt og kontakt i norske kommunestyre*. Bergen, Oslo, Tromsø: Universitetsforlaget.

Lian, O. S. (2003). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helse-tjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lie, T. A. (2002). Ventetider i somatiske sykehus, i B. Huseby (red.), *Helseregionenes utfordringer. SAMDATA rapport 3/02*. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Lien, S. & P. A. Pettersen (2001). Local government and welfare generosity: municipality spending on social welfare. Paper presentert på Den Xth Nordiske Kommuneforskerkonferansen, 23-25 November, Åbo.

Listhaug, O. & B. Huseby (1990). *Values in Norway: study description and codebook. ISS-rapport nr. 2*. Trondheim: Institutt for sosiologi, Universitetet i Trondheim.

Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur.

Læg Reid, P. (1988). Effektivitetsproblem i offentlig sektor. LOS-senter notat 88/12. Bergen: LOS-senteret.

Læg Reid, P. (1991a). Institusjonsdrift mellom stat og marked. LOS-senter notat 91/25. Bergen: LOS-senteret.

Lægreid, P. (1991b). *Målstyring og virksomhetsplanlegging i offentlig sektor*. Bergen: Alma Mater forlag A/S.

Lægreid, P. & J. P. Olsen (1978). *Byråkrati og beslutninger*. Bergen: Universitetsforlaget.

Madsen, S. (1993). *På vej mod målet*. København: Jurist og Økonomiforbundets Forlag.

Mannheim, K. (1972). The problem of generations, i K. Mannheim (red.), *Essays on the sociology of culture*. London: Routledge & Paul Kegan.

Martinussen, P. E. (1997). Norsk kommunepolitikk – reelt innhold eller demokratisk staf-fasje? En analyse av lokale koalisjoners betydning for kommunenes prioritering av grunnskole og kultur i 1994. *Hovedoppgave*. Trondheim: Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Martinussen, P. E. (2003). Majority rule in consensual democracies? Explaining political influence in Norwegian local councils, i P. E. Martinussen, *Party politics, sub-national style: The case of local government in Norway*. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Martinussen, P. E. & P. A. Pettersen (2001). Linking coalitions to policy output: the case of local government in Norway, *Environment and Planning C: Government and Policy* 19: 391-411.

Moe, T. (1984). The economics of organizations, *American Journal of Political Science* 28: 739-777.

Moe, T. (1989). The politics of bureaucratic structure, i J. E. Chubb & P. E. Peterson (red.), *Can government govern?*, Washington, D.C.: Brookings Institution.

Mueller, D. C. (red.) (1997). *Perspectives on public choice. A handbook*. New York: Cambridge University Press.

Niskanen, W. A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine-Atherton.

Niskanen, W. A. (1973). *Bureaucracy: servant or master?* London: Institute of Economic Affairs.

NOU 1997: 2. *Pasienten først!* Oslo: Akademika.

Olsen, J. P. (1990). Fornyelsesprogrammer og demokratiutvikling. LOS-senter notat 90/19. Bergen: LOS-senteret.

Olsen, J. P. (1988). Administrative reform and theories of organizations, i C.C. Campbell & B. G. Peters (red.), *Organizing governance: governing organizations*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Osborne, D. & T. Gaebler (1992). *Reinventing government. How the entrepreneurial spirits is transforming the public sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Ostrom, E. (1986). An agenda for the study of institutions, *Public Choice* 48: 3-25.

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Det Kongelige Sosial- og helse-departement.

Peters, B. G. (1998). Administration in the year 2000: serving the client, *International Journal of Public Administration* 21: 1795-1776.

Peters, T. J. & R. H. Waterman Jr. (1982). *In search of excellence*. New York: Harper & Row.

Pettersen, I. J. (2001). Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen, *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening* 18: 2186-2188.

Rombach, B. (1991). *Det går inte att styra med mål!* Lund: Studentlitteratur.

