

# ATM

## Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Sturla Herfindal

### Veien frem til sykehusreformen

-En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak

ATM – Skriftserie  
Nr. 2 - 2008

 **Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

**POLIS**  
Politikk, Organisasjon og Ledelse i  
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nytgivelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

# Innhold

Sammendrag.....	8
Summary .....	9
1 Innledning .....	10
Tema og problemstilling.....	10
Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	12
Studie av en beslutningsprosess.....	12
Organisasjonsteori og metode.....	13
Kapitteloversikt.....	14
2 Teori og metode.....	15
Bruk av organisasjonsteori .....	15
Strømningstankegangen.....	16
Et rasjonelt – instrumentelt perspektiv .....	18
Forhandlingsperspektivet .....	21
Det institusjonelle perspektivet.....	23
Metode og data .....	26
3 Bakgrunnskapittel .....	33
Utredning av eierstrukturene for sykehusene .....	34
En fortsatt tro på det eksisterende .....	37
Utredning av tilknytningsformer .....	39
En ny regjering.....	43
Oppsummering og drøfting.....	46
4 Initiativfasen.....	49
– Reformideene får gjennomslag i Arbeiderpartiet .....	49
Regjeringen Stoltenberg – Tønne blir helseminister.....	49
Stoltenbergs tale – et startskudd for reformen.....	51
Sykehusøkonomiproposisjonen og lov om fylkeskommunale sykehusselskaper blir vedtatt .....	53
Oppgavefordelingsutvalgets innstilling.....	55
Arbeiderpartiets sentralstyremøte.....	57
Mangel på dialog frem mot landsmøtet, og et ønske om kompromiss.....	63
Departementets arbeid frem mot landsmøtet .....	65
Arbeiderpartiets landsmøte.....	66
Oppsummering.....	68
5 Utredningsfasen .....	71
– Departementet utarbeider høringsnotatet.....	71

Intern uenighet i LO og KS.....	71
Presentasjon av reformen på Buskerud sentralsykehus .....	72
Kontakten mellom stortingsgruppen og statsråden forbedres .....	72
Reformarbeidet starter for fullt.....	73
”Kongens hest og Kongens havre” .....	77
Lovforslaget sendes på høring .....	78
Høringsnotatet.....	79
Oppsummering av utredningsfasen.....	82
6 Høringsfasen.....	84
– Motstanden vokser, men departementet står på sitt .....	84
De første reaksjonene på høringsnotatet.....	84
Motstanderne mobiliserer .....	86
Departementets arbeid etter høringsnotatet .....	90
Motstanden svekkes i Arbeiderpartiet.....	93
Opprøret i Tromsø .....	93
§ 39 og frykten for privatisering.....	95
Høringsinstansenes syn.....	96
De politiske partiene.....	101
Den politiske debatten .....	103
LO og NKf senker kravet om utsetting av reformen .....	105
Helseministeren føler seg misforstått .....	107
KS og KFO ønsker avklaringer .....	108
Forholdet mellom AP og NKf når bristepunktet .....	109
Endringer som ble foretatt fra høringsnotatet til proposisjonen. ....	111
Oppsummering av høringsfasen .....	111
7 Vedtaksfasen.....	115
– Arbeiderpartiet og FrP skaper flertall .....	115
Forhandlingene med KS/fylkeskommunene .....	116
Kommuneforbundet og LO fortsetter kampen .....	121
Kommuneproposisjonen legges frem.....	126
Behandlingen i sosialkomiteen.....	127
NKF innser at slaget er tapt.....	135
Pasient -og brukerorganisasjonene kritiserer Alvheim .....	135
Lovforslaget vedtas – stortingsdebatten .....	136
Tiden etter vedtaket.....	140
Oppsummering av vedtaksfasen .....	140
8 Analysekapittel.....	144
Hovedtrekk ved aktiviserings- og defineringsprosessene .....	144
Tolkning i lys av perspektivene.....	151

Oppsummering av de teoretiske perspektivenes forklaringskraft .....	163
9 Avslutning .....	166
Oppsummering av studiens hovedfunn .....	166
Teoretiske implikasjoner.....	169
Studien i en forvaltningspolitisk sammenheng.....	171
Forslag til videre forskning .....	174
Litteratur.....	176
Vedlegg 1.....	183

# Forord

## Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til

prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

**Sturla Herfindal** er cand.polit fra 2004 med hovedfag fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Denne rapporten er en nytgivelse av hovedfagsoppgaven som Herfindal skrev i tilknytning til ATM – prosjektet og POLIS – seminaret. Herfindal har også vært ansatt som forskningsassistent på Røkkansenteret og arbeider nå i NAV.

# Sammendrag

Denne studien retter søkelyset mot beslutningsprosessen som førte frem til lov om helseforetak i juni 2001. Det er et casestudie som tar for seg hvordan sykehusreformen ble utviklet, og hvordan prosessen foregikk på sentralt nivå forut for vedtaket i Stortinget. Initiativet kom fra helseminister Tore Tønne som sammen med partiledelsen i Arbeiderpartiet fikk med seg landsmøtet og siden Fremskrittspartiet på en av de største reformene i etterkrigstiden. Hovedkomponentene i reformen var at staten skulle overta eierskapet til spesialhelsetjenesten, samtidig som sykehusenes organisatoriske tilknytningsform ble mer autonom ved at de skulle organiseres i helseforetak. Det tok ca. ett år fra planene om en større reform ble kjent til loven ble vedtatt i Stortinget. I løpet av dette året fikk reformideene flertall i Arbeiderpartiet, det ble utgitt et høringsnotat med seks ukers høringsfrist, lovforslaget ble så sendt som innstilling til sosialkomiteen, og siden vedtatt som lov i Stortinget. Både den raske saksgangen og selve løsningsforslagene møtte stor motstand fra politisk hold og fra de sentrale arbeidstakerorganisasjonene i helsevesenet. Man mente at saksgangen ikke innebar en skikkelig demokratisk behandling, og at løsningene ikke var godt nok utredet. Samtidig mente mange at reforminnholdet ville føre til en privatisering av helse-Norge, samt at et statlig eierskap ville svekke det regionale folkevalgte nivå. Reformprosessen utmerker seg ved at den inneholder radikale løsninger knyttet til eierskap og tilknytningsform for sykehusene, samtidig som saksgangen bryter med tradisjonell praksis, og er preget av et svært høyt tempo.

Ved hjelp av analyse av sentrale dokumenter, avisartikler og pressemeldinger m.v., og intervju av sentrale personer i prosessen, og ved bruk av et rasjonelt-instrumentelt perspektiv, et forhandlingsperspektiv og et institusjonelt perspektiv, gjør studien rede for beslutningsprosessens forløp og utfall og forsøker å forklare de aktuelle utfall. Hovedfunnene er at prosessen var lukket og at hele prosessen i stor grad var styrt fra toppen, dvs fra Arbeiderparti-regjeringen. Til tross for at det var stor oppmerksomhet omkring reformen og en aktiv debatt, var det et fåtall som hadde reell innflytelse på beslutningene. Studien viser også at det opprinnelige løsningsforslaget ble videreført nærmest uendret gjennom hele prosessen, og at ledelsen hadde stor innflytelse over saksgangen og de løsningene som ble valgt.



# Summary

This case study focuses on the decision-making process behind the Health Enterprise Act, which was approved in 2001. It explains how the hospital reform emerged and how the process behind it developed. The process was initiated by the Minister of Health Care Tore Tønne, who together with his party leaders from the Labour government managed to create a majority for the proposal, first at the party congress, and later in the Parliament, supported by the Progress Party. The reform was one of the biggest in recent history, and contained two major components. First, that the responsibility and ownership of the hospitals were transferred from the counties to central government i.e. the Ministry of Health. Second, that new management principles were introduced in the hospitals based on a decentralized enterprise model. The process took about one year, from the reform was introduced to the act was approved in the Parliament. Within this period the reform proposal got a majority on the Labour Party congress. The Ministry of Health Care then gave the various stakeholders six weeks to comment on a draft bill, which later was presented as a proposition to the Parliament, who approved the act. The political opposition and the labour unions in the health care sector criticized the proposed solutions, as well as the process itself. Firstly, it was argued that the rapid processing did not entailed a decent democratic treatment, hence that the solutions were not proper developed. Secondly, it was argued that the reform would lead to a privatized health care sector, and that the transfer of ownership to the state would undermine the democratic credibility of the counties, as well as the hospitals. This reform process stands out in Norwegian administrative history, due to the radical changes in the affiliation form and ownership for the hospitals. At the same time, the rapid processing stands out as a contrast to the traditional way of political decision making in Norway.

Using interviews and analyzing relevant documents and newspapers, I have tried to give a comprehensive outline of the process. Using a rational perspective, a bargaining perspective, and an institutional perspective, the study explains how the decision making process developed and how it ended. The decision making process was heavily directed by the top leaders in the Labour government and the Ministry of Health Care. The reform provoked intensive debates, but only a few people had a real influence on the decisions. The study also shows that the reform proposals went through the whole process almost without being changed, and that the Government had a major influence on the on the decision process.

# 1 Innledning

## Tema og problemstilling

Den 6. juni 2000 holdt daværende statsminister Jens Stoltenberg en tale i Bergen, hvor han sa at innen to år skulle det etableres en modell for offentlig sykehusdrift som både var mer robust og mer effektiv enn dagens (Tale av Stoltenberg 06/06-2001). Nøyaktig ett år etterpå får regjeringen med helseminister Tore Tønne i spissen, ved hjelp av et nølende Høyre og et entusiastisk FrP, vedtatt lov om helseforetak, ett år før tiden. Med dette var en av de største statlige reformene i Norges nyere historie et faktum. Hovedmomentene i loven omhandlet et skifte i eierskap av fylkessykehusene fra fylkeskommunalt til statlig eierskap. Et annet moment var at sykehusene også skulle skilles ut av forvaltningen og organiseres i helseforetak. Helseforetaksorganiseringen innebærer at sykehusene blir egne juridiske subjekter, noe som tilsier en ytre fristilling der en kan vente seg at sykehusene vil få en mer autonom rolle. I tillegg ble det vedtatt å opprette fem regionale helseforetak under Sosial - og helsedepartementet, som skulle ivareta statens rolle som eier over helseforetakene (sykehusene). I denne reformen kan en altså si at vi har å gjøre med en sentralisering og en desentralisering av makt og ansvar. Sentralisering fordi staten overtar eierskapet og det overordnede ansvar. Desentralisering fordi vi får en endring i tilknytningsform i form av ytre fristilling, der vi har en ”bevegelse i retning av å plassere offentlige virksomheter utenfor forvaltningen” (Grønlie og Selle 1998:66). Denne balansen mellom politisk kontroll og foretakenes autonomi kan imidlertid være vanskelig å få til i praksis i sykehussektoren (Lægreid, Opedal og Stigen 2003).

Gjennom etterkrigstiden har Norge bygget opp en velferdsstatsmodell som blir betegnet som ganske enestående i internasjonal sammenheng. Politisk hersket det stor enighet omkring hvordan velferdsstaten skulle være, og helsesektoren var svært sentral i denne prosessen. Norge gikk fra å være et av Europas fattigste land til å bli et av verdens rikeste. Kompromiss, styring og problemløsning var sentrale element i en tid preget av inkrementell utvikling, og begrepet ”revolution in slow motion” er blitt brukt for å betegne velferdsstatens utvikling i Norge (Olsen 1983:188). Når det gjelder sykehusene har disse vært under fylkeskommunalt eierskap, og en del av forvaltningen siden sykehusloven fra 1969<sup>1</sup>. Slik sett har forholdene rundt dimensjonene *eierskap* og *organisasjonsmodell* vært stabile i Norge de siste 30 år. Og det er bakgrunnen for endringsprosessen rundt disse dimensjonene oppgaven vil legge vekt på.

---

<sup>1</sup> Loven trådte i kraft 1. 1 1970, men flere fylkeskommuner hadde lenge hatt driftsansvaret for sykehusene helt tilbake til 1800-tallet.

I forbindelse med omorganiseringsprosessen var det stor debatt og motstand rundt reformforslaget som ble vedtatt i 2001. Reformen ble sett på som svært radikal i forhold til tidligere praksis i helsesektoren. Både at staten overtok sykehusene og at sykehusene skulle skilles ut av forvaltningen og omdannes til egne juridiske subjekter, skapte stor debatt internt i regjeringspartiet og blant fagforbund og andre politiske parti. Motstanderne mente at reformen ikke var godt nok utredet, og at den ville åpne for privatisering av sykehussektoren. I tillegg kritiserte de regjeringen for at saksbehandlingen gikk alt for raskt for en så stor og kompleks omlegging. Tempoet og reformprosessen ble betegnet som udemokratisk og useriøs av motstanderne.

Pådriverne av reformen mente derimot at for en så viktig sak hadde en ikke tid til å vente for lenge. Om man brukte mer tid på saksbehandling og utredning ville dette gi inntrykk av liten handlekraft, og føre med seg et usikkerhetsvakuum i en kritisk utsatt helsesektor. Denne saken tok ett år fra Stoltenbergs visjon om at noe drastisk måtte gjøres i helsevesenet, til en komplett modell for en ny reform var vedtatt i Stortinget. I løpet av dette året ble saken vedtatt på APs sentralstyremøte og på APs landsmøte. Regjeringen utgav et høringsnotat med seks ukers høringsfrist, la saken frem for Stortinget som ferdigbehandlet den i Sosialkomiteen, og fikk den vedtatt som lov i Stortinget. Alt dette skjer i en sektor som tidligere har vært kjennetegnet ved stabilitet og stegvis endring.

Jeg vil på bakgrunn av beskrivelsen over fokusere på prosessen bak reformvedtaket, langs hoveddimensjonene eierskap og tilknytningsform. Siktemålet med studien er å skildre og forklare prosessens forløp og utfall. Ut fra dette har jeg valgt følgende problemstilling:

*Hvordan kan en så radikal reform bli behandlet og vedtatt på så kort tid, i en sektor som tidligere har vært kjennetegnet ved stabilitet og inkrementell utvikling?*

Sentrale spørsmål vil da være:

Hvordan foregikk regjeringens arbeid med reformen i denne perioden? Hva var grunnen til at den nye reformen ble til, og hvem var pådriverne? Hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag lå til grunn for reformen? Hvorfor ble det satset på foretaksorganisering og statlig eierskap? Hvem var med på å ta beslutningene? Hvilke beslutningsmuligheter var det, og hvor og hvordan ble beslutningene tatt? Hvilke kunnskapsgrunnlag lå til grunn for de ulike beslutningene? I hvilke grad kan reformen føres tilbake til en politisk styrt prosess, hvor stort er innslaget av institusjonelle bindinger eller forhandlinger og kompromiss?

Studien vil i hovedsak være avgrenset til å omhandle prosessen fra Stoltenberg-regjeringen tiltrådte i mars 2000, til lov om helseforetak ble vedtatt i Stortinget 6. juni 2001. Grunnen til det, er at jeg vil avgrense meg til å se på selve beslutningsprosessen som førte frem til vedtaket. Hvordan de ulike aktørene har samhandlet i denne perioden vil være bestemmende for hvordan utfallet ble, og hvordan iverksettingen vil foregå. Både organisering av selve reformarbeidet og hvilke autoritet, kapasitet, kompetanse og

oppmerksomhet de som står bak reformarbeidet har, vil påvirke det som skjer i reformprosessene (Grønlie og Selle 1998: 27).

## Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I og med at reformen blir sett på som en av de største noensinne, må en kunne si at behandlingstiden og reformarbeidet har gått svært raskt. Mindre saker og lovforslag har ofte hatt behandlingstider på flere år. Det at også reformen skjer så raskt og bryter så mye med tradisjonell praksis knyttet til eierskap og organisasjonsmodell, gjør prosessen noe atypisk og interessant å studere. Reformen bygger på en sterk tro på at organisasjonsform vil skape en bedre og effektiv sykehussektor. Det at prosessen også er utviklet på regjeringshold og administrativt nivå, bryter også litt med forvaltningspolitisk praksis, hvor bredt sammensatte utvalg vanligvis står for utredning og analyse. Jeg ønsker med dette å bidra til økt kunnskap rundt mulighetene for å drive en aktiv forvaltningspolitikk, gjennom å fokusere på beslutningsprosessen bak en større reform. En grundig beskrivelse av beslutningsprosessen kan gjøre det lettere å forstå iverksettelsen og effektene av reformen ved et senere tidspunkt. I tillegg tar studien opp beslutningsprosesser i organisasjoner, partier, og folkevalgte og utøvende organer, noe som står sentralt innenfor statsvitenskapen.

En annen sak er den debatt reformen og reformprosessen har skapt. Den har vært svært omstridt og møtt mye motstand, noe som har kommet til synet dels gjennom media og dels gjennom ulike organisasjoner, partier og enkeltpersoners egne uttrykksformer. Selve reformen føyer seg også delvis inn som en del av en internasjonal New Public Management bølge som i sterk grad har påvirket det norske statsapparatet de siste 10-15 årene (Christensen og Læg Reid 1998). Stadig flere områder av offentlig forvaltning søker mot et større skille mellom politikk og administrasjon, ved at flere og flere institusjoner endrer tilknytningsform i form av større fristilling og delegering av ansvar og oppgaver. En samfunnsvitenskapelig tilnærming kan bidra til å gi en mer helhetlig forståelse av endringsprosessen.

## Studie av en beslutningsprosess

Studien av hvordan sykehusreformen ble utviklet og vedtatt kan sees på som en beslutningsprosess, som kan deles opp i fire naturlige faser. *Initiativfasen* foregår fra APs regjeringdannelse i mars 2000, hvor reforminitiativet ble fremlagt og vedtatt først på sentralstyremøte og siden på landsmøtet i midten av november 2000. Videre tar *utredningsfasen* for seg hvordan utviklingen av høringsnotatet blir igangsatt av departementet over en to måneders periode, til notatet ble sendt på høring den 18. januar 2001. *Høringsfasen* tar for seg høringsinstansenes respons på høringsnotatet, og hvordan departementet jobbet i perioden frem til 6. april da proposisjonen blir lagt frem for Stortinget. Tilslutt vil *vedtaksfasen* ta for seg Stortingets behandling av regjeringens reformforslag. Som en ser vil fokuset på beslutningsprosessen følge selve saksgangen for

reformforslaget, og de arenaer og aktører som har ansvaret for forslaget til enhver tid i prosessen, fra initiativet fra helseministeren til vedtaket i Stortinget. Dette medfører at det i initiativfasen blir størst fokus på Arbeiderpartiets som regjeringsparti, og behandlingen av reformforslaget i de ulike partiorganene. Utredningsfasen handler primært om Sosial – og helsedepartementets håndtering og utvikling av et reformforslag. Også høringsfasen vil ha fokus på departementet da det fortsatt er ansvarlig for hvordan prosessen utvikler seg. I denne fasen blir det naturlig nok likevel stor oppmerksomhet på høringsinstansenes respons, og de politiske partienes ytringer. I den siste fasen er fokus på de politiske partiene på Stortinget, da reformforslaget nå er i hendene på sosialkomiteen og siden Odelstinget og Lagtinget. Slik sett foregår min studie fra T1 til T4 i fremstillingen under. Jeg vil ikke ta for meg iverksettingen eller effektene av reformen.

Initiativfase	Utredningsfase	Høringsfase	Vedtaksfase	Iverksettelsesfase	Effekter
T1	T2	T3	T4	T5	T6

### Organisasjonsteori og metode

I studien vil jeg ta i bruk tre teoretiske perspektiv, et rasjonelt-instrumentelt, et institusjonelt og et forhandlingsperspektiv som hjelp til å forklare problemstillingen.

Et rasjonelt – instrumentelt perspektiv legger vekt på endringsprosesser som en hierarkisk styrt prosess initiert fra ledelsen. Ledelsen vil i stor grad bestemme deltakelsesmønster, og de problemoppfatninger og løsningsforslag som er gjeldende. I tillegg legger perspektivet vekt på at endringsprosessen er en planmessig og analytisk prosess, med vurderinger av ulike alternativer for å nå ledelsens mål. En ser for seg en sammenhengende kjede fra reformatorenes intensjoner til et endelig vedtak (Scott 1998, Brunsson og Olsen 1997).

Forhandlingsperspektivet legger vekt på at forklaringsfaktorene er å finne i aktørers interesser, og hvordan aktørene får gjennomslag kommer an på aktørenes ressursmessige kapasitet og evne til å inngå allianser. Utgangspunktet er at alle aktører har ulike interesser som de ønsker å få fremhevet, og å få gjennomslag for. Ingredienser i perspektivet er forhandling, interessehevding og kompromiss mellom aktører. Dette gjør at maktforhold kan skifte underveis i prosessen, og at den til enhver til dominerende koalisjon i stor grad vil bestemme omorganiseringens innhold og prosessens forløp (Cyert og March 1963, Olsen 1978).

Det institusjonelle perspektivet fokuserer på at det er normer og verdier, og handlingsprogram som er nedfelt over tid i organisasjonen som bestemmer endringsprosesser og reformforsøk. Organisasjonens skrevne og uskrevne regler legger begrensninger og føringer på hva en omorganisering skal inneholde, og hvilke valg som skal taes. På den måten kan mål endre seg underveis og bli til på veien. En ser på endringsprosesser mer som å øke sin egen overlevingssevne, enn å oppnå best mulig måloppnåelse. Samtidig vil jeg åpne for at organisasjonsoppskrifter i omgivelsene kan

legge føringer på valg av løsninger i en endringsprosess (Scott 1995, Brunsson og Olsen 1997).

I tillegg til de tre ovennevnte perspektivene, vil jeg ta i bruk et strømningperspektiv for å klassifisere hvem som er deltakerne, hvilke beslutningsmuligheter som finnes, hvilke problemoppfatninger deltakerne har, og hvilke løsningsforslag som blir drøftet (Cohen, March og Olsen 1972). Strømningperspektivet vil bidra som et overordnet verktøy for å organisere empirien i hver fase.

Studien vil fremstå som et casestudie, hvor formålet er å gå i dybden på beslutningsprosessen, og følge den kronologisk tidsmessig. Det er brukt kvalitative forskningsteknikker som intervju og dokumentanalyse for innhenting av data. Datagrunnlaget som er benyttet er intervju med sentrale personer i prosessen, offentlige dokumenter, arkivmateriale, taler, pressemeldinger, og referat fra møter/ kongresser, høringsvar og avisartikler.

## Kapitteloversikt

Studien er organisert i ni kapitler. I kapittel to vil jeg gå nærmere inn på de teoretiske perspektivene jeg legger til grunn for studien, og komme inn på empiriske implikasjoner i hver fase av min studie. I dette kapitlet vil jeg også ta for meg det metodiske rammeverket, hvor jeg tar for meg casestudie som forskningsstrategi, og komme inn på datagrunnlaget som har vært gjeldende for studien.

Kapittel tre er et bakgrunnskapittel, der jeg beskriver den forhistorien min beslutningsprosess må sees i lys av. Dette for å gi et bedre bilde av den historiske utviklingen de siste ti år, samt å få frem hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag som har gjort seg gjeldende tidligere, og hvem som har vært sentrale deltakere.

Kapittel fire til syv er oppgavens empiridel. Jeg har her valgt å la hver fase være et eget kapittel som vil bli beskrevet kronologisk. De ulike fasene vil ta for seg hvordan reforminitiativet ble til, hvordan det fikk gjennomslag i AP, utviklingen av høringsnotatet, høringsrunden og proposisjonen, og til slutt behandlingen i sosialkomiteen og vedtaket i Stortinget. Jeg vil i slutten av hvert kapittel gi analytisk oppsummering med utgangspunkt i strømningstankegangens begrep om aktiviserings – og defineringsprosess.

Kapittel åtte er analysekapitlet hvor jeg først vil fremheve de viktigste momentene i hver fase gjennom strømningstankegangen. Deretter vil jeg tolke de empiriske funnene gjennom det teoretiske rammeverket som er lagt til grunn. Jeg vil til slutt oppsummere de teoretiske perspektivenes forklaringskraft.

Kapittel ni er et avslutningskapittel hvor jeg oppsummerer hovedfunnene, ta for meg teoretiske implikasjoner ved studien, og se på reformprosessen i en bredere forvaltningspolitisk sammenheng. Til slutt vil jeg ta for meg forskning på feltet, og komme med forslag til videre forskning.

## 2 Teori og metode

I første del vil jeg gjøre rede for mine teoretiske perspektiver som jeg vil bruke som redskap for å analysere empirien. Jeg vil først ta for meg strømmingstankegangen, som vil fungere som en overordnet analyseramme for studien. Deretter vil jeg ta for meg et rasjonelt-instrumentelt, - et institusjonelt og et forhandlingsperspektiv. Jeg vil også komme inn på teoretiske implikasjoner innenfor hvert perspektiv.

Andre del vil omhandle de metodiske grepene jeg har brukt, samt også de utfordringene jeg har støtt på underveis ved skriving av hovedoppgaven. Jeg vil komme inn på datagrunnlag og studiens reliabilitet og validitet.

### Bruk av organisasjonsteori

Ved valg av teoretiske perspektiver velger en hvilken innfallsvinkel en ønsker å bruke for å se på fenomenet en studerer. Perspektivene kan gi ulike forklaringer, og har ulike forutsetninger for å begrunne hvordan organisasjoner fungerer og endringer i organisasjoner foregår. Teoriene har ulike syn på hvordan organisasjonen og medlemmene i organisasjonen handler, og hvor stor grad endringene er viljestyrt (Roness 1997:62). Når en velger teoretiske perspektiv er det viktig å avklare forholdet mellom dem, og hvordan de vil bli nyttet. Jeg vil i mitt tilfelle ta i bruk et rasjonelt – instrumentelt perspektiv, et institusjonelt perspektiv, og et forhandlingsperspektiv. Valg av analyseperspektiv bygger på antakelser om hvilke informasjon som har prediktiv verdi. Grunnen til at jeg har valgt disse tre perspektivene er at de hver på sin måte gir ulike vinklinger på beslutningsprosesser i organisasjonsteorien. Det som kjennetegner slike valg av perspektiver, er at svakheten ved et av dem ofte er styrken til et annet. Dette medfører at en kan forvente å finne ulike svar på det samme spørsmålet, ved de ulike perspektivene. På denne måte vil en prøve å få frem et så helhetlig bilde som mulig. Ved en slik innfallsvinkel faller jeg inn under det Roness (1997) kaller for *utfyllende* strategi for håndtering av teorimangfold. Man tar i bruk flere teorier for å forklare og forstå mest mulig av fenomenet, og at disse til sammen fanger opp ulike observasjoner som gjør at de til sammen gir en bedre forståelse. Jeg bruker dermed perspektivene ut ifra en ide om at det alltid er flere forhold som påvirker en beslutningsprosess (Roness 1995). Samtidig må en være åpen for at teorier kan ha ulik forklaringskraft i de ulike fasene av prosessen.

Det vil bli lagt en politisk-institusjonell tilnæringsmåte til grunn i studien. Det er en forskningstradisjon som ser på statsvitenskapen gjennom et fokus på organisasjoner og teorier for organisasjoners adferd. En slik tilnæringsmåte fokuserer på de organisatoriske rammene for hvordan politikkutforming og iverksetting av offentlig politikk foregår innenfor, hvordan disse både kan vanskeliggjøre og åpne for endringer i organisasjoner,

og hvordan de organisatoriske rammene i seg selv kan endres gjennom politisk initiativ (Olsen 1989).

## Strømningstankegangen

Som overordnet analyseramme vil jeg bruke strømningsspektivet. Dette for å lettere klassifisere de ulike funnene i hver fase, og for å få bedre frem hvem som har vært aktørene, hvilke muligheter aktørene har hatt for å ta beslutninger, og hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag som har vært gjeldende. Jeg vil nedenfor beskrive først strømningstankegangen og videre de ulike teoretiske innfallsvinklene jeg har valgt i studien av beslutningsprosessen.

Strømningstankegangen ser på hvilke strømninger beslutningsprosesser trenger for å fatte vedtak. I strømningstankegangen vil beslutningsprosessene vil være et møtested for fire ulike strømninger (Cohen, March og Olsen 1972, March og Olsen 1976, Olsen 1978):

- *Beslutningsmuligheter*: hvilke muligheter en har til å foreta og påvirke beslutninger. Det være seg ulike fora for meningsutveksling og beslutninger, som for eksempel styremøter, prosjektmøter, kongresser, Stortinget, partiers landsmøter og lignende.
- *Problemer*: er kjennetegnet ved hva som skal endres og hvorfor det skal endres. Ulike aktører har ulike meninger om hva de oppfatter som problemer. I mitt tilfelle vil det gjerne være: hva er galt med den eksisterende organisasjonsmodellen og eierskapet?
- *Løsninger*: de ulike alternativene som dukker opp som løsning på problemer. I mitt tilfelle kan det være ulike utredningers anbefalinger, partiers og organisasjoners standpunkt til problemløsning.
- *Deltakere*: de ulike aktørene som er involvert i beslutningsprosessen. I mitt tilfelle er dette de politiske partiene, Sosial – og helsedepartementet, interesseorganisasjoner, fylkeskommuner, KS og andre berørte parter osv.

Koblingen av deltakere, løsninger, problemer og beslutningsmuligheter utgjør kjernen i strømningstankegangen, og er en måte å organisere hvordan beslutninger blir tatt. I denne tankegangen er tid en begrenset ressurs, dette fordi deltakerne blir sett på som deltidsdeltakere, ut ifra at det hele tiden er andre beslutninger og hendelser som også kjemper om deltakernes oppmerksomhet og energi. I tillegg vil en forvente at hver beslutningsmulighet representerer en tvetydig stimulus (Cohen, March og Olsen 1972). Det blir da klart at organisasjoner ikke bare er instrumenter for løsninger på problemer, men et sted der mennesket får opplæring, viser frem sine kvaliteter, viser følelser, gjør fortolkninger av virkeligheten og der ros og ris blir fordelt. På samme måte som



problemer søker løsninger, kan løsninger søke problemer. Det kan være vanskelig å vite hvilke problemer og løsninger, hvilke stemninger og hvilke verdier og oppfatninger som vil påvirke hvordan en sak blir definert og hvilke meningsinnhold det vil ligge i en beslutning.

Ut ifra antakelsen om at tid er knapphet og at beslutninger kan ha tvetydige meningsinnhold, kan man utlede at enhver beslutningsprosess vil være avhengig av to nøye sammenknyttede prosesser (Olsen 1978, Olsen 1989:32):

1. En *aktiviseringsprosess*: som viser til deltakelsesmønsteret. Hvor mange og hvem er med i prosessen til enhver tid. Hvor stabilt er deltakelsesmønsteret og hvordan er de organisert i forhold til hverandre.
2. En *defineringsprosess*: som sier hvilke problem og løsningsoppfatninger som er gjeldende. Denne prosessen fastlegger hvilke meningsinnhold ulike aktører vil tillegge en beslutning, hvor mange og hvor komplekse målsettinger som blir knyttet til prosessen, antallet og kompleksiteten i mål – middel sammenhenger som presenteres, og stabiliteten i disse. Defineringsprosessen tar også opp oppfatninger om tillit, lojalitet og akseptering.

Aktiviserings- og defineringsprosessene beskriver altså konstellasjonen mellom deltakerer, beslutningsmuligheter, problemoppfatninger og løsningsforsalg slik den foregår i praksis. Hvordan disse prosessene foregår vil også være avhengig av det en kaller *beslutnings – og aksessstruktur* (Cohen, March og Olsen 1972, Olsen 1983). Disse strukturene vil legge formelle og strukturelle føringene på definerings – og aktiviseringsprosessene, ved at de angir hvilke deltakerer som har tilgang til hvilke fora, og hvilke problemer og løsningsforsalg som er gjeldende. *Beslutningsstrukturen* regulerer den formelle deltakelsen i forhold til beslutningsarenaer, det vil si hvem som har adgang til hvilke fora. *Aksesstrukturen* fastsetter hvilke problemer og løsninger som taes opp på arenaen, og utgjør en slags dagsorden for beslutningsforumet. Beslutningssystemer kan ha både *segmenterte* og *åpne* beslutnings – og aksessstrukturer. Den segmenterte strukturen er kjennetegnet ved at de fire strømningene er regulerte og formelle. Problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter vil være forutsigbare, og saksforhold som faller utenfor det velkjente mønsteret vil bli avvist. Man bruker standardløsninger på standard problemer under kjente handlingsbetingelser. En *hierarkisk* struktur har innebygd et organisasjonsprinsipp der stillinger er ordnet i en pyramideformet maktstruktur, hvor de enkelte element er systematisk over – underordnet hverandre. Ledelsen har mye makt i en slik struktur. I en *spesialisert* struktur er det kompetanse og ekspertise som er avgjørende for utfall av beslutningsprosesser. Motsatt av en segmentert struktur har man også en *åpen modell*, hvor beslutnings – og aksessstrukturene er uformelle og løst koblede. Problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter vil her flyte fritt, og være uforutsigbare, og det er vanskelig å ha klare forventninger for hva som blir utfallet.

Jeg har nå listet opp en del sentrale begreper som er viktige for å forstå definerings – og aktiviseringsprosessene i strømningsperspektivet, som vil fungere som et overordnet

klassifiseringsverktøy for den teoretiske vinklingen i oppgaven. Jeg vil på slutten av mine fire empirikapitel prøve å få frem hvordan definerings – og aktiviseringsprosessen har vært i hver av fasene.

Jeg vil videre presentere mine tre teoretiske perspektiver på beslutningstaking i politikken, og knytte de empiriske implikasjonene opp mot definerings – og aktiviseringsprosessene som er nevnt ovenfor.

### Et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

I det rasjonelt - instrumentelle perspektivet ser en på organisasjonen som redskap for måloppnåelse. Organisasjonsstrukturen fremmer rasjonalitet ved å kontrollere og kanalisere organisasjonsadferd gjennom formalisering (Scott 1998). Den formelle strukturen styrer medlemmene i bestemte retninger (Egeberg 1984), og genererer problemløsningsevne og handlingskapasitet langt utover det den enkelte rollenehaver kan klare på egenhånd (Brunsson og Olsen 1997). Dette igjen betyr at all organisasjonsendring er et produkt av en bevisst og planlagt styringsprosess (Brunsson og Olsen 1997). Det er dermed en tro på at organisasjonen kan forme sin egen utvikling, og at en slik viljestyrt endring avspeiler mål og forventninger ifra sentrale enkeltaktører, og da vanligvis ledelsen (Roness 1997). Det er hierarkiet som bestemmer hvordan lederskap og makt er fordelt, og reformatorene har dermed organisasjonsrett. Det vil si at de kan treffe bindende vedtak om å forandre organisasjonen, og at de har makt til å nedkjempe eventuell motstand (Brunsson og Olsen 1997, Roness 1997). Dersom strukturen og utformingen av endringsprosessene blir sett på som uegnet for å oppnå ledelsens mål, vil ledelsen endre på dette på egen hånd. Dermed vil spørsmålet om organisering og endring i første rekke være påvirket av mål og situasjonsoppfatninger ved den sittende ledelsen i organisasjonen (Roness 1997). Således kan ledelsen selv ta et særlig ansvar for omorganiseringen (Christensen 1994), eller det kan bli nedsatt en egen prosjektorganisasjon for å øke endringspotensialet og lette kapasitetspresset på den politiske ledelsen (Christensen 1991, Lien og Fremstad 1989, Mosher 1967). En forklaring på hvorfor endring oppstår er avstanden mellom ønskelig og virkelig tilstand, og ønske om å redusere denne avstanden (Cyert og March 1963, March og Simon 1958). En ser da på endringsprosessen som en form for problemløsning.

Perspektivet forutsetter stor grad av kunnskap, gjennom god informasjon og analysemodeller. Med dette som utgangspunkt er dette perspektivet dominert av det vi kaller for *konsekvenslogikk*. Denne ser på at valg av handlingsalternativ er avhengig av antakelser av fremtidige effekter for den valgte handling. Alternativene blir sammenlignet ut ifra hvilke fremtidige konsekvenser de vil ha (March 1994, March og Olsen 1995). Endringene er dermed et resultat av analytiske og målrettede vurderinger mellom ulike alternativ (Roness 1997). Det er likevel begrensninger i aktørenes evne til å ha full kunnskap om konsekvenser og mål-middel sammenhenger, og at organisasjonsmedlemmer er *begrenset rasjonelle* blir derfor naturlig å ta i betraktning (Simon

1976). På grunn av kognitive begrensninger ved individet, er ikke fullstendig rasjonalitet mulig.

March og Olsen (1983) lister opp fire antakelser som en ut i fra dette perspektivet vil legge til grunn for å drive en aktiv forvaltningspolitikk (Christensen, Lægheid og Wise 2002). For det første at sentrale aktører kan velge, iverksette og kontrollere organisasjonsform. Videre er det en tett kopling mellom mål og middel, og at målene er utvetydige. Det tredje er at ulike organisasjonsformer har ulike effekter. Den siste er at det finnes kriterium for å måle disse effektene. Slik sett bygger perspektivet på en styringsoptimisme og en tro på at menneskelig planlegging og kontroll vil gi de ønskede resultater. En forventer en sammenhengende kjede mellom reformatorenes intensjoner via beslutninger, nye strukturer, prosesser, ideologier, endret adferd og bedret resultat (Brunsson og Olsen 1997). Denne planleggingstankegangen og troen på å predikere fremtiden med analyser, vet man har vært svært viktig i samfunnsplanlegging og formelle styringsprosesser i staten. Likevel vet man at den faktiske iverksettelsen sjelden har gått hånd i hanske med planleggingsidealet (Olsen 1989).

Perspektivet har med dette et *hierarkisk* element, hvor ledelsen prøver å styre prosessens saksgang og innhold, og et *analytisk* element som tar for seg rasjonell analyse rundt kunnskap om mål - middelsammenhenger. Selv om jeg i analysen vil se på både det hierarkiske og analytiske elementet, vil det legges mest vekt på at hierarkisk styring er dominerende, gjennom at ledelsen prøver å kontrollere aktivisering og definering i de ulike fasene.

### *Empiriske implikasjoner*

#### Aktiviseringsprosessen

Ut fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv vil en kunne forvente at den formelle beslutningsstrukturen legger klare føringer på faktisk deltaking i aktiviseringsprosessen, og at koplingen mellom dem er sterk. En vil forvente at aktiviseringsprosessen er kjennetegnet ved at det er regjeringens ledelse og helseministeren som har drevet fremdringsprosessen. Deltakelsesmønsteret i de ulike fasene er stabilt og regulert, og deltakelsen vil være begrunnet i faglig dyktighet, ekspertise, hierarkisk rang, eller andre formelle strukturer for deltakelse. En kan også forvente at der det er rom for det, vil regjeringen også styre deltakelsen, ved å bestemme hvem som skal få mulighet til å være med å påvirke og å ta beslutninger, og i hvilke fora de ulike beslutninger blir tatt. En kan vente seg en lukket prosess der en har å gjøre med få aktører og et begrenset antall beslutningsarenaer. Det kan likevel forventes at et mangfold av deltakere er invitert til å delta som en planlagt handling for å skape aksept, i tillegg til en invitasjon til innspill og grundig vurdering. Det kan også bli tatt i bruk eksterne aktører med stor kompetanse og erfaring innen det feltet som skal endres.

I dette perspektivet vil en forvente at *initiativfasen* er preget av at det er regjeringsledelsen og helseministeren som driver frem prosessen. Beslutningsforaene og deltakelsen på beslutningsforaene, vil enten være bestemt av regjeringen eller nedfelt i

formelle strukturer. I *utredningsfasen* vil en forvente at det er ledelsen som bestemmer hvem som skal stå for utredningen, og at deltakelsen og rekrutteringen er gjenspeilet etter faglig dyktighet og ekspertise. Dersom deres egen kompetanse ikke strekker til, vil det bli rekruttert eksperter på fagområdet utenifra. *Høringsfasen* vil være preget av at departementet bestemmer deltakerne og høringsfristen i høringsrunden ut ifra et faglig ståsted. En kan forvente at deltakelsen er regulert slik at mange får delta for å få størst mulig kunnskap på området. Departementet utvikler en proposisjon, som så blir videresendt til Stortinget. *Vedtaksfasen* foregår på politisk nivå, hvor deltakelsen er stabil og dominert av politikere i sosialkomiteen, og at et samlet Storting stiller seg bak vedtaket.

### Defineringsprosessen

I en defineringsprosess vil en forvente at regjeringen har et klart definert mål med å gjennomføre sykehusreformen, og at problemoppfatningene er drevet av at eksisterende praksis og organisering av sykehussektoren ikke er tilfredsstillende. En kan forvente at det er drevet et grundig og analytisk arbeidet av kunnskapsgrunnlaget som en har til rådighet. Arbeidet er blitt gjort av blant annet Sosial -og helsedepartementet og fageksperter på helsesektoren som arbeider mot det målet ledelsen har satt. Likevel vil ledelsen prøve å kontrollere og styre hvilke problemer og løsninger som skal være gjeldende, gjennom å gi føringer på defineringsprosessen. Dette vil gi en stabil og regulert defineringsprosess, med stor grad av enighet fordi målet er klart definert og eksogent gitt.

*Initiativfasen* vil dermed være preget av at det er regjeringsledelsens klare mål og problemoppfatninger som setter dagsorden. *Utredningsfasen* vil være preget av analytisk arbeid rundt ulike løsningsforslag, men hvor ledelsen legger føringer på defineringsprosessen. En vil i dette arbeidet i fellesskap kommet frem til det beste alternativet for å nå ledelsens mål. *Høringsfasen* kan en forevente er analytisk og grundig, der aksept og avvisning av regjeringens forslag er basert på hvordan høringsinstansene vurderer kunnskapsgrunnlaget, informasjonen og analysemodellene som er lagt til grunn av fagekspertene. Synspunktene høringsinstansene kommer med, vil bli gjennomgått av Sosial -og helsedepartementet, i søken etter ny kunnskap på området, men ledelsen vil ha det avgjørende ordet i hvilke løsninger som endelig skal velges. De gjeldende løsningene vil så bli fremlagt for Stortinget i en proposisjon. *Vedtaksfasen* er preget av at de problemoppfatningene og løsningsforsalg som ligger i proposisjonen fra regjeringen vil videreføres, og det vil bli gjort få endringer i Stortinget.

I et rasjonelt-instrumentelt perspektiv kan en forvente at koplingen mellom de problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter er klart regulerte og strukturerte. Beslutnings – og aksessstrukturen vil legge klare føringer på aktiviserings – og defineringsprosessen (Egeberg 1981). En vil forvente at koplingene mellom mål og middel i et slikt perspektiv vil være sterk, og de ulike fasene i en beslutningsprosess vil følge kontinuerlig og forutsigbart av hverandre, fra regjeringsledelsens initiativ, utredning av handlingsalternativ av fageksperter, høringsrunde med ny kunnskap, lojal bearbeiding av en proposisjon fra departementet, til vedtaket i Stortinget.

## Forhandlingsperspektivet

I dette perspektivet ser en på politikk som en prosess hvor deltakerne i utgangspunktet har ulike interesser og mål, men hvor man gjennom forhandlinger, deliberasjon og overtalelse kommer frem til bindene, kollektive beslutninger uten at enighet nødvendigvis er oppnådd. Det stilles ingen krav om at beslutningstakerne har felles mål eller informasjonsgrunnlag. Det forutsettes at deltakerne, både offentlige og private, har ulike identifikasjoner og lojaliteter, og at de vurderer saksområdet ut fra ulike kriterier (Olsen 1989). Her vil en forvente å finne alliansebygginger mellom partier og organisasjoner. Perspektiver forutsetter at aktørene er velorganiserte og folk vet hvilke motiver de har, hvem de deler disse med, og hvem som er motstanderne (Olsen 1978). Oppfatninger, mål og interesser kan forklares med organisatorisk tilknytning og sektorinteresser som aktørene handler på vegne av. Det nytter derfor ikke å appellere til felles mål eller interesser. Aktørene vil bruke sine materielle og intellektuelle ressurser for å få sine krav igjennom. Ut fra et forhandlingsperspektiv blir det derfor viktig ikke bare hva som blir sagt i beslutnings – og omorganiseringsprosessen, men også hvem som sier det, og hvilke ressurser en har for å få visse mål-middelsammenhenger akseptert (Olsen 1978).

Endring vil i første rekke være påvirket av interessene og aktørene hos den gruppen som utgjør en dominerende koalisjon (Cyert og March 1963, Roness 1997). Kravet om omorganisering vil gjerne komme utenfra den dominerende koalisjonen, og tilhengerne av endring vil være de som ønsker større mulighet for påvirkning enn det de har hatt til nå (Pfeffer 1978). Dess flere interesser som blir påvirket av endringsforslaget, dess vanskelig blir det å få tilslutning for endringene. En slik prosess vil derfor ofte være preget av konfrontasjon og tautrekking, og det typiske utfallet er kompromiss mellom de ulike gruppene av interesser (March 1981). Utfallene av kompromissene kan ofte være tvetydige og åpen for tolkning, nettopp for skape konsensus.

I og med at partene gjerne har ulike interesser, vil en også oppdage at de også opptrer strategisk. I dette perspektivet velger jeg derfor å ta med begrepet om *strategisk handling* (Eriksen 1993). Dette er en formålsrasjonell resultatorientert handlingsinnstilling, som betegner at aktører også evner å kalkulere inn andre aktørers mulige handlingsvalg, og at den enkelte aktørs handlinger har konsekvenser for andre aktører og omvendt (Habermas 1981:446). Det ligger altså et sosialt aspekt ved begrepet om strategisk handling, ”*hvor aktørene gjennom å ta hensyn til andre aktørers valg, blir i stand til å gjøre mer rasjonelle disposisjoner for sin egen del*” (Eriksen 1993). Strategisk handling legger til grunn at aktørene har interessemotsetninger, og at de innehar gitte preferanser som de prøver å innfri (Rommetveit 1995).

### *Empiriske implikasjoner*

#### Aktiveringsprosessen

I et forhandlingsperspektiv vil en i aktiveringsprosessen forvente å finne at flere aktører har deltatt i de viktigste beslutningsarenaene, og at hvem som engasjerer seg er avhengig

av hvordan en blir berørt, og hvilke interesser en har i saken. Det er grunn til å tro at jo flere aktører som er involvert, jo flere formelle og uformelle beslutningsarenaer vil dukke opp. Likevel er muligheten for å få gjennomslag for sine forslag avhengig av hvor store ressurser aktørene besitter eller hvor stor politisk makt en har. Dette gjør at en segmentert beslutningsstruktur vil være lite forenlig med aktiviseringsprosessen i dette perspektivet. Aktiviseringsprosessen er her en tidvis ustabil prosess hvor det foregår koalisjonsdannelser og blokkdannelser mellom partier og mellom organisasjoner. Prosessen kan også være preget av at adgangsprosedyrene og deltakerne endres utover prosessen.

Når det gjelder *initiativfasen* kan en forvente at initiativet til en reform kommer fra aktører innen helsesektoren som ikke er fornøyd med de beslutningene som er blitt tatt og/eller ønsker seg større muligheter til å påvirke ut fra egeninteresse. *Utredningsfasen* vil en forvente er preget av at det er flere aktører som er involvert i arbeidet. For eksempel at fylkeskommuner, fagforeninger, profesjoner og andre berørte etater er med på å ta beslutninger om hvordan reformforslaget skal bli sendt ut. *Høringsfasen* vil skape stor debatt, da flere av de berørte partene vil få utfordret sin maktposisjon og sine ressurser. En kan her vente at sterke organisasjoner og profesjoner som LO, NKF, Sykepleierforeningen og Legeforeningen vil ha stor makt når avgjørelser skal taes, og at mindre aktører med få ressurser gjerne ikke vil få så mye å si. I *Vedtaksfasen* kan en vente at sosialpolitikkerne i sosialkomiteen på Stortinget driver forhandlinger og tautrekking. Allianser blir bygget mellom partier, og den største av dem vil få gjennomslag.

### Defineringsprosessen

I en defineringsprosess vil en forvente at aktørene har ulike oppfatninger rundt hva som er problemene og hva som egner seg som gode løsninger. Koplingen mellom løsninger og problemer som har fått tilgang gjennom aksessstrukturen, og de problem og løsningsforslag som faktisk ble gjeldende, kan en vente er regulert av hvilke ressurser som kan settes bak kravene. Aktørene har ulik maktgrunnlag og påvirkningskraft, noe som gjør at det vil være mange og komplekse mål – middelsammenhenger. Det kan likevel tenkes at interesser er enige om målene, men uenige om midlene, eller omvendt. Det samme gjelder problemer og løsninger. En kan tenke seg at det er flere politiske parti som er enige om problemoppfatningene i sykehussektoren, men uenige i løsningene. En kan også forvente at dess mer omfattende forslaget til endring er, jo større vil motstanden være. Her vil politisk spill, tautrekking, kompromiss og forhandling være viktige ingredienser.

Når det gjelder *initiativfasen* i defineringsprosessen kan en forvente at det er de som ønsker endring som tar initiativ til en ny reform, men at det fort kan oppstå konflikt der andre ikke ønsker endring, eller at de ønsker en endring men på en annen måte. En kan også hevde at de som frykter å få maktgrunnlaget sitt endret som følge av initiativet, vil stille seg negativ til det. *Utredningsfasen* vil være preget av at mange problemoppfatninger og løsningsforslag blir tatt opp til drøfting underveis i utviklingen av reformen. Det vil her være uenighet og konflikter mellom ulike aktører, men kommer frem til et resultat etter

forhandlinger og kompromiss. *Høringsfasen* vil inneholde stor grad av interessehevding, og for og motforestillinger mot forslagene. Likevel vil det være aktørene med størst makt og ressurser som vil ha størst påvirkningskraft. *Vedtaksfasen* er tillagt de ulike politiske partienes forhandlingsvilje, og hvor en til slutt får en løsning som er preget av et kompromiss av den vinnende koalisjonen.

Graden av koplingen mellom fasene er det uklart å si noe om. Hvis det tidlig blir dannet en stor og dominerende koalisjon med felles oppfatning av problemer og løsninger, kan fasene bli forutsigbare og tett koplet. Hvis det ikke danner seg en vinnende koalisjon, men i stedet er aktører som skifter sider, og nye problemdefinisjoner og løsningsforsalg dukker opp, kan en forvente at koplingen mellom fasene blir mindre tydelige.

## Det institusjonelle perspektivet

Det legges i dette perspektivet opp til et bredt institusjonelt perspektiv, som tar sikte på at både institusjoners egenverdi og institusjonelle omgivelser kan gi forklaring på hvordan organisasjoner lever og endrer seg. Institusjonelle omgivelser vil i min oppgave bli brukt for å supplere det tradisjonelle institusjonelle perspektivet, mer enn å sidestilles.

Det institusjonelle perspektivet fokuserer på at organisasjonen har en verdi i seg selv som identitetsforvalter, noe som gjør den særpreget (Brunsson og Olsen 1997). Institusjonen utvikler over tid en egen kultur, et eget normativt rammeverk og måte å tolke verden på som medlemmene i organisasjonen selv tar for gitt (Scott 1995). På den måten kan organisasjoner bli betraktet som organismer som lever sitt eget liv uavhengig av ledelsens mål, målet blir i stedet å overleve som institusjon (Christensen 1991, Scott 1995, Selznick 1957). Medlemmene tar for gitt det som bør gjøres, og er mer preget av å handle etter de normene og rutine som er innebygde i organisasjonen enn å handle etter størst mulig måloppnåelse (Fimreite 2000, Roness 1997). Perspektivet ser på adferd som styrt av erfaringsbaserte handlingsprogrammer, som ikke nødvendigvis er formelle regelverk, men også som rutiner og normer for hva som er akseptabelt (Olsen 1989). På denne måten er perspektivet preget av det en kaller *passendelogikk* (March 1994, March og Olsen 1995). En handler ut fra tilhørigheten og normer og regler for det som forventes å være det passende å gjøre. Man handler slik man alltid har gjort og kjenner til. Dette gjør beslutningsadferden effektiv i kjente situasjoner, men kan oppleves trege og rigide for dem som ønsker raske forandringer (Olsen 1989, Perrow 1986). Likevel skaper handlingsprogrammene en forutsigbarhet og kontinuitet som gjør dem stabile og trygge i sin virkemåte (March og Olsen 1995). En stor forskjell på konsekvenslogikk og passendelogikk, er at mens man i førstnevnte prøver å forutsi fremtiden ved hjelp av preferanseanalyse, så prøver man i sistnevnte å dra lærdom av historien for å skape en egen identitet (March 1994:101). Dette tankesettet får også konsekvenser for hvordan en ser på endring. Endringer som samsvarer med den institusjonelle identiteten er uproblematisk, og blir ofte gjennomført som ren rutine. Store endringer som ikke samsvarer med identiteten krever mye ressurser og oppmerksomhet, og kan vekke stor

motstand, og kan bli sett på som å utfordre institusjonens sjel (Christensen 1997). I perspektivet skjer altså endringer ofte stegvise, ved at en prøver å løse problemer innenfor eksisterende rutiner og handlingsprogram. Hvis dette ikke er tilstrekkelig, leiter man gjerne etter løsninger som ligger nært opp til det kjente (Roness 1997). På denne måte får man ikke de store endringsprogrammene i en slik organisasjon. Utviklingen er mer preget av interne rutiner og de valg som institusjonen tidligere har tatt, såkalt *stianhengighet* (Krasner 1988). Unntak er ved historiske brudd som for eksempel kriser, endringer som bryter med den historiske arven, slik at gamle normer og verdier blir forkastet, og erstattet av nye. Slike hendelser vil legge føringer på fremtidige endringer, jf. begrepet *avbrutt likevekt* (Krasner 1988).

I tillegg til å se på organisasjoner som styrt av eksisterende handlingsprogram og egenverdi innad i institusjonen, kan også institusjonaliserte omgivelser gi normative føringer som institusjonen må forholde seg til (Brunsson og Olsen 1993). Det kan tenkes at personer eller grupper innenfor en institusjon deler noen av de normene som i utgangspunktet er eksterne. Begrepet institusjonaliserte omgivelser kan bidra til å fange inn hvordan forholdet mellom organisasjoner og deres omgivelser kan påvirke reformforsøk og endringsprosesser. Begrepet peker på at omgivelsene ikke bare er opptatt av de produkter og tjenester som en organisasjon produserer, men organisasjoner vurderes også ut ifra om de anvender strukturer, prosesser og ideologier som viktige grupper i omgivelsene oppfatter som rasjonelle, effektive, rimelige, naturlige og moderne (Brunsson og Olsen 1993, Meyer og Rowan 1977). Det kan være at det i omgivelsene finnes oppfatninger om hvilke organisasjonsmodell som egner seg best til et gitt formål, og på den måten setter krav og standarder til institusjonen om å følge trender og ”moter” i tiden (Røvik 1998). Omgivelsene er sammensatt av modeller for hva som betraktes som moderne og ”riktige” former for organisering (Christensen, Egeberg, Larsen, Lægreid og Roness 2002). Ved å tilpasse seg de kravene eller normene fra omgivelsene, kan også organisasjonen oppnå legitimitet, støtte og større ressurstilgang. Det kan likevel være at kravet om å følge endringer i tiden mer blir en symbolsk endring for å vise endringsvilje og modernitet til omgivelsene, enn faktisk endring innad i organisasjonen. I tillegg kan normene om å endre organisasjonen for å følge med i tiden gå på bekostning av utredninger om hvilke konsekvenser man kan forvente. Det åpnes her opp for at institusjonaliserte omgivelser kan opptre som normbærere, forbilder og premissleverandører for hvordan organisasjonsendringer kan forekomme.

Det institusjonelle perspektivet er heller vag med å ta hensyn til målformulering og å klargjøre handlingsalternativer, og mulige utfall og konsekvenser som vi finner som kjernen i rasjonell planlegging. Initiativet kan likevel begrunnes i at institusjonaliserte omgivelser setter krav til endring. Normene for hva som er ”rett” problemløsning og adferd kan endre seg over tid. I motsetning til det instrumentelt-rasjonelle perspektivet er ikke målet eksogent gitt, og aktører kan, påvirket av institusjonen eller omgivelsene, oppdage underveis både hva de vil og hva andre vil. Mål kan derfor endres underveis i en beslutningsprosess.



### *Empiriske implikasjoner*

#### Aktiveringsprosessen

I et slikt institusjonelt perspektiv vil en aktiviseringsprosess være styrt av de regler, normer og rutiner som er innarbeidet i beslutningsprosedyrer, og at dette igjen gir føringer på hvem som får delta og ikke. På denne måten kan en forvente at koplingen mellom beslutningsstruktur og aktiviseringsprosess er mindre tydelige. Hvem som er representert i beslutningsforaene er også velkjent og basert på eksisterende tradisjonell formell og uformell praksis, samt krav fra omgivelsene om å få delta. Gjennom årene er det opparbeidet seg en egen kultur for hvordan beslutningsprosesser foregår, og aktørene er styrt av normer, rettigheter og plikter for hvordan en skal handle. Hvordan prosessen foregår vil likevel være styrt av formelle og uformelle regler, og rutiner og prosedyrer for hva som har vært vanlig praksis og oppfattet som legitimt av omgivelsene tidligere innen sektoren. Saksgangen er på en måte gitt på forhånd ved tradisjonelle prosedyrer og rutiner innen politikk og offentlig forvaltning, som følger av hverandre: at en setter ned et offentlig utvalg, sender utredningen på høring, følger arbeidet opp i en proposisjon eller stortingsmelding, som så blir sendt til Stortinget. Til tross for dette kan det være at det ikke er klarlagt hvor langt prosessen skal gå, eller hva den skal munne ut i. I stedet blir dette gjerne til på veien. En vil forvente å finne motstand blant aktører når aktiviseringsprosessen er preget av variasjon og ustabilitet, eller når de institusjonaliserte omgivelsene ikke får være med å påvirke. Feltet er preget av tradisjonsrike aktører, som fylkeskommunen, sykehus og arbeidstakerorganisasjoner med sterke identiteter og kulturer.

I aktiviseringsprosessen i de ulike fasene, vil det være liten fokus på selve *initiativet* for reformforslaget. Det vil likevel kunne være fastlagt beslutningsmuligheter og fora for hvor slike initiativ blir tatt opp, og en institusjonalisert oppfatning rundt hvem som er legitime deltakere. Institusjonaliserte omgivelser kan også være pådrivere for et initiativ, og sette i gang en endringsprosess. I *utredningsfasen* vil en vente at deltakelsen er begrunnet i lojalitet og institusjonell tilhørighet, og at utviklingen av reformforslaget skjer etter det som er forvaltningsmessig praksis på området. Det samme vil gjelde for *høringsfasen* hvor også høringsinstansene blir valgt ut ifra krav fra omgivelsene og tidligere saker innen sykehussektoren som har vært på høring, og at høringsfristen følger praksis i lignende saker. *Vedtaksfasen* er preget av at saken følger tradisjonelle regler for beslutningsprosedyrer først i sosialkomiteen og siden i Odelstinget og Lagtinget.

#### Defineringsprosessen

Defineringsprosessen vil være preget av at sykehussektoren har sterke historiske bindinger og institusjonaliserte oppfatninger, men at nye moter innen strukturelle organisasjonsendringer vil symbolisere modernitet, og at dermed løsninger innen omorganisering er å finne i disse motene. Organisasjoner som mener at løsningsforslagene ikke er forenlig med deres identitet, vil arbeide for sine verdier og for

sin overlevelse som institusjon, noe som kan gjøre endring vanskelig. Defineringsprosessen kan være preget av mange målsettinger og problemoppfatninger og løsningsforslag. Disse trenger likevel ikke å være stabile gjennom hele prosessen, men oppdages og endres underveis. Det vil likevel være slik at løsninger på problemer ofte vil finnes innenfor eksisterende handlingsprogram. En spør seg hva som er blitt gjort før i en lignende situasjon. Radikale endringer blir dermed vanskelig, og endringer vil derfor heller skje stegvis ettersom utviklingen går. På denne måten kan en vente at hvis reformen bryter med den rådende kultur og tradisjoner, vil den møte motstand. Motsatt vil en forvente at hvis reformen er kompatibel med organisasjonens identitet vil den ikke møte motstand. Graden av samsvar mellom reformens innhold /form og en organisasjons institusjonelle identitet, om de nye ideene og endringsforsøkene blir tatt godt imot eller forkastet av organisasjonen, kaller vi for en kompatibilitetstest (Brunsson og Olsen 1993). Slik sett kan krav fra institusjonaliserte omgivelser og institusjonens identitet og historisk arv, gir føringer på løsningene som blir valgt.

Det institusjonelle perspektivet legger liten vekt på *initiativet*, men en kan likevel tenke seg at fasen er preget av utarbeidelse av et reformforslag som ikke har entydige mål og klare formuleringer om hvilken vei en skal gå. Men initiativet kan også komme som et ønske eller et krav fra institusjonelle omgivelser om å innføre nye og moderne organisasjonsoppskrifter. I *utredningsfasen* kan en vente at en prøver å finne løsninger i eksisterende handlingsprogram, eller løsninger som ligger tett opp til disse. Det kan forventes at det også kan bli hentet løsninger fra institusjonaliserte omgivelser som en ønsker å sammenligne seg med, som NPM-ideer. *Høringsfasen* vil være preget av at høringsinstansene argumenterer for, og forsvarer sine verdier og identiteter, og at de som blir sterkest berørt av forslaget også vil være de største motstanderne av det. *Vedtaksfasen* er kjennetegnet ved at sykehusreformen ligger tett opp til den eksisterende måte å organisere eierskap og tilknytningsform på. Uenighetene vil være blant de tradisjonelle politiske skillelinjene.

I det institusjonelle perspektivet vil en forvente at beslutningsmuligheter, deltakere, løsningsforslag og problemoppfatninger kan være koplet til det strømmingstankegangen kaller en segmentert struktur, der kjente løsninger blir brukt på kjente problemer, ved hjelp av standard prosedyrer for deltakelse og beslutningstaking. Men den kan også være koplet til en åpen struktur, hvor ideer og deltakere utenifra er sentrale i prosessen. Koplingen mellom fasene trenger ikke være forutsigbar og tett. Målene kan forandre seg underveis, og det er ingen automatikk i at et foreslått løsningsalternativ blir fulgt opp og vedtatt. Dette gjør at koplingen mellom fasene kan være løse og uforutsigbare.

## Metode og data

I denne delen vil jeg ta for meg prosess-studie som undersøkelsesobjekt, og hvordan det best kan belyses gjennom et kvalitativt case studie. Jeg vil se på hva som har vært mitt forskningsdesign, og forklare hvilke avgrensninger jeg har gjort ved undersøkelsesopplegget. Jeg vil beskrive hvilke metodiske valg jeg har foretatt under

datainnsamlingen, og hvilke problemer jeg har møtt på underveis. Til slutt vil jeg komme inn på studiens reliabilitet og validitet.

### *Casestudie som forskningsstrategi*

Casestudier er en velegnet strategi når datarikdommen gjør at en ikke kan basere seg på en enkelt datainnsamlingsmetode, og en derfor må bruke flere kilder (Yin 1993). Yin (1994) hevder at casestudier bør anvendes når en i problemstillingen ønsker svar på spørsmål av typen ”hva”, ”hvordan” og ”hvorfor”. Casestudie er ikke en bestemt form for hvordan en skal jobbe, men kan mer sees på som en bestemt kategori av forskningsstrategier. Det er naturlig å la en tidsbestemt prosessstudie som dette er, bli behandlet som en casestudie. Dette fordi studien er en beslutningsprosess, hvor jeg prøver å gå i dybden på utviklingen av en reform som har en tidsepoke på ca. ett og et halvt år. Det er viktig å påpeke at min studie begynner ved et regjeringsskifte og stopper ved et stortingsvedtak. Saker som har skjedd forut og som har påvirket min studie er prøvd å bli belyst gjennom bakgrunnskapitelet. Den videre gjennomføringen av reformen etter stortingsvedtaket, som en kan kalle en iverksettelsesfase, blir ikke inkludert i min studie. Dette kunne vært verdifullt for å få et mer helhetlig bilde av prosessen. Dette ble ikke gjort i mitt tilfelle, da jeg måtte avgrense det til å bli en gjennomførbar hovedoppgave, og fordi denne perioden kom for nær i tid da jeg begynte på oppgaven. Dette ga meg likevel muligheten til å gå mer i dybden på selve beslutningsprosessen. Fleksibiliteten en finner i casestudie som forskningsstrategi, åpner for at det underveis i forskningsprosessen gir muligheten for dialog mellom empiri og teori, ved at en underveis kan utbedre det analytiske opplegget parallelt med at forståelsen av caset utdypes (Holme og Solvang 1996).

Selv om fordelene ved casestudier er at en kan benytte seg av et mangfold av datakilder (Yin 1993), er ulempen at en har liten mulighet for generalisering ut over det studerte caset. Casestudie har den fordel at den tar sikte på å studere ett eller noen få fenomen inngående, noe som gir fleksibilitet med henhold til innsamling, bearbeiding og tolkning av data. Samtidig settes det store krav til forskeren hvilke data som er relevant for å besvare caset. Dette gjør også generaliseringsmuligheten lavere enn ved for eksempel en kvantitativ variabelanalyse. Jo mer i dybden en går på fenomenet, jo oftere beveger man seg lengre og lengre vekk fra en generaliseringsmulighet (Alexander 1982, Hellevik 1991). I tillegg er det ofte bare ett fenomen som studeres, noe som også begrenser muligheten for generalisering. Generalisering er heller ikke nødvendigvis målsettingen ved et casestudie (Ragin 1987). Man kan likevel oppnå det Yin (1994) kaller for analytiske generaliseringer hvor resultater og funn blir generalisert i forhold til større teorier. Caset bidrar til at kunnskap overføres i en mer bearbeidet og generalisert form. Dvs. at kunnskap som fremkommer gjennom analysen gjerne vil kunne overføres til lignende beslutningsprosesser. En vil uansett da måtte bruke komparasjon ved et senere tidspunkt. I mitt tilfelle vil mine ambisjoner om å generalisere i utgangspunktet være begrenset til å kunne si noe om relevansen av, og forklaringskraften til de teoriene jeg har benyttet meg av, da jeg studerer en noe særegen politisk prosess.

Selv om Yin (1994) og Grønmo (1996) hevder at casestudium både kan inneholde kvantitative og kvalitative data, vil jeg i første omgang arbeide kvalitativt, da målet mitt ikke er å tallfeste funnene, men heller prøve å gi materialet mening gjennom kvalitativ tolkning og forklaring, ved å gå i dybden på beslutningsprosessen. I den forbindelse vil den avhengige variabelen være selve beslutningsprosessen med det endelige vedtaket i Stortinget som avslutning på prosessen. Det er dette som skal forklares. Alle momenter som kan være med på å forklare hvordan denne prosessen foregikk og endte opp i et stortingsvedtak, vil være mine uavhengige variabler. Den uavhengige variabelen vil være begrunnet i deltakerne, beslutningsmulighetene, problemoppfatningene og løsningsforslagene som gjelder for prosessen.

For å gi et en fyldigere dekning av en uavhengig variabel er det viktig å se den studerte prosessen i sammenheng med historie og kontekst. Nesheim (1992: 12-13) understreker at man ikke bør studere et fenomen løsrevet fra den konteksten fenomenet befinner seg i. Jeg har derfor tatt med et bakgrunnskapittel for å sette min studie inn i en historisk sammenheng, og å få frem deltakerne i prosessen.

### *Datagrunnlag*

Datagrunnlaget for studien er intervjuer og dokumenter. Ved å ta i bruk flere kilder øker en studiens reliabilitet, ved at en ofte har muligheten til å kryssjekke datamaterialet, samtidig som en kan få en dypere innsikt i fenomenet en studerer. Hva som er gode data i en studie må sees i sammenheng med tema og problemstilling, og kan ikke avgjøres på et generelt grunnlag. Et kjennetegn ved casestudier er likevel at en ofte kan oppnå en stor datamengde og stor detaljrikdom, noe som er viktig for å kunne gå i dybden. En stor datamengde og detaljrikdom kan også gjøre case uoversiktlig, noe som setter store krav til forskeren å unngå.

Datagrunnlaget i denne studien utgjør:

- Intervjuer med sentrale personer i Arbeiderpartiet, Helsedepartementet og KS.
- Offentlige dokumenter i tilknytning til reformen, for eksempel høringsnotat, NOUer, proposisjon, innstilling fra sosialkomiteen, referater fra spørretimen og stortingsdebatter i Odelstinget m.v.
- Diverse taler, pressemeldinger, og referat fra møter/ kongresser blant politiske parti og fagorganisasjoner og regjeringen.
- Høringssvar fra fagorganisasjoner
- Avisartikler som omhandler tema fortrinnsvis etter søk på mediearkivet Atekst.
- Arkivmaterialet fra Helsedepartementet.

*Intervju*

Syv informanter ble intervjuet, og intervjuene varte fra en time til en og en halv. Mine spørsmål var rettet mot hele prosessen, og naturlig nok hadde ikke alle like mye kunnskap om alle fasene. Jeg hadde individuelle spørsmål, samtidig som jeg hadde spørsmål som jeg stilte til flere personer, for å få bekrefter utsagn i fra andre. Jeg konsentrerte meg om å i første omgang å få intervjuet sentrale personer i AP. Jeg fikk da et intervju med sosialpolitisk talskvinne Gunnhild Øyangen og sosialpolitisk talsmann Asmund Kristoffersen. Jeg foretok deretter intervjuer med ansatte i departementet. Stassekretær Flatø, samt tre embetsmenn som var med i Eier -og foretaksgruppen. I tillegg ble det gjort et intervju med forhandlingsleder for sykehusreformen i KS, Kari Rolstad. Alle intervjuene ble gjort hos informantene selv. Det ble brukt en semi-strukturert intervjuform, der spørsmålene var tematiserte på forhånd. Under intervjuene ble det brukt diktafon for at jeg senere kunne nøyaktig skrive ut intervjuene. Et av intervjuene ble rettet mot to personer samtidig. Dette var i Helsedepartementet. Fordelen med en slik intervjuform er at reliabiliteten blir høy, og en kan forvente stor nøyaktighet, ved at informantene kan rettledde hverandre under besvarelsene. Bakdelen er at innformatene gjerne ikke tør å si alt en vil i andre personers nærvær, og at informantene slik sett holder kontroll på hverandres utsagn. I følge Yin (1994) er intervju en av de viktigste informasjonskildene i en casestudie. En ulempe med mine intervju var at det til tross for at intervjuguidene var sendt på forhånd, var det svært få som hadde satt seg inn i intervjuguiden før intervjuet startet. Dette kan ha medført at verdifull informasjon ikke har kommet frem, da informantene har hatt liten tid på å tenke seg om i forhold til spørsmålene. Dette gjaldt særlig politikerne, noe som kan ha sammenheng med en travel politikerhverdag. Likevel har informasjonsverdien vært god, og intervjuene har vært av svært stor betydning for mitt case. Det kan også forekomme feilkilder ved bruk av intervju. Jeg har prøvd å unngå dette ved å prøve å ikke stille ledende og omstridte spørsmål, ved å forsikre meg om at informantene hadde nær tilknytning og god kunnskap om saksfeltet, og ved å sammenholde informantenes svar med andre informanter, eller skrevne kilder. Dette er viktig for å sikre oppgavens validitet.

Under utviklingen av reformen ble det av departementet i den avsluttende fase, rekruttert enkelte personer som blir sett på som viktige for reformarbeidet utover våren. Jeg har i den forbindelse brukt e-post som metode for å intervju noen av disse personer. Jeg sendte e-poster til tre personer som hadde blitt engasjert fra departementet, hvor jeg stilte dem spørsmål rundt deres rolle i reformarbeidet. Jeg har også benyttet meg av et annet intervju som er blitt foretatt av en medstudent<sup>2</sup> i forbindelse med hans hovedoppgave, hvor det ble stilt spørsmål som jeg har kunnet bruke i min studie.

---

<sup>2</sup> Rune Hallingstad foretok et intervju med Paul Hellandsvik, hvor det ble stilt spørsmål om hans rolle i reformarbeidet den perioden han var engasjert.

*Dokumentanalyse*

Dokumentanalyse har fremstått som det viktigste informasjonsmaterialet for min studie. Jeg var ved to anledninger hos henholdsvis Helsedepartementet og APs avdeling på Stortinget, hvor jeg ønsket å samle informasjon og arkivmateriale fra partiorganisasjonen og departementet. Datainnsamlingen på disse turene var av skuffende karakter. I departementet fikk jeg ikke tilgang til interne notater, noe som kunne gi en grundigere og bedre bilde av reformprosessen. Dokumentene jeg fikk tak i var lite relevante for min oppgave, og omhandlet heller perifere områder av reformen. Dette kan tyde på at aktiviteten her ikke var så stor i denne perioden, eller at mer interessante dokumenter ikke ble kjent for meg. Også mine undersøkelser i APs stortingsgruppe gav få resultater. Dette har nok mye å gjøre med mine egne forventninger til hva jeg kunne finne. Jeg fant i første omgang møteprotokoller fra APs stortingsgruppe, og ikke så mye om APs arbeid internt med reformen. De svake dataene jeg har fra departementet og AP har gjort at avisartikler og offentlige dokument har fremstått som det viktigste skriftlige kildematerialet for meg. Tilgangen til de offentlige dokumentene har vært god. Det være seg høringsnotat, offentlige utredninger, høringsbrev, odelstingsproposisjoner, innstillinger til Stortinget, lover og stortingsdebatter. Dokumentene har stått svært sentralt i min prosess, og er gjennomgått kvalitativt for å få frem sammenhenger mellom deltakere, problemoppfatninger og løsningsforslag. Dette for å gi et helhetlig og forståelig bilde av prosessen. Yin (1994) advarer likevel mot å se på dokumentene som fullstendig objektive og uforutinntatte, og sier at det vil være nyttig å koble de med andre datakilder, som for eksempel intervju.

Offentlige dokument alene gir ikke alltid et fullgodt bilde av en reformprosess. Det er ofte det som ligger bak de offentlige dokumentene, man ønsker å kartlegge. Selv om jeg i liten grad har kunnet benytte meg av interne notat i regjeringen, har det i stor grad blitt tatt i bruk avisartikler for å få en dypere innsikt i prosessen. Avisartikler har den styrken at de er lett leselige og ofte kommer til hovedpoenget fort. I tillegg er de nyttige for å få frem meningsutvekslinger mellom aktører. Bakdelen er at de ikke alltid går i dybden i sakene de dekker, noe som kan gi liten informasjon, og i verste fall feil informasjon. For å unngå dette har jeg prøvd å kryssejke informasjon ved hjelp av andre aviser eller gjennom intervju. Ca. 200 avisartikler har vært gjennomlest fra prosessen. Artikkene har i første omgang vært å finne på internett gjennom mediearkivet Atekst, men også fra løssalgsaviser. På Atekst<sup>3</sup> kan man søke på noen av de største avisene i Norge innen for en valgt tidsperiode. Jeg søkte på avisartikler fra perioden januar 2000 til juli 2001. Søkeord som ble brukt var *sykehusreformen\**, *helseforetak\**, *foretaksreformen\**, og *lov om helseforetak\** for å nevne noen. Det er i første omgang Aftenposten som har stått for den bredeste dekningen av prosessen, men også andre aviser som Klassekampen, Dagens Næringsliv, og Dagsavisen har hatt flere artikler. I tillegg til avisartikler og offentlige

---

<sup>3</sup> På mediearkivet Atekst kan man søke på avisartikler fra Adresseavisen, Avis 1, Aftenposten, Bergens Tidende, Dagsavisen, Dagbladet, Dagens Næringsliv, Hvem Hva Hvor, Klassekampen, Kommunal Rapport, Nordlys, NTB tekst, Teknisk Ukeblad.

dokument, er internett blitt benyttet for å samle inn andre skrevne kilder. Det være seg pressemeldinger og uttalelser fra fagforbund, fagblad og aviser knyttet til fagforbund, taler, høringssvar og referater fra politiske møter.

Under arbeidet med oppgaven ble det høsten 2002 levert en hovedfagsoppgave i statsvitenskap ved Universitet i Oslo, som tok for seg den samme studerte prosessen (Lunder 2002). Forskjellen på min studie og Lunders er i hovedtrekk at jeg går dypere inn i prosessen, og prøver å gå grundigere inn i de ulike fasene i beslutningsprosessen. På grunn av et mer ”dypere dykk” i empirien har jeg i liten grad benyttet meg av data som er kommet frem i Lunders oppgave, da jeg har innhentet mye av den samme empirien selv, men jeg har referert til denne studien der jeg ikke har funnet noe selv.