Rose, L. E. (1997). Reform activities and the legitimacy of local government: reflections on the Nordic experience, i V. Helander & S. Sandberg (red.), *Festskrift till Krister Ståhlberg*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

Samuelson, P. A. (1954). The pure theory of public expenditure, *Review of Economics and Statistics* 36: 387-389.

Samuelson, P. A. (1955). Diagrammatic exposition of a theory of public expenditure, *Review of Economics and Statistics* 37: 350-356.

Samuelson, P. A. (1958). Aspects of public expenditure theories, *Review of Economics and Statistics* 40: 332-337.

Savas, E. S. (1987). *Privatisation: the key to better government*. Chatham House, NJ: Chatham House.

Schein, E. H. (1997). *Organizational culture and leadership*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Sehested, K. & N. Ejersbo (1998). Fra sammenkobling til dekobling af ledelse og profession i den kommunale forvaltning, *Nordisk Administrativt Tidsskrift* 79: 414-428.

Ståhlberg, K. (1996). Herre i eget hus: 12 debattinnlegg om nordiska kommuner i förändring. LOS-senter rapport 96/05. Bergen: LOS-senteret.

Sørensen, R. J. (1989). Det kommunale demokrati: en fortsettelse av rikspolitikken med andre midler? *Forskningsrapport 1989/4*. Sandvika: Stiftelsen Bedriftsøkonomisk Institutt.

Thorsvik, J. (1991). Målstyring og offentlig virkosmhet, *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 4: 267-282.

Tullock, G. (1965). *The politics of bureaucracy*. Washington, DC: Public Affairs Press.

Vabo, S. I. (2000). New organisational solutions in Norwegian local councils: Leaving a puzzling role for local politicians? *Scandinavian Political Studies* 23: 343-372.

Vabo, S. I. (2001). Koordinering og politisk styring. En studie av nye organisasjonsløsninger i norske kommuner. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Vareide, P. K. (2001). Sykehusreformen: et hamskifte i styring av helsetjenestene. SINTEF Rapport. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Vareide, P. K. (2002). Statlig overtakelse av sykehusene: nytt innhold eller ny innpakning? Arbeidsnotat. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Øgård, M. (2000). New Public Management – markedet som redningsplanke?, i H. Baldersheim & L. E. Rose (red.), *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget.

Aardal, B. & H. Valen (1989). *Velgere, partier og politisk avstand*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.

Appendiks: Variabelbeskrivelse og deskriptiv statistikk for den multivariate analysen

Kjønn: Dummyvariabel med verdien 1 for mannlige representanter.

Alder: Representantenes alder.

Utdanning: Antall år med utdanning, inkludert grunnskole.

Fylkespolitisk erfaring: Antall perioder representantene har vært medlem Fylkestinget, inkludert inneværende periode.

Medlem av helse- og sosialutvalget: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter som tidligere har vært medlem av helse- og sosialutvalget, eller annen fagkomite innenfor området helse.

Helseregion Øst: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra fylkene Akershus, Østfold, Hedmark eller Oppland.

Helseregion Sør: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.

Helseregion Vest: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra fylkene Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane.

Helseregion Midt-Norge: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.

Helseregion Nord: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra fylkene Nordland, Troms og Finnmark.

Fylke med regionsykehus: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra fylkene med regionsykehus; dvs. Troms, Sør-Trøndelag og Hordaland.

RV: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Rød Valgallianse.

SV: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Sosialistisk Venstreparti.

Ap: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Arbeiderpartiet.

Sp: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Senterpartiet.

V: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Venstre.

Krf: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Kristelig Folkeparti.

H: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Høyre.

Frp: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra Fremskrittspartiet.

Andre: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter fra andre/upolitiske lister.

Opplevd helsepolitisk innflytelse: Representantenes opplevelse av fylkespolitikernes innflytelse på den fylkeskommunale helsepolitikken før sykehusreformen, der 1 = 'svært liten', 2 = 'ganske liten', 3 = 'ganske stor' og 4 = 'svært stor'.