### *Vurdering av studiens datagrunnlag*

Oppgavens reliabilitet er påliteligheten i metodene en bruker for å innhente data (Hellevik 1991:159). At en har oppnådd det en ønsker å oppnå, og fått svar på det en ville. Hvordan jeg foretar dokumentanalysen og intervjuer vil avgjøre om reliabiliteten har vært høy. Ved høy reliabilitet skal en kunne oppnå samme svar ved gjentakelse av metodene. Validiteten avhenger av hvilke data som er innhentet, og om disse er relevante og gyldige. En måte å oppnå høy validitet på er å bruke multiple datakilder (Yin 1994), for på denne måten å kontrollere funnene opp mot hverandre.

For å styrke studiens validitet har jeg tatt i bruk et stort dataomfang. I mitt tilfelle har det skriftelige datamaterialet vært stor, noe som setter krav til forskeren, både å få frem de riktige data og å få frem de mest sentrale data. Det er derfor prøvd å få tak i flere skriftlige kilder som mener det samme, eller å få data bekreftet gjennom intervju. Særlig avisartikler er en kilde hvor slik kryssjekking kan være viktig. Det er likevel flere områder i studien hvor en kilde alene er opphavet bak mine påstander. Dette kan svekke studiens validitet. Et annet moment som kan gi studien en svekket validitet er de valgte intervjuobjektene. Jeg har i hovedsak intervjuet personer fra AP og Helsedepartementet. Dette har vært personer som i utgangspunktet har jobbet med å få reformen igjennom. For å få et bedre bilde av prosessen kunne det vært hensiktsmessig å intervju personer fra andre leirer, som for eksempel NKF, Sykepleierforbundet, eller noen av de politiske partiene. Fra disse aktørene har det likevel eksistert en del skriftlig materiale gjennom pressemeldinger, interne notater, avisartikler, notater fra kongresser og lignende. Jeg har derfor fokusert på å få til intervjuer med personer fra departementet og AP, fordi de skrevne kildene fra dem ikke har vært tilfresstillende. Med dette kommer jeg inn på et annet moment som kan gi studien svekket validitet, nemlig mangelen på skriftelige kilder fra departementet og AP. Et av problemene jeg hadde i datainnsamlingen var informasjonen fra arkivmaterialet ikke ga et godt nok bilde av hvordan prosessen hadde foregått i departementet og i AP. Jeg fikk tilgang til arkivene både i departementet og APs stortingsgruppe, men det var lite som kunne knyttes opp mot min studie. Men dette kan også være et uttrykk for at det ikke var mer skriftlig materiale å hente. Dette gjorde at jeg ble avhengig av intervjuer med personer i departementet og AP for å få kunnskap om hvordan prosessen hadde foregått der. Gjennom disse intervjuene og ved systematisk

gjennomgang av det store skriftelige datamateriale som eksisterer fra andre aktører fra perioden, mener jeg at jeg på den måten har fått et helhetlig og riktig bilde av prosessen.

For å oppnå høy reliabilitet i de metodiske grepene i studien har jeg som nevnt tidligere tatt i bruk diktafon for å få mest mulig nøyaktig informasjon. Intervjuene ble siden transkribert. Dette for lettere å kunne bruke sitater fra intervjuobjektene. Det var likevel tre intervjuobjekter som ikke ønsket å bli sitert direkte. Dette kan svekke reliabiliteten, men jeg mener at hovedmomentene likevel er kommet frem. Det er også blitt gjort rede for hvilke informanter som er blitt benyttet, og det er vedlagt en intervjuguide som et eksempel på hvilke spørsmål jeg har vært ute etter å få besvart. Å få avtalt intervjuer har stort sett gått greit, og jeg fikk avtale med alle jeg ønsket. Et av intervjuobjektene tok det likevel ca. ett år å få avtalt et intervju. Når det gjelder bruk av skrevne kilder og dokumenter er de prøvd å bli referert til så nøyaktig som mulig noe som styrker reliabiliteten.



### 3 Bakgrunnskapittel

Dette kapitlet omhandler dokumentene og hendelsene som har vært med på å gi føringer på den prosessen jeg studerer. Jeg vil ta for meg de offentlige dokumentene som sykehusreformen selv omtaler som viktig bakgrunnsmateriale for reformen, og i tillegg se på andre hendelser som er av interesse for prosessen. Jeg har valgt å avgrense bakgrunnskapitlet ved å gå tilbake til 1996, da Hellandsvik-utvalgets utredning ”Hvem skal eie sykehusene?” (NOU 1996:5) ble avgitt. Utredningen lanserte tre modeller for eierskap: videreføring av det eksisterende interfylkeskommunale samarbeidet, innføring av sykehusselskaper med fylkeskommunen som eier og statlig overtakelse av sykehusene. Videre vil jeg ta for meg St.meld.nr. 24 (1996-1997), som er en slags oppfølging av Hellandsvikutvalgets utredning og helsesamarbeidet så langt, der det ble videre satset på fylkeskommunen som eier. Jeg redegjør deretter for Sørensen-utvalgets utredning (NOU 1999:15 Hvor nært skal det være?), som lanserer to ulike tilknytningsformer for henholdsvis statlige og fylkeskommunale sykehus, statsforetak og fylkeskommunalt selskap. Begge modellene tilsa en retning i fristilling av sykehusene ved at de ble egne rettssubjekter. Sistnevnte ble siden formalisert ved lov om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp.nr.25 (1999-2000)), som gav fylkeskommunen en frivillig rett til å organisere sykehusene som sykehusselskaper. Til slutt tar jeg for meg St.prp.nr. 47 (1999-2000) om sykehusøkonomi og budsjett 2000, som ga et økonomisk løft til en sykehussektor som hadde levert store underskudd årene før. Det var etter denne proposisjonen at daværende AP-regjering forlangte en omfattende omstrukturering av sykehussektoren. Samtidig kommer jeg inn på det regionale helsesamarbeidet som ble mer formalisert i 1999.

Jeg vil i dette kapitlet prøve å få frem at de strukturelle endringene innen sykehussektoren har vært preget av en stegvis utviklingsprosess, hvor endringer mer har vært bygget på det allerede eksisterende, enn på det radikalt nye. Reformendringer har skjedd gradvis og uten dramatiske veivalg i forhold til eksisterende eierskap og tilknytningsform på området. Sykehusreformen førte med seg endringer langs begge disse dimensjonene, og dette på veldig kort tid.

Dokumentene vil beskrives kronologisk tidsmessig, og det vil særlig legges vekt på Hellandsvik- og Sørensen-utvalgets utredninger. Jeg vil på slutten av kapitlet oppsummere den historiske bakgrunnen ved å fokusere på aktivisering og defineringsprosessene i strømmingstankegangen.

## Utredning av eierstrukturene for sykehusene

### - NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?

Det har siden midten av 1970-tallet vært en sentral helsepolitisk målsetting å samordne spesialhelsetjenestene regionalt for oppnå kvalitativt bedre og tilgjengelige helsetjenester (Opedal og Stigen 2002). I St.meld.nr. 9 (1974-75) ”Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen”, ble landet delt inn i 5 helseregioner. Det ble i den forbindelse opprettet regionale helseutvalg, som hadde i oppgave å realisere det nødvendige planleggingsarbeidet i forbindelse med fylkenes samarbeid om tilretteleggingen av regionhelsetjenesten. Det skulle være et koordinerende og rådgivende organ i fylkenes samordning av helsetjenester. I St. meld. nr. 50 (1993-94) ”Samarbeid og styring”, skjerpet staten kravene til utvalgene, ved å pålegge dem å utarbeide regionale helseplaner. Det ble uttrykt et ønske om at de regionale helseutvalgene skulle spille en mer aktiv rolle i planlegging av helsetjenestene, særlig innen områder som funksjonsfordeling, ressursutnyttelse og strukturforbedringer (Inst.S.nr. 165 (1994-1995)).

Under behandlingen av Helsemeldingen, St.meld.nr. 50 (1993-1994), fattet Stortinget vedtak om å få utredet konsekvensene av en statlig overtakelse av regionsykehusene. Dette vedtaket ble grunnlaget for Hellandsvik-utvalgets utredning. (NOU 1996:5). Utvalget skulle i utgangspunktet se på mulighetene for en statlig overtakelse av kapitalkostnadene til regionsykehusene, og eventuelt en full statlig overtakelse av drifts- og eieransvar. Det ble tidlig i utvalgets arbeid klart at en vurdering av bare regionsykehusene ikke var en hensiktsmessig løsning. Dette fordi regionsykehusene samtidig hadde funksjoner som sentralsykehus og lokalsykehus, noe som gjorde det vanskelig å skille både kapitalkostnader og drifts- og eieransvar mellom de ulike sykehusfunksjonene. I tillegg var det vanskelig å dele ansvaret for funksjonene mellom to ulike eiere, staten og fylkeskommunen. Derfor valgte en å utvide mandatet til å omfatte eierskap, organisering og finansiering av alle sykehus.

Tidligere helsepolitiske ordninger ble kritisert for manglende tilgjengelighet og behandlingskvalitet i sykehusene. Økonomien og den interne ressursprioriteringen førte til at en i mindre grad ble i stand til å ivareta funksjoner som kompetanseutvikling, forskning, undervisning, og veiledning. Universitetsmiljøet kritiserte funksjonstilskuddet som finansieringsform, da staten ikke hadde styring over hvordan disse midlene skulle brukes. En etterlyste bedre former for mål- og resultatstyring. Det ble også hevdet at det var for stor geografisk skjevhet i bruken og tilgjengeligheten av sykehustjenester på tvers av fylkesgrensene, samt at en registrerte en sviktende rekruttering av helsepersonell. Finansieringsordningen og rollefordelingen mellom stat og fylkeskommune ble også sett på problematisk, og da spesielt øremerkede tilskudd som ble gitt fra staten for å sikre for eksempel en helsetjeneste, som igjen ofte førte til at fylkeskommunen reduserte sin innsats på det aktuelle området.

*Uenighet blant utvalget i innstillingen*

I innstillingen ble det vurdert ulike modeller for hvem som skulle eie sykehusene og hvordan de skulle organiseres og finansieres. Blant medlemmene var det en enstemmig støtte til å øke den regionale samordningen mellom fylkene, men et ulikt syn på hvordan dette burde gjøres. Utvalget delte seg i tre fraksjoner i henhold til modeller for eierskap og finansiering. De ulike modellene ble vurdert opp mot utvalgets egne evalueringskriterier. Disse var; *lik tilgjengelighet til sykehus tjenester, muligheter for regional samordning, høy faglig standard på pasientbehandling, høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling, fornyelse og omstillingsevne, integrering med primærhelsetjenesten, kostnadskontroll, institusjonell stabilitet, lokal politisk styring, legitimitet og kostnadseffektivitet*. De tre modellene som ble lansert var:

1. Regionalt sykehusvesen med fylkeskommunen som eier – løst formalisert regionalt samarbeid.
2. Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid – interfylkeskommunalt selskap.
3. Regionalt sykehusvesen med staten som eier.

**Regionalt sykehusvesen med fylkeskommunen som eier**

Den første modellen tok utgangspunkt i det regionale helseplanarbeidet som fra før ble utført i de fem helseregionene. Denne modellen var støttet av et mindretall av utvalget. En ville opprettholde den ordningen som var fra før, ved at helseutvalgene skulle være den organisatoriske enheten som styrte et slikt samarbeid. Utvalgene skulle ha liten beslutningsmyndighet, og være en saksforberedende instans for fylkeskommunen. Modellen baserte seg på konsensus mellom de samarbeidende fylkeskommuner, men man påpekte at en svakhet ved modellen var mindre muligheter for regional samordning. Dette ville igjen føre til redusert standard på pasientbehandling, forskning, utdanning og kunnskapsformidling. Utvalget skisserte likevel flere ordninger for å bedre det regionale samarbeidet og for å håndtere eventuelle konflikter mellom partene. Dette var å ha folkevalgte med i helseutvalgene, eller å opprette egne regionale styringsorgan basert på politisk representasjon fra de ulike fylkeskommunene, slik Kommuneloven åpnet for. Andre tiltak var at staten benyttet seg av Sykehusloven til å løse tvister, eller gå inn med ekstra midler for større regionalt samarbeidstiltak. Modellens styrke ut fra vurdering av evalueringskriteriene, var at den hadde god kostnadskontroll, lokal politisk styring, og rimelig høy kostnadseffektivitet i produksjonen. Tilhengerne av modellen<sup>4</sup> hevdet at det var lett å stirre seg blind på negative trekk ved dagens system, og at det var lett å glemme at sykehussektoren hadde gjennomgått en stor omstillings -og effektiviseringsfase de siste 10 år, som få andre offentlige sektorer kunne fremvise. Det ble behandlet flere pasienter

---

<sup>4</sup> Denne modellen ble støttet av medlemmene Kolbjørn Almlid (Fylkesordfører SP), Greta Billing (Avd. direktør Kommunal- og arbeidsdepartementet), Magnar Hakestad (styreleder ved Haukeland sykehus) og Petter Skarheim (Avd. direktør Finansdepartementet).

enn noen gang før, og medisinsk teknologi ble relativt raskt tatt i bruk i behandlingen. I tillegg ble det hevdet at norsk medisinsk forskning og medisinerere hadde et høyt nivå internasjonalt.

#### Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid

Den andre modellen<sup>5</sup>, det interfylkeskommunale samarbeidet, kunne formaliseres ved at sykehusene ble overført til et interfylkeskommunalt sykehusselskap, hvor fylkeskommunen ville styre selskapet og stå som eier. Representantskapet ville stå for de overordnede beslutningene som angikk for eksempel regional samordning av sykehustjenestene og priser på pasientbehandling. En ville dermed utvikle et klarere skille mellom tilbydere og etterspørere av sykehustjenester. Avtaler skulle gjøres bindende gjennom kontraktstankegang mellom fylkeskommunene og sykehusselskapene. Utvalgets vurderinger ut fra evalueringskriteriene påpekte at denne modellen ville gi bedre muligheter for regionalt samarbeid enn den mer løst formaliserte modellen. Dette ville høyne kvaliteten på pasientbehandling, forskning og kunnskapsutvikling. Modellen ble også ansett for å være god på fornyelse og omstilling, og også å ha god kostnadskontroll. Svakheter ville muligens være potensielle uenigheter mellom fylkeskommunen og sykehusselskapet ved inngåelse og oppfølging av kontrakter.

#### Regionalt sykehusvesen med staten som eier

Den siste modellen var regionalt sykehusvesen med staten som eier. Et tredje mindretall<sup>6</sup> mente også at det var behov for en sterk regional samordning, men at en statlig overtakelse av eierskap og drift av sykehusene ville gi det beste grunnlaget for en regionalisert modell. Man mente at den økende spesialiseringen av helsefunksjoner innebar at det trengtes større nedslagsfelt eller befolkningsgrunnlag for en gitt tjeneste. I tillegg ble fylkeskommunen ikke lenger sett på som en naturlig samordnende forvaltningsenhet for spesialhelsetjenesten. Dette fordi kommunen hadde overtatt flere og flere oppgaver. Fylkesgrensene skapte også ofte kunstige barrierer mellom befolkningsgrupper. I noen tilfeller var det kortere vei til nærmeste sykehus i nabofylke enn det var til nærmeste sykehus i eget fylke. I tillegg hadde staten i økende grad grepet inn i styringen av sykehusene, noe som hadde gjort at finansiering og organisering av sykehusene var blitt mer uoversiktlig og lite målrettet. Dette mindretallet foreslo at staten overtok styringen av sykehusene gjennom et forvaltningsorgan med spesielle fullmakter, kalt Statens sykehusforvaltning. Denne skulle ha en beskjeden sentral ledelse og fem

---

<sup>5</sup> Denne modellen ble støttet av et annet mindretall, medlemmene Helga Fosse Hegrenæs (Helseplanlegger ved Regionssykehuset i Trondheim), Ellen Gjerpe Hansen (Fylkesordfører Vestfold - Høyre), Vivi Lassen (SV -byrådsmedlem i Oslo) og Gerd Vandeskog (Avd. direktør Sosial- og helsedepartementet).

<sup>6</sup> Denne modellen ble støttet av et tredje mindretall i utvalget; medlemmene Jan Grund (Professor Handelshøyskolen BI), Paul Hellandsvik (Direktør SINTEF-UNIMED og utvalgsleder), Kari Kjenndalen (Avd. direktør Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet) og Ole D. Mjøs (Rektor Universitet i Tromsø).

regionkontor lokalisert i tilknytning til regionsykehusene. Stortinget skulle vedta de økonomiske rammene for virksomheten, og gi føringer for Statens sykehusforvaltnings beslutninger i spørsmål som angikk struktur og organisering. Sentraladministrasjonen i Statens sykehusforvaltning tildelte midler til regionkontorene basert på faste kriterier bestemt av Stortinget. Den ville også ha ansvar for innsamling av data om sykehusenes produksjon og kvalitet, og analysere disse ut fra de mål som skulle gjelde for virksomheten. Regionkontorene ville ha ansvar for å tildele midler for det enkelte sykehus, samordne tjenesteproduksjon, gjøre avtaler med universiteter og sikre kompetanseutvikling i regionen. Modellen skulle gi Stortinget den overordnede politiske styringen og ansvaret, men at statsråd og Storting skulle skjermes fra de løpende driftsspørsmål. Samtidig åpnet modellen for stor institusjonell frihet for sykehusforvaltningen. Modellen var også åpen for at fylkestingene medvirket lokalt i utforming og prioritering av tiltak.

Som vi ser ble det lansert tre ulike modeller for eierskap, noe som gir uttrykk for at utvalget var relativt uenig i hvem som skulle eie sykehusene og hvordan dette skulle organiseres.

## En fortsatt tro på det eksisterende

### - Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialhelsetjeneste.

Denne meldingen ga beskjed om at det var problemer med deler av de nye regionale helseutvalgene, og at grunnen var at det regionale samarbeidet var noe uklart, og at det ikke var formalisert, men basert på en frivillig ordning. Samtidig var meldingen en oppfølging av Hellandsvikutvalgets innstilling, og regjeringen med helseminister Gudmund Hernes i spissen, gikk inn for å opprettholde fylkeskommunen som eier, til tross for at halvparten av høringsinstansene ønsket et statlig eierskap<sup>7</sup>. En tredjedel av høringsinstansene ønsket å beholde det fylkeskommunale eierskapet<sup>8</sup>. Hernes gikk likevel inn for å legge større styrings- og koordineringsansvar til det regionale nivå, og sterkere grad av statlig styring på enkelte områder. *”Det regionale utvalget og fylkene må samarbeide. Det betyr at de sammen kan legge forholdene bedre til rette for en funksjonsdeling mellom sykehusene innen regionen”*, sier Hernes til Aftenposten 15/02-97. En ønsket med dette å formalisere det regionale helsesamarbeidet ytterligere, ved å gjøre det permanent, og at dette skulle skje ved en egen lov. Videre hevdet han at forslaget også innebar en sterkere statlig styring av fylkeskommunen som sykehuseier. Ved den nye innsatsstyrte finansieringsordningen i helsesektoren ville han tvinge fylkene til å gi sykehusene mulighet til å operere flere

---

<sup>7</sup> 73 av 138 høringsinstanser ønsket et statlig eierskap. Disse var en stor andel av kommunene, fylkeslegene, Statens Helsetilsyn, brukerorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner og noen av fylkesmennene.

<sup>8</sup> Modellen fikk størst oppslutning av fylkeskommunene og de regionale helseutvalgene.

pasienter. Samtidig ville han styrke pasientenes rettigheter. Hvis fylket ikke klarte å innfri ventelistegarantien, hadde pasientene krav på operasjon et annet sted.

Stortinget (Innst.S.nr.237 (1996-1997) sluttet seg til hovedlinjene i forslaget som ble konkretisert slik:

- De regionale helseutvalgene som ble tilrådet opprettholdt av Hellandsvikutvalget, ble formalisert ved bestemmelser i den nye loven om spesialhelsetjenesten som gir adgang til å regulere utvalgenes sammensetning og oppgaver.
- De regionale utvalgene skulle være politiske organer, sammensatt av politikere oppnevnt av fylkestingene i regionen.
- Det ble etablert permanente sekretariater.
- Utkast til planer skulle utarbeides i helseregionene, men staten ved Sosial- og helsedepartementet skulle vedta planene og kunne sette vilkår i vedtaket.

#### *Det regionale helsesamarbeidet fra 1999 til 2001*

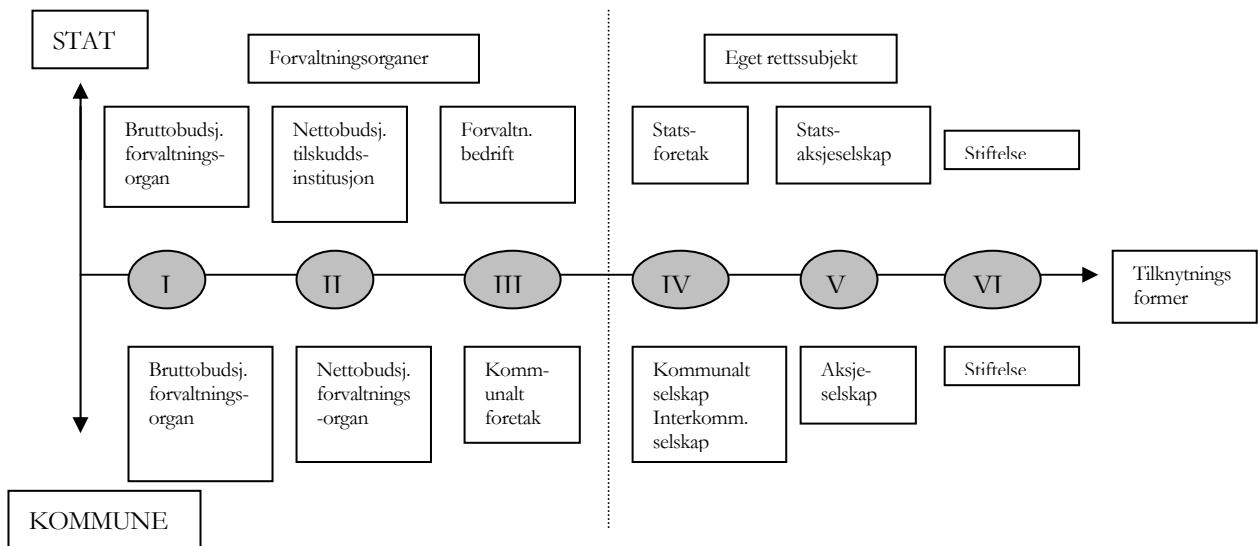
På bakgrunn av stortingsmeldingen vedtok Stortinget i 1998 å lovfeste de regionale helseutvalgene i lov om endringer i sykehusloven (1997-1998), som skulle tre i kraft 1/1 1999. Den mest sentrale oppgaven for helseutvalgene var å utarbeide helseplaner. Lovendringen førte med seg sterke statlige insentiver av så vel planprosedyrer som planinnhold, gjennom rundskriv og instruksjer. Fra 1999 til og med 2001 var dette samarbeidet igangsatt. Opedal og Stigen (2002) hevder at det regionale helsesamarbeidet med dette ble mer forpliktende, og tvang helseregionene til å samarbeide, hvis ikke ville staten selv intervensere. Statens krav til samarbeid ble med dette et ”ris bak speilet”, som bidro til å drive prosessen og planarbeidet fremover. Likevel spilte staten selv en sentral rolle i planarbeidet. Staten ønsket å styre både i forkant, underveis og i etterkant av planarbeidet, gjennom løpende instruksjer og rundskriv, økonomiske styringsvirkemidler og godkjenning av planene. Staten ønsket et samarbeid ”på bred front” som innebar at en skulle bygge ut tjenestetilbudet, samtidig som en skulle ha økt spesialisering gjennom satsing på arbeids – og funksjonsfordeling. Denne brede satsingen viste seg å være vanskelig for regionene. Også begrepet arbeids – og funksjonsfordeling viste seg å være vanskelig å definere, noe som medførte at helsesamarbeidet fikk en noe forkjellig utforming i de ulike regionene, og en annen retning enn det staten gjerne hadde tenkt seg. Samtidig ga dette regionene rom for å definere sine lokale problemer og løsningsforslag inn i det regionale samarbeidet, noe som også drev samarbeidet fremover. Samarbeidet innad i regionene var også konsensusdrevet, mer enn konflikt – eller interessedrevet, noe som gjorde at det ble oppnådd bred lokalpolitisk enighet om innholdet i planene. Likevel kunne det oppstå konflikter mellom fylkene der hvor en ikke oppnådde en ”vinn – vinn situasjon”, hvor alle fylkene i regionen ble tilgodesett (omfordelingspolitikk). Opedal og Stigen (2002) hevder også at de fem helseregionene også fremsto som styringspolitiske

hybrider, hvor organisasjonene både var produkter av statlig styring og lokalpolitisk innflytelse, og at samarbeidet var mer preget av reguleringspolitikk, enn fordeling – og omfordelingspolitikk.

### Utredning av tilknytningsformer

- NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være?

Mens det regionale helsesamarbeidet pågikk, ble Sørensen-utvalget nedsatt av Sosial -og helsedepartementet. Sørensen-utvalgets mandat var å vurdere og å fremme forslag om hvilke tilknytningsformer som burde velges for de offentlige sykehusene. Både fylkeskommunale og statlige sykehus (Det norske radiumhospitalet og Rikshospitalet), skulle vurderes. Bakgrunnen for mandatet var at de offentlige sykehusenes rammebetingelser og tilknytningsform måtte vurderes ut fra de private aktørenes økende rolle i helsevesenet. Jeg vil nedenfor komme inn på de ulike tilknytningsformene utvalget vurderte.



Figur 3.1 (NOU 1999:15)

Figur 3.1 fremstiller mulige tilknytningsformer for sykehusene, der graden av fristilling øker fra venstre mot høyre. Til venstre for den stiplede linjen finner vi organisasjonsformer der sykehusene er en del av forvaltningen. Den fylkeskommunale forvaltningsorganmodellen har basis i kommuneloven (lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. sept. 1992) som ble iverksatt 1993. I denne står det at: ”fylkeskommunene skal stå mest mulig fritt til å avgjøre hvilke organer og stillinger som gir en politisk og

*administrativ organisering som lokalt finnes å være den mest hensiktsmessige?*. I den sammenheng satte formannskapsmodellen og parlamentarismemodellen i Oslo kommune, visse rammer og friheter for hvordan styring og ansvarsforhold reguleres, uten at jeg vil komme nærmere inn på det her. Med dette har det blitt et klarere skille mellom det politiske og administrative nivå i fylkeskommunene. I forvaltningsorganmodellen er sykehusene ikke egne rettssubjekter, men er underlagt fylkeskommunen som rettssubjekt.

I 1999 var nettobudsjettert forvaltningsorganisering (II) den vanligste tilknytningsformen for offentlige sykehus. Denne ordningen innebærer at det bare taes ett budsjettvedtak, og at virksomheten må tilpasses faktisk oppnådde inntekter. Eier har det økonomiske og det politiske ansvaret ved at budsjettet vedtas som en integrert del av de årlige fylkeskommunale budsjettene. Det finnes ingen begrensninger for eiers adgang til å gripe inn med styringsmessige tiltak ovenfor sykehusene. Bruttobudsjettert forvaltningsorgan (I) ble brukt av sykehusene i fire fylkeskommuner i 1999, og innebærer at det treffes separate budsjettvedtak for virksomhetens inntekts- og utgiftsside. Det er ingen direkte kopling mellom de to budsjettvedtakene, noe som betyr at bortfall av budsjetterte inntekter ikke betyr at utgiftsbevilgningen reduseres. Hvis et sykehus oppnår inntekter utover det budsjetterte kan en ikke disponere midler i tillegg til budsjetterte utgifter. Bruttobudsjettert forvaltningsorgan gir eier direkte styring med sykehusenes aktivitets- og utgiftsnivå ved at de bevilgede utgiftene kan brukes uavhengig av at budsjetterte inntekter oppnås. Selv om disse to modellene var de som var mest brukt, var det store variasjoner i organisasjons- og fullmaktsforhold mellom fylkeskommunene.

De statlige sykehusene Radiumhospitalet og Rikshospitalet hadde nettobudsjetterte tilskuddsordninger (II) som tilknytningsform. Denne har mye til felles med nettobudsjettert forvaltningsorgan, men her er det staten som har det overordnede ansvar. I staten er virksomheter som går fra brutto til nettobudsjettering ofte virksomheter som har en forholdsvis stor andel av sine inntekter fra andre, og gjerne flere kilder en fra budsjettbevilgningen, og at disse inntektene ikke alltid er like lett å forutsi størrelsen på før budsjettbehandlingen. I tillegg er det også gitt særlige fullmakter som gir større faglig autonomi, som skal tilrettelegge for større effektivitet og fleksibilitet i drift av tjenesteproduksjon. For statssykehusene innebærer dette blant annet at de vil beholde overskudd og eventuelt dekke underskudd, og at de ikke trenger å rapportere til statsregneskapet.

#### *Utvalget tilråder to modeller*

I utvalgets videre arbeid ble modellene over redegjort for og debattert. Et samlet utvalg mente at en forvaltningsorganmodell var en egnet tilknytningsform for sykehus, men at det var et klart behov for å gi sykehusledelsen mulighet til å utøve profesjonell ledelse og utvidede fullmakter knyttet til personale og i økonomiske driftsprioriteringer ellers. Et samlet utvalg mente også at både stat og fylkeskommune måtte stå fritt i valg av



tilknytningsform. Flertallet<sup>9</sup> i utvalget, ville ikke legge restriksjoner på statens og fylkeskommunens organisasjonsfrihet. Sykehuseier skulle selv vurdere å velge den tilknytningsform som en mente var mest hensiktsmessig. Et mindretall (Tove Stangnes – Norsk helse- og sosialforbund, Gunhild Johansen – Norsk Kommuneforbund), mente at denne valgfriheten burde begrenses til bare å gjelde forvaltningsorganer, slik at sykehusene forble en del av staten og fylkeskommunen som juridiske enheter. Storparten av flertallet<sup>10</sup> mente at det foreslåtte *kommunalt selskap* (IV) var egnet tilknytningsform for fylkeskommunale sykehus og *statsforetaksorganisering* (IV) var egnet tilknytningsform for statlige sykehus. Dette fordi det på den ene siden markerte at sykehusene forble offentlig eide, underlagt folkevalg styring, og at stat og fylkeskommune hadde den nødvendige kontroll med sykehusenes økonomiske rammer. På den andre siden understreket utvalget sykehusledelsens selvstendighet og ansvar for den daglige driften. To av medlemmene (Grette og Hofslie) ville ikke gi generelle anbefalinger til hvilke tilknytningsform som burde velges, og mente dette burde velges gjennom demokratiske prosesser i hvert enkelt fylke. Et annet medlem av flertallet (Rolstad - KS), mente at forvaltningsorganisering var den beste løsning for sykehusene og at man heller burde jobbe for å utnytte de mulighetene som lå i den.

Utvalget vurderte også behovet for en statlig godkjenningsordning ved omdannelse av offentlig sykehus til selvstendige rettssubjekter. Det samme flertallet som over, utenom Eggen, hevdet at en slik omdanning i seg selv ikke burde gi grunnlag for statlig godkjenning. Flertallet mente at sykehuseier hadde et bredt tilfang av virkemidler til å ivareta helserettslige forpliktelser, som for eksempel vedtekter, kontrakter og muligheten til å gripe inn som eier. Medlemmene fra NKF og NHS ønsket en godkjenningsordning for å forhindre at sykehus ble omdannet til selskap eller stiftelse. Medlemmet Eggen mente at godkjenning var påkrevd for å sikre sykehuseier sine helserettslige forpliktelser. Felles for begge de to tilknytningsformene som flertallet støttet kan listes opp i noen enkle punkter:

1. Sykehusene er selvstendige rettssubjekter
2. Sykehusene har bare en eier
3. Sykehuseier styrer gjennom selskapsmøtet/foretaksmøtet
4. Styret ledes av et styre og en daglig leder som har et selvstendig ansvar for drift og resultat.

---

<sup>9</sup> Bjørn Magne Egge - Statens helsetilsyn, Anne Grette – Oslo Kommune, Tove Hafnor – Radiumhospitalet, Asbjørn Hofslie – Nord-Trøndelag fylkeskommune, Paul Nilsen – Hordaland Fylkeskommune, Åse Annie Opsjøn – Stokmarknes sykehus, Kari Rolstad – Kommunenes Sentralforbund, Robert Rustad – Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Knut E. Schröder – Regionssykehuset i Tromsø, Rune J. Sørensen –Handelshøyskolen BI og utvalgsleder, Geirmund Unsgård –Det medisinske fakultet NTNU, Nils Fredrik Wisløff -Vestfold fylkeskommune, og Hans P. Aarseth – Den norske Legeforening.

<sup>10</sup> Eggen, Hafnor, Nilsen, Opsjøn, Rustad, Schröder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth.

5. Mål i helsepolitikken ivaretas av sykehuseier som fastsetter selskapet/foretakets overordnede formål og øvrige rammevilkår for styrets ledelse
6. Avgjørelser av vesentlig betydning for sykehuset eller eier må godkjennes av eieren
7. Sykehuseier er ansvarlig for sykehusets forpliktelser og sykehuset kan ikke gå konkurs
8. Sykehusets adgang til å ta opp lån er begrenset
9. Sykehuset har rapporteringsplikt etter regnskapsloven

Jeg vil nå kort utdype det sentrale i punktene over og binde dem opp mot slik utvalget så for seg tilknytningsformene brukt på sykehusene.

### Statsforetaksorganisering

Statsforetaksformen er styrings – og ansvarsmessig en form som ligger mellom forvaltningsbedriftsformen og statsaksjeselskapsmodellen. Et statsforetak er et selvstendig rettssubjekt hvor staten er eier. Denne modellen har sitt grunnlag i lov om statsforetak fra 1991, som er basert på statsselskapslovutvalgets utredning NOU 1991:8. Selskapsformen skal etter forarbeidene<sup>11</sup> særlig brukes når et statlig engasjement i forretningsmessig virksomhet også er et virkemiddel for å oppnå sektorpolitiske mål. Modellen vil passe for næringsvirksomhet som bør drives ut fra forretningsmessige prinsipper, men som samtidig er ”*et element i en overordnet samfunnsoppgave hvor de i praksis er vanskelig kan tenkes at staten kan si seg fri fra ansvaret for virksomheten.*” (NOU 1991:8 s58). Jeg vil nedenfor ta for meg hvordan Sørensen-utvalget så for seg sykehusene organisert som statsforetak.

Foretaksmøtet er statsforetakets høyeste organ, der departementet utøver eiermyndighet som svarer til en generalforsamling i et aksjeselskap. Departementet har som eier det overordnede ansvar for foretaket og for at de overordnede krav som stilles til virksomheten blir ivare tatt forsvarlig. Dette ivaretas gjennom stiftelsesdokumentet som gir begrensninger i organisasjonsfrihet ved at styret ikke på egenhånd kan skille ut kjernevirksomhet, fastsette regler og instruksjoner gjennom foretaksmøtet, eller ha kontroll over de personer som skal sitte i de ledende organer. Slike avgjørelser må godkjennes av departementet. Gjennom statsforetaksloven § 10 kan staten definere rammen for sykehusledelsens handlefrihet. Etter § 23 ”*skal saker av vesentlig betydning for foretakets formål eller som i vesentlig grad vil endre virksomhetens karakter skriftlig forelegges departementet for det treffes vedtak.*” Dette gir departementet rett til å bestemme hvilke sakstyper som skal forelegges dem. Dette kan være saker som kan påvirke arbeidsdeling mellom sykehus og

---

<sup>11</sup> NOU 1991:8 Statsselskapslovutvalget, samt Ot.prp.nr.32, jf. Innst. O. Nr.67 (1991-92)

sykehusstruktur, saker som inngår i regionale helseplaner, eller investeringer i nybygg og større utstyrsinvesteringer m.v.

Det at foretaket ikke er en del av Stortingets finansmyndighet, gjør at formue og inntekter ikke er en del av statskassen, og at foretaket hefter selv for sin gjeld. Etter statsforetaksloven § 5 kan foretaket ta opp lån og gi garantier, hvis det er dekning for dette i foretakets samlede lån eller garantiansvar. I tillegg ser utvalget muligheten for at det gjerne kan fastsettes nærmere regler i vedtektene som begrenser muligheten til å ta opp lån eller gi garantier utover § 5, og at det vedtektsfestes at visse lån eller garantitildeleser må godkjennes av foretaksmøtet.

### Fylkeskommunalt selskap

Dette var en tilknytningsform som utvalget selv foreslo, da man mente at det ikke har vært noen organisasjonsform mellom aksjeselskap og kommunalt foretak i kommunal sektor (Se figur 1.1). De samme betingelsene som vi finner i statsforetaksorganiseringen gjelder for fylkeskommunale selskap. Forskjellen her er at det er fylkeskommunen som står som eier alene, og at selskapet er en rettslig og økonomisk enhet skilt fra fylkeskommunen. Som statsforetak vil det i et fylkeskommunalt selskap være en forutsetning at kjernevirksomhet ligger i selve sykehusselskapet, men at selskapsledelsen kan ha mulighet til å skille ut støttefunksjoner. Et fylkeskommunalt selskap organiseres med to ledelsesorganer, *styret* og *daglig leder*, samt *selskapsmøtet* som er det overordnede eierorgan. Selskapsmøtet tilsvarer generalforsamling i et aksjeselskap, og eier har ikke mulighet til å utøve eierstyring utenom dette. Utvalget presiserte at siktemålet med tilknytningsformene var at sykehusledelsen skulle ha større grad av økonomisk og driftsmessig selvstendighet enn det som har vært mulig innenfor en forvaltningsorganmodell. Samtidig skulle modellene ivareta viktige samfunnsmessige behov, noe som gav grunn til en større politisk styring en det aksjeselskapsmodellen la opp til.

Som vi ser valgte flertallet å anbefale to ulike modeller for fylkeskommunale og statlige sykehus, men i hovedsak skulle det være opp til fylkeskommunene og staten selv å velge tilknytningsform. Likevel var det av Sørensen-utvalget ikke en aktuell problemstilling i mandatet å bruke samme eier og tilknytningsform for alle sykehusene. Denne problemstillingen ble heller ikke aktualisert av høringsinstansene som vil bli omtalt under. Sørensen-utvalget var forløperen til lov om fylkeskommunale sykehusselskaper som også vil bli omtalt under.

### En ny regjering

Jeg vil nedenfor komme inn på to saker som inngår i regjeringen-Stoltenbergs periode, og dermed i den studerte prosessen. Grunnen til at jeg tar dem med i dette kapitlet, er at de er viktige forklaringsfaktorer i prosessen jeg studerer, men som har sitt utspring tidligere. Regjeringen Stoltenberg og helseministeren hadde dermed liten påvirkning på disse sakene selv. Jeg vil benytte anledningen til å få frem hva sakene omhandler her, for så å

komme inn på den politiske debatten rundt sakene i neste kapittel. De to sakene er proposisjonen om sykehusøkonomi, og lov om fylkeskommunale sykehusselskaper, som bygget på Sørensen-utvalgets innstilling.

### *En sykehusøkonomi i krise*

#### *-St.prp.nr. 47 (1999-2000) om sykehusøkonomi og budsjett 2000.*

Rett etter Stoltenberg-regjeringen tiltrådte lå det på bordet en stortingsproposisjon som skulle ordne opp i en skandaløs sykehusøkonomi. Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten i Bondevik-regjeringen nedsatte i sin tid et utvalg som fikk i oppgave å bidra til å legge et grunnlag for utarbeidelse av en stortingsproposisjon omkring sykehusøkonomien generelt og ISF-ordningen spesielt. Referansegruppen<sup>12</sup> avla sin innstilling den 16. mars, dagen før regjeringen Stoltenberg tiltrådte, og var i store trekk samstemte i konklusjonene. Gruppen slo fast at fylkeskommunene hadde store problemer med styringen av sykehusøkonomien. Til tross for at innsatsstyrt finansiering (ISF) førte til økte ressurser til sykehusene, hadde de økonomiske problemene blitt mer fremtredende. I 1999 la fylkeskommunene samlet sett driftsregnskaper med underskudd på 2,1 mrd. kr. Årsaken var en realnedgang i de frie inntektene til fylkeskommunene, samtidig som det var atskillig høyere aktivitetsnivå på sykehusene enn det statsbudsjettet hadde regnet med. Det ble da med regjeringens proposisjon av 14. april 2000 foreslått 1,25 mrd. kroner i tilleggsbevilgninger til sykehussektoren (St.prp.nr 47 (1999-2000)). Som jeg skal komme tilbake til i neste kapittel vedtok Stortinget siden ytterligere 0,520 mrd. kroner under stortingsbehandlingen i juni. Helseminister Tore Tønne mente da at for å unngå lignende situasjoner var det behov for en omfattende vurdering av sykehusenes organisasjons- og styringsproblemer (helsedepartementets hjemmeside).

### *En mulighet for fristilling, men fortsatt fylkeskommunalt eierskap*

#### *- Lov om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp.nr.25 (1999-2000)).*

Samtidig med økonomiproposisjonen ble det jobbet med en ny sykehuslov. Denne loven bygget i stor grad på Sørensen-utvalgets utredning, hvor fylkeskommunale sykehusselskap som tilknytningsform ble betegnet som egnet for fylkessykehusene. Loven var langt på vei ferdigbehandlet da Stoltenberg-regjeringen tiltrådte i mars, og proposisjonen ble sendt til sosialkomiteen den 14. april og siden vedtatt i Stortinget 13. juni. Jeg vil i neste kapittel komme inn på det politiske landskapet og stortingsdebatten rundt denne loven, men vil her gå nærmere inn på forhistorien til loven.

---

<sup>12</sup> Referansegruppen var bredt sammensatt av medlemmer fra Finansdepartementet, Kommunal – og regionaldepartementet, Sosial – og helsedepartementet, KS, Norges Handelshøyskole, Universitet i Oslo og SINTEF-NIS, fylkeskommuner, sykehus.

Sørensen-utvalgets utredning ble sendt på høring 30. mars 1999 med høringsfrist 16. juli 1999. Departementet mottok 101 høringsuttalelser<sup>13</sup>. Høringsinstansene mente generelt at det var behov for å kunne utøve mer profesjonell ledelse i sykehussektoren og at sykehusene måtte få bedre muligheter til å tilpasse seg den medisinske og teknologiske utviklingen og de nye markedsbaserte rammevilkårene. Høringsinstansene la generelt vekt på to hovedhensyn ved vurdering av hvilke av de tilknytningsmodellene utvalget betegnet som er egnet for organisering av sykehus, og hvilke som burde være tilgjengelige for sykehuseierne. De la vekt på behovet for at sykehusledelsen skulle få mer frihet i driften av sykehuset gjennom større fullmakter i personalledelse og økonomi og behovet for demokratisk/politisk styring av de offentlige sykehusene for å kunne gjennomføre nasjonale, regionale og lokale helsepolitiske målsettinger. Relatert til figur 1.1 ligger høringsuttalelsenes preferanser mellom det foreslåtte kommunale selskapet (modell IV), kommunalt foretak (modell III) og nettobudsjettert forvaltningsorgan (modell II). Flere av høringsinstansene mente likevel at forvaltningsorganmodellene med utvidet delegering av personal- og økonomifullmakter, kunne gi tilstrekkelig fristilling. Disse høringsinstansene la størst vekt på behovet for demokratisk/politisk styring. Dette gjaldt foruten flere av de ansattes organisasjoner, fylkeslegene og et meget knapt flertall av fylkeskommunene.

Et flertall av høringsinstansene (62%) ga tilslutning til utvalgets menyprinsipp. Det vil si at sykehuseierne fritt skulle kunne velge mellom de modellene som utvalget omtalte som I-VI. Resten (38%) ønsket en mer begrenset meny, ved å ta vekk stiftelse og aksjeselskap som alternativ. En del ga uttrykk for bekymring for en situasjon der sykehusene innen samme fylke eller innen samme region skulle få ulike tilknytningsformer. Av de som uttalte seg om statlig godkjenning, var det like mange høringsinstanser som gikk inn for godkjenning som det var høringsinstanser som gikk i mot. Det var få høringsinstanser som uttalte seg om hvorvidt den foreslåtte loven burde være generell eller sykehusspesifikk. De syntes å forutsette at det kun var sykehus som ville bli berørt av lovforslaget.

Det ble på bakgrunn av dette laget en proposisjon som ble lagt frem for Stortinget den 14. april 2000. Lovforslaget ble ikke trukket tilbake av Tore Tønne ved regjeringsskifte, da han mente loven var et steg i riktig retning (stortingsdebatten 13/06-00). Proposisjonen var i store trekk enig med utvalget og flertallet av høringsinstansene. Loven skulle være en frivillig ordning til fylkeskommunene. Selv om Sørensen-utvalget mente at tilknytningsformen kunne brukes generelt i ulike sektorer av fylkeskommunal virksomhet, ville departementet begrense organisasjonsformen til bare å gjelde sykehussektoren. Departementet ønsket også at departementet skulle godkjenne en

---

<sup>13</sup> 18 fylkeskommuner avga høringsuttalelse, 19 fylkeskommunale sykehus, Helsetilsynet, ni fylkesleger og en del andre etater under Sosial- og helsedepartementet, de fleste andre departementene, to regionale helseutvalg, ni forsknings- og utdanningsinstitusjoner, to fylkesmannsembeter, tre kommuner, Legeforeningen, Norsk sykepleierforbund, Norsk kommuneforbund, NHO, NAVO og Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (Lov om fylkeskommunale sykehusselskaper Ot.prp.nr 25 (1999-2000)).

omdanning til sykehusselskap. Loven ga fylkeskommunene muligheten til å velge tilknytningsform for sykehusene. Sosialkomiteen hadde lite å utsette på proposisjonen, men hadde noen endringer som jeg ville komme tilbake til i neste kapittel, ved debatten rundt vedtaket i juni 2000.

## Oppsummering og drøfting

Jeg har nå beskrevet noe av det arbeidet som har stått sentralt innenfor de to hoveddimensjonene eierskap og organisasjonsmodell de senere år. Som vi ser har disse ikke blitt endret på, men det har vært en diskusjon rundt begge dimensjonene. Det er utredningene som i første omgang blir sett på som de viktigste bidragene til reformen. Man ser at det både har vært utredet hvem som bør eie sykehusene (NOU 1996:5), og hvilke tilknytningsform som bør praktiseres (NOU 1999:15). Den første konkluderte med at tre ulike former for sykehuseierskap. Da Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997) kom på bordet var det et fortsatt fylkeskommunalt eierskap som ble ytterligere satset på og formalisert. Da den andre utredningen så kom var det tilknytningsformer for de statlige og fylkeskommunale sykehusene som ble utredet. Hovedbudskapet var at sykehuseier selv skulle få bestemme tilknytningsform. Statsforetaksorganisering ble anbefalt for de statlige sykehusene, og kommunalt selskap ble tilrådet for de fylkeskommunale. Det siste ble senere fulgt opp ved lov om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp.nr.25 (1999-2000)), men ble en frivillig ordning. Likevel var det blant mange stor skepsis til hvordan sykehusene ble drevet, og Stortingsproposisjon 47 (1999-2000) ga grobunn for en slik skepsis. Stortingsproposisjonen som førte til økte midler til en helsesektor i vansker, ble den utløsende årsaken til at et ønske om en omstilling ble satt på dagsorden av regjeringen.

### *Aktiviseringsprosessen<sup>14</sup>*

Ser vi på hvilke aktører som har vært involvert i den politiske utviklingen i sykehussektoren, er sammensetningene som regel preget av flere ulike miljøer. I utredningene er det deltakere fra fylkeskommunene, sykehusene, berørte departement, forskningsmiljøer, profesjoner og fagforbund. Slike sammensetninger av ulike miljøer har vært svært vanlig i offentlige utredninger og utvalg. Som regel har også politiske prosesser begynt med at det settes ned et utvalg som utreder ulike handlingsalternativer, og som videre gir sine anbefalinger. Disse ender enten ut i en stortingsmelding for endelig behandling, eller de er blitt sendt på høring til berørte parter av det ansvarlige departement. På bakgrunn av dette lager departementet en proposisjon som blir videresendt Stortinget for endelig behandling. Dette har også vært tilfelle i de sakene jeg

---

<sup>14</sup> Deltakerne som går igjen er ifra blant annet Sykepleierforbundet og Legeforeningen, Norsk Helse- og Sosialforbund, Norsk Kommuneforbund, enkelte pasient – og brukerorganisasjoner, Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommuner, forskningsinstitusjoner, sykehus, politikere og ulike berørte departement og andre offentlige etater.

har omtalt her. Sakene blir behandlet og fulgt opp i de fora som følger av det som har vært forvaltningsmessig praksis i politikken og forvaltningen, og utvalgene har vært preget av brede sammensetninger fra ulike miljøer.

### *Defineringsprosessen*

Problemoppfatningene har nok variert mye i sykehussektoren. I sakene som er nevnt i dette kapitlet, er det en generell tanke om at sektoren har store og komplekse problemer. Under Hellandsvik-utvalget ble det påpekt en rekke forhold som ikke var godt nok ivarettatt eller organisert. Dårlige ressursprioriteringer, ventelister, finansieringsmodeller som funksjonstilskuddet og øremerkede tilskudd, geografisk skjevhet i tilgjengelighet og behandlingstilbud, og ansvars- og rolleforholdet mellom stat og fylke, var de største motforestillingene. Også sykehusøkonomiproposisjonen kom som svar på en kriseutsatt sektor, hvor underskuddene og finansieringssystemene ikke ble sett på som gode nok. I det hele har sykehussektoren ofte blitt sett på som et problembarn i offentlig virksomhet, noe som ofte har kommet til uttrykk gjennom media. Store underskudd, uklare finansierings- og ansvarsforhold, ventelisteproblematikk, nedleggelse av avdelinger og lokalsykehus, er noen av de områdene som gjorde at en ny reform ble satt på dagsorden.

Når det gjelder løsningsforslagene som er blitt valgt de senere årene bærer de preg av å være mindre endringer, mer enn omfattende strukturelle endringer rundt eierskap og organisasjonsmodell. Utvalgene har også hatt delte meninger i sine tilrådinger. Norge har blitt hevdet å ha en offentlig sektor der endringer har en nølende og moderat utvikling i forhold til mange andre vestlige land (Christensen og Læg Reid 1998). Problemløsning og kompromiss har gjort endringer i offentlig sektor stegvis, og en har gjerne holdt på det ”gamle” og tilpasset de nye endringene til det eksisterende. Ser en på den korte perioden som er blitt belyst i dette kapitlet, kan det se ut som om dette gjelder løsningsforslagene som er blitt valgt. Dette er illustrert ovenfor ved for eksempel St.meld. nr 24 (1996-1997), hvor man fortsatte å satse på en videreføring av det ”gamle” regionale fylkeskommunale samarbeidet som var en av Hellandsvik-utvalgets modeller, i stedet for en av de mer radikale tilråningene, statlig eierskap eller interfylkeskommunalt selskap. Likevel ble den statlige styringen mer fremtredende gjennom at det skulle utarbeides planer som skulle godkjennes av departementet. Det samme kan en si ved innføringen av lov om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp.nr.25 (1999-2000)), som ble lansert som en egnet modell av Sørensen-utvalget. Loven ble likevel endret på en del områder, for eksempel ved at selskapsformen ikke skulle brukes på andre sektorer i fylkeskommunal virksomhet, og at loven ble en frivillig ordning for fylkene. Eller at vedtektene som fylkeskommunen skulle fastsettes ved selskapsdannelse, ble mer detaljstyrt og i større grad underlagt politisk kontroll, enn den friere rollen utvalget mente selskapet skulle ha. Utvalgets flertall anbefalte også at det ikke skulle stilles krav om statlig godkjenning av opprettelse av sykehusselskap. Dette ble også endret på av departementet som begrunnet dette med at selskapsformen var ny og ubrukt, og at det var en statlig godkjenning på aksjeselskapsmodellen og stiftelse. Stortinget var likevel ikke enige med departementet i dette, noe jeg vil komme tilbake til i neste kapittel.

En ser med dette at staten har ønsket en mer sentral rolle i sykehussektoren de senere årene, og at det har forekommet en forsiktig fristilling, men at en likevel har vært tilbakeholden med å gå i retninger som er radikalt forskjellig fra tidligere eller eksisterende praksis. Løsningene som er blitt valgt har ikke rokket ved eierskapet og i liten grad ved tilknytningsform. I løpet av ett år ble dette endret på. AP-regjeringen og siste innstans Stortinget gikk inn for en reform som hadde omfattende strukturelle endringer knyttet til skifte i eierskap og tilknytningsform. I tillegg skjer dette innenfor en svært kort tidsperiode for en så stor reform. Min oppgave blir da å undersøke hvordan denne prosessen forløp, ved å se på saksgang og innholdet i reformen knyttet til de to dimensjonene, eierskap og tilknytningsform.



## 4 Initiativfasen

### – Reformideene får gjennomslag i Arbeiderpartiet

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for reformens første fase. Jeg vil ta for meg hvordan reformideene ble til, og hvem som sto bak initiativet etter regjeringsskiftet mars 2000. Jeg vil se på statsminister Jens Stoltenberg sin tale i Bergen 6. juni 2000 som et startskudd for reformprosessen, og initiativfasen slutter da det nye forslaget får gjennomslag på Arbeiderpartiets landsmøtet 11. november samme år. Jeg vil i hovedsak følge saksgangen til reformforslaget, og vil se på APs sentralstyremøte og landsmøte som de viktigste beslutningsfora i fasen. Men jeg vil også komme inn på andre områder som vil ha betydning for min studie. Blant annet vil jeg ta for meg stortingsdebattene rundt lov om fylkeskommunale sykehusselskap og sykehusøkonomien som ble vedtatt 15. juni 2000. Jeg vil også komme inn på Oppgavefordelingsutvalgets<sup>15</sup> innstilling i juli 2000. Utvalget skulle se på hvilke oppgaver som burde tillegges de ulike folkevalgte nivåene. Selv om mitt fokus i denne perioden er debatten om sykehuseierskap, er det viktig at denne også sees i sammenheng med den overordnede debatten som var om fylkeskommunens eksistens på denne tid.

Kapitlet vil ha fokus på Arbeiderpartiet som satt i regjering, og den offentlige debatten som preget perioden. Jeg vil i hovedsak ta for meg debatten som var innad i partiet. Sosial -og Helsedepartementet (SHD) som utformet reformen vil ikke få stor omtale, fordi aktiviteten her var liten i denne perioden. Perioden var til en viss grad preget av meningsutvekslinger i media, først og fremst fra AP-politikere, men også fra andre politikere og fremtredende personer i interesseorganisasjoner.

### Regjeringen Stoltenberg – Tønne blir helseminister

Regjeringen Stoltenberg tiltrådte 17.mars 2000. Et av hovedbudskapene til Stoltenberg var en modernisering av offentlig sektor. En viktig faktor i dette moderniseringsprogrammet var en omorganisering av sykehussektoren. Stoltenberg utnevnte Tore Tønne som helseminister. Tønne kom fra en konsernsjefstilling i Norway

---

<sup>15</sup> Oppgavefordelingsutvalget ble nedsatt 5. juni 1998 for å vurdere oppgave og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene her i landet. 2 februar 2000 ble mandatet også utvidet til å innbefatte en vurdering av antall forvaltningsnivåer, og forslag til ansvarfordeling av oppgaver ved en eventuell reduksjon i antall forvaltningsnivåer. Utredningen skulle inneholde vurdering av antall og størrelser på fylker eller regioner, og oppgave –og ansvarsfordeling ved en eventuell endring i fylkesinndelingen.

Seafood og var utdannet siviløkonom og jurist. Han hadde også tidligere erfaring fra det offentlige, i Utenriksdepartementet, Olje –og energidepartementet, Statoil og Statens nærings - og distriktsutviklingsfond (SND). Det var i denne sistnevnte jobben at han kom i kontakt med Stoltenberg som på den tid var nærings –og energiminister. I denne perioden reformerte Tønne distriktspolitikken ved å legge ned alle fylkeskommunale næringskontor. ”*Ingen har fått til så store omstillinger i fylkeskommunene som Tore Tønne*”, sa statsminister Stoltenberg da han ble bedt om å begrunne valget av helseministeren (Aftenposten 18/03-00). Tønne sa allerede de første dagene i sitt arbeid som helseminister at han ønsket å gi sykehusene en friere stilling; ”*Det overordnede målet er å dekke etterspørselen og levere gode helsetjenester til alle, uavhengig om det er det offentlige eller private som står bak*”, sa Tore Tønne til NTB 20/03-00. Med denne uttalelsen utløste han sterke reaksjoner, også i egne rekker. Leder i Norsk Kommuneforbund og medlem av APs sentralstyre, Jan Davidsen, hevdet at en slik holdning var i strid med partiprogrammet (Aftenposten 20/03-00). Helseministeren modererte seg noe dagen etter ved å utdype hva han mente. ”*Det jeg har sagt tidligere, og som jeg står ved, er at det bør arbeides med en kombinasjon av statlige og private ressurser i helsesektoren. Jeg ønsker på ingen måte å svekke helsesektoren som statlig og offentlig ansvarsområde*” (Aftenposten 21/03-00).

En av grunnene til at Tønne tidlig ga uttrykk for en omstilling i sykehusvesenet var at rett etter regjeringsskiftet lå det på bordet en stortingsproposisjon som skulle ordne opp i en svak sykehusøkonomi.<sup>16</sup> Det ble da med denne proposisjonen av 14. april 2000 foreslått 1,25 mrd. kroner i tilleggsbevilgninger til sykehussektoren. Stortinget skulle vedta forslaget i juni. Helseminister Tore Tønne mente at for å unngå lignende situasjoner var det behov for en omfattende vurdering av sykehusenes organisasjons- og styringsproblemer (Helsedepartementets hjemmeside). Ved regjeringstiltredelsen ble alle statsrådene bedt om å komme med innspill for hva en anbefalte som sine satsningsområder. Det ble i den forbindelse skrevet et seks sider notat av statssekretæren i SHD Lars Erik Flatø til regjeringsledelsen, som tok opp behovet for en gjennomtrengende reform i sykehussektoren. Prinsippet om et enhetlig ansvar, og organisering av sykehusene som egne rettssubjekter, var uttrykk for en dyp overbevisning hos helseministeren, og som han kom frem til nokså raskt (intervju -Flatø).

Tidligere hovedfagsstudent ved Universitet i Oslo, Jens Kato Lunder har gjort et intervju med Tore Tønne (Lunder 2002). I intervjuet ble det fremhevet at helseministeren tidlig så at noe radikalt måtte gjøres med sykehusene. Spørsmålet var ikke *om* en skulle gjøre noe, men heller *hva* som måtte gjøres. Dette begrunnet han med at sykehusenes problemer tidligere hadde vært løst ved å bevilge mer penger. Han så et problem i at staten hadde finansieringsansvaret uten at den hadde noen reell beslutningsmyndighet. Tønne så liten mulighet for styring i et slikt system. Samtidig fremhevet han betydningen av en distanse mellom sykehusene og eierne, ved at statsråden ikke burde blande seg inn i hvordan den interne organiseringen av sykehusene burde foregå. Dette var noe han hadde erfart som leder både innen privat og offentlig sektor. Han gjorde det tidlig klart at

<sup>16</sup> (St.prp.nr. 47 (1999-2000) om sykehusøkonomi og budsjett 2000) (Se kap. 3 s. 44).

en aksjeselskapsmodell ikke var aktuell, da dette ikke ga staten et klart nok ansvar. Til å begynne med tenkte Tønne mye på ulike løsningsforslag på egen hånd. Det var særlig to alternativer som pekte seg ut i forhold til sykehusenes eierstruktur. Enten alt ansvar til fylkeskommunene, eller alt ansvar til staten. Uansett hvilke av disse to løsningene som ble valgt, ønsket han å skille ut sykehusvesenet fra forvaltningen (Lunder 2002).

Det var få andre i departementet som aktivt jobbet med hva en eventuell reform skulle inneholde på dette tidspunkt. Arbeidet utover våren var mer av politisk og ideologisk karakter fra statsråden og hans nærmeste medarbeidere. Også statssekretær Lars Erik Flatø støttet opp om ideene, selv om han i begynnelsen var i tvil. Han var tilhenger av foretaksorganisering, men var skeptisk til om departementet var i stand til å håndtere en så stor og komplisert sektor som sykehussektoren. Han ble likevel fort overbevist om statlig eierskap var den rette veien å gå. Utfordringene lå i å overbevise arbeiderpartimedlemmene om det samme (intervju -Flatø).

### Stoltenbergs tale – et startskudd for reformen

I forbindelse med APs representantskapsmøte i Bergen den 6. juni, holdt statsminister Jens Stoltenberg en tale som ble sett på den viktigste pekepinnen på hva som skulle være regjeringens politikk fremover. Stoltenberg uttalte at han var svært opptatt av at regjeringen skulle være med å prege utviklingen og ikke ende opp som en ”konservativ bevegelse” som så utviklingen gå forbi. Han oppsummerte ivrig eksempler fra fortiden der AP hadde stått for ”det gamle”, og på den måten gitt de borgerlige partiene mer makt til å føre utviklingen. Han viste til hendelser som godkjenning av private barnehager, da NRK-monopolet ble opphevet, prosessen fra Televerket til Telenor, og utvidelsen av åpningstider i butikker. Alle var eksempler på en utvikling hvor de borgerlige partiene hadde lagt premissene, og hvor AP hadde motarbeidet i stedet for å prege utviklingen selv. Likevel understreket han at de gamle og sosialdemokratiske verdiene ikke skulle rokkes ved, og at det var virkemidlene han ville endre. For å forklare sitt budskap viste han til at det nettopp var viljen og motet til å forandre som var sosialdemokratenes styrke den gangen det skapte den nye tid i Norge. Han så for seg en reformering av offentlig sektor, med større åpenhet for private løsninger, og ny organisering av tunge sektorer som sykehus og utdanning. Han sa at sykehusvesenet skulle reformeres, og at dette ville skje innen to år. Innen denne tid skulle regjeringen ha etablert en bedre og mer robust modell for offentlig sykehusdrift, og sykehusene skulle bli mer selvstendige og ansvarlige enheter. Samtidig antydte han en nedbygging av fylkeskommunen, og var heller ikke avvisende til privatisering: ”*Vi er ikke redd for private løsninger dersom de faktisk gir bedre resultater.*” (Statsminister Jens Stoltenberg tale i Bergen 06/06-00). Delprivatisering av Statoil og et ”ja” til EU, var også noen av målene statsministeren ville jobbe mot, vel vitende om at venstresiden i partiet, samt AUF og partiets veteraner var skeptisk til flere av disse tankene.

Selv om Stoltenbergs tale på enkelte områder var til dels generell og lite konkret, skapte den debatt i ettertid, både når det gjaldt fylkeskommunen, sykehusene og

privatisering av Statoil. APs stortingsrepresentant Grethe Fossum sa i Aftenposten 8/6-00, at den store utfordringen for Stoltenberg var å motivere de offentlige ansatte til forandring. Aftenposten selv skrev ”at Stoltenberg burde kjenne sitt eget parti godt nok til å vite at han med slike postulater utfordret tunge krefter i egne rekker.” Også Høyre-leder Jan Petersen uttalte at i de fleste kampsakene regjeringen hadde for å modernisere offentlig sektor ville konfliktilinjene mer ligge internt i AP, enn mot andre partier (Aftenposten 07/06-00). Flere av APs stortingspolitikere visste at regjeringen hadde planer for sykehusene etter regjeringens uttalelser ved regjeringsskifte, men det var første gang at man hørte at det ble tidsbestemt til to år, og det var enda usikkert hva som lå i omleggingen (intervju – Øyangen og Kristoffersen).

Mest av alt var det fylkeskommunens fremtid som skapte størst debatt, dette fordi Oppgavefordelingsutvalgets utredning lå like om hjørnet. Venstre-leder Lars Sponheim var positiv til Stoltenbergs visjoner når det gjaldt en nedbygging av fylkeskommunen, men gikk med dette mot sitt eget partiprogram. På sykehusspørsmålet var han uenig med Stoltenberg om statlig overtakelse og hevdet at sykehusene måtte eies av kommunene sammen, men utelukket heller ikke aksjeselskap som organisasjonsmodell: ”Det er en måte å gjøre det på. Det er bare en juridisk måte å dele eierskapet på flere. Vi må finne en selskapsform som gjør det mulig å ha et spredt eierskap” (Aftenposten 09/06-00). Sentrumpartiens statsministerkandidat Kjell Magne Bondevik var ikke avvisende til Sponheims uttalelser om å nedlegge fylkeskommunen og overføre oppgavene til kommunene, og så også for seg en interkommunal løsning på sykehusene, men ville ikke utelukke noe før Oppgavefordelingsutvalget hadde gitt sin utredning (Aftenposten 09/06-00).

#### *Helseministeren gir Stoltenberg rask tilbakemelding*

Talen til Stoltenberg ble sett på som et mandat til helseministeren til å gjøre noe i sykehussektoren, et startskudd for en ny reform. Men det lå svært få føringer eller begrensninger i hvilke tiltak som burde gjøres, noe også talen bærer preg av. Helseministeren fikk med dette frie tøyler til å sette i gang en organisatorisk omlegging. På dette tidspunkt hadde helseministeren allerede jobbet med hvordan han ønsket en slik omstilling, og kunne rimelig parallelt med Stoltenbergs tale, gi en tilbakemelding at det var et statlig eierskap og en organisering av sykehusene som egne rettssubjekt, han ønsket å oppnå. Helseministeren selv så på reformen som en *ansvarsreform* ut fra to hovedgrunner. For det første at staten fikk ene-ansvaret for finansiering og produksjon i sektoren, og for det andre at dannelsen av egne rettssubjekt innebar en tydeliggjøring av den enkelte sykehusledelsens ansvar (intervju - Flatø). Helseministerens raske tilbakemelding ble godt mottatt av Stoltenberg og Jagland, som også var tilhengere av et statlig eierskap, men til nå var det bare ledelsen som visste hva planene gikk ut på. Flatø sier dette om ledelsens støtte til helseministeren.

*”Jeg opplevde at statsministeren i særdeleshet, og partilederen, som jo var to ulike personer på det tidspunkt, ga Tore Tønne personlig en veldig sterk ”backing” (...). Så jeg vil i særdeleshet si at støtten ifra partiets ledelse, den var veldig tydelig.” (intervju Flatø).*

## Sykehusøkonomiproposisjonen og lov om fylkeskommunale sykehusselskaper blir vedtatt

Like etter Stoltenbergs tale ble lov om fylkeskommunale sykehusselskaper og sykehusøkonomiproposisjonen vedtatt i Stortinget. Helseministeren hadde lite med både loven og økonomiproposisjonen å gjøre, da utredningsarbeidet allerede var godt i gang da han tiltrådte. Det ble som nevnt tidligere foreslått av regjeringen å bevilge 1,250 millioner mer til sykehusene. Stortinget var ikke helt enig i regjeringens prioriteringer, og bevilget 520 mill. mer. Til og med APs stortingspolitikere støttet tilleggsbevilgningen, noe som også ble påpekt av Alvheim (FrP): *”Selv om det er gledelig at regjeringspartiet også ber øker bevilgningene og tar ansvar, er det oppsiktsvekkende at helseministeren i denne saken går på et nederlag i forhold til sin egen stortingsgruppe.”* (Alvheim - stortingsdebatten 13/06-00). Helseministeren svarte at han ikke så på dette som oppsiktsvekkende hvor raskt man gjennom økte bevilgninger burde ta sikte på å arbeide seg ut av situasjonen. Men han fastholdt, noe han også fikk stor støtte fra partikolleger Kristoffersen og Øyangen og andre politikere, at økonomi i seg selv ikke ville løse problemene i sektoren (stortingsdebatten 13/06-00).

Underveis i debatten ble det av blant annet Alvheim (FrP), Gløtvold (SP), og Høegh (H) henvisning til Stoltenbergs tale i Bergen om planene om en mer robust sykehusmodell innen to år, og helseministeren ble spurt om å redegjøre nærmere for hva planene gikk ut på. Helseministeren var tilbakeholden med opplysninger, og det nærmeste han kom et svar var med følgende utsagn: *”...bortsett fra at jeg nok vil si ifra om at det må gjøres tiltak innenfor det rent organisatoriske, altså hvordan sykehusene og sykehussektoren i dag er organisert.”* (Helseminister Tore Tønne – stortingsdebatt 13/06-00).

Samme dag ble også lov om fylkeskommunale sykehusselskap vedtatt. Selv om Tønne hadde egne planer for sykehussektoren, ønsket han ikke å trekke tilbake lovforslaget. Loven gav fylkeskommunene mulighet til å fristille sykehusene sine fra forvaltningen, men fortsatt underlagt fylkeskommunen. Loven innførte en frivillig ordning, og bygget i stor grad på Sørensen-utvalgets utredning (se kap. 3 s39). Det ble gjort noen få endringer fra proposisjonen, nemlig at det ble trukket et klarere skille mellom sykehuseier og styrets ansvar, særlig når det gjaldt selskapsmøtets myndighet og håndteringen av budsjettavvik (jf. §16 og §29 innst.O.nr.88 (1999-2000)). Også helseministeren støttet denne klargjøringen. Loven hadde et samlet Stortings bak seg, men med noen politiske skillelinjer. AP og SV ønsket ikke å gi fylkeskommunene muligheten til å organisere seg som aksjeselskap eller stiftelse. FrP og Høyre ønsket dette. Dette ønsket også KrF og SP, men ville ikke anbefale denne formen for tilknytningsform for sykehusene, men ønsket heller ikke å forby disse organisasjonsformene, da det kunne i noen tilfeller likevel være hensiktsmessig. Likevel ønsket de samme partiene, sammen med SV, at det skulle godkjennes av Sosial -og helsedepartementet hvis sykehus skulle omdannes til aksjeselskap eller stiftelse, slik proposisjonens § 10 tilsa. Flertallet med AP, Høyre og FrP var imot dette, da de ikke så nytten av detaljerte godkjenningsprosesser fra departementet når det allerede var lovfestet at fylkeskommunene selv skulle få bestemme (Inst.O.nr 88 1999-2000). AP mente også at dette *”ikke ville være i samsvar med*

*lokaldemokratiske prinsipper*” å la departementet ta slike beslutninger (Kristoffersen – stortingsdebatten 13/06-00). Under stortingsdebatten var det særlig dette som ble debattert. FrP hadde ønsket seg en større fristilling, og gikk primært inn for at sykehusene burde omdannes til aksjeselskap og følge aksjeloven, men ville subsidiert støtte fylkeskommunalt sykehusselskap, særlig etter de endringene som ble gjort i komiteen. Også Høyre delte dette synet. Helseminister Tore Tønne var skeptisk til muligheten til omdanning til aksjeselskap, men mente at de grepene som nå ble tatt ville gi en klarere ansvarsfordeling. ”Jeg gjentar at jeg ser forslaget til ny lov om fylkeskommunale sykehusselskap som et viktig steg på veien for å skape klarere roller og ansvarsfordeling og bedre økonomistyring i de offentlige sykehusene.” (Helseminister Tore Tønne stortingsdebatten 13/06-00). Også i denne stortingsdebatten ble det etterspurt hvilke planer helseministeren hadde. Are Næss (KrF) funderte litt over hva helseministeren mente med at loven var et ”viktig steg på veien”, og igjen ble det henvist til Stoltenbergs tale i Bergen noen dager før, og lurte på om det var noe mer i emning. Og hvis det så var, hvorfor hadde ikke lovforslaget blitt trukket tilbake av helseministeren?

*”Det jeg da lurer på, er hva statsministeren har i ermet? Eller kanskje helseministeren også har det i ermet? Betyr statsministerens tale at den lov vi vedtar i dag, bare er en overgangsordning inntil det virkelige store grep tas? Betyr det at det lovforslag som i dag blir vedtatt, bare sees på som en midlertidig forføyning? Og hva er det i så fall statsminister Stoltenberg viser til når han i sin tale antyder en betydelig fristilling av sykehusene, som jeg ikke kan se fremgår av det statsråden sier her i dag?”* (Are Næss (KrF) stortingsdebatten 13/06-00).

Helseministeren svarte at han ikke så noen grunn til å trekke proposisjonen tilbake, fordi han anså det som et viktig fremskritt ”..og forhåpentligvis – viktig steg i retning av i praksis å realisere en slik klargjøring av ansvarsforholdene i sektoren.” Han håpet på at fylkeskommunen nå tok denne loven i bruk. Om hvilke planer han hadde for fremtiden til sykehusene var han heller tilbakeholden med opplysninger, og sa følgende:

*”Jeg vil ikke gå inn på detaljer i hvilke øvrige tiltak som skal gjennomføres, men blant annet skal man også se på organiseringen, tilknytningsformen for de statlige sykehusene. Så får vi komme tilbake med de konkrete forslag til det som skal være en mer robust organisasjon av sykehussektoren. Men jeg har allerede sagt at det vil dreie seg om en kombinasjon av økonomiske tiltak og organisatoriske tiltak”* (Helseminister Tore Tønne i stortingsdebatten 13/06-00).

I slutten av juni 2000 hadde Akershus fylkeskommune valgt å omdanne sykehusene til fylkeskommunale sykehusselskap. Rogaland og Buskerud vedtok å omdanne sykehusene til fylkeskommunale foretak, som betyr en fristilling men at de fortsatt er en del av forvaltningen juridisk. Hedemark vedtok å fristille ett av sine sykehus til foretak. Noe av grunnen til at det var så få som foretok en fristilling var at fylkeskommunene var usikre på om de i det hele tatt var sykehuseiere etter at Oppgavefordelingsutvalgets innstilling hadde vært igjennom politisk behandling (Aftenposten 25/06-00).

På landsstyremøtet i Norsk Kommuneforbund i midten av juni, advarte forbundet sterkt mot en fristilling av sykehusene slik loven åpnet for. De mente at loven åpnet for et

mer markedsstyrt helsevesen, og brøt med de overordnede helsepolitiske målsetningene om at alle skal være sikret nødvendige helsetjenester uavhengig av økonomi, status og geografi. NKF ønsket heller at fristilling skulle begrenses til bare å gjelde *kommunalt foretak*, som er en organisasjonsmodell hvor en fortsatt er en del av forvaltningen og under politisk ansvar og styring (uttalelse fra NKFs landsstyremøte 13-15. juni 2000).

### *Helseministeren gjør statlige sykehus om til statsforetak*

I slutten av juni la helseministeren frem et forslag til regjeringen som gikk ut på å gjøre de statlige sykehusene, Radiumhospitalet og Rikshospitalet og noen mindre statlige sykehus, om til statsforetak allerede ved årsskifte. Ideen bygget på den nye lov om fylkeskommunale sykehusselskap og Sørensen-utvalgets utredning. Han sa at det var viktig å få klargjort ansvarsforhold mellom sykehuseier, styret og sykehusenes administrative ledelse. Han mente at dagens ordning ikke gav ledelsen fullmakter til å handle og å gjøre disposisjoner som normalt var tilfelle i så store organisasjoner, og at det var for mye detaljstyring fra eierne og politikerne. Han sa at en foretaksmodell ikke løste alle administrative og økonomiske problem, men la bedre forutsetninger for å gjøre noe med det. Privatisering så han på som utelukket, og hevdet at det var viktig å holde eier – og ansvarsforholdene klart til staten. Det skulle på plass nye styrer med større fullmakter enn sykehusstyrene tradisjonelt hadde hatt, og at direktøren skulle ansettes av det nye styret, i stedet for av SHD som tidligere. (Aftenposten 30/06-00). Samtidig uttalte han at ”*det kommer mer*”, uten å begrunne hva han hadde i tankene (Aftenposten 01/07-00).

## Oppgavefordelingsutvalgets innstilling

Like etter leverte Oppgavefordelingsutvalget sin utredning (3. juli 2000). Kommunalminister Sylvia Brustad sa til NTB samme dag at utvalgets innstilling vil være et viktig grunnlag for regjeringens videre arbeid med å modernisere offentlig forvaltning (NTB 03/07-01) Utvalget var svært splittet i sine konklusjoner med henhold til hvilke oppgaver fylkeskommunen skulle ha, men det var flertall for å beholde den. Her er hovedtrekkene i utvalgets innstilling:

*Utviklingsmodellen*<sup>17</sup>: Seks medlemmer ville ha 10 til 15 fylker, og direkte valg til fylkesting. Fylket skulle få ansvar for videregående skoler, institusjoner innen barnevern- og rusomsorg, videregående skoler, fylkes- og riksveier. De skulle minimum ha ansvaret for å bestille spesialisthelsetjenester, men kunne også fortsette å eie sykehusene. Forslaget innebar en styrking av fylkene fordi de på flere områder fikk mer makt og ble tildelt flere oppgaver.

---

<sup>17</sup> Medlemmene Fylkesordfører Siri Austeng, Hedmark fylkeskommune, Cand.sociol. Kari Dalane, tidligere avdelingsdirektør i Kommunal- og regionaldepartementet, Kommunestyrerepresentant Øyvind Fluge, Askøy kommune, Førsteamanuensis Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo, Fylkestingsrepresentant Dagfinn Sundsbø, Akershus fylkeskommune og Administrerende direktør Lars Wilhelmsen, Husbanken (leder).

*Samarbeidsmodellen*<sup>18</sup>: Tre medlemmer ville ha 10 til 15 fylker, med indirekte valg til fylkesting basert på kommunestyrenes representanter. Fylket fikk ansvar for videregående skoler, fylkes- og riksveier og institusjoner innen barnevern og rusomsorg, mens staten overtok ansvaret for sykehus og spesialisthelsetjenesten.

*Landsdelsmodellen*<sup>19</sup>: Ett medlem ville ha maksimum 10 fylker og direkte valg til fylkestinget. Fylket fikk ansvar for videregående skoler og riks- og fylkesveier. Kommunene overtok ansvaret for institusjoner innen barnevern og rusomsorg. Fylket skulle minimum beholde ansvaret for å bestille spesialisthelsetjenester, men kunne også eie og drive sykehusene.

*To-nivå-modellen*<sup>20</sup>: Ett medlem ønsket å fjerne alle fylkene. Kommunene overtok ansvaret for institusjoner innen barnevern og rusomsorg, videregående skoler og deler av fylkesveiene. Staten overtok ansvaret for sykehus og spesialisthelsetjenesten og deler av fylkesveiene (NOU 2000:22).

Alle utenom én i utvalget ønsket altså å beholde fylkeskommunen som forvaltningsnivå, men utvalget var generelt uenig og uklar med hensyn til hvem som burde drive og eie sykehusene. 7 av 12 medlemmer anbefalte minimum et regionalt bestiller –og finansieringsansvar for spesialhelsetjenesten til fylkeskommunene. 5 av 12 medlemmer anbefalte et statlig ansvar for spesialhelsetjenesten (NOU 2000:22).

### *Debatten rundt Oppgavefordelingsutvalgets innstilling*

Utredningen skapte i ettertid debatt om fylkeskommunens fremtid. At så mange ville beholde fylkeskommunen stod noe i strid med det ledelsen i Arbeiderpartiet gjerne hadde håpet på. Regjeringen med kommunalminister Sylvia Brustad hadde tidligere uttalt at en ønsket å erstatte fylkeskommunen med 5-7 regioner (Aftenposten 04/07-00). Regjeringen regnet med å legge fram sin anbefaling i sin kommuneproposisjon overfor Stortinget i mars/april neste år (Dagbladet 04/07-00). Senterpartiets Magnhild Meltveit Kleppa, og KrFs Valgerd Svarstad Haugland var svært fornøyd med utvalgets konklusjon som de mente skrinla Brustads og Stoltenbergs planer om fem regioner. Høyres Jan Petersen kritiserte utvalget for å ville gi fylkeskommunene mer makt over kommunene, og kalte den en ”paimølle som bør fjernes” (Aftenposten 04/07-00). Høyre var på mange punkter enige med FrP, som på sitt landsmøte i april gjorde det helt klart at situasjonen i sykehussektoren var uholdbar og at staten måtte overta ansvaret umiddelbart. I tillegg ønsket FrP å legge ned fylkeskommunen (Landsmøtevedtak FrP i april 2000).

---

<sup>18</sup> Medlemmene Fylkesmann Leif Arne Heløe, Troms fylke Underdirektør Ragnid Mørum, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Fylkesmann Tora Aasland, Rogaland fylke.

<sup>19</sup> Medlemmet Underdirektør Helga Berit Fjell, Finansdepartementet.

<sup>20</sup> Medlemmet Ordfører Kirsten Huser Leschbrandt, Mandal kommune.



### *Oppgavefordelingsutvalget møter fylkeskommunene*

Innad i AP var det svært ulike oppfatninger om fylkeskommunens fremtidige rolle, og som Aftenposten uttrykte det ”...det er nesten like mange meninger som det er fylkesledere.” (Aftenposten 04/07-00). På et møte Oppgavefordelingsutvalget hadde med landets fylkesordførere i Oslo Rådhus 31/7-00 kom noe av dette til uttrykk. Her gikk fylkesordførerne i AP, med utredningsmedlem og fylkesordfører i Hedemark Siri Austeng i spissen, hardt ut mot ledelsen i sitt eget parti, ved å mene at man la for ensidig vekt på effektivisering, og ikke så viktigheten av folkevalgte fylkesorganer (NTB 31/07-00). Fylkeslederne var enige med flertallet i Oppgavefordelingsutvalget ved å redusere antall fylkeskommuner til 10-15, men syntes kommunalminister Brustads utspill om å ha 5-7 regioner ville gi en nedbygging av det regionale demokratiet. Austeng stilte spørsmål om disse enhetene kunne drive sykehusene bedre enn dagens fylkeskommuner. Også en eventuell statlig styring av sykehusene ville ha en lang vei å gå, hevdet hun, og nevnte Rikshospitalet, Statsbygg og Rusmiddeldirektoratet som eksempler. Hun syntes at debatten om folkestyre hadde vært for lite fremtredende i hennes egen partiledelse. Fylkespolitikkerne måtte få mer å si i utformingen av politikken, og brukte harde ord for å beskrive situasjonen: ”Det pågår en maktkamp, og vi må komme på banen”, hevdet hun (NTB 31/07-00).

Det var ikke bare APs egne fylkesledere som var imot AP-ledelsens regionspolitikk. På samme møte uttalte fylkesordfører i Telemark, Anders Kjær (SP) at ”Staten må ha en regional sykehusforvaltning og regional forvaltning av den videregående skole. En sparer ikke byråkrati ved å legge ned fylkeskommunen”. Det samme uttalte fylkesordfører i Aust Agder Oddvar Skaiaa (KrF), som mente at med Oppgavefordelingsutvalgets konklusjoner, nå burde legger debatten om fylkeskommunen død (NTB 31/7-00).

Helseministeren var på samme tid invitert til fylkesordførernes sommermøte, hvor han holdt et innlegg om de helsepolitiske utfordringene. Dette var andre gang han møtte fylkesordførerne som helseminister, men det ble enda ikke nevnt hvilke reformplaner som var under utvikling. Først 14 dager senere på APs sentralstyremøte skulle planene for første gang bli offentlig kjent (intervju –Rolstad).

### **Arbeiderpartiets sentralstyremøte**

Statsminister Jens Stoltenberg skrev en kronikk i BT 31/07-00 forut for sentralstyremøte, hvor han presiserte utfordringene norske sykehus stod foran. Han viste til en studie av Legeforeningen angående effektiviteten ved norske sykehus som var nedslående. Legene brukte bare halvparten av sin arbeidstid på pasienter, og at en hadde ansatt mer helsepersonell enn noen gang, men pasientbehandlingen økte ikke. Han hevdet at det var stor variasjon mellom sykehusene, og signaliserte en bedre oppgavefordeling mellom sykehusene. Han ønsket et klarere ansvarsforhold mellom sykehusene og deres eiere. Han presiserte at sykehusledelsen måtte få større ansvar for driften av sykehusene, og siktet til svartepersillet som var i dag:

*”Sykehusene skylder på detaljstyring og manglende bevilgninger. Fylkeskommunen, som er eier, skylder på dårlig ledelse og manglende bevilgninger. Og staten betaler, men kan ikke sette krav til styringen eller ledelsen til sykehusene” (Jens Stoltenberg BT 31/04-01).*

Bedre ansvarsfordeling var grunnen til at en nå hadde satt i gang en utredning for å vurdere å omdanne de statlige sykehusene til statsforetak. Han så på den nye loven om fylkeskommunale sykehusselskaper som et steg i riktig retning, og mente at en var godt i gang med nye reformer. Han listet opp fastlegeordningen, anskaffelse av utstyr til sykehusene, opptrapping av psykiatri og kreftbehandling. Men det var flere i vente, uten at han kom inn på hvilke (BT 31/07-00).

På sentralstyremøtet<sup>21</sup> (15.-21. aug.) skulle regjeringens fremtidige planer settes på dagsorden. Det ble her for første gang offisielt lagt frem et forslag fra ledelsen om at staten skulle overta sykehusene og organiseres som foretak. Forslaget kom ganske overraskende på flere av deltakerne og AP-politikere. Foruten fylkeskommunen og sykehusene, var også Statoil og EU-saken blant de viktigste og mest konfliktfylte sakene som skulle taes opp. Men Jagland la ikke skjul på hva han syntes var viktigst; *”Vi må først finne ut hva som er best for sykehusene”* (Aftenposten 15/08-00). Helseminister Tøre Tønne var innkalt første dagen for å redegjøre for de viktigste momentene i en statlig overtakelse. Sosialpolitisk talskvinne Gunhild Øyangen var konkurrerende innleder. Ingen av dem var medlem av sentralstyret. Helseministeren la frem sitt reformforslag, hvor han ønsket at staten skulle overta alle sykehus, og at sykehusene skulle organiseres i foretak. Etter første dag var det kun utenriksminister og AP-leder Torbjørn Jagland, statsminister og nestleder Jens Stoltenberg, familieminister Karita Bekkemellem Orheim, og LO –leder Yngve Hågensen som støttet Tønnes reform. I og med at Handels -og Næringsminister Grete Knudsen også var imot, hadde ikke reformplanene engang støtte av hele regjeringen. Både foretaksmodellen og statlig eierskap ble møtt med misnøye av flere. (Aftenposten 16/08-00). Leder i NKF Jan Davidsen og fylkeslederne Britt Hildeng og Grethe Fossum var de største motstanderne av en slik reform. Grunnen til den brede motstanden i eget parti, var faren for demokratiunderskudd ved at fylkeskommunen ikke lenger skulle ha ansvaret. Samtidig så man en fare i fristillingsdimensjonen som kunne føre til en privatisering ved en mer borgerlig regjering (intervju - Øyangen).

### *Sosialpolitikerne overrasket over forslaget*

Det som skapte sterke reaksjoner var at APs sosialfraksjon på Stortinget ikke var konsultert med det omstridte forslaget. APs sosialpolitiske talskvinne Gunnhild Øyangen betegnet forslaget som ”uferdig”, og hevdet at partiets grunnorganisasjon ikke hadde vært nok med i diskusjonen, og at en statlig overtakelse ikke var godt nok utredet. *” I en så stor sak pleier jeg ha noe skriftlig å forholde meg til. Man bør ikke ta standpunkt nå, men heller gå i en*

---

<sup>21</sup> Sentralstyret i AP består av leder, to nestledere og partisekretæren i AP, 11 fylkesledere, lederne av LO og Norsk Kommuneforbund og Fellesforbundet, samt leder i AUF og leder i APs kvinnepolitiske utvalg, til sammen 20 representanter.

*prosess for avklaring*”, hevdet hun (Aftenposten 16/08-00). Det ble dagen etter holdt et flere timers langt møte mellom regjeringsledelsen, helseministeren og sosialfraksjonen, hvor fraksjonen ba regjeringen utsette avgjørelsen. Dette ble avvist av ledelsen. Torbjørn Jagland avviste kritikken fra Øyangen kontant ved å si at ”*Det er partiets sentralstyre, ikke partiets sosialpolitikere på Stortinget som skal legge frem forslag for landsmøtet om hva partiet skal mene. Hvis ikke ledelsen tar et ansvar nå, flykter vi fra ansvaret*”(Aftenposten 18/08-00). Jagland hevdet at sykehusorganisering hadde vært et tema i partiet i hvert fall i de ti siste år, og at det også hadde vært godt nok utredet. ”*Dessuten har nå sosialpolitikere på Stortinget tre måneder på seg på å diskutere denne saken i partiet. Debatten skal gå helt frem til landsmøtet i november. Sentralstyrets vedtak er bare et forslag til hva landsmøtet bør vedta*”, sa Jagland. Øyangen fremhevet at hun ikke hadde tatt noe endelig standpunkt i hvem som burde eie sykehusene, men var bekymret for et Norge uten noe demokratisk regionalt nivå. Hun mente at statlig eierskap ikke var noen ”sesamløsning”, og at det lå fullmakter for staten til å gripe inn overfor fylkeskommunene ved godkjenning av helseplanene, men at dette ikke ble utnyttet (Aftenposten 16/08-00). Øyangen mente at det som var aller mest uklart, var hva som skulle skje med fylkeskommunen etter en overtakelse, og ”så med gru” på et Norge uten noe demokratisk mellomnivå. Hun mente at man enda ikke hadde fått sett effektene av de reformene som allerede var i gang i sykehussektoren, som regionale helseplaner, fristilling og oppgavefordelingen mellom sykehusene. Hun utelukket likevel ikke at det frem mot landsmøtet ville være mulig å komme frem til et kompromiss. Jagland mente også at det var mulig å bestemme en nyorganisering av sykehusene, uten at man dermed fjernet et helt forvaltningsnivå (Aftenposten 18/08-01).

#### *Støtte og motstand for partiledelsen*

Mens sentralstyremøtet pågikk, gikk APs fylkesordførere ut og støttet Øyangers syn om at en nedleggelse av fylkeskommunen vil være en katastrofe for demokratiet i regionene, men flere av dem signaliserte at hvilke oppgaver den videre skulle ha, var et forhandlingsspørsmål. Fylkesordfører i Hordaland Gisle Hadeland sa ”*Rent prinsipielt mener jeg det er nødvendig med et folkevalgt politisk styrt nivå mellom kommunene og staten. Hvilke oppgaver staten skal ha, har jeg et mer fleksibelt syn på, men jeg har hittil ikke sett noen argumenter som har overbevist meg om at staten blir en bedre eier enn fylkeskommunen*” (Aftenposten 19/08-00). Fylkesordfører i Østfold Arne Øren sa at det ikke primært var eierskapet som var sykehusenes problem. ”*Vi må myndiggjøre sykehusene i langt større grad, og gi dem frihet innenfor visse økonomiske rammer. Politikerne kan ikke bedrive detaljstyring, men det er helt nødvendig med et politisk nivå mellom stat og kommune*” (Aftenposten 19/08-00). Fylkesordfører i Hedemark Siri Austeng, som også var med i Oppgavefordelingsutvalget, var skeptisk til å kople debatten om statens overtakelse av sykehusene med fylkeskommunens skjebne. Hun hevdet at fylkeskommunen hadde mange store og viktige oppgaver utenom sykehusene. Selv om staten overtok ansvaret for sykehusene, ville det ikke nødvendigvis bety at fylkeskommunen skulle legges ned. Selv var hun for et fortsatt fylkeskommunalt eierskap. Fylkeslederne var først og fremst imot en nedleggelse av fylkeskommunen. Hvem som skulle eie sykehusene var mer åpent for diskusjon.

Under sentralstyremøtet gikk fire helse –og pasientorganisasjoner<sup>22</sup> ut i media og støttet partiledelsen. President i Den norske legeförening, Hans Petter Aarseth var svært kritisk til at debatten om sykehusene ble koblet opp mot debatten om fylkeskommunen. ”Sykehusene er ikke til for å opprettholde fylkeskommunen”, sa Aarseth (Aftenposten 18/08-00). Synspunktene fikk støtte fra Norsk Sykepleierforening, Norges Helse –og Sosialforbund og Landsforeningen for hjerte –og lungesyke (LHL). ”Å få helsevesenet til å fungere må gå foran det politiske ønske om å bevare fylkeskommunen”, sa informasjonssjef i LHL Hans Ekerholm (Aftenposten 18/08-00).

### *Sentralstyrets innstilling*

Den siste dagen ble det holdt avstemming over fylkeskommunens skjebne og eierskap til sykehusene. Partiledelsen hadde på disse dagene klart å overtale et flertall av delegatene om en ny sykehusreform. På spørsmål om hvordan reformideene tilslutt klarte å få flertall på sentralstyre, svarte Øyangen ”rå makt” fra ledelsens side (intervju – Øyangen). Forslaget ble vedtatt med et flertall<sup>23</sup> på 14 mot et mindretall<sup>24</sup> på 6. I vedtaket fra sentralstyre i Arbeiderpartiet 21.august, under kapittelet ”helse og omorganisering av sykehusene”, het det:

*”Arbeiderpartiet mener at de utfordringer og muligheter sykebussektoren nå står overfor, best kan ivaretas ved at staten tar ansvaret for både eierskap og finansiering av sykehusene. Arbeiderpartiet vil i årene som kommer øke bevilgningene til helse kraftig, men vi vil også forandre og reformere både i forhold til drift, finansiering og organisering av sykehusene...”*

*”...Å løse problemene i helsevesenet er derfor ikke bare et pengespørsmål. Det er også et stort organisasjonsspørsmål.”* (innstilling fra sentralstyret 19/08-00).

Man fremhevet at den nye reformen skulle bygges på den hovedstruktur som var utviklet, og som allerede eksisterte innen de etablerte helseregionene. Når det gjaldt tilknytningsform ble det påpekt at de største sykehusene, eller de regionalt samordnende sykehusene, ”...bør være selvstendige juridiske og økonomiske enheter som kan styres etter samme modell som statsforetak.” Man avviste en omdanning til aksjeselskap, da dette var en modell som ikke var forenlig med et fullt statlig ansvar. Det ble også fremhevet at styrene skulle

---

<sup>22</sup> Norsk Sykepleierforbund, Norsk Helse –og Sosialforbund og Den norske legeförening organiserer til sammen ca.125 000 ansatte i helsesektoren. LHL har ca. 60 000 medlemmer.

<sup>23</sup> Flertallet bestod av Thorbjørn Jagland (leder), Hill Marta Solberg (nestleder), Jens Stoltenberg (nestleder), Solveig Torsvik (partisekretær), Martin Kolberg (Buskerud), Yngve Hågensen (leder LO), Grete Knudsen (Hordaland), Tore Hagebakken (Oppland), Terje Moe Gustavsen (Akershus), Bjørnar Olsen (Nordland), Kjell Bjørndalen (Fellesforbundet), Rolf Erling Andersen (Telemark), Karita Bekkemellem Orheim (Kvinnepolitisk utvalg) og Annikken Huitfeldt (leder AUF).

<sup>24</sup> Mindretallet bestod av Grethe G. Fossum (Hedemark), Jan Davidsen (leder NKF), Britt Hildeng (Oslo), Aud Viken (Sogn og Fjordane), Sussane B. Grannes (Nord-Trøndelag) og Solbjørg Lervik (Østfold).

ha lokal forankring ved at folkevalgte skulle være godt representert. Gjelden fylkeskommunene hadde pådratt seg som sykehuseier skulle saneres (innstilling fra sentralstyret 19/08-00).

I dissensen fra mindretallet het det at man ønsket å tildele et større ansvar til ledelsen i sykehusene innenfor dagens eierstruktur. En mente at sykehusene i større grad burde fristilles, men at ”*folkevalgte regionale styringsorganer bør utforme oppdragene til sykehusene i nært samarbeid med staten gjennom nasjonale helseplaner*” (dissens fra sentralstyremøte).

Angående forslaget om en nedbygging eller avvikling av fylkeskommunen, ble dette også vedtatt med samme flertall, men her var det større rom for tolkning av innstillingen. Flertallet hevdet at det fortsatt ville være behov for et regionalt nivå, men at fylkeskommunen ikke kunne forsette i sin nåværende form etter at staten overtok sykehusene. Ut over dette fremgår det ikke særlig konkret hvordan det regionale nivået skulle se ut. I innstillingen heter det at dette er et ”*praktisk spørsmål som man må svare på ved å gå grundig inn i hvordan oppgavene best kan løses*” (Innstilling fra sentralstyremøtet 19/08-00). Samtidig gikk flertallet inn for å styrke kommunenes stilling, og satse på interkommunale samarbeid. Det skulle bli mindre detaljregulering, og større bevilgninger av frie inntekter til kommunene.

### *Oppsummering og betraktninger rundt sentralstyremøtet*

De to debattene om henholdsvis fylkeskommunens fremtid og sykehusenes eierskap ble diskutert både i sammenheng, og hver for seg. Det kan se ut som om debattene likevel var ulikt definert på forhånd. Debatten om fylkeskommunen var preget av stor grad av åpenhet i forhold til løsningsforslag. Den inneholdt alt fra en total nedleggelse av fylkeskommunen til ulike varianter nedbygging, hvilke oppgaver skulle bli statlig, hva fylkeskommunen skulle beholde, interkommunalt samarbeid, hvor mange fylker / regioner en eventuelt skulle ha osv. Det var altså et svært åpent spørsmål som hadde flere ulike utfall, og som kunne ha en lang vei å gå enda.

Debatten om sykehusene derimot var preget av et mer forhåndsdefinert problemområdet.: Skal en ha en statlig overtakelse av sykehusene med tilhørende statsforetaksorganisering, eller ikke? Toppledelsen sto samlet og satset stort for å få gjennomslag. Løsningene fra partiledelsen var preget av å være en ”klar pakke” som det bare var å sette ut i livet. Mulige utfall var på denne måten begrenset. Motstanderne hadde ingen slik pakkeløsning som alternativ. Samtidig var alle enige om at noe måtte gjøres i sykehussektoren. Denne felles oppfatningen var ikke like gjeldene for spørsmålet om fylkeskommunen, der også løsningene var mer uklare. Dette kan være tilfeldig, men det kan også være et klart taktisk grep fra ledelsen slik Aftenposten hevder dagen etter vedtaket:

*”Flertallet i AP leverte i går skoleeksampelet på den gamle definisjonen av politikk som de muliges kunst. Det kom med klar tale om hvordan sykehusene bør organiseres, men tilsvarende uklar i sin omtale om fylkeskommunens fremtid. Ingen av delene var tilfeldig. Partiledelsen satset all sin prestisje og autoritet på at landsmøtet i november skal gå inn for å overføre eierskap og finansiering fra fylkeskommunen til staten. Dette sammen med en forsikring om at de statlige*

*sykehusene i all hovedsak skal styres innenfor rammen av de fem helseregionene som eksisterer nå, var nok til å sikre et komfortabelt flertall...” "...Fylkeskommunen har fortsatt så mange tilhengere i AP at det antagelig hadde vært umulig å foreslå både sykehusreformen og nedleggelse av fylkeskommunen samtidig. Da måtte Jagland og Stoltenberg satse på sykehusene” (Aftenposten 22/08-00).*

Et annet interessant poeng var at flertallet åpnet for å styrke kommunenes stilling. Dette kunne bety at selv om en gjerne skaffet seg motstandere blant fylkeskommunepolitikere, kan man anta at man skaffet seg tilhengere blant kommunepolitikere. En spørreundersøkelse<sup>25</sup> foretatt av Opinion etter sentralstyremøte blant kommune –og fylkespolitikere, bekreftet dette. Politikere ble spurt hvordan de stilte seg til et statlig eierskap av sykehusene, og om en ønsket å opprettholde fylkeskommunen som regionalt nivå. Undersøkelsen viste uenigheten som var mellom kommune –og fylkespolitikere. Blant APs kommunepolitikere ønsket 63% at staten skulle overta sykehusene, og 57% ville nedlegge fylkeskommunen. Blant fylkespolitikere ønsket 65% et fortsatt fylkeskommunalt eierskap, og et fortsatt folkevalgt regionalt nivå (Aftenposten 30/08-00). Selv om uenigheten mellom politikere var klar, var dette i realiteten en seier for sentralstyrets vedtak om statlige sykehus, fordi det på landsmøtet ville være tilstede langt flere kommunepolitikere enn fylkespolitikere.

### *En fornøyd regjeringsledelse og høyreside*

Tore Tønne var svært tilfreds med sentralstyrets vedtak. Til Dagsavisen noen dager etter sier han: ”Det er bedre med én stor, enn 19 små sykehuseiere spredt over hele landet” Han lovet en effektivisering som gikk på større arbeidsdeling mellom sykehus, og avviste samtidig nedleggelse av små sykehus (Dagsavisen 23/08-00, Aftenposten 24/08-00). På samme tid hevdet APs helsepolitiske talsmann på Stortinget Asmund Kristoffersen det samme som kollega Gunhild Øyangen, at han mente prosessen gikk for fort. Dette avviste Tønne som ikke hadde problemer med måten prosessen ble kjørt på, men innrømmet at man i visse faser kunne få inntrykk av at ting gikk raskt.

På landsstyremøtet i AP den 31. august, uttrykte også Jagland sin begeistring, og pekte på viktigheten rundt sentralstyrets innstilling:

*”Men noen må tørre og forme spørsmålene. Og noen må gå foran med å forme forslag. Det er derfor dere har en ledelse av partiet. Og det er derfor vi har vært det ledende partiet, fordi vi har turt å sette sakene på dagsorden. Og det programforslaget som vi legger fram nå, er etter min oppfatning et av de viktigste reformdokumenter som er blitt lagt fram etter krigen. Hvis sentralstyrets forslag går igjennom, så står vi foran en liten revolusjon av offentlig forvaltning. Sykehusenes eierskap vil bli overført til staten.” (Torbjørn Jagland på Landsstyremøtet 31/08-00).*

<sup>25</sup> Undersøkelsen ble utført av Opinion A/S fra 23. – 28. august 2000. Antall spurte: 304 kommunepolitikere og 84 fylkespolitikere.

Også sosialpolitiker John Alvheim var svært fornøyd med vedtaket, og mente at FrP stod foran sin største helsepolitiske seier i partiets historie. FrP hadde hatt programfestet statlige sykehus siden 1985. Høyre hadde hatt samme målsetting siden 1997 (DN 22/08-01).

### Mangel på dialog frem mot landsmøtet, og et ønske om kompromiss

Men ikke alle var like fornøyd med hvordan prosessen foregikk på innad i AP. Det var særlig tre forhold som ble gjenstand for debatt. Det ene var, som nevnt tidligere, at de ulike partilagene ikke var tatt med i diskusjonen forut for vedtaket. (intervju – Øyangen). Det andre var at det ikke var noe utvalg, verken internt i AP eller eksternt, som hadde fått i oppgave å utrede en eventuell statlig overtakelse. Det tredje, som senere ble gjenstand for kritikk, var dialogen og informasjonen mellom sosialfraksjonen og helseministeren i tiden før landsmøtet. Denne ble betegnet som dårlig sett fra fraksjonens side. (intervju – Øyangen og Kristoffersen). Øyangen hevdet at reformen ble en symbolsak for partiledelsen som det lå svært mye prestisje i å få igjennom, nettopp fordi den ble sett på som det viktigste elementet i Stoltenbergs moderniseringsprogram. Øyangen karakteriserte prosessen og fremgangsmåten til helseministeren frem mot landsmøtet slik:

*”Det er jo det som særpreger denne saken her. Altså, den manglende informasjonen frem mot landsmøtet. Det synes jeg var spesielt. Og det var veldig lite i samsvar med måten jeg selv har opptrådt som statsråd. Det er veldig viktig at de våpendragene du skal ha i Stortinget er inneforstått med hva du skal fremme, å få et eierskapsforhold til det (...) Det ene er jo fremgangsmåten som er helt uvanlig, ingen organisasjonsmessig forankring, og total mangel på åpenhet og dialog. (..) Ganske provoserende fremgangsmåte.”* (intervju – Øyangen),

Også helsepolitisk talsmann Kristoffersen hevdet at kommunikasjonen mellom helseministeren og partiorganisasjonen ikke var god nok i perioden frem mot landsmøtet:

*”Det er klart at det var jo vi sosialfraksjonen i AP som skulle drive dette igjennom i Stortinget. Det er det jo ingen andre enn vi som gjør. Så jeg vil nok si at det var en mangel på kontakt i den innledende fasen. Vi burde blitt dratt inn tidligere formelt sett i alle fall.”* (intervju – Kristoffersen).

Statssekretær Flatø hadde forståelse for at det ble rettet kritikk mot departementsledelsen forut for landsmøtet:

*”..sammenholder du prosessen i sykehusreformen med andre prosesser, må en ha forståelse for at mange i AP opplevde at forankringsarbeidet knyttet til reformen var noe knapt, både i tid og omfang. Man har jo vært vant til at store saker er gjenstand for egne høringer internt i partiet, hvor jo selve grunnenheten, altså partilagene, blir trukket inn. Det ble jo ikke gjort her.”* (intervju -Flatø).

Likevel påpekte han at regjeringsledelsen og partiledelsen for øvrig må bære et like stort ansvar som helseministeren for hvordan interne prosesser ble anlagt (intervju - Flatø).

Helsepolitisk talsmann Asmund Kristoffersen støttet etter hvert opp om reformideene, selv om han en stund hadde vært i tvil. Han syntes at den fylkeskommunale modellen ikke hadde fungert godt nok, og at det måtte bli slutt på svartepersillet mellom stat og fylkeskommune. I tillegg syntes han at fylkeskommunenes arbeid med utvikling av helseregioner hadde tatt for lang tid (intervju - Kristoffersen).

### *KS sitt syn*

Etter sentralstyrevedtaket startet KS et prosjekt som tok for seg utfordringene sykehussektoren stod ovenfor. Tiden frem mot landsmøtet ble brukt til å få frem hva fylkeskommunen som eiere faktisk innebar. KS mente at man i iveren etter å bli statlig, hadde en tendens til å svartmale status quo. KS lagde da et faktaark der det ble tatt opp 12 ulike problemstillinger under tittelen ”Om statlig overtakelse av sykehusene – er det så enkelt?”. Hovedpene i rapporten var spørsmålene om hva som skulle overtaes, hvor mange ansatte det dreide seg om, noe KS mente ikke var godt nok klarlagt. KS hadde ikke tatt stilling til om en støttet et statlig eierskap, men stilte spørsmålsteget til hva reformen skulle innebære. Slik sett hadde KS en litt avventende og noe skeptisk holdning til planene i begynnelsen, som man mente var for lite konkrete (intervju-Rolstad).

### *Felles oppfatning om en rask overtakelse*

Opp mot landsmøtet ble det fra flere hold nevnt at hvis det skulle skje et eierbytte, så måtte det skje raskt. Til og med motstandere innad i partiet så en fordel av dette. Både stortings – og fylkespolitikere fremmet dette ønske, samtidig som de ønsket klarere signaler og mer konkrete planer fra helseministeren. Fylkesordfører Siri Austeng, som var stor motstander av reformen, mente at staten måtte nedsette et interimsstyre og overta sykehusene innen 1.5.2001, hvis det ble flertall på landsmøtet. Dette for å gjøre overgangen håndterbar for fylkeskommunene. Hun fikk støtte av ordføreren i Akershus, Ragnar Kristoffersen som viste til at fylkeskommunene ikke ville ha noen autoritet som sykehuseier, hvis det ble klart at staten skulle overta. Også andre politikere var enig i Austengs argumenter, og savnet klarere signaler fra helseministeren (Aftenposten 26/10-00) Gunhild Øyangen som tidligere hadde uttalt seg mot en statlig overtakelse, hadde forståelse for dette punktet, og ønsket også en rask avklaring når det først ble vedtatt (intervju – Øyangen). Kristoffersen var på denne tiden blitt for en ny reform etter helseministerens prinsipper, og ønsket også en rask overtakelse (intervju - Kristoffersen).

Samtidig hevdet Fylkesrådmann i Telemark og tidligere KS-direktør, Per Espelid, at det var uheldig å få et administrativt og politisk tomrom i påvente av en beslutning om at staten skulle overta. Signalene om statlig overtakelse førte til dårligere budsjett disiplin blant fylkeskommunene, og at det blir spekulert i om at man vil vente på et bedre oppgjør med staten. KS direktør Gunnar Gussgard tilbakeviste dette, men sa at det var naturlig av fylkeskommunene å utsette planer om omfattende strukturendringer, eller forslag som lå i regionale helseplaner (Aftenposten 28/10-00). Det samme ble hevdet av fylkesråd for helse i Nordland, Geir Kjetil Hansen, at det var nødvendig å avklare hvilke status de



regionale helseutvalgene skulle ha. Han savnet retningslinjer fra helseministeren (Aftenposten 26/10-00).

### *Foran landsmøtet: Felles oppfatning om et kompromiss*

To uker før landsmøtet gikk Jagland ut og sa at han trodde at det lå an til et kompromissforslag om at en fortsatt skulle beholde fylkeskommunen som mellomnivå, men at sykehusene gjerne ble statlige. Han begrunnet dette med at det nesten ikke fantes noen andre land som bare hadde to nivåer. Leder i NKF, Jan Davidsen uttalte også at han trodde det kom til å gå mot et kompromiss. Det viktigste for han var at det ble opprettholdt er regionalt politisk nivå (Aftenposten 31/10-00).

Også en undersøkelse gjort av Kommunal Rapport hadde tilsvarende konklusjon. Undersøkelsen ble foretatt mot APs ulike fylkelag, hvor man spurte om en ønsket statlige sykehus, og om man ønsket en nedbygging av fylkeskommunen. Fylkene var sterkt imot nedleggelse av fylkeskommunen, men om sykehusene burde bli statlige, var det stor splittelse innad i de ulike lagene. De fleste fylkeslagene håpet på at den endelige løsningen gjerne ble et kompromiss ved at en fikk beholde fylkeskommunen og ettergi sykehusene til staten (Kommunal Rapport 08/11-00).

## Departementets arbeid frem mot landsmøtet

Det var lite i forhold til reformen som ble gjort i departementet forut for landsmøtet. Det var noen personer som hadde i oppgave å prøve å gjøre enkelte forberedelser til reformarbeidet, men dette var ikke noen fulltidsengasjement. Noen personer i departementet hadde i denne perioden en studietur til England for å se hvilke erfaringer de hadde med sitt bestillersystem, og for å bygge opp egen kompetanse, hvis en reform skulle bli en realitet. Selv om det var lite aktivitet i embetsverket i departementet, var det aktivitet i den politiske ledelsen.<sup>26</sup>

En uke foran landsmøtet varslet helseministeren et høyt tempo hvis APs landsmøtet gav klarsignal for et statlig eierskap. I et intervju med Aftenposten 01/11-00 meddelte Tønne at han så raskt som mulig etter landsmøtet ville gi Stortinget den første orienteringen om fremdriftsplanene, og at han tok sikte på å fremlegge en sak foran Stortinget i vårsesjonen. I det samme intervjuet lettet han litt på sløret i forhold til hva en statlig overtakelse faktisk ville innebære. Han så for seg at foretakene som ble etablert ville bli forankret i de etablerte helseregionene. Det skulle være en direkte linje mellom foretakene og departementet, og han ønsket ikke å etablere noe nytt sykehusdirektorat som et mellomledd. Han ønsket en klarere spesialisering og funksjonsfordeling mellom sykehusene. Dette for å gi en bedre ressursutnyttelse. Alle sykehus kunne ikke gjøre alt, og mente at det var et eieransvar å fordele de ulike funksjonene. Effektiv ressursbruk skulle være styrende for funksjonsfordelingen. På spørsmålet om hvordan man skulle

---

<sup>26</sup> Intervjudata.

måle effektiviteten, innså han at dette ”ikke var like lett i et sykehus som i en fiskeribedrijf”, men at det ikke var noe motsetning mellom effektivitet og kvalitet. Antall behandlede pasienter var et eksempel for å måle ressursutnyttelse og effektivitet. ”Bedre effektivitet, gir bedre kvalitet”, hevdet han, og begrunnet dette med at å spre pasientene på for mange sykehus, ville kvaliteten på spesielle behandlingsformer ikke bli god nok. Finansieringsformen skulle være knyttet opp mot rammebevilgning og innsatsstyrt finansiering. Han ønsket en sterkere sammenheng mellom innsats og betaling: ”Finansieringen må være slik at den premierer innsats, effektivitet og kvalitet. Det kan bety en dreining mot en finansiering som er knyttet mer opp mot innsats”, hevdet han. På spørsmålet om større fristilling kunne komme i konflikt med ønske om et likt behandlingstilbud, hevdet han at ved et statlig eierskap vil det være enklere å definere presist hva som tillegges eieransvaret, styreansvaret og ledelsesansvaret. Til slutt meddelte han at det viktigste ikke var en statlig overtakelse, men at sykehusene ble skilt ut fra den offentlige forvaltning (Aftenposten 01/11-00).

### Arbeiderpartiets landsmøte

Den 9. til 12. november holdt AP landsmøte. Det var rettet stor oppmerksomhet mot landsmøtet blant pressen. Også utenlandske journalister var tilstede. De viktigste stridsspørsmålene på landsmøtet var som på sentralstyremøtet sykehusene, fylkeskommunen, EU spørsmålet og delprivatisering av Statoil. Det var på forhånd ulike tanker om hvilke strategi partiledelsen ville velge foran landsmøtet. Mange mente at partiledelsen ville rekke ut en hånd til sine motstandere, men partileder Torbjørn Jagland åpningstale ved landsmøtet gav klare svar på hvor ledelsen ville:

*”Til dem som fortsetter å rette skyts mot eget parti i stedet for mot høyrefløyen vil jeg si: Vi har ikke tid til dere. Det er for mye som står på spill. Vi må vinne et valg. Derfor må vi samle oss, vedta klare linjer og starte valgkampen på mandag”....”De som ikke ønsker reformer må si hvordan de vil hanskkes med..(..)en uverdigg situasjon der sentrale myndigheter og fylkeskommuner skyver ansvaret for sykehusene over på hverandre slik at folk til slutt ikke skjønner hvem som har ansvaret” (Torbjørn Jagland, Folkets Hus i Oslo, 09/11-00).*

Han presiserte at sykehusene måtte få en friere stilling, og advarte mot fremveksten av flere private helseinstitusjoner. ”Hvis vi ikke gjør noe nå, blir det bare de som har penger og som bor i sentrale strøk som vil få et tilbud. (...) Vi må få et sterkt offentlig helsevesen som kan konkurrere med det private”, sa Jagland, og mente at dette landsmøtet var et av de viktigste i landets historie. Samtidig åpnet han for et kompromiss med hensyn til å beholde fylkeskommunen. Sentralstyremedlem Britt Hildeng mente at talen hadde til hensikt å få landsmøtet til å slutte opp om ledelsens syn i samtlige kontroversielle spørsmål, og la med dette et sterkt press på landsmøtet (Aftenposten 10/11-00).

Samme dag holdt Tore Tønne sin tale. Tønne la vekt på at sykehusene var et offentlig ansvar, og at det var ingen rom for privatisering av helsetjenestene. Heller ikke aksjeselskap som organisasjonsform ville være godt nok for å opprettholde et klart og

enhetlig offentlig ansvar. Han presiserte flere ganger at sykehusene skulle styres ut fra en lokal og regional forankring. I talen listet han opp fire punkt på hvorfor en statlig overtakelse var viktig. For det første var det behovet for et klart ansvar. Slik det var i dag skapte den ansvarsfordelingen som var mellom fylkeskommunen, staten og sykehusene, usikkerhet og utrygghet for både brukerne og de ansatte. Med staten som eeneier og ansvarlig for drift og finansiering ville gjøre det umulig å fraskrive seg ansvar. For det andre var det hensynet til likhet i tilbud og kvalitet på sykehustjenestene. De store forskjellene som var mellom fylkeskommunene når det gjaldt drift var ikke forenlig med målet om likt tilbud over hele landet. For det tredje var det en økt satsing på den ”medisinsk-teknologiske revolusjon”, som han kalte det. Ved å bedre funksjonsfordelingen og øke spesialisering av sykehustjenestene ville vi få en bedre resursutnyttelse. Alle sykehus kunne ikke gjøre alt. Men gjennom bevisst spesialisering kunne en utvikle høykvalitetstilbud i fremtiden. For det fjerde argumenterte han for fristilling. Han påpekte at sykehusene i tillegg til å være store og komplekse kunnskaps – og forskningsenheter, også var tjenesteleverandører. Dette var ikke en jobb for forvaltningen. Sykehusene måtte organiseres som de kunnskapsbaserte tjenesteleverandører de faktisk var. Alt som gjaldt styring og ledelse skulle desentraliseres til det enkelte sykehusforetak. Til slutt kom han med en anmodning til landsmøtet om å samle seg, og å være med på styre utviklingen og ikke overlate dette til deres politiske motstandere. Han brukte begrepet en ”vintersak” for Ap, og sa at nå var det tid for beslutninger og handling (Helseminister Tore Tønne, Folkets Hus 09/11-00).

Stoltenberg støttet senere opp om Tønnes reformforslag og fortalte landsmøtet at han lovet høyt tempo i arbeidet med en statlig overtakelse. ”Når vi først har fattet et prinsippvedtak, er det viktig med et høyt tempo i arbeidet”, hevdet Stoltenberg. Han sa at staten ville ta umiddelbar kontakt med fylkeskommunene for å avklare hvordan sykehusene skulle håndteres i overgangsperioden frem til staten overtok formelt 1. januar 2002 (Aftenposten 11/11-00).

Gunhild Øyangen mente helseministerens tale nå var blitt mer ”salgbar” i forholdt til tidligere uttalelser. Hun presiserte at saken var blitt så viktig for partiledelsen at det nærmest var blitt en symbolsak, og at det lå svært mye prestige i å få saken igjennom (intervju – Øyangen). Motstanderne, med Jan Davidsen, Grethe Fossum og Britt Hildeng hadde fortsatt store motforestillinger mot en sykehusreform, men fant tidlig ut at det ville bli vanskelig å få flertall for sitt syn i saken. Davidsen hadde tidligere uttalt at han fryktet at fristilling ville føre til konkurranseutsetting. Som svar på den massive argumentasjonen for en statlig overtakelse fra partiledelsen og helseministeren, lanserte Gunhild Øyangen, Arbeiderpartiets sosialpolitiker, ikke uventet et sykehuskompromiss. Forslaget innebar en statlig overtagelse av sykehusene, men med sterkere regional forankring enn partiledelsen foreslo i utgangspunktet. Samtidig skulle fylkeskommunen beholdes.

### *Landsmøtets innstilling*

På landsmøtets siste dag ble det votert over sentralstyrets forslag. 200 stemte for et statlig eierskap, mens 82 stemte for et fortsatt fylkeskommunalt eierskap. Samtidig ble det

nesten enstemmig flertall for å beholde fylkeskommunen. Selv om debatten rundt reformforslaget var forholdsvis stor, var utfallet av voteringen mye gitt på forhånd. En av grunnene til det var at motstanderne var mest å finne blant fylkespolitikere, som ikke utgjorde noen stor fraksjon på landsmøtet (intervju – Øyangen og Kristoffersen).

Vedtaket ble programfestet i Arbeiderpartiets ”Prinsipp og handlingsprogram 2000-2005”. I vedtaket lå det at sykehusene skulle skilles ut av forvaltningen, eies hundre prosent av staten og organiseres som statlige foretak. Dette skulle fastlegges i egen lov. Det ble likevel presisert i landsmøteprogrammet at det ikke var aktuelt med en omdanning til aksjeselskap, og at de nye styrene skulle ha ”...tilknytning og tilhørighet i den befolkningen de skal betjene”. Et viktig poeng var også at ”Lokalt folkevalgte må være godt representert i styrene”. I tillegg ble sentralstyremøtets vedtak om at staten måtte sanere den gjelden fylkeskommunen hadde opparbeidet seg i forbindelse med sykehusdrift, erstattet med følgende innstilling: ”I forbindelse med denne reformen må det skje et økonomisk oppgjør mellom staten og fylkeskommunen”.

### *Drofting av landsmøtets vedtak*

Ifølge Øyangen er et landsmøte mer blitt et ”show-off” for omverdenen, enn et politisk verksted. Det går først og fremst ut på å demonstrere enighet og vellykkethet, noe som gjør at hvordan pressen tolker det som skjer blir det viktigste. Dette gjorde at partiledelsen var nødt til å vinne (intervju – Øyangen). Partiledelsen var klar over at en nedleggelse av fylkeskommunen ville være vanskelig å få flertall for på landsmøtet. Mye kan tyde på at utfallet av landsmøtet var gitt på forhånd. Dette kan begrunnes med at det fra begge sider på forhånd ble argumentert for et kompromiss der fylkeskommunen ble vedtatt opprettholdt, og at sykehusene ble statlige.

Flertallet for en statlig overtakelse på landsmøtet var det viktigste fremskrittet for reformagentene. Fra nå av kunne ikke en splittelse innad i partiet forhindre en reform. Vedtaket var et stort steg videre for realiseringen av reformen. Flere i AP var også klar over at FrP og Høyre lenge hadde vært positive til ideene, og ville sikre et flertall på Stortinget (intervju – Øyangen). Likevel var det også dem som mente at det fortsatt var stor skepsis i eget parti, da spesielt i fylkeslagene, og at ledelsen ikke kunne ta noe for gitt med henhold til å tro at reformen kom til å komme helskinnet igjennom i Stortinget (intervju – Kristoffersen).

### **Oppsummering**

Som vi ser har perioden vært sterkt preget av APs interne håndtering av reformforslaget. Reformideene må sies å stamme fra helseminister Tore Tønne. Han var i begynnelsen tilbakeholden med å gi opplysninger om hvilke planer han hadde for sykehusene. Selv om ledelsen støttet opp om planene tidlig, ble de ikke offisielle før på sentralstyremøtet. Forslaget kom veldig overraskende på mange, særlig APs sosialpolitikere og fylkespolitikere. Helseministeren ble beskyldt for å gå for fort frem, og for ikke ha utredet

forslaget godt nok. Forslaget fikk likevel flertall, og det samme gjorde forslaget om å nedbygge fylkeskommunen. Spørsmålet om eierskap for sykehusene var i begynnelsen nært knyttet opp mot debatten om fylkeskommunen i kjølvannet av Oppgavefordelingsutvalgets innstilling. Senere, ved sentralstyremøtet ble disse mer atskilt. Ledelsen satset alt på å få igjennom sykehusspørsmålet, og hadde en klar argumentasjon og plan for hvordan en slik reform skulle se ut. Frem mot landsmøtet ble det hevdet at dialogen mellom sosialpolitikkerne og helseministeren var for dårlig. Samtidig ble flere og flere i AP positive til forslaget, og man håpet på et kompromiss der sykehusene ble statlige, mens fylkeskommunen ble uberørt., noe som også ble resultatet på landsmøtet.

Det er ikke uforståelig at så mange personer har deltatt i debattene som har foregått. Reformen som ble lansert i denne perioden var svært omfattende, og prosessen kan også sies å ha gått raskt. Ledelsen i AP har vært handlekraftig og gjort hva den har kunnet for å få gjennomslag for forslaget først på sentralstyremøtet, og siden på landsmøtet. Selv om helseministeren hadde relativt klart overordnet oppfatning for hvordan en så stor reformen skulle se ut, hadde det ikke vært nærmere utredet hva den skulle inneholde. Det foregikk ingen utredninger innad i AP eller eksternt i denne perioden, som skulle se på en eventuell statlig overtakelse. Det ble heller ikke på noe tidspunkt i AP vurdert andre måter å organisere eierskapet på enn det som ble tilfelle. Til dette lå det for store føringer både fra helseministeren og partiledelsen (intervju – Kristoffersen).

### *Aktiveringsprosessen*

I begynnelsen er prosessen preget av å være lukket. Den politiske ledelsen i Sosial –og helsedepartementet og siden regjeringsledelsen er dem som sitter med informasjonen om planene, som er utviklet av helseministeren selv og noen få andre medarbeidere. I tillegg til den interne deltakelsen i departementet, er aktiveringsprosessen preget av at det særlig er to fora for beslutningstaking, sentralstyremøte og landsmøtet. Fasen er også kjennetegnet ved at det bare har vært deltakere fra AP som formelt har hatt reell innflytelse på beslutningene, selv om det har vært en del offentlig debatt. Slik sett kan aktiveringsprosessen betegnes som lukket, men med økende aktivisering utover prosessen.

### *Defineringsprosessen*

Ved regjeringsskifte lanserte Stoltenberg sitt moderniseringsprogram. Som en del av dette ble sykehussektoren utpekt som et området som skulle reformeres. Hva som lå i denne omleggingen var likevel lenge uklart. Helseministeren tenkte rakst ut at han ønsket å overføre sykehusene til staten, samtidig som han ville organisere dem som fristilte foretak, og det tok ikke lang tid før dette ble lansert som et løsningsforslag. På samme tid var det en debatt om fylkeskommunens fremtidige virke i forbindelse med Oppgavefordelingsutvalgets innstilling. Regjeringen hadde også signalisert en slanking av fylkeskommunen. Dette gjorde at sykehusene ble en del av et større tema om fylkeskommunens fremtidige oppgaver. På sentralstyremøtet ble så det nye forslaget

offisielt fremlagt. Sykehusenes fremtid ble her lagt frem som et eget punkt, i tillegg til avvikling av fylkeskommunene. Forslaget skapte reaksjoner på grunn av dets radikale innhold, men også på grunn av manglende utredning. Motstanderne av forslaget ønsket også endringer i sykehussektoren, men var ikke enig i virkemidlene. Disse ønsket at sykehusledelsen skulle få større ansvar for blant annet eget budsjett, men ikke så sterk fristilling som forslaget tilsa. En ønsket også at eierstrukturene skulle være slik som de var i dag.

Defineringsprosessen kan sies å ha vært noe uklar i starten, men etter hvert mer stabil og forutsigbar. Det var relativ stor enighet om problemoppfatningene. Disse var knyttet til problemene med fylkeskommunale sykehus, uklare ansvarsforhold og dårlig økonomistyring. Løsningsforslagene kan sies å ha vært noe mer kompleks i starten. I begynnelsen ble debatten om sykehuseierskap dels blandet sammen med debatten om fylkeskommunens fremtid gjennom Oppgavefordelingsutvalgets utredning. Likevel kan en si at løsningsforslagene ble færre etter sentralstyremøte. Fra sentralstyremøtet og frem til og med landsmøtet hadde motstanderne nok med å konsentrere seg om å beholde fylkeskommunen. På landsmøtet ble alternativene til slutt begrenset til et *ja* eller *nei* til statlig overtakelse. Defineringsprosessen ble da mer ensartet. En av grunnene til at det ikke fantes så mange løsningsforslag kan ha noe med at perioden i stor grad var preget av helseministerens og AP-ledelsens konfronterende stil og høye hastighet i prosessen, og sterke ønske om å få gjennomslag for reformforslaget. Et viktig poeng i landsmøtevedtaket var også at de regionale styrene skulle ha lokal forankring, og at lokale folkevalgte måtte være godt representert.

Selv om reformforslaget ble betegnet som radikalt, både at staten overtok eierskap og en fristilling i tilknytningsform, så var det allerede åpnet opp for en friere tilknytningsform gjennom lov om fylkeskommunale sykehusselskap. Slik sett var ikke alle momentene ved reformen like fremmede for politikerne.

## 5 Utredningsfasen

### – Departementet utarbeider høringsnotatet

I dette kapitlet vil jeg ta for meg hvordan reformen ble utviklet. Fasen strekker seg fra etter landsmøtet i november og til 18. januar 2001, da et ferdig høringsnotat ble sendt på høring. Perioden er preget av forholdsvis liten offentlig debatt rundt reformen, og inneholder for det meste selvstendig arbeid fra departementets side. Jeg vil i hovedsak ta for meg hvordan Sosial – og helsedepartementet arbeidet med å utvikle reformen, hvordan de organiserte arbeidet og hvilke organisasjonssyn og kunnskapsgrunnlag som lå til grunn for reformen. Tilslutt vil jeg ta for meg de viktigste elementene i selve høringsnotatet.

### Intern uenighet i LO og KS

Like etter landsmøtet i AP var det høringsrunde rundt Oppgavefordelingsutvalgets utredning. Her skulle høringsinstansene ta stilling til hvilke offentlige oppgaver man mente burde tilhøre de tre offentlig styringsnivåene. Høringsrunden viste at det var flere av fagforeningene som ikke var enige innad i egen organisasjon om hvilke nivå sykehusene burde tilhøre. Sentralstyremøtet i KS vedtok med 8 mot 7 stemmer at eierskapet til sykehusene burde overføres staten, og det var bedriftsstemmen som ble avgjørende (intervju-Rolstad). I høringsuttalelsen gikk det frem at:

*”Etter en samlet vurdering er KS kommet til at eierskapet til sykehusene bør overføres til staten for å sikre en mer helhetlig planlegging og klarere ansvarsforhold i sykehusvesenet. I den forbindelse må det skje en ryddig og økonomisk oppgjør mellom staten og fylkeskommunene, som fullt ut kompenserer fylkeskommunene.”* (KS høringsuttalelse - Oppgavefordelingsutvalget).

Vedtaket ble fattet mot stemmene til Senterpartiet, KrF og SV. Disse ville ha med et avsnitt som stilte kritiske spørsmål ved en statlig overtakelse (KS høringsuttalelse-oppgavefordelingsutvalget). Etter at KS stemte for et statlig overtakelse, ble fokuset til KS rettet mot å påvirke hvordan oppgjøret med fylkeskommunene skulle bli, mer enn å drøfte fordeler og ulemper ved den nye modellen. KS så også tidlig at det nå kom til å bli flertall for forslaget i Stortinget, og begynte arbeidet med hvordan det økonomiske og eiendomsmessige oppgjøret skulle skje (intervju – Rolstad).

Stor uenighet var det også innad i LO i forbindelse med høringsuttalelsen. LO hadde lenge vært tilbakeholden rundt spørsmålet om en statlig overtakelse av sykehusene, men støttet ikke sitt største fagforbundsmedlem NKF i saken. LO ville ikke motsette seg at

staten overtok sykehusene, noe som gjorde at NKF laget en egen uttalelse som gikk imot vedtaket fra LOs sekretariat:

*”Å overføre de fylkeskommunale sykehusene til staten er et blindspor på veien til en bedre sykehusorganisering.”*, heter det i NKF's uttalelse. LO mente imidlertid at problemene sykehusene hadde, svekket fylkeskommunens legitimitet. *”Fylkeskommunen vil ha viktige oppgaver selv om sykehusene overtas av staten.”*, het det i LOs uttalelse (LOs høringsuttalelse – Oppgavefordelingsutvalget).

Det er viktig å påpeke at Oppgavefordelingsutvalgets utredning bare så på eierskapet til de ulike funksjonene, og ikke på tilknytningsform.

## Presentasjon av reformen på Buskerud sentralsykehus

Statsministeren og helseministeren presenterte hovedtrekkene i den nye reformen under et besøk på Buskerud sentralsykehus 1. desember. Begge begrunnet reformens innhold slik det var kjent for landsmøtet, men gikk her lenger i å si at reformen skulle utvikles og behandles svært raskt.

*”Fest sikkerhetsbeltene, for her kommer det til å bli høy fart og mye turbulens”*, sa helseministeren (Aftenposten 02/12-00). Helseministeren kom med lovnad om at høringsnotatet skulle legges frem like over nyttår. Lovforslaget skulle legges frem for Stortinget før påske, og før sommeren skulle den være ferdigbehandlet. Fra 1. januar 2002 skulle den iverksettes. Tønne innrømmet at tempoet i prosessen ville føre til at *”mye må avklares på etterhånd.”* (Dagsavisen 05/12-00). Han fortalte at det var bevisst politikk å unngå grundige utredninger av fristillingen av sykehusene som statsforetak. Grunnen til det var at en grundig saksbehandling ville kunne ta seks år. Samtidig lovet han at det ikke skulle nedlegges sykehus, men at det ville bli større krav til spesialisering. Han påpekte igjen at det ikke var aktuelt med omdanning til aksjeselskap, men så for seg at styringsmodellene i sykehusene skulle organiseres som i et AS (Aftenposten 02/12-00). Statsministeren la til at foretaksmodellen ville tvinge frem regnskaper hvor det ville komme frem hvor stor kapitalbeholdning selskapene hadde. *”Sykehusene er blant våre alle største og mest kapitaltunge virksomheter, men i dag fører de ikke skikkelige regnskaper engang. De har ingen oversikt over kapitalbeholdningen,”* sa Stoltenberg (Aftenposten 02/12-00).

## Kontakten mellom stortingsgruppen og statsråden forbedres

Som nevnt i forrige kapittel var forholdet mellom enkelte sosialpolitikere i AP og helseministeren relativt anstrengt med henhold til informasjonen rundt reformen. Etter landsmøtevedtaket ba stortingsgruppen statsråden om et møte for å gi en dypere innsikt i hva reformen gikk ut på. Dette møte ble holdt den 13. desember 2000, og var den første orienteringen stortingsgruppen fikk rundt reformen (møteprotokoll AP-13/12-00). Etter dette gikk kontakten mellom stortingsgruppen og statsråden etter vanlig prosedyre, og de tidligere skeptiske politikerne var fra nå av fornøyd med informasjonen og dialogen med helseministeren (intervju - Øyangen og Kristoffersen). Uenigheten i partiet var likevel



tilstede etter landsmøtet, men hadde ingen påvirkning på innholdet i reformen (intervju - Flatø). Etter hvert som utviklingen foregikk i departementet, var sosialfraksjonen lite involvert i selve utformingen av høringsnotatet. Det var likevel noen saker som sosialfraksjonen var opptatt av å påpeke. For det første var det hvordan forholdet mellom statsråd og styrene i de regionale helseforetakene skulle være. Fraksjonen var opptatt av å opprettholde den politiske styringen. På dette tidspunkt var dette ikke klart definert, til tross for landsmøtevedtaket som hevdet at folkevalgte måtte representeres i styrene. En annen sak var de ansattes rettigheter etter at en ny eier var kommet inn, og hvordan de ansatte skulle ha mulighet til å påvirke styringen gjennom styrerepresentasjon (intervju - Kristoffersen).

### Reformarbeidet starter for fullt<sup>27</sup>

Etter landsmøtet ble det nedsatt en gruppe av helseministeren, kalt ”Eier –og foretaksgruppen” (EFG). Gruppen hadde fire arbeidsområder. Det var et juridisk område, hvor det ble jobbet med det juridiske og lovtekniske i forhold til reformen. Det var flest jurister som arbeidet med dette. Det var et område hvor man jobbet med det organisatoriske i forhold til en omdanning til foretak. Det tredje området omhandlet det økonomiske arbeidet med vekt på regnskapsføring og åpningsbalanser. Den siste delen var en politisk overordnet del, som var rettet inn mot de tre andre områdene, og andre departement (Lunder 2002).

#### *Hvordan reformarbeidet ble organisert*

Personene i gruppen ble valgt ut ifra erfaring og kompetanse (intervju - Flatø). Helseministeren selv hadde erfaring fra offentlig og privat virksomhet. Han hadde vært ekspedisjonssjef i Olje -og energidepartementet, og ble siden medlem av konsernledelsen i Statoil. Tønne fikk siden stilling som direktør for SND, hvor han foretok store omstillingsprosesser. Han ble i 1997 styreformann og partner i meglerselskapet Saga Securities, og året etter hentet Kjell Inge Røkke ham til en konsernsjefsstilling i Norway Seafood. Vidar Oma Steine var før landsmøtet ekspedisjonssjef for sykehusavdelingen i SHD. Han fikk etter landsmøtet permisjon fra sin stilling som ekspedisjonssjef, og ble i november leder for EFG. Steine var jurist av utdanning, og hadde bred kompetanse fra privat og offentlig sektor. Steine hadde erfaring fra blant annet Finansdepartementet, forvaltningspolitisk avdeling i Arbeids -og administrasjonsdepartementet. Steine var sentral i prosessen rundt omdanningen av Televerket til Telenor (Vatne 1998). Han var også leder for et reorganiseringsprosjekt ved Radiumhospitalet, og var sentral i

---

<sup>27</sup> Dette avsnittet er i stor grad basert på intervjuer fra ansatte i Sosial –og helsedepartementet som var med i EFG, samt andre informanter som er nevnt ved navn.

arbeidsgiverorganisasjonen NAVO<sup>28</sup>. Han hadde også flere styreverv, og var medlem av "Forum for organisasjon og ledelsen for sykehus". Han var leder i Steine-utvalget fra 1997 (NOU 1997:2 "Pasienten først"), som så på den interne organiseringen i sykehus, og var også med i Hermansen-utvalget<sup>29</sup>. I dette utvalget satt også departementsråden i SHD, Anne Karin Lande Hasle<sup>30</sup>. Steine satt også i sekretariatet i Sørensen-utvalget. Steine ble en meget viktig person i reformarbeidet, og hadde stor tillit hos helseministeren. Han var også den embetsverkpersonen som i størst grad var med på å sette et personlig stempel på løsningene som ble valgt (intervju - Flatø).

Eier - og foretaksgruppen var en prosjektorganisasjon, hvor flere av medlemmene ivaretok ulike oppgaver utover prosessen (intervju - Hofslø). Statsråden var veldig opptatt av at reformen i all hovedsak skulle være en departementsintern jobb til å begynne med, og de fleste i gruppen var ansatte i sykehusavdelingen i departementet. Gruppen var forholdsvis liten, men statsråden ønsket ikke å dra inn konsulentselskaper eller andre rådgivningsbyråer for å bistå arbeidet i den innledende fasen (intervju - Flatø). Sentrale personer i gruppen på dette tidspunkt var Kari Sønderland, som på den tid ledet det juridiske kontoret i den eksisterende sykehusavdelingen i departementet. Hun ledet det juridiske arbeidet i gruppen. Olav Slåttebrekk var leder i økonomiseksjonen i sykehusavdelingen, og ledet mye av det økonomiske arbeidet i gruppen. Dette var ikke noen stor gruppe. Totalt sett etter landsmøtet var det mellom 5-6 personer i sykehusavdelingen som jobbet full tid, samt også en 5-6 personer i andre avdelinger som var delvis involvert i utviklingen av høringsnotatet. Litt senere da juridisk avdeling ble koplet inn var det i ca. 3-5 jurister som jobbet med det lovtekniske arbeidet. Men flere av dem arbeidet også med sine gamle saker parallelt. Organiseringen av arbeidet var i samsvar med en vanlig måte å fordele arbeidet på i departementet. De siste årene hadde man ved reformer og lovforslag, i større grad lagt opp til mer prosjektbasert arbeid og samarbeid på tvers av instanser. Det vil si at dersom en avdeling hadde ansvaret for prosjektet, ble det likevel koplet inn personer fra andre avdelinger, og også underliggende etater. Som nevnt tidligere var det lite ekstern arbeidskraft som ble brukt i denne perioden. Et unntak var Gudmund Knutsen som ble engasjert under arbeidet med høringsnotatet, og som hadde god kunnskap om foretaksrett. Knutsen var jurist og hadde vært utvalgsleder til NOU:1991:8, som var utredningen til lov om statsforetak.

---

<sup>28</sup> I NAVO var Steine sentral i arbeidet med en rapport om hvilken styringsfilosofi og styringspraksis som burde utvikle seg innenfor offentlig eide selskaper (Offentlig eierskap – et virkemiddel for fremtiden, rapport NAVO 1997).

<sup>29</sup> NOU 1989:8 "En bedre organisert stat", var en utredning som tok for seg ulike tilknytningsformer for statlig virksomhet.

<sup>30</sup> Anne Kari Lande Hasle var under denne utredningen ansatt som ekspedisjonssjef i Forbruker – og administrasjonsdepartementet. Vidar Oma Steine var under denne utredningen ansatt som spesialrådgiver i Finansdepartementet.

*Kunnskapsgrunnlaget for en reform*

Som nevnt tidligere var det stor enighet blant de ulike partiene om hva som var problemoppfatningene med den fylkeskommunale modellen. Dette var blant annet svartepersillet med uklare finansierings –og ansvarsforhold, stadige underskudd, korridorpasienter og ventelister til tross for høy legedekning, for å nevne noe. Samtidig var også kunnskapsgrunnlaget til reformen i stor grad basert på de eksisterende problemene i sektoren. Helseministeren brukte mye tid på å fokusere på disse problemoppfatningene som argumenter for en ny reform. I tillegg lå Hellandsvik og Sørensen-utredningene i forkant som hver på sin side tok for seg statlig eierskap og foretaksorganisering. Man hadde også lov om fylkeskommunale sykehusselskaper som kom sommeren 2000, og som hadde visse likhetstrekk med foretaksorganisering som tilknytningsform. Likevel hevder Flatø i ettertid at denne loven var utviklet nokså uavhengig av lov om helseforetak. Han mener også at de to forrige utredningene bare i begrenset grad kan sies å ha noen påvirkning for innholdet i reformen, og at han har vanskelig for å se at noe hadde vært annerledes hvis ikke disse hadde eksistert (intervju - Flatø). Andre departementsansatte som var med i gruppen mener derimot at både lov om fylkeskommunale sykehusselskap og de to utredningene var et grunnlag som mye av sykehusreformen var bygget på. Spesielt under utarbeidelsen av sykehusselskapsloven ble det gjort erfaringer og utarbeidet viktige elementer ved foretaksorganisering, som ble brukt i utarbeidelsen av høringsnotatet. Det som var forholdsvis nytt, og som man hadde mindre erfaring med, var elementet med et statlig eierskap. Men også her hadde man tidligere arbeid å støtte seg på. Statsforetaksloven fra 1991, som var basert på statsrådsutvalgets utredning NOU 1991:8 ”Lov om statsforetak”, var et viktig hjelpemiddel. I tillegg hadde man et arbeid i departementet sommeren 2000, som gikk på å lage statsforetak av Radiumhospitalet og Rikshospitalet, men dette arbeidet ble ikke ferdiggjort da sykehusreformen ble aktualisert. Likevel ble det gjort et forarbeid som bestod av blant annet forholdet til de ansatte, pensjonsordninger og forsikring, som var til stor hjelp ved reformarbeidet. Også flere av de samme personene som var med på å utarbeide disse lovarbeidene, var med i gruppen. I tillegg ble det tidlig bestemt av helseministeren at de allerede eksisterende helseregionene som ble etablert etter St.meld.nr.9 (1974-75), skulle videreføres. Slik sett kan man si at kunnskapsgrunnlaget til gruppen til en viss grad var basert på eksisterende lovarbeid og utredninger, i tillegg til at det var personer innad i departementet som hadde erfaring og kompetanse fra lignende saker fra før. Selv om ikke det ble utredet en konkret plan for et statlig sykehuseierskap med foretaksorganisering, hadde man altså en del tidligere arbeid å støtte seg på.

Men det var også nye elementer ved reformen som ikke direkte kan knyttes opp mot tidligere arbeid. Helseministeren fulgte også med på hva som skjedde utover landegrensene. Han hadde på flere områder Frankrike som et lite forbilde i hvordan et helsevesen burde være. Dette var et land som ikke hadde noe særlig mer midler, men likevel så ut til å håndtere helsevesenet sitt bedre i forholdt til ventelister og kvalitet (intervju - Kristoffersen). Også England og USA var land som helseministeren til en viss

grad brukte som foregangsland, og hvordan NPM ideer var praktisert der. Foruten en reise blant noen departementsansatte til England høsten 2000, ble det ikke foretatt noen studiereiser i løpet av prosessen. Men det var ikke snakk om å finne modeller i utlandet som en skulle kopiere. I all hovedsak var innholdet i reformforslaget ”hjemmelaget”. Helseministerens egne visjoner er en stor del av grunnen til det. Selv om deler av reformen var basert på tidligere erfaring og utredninger, er det liten tvil om at helseministeren satte et svært personlig stempel på innholdet (intervju - Flatø). Statssekretær Flatø sier det slik:

”Som sagt, det var vel en reform som i uvanlig stor grad også innholdsmessig ble knyttet til Tore Tønne.” (intervju - Flatø). En grunn til dette var hans erfaring fra privat sektor, hvor han observerte betydningen av en organisasjonsform hvor den lokale ledelsen var nokså autonom når det gjaldt interne forhold i virksomheten, men samtidig også stilt ovenfor krav og retningslinjer fra oppdragsgiver. Også statssekretær Lars Erik Flatø, departementsråd Anne Karin Lande Hasle og leder for gruppen Vidar Oma Steine, var personer som i den innledende fasen var sterkt med på å påvirke innholdet i reformen (intervju - Flatø).

Oppgavefordelingsutvalgets innstilling som kom sommeren 2000, ble ikke lagt vekt på i arbeidet. Flertallet i utvalget gikk her inn for å beholde sykehusene til fylkeskommunen. Utredningen fikk ingen betydning da det allerede var vedtatt på landsmøtet at staten skulle ta over.

### *Hvordan EFG jobbet*

Like etter at gruppen ble nedsatt etter landsmøtet, ble det bestemt at reformforslaget skulle være ferdig før sommeren, og at fristen for å få ferdig høringsnotatet ble satt til 13. januar. Fristen ble satt med tanke på at hvis en skulle ha håp om å få igjennom loven i løpet av sesjonen, så måtte den legges frem for Stortinget før påske (intervju - Flatø, Kristoffersen). Selv om fristen for å få ferdig høringsnotatet var relativt kort, var det forståelse innad i gruppen at dette var en høyt prioritert sak som krevde helgejobbing og jobbing på helligdager i julen. Fristen ble siden utsatt til den 18. januar, for å bli helt ferdig med notatet. Arbeidet ble beskrevet som krevende og utfordrende, men det var få konkrete problemer underveis.

Selv om tempoet var høyt ble dette ikke sett på som belastende, verken av den politiske ledelsen eller embetsverket. Snarere hadde man et organisasjonssyn hvor man så på det høye tempoet som en fordel i prosessen, og at det var et poeng i seg selv å opprettholde høy hastighet i arbeidet. Dette fordi overgangen fra et fylkeskommunalt til et statlig eierskap ikke skulle skape usikkerhet blant ansatte, og skape et vakuum hvor de fylkeskommunale eierne ville foreta økonomiske disposisjoner som senere gikk utover staten (intervju - Kristoffersen, Øyangen og Flatø). Departementet hadde på dette punktet støtte fra motstanderne innad i AP, som også mente at når det først var vedtatt på landsmøtet, så måtte overtakelsen skje raskt (intervju - Øyangen).

Gjennom utarbeidelsen av et høringsnotat er det vanlig å konsultere arbeidet med de andre departementene, slik også utredningsinstruksen krever. I denne kontakten oppstår

det ofte diskusjoner mellom departementene, der hvor andre departement blir berørte. Det var få innvendinger å finne blant de andre departementene. Likevel var det små uoverensstemmelser med Utdannings – og forskningsdepartementet for hvordan den videre forskningen innenfor sykehussektoren skulle organiseres, men disse ble snarlig løst. Innad i regjeringen hadde helseministeren i hovedsak kontakt med statsministeren og administrasjonsministeren med henhold til innholdet i reformen. Administrasjonsminister Jørgen Kosmo hadde det overordnede ansvaret for moderniseringen av offentlig sektor, og det var viktig for helseministeren at ideene i sykehusreformen ble forankret og godtatt i dette moderniseringsprogrammet (intervju - Flatø).

Som nevnt tidligere var innholdet i notatet i stor grad knyttet opp mot statsrådets egne visjoner. Dette gjaldt også hvordan prosessen ble styrt. Han var svært opptatt av å lage fremtidige mål og milepæler i arbeidet, og hadde klare oppfatninger om hva som burde jobbes med til enhver tid. Han ble av flere betegnet som visjonær, men samtidig svært beslutningsdyktig (intervju - Flatø). Når det er sagt, blandet han seg lite bort i hvordan medlemmene i gruppen utførte oppgavene sine. Medlemmene arbeidet ganske selvstendig med sine oppgaver, og det var få retningslinjer som ble gitt av statsråden underveis. Men med jevne mellomrom hadde gruppen møter og oppdateringer om hvordan arbeidet gikk.

### “Kongens hest og Kongens havre”

Rundt nyttårsskiftet ble det debatt om hvordan overtakelsen av eierskapet skulle foregå økonomisk, og hva fylkeskommunene skulle få igjen for sykehusene. KS krevde at oppgjøret mellom fylkeskommunen og staten måtte være rettferdig, og at det måtte gjøres en grundig vurdering av hver enkelt fylkeskommune (Aftenposten 20/12). Staten sa seg villig til å overta fylkeskommunenes gjeld, men i fylkeskommunale regnskaper var det ikke skilt ut hvilke gjeld som skyldtes hva. I tillegg var det ulikheter fylkeskommunene imellom. KS påpekte at det ville være urettferdig ikke å skille mellom en fylkeskommune med nedslitte sykehus, som hadde planlagt store investeringer de kommende år, og en fylkeskommune som nettopp var ferdig med store investeringer. KS aksepterte at det ikke ville være snakk om en vanlig forretningsmessig vurdering av sykehusene, men ønsket kompensasjon for verdiene. Gunnar Gussgard, avdelingsleder i KS, anslo at markedsverdien for sykehusene i landet, var mellom 70 og 80 milliarder, mens den langsiktige gjelden knyttet til sykehusbyggene grovt anslått lå mellom 15 og 17 mrd. Dette skulle gi en reell verdi på ca 60 mrd. Men KS forventet ikke at en overtakelse skulle medbringe at staten skulle måtte betale den reelle verdien. ”*Å tenke seg dette etter samme form som et privat oppgjør er neppe politisk farbart, men å ta alt med hud og hår uten kompensasjon er heller ikke aktuelt.*”, sa Gussgard (Aftenposten 04/01-01). Eller som finansrådmann i Hordaland, Paul Nilsen uttrykket det: ”*Enten det er kommunen, fylkeskommunen eller staten som eier og driver, snakker vi om Kongens hest og Kongens havre. Prinsippet må være at offentlig virksomhet*

*skal ha en tilstrekkelig finansiering og ikke at vi skal drive buisness med hverandre?* (Aftenposten 04/01-01).

Regjeringen uttalte at ingenting var avgjort, men la til at både fylkeskommunen og staten var begge offentlige styringsnivå ”*Det er ikke noen vannrette skott mellom stat og fylkeskommune, særlig ikke når det gjelder pengeoverføringer. Her er staten og fylkeskommunen i samme båt*”, sa kommunalminister Sylvia Brustad (Aftenposten 21/12-00). Likevel påpekte helsebyråd i Oslo Ellen Christiansen (H) at Oslo var i en særstilling siden byens sykehus var finansiert av kommunen. ”*Jeg forventer at staten tar kontakt, og at Oslo får kompensert for verdien av sykehusene (...)* En del av de eiendommene sykehusene ligger på er meget attraktive. Jeg forventer at staten tar hensyn til at byens innbyggere får igjen for de investeringer tidligere generasjoner har gjort.”, hevdet hun (Aftenposten 21/12-00). Oslo kommune hadde ved årsskifte gjort en verddivurdering av sine to største sykehus. Helsebyråd Ellen Christensen (H) hevdet at bygningsverdien til Ullevål og Aker sykehus var anslått til å ha en verdi på 7,4 mrd. Hun mente at Oslo hadde prioritert sykehusene sine i større grad enn fylkeskommunene, og finansiert dem på egen hånd, og at det derfor var rimelig med en kompensasjon (Aftenposten 04/01-01).

### Lovforslaget sendes på høring

Den 18. januar, litt over to måneder fra landsmøtet vedtok reformen, ble lovforslaget sendt på høring. I høringsbrevet stod det at fristen for uttaler til notatet var 5. mars, seks uker senere. Begrunnelsen var som følger:

*”Fristen for høringsuttalelsene er fastsatt ut fra hensynet til at en så viktig del av samfunnssektoren ikke kan ha uavklarte spørsmål om ansvar og eierforhold over lang tid. Regjeringen legger derfor til grunn forslag til eierskapsreform skal fremlegges for behandling i Stortinget i vårsesjonen, slik at reformen kan iverksettes fra 1. januar 2002.”* (SHD – Høringsbrev 18/01-01).

I høringsbrevet ble det også fremhevet at reformen innebar store endringer både juridisk og økonomisk, og at det derfor var særlig viktig å høre berørte parter før forslaget ble lagt frem for Stortinget. Fristen på seks uker er den minst tillatte fristen i høringssaker ifølge utredningsinstruksen<sup>31</sup> som trådte i kraft 1.mars 2000. Instruksen sier at høringsfristen normalt skal være tre måneder, og ikke mindre en seks uker. Den politiske ledelsen i departementet mente at fristen var forsvarlig, ved at høringsinstansene hadde fått beskjed i god tid på forhånd, slik at de kunne forberede seg (intervju - Flatø). Det var hele 760 høringsinstanser i høringsrunden.

Helseminister Tønne karakteriserte reformen som et ”gigantisk prosjekt” på pressekonferansen samme dag. Han presiserte det han hadde sagt tidligere, at den ville

---

<sup>31</sup> Utredningsinstruksen fra Arbeids – og administrasjonsdepartementet trådte i kraft 1. mars 2000. Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet av offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget.

føre til klarere ansvarsforhold og likeverdige tjenester i befolkningen. Han ønsket å beholde de etablerte helseregionene, men han lovet et raskt tempo i prosessen og sa: ”*Det blir sikkert mange problemer. Men i denne prosessen prioriterer vi tempo høyere enn detaljer. Det betyr blant annet at vi vil ta hensyn til kommentarer og innspill som kommer i forbindelse med høringsprosessen.*” (Nettavisen 18/01-01).

## Høringsnotatet

Det ble innledningsvis i høringsnotatet gjort rede for en kortversjon av de viktigste momentene i reformen, med særlig fokus på tre overordnede hovedtiltak som en ønsket tilbakemelding ifra høringsinstansene om: at staten overtok eierskapet, at virksomhetene skulle organiseres i foretak, og at staten overtok det overordnede sektorpolitiske ansvaret. Reformen ble presentert her som en *ansvarsreform*, hvor staten overtok et helhetlig sektoransvar, finansieringsansvar og eierskap for virksomhetene.

Høringsnotatet ga innledningsvis en oversikt over utviklingslinjene i helsetjenesten som bakgrunn for reformforslaget. Kapittelet beskrev de samfunnsmessige og helsepolitiske forandringene helsevesenet hadde gjennomgått de siste ti årene. En listet i korte trekk opp tidligere tiltak og utredninger som hadde preget helsepolitikken og helsesektoren. Det være seg rammefinansiering, ISF-ordningene, Hellandsvik og Sørensen-utredningene, lov om fylkeskommunale sykehusselskap, og de regionale helseplanene. Notatet presiserte at selv om de helsepolitiske målsetningene fortsatt lå fast, tilsa utviklingen en vurdering av organisering og virkemiddelbruk.

Videre ble innholdet og begrunnelsen for reformen debattert. I spørsmålet om hvorfor det var behov for reformer nå, ble det listet opp hva som ikke hadde vært tilfredsstillende med den fylkeskommunale modellen. Det ble presisert noen paradokser som gikk på resultater i sektoren som var lite forenlig med de ressursene og innsatsen som var lagt til grunn. Noen eksempler var stor vekst i pasientbehandlingen, men like mange pasienter på venteliste, stadig mer utdannet helsepersonell, men fortsatt stor mangel på helsepersonell, stadig økende ressurstilgang, men større økonomiske problemer, stadig mer utstyr på sykehusene, men liten effektiv bruk av utstyret. I tillegg ble det listet opp andre ikke -intenderte skjevheter ved den gamle modellen. Det var store forskjeller mellom fylkeskommunenes drift av sykehusene, noe som ikke oppfylte målsettingen om likeverdige tjenester over hele landet. Det ble også rettet fokus på ulikhetene i bruk av ressurser, prioriteringer og oppnådde resultat blant de ulike fylkeskommunene. Også uklare ansvarsforhold mellom staten og fylkeskommunen ble pekt på, ved blant annet at fylkeskommunen som eiere kunne bestemme og styre, mens regningen ble dekket av staten. Det ble likevel presisert at reformen ikke var noen kritikk mot den gamle modellen, men en annen organisatorisk løsning for å gjøre det enda bedre.

Det ble deretter definert hva som lå i begrepet *statlig eierskap*. For det første var det et klart og enhetlig ansvar gjennom staten som myndighetsutøver (gjennom lover, forskrifter og enkeltbeslutninger), som eier (gjennom eierstyring), som

finansieringsansvarlig (gjennom å knytte vilkår til bevilgningene), og som avtalepartner (styringsbehovet kunne ivaretas gjennom avtaler mellom staten (bestiller) og foretaket (utfører). Dette ville gi staten det fulle og hele sektorpolitiske ansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet til virksomhetene. Men et statlig ansvar var ikke alene nok til å gjøre sykehussektoren bedre. Foretaksorganisering var en betingelse for at statens ulike ansvarsområder ble dekket. Foretaksmodellen ville gi nye rammebetingelser for ledelse og styring av sykehusene.

Når det gjaldt erfaringer fra andre land, ble dette i liten grad presentert. Det ble vist til at gjennom de enkelte lands politiske, ideologiske, historiske, kulturelle og økonomiske karakter, var det ikke uten videre enkelt å bruke erfaringer fra andre land på å utforme helsereformer i Norge.

Også hva som lå i begrepet *helseforetak* ble forklart. For det første at de etablerte helseregionene skulle videreføres og at det i hver region skulle etableres et helseforetak, som ivaretok statens eierskap og ansvar. Lov om helseforetak skulle være en særlov som lå nært opp til den eksisterende statsforetaksloven. En vesentlig forskjell fra statsforetaksloven var at det her skulle være mulig å organisere virksomheter (sykehus) som egne rettssubjekt underlagt foretaket. Denne modellen ville gi et klart skille mellom departementets ansvar og rolle som eier, helseforetakets rolle som ”konsernledelse” og bestiller/oppdragsgiver, og sykehusets rolle som tjenesteprodusent. Det ble presisert at departementet ikke kunne foreta løpende styring direkte overfor foretaket. Heller ikke foretaket kunne foreta løpende styring i forhold til sykehusene. Eierstyring fra departementet skulle skje formalisert gjennom foretaksmøtet. Foretaksmøtet ville være statsråden, som ville si det samme som generalforsamlingen i et aksjeselskap. Ved at helseforetakene ble egne rettssubjekter, ville de fullt ut stå ansvarlig for sin egen driftsmessige virksomhet, både rettslig og økonomisk, men ikke slik at de kunne gå konkurs. Gjennom dette fikk foretaket et klart og omfattende ansvar for egen tjenesteproduksjon innenfor de mål, resultatkrav og økonomiske rammer som staten ga. Tilknytningsformen la også til rette for at staten kunne styre gjennom bruk av kontrakter. Avtaler kunne brukes som et redskap for oppdragsgiver, til å stille krav til de tjenestene sykehuset skulle levere, hvilke omfang og til hvilken kvalitet. Når det gjaldt helseforetakenes evne til å fatte egne beslutninger, ble det fremhevet at de kunne treffe egne beslutninger som var av driftsmessig karakter, i stedet for å forelegge dem for departementet, med den tidkrevende beslutningsprosess som departementale avgjørelsesrutiner forutsatte. Dette skulle medføre at helseforetakene ville bli mer fleksible, omstillings- og beslutningsdyktige i sin virksomhet. Departementet skulle ivareta den styringsmessige kontrollen ved at helseforetakene rapporterte økonomiske resultater, driftskostnader, kostnadene ved bruk av kapital, og annen resultatrapportering. Helseforetakene skulle ha et styre som var oppnevnt av eier. Styret skulle ha lokal/regional kompetanse og tilknytning, og ikke avspeile sammensetningen i et politisk valgt organ. Styret skulle ha som oppgave å sørge for at foretakets samlede virksomhet var i samsvar med de mål som Stortinget hadde satt for helsetjenesten.



Når det gjaldt finansieringsmodeller for de nye foretakene, var det her ingen endringer fra den ”gamle” modellen. Det ble videre pekt på at de eksisterende tilskuddsordningene med øremerkede tilskudd, ISF-ordningen, poliklinikkrefusjoner og andre kapitalutgifter og finansieringsordninger, skulle videreføres, men med helseforetakene som tilskuddsmottaker. Det ble likevel presisert at man burde ha en bredere gjennomgang av finansieringstiltakene på et senere tidspunkt. I notatet ble det også bedre klarlagt hvilke funksjoner reformen skulle omhandle. Reformen skulle omfatte de somatiske helsetjenestene (regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus), rehabiliterings – og habiliteringstjenestene, laboratorie – og radiologiske tjenester, psykisk helsevern, private spesialister med driftsavtaler, ambulansetjenesten, tannhelsetjenesten og sykehusapotekene.

Når det gjaldt det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene ble det bestemt at statens overtakelse av eiendommene fra fylkeskommunen skulle skje uten erstatning fra de verdiene som måtte ligge i formueposisjonene. Departementets begrunnelse var at målsettingen med offentlig spesialhelsetjeneste ikke var økonomisk inntjening og fortjeneste, men helse og velferd. Uansett hvem som var eieren var hovedmålet å tilfredsstille befolkningens behov. Hensynet til innbyggerne i fylkeskommunene tilsa dermed ikke at fylkeskommunen skulle få erstatning for verdiene. En erstatning ville også dreie seg om enorme beløp. Videre ble det argumentert for at så lenge fylkeskommunen var lovpålagt å sørge for befolkningens helsetjenester, kunne en heller ikke bruke den verdien som lå i virksomhetenes realkapital til andre formål. Fylkeskommunen led med dette ikke noe bedriftsøkonomisk tap som det kunne være rimelig at fylkeskommunen fikk erstatning for. Anleggene hadde stort sett blitt finansiert gjennom tidligere skatteinntekter. Departementet argumenterte for at disse investeringene ville komme de samme formålene og de samme innbyggerne til gode etter overtakelsen. En skulle komme tilbake til hvilke eiendommer som skulle overtas senere. Det ble likevel foreslått at det ble etablert en rådgivningsgruppe med medvirkning fra alle involverte parter og personer med faglig ekspertise, som skulle ta for seg uenigheter knyttet til hvilke formueposisjoner staten hadde krav på. Denne nemnda skulle ha syv medlemmer fra henholdsvis departementet og KS, samt en førstelagmann fra Borgarting som leder.

I spørsmålet om overtakelse av gjeld knyttet til virksomhetene, ble det bestemt at staten skulle overta avdrag og renter på lån som fylkeskommunene hadde investert i spesialhelsetjenesten. Men i og med at fylkeskommunene hadde investert og prioritert spesialhelsetjenesten ulikt, måtte oppgjøret skje på en rettferdig måte. Dette for å sikre at de fylkeskommunene som hadde prioritert spesialhelsetjenesten ut fra egne midler ikke kom dårligere ut enn fylkeskommuner som hadde lånt penger til drift. I den forbindelse måtte det skje en helhetlig vurdering av den enkelte fylkeskommunes totale økonomiske situasjon. Det ble bestemt av regjeringen at Kommunal –og regionaldepartementet skulle få ansvaret for det økonomiske oppgjøret, og at dette skulle regjeringen komme nærmere tilbake til i kommuneproposisjonen som var under behandling, og som skulle være ferdig i mai.

## Oppsummering av utredningsfasen

Denne fasen var primært knyttet til hvordan høringsnotatet ble til, og hvilke kunnskapsgrunnlag som lå til grunn ved arbeidet. Selve utredningsprosessen har i denne saken strukket seg over to måneder, og det er prøvd å gi et bilde av hvordan departementet jobbet i denne perioden. Forholdet og dialogen mellom helseministeren og APs sosialpolitikere bedrer seg i denne fasen. Perioden er også starten på en debatt om hvilke kompensasjon fylkeskommunene skal få i forbindelse med overtakelsen. LO og KS støtter i denne fasen opp om et statlig eierskap av sykehusene, men det er også intern uenighet i organisasjonene.

Helseministeren ønsket bevisst et høyt tempo i prosessen for å ikke å skape et usikkerhetsvakuum i forhold til selve overtakelsen, og han la aldri skjul på at det ville være etterarbeid ved reformen som ikke kom til å bli arbeidet med, før etter stortingsbehandlingen. Høringsnotatet debatterte i liten grad kunnskapsgrunnlaget om effektene av reformen, og det var flere momenter som ikke var endelig avklarte.

### *Aktiviseringsprosessen*

Utredningsfasen går over en kort periode og er preget av få involverte personer. Etter landsmøtet ser en at deltakelsesmønsteret blir mindre og lukket, og at aktiviseringsprosessen blir ført videre av en håndfull personer i departementet med helseministeren i spissen. Prosessen er forbeholdt gruppen internt i departementet som jobber med høringsnotatet. Hvem som arbeider med reformen blir bestemt av helseministeren, som velger sine medarbeidere ut fra erfaring og kompetanse. En del av personene i gruppen har også vært med på tidligere utredninger og lovarbeid. Gruppen som arbeider med notatet er en tverrfaglig prosjektgruppe fra ulike avdelinger i departementet, noe som har vært en vanlig måte å organisere prosjekter på de siste årene. Beslutninger blir tatt internt av den politiske og administrative ledelsen i departementet. Helseministeren selv, og leder for EFG Vidar Oma Steine blir beskrevet som sentrale aktører i arbeidet. Det blir bestemt å sende notatet til om lag 760 berørte parter, og høringsfristen blir satt til seks uker. Andre berørte departement har også fått delta i denne fasen slik utredningsinstruksen krever. Det har ellers vært lite påtrykk fra instanser utenfra til å komme med krav eller være med på å gi føringer på prosessen i denne fasen. KS og Oslo kommune er blant de få som uttaler seg offentlig i denne fasen, hvor særlig oppgjøret med fylkeskommunene blir gjenstand for debatt. Dette gjør aktiviseringsprosessen i utredningsfasen lukket, ved at det er få involverte aktører og muligheter for beslutningstaking ligger i departementet, og fortrinnsvis EFG.

### *Defineringsprosessen*

Defineringsprosessen er også forbeholdt gruppen i departementet, og få andre har påvirkning på deres arbeid. Løsningsforslagene er på mange områder tillagt helseministerens egne visjoner for sykehusvesenet. I tillegg er løsningene som blir valgt også en del begrunnet i tidligere utredninger og lovarbeid. Personene i gruppen har også

stor erfaring med både utredninger og reformarbeid innen offentlig forvaltning og helsesektoren. En kan på denne måte si at kunnskapsgrunnlaget for reformen har et visst institusjonelt preg ved at en dels bygger på eksisterende erfaring og kompetanse, og dels på nye ideer om organisering av sykehusvesenet. Likevel har det vært lite erfaring med praksis og følgene av en slik reform. For eksempel ved at lov om fylkeskommunale selskap aldri ble skikkelig satt ut i livet. Kunnskapsgrunnlaget er også en god del begrunnet i hvor lite effektiv den eksisterende fylkeskommunale modellen har fungert. Helseministeren bruker flere av disse problemene som argument for en ny reform. Det har ellers vært få instanser som har kommet med innspill eller krav. KS har fremhevet at det er viktig å være raus i forhold til oppgjøret med fylkeskommunene, og har ellers prøvd å stille konkrete spørsmål rundt selve overtakelsen. De andre departementene har hatt få innvendinger.

Den raske saksgangen hadde gjort at det var momenter ved høringsnotatet som ikke var utredet nærmere. Det var blant annet ikke gjort noen betraktninger rundt finansieringsordningene av foretakene, men at de eksisterende modellene skulle vurderes senere. Arbeidsgivertilknypning og ansattes rettigheter ble heller ikke viet mye plass i dokumentet. Departementet ønsket å slette fylkeskommunenes gjeld som var knyttet til sykehusene, ellers var det få betraktninger rundt hvilke eiendommer og formueposisjoner som skulle overtas, og hvordan forhandlingsopplegget skulle foregå. Det ble imidlertid bestemt at det økonomiske oppgjøret skulle avklares senere, og at dette skulle tillegges Kommunal -og regionaldepartementet. Alt dette gir inntrykk av at innsikten i mål-middelsammenhenger i flere saker var uavklarte, da mange av utfordringene og kunnskapsgrunnlaget om effektene til reformen ikke var utredet. Det var blant annet i liten grad debattert erfaringer fra andre land.

Alt i alt blir løsningene knyttet til reformen utviklet i tråd med ideene fra regjeringens forslag og APs vedtak fra initiativfasen. En viktig endring er likevel at landsmøtets krav om at styret også skulle bestå av folkevalgte, ble i høringsnotatet endret til at styret skulle ha lokal/regional kompetanse og tilknytning, og ikke avspeile sammensetningen i et politisk valgt organ. Dette for å unngå partssammensatte styrever.

## 6 Høringsfasen

### – Motstanden vokser, men departementet står på sitt

Fasen strekker seg fra SHD utgir høringsnotatet 18. januar, til lovforslaget blir lagt frem for Stortinget 6. april. Jeg vil her ta for meg hvordan høringsinstansene responderte på lovforslaget, og hva SHD gjorde for å imøtekomme instansene. Fasen er i stor grad preget av den offentlige debatten og reformmotstanden som var i denne perioden. Jeg vil ta for meg hvordan reformmotstanden for alvor ble til, og hvilke allianser som ble bygget. Motstanden som først ble realisert gjennom fagforbundene i helsesektoren, var i første omgang rettet mot foretaksorganisering som tilknytningsform. Jeg vil ta for meg hvordan det politiske landskapet forholdt seg til reformen, og hvordan motstanden her mer var rettet mot statlig eierskap. Jeg vil også komme inn på en annen arena i kjølvannet av reformen, nemlig KS/fylkeskommunenes arbeid for å få til et forhandlingsopplegg med staten i forbindelse med overtakelsen.

### De første reaksjonene på høringsnotatet

FrP og Høyre hadde tidligere vært de politiske partiene som hadde uttrykt støtte for lovforslaget. Samme dag som høringsnotatet ble utgitt gikk helsepolitikkerne John Alvheim (FrP) og Anne Lise Høegh (H) ut i media og nærmest hyllet reformens innhold. *”Dette er bortimot blåkopi av FrPs politikk. I store trekk kunne jeg ha skrevet dette selv (..) Jeg er imponert. Dette viser handlekraft. Nå skrives det sykehushistorie på høyeste plan”*, sa Alvheim (Aftenposten 19/01-01). Høegh fulgte opp med å si at: *”Når det gjelder tempoet skal det ikke stå på oss (...) Prinsippene i reformen er helt i tråd med vår tenkning. Dette vil det bli flertall for på Stortinget”*, sa hun (Aftenposten 19/01-01).

Legeforeningen (DNL) uttalte samme dag som høringsnotatet ble utgitt, at de var positive til reformen (Dagens Næringsliv 18/01-01). Norsk Sykepleierforbund (NSF) mente at forslaget i det hele var bra, men mente det var ”uakseptabelt” at de ansatte ikke skulle omfattes av statstjenestemannsloven. De ansatte ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet risikerte å miste sine rettigheter som statstjenestemenn. Leder Bente Slåtten mente at ansattes rettigheter, arbeids –og lønnsforhold måtte avklares før reformen ble innført. Helseministeren hevdet på sin side at de enkelte helseforetak skulle være arbeidsgiver. Dermed skulle ikke statstjenestemannsloven gjelde, noe som kunne

føre til at helsearbeidere mistet en del særrettigheter<sup>32</sup> (Aftenposten 19/01-01). Sykepleierforbundet fikk støtte av Aarseth og Legeforeningen på dette punktet og hevdet at: ”Vi vil ikke gå med på noen avtaler som forringer de ansattes rettigheter” (Aftenposten 19/01-01).

Selv om KS hadde stemt for reformen var det også skepsis til lovforslaget. Direktør i KS Gunnar Gussgard mente at helseministeren ”tar på seg for mange hatter” ved gjennomføringen av reformen. Han mente at helseministeren ville få for mange roller når han både skulle levere, produsere helsetjenestene, og samtidig regulere og bestemme tjenestetilbudet (Nettavisen 18/01-01).

Gussgard betegnet reformen som et ”demokratiproblem”. Han hevdet at regjeringen la opp til en teknokratisk styringsmodell hvor en frakoplet de folkevalgte i fylker og kommuner. I tillegg var han kritisk til hvordan staten skulle sikre pasientenes rettigheter (Aftenposten 19/01-01). KS var fornøyd med helseministerens løfte om at økonomien i fylkeskommunene skulle være minst like god etter en statlig overtakelse, men viste til at det fortsatt var mange uavklarte spørsmål i forbindelse med det økonomiske oppgjøret (Nettavisen 18/01-01).

NKF mente at helseministeren gikk alt for raskt frem i sitt arbeid med å reformere helsevesenet. ”Han legger opp til et skikkelig råkjør som jeg tror går utover både pasienter og ansatte. Tønne sier selv at dette er den største reformen av sykehusene gjennom tidende, men vil gjennomføre den i ekspressfart.” sa sekretær i NKF, Geir Mosti (Dagsavisen 20/01-01). NKF var skeptisk til innføring av resultatlønn og den ensidige fokuseringen på økonomi, og mente pasientene ble omgjort til en handlevare. Samtidig var NKF bekymret for de ansattes rettigheter i reformen (Dagsavisen 20/01-01).

#### *Oslo kommune ønsker særbehandling.*

Byråd for helse og sykehus i Oslo, Ellen Christensen (H) fortsatte å argumentere for at Oslo kommune måtte få kompensasjon for en eventuell overtakelse. Hun presiserte at Oslo kommune i motsetning til mange andre sykehuseiere, hadde betalt for oppbygging av sine sykehus uten låneopptak. Hun hevdet at Oslo ville bli straffet for ”å ha vist god husboldnings-skikk” ved å prioritere sykehusene i sine budsjett. I tillegg hevdet hun at det ikke var gitt at de bygningene og eiendommene som tilhørte sykehusene ville bli brukt i spesialhelsetjenesten i fremtiden, og at det da ville ligge store verdier i dette som kommunen hadde ”gitt vekk.” (Aftenposten 24/01-01). Noen uker senere fikk Christensen med seg resten av byrådet mot en statlig overtakelse. Byrådet mente sykehusreformen ville splitte fagmiljøene og svekke den medisinske kvaliteten. Oslo ville også beholde ansvaret for andre områder som var planlagt å bli statlige. Byrådet mente at staten manglet evnen til å ta godt nok hensyn til Oslos storbyproblemer (Aftenposten

---

<sup>32</sup> For eksempel ventelønn i inntil 17 år i form av 66 prosent lønn hvis man blir oppsagt uten skyld, egen oppsigelsesfrister, medbestemmelse ved tilsetninger, egne tilsetningsråd, fortrinnsrett ved stillinger i staten.

07/02-01). Oslo Kommune var både fylkeskommune og kommune, og hadde en spesiell organisasjonsform som la til rette for en spesiell samhandling mellom primær – og spesialhelsetjeneste. Man argumenterte for at ved en statlig overtakelse ville en få nye styringsproblemer og dysfunksjoner i denne samhandlingen. Det ble likevel aldri noe tema innad i departementet å la Oslo kommune få beholde ansvaret for sine sykehus (intervju -Flatø).

### *Helseministeren svarer kritikerne*

I midten av februar uttalte helseministeren i en artikkel utgitt av departementet, at reformen ikke var noen kritikk av fylkeskommunen som eier. Det var selve systemet med et fragmentert eierskap som han kritiserte. I tillegg svarte han på motstandernes kritikk av selve prosessen og den dårlige utredningen:

*”Ingen kan undervurdere kompleksiteten i operasjonen vi har satt i gang. Noen mener det er galimatias å legge opp til at hele prosessen skal kjøres fra start til mål på ett år. Har vi utredet godt nok? Skulle vi satt oss ned med utredninger og klarlagt alle detaljer på forhånd ville vi nok brukt noen år på det. Og sannsynligheten for at hele prosjektet smuldret, ville så absolutt være til stede. Jeg tror den statlige overtakelsen må skje i løpet av dette året for å unngå ansvarsuklarhet i systemet.”* (SHD- Artikkel av helseminister Tore Tønne – 15. februar 2001).

## Motstanderne mobiliserer

### *Fellesuttalelsen – fagforbundene samarbeider*

Etter høringsnotatet ble utgitt fortsatte motstanden å vokse. Den hittil største motstanderen NKF nedsatte i januar en arbeidsgruppe sammen Norsk Helse –og Sosialforbund (NHS) som skulle følge utviklingen og koordinere arbeidet med motstanden av reformen. I et brev av 25. januar fra NKF og NHS –ledelsen til organisasjonenes fylkesledere, ble det poengtert hvilke moment<sup>33</sup> som var problematiske ved høringsnotatet, og som var viktig å fokusere på videre. I brevet ble det også lagt vekt på at en viktig oppgave fremover var å bygge allianser mellom NKF/NHS og andre organisasjoner i sykehussektoren. Det ble også avtalt å ha et styreseminar med representanter fra de fem største forbundene i helsesektoren den 13. februar.

På dette møte var foruten NKF og NHS også Den norske Lægeforening (DNL), Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Kommunalansattes Fellesorganisasjon (KFO). Partene kom her til en enighet om en fellesuttalelse som ble utgitt allerede dagen etter. I fellesuttalelsen ble det fremhevet at reformen ikke kunne gjennomføres uten en større

---

<sup>33</sup> De viktigste momentene i brevet var fristilling til egne rettssubjekt, styrenes sammensetning, spørsmålet om arbeidsgivertilknytning, pensjonsspørsmålet, forutsetninger om at avtaleverket er på plass for reformen vedtas, brukerinteressene, helseregionsinndelingen og alliansbygging for fellesutspill. (brev datert 25/01-01 fra ledelsen i NKF og NHS til organisasjonenes fylkesledere).

vekt på arbeidstakernes forslag og krav. En måtte sikre arbeidstakernes medbestemmelse gjennom hele prosessen. Forslagene gikk ut på følgende:

- Arbeidstakerorganisasjonene må fra nå av sikres medvirkning og innflytelse på alle ledd i omorganiseringsprosessen.
- Organisasjonene krever at samtlige arbeidstakere minst opprettholder den nåværende standard når det gjelder lønns –og arbeidsvilkår.
- Arbeidsgiveransvaret må klargjøres i god tid før det tidspunktet staten ved helseforetakene overtar som eier. Alle arbeidstakere må sikres opprettholdelse av pensjonsrettigheter ved at de nåværende pensjonsordningene videreføres.
- Arbeidstakere ansatt i fylkeskommunene som berøres av reformen, men ikke blir overført til foretakene, må sikres fortsatt sysselsetting uten svekkelse av lønns –og arbeidsforhold.
- Helseforetakene og deres datterforetak må alle samles i en arbeidsgiverorganisasjon.
- Alle foretakene må ha regulering av lønns –og arbeidsvilkår i tariffavtale og hovedavtale som trer i kraft senest samtidig med reformens gjennomføring. I dette ligger det blant annet at det er helt nødvendig at det er etablert et partsnivå på arbeidsgiversiden for tvisteløsning mellom arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidsgiversiden.

Arbeidstakerne må sikres og beholde sin nåværende arbeidsplass under hele gjennomføringen av reformen.

Organisasjonene krever at sykehusene som overføres til foretakene, blir overdradd som en helhet og ikke blir stykket opp under omorganiseringen. (Fellesuttalelse fra NKF, NHS, KFO, NSF og DNL av 14. februar 2001).

En ser at fellesuttalelsen i første omgang fokuserte på de ansattes rettigheter og arbeidsgiversituasjon, og ikke på foretaksorganisering eller statlig eierskap. Det viktigste var å få beholde de rettighetene man hadde opparbeidet seg. Dette har sammenheng med at det var ulikt syn blant organisasjonene på om reformen i det hele tatt var ønsket. Legeforeningen var i utgangspunktet for store deler av reformen. NSF, KFO og NHS var tilhenger av et statlig eierskap, men mot foretaksorganisering. NKF var på sin side både motstander av foretaksorganisering og statlig eierskap.

### *Uro innad i NKF*

Etter fellesuttalelsen mente mange av medlemmene i NKF at uttalelsen ikke var tilfredsstillende. Blant flere ble fellesuttalelsen sett på som om reformen allerede kom til å bli gjennomført, og at det heller ble fokusert på å ”gjøre det beste ut av det”. Denne

holdningen om at en heller skulle være med på å forme utviklingen i stedet for å stoppe den, skapte reaksjoner innad i NKF. På et møte blant de hovedtillitsvalgte blant NKF's fylkeslag kritiserte representantene fra Akershus, Buskerud og Hedemark ledelsen i NKF for å være for passive, og for nærmest ha gitt opp. ”Kommuneforbundet er for defensivt. Nestleder Gunbild Jobansen bruker ber i dag masse tid på å snakke om hvilke krav vi må stille dersom dette blir gjennomført. Hva om vi brukte alle kreftene på å stoppe denne reformen, vi må fokusere på at vi sier nei”, mente Kari Borge (NKF Akershus) (Klassekampen 21/02-01). De krevde en nasjonal aksjonsdag mot sykehusreformen. De mente at en måtte få opp debatten, og forstå at reformen ennå ikke var vedtatt. Borge mente at mange på APs landsmøtet ikke visste at de stemte på et fristilt sykehusvesen. Hun mente at de nære båndene mellom AP og LO hadde gjort at LO-ledelsen ikke hadde kommet på banen. Det samme gjaldt AP-medlemskapet til NKF-leder Jan Davidsen som hun så på som problematisk (Klassekampen 21/02-01).

### *Motmeldingen*

På samme tid som interesseorganisasjonene lanserte sin fellesuttalelse, hadde ti leger<sup>34</sup> fra ulike sykehus samlet seg rundt det de kalte en motmelding mot høringsnotatet. I ledelsen for motmeldingen var overlege og RV-medlem Mads Gilbert. Motmeldingen inneholdt en krass kritikk av reformens innhold som man mente ”...dreier seg om vi skal gjennomføre et fundamentalt systemskifte i norsk helsepolitikk – fra forvaltningsstyre med pasienten som uegennyttig mål – til et driftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som et middel for økonomisk inntjening.” (Motmeldingen). Dokumentet var omfattende, og beskrev hva legene mente ville skje ved innføring av reformen, og hvordan saksbehandlingen til nå hadde vært. Innholdet ble kritisert for at det ikke hadde vært noen utredning i forkant, og for å føre til at sykehusene ble avdemokratisert. ”Uvanlig kort høringsfrist”, ”gjennomført på rekordtid”, ”politisk kupp”, en udemokratiske og useriøs prosess”, var begreper som ble brukt for å karakterisere prosessen. Det var delte meninger i forfatterkollektivet når det gjaldt om stat eller fylke var det mest egnede forvaltningsnivået. Det var selve fristillingen vekk fra demokratisk styring legene var imot. Man mente at modellen bygget på statsforetaksmodellen, og viste til at denne var ment til å brukes ved foretak som var i en konkurransesituasjon. Dokumentet startet med å forklare innholdet i selve høringsnotatet. Samtidig ble det underveis referert til artikler fra sykehussektoren, utredninger, ulike uttalelser i pressen både fra helseministeren, tilhengere og motstandere, og fra legene selv. Videre ble det foretatt en

---

<sup>34</sup> Motmeldingen kom ut 15. februar, og bestod av Trude Arnesen, lege, MPH, stipendiat i helsetjenesteforskning, Norges Forskningsråd, Oslo, Bjørn Bergsdahl, generell kirurg og ortoped, Lofoten sykehus, Johannes Brattebø, generell kirurg og ortoped, Voss sykehus, Martinus Bråten, overlege, 1.amanuensis, Ortopedisk avd., Regionsykehuset i Trondheim, Anette Fosse, spesialist i allmenntillegisin, Rana, Mads Gilbert, prof. dr. med., seksjonsoverlege i anesthesi, RiTØ og Universitetet i Tromsø, Dag Johansen, generell kirurg og ortoped, Rana sykehus, Eivind Smeland, dr.med., konst. overlege i onkologi, Kreftavdelingen, RiTØ, Tromsø, Steinar Westin, prof. dr. med., Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim, Torben Wisborg, seksjonsoverlege i anesthesi, Hammerfest sykehus



kritisk gjennomgang av prosessen i AP. En mente at APs sentralstyre gikk inn for reformen bare fordi AP hadde en sviktende velgeroppslutning, noe som gjorde at ledelsen ikke kunne klare flere nederlag. Det ble en prestisjesak for ledelsen. En mente også at fylkeskommunen sto i veien for ledelsens moderniseringsprosjekt. Prosessen etterpå ble betegnet som udemokratisk og et politisk kupp. Legene mente at grunnen til den raske saksgangen var at helseministeren ikke ønsket motstand og demokratisk behandling for: "...demokratiske prosesser kan man som kjent tape." Om høringsfristen stod det: "Offentlig eide og demokratisk styrte sykehus er kjerneinstitusjoner for folkes trygghet og velferd. Et minimumskrav må derfor være at høringsfristen utvides til 3 måneder, og at saken ikke sluttbehandles for stortingsvalget." Reformen ble også kritisert for manglende utredning:

*"Det er i seg selv mer enn oppsiktsvekkende at et fagdepartement og en ansvarlig regjering fremlegger et så drastisk endringsforslag for en så avgjørende samfunnssektor uten at det er fremskaffet et minimum av relevant faglig dokumentasjon på hensiktsmessigheten av reformen."* (Motmeldingen av 15. februar 2001).

Legene savnet også at den politiske opposisjonen kom på banen, og mente den hadde vært påfallende taus. En viste også til land som England og New Zealand, hvor et lignende reform hadde fått fatale konsekvenser. Begge landene hadde prøvd å snu tiltakene, men dette hadde vist seg å være vanskelig. Et eget kapittel i motmeldingen omhandlet også kritikk mot påstandene om at sykehusene var "ineffektive kostnadssluk." Det ble her henvist til ulike tiltak som stykkprisfinansiering som hadde ført til mer papirarbeid, og ISF-ordningen som hadde gitt uforutsigbare styringsverktøy. Man mente at staten hadde brukt sine pressmidler til å sulteføre sykehusene. Når det gjaldt selve lovforslaget ble det særlig pekt på § 39, som legene mente åpnet for privatisering. Denne paragrafen skulle senere vise seg å bli mye debattert utover våren. Paragrafen sier følgende:

*"§ 39 Samarbeid med andre m.v."*

*"Et foretak kan samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme foretakets formål eller for øvrig er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta. Slikt samarbeid kan også omfatte deltakelse i selskaper og andre samarbeids tiltak."*

*"Foretaksnotet kan gi nærmere regler for samarbeid som nevnt i første ledd, herunder om deltakelse i selskaper m.v. Selskap hvor alle deltakerne er foretak opprettet etter denne lov skal organiseres som ansvarlige selskap. Selskap hvor ikke alle deltakerne er foretak opprettet etter denne lov skal organiseres med begrenset ansvar."*(SHD Høringsnotat av 18. januar 2001).

I motmeldingen tolket legene denne paragrafen slik:

*"Ifølge paragraf 39 i lovforslaget kan helseforetak og datterforetak samarbeide eller danne nye selskaper med andre foretak og med private sykehus/institusjoner, og det hører i utgangspunktet under styrets eventuelt daglig leders forvaltningsmyndighet å inngå samarbeidsavtaler. (...) Aksjeselskap vil være den naturlige selskapsformen hvor de øvrige selskapsdeltakerne er private selskaper. Denne selskapsformen vil (...) hindre at staten blir ansvarlig for samarbeidets forpliktelser. Stort klarere kan det ikke sies at loven faktisk også åpner for full privatisering av*

*eierskapet til nåværende offentlige sykehus. Paragraf 39 legger etter vår mening til rette for at sykehusene skal kunne kjøpes opp eller fusjoneres med norske investorer og utenlands kapital.”* (Motmeldingen av 15.februar 2001).

Helseministeren avviste at fremlegget til sykehusreformen åpnet for at helseinstitusjoner kunne fusjoneres med private selskap og drives som aksjeselskap. På spørsmålet om motmeldingslegenes kritikk av § 39 sier han: ”*Nei, det er ikke tilfelle. Om det er mulig å tolke lovteksten slik må vi se om det trengs endringer*”, sa helseministeren, og garanterte for at AS-drift ikke ville være mulig som følge av reformen (Klassekampen 19/02-01). En av de ti legene bak motmeldingen, Mads Gilbert, sa at det var gledelig dersom helseministeren ikke ville åpne for private oppkjøp, men mente at det ikke var tvil om at paragrafen kunne tolkes til det motsatte, og mente at dette bare understreket et sentralt poeng: at reformen var for dårlig utredet og preget av hastverk (Klassekampen 19/02-01). Legenes motmelding ble tatt godt imot av fagforbundene, som fra nå av brukte den som et bevis for at dette ikke var godt nok utredet. Særlig NKF og Norsk Helse -og Sosialforbund knyttet raskt et samarbeid med legene etter meldingen, og den var raskt å finne på NKF sine hjemmesider.

### Departementets arbeid etter høringsnotatet<sup>35</sup>

Etter at høringsnotatet var utgitt ble Eier -og foretaksgruppen utvidet, og arbeidet ble mer omfattende. Deler av gruppen fikk nå i oppgave å bearbeide høringssvarene etter hvert som svarene kom inn. Av de over 760 høringsinstansene som fikk notatet, var det om lag 300 som svarte. I og med at det hadde blitt rettet stor kritikk mot departementet i forhold til den korte høringsfristen, ble det avgjort å ha et eget kapittel i proposisjonen som gikk systematisk igjennom høringsinstansenes svar, noe som ikke er vanlig i en proposisjon. Det ble også ansatt personer på fulltid som bare jobbet med høringssvarene, og som hadde i oppgave å sortere og klippe ut ulike uttalelser som skulle brukes som referanser i de andre kapitlene i proposisjonen. Det ble med dette jobbet mer en det som er vanlig med høringsinstansenes uttalelser.

I tillegg til å gå igjennom høringssvarene, ble det fokusert på å arbeide med selve proposisjonen. Proposisjonen skulle legges frem for Stortinget den 6. april, to og en halv måned etter høringsnotatet ble utgitt. Den korte tidsfristen tilsa at det høye tempoet fra arbeidet med høringsnotatet ble opprettholdt. Mens høringsrunden pågikk arbeidet også deler av gruppen med saker som ikke var ivaretatt ved høringsnotatet. Dette var blant annet endringer innenfor gjeldende rett i Norge, og ulike merknader til paragrafene. I arbeidet med proposisjonen ble det rekruttert en del personer utenfra som fikk mye å si for prosessen. En av disse var Finn Henry Hansen. Hansen var ansatt som forskningssjef ved SINTEF-Unimed, et senter som driver med forskning på blant annet helse og

---

<sup>35</sup> Dette avsnittet bygger i stor grad på intervjudata med personer fra Helsedepartementet og e-post intervjuer med Finn Henry Hansen og Asbjørn Hofslø.

sykehus. Han hadde tidligere vært fylkeshelsesjef i Hordaland og Nordland, noe som gjorde at han hadde stor kunnskap om den fylkeskommunale sykehusmodellen. Hansen hadde i forkant av sin tiltredelse en løpende dialog med helseministeren om reformens begrunnelse og innretning. Hans arbeid var i første omgang knyttet til kapittel 2 i proposisjonen, som het ”*Reformens innhold og begrunnelse*”, men også å kommentere hele dokumentet underveis. Kapittel 2 ble sett på som det viktigste, da det var her man skulle forklare hva reformen gikk ut på, og begrunne de valgene som ble tatt, noe som hadde blitt etterlyst av flere høringsinstanser. Finn Henry Hansen var også redaksjonell leder i arbeidet med utarbeidelsen av eierskapsdokumentet.

Asbjørn Hofslie var en annen som ble rekruttert utenifra. Hofslie kom fra en stilling som fylkeshelsesjef i Nord-Trøndelag, og hadde også erfaring med helsesektoren gjennom tidligere arbeid i KS. Tidligere hadde han vært medlem av Sørensen-utvalget, som så på tilknytningsformer for offentlige sykehus. Hofslie var blant de første som ble rekruttert til departementet. I begynnelsen var hans hovedoppgaver knyttet til å bringe inn erfaring fra sykehus og fylkesnivå. Senere ble han opptatt med å etablere kontakt med fylkeskommunene og drive informasjonsvirksomhet utad mot andre organisasjoner. Siden ble oppgavene rettet mer mot virksomhetsoverdragelsen og overtakelse av personell til foretakene. Atle Brynestad var en annen som ble koplet inn i denne fasen. Brynestad var sosialøkonom og arbeidet mye med foretaksdelen og de økonomiske aspektene omkring sykehusenes åpningsbalanser (Lunder 2002). Flere av personene ble rekruttert med tanke på iverksettingsprosessen som ville følge etter vedtaket. For eksempel ble Hofslie senere regional koordinator for etablering i Midt-Norge. Som vi ser var personene som ble rekruttert utenifra godt kompetente folk med erfaring fra helseforvaltning, fylkeskommunen, sykehusforskning og offentlige utredninger.

### *Eierskapsdokumentet*

Ved siden av arbeidet med proposisjonen ble det bestemt av helseministeren å lage et eget styringsdokument som skulle legges frem samtidig med proposisjonen. Dokumentet skulle inneholde hvilke satsningsområder som burde være gjeldende, hvordan staten skulle nyttiggjøre seg sin styringsrolle, og hvordan styringsdialogen mellom departementet og foretakene skulle være. Dokumentet var på denne måten mer praktisk rettet, ved at en fokuserte på konkrete utfordringer og områder som skulle forbedres, noe som også tidligere hadde blitt sett på som mangelfullt av høringsinstansene, som jeg vil komme tilbake til senere. Dette arbeidet skulle lede frem til en rapport kalt ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver”, også kalt eierskapsdokumentet. I den forbindelse ble Paul Hellandsvik rekruttert, som fikk ansvaret for dokumentet sammen med Finn Henry Hansen. Hellandsvik var utdannet lege, hadde master i helseadministrasjon, og var på denne tiden forskningsdirektør i SINTED-UNIMED. Han hadde tidligere vært fylkeslege i Sør-Trøndelag. Hellandsvik hadde i en årrekke vært en stor tilhenger av en statlig overtakelse av sykehusene, og var leder av Hellandsvik-utvalget fra 1996, som skulle se på hvem som var best egnet til å eie sykehusene. Utvalget delte seg i tre ulike fraksjoner, og hvor Hellandsvik var i gruppen for en statlig overtakelse. Hellandsvik ble

ansatt i en 80% stilling i departementet. Dokumentet skulle egentlig utgis samtidig med proposisjonen, men dette ble utsatt til høsten. Det vil derfor ikke få nærmere omtale her. Arbeidet med dokumentet ble sett på som svært viktig av helseministeren, og Hellandsvik blir av flere betegnet som den viktigste og mest innflytelsesrike personen som ble rekruttert utenfra. Han brukte mye tid på å besøke sykehus, og konsultasjoner med fagmiljøer. Han var opptatt av at en ikke burde ha en reform som dreide seg om penger. For å få legitimitet hos fagmiljøene måtte en også fokusere på hva man skulle bruke reformen til.

### *Lobbyvirksomhet og forhandlinger*

Selv om høringsnotatet var sendt ut til over syv hundre høringsinstanser, ble departementet likevel kontaktet av organisasjoner som ikke hadde fått notatet. Dette gjaldt særlig en del bruker og pasientorganisasjoner<sup>36</sup>, og organisasjoner innen psykisk helse. Årsaken til dette var at notatet hadde blitt sendt til paraplyorganisasjonene til instansene, og ikke direkte til dem. Departementet mente det var paraplyorganisasjonenes ansvar å formidle det videre til datterorganisasjonene. Da dette viste seg ikke å skje, ble det sendt høringsnotat også til disse. I og med at fristen var i ferd med å løpe ut, ble det i tillegg bestemt fra departementet å holde egne møter med disse organisasjonene hvor også statsråden var tilstede.

Lobbyvirksomheten mot departementet blir ellers betegnet som stor, men ikke mer enn hva en måtte forvente av en reform av så stor karakter. Det var i første omgang fagforbundene som sto for dette. Det ble derfor holdt møter med spesielt fylkeskommunene, Oslo Kommune, KS, NKF, NHS, NSF, DNL og KFO. De fleste møtene omhandlet arbeidstakernes rettigheter, pensjonsspørsmål og arbeidsgivertilknytning. Det ble opprettet et samarbeid mellom departementet og disse instansene, som førte til en del møter utover våren. Blant annet ble det holdt et møte med fylkeskommunene, Oslo Kommune og KS og arbeidstakerorganisasjonene den 26. februar. På møtet ble det tatt opp forholdet ved de ansattes rettigheter ved selve overtakelsen, som arbeidsgiveransvar og pensjonsspørsmål, og saker som ikke hadde blitt godt nok behandlet i høringsnotatet (intervju - Flatø). Departementet kom her fagforbundene i møte på noen av punktene, hvor det ble bestemt at flere av de eksisterende ordningene skulle videreføres. Når det gjaldt arbeidsgiverspørsmålet og det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene, skulle dette bli tatt opp senere i prosessen. De store spørsmålene rundt selve organisasjonsmodell og eierskap ble ikke rokket ved eller endret som følge av forhandlingene. Det ble også holdt et møte den 6. mars som jeg kommer tilbake til.

---

<sup>36</sup> Mental Helse Norge, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Voksne for barn, Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser, Angstringen, Norsk Psoriasisforbund, Norsk Epilepsiforbund, Norges Fibromyalgi Forbund, Norges Diabetesforbund, Multipel Sklerose Forbundet i Norge, Hørselshemmedes Landsforbund, Foreningen for hjertesyke barn og Revmatikerforbundet.

## Motstanden svekkes i Arbeiderpartiet

Flere av APs politikere på Stortinget var i tiden etter høringsnotatet fortsatt skeptisk til reformen, men flere av dem var med tiden blitt mer åpen for den. Helsepolitisk talsmann Asmund Kristoffersen mente det var mye misforståelser ute og gikk i eget parti (intervju - Kristoffersen). Blant annet hadde det aldri vært snakk om anbud eller konkurranseutsetting av tjenester. Det var heller ikke snakk om at sykehusene skulle konkurrere om oppdrag, eller at reformen ville føre til sentralisering, men vedgikk at den politiske kontrollen ville bli redusert (intervju - Kristoffersen). Også Britt Hildeng (AP) hadde snudd i spørsmålet. Hildeng var en av de sterkeste motstanderne av reformen først på sentralstyremøte og siden på landsmøtet. *”Det er et vedtak vi har gjort, og jeg går til valg på det. Hvis ikke kunne jeg ikke stilt til valg på Stortinget”*, sa Hildeng (Klassekampen 27/02-01). Hun syntes ikke håndteringen av departementet gikk for fort, og regnet med at helseministeren hadde en forsvarlig behandling. Gunhild Øyangen var en annen som lenge hadde vært imot, men nå så at en måtte gjøre det beste ut av det. Hun så positivt på at en nå kunne få samordne og spesialisere tjenester for å øke kvaliteten. I tillegg så hun at reformen kunne resultere i større grad av enhetlig styring av sykehusene, og svekke profesjonskampene (intervju - Øyangen). Mer skeptisk var Grethe Fossum. Hun var fortsatt motstander av reformen, og mente det var viktig å lytte til innvendingene fra motmeldingen og høringsinstansene. Hun var særlig redd for den demokratiske kontrollen, og da særlig på lokalt nivå. I tillegg var hun redd for at økonomene skulle bli for toneangivende i styrene. Hun hevdet samtidig at fristilling og statsforetak ikke ble godt nok debattert på landsmøtet (Klassekampen 27/03-01).

## Opprøret i Tromsø

I Tromsø hadde striden om fremtiden for sykehusene skapt stort engasjement i fagbevegelsen. Det hadde vakt oppsikt at NKF ledelsen sentralt ikke var mer avvisende til selve reformen. Mye av grunnen til den store motstanden i Tromsø, var forfatter av motmeldingen Mads Gilbert og NKF-leder i Tromsø og LO-leder i Troms, Bjørn Willumsen. Like etter motmeldingen fra legene ble det bestemt å holde et åpent allmøte i Tromsø den 28. februar om sykehusreformen. NKF Tromsø, LO Tromsø, NKF foreningene i Tromsø, samt NHS hadde gått sammen som arrangører i denne åpne høringen i forbindelse med NKF Troms årsmøte. Mads Gilbert, som var sentral i motmeldingen, var invitert. Fagbevegelsen i Tromsø prøvde ved flere anledninger fra 19. februar og frem til møtedagen å få personer fra AP-ledelsen og SHD til å delta på møte, uten hell (artikkel – NKF Troms). Den 23. februar hadde Klassekampen et stort oppslag under overskriften *”Arroganse frå helseministeren”*, hvor helseministerens møtedeltakelse ble tatt opp. *”Vi har generelt den holdningen at nå har vi sendt dette ut på høring, og vi finner det ikke riktig at vi under høringsprosessen skal gi oss inn i debatter med høringsinstanser eller andre. (...) Jeg avgrenser meg til å kommentere der jeg absolutt må”*, hevdet helseministeren (Klassekampen 23/02-01). Willumsen var mektig provosert av helseministerens holdning,

og kalte det ”en arrogant uten sidestykke” at ingen fra departementet ville komme (Klassekampen 23/02-01). Helseministeren ringte samme dag til Willumsen hvor han sa at han gjerne ville stille til et møte i Tromsø hvis han ble invitert av lokalpartiet. På grunnlag av denne samtalen ble helseministeren invitert av lederen av Tromsø Arbeiderparti, Magnar Nilsen, som også skulle være møteleder under debatten. Tre dager senere fikk Nilsen beskjed om at ingen fra den politiske ledelsen i SHD ville stille på grunn av høringsfristen som pågikk, men han ville gjerne stille etter at fristen var over. Også AP-ledelsen hadde vanskeligheter med å komme. Det var bare Stortingsrepresentant Bendiks Harald Arnesen (AP) som sa seg villig til å komme fra sentralt hold. Departementets policy om ikke å delta i debatter og åpne høringer var i respekt for at det nettopp var en høringsrunde (Flatø). Statssekretær Flatø forklarer det slik:

*”En ønsket ikke å polemisere for høringsutkastet når det man nettopp hadde gjort var å be om å få innspill. Men man hadde nok oppklart en del åpenbare misforståelser om en hadde gått i polemikk” (Flatø).*

I Tromsø begynte nå motstanden mot reformen å bli sterk. To dager før møte gikk styret i Regionssykehuset i Tromsø inn for å gå imot reformen både på grunn av prosessen og den markedsrettingen som dem mente lå i reformen. ”En høringsfrist på tre måneder er et minstekrav, og Stortingets behandling må utsettes til etter kommende stortingsvalg.”, het det i styrets uttalelse (Klassekampen 28/02-01). Styreleder Jorill Andreassen (H) oppfordret sitt eget parti på Stortinget til å utsette saken til etter valget. ”Proessen bør ikke gå så fort at folk får en følelse av at vi ikke blir hørt. (...) Vi diskuterer sykehusreformen på sviktende grunnlag”, hevdet hun (Klassekampen 28/02-01).

Høringsmøtet<sup>37</sup> i Tromsø 28. februar samlet mellom 100 og 150 tilhørere, og ble betegnet av NKF selv som ”...en av de viktigste, lærerike og gnistrende debattene i Tromsø noensinne” (NKF-hjemmeside). Arnesen fikk en ensom jobb med å forsvare reformens ideer (Nordlys 02/03-01). Motstanden var først og fremst rettet mot tempoet i reformprosessen, og foretaksorganisering som tilknytningsform (Nordlys 02/03-01). Det var særlig § 39 i høringsnotatet som skapte reaksjoner, og som man mente åpnet for privatisering. Motstanderne med Gilbert i spissen brukte sterke ord for å beskrive det han mente var et ”politisk kupp” og ”udemokratisk prosess” (artikkel-TKTF). Han mente at AP-landsmøtet ikke hadde stemt over hvor rask prosessen skulle være, eller at den kunne åpne for privatisering. Arnesen innrømmet at prosessen hadde en kort tidsfrist, og han kunne forstå dem som stilte spørsmål ved om prosessen hadde vært demokratisk nok, men mente at det var et poeng i å ha god fart, nettopp for ikke å skape stor usikkerhet rundt overtakelsen (artikkel-TKTF). Han lovet likevel at han selv ville gå sterkt imot alle

<sup>37</sup> I panelet satt professor og medforfatter i motmeldingen Mads Gilbert, stortingsrepresentantene og medlemmer i sosialkomiteen, Bendiks Arnesen (AP) og Olav Gunnar Ballo (SV), Finn Bærland (NKF-forbundsstyre), Paul Dahlø (leder Troms AP og nestleder i styret RITØ), Elin Jørgensen (Norsk Lærerlag og leder av aksjonen ”For Velferdsstaten” i Tromsø). Møteleder var Magnar Nilsen (leder NKF-Troms og leder Tromsø AP).

forslag som åpnet for privatisering av helsevesenet. Arnesen fikk også kritikk for å stå i ledtog med FrP, og det ble av Nilsen (leder Tromsø AP) henvist til Alvheims uttalelse om at reformen var en blåkopi av FrPs politikk. Arnesen på sin side hevdet at motstanden mer var et stormløp mot AP, blant sine medkollegaer (Nordlys 02/03-01).

Noen dager etter møte ble det uttalt at NKF Tromsø ville gå til en times politisk streik samme dag som proposisjonen ble levert Stortinget, 6. april. Leder NKF Tromsø, Bjørn Willumsen, uttalte at motstanden mot reformen bare økte, og at han aldri hadde sett maken til engasjement (Klassekampen 05/03-01). ”Opprøret sprer seg, men vi har virkelig dårlig tid. (...) Vi oppfordrer hele fagbevegelsen i Norge til å slutte seg til denne aksjonsdagen 6. april”, uttalte Willumsen. NKF og NHS sentralt hadde på dette tidspunkt ikke tatt stilling til planer om å aksjonere. Heller ikke aksjonsbevegelsen For Velferdsstaten<sup>38</sup> hadde tatt stilling til dette, men lovet markeringer både 8. mars og 1. mai (Klassekampen 05/03-01).

Motstanden i Tromsø var ganske enestående i prosessen. Ikke bare var motsanden sterkst her, men den kritiserte også i stor grad sin egen ledelse sentralt for ikke å stoppe reformen. Mye av grunnen til motstanden må sies å være Willumsen og Gilbert sitt fremtredende engasjement mot reformen.

### § 39 og frykten for privatisering

Dagene før høringsfristen gikk ut truet Sykepleierforbundet med å bryte alt samarbeid om sykehusreformen (Aftenposten 01/03-01). Igjen var det § 39 som skapte uro. NSF hadde undersøkt paragrafen etter at motmeldingslegene hadde gjort dem oppmerksomme på den. Ifølge forbundsleder Bente G.H. Slaatten betydde paragrafen i praksis at sykehus kunne skille ut en eller flere funksjoner, for eksempel røntgenavdeling eller laboratorievirksomhet, som egne ansvarlige aksjeselskap, og dermed åpne for privatisering eller ”outcoursing”. ”Denne paragrafen gir full åpning for å splitte opp og skille ut hele sykehuset. Det kan vi overhode ikke gå med på. Vi krever at helseministeren fjerner hele paragrafen, ellers bryter vi alt samarbeidet med reformen (...) Da får han ikke gjennomført reformen”, sa Slaatten (Aftenposten 01/03-01). Hun hevdet at deres jurister hadde vært i kontakt med SHD sine jurister, som hevdet at paragrafen ikke var til å misforstå. På spørsmålet om hvorfor det var så ille å åpne for å skille ut enkeltfunksjoner, svarte Slaatten at helsevesenet skulle være et offentlig ansvar som skulle være politisk styrt for å sikre et likeverdig tilbud. Samtidig viste hun til tidligere pressemeldinger fra helseministeren der han hadde hevdet at delprivatisering av helseforetak ikke ville være aktuelt. Juristene i departementet stilte seg i begynnelsen undrende til de endringene som fagbevegelsen ønsket. Dette fordi en mente at paragrafen faktisk innebar en innskrenkning av hva som var gjeldende i lov om fylkeskommunale sykehusselskaper. I denne loven skulle fylkeskommunene ha ”sørge for ansvaret”, men de hadde lov til å organisere sykehusene som aksjeselskap, og privatisere

---

<sup>38</sup> Aksjonen For Velferdsstaten er en allianse mellom flere fagforbund, brukerorganisasjoner og interesseorganisasjoner for å styrke kampen mot de økende forskjellene i samfunnet, og privatisering og markedsstyrt offentlig sektor.

ut tjenester. Dette ville ikke lenger bli tilfelle for de nye regionale helseforetakene. Men man var åpen i departementet for å få klarere presiseringer i forhold til lovteksten.<sup>39</sup>

Dagen etter høringsfristen gikk ut hadde departementet invitert NKF, NHS, NSF, KFO og DNL til et møte angående de spørsmål organisasjonene var opptatt av i forhold til lovforslaget. Departementet ønsket også en dialog om hvordan de ansatte best kunne sikres medvirkning og innflytelse i prosjektet og i den videre prosessen (brev fra SHD til fagforeningene 28/02-00). Likevel var det særlig § 39 og spørsmålet om privatisering som fikk stor oppmerksomhet. I motsetning til de andre fagforeningene hadde Legeföreningen ikke funnet grunnlag for en tolking i retning av privatisering i § 39 (artikkel – DNLs hjemmeside). Helseministeren understreket sterkt på dette møtet at det overhode ikke var hensikt å åpne for privatisering. Departementet ville se nøye på disse formuleringene for å rydde bort eventuelle misforståelser på dette punktet før proposisjonen ble lagt frem for Stortinget 6. april. Det ble også fremmet forslag om å opprette et rådgivende organ, som skulle føre en viss politisk kontroll over fremtidige planer til helseforetakene (DNL – artikkel 07/03-01).

### Høringsinstansenes syn

Nedenfor vil jeg ta for meg høringsinstansenes svar på høringsnotatet. Jeg vil konsentrere meg om de største organisasjonene, da det er disse som i størst grad ble berørt av forslaget, men jeg vil også komme inn på pårørende - og pasientorganisasjoner, sykehus, fylkeskommunene, fylkeslegene og Statens helsetilsyn. Innholdet i mange av uttalelsene har vært diskutert tidligere i kapittelet, men jeg vil likevel si i korte trekk hva instansene mente.

#### *Arbeidstakerorganisasjonene*

NKFs høringsuttalelse var preget av sterke ordelag mot reformen som helhet. Tempoet i prosessen ble sterkt kritisert. Den største svakheten ved notatet var likevel at en rekke viktige spørsmål ikke ble drøftet eller avklart. Man mente at man oppsummerte problemene i helsesektoren uten at årsakene til problemene eller konsekvensene av reformen ble drøftet. Det fantes ingen regionalpolitiske vurderinger eller langsiktige samfunnsanalyser i notatet. NKF så på reformen som et ”omfattende og grunnleggende systemskifte i norsk helsepolitikk”. NKF mente at man gikk fra en politisk styrt forvaltningsmodell til en markedsøkonomisk modell. Man mente at modellen la opp til en kontraktsstyring og styringsvedtekter som ikke ville skape en demokratisikk styring slik notatet hevdet. Forbundet ønsket seg desentralisert eierskap og styring, som skapte samarbeid med primærhelsetjenesten og hørte på lokale behov. Notatet la opp til en styringsmodell der fristilte sykehus ville konkurrere om tilgjengelige ressurser og funksjonsfordelinger, og der igjen få en sentralisering hvor distriktene og befolkningen

---

<sup>39</sup> Intervjudata



ble taperne. En ønsket heller en reform mer rettet mot sykehusenes interne organisering og planlegging, enn mot eierskap og tilknytningsform. NKF mente også at lovforslaget åpnet for ”full eierprivatisering av sykehusene i forslag til § 39”, noe som man mente var stikk i strid med helseministerens tidligere uttalelser. Styrene burde fortsatt være politisk sammensatt, og arbeidstakernes rettigheter og medbestemmelse ble også fremhevet som viktig for å sikre demokratisk behandling gjennom hele prosessen (NKF-høringsuttalelse).

NHS var for en statlig overtakelse, noe de hadde ment siden Hellandsvik-utvalget i 1996. De var likevel mot en organisasjonsmodell som medførte selvstendige rettssubjekter, og mente at en burde velge en organisasjonsform som lå innenfor forvaltningsmodellen for å bevare den demokratiske kontrollen. Også NHS sin uttalelse var som ventet sterkt preget av kritikk. Igjen var det § 39 som var stridsspørsmålet som NHS mente ikke kunne oppfattes som annet enn en invitasjon til privatisering, noe man var sterkt imot. Man mente også at notatet hadde store mangler når det gjaldt forholdet arbeidstaker – arbeidsgiver, og mente en måtte avklare forhold som pensjon, lønn, arbeidsgivertilknøyning, tariffavtale og medbestemmelsesrettigheter. Også begrepet ”profesjonelle styrer” i høringsnotatet, ga NHS betenkeligheter, og mente at styresammensetningene måtte være tverrfaglige. NHS var likevel positive til departementets forslag om at halvparten av styrets medlemmer skulle ha regional tilknytnøyning. De var også bekymret for tidspresset departementet la opp til (NHS - høringsuttalelse).

NSF støttet også en statlig overtakelse, men da innenfor en forvaltningsmodell. Man håpet på denne måten å få slutt på svarteperspill og ansvarpulverisering mellom de tre nivåene. NSF viste til tidligere utredninger hvor statsforetak ikke hadde fått flertall, og savnet også en sammenligning av ulike organisasjonsmodeller i stedet for en ensidig fokusering på statsforetaksmodellen. Samtidig fremhevet de den korte høringsfristen på 6 uker som er det absolutte minimum, og mente den vanskeliggjorde en forsvarlig behandling. Også NSF mente at en av de store svakhetene var at mange av de sentrale problemstillingene ikke var nevnt i notatet. Blant annet var en svært opptatt av å sikre de ansattes medbestemmelse og rettigheter både i den videre prosess og i reformen ellers. En viste til fellesuttalelsen som ble utgitt 15. februar om de ansattes rettigheter. Faren for privatisering og § 39 ble også et stort tema i uttalelsen, og en hadde her samme holdning som NHS og NKF. De ønsket også en klarere redegjørelse for hvordan bestiller/utførerrollen skulle ivaretas, og hvordan funksjonsfordelingen ville foregå. Når det gjaldt styresammensetningene krevde man at representantene skulle utpekes av arbeidstakerorganisasjonene etter forholdstallsprinsippet, og at minst en tredel av representantene skulle være fra de ansatte (minst 3 representanter) (NSF - høringsuttalelse).

DNL var positive til de grepene som nå ble gjort i sykehussektoren. De var for en statlig overtakelse og foretaksorganisering som organisasjonsmodell. DNL savnet en bedre avklaring om funksjonsfordeling, tariffavtaler, finansieringsmodeller og avtaler med foretakene, men hadde forståelse for at det bare var de grove rammene som i første

omgang ble tegnet. De var også enige i at prosessen måtte skje raskt, men kritiserte departementet for den korte høringsfristen. En mente at den strukturelle reformen som nå forelå var bra, men måtte kombineres med en ”innholds-reform” som tok utgangspunkt i de faglig medisinske aspektene i helsetjenesten. Å sikre den faglige forankringen i oppfølgingen og gjennomføringen av reformen var en av hovedbudskapene DNL ønsket å komme med. De så det som svært viktig å få opprettet egne faglige råd i foretakene i tillegg til representanter i de vanlige styrene. De faglige rådene skulle ha representanter fra fagmiljøene lokalt, og skulle stå for en medisinsk ansvarlighet, og være med å bestemme for eksempel funksjonsfordelingen. Foreningen ønsket et nytt moderne avtaleverk som var rettet mot at det var en reell sammenheng mellom mål og virkemidler. At økonomiske insentiver og lønn kunne brukes der hvor ansvaret for oppgavene og prioriteringene også ble lagt. En ønsket også et avtaleforhold som ga grunnlag for en bedre samordning med, og bedre utnyttelse av den del av spesialisthelsetjenesten som ble utført av de private spesialistene. Man ønsket å videreutvikle samarbeidet med privat spesialistpraksis, som representerte en viktig avlastning for sykehuspoliklinikker (DNL - høringsuttalelse).

LO var for en statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten. Likevel slo en fast at LO ”er skeptisk til en fristilling av sykehusene [og at en forvaltningsmodell] med utvidede fullmakter, eventuelt en forvaltningsbedriftsmodell, synes å være en bedre løsning” (LOs høringsuttalelse). LO krevde et forbud mot privatisering av funksjoner i sykehusene, og krevde en endring i § 39. ”LO legger til grunn at det ikke er hensikten å åpne for at sykehusenes egne funksjoner skal legges inn i et slikt selskap, eller at slike nye aksjeselskap skal drive med virksomhet som naturlig hører inn under det offentlige sykehusets virksomhet” (LOs høringsuttalelse). LO-sekretariatet mente også at sykehusstyrene skulle være bredt politisk sammensatt. Likevel gikk de ikke inn for å utsette reformen. Derimot ble det understreket at de ansatte minst skulle få beholde sine lønns –og arbeidsvilkår. LO påpekte at de ”er kritiske til viktige mangler ved departementets høringsnotat og den korte høringsfristen. LO stilte som en absolutt forutsetning for at reformen skulle gjennomføres 1.januar 2002, at medvirkning til de ansatte skulle sikres bedre (LO - høringsuttalelse).

Akademikernes Fellesforbund (AF) støttet en statlig overtakelse med tilhørende foretaksorganisering. Akademikerne mente prosessen måtte skje rakt, selv om det betydde at ikke alle bitene var på plass. En så på reformen som et første steg. En ønsket at en fast andel av finansieringen skulle gå til forskning, utdanning og kompetanseheving (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)).

KFO var i utgangspunktet positive til en statlig overtakelse, men var mer skeptiske til foretaksorganisering. Man mente at å organisere sykehusene i datterforetak ville skape konkurranse mellom foretakene og føre til en splittet arbeidsgiverpolitikk hvor de ansatte ble kasteball mellom foretakene. De ønsket at regjeringen også utredet andre modeller for organiseringen av sykehusene under helseforetakene. KFO var også svært opptatt av at arbeidstakernes vilkår og medbestemmelse skulle sikres gjennom hele prosessen, og at opparbeidede rettigheter ikke måtte forringes. Man ønsket også de en rask avklaring av arbeidsgiverspørsmålet (KFO - høringsuttalelse).

### *Bruker og pasientgruppene*

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) kritiserte saksbehandlingen i forbindelsen med høringen, ved at ingen av brukerorganisasjonene innen psykiatri stod på høringslisten. Norsk Revmatikerforbund (NRF), Hørselshemmedes Landsforbund (HLF), og Norges Diabetesforbund fant det ”oppsiktsvekkende”, ”beklaget” eller stilte seg ”undrende” til at de ikke stod på denne liste. Landsforeningen for Hjerte -og Lungesyke (LHL) roste departementet for den raske fremleggelsen, og var enig i at saken krevde en rask avklaring. Brukergruppene var generelt positive til prinsippet om statlig eierskap, men flere pekte på en for rask gjennomføring og for dårlig utredning. Brukergruppene var heller splittet i synet på foretaksorganisering. De fleste presiserte at en ønsket brukerrepresentasjon i styrene (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)).

### *Fylkeskommunene og kommunene*

Noen fylkeskommuner beklaget den korte høringsfristen. Vest-Agder fylkeskommune mente: ”*knappe seks uker [høringsfrist] innebærer at denne gigantiske reformen skal gjennomføres uten grundig demokratisk behandling.*” Nordland fylkeskommune ”*beklager at fristen for å avgi høringsuttalelser er så knapp at det ikke har vært mulig for fylkestinget å behandle denne særdeles viktige saken på vanlig måte. [De] beklager også at en så omfattende reform vedtas og gjennomføres uten en skikkelig forutgående utredningsprosess*” (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)).

De fleste fylkeskommunene var uenig eller skeptisk til en statlig overtakelse. Fylkeskommunene Vestfold, Østfold og Aust-Agder støttet i hovedsak et statlig eierskap. De fleste foretrakk en videreutvikling innenfor daværende eierskap. Argumentene mot reformen var at den førte til en avpolitisering av en særdeles viktig samfunnssektor og at det var mangel på alternative modeller. De fleste kommunene var hovedsakelig positive til et statlig eierskap.

KS hadde på sitt møte den 5. mars, med to stemmers overvekt kommet frem til at de var for en statlig overtakelse. Det ble likevel sendt en mindretallsmerknad som vedlegg, som gikk imot overtakelsen. På grunn av dette var KS særlig opptatt av hvordan den videre prosessen for overtakelse og oppgjør skulle foregå, mer enn innholdet i reformen. KS poengterte at staten og fylkeskommunene var likeverdige parter i en rekke spørsmål etter grunnlovens § 105 om fylkeskommunenes vern mot inngrep fra staten. Det ble også vist til Europakonvensjonen at fylkeskommunene kunne kreve judisiell overprøving av alle avgjørelser, at man kun kunne påtvinges avgjørelser som de ikke var enige i, ved dom. Man ønsket derfor å opprette et forhandlingssystem som tok for seg alle sidene ved overtakelsen, slik at man unngikk rettslige prøvinger. Nemnden som skulle ta for seg hva staten skulle overta, måtte få et videre mandat til også å gjelde det økonomiske oppjøret. Man pekte på at fylkeskommunene hadde prioritert ulikt, og at oppjøret måtte være raust og ryddig. KS ønsket også en tilbakeføringsklausul der fylkeskommunen hadde førsterett på eiendom som staten ikke lenger trengte. KS mente at høringsnotatet manglet klare mål for hva reformen skulle bety for utviklingen av tjenestetilbudet til befolkningen. KS ønsket også at alternative modeller ble utredet (KS – høringsuttalelse).

### *Sykehusene*

Det var generell støtte til en statlig overtakelse av sykehusene til staten. Flere ønsket et mer helhetlig ansvar for å løse de sektorutfordringene og uklare ansvarsholdene som var rådende. Flere sykehus pekte også på at det måtte være en innholdsreform i tillegg til en strukturreform. Regionssykehusene og flere andre sykehus støttet en foretaksmodell som tilknytningsform. En del sykehus var for en geografisk inndeling av foretakene i stedet for en funksjonsfordeling som ble foreslått i notatet. Radiumhospitalet og Rikshospitalet var for muligheten for sykehusene til selv å skille ut det som ikke var definert som kjernevirksomhet (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)).

### *Fylkeslegene og Statens helsetilsyn*

Statens helsetilsyn og 10 fylkesleger som avga uttalelse, støttet samtlige en statlig overtakelse. Begrunnelsen var behovet for en samordnet styring og muligheter for bedre ressursutnyttelse. Flere pekte imidlertid på at modellen i seg selv ikke løste alle utfordringer, og ønsket en avklaring av statens ulike roller som myndighetsutøver, eier og kontrollør. Statens helsetilsyn påpekte at statens ansvarsområde og bestillerrolle med foretakene kunne vært tydeligere kommentert. Fylkeslegene etterlyste generelt en bredere gjennomgang av modellens konsekvenser for tilsynsmyndighet. Problemstillinger som ble trukket frem var blant annet brukerperspektivet, befolknings behov for innflytelse, samt svekkede muligheter for innsyn og kontroll med beslutningsgrunnlaget i foretaksstyrene. Statens helsetilsyn fremhevet at høringsnotatet ikke gav tilstrekkelige føringer på hvordan nasjonale helsepolitiske mål, som likeverdige tjenester, skulle oppnåes gjennom helseforetak. Hvilke roller tilsynet skulle ha og hvilke nivå som skulle være tilsynsobjektet i de ulike saker, måtte avklares (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)).

### *Arbeidsgiverorganisasjonene*

Arbeidsgiverorganisasjonene med blant annet NAVO, NHO, Norges forskningsråd, høyskolene og universitetene som de største organisasjonene, støttet i all hovedsak en statlig overtakelse og foretaksorganisering (Ot.prp.nr 66 (2000-2001)).

### *Oppsummering av høringsinstansene*

Som vi ser var den største motstanden å finne blant fagorganisasjonene i helsesektoren og fylkeskommunene. Selv om det var stor motstand å finne blant flere fag og brukerorganisasjoner, og var de fleste av høringsinstansene for en reform, og da særlig til en statlig overtakelse. Det var likevel motstanderne som fikk størst oppmerksomhet i media og den offentlige debatt. Mye av grunnen til det er nok at det var de største og mest berørte organisasjonene som var imot deler av reformen.

## De politiske partiene

Det hadde til nå i prosessen vært liten nevneverdig kontakt eller forhandlinger mellom regjeringen og de andre politiske partiene. En av grunnene til dette var det brede flertallet som allerede var uttrykt gjennom FrP og Høyres støtte (Flatø). Også i den offentlige debatt hadde de politiske partiene vært lite fremtredene. Det var særlig Høyre og FrP som til nå hadde uttalt seg om reformen. Partiene som tidligere hadde uttrykt skepsis hadde ikke i stor grad vært med på den bølgen av motstand som var å finne i fagbevegelsen. Sosialpolitikerne Are Næss (KrF), Olav Gunnar Ballo (SV) og Ola D. Gløtvold (SP), hadde ved enkelte anledninger tidligere uttalt seg imot reformen, men deres motstand preget ikke den debatten som hadde vært til nå. I midten av mars var det flere av de politiske partiene som hadde landsmøter og landsstyremøter, hvor reformen ble debattert og stemt over. Det hadde lenge vært klart hvordan det politiske landskapet forholdt seg til reformen, men det var først nå de politiske motstanderne ble toneangivende. SV, SP, KrF og Venstre var motstandere av reformen, men fra mars av ble denne motstanden tydeligere.

### *SVs landsmøte*

SV hadde sitt landsmøte fra 8.-11. mars, og gjorde det klart at de var for en endring i helsevesenet, men at reformen ”*svarer ikke på de utfordringer SV er opptatt av*” (Uttalelse fra SVs landsmøte). SV mente reformen ville føre til et markedsstyrt helsevesen og nevnte fire punkter *mot* reformen: 1) En åpnet for eierprivatisering og kommersialisering, 2) statsforetaksmodellen var lite egnet til helseforvaltning og behovet for et politisk ansvar, 3) forslaget fører til en svekkelse av lokal/regional styring og ansvar, 4) fortsatt uavklarte vilkår for de ansatte. SV ønsket en overordnet nasjonal helseplan for å øke de lokale/regionale folkevalgtes innflytelse. SV pekte på høringsfristen som ”uakseptabel”, og krevde at reformen ble utsatt til etter valget, når velgerne hadde fått sagt sitt (Uttalelse fra SVs landsmøte 8.-11. mars 2001).

### *KrFs landsstyremøte*

KrF hadde sitt landsstyremøte samtidig som SV, og gikk imot reformen. I landsstyrevedtaket heter det: ”*KrFs landsstyre oppfordrer stortingsgruppen til å gå imot regjeringens forslag om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten i Norge*” (pressemelding fra KrFs landsstyremøtet 10/03-01). Begrunnelsen var at reformen la opp til en sentralisering av helsevesenet, og at en ønsket en fortsatt regionalisert styring. En mente også at prosessen ikke kunne utvikles uavhengig av Oppgavefordelingsutvalgets innstilling. Samtidig ble det poengtert av flere på landsmøtet at ledelsen i partiet måtte lage et alternativ til AP når proposisjonen ble levert Stortinget, slik at en viste at AP hadde et valg.

### *SPs landsmøte*

Senterpartiet gikk på sitt landsmøte den 16-18 mars, sterkt imot reformen og kalte den for en modell utviklet av FrP. SPs landsmøte var først og fremst imot at det de kalte ”et overgrep mot folkestyre”, ved at det skulle opprettes profesjonelle styrer. ”*Senterpartiets landsmøte ser på Tønne/Fremskrittspartireformen som sentralisering og avdemokratisering av helsevesenet og avviser dermed reformen*” (SPs landsmøtevedtak 18/03-01). Kritikken var så sterk at de fem fylkesordførerne i SP ville gå aktivt inn å prøve å stanse reformen og kalte den ”den største snikprivatisering i helsevesenet noen gang” (Aftenposten 18/03-01).

### *Venstre*

Venstre gikk også imot reformen, men i likhet med KrF og SP var det statlig eierskapet som skapte størst oppsikt. Venstre var positive til regjeringens arbeid om at det folkevalgte regionale nivået nå skulle få større ansvar over egne oppgaver innen landbruk, miljø, samferdsel, kultur og regional utvikling. Men mente man gikk motsatt vei når det gjaldt sykehusene – fra lokal folkevalgt styring til statlig byråkrati, og så med fare på den sentraliseringen og avdemokratiseringen reformen ville føre til. ”*Helseministerens forslag gir dårligere demokratisk styring og folkelig forankring enn alle andre måter å organiseres sykehusene på*”, sa Lars Sponheim (V) til BT. (BT 09/03-01). Foretaksorganisering var i prinsippet et godt tiltak, men en ønsket her et eierskap delt på flere og en større lokalpolitisk kontroll.

### *Høyre*

Høyre var for reformen, men hadde likevel enkelte innvendinger. Høyre ønsket ikke at staten skulle eie alle sykehusene, men ønsket et mangfold i eierskapet. Medlem av sosialkomiteen Anne Lise Høegh (H) likte ikke monopoltankegangen til AP: ”*Sykehusene bør for eksempel kunne eies av flere kommuner i fellesskap, av private, sammenslutninger av private og av staten*”, hevdet Høegh (BT 09/03-01). Man var enig med regjeringen at sykehusene skulle gjøres uavhengig av den daglige politiske styringen og bli egne rettssubjekter, men syntes at rollene til de regionale kontorene ikke var godt nok klarlagt. Høyre ønsket at regionskontorene skulle ha et bestilleransvar ovenfor befolkningen, og være en del av forvaltningen for å sikre politisk kontroll. Samtidig ønsket de en sterk privatisering av utførerrollen – altså mellom helseforetakene. Høyre ønsket ikke at de regionale foretakene skulle ha en eierrolle og bestillerrolle, fordi dette ville favorisere de offentlige sykehusene i utførerrollen (Høyre – artikkel).

### *FrP*

FrP hadde vært det partiet som hadde støttet mest opp om reformforslaget slik