Konflikt mellom eget fylke og nabofylker: Representantenes vurdering av hvor viktig konfliktlinjen mellom eget fylke og nabofylker var i det helsepolitiske arbeidet i eget fylke før sykehusreformen, der 1 = 'helt uviktig', 2 = 'mindre viktig', 3 = 'noe viktig' og 4 = 'svært viktig'.

Konflikt mellom eget fylke og sentrale myndigheter: Representantenes vurdering av hvor viktig konfliktlinjen mellom eget fylke og sentrale myndigheter var i det helsepolitiske arbeidet i eget fylke før sykehusreformen, der 1 = 'helt uviktig', 2 = 'mindre viktig', 3 = 'noe viktig' og 4 = 'svært viktig'.

Konflikt mellom eget fylke og kommunene: Representantenes vurdering av hvor viktig konfliktlinjen mellom eget fylke og primærkommuner var i det helsepolitiske arbeidet i eget fylke før sykehusreformen, der 1 = 'helt uviktig', 2 = 'mindre viktig', 3 = 'noe viktig' og 4 = 'svært viktig'.

Lik tilgang til helsetjenester: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter som i tiden før sykehusreformen så det som et særlig viktig helsepolitisk mål i eget fylke å sikre befolkningen i alle deler av fylket like god tilgang til helsetjenester.

Redusere ventetid: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter som i tiden før sykehusreformen så det som et særlig viktig helsepolitisk mål i eget fylke å redusere ventetider i sykehusene.

Effektivisere for sunn økonomi: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter som i tiden før sykehusreformen så det som et særlig viktig helsepolitisk mål i eget fylke å effektivisere for å sikre helsetjenesten en sunn økonomi.

Unngå nedleggelse: Dummyvariabel med verdien 1 for representanter som i tiden før sykehusreformen så det som et særlig viktig helsepolitisk mål i eget fylke å unngå nedbygging eller nedleggelse av akuttmedisinske tilbud ved mindre sentrale sykehus.

Tabell A. Deskriptiv statistikk for variablene i den multivariate analysen: gjennomsnitt, standardavvik, minimum, og maksimum. Valid N (listvis) = 388.

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum	N
Kjønn	.59	.49	.00	1.00	460
Alder	52.59	11.32	23.00	76.00	457
Utdanning	15.09	3.56	0.00	25.00	454
Erfaring	2.05	1.29	1.00	8.00	447
Medl. helse- og sosialutv.	.41	.49	.00	1.00	453
Helse Øst	.21	.41	.00	1.00	467
Helse Sør	.26	.44	.00	1.00	467
Helse Midt-Norge	.20	.40	.00	1.00	467
Helse Nord	.15	.35	.00	1.00	467
Fylke med regionsykehus	.19	.40	.00	1.00	467
RV	.01	.09	.00	1.00	467
SV	.09	.28	.00	1.00	467
Ap	.31	.46	.00	1.00	467
Sp	.10	.30	.00	1.00	467
V	.05	.21	.00	1.00	467
Krf	.11	.32	.00	1.00	467
H	.18	.38	.00	1.00	467
Frp	.11	.32	.00	1.00	467
Andre	.02	.13	.00	1.00	467
Fylkespol.'s innflytelse	3.06	.71	1.00	4.00	455
Konflikt mellom fylker	2.33	.86	1.00	4.00	447
Konflikt med sentrale mynd.	3.42	.78	1.00	4.00	456
Konflikt med kommuner	2.30	.93	1.00	4.00	451
Lik tilgang til tjenester	.69	.46	.00	1.00	467
Redusere ventetid	.40	.49	.00	1.00	467
Økonomisk effektivisering	.25	.43	.00	1.00	462
Unngå nedbygging	.29	.46	.00	1.00	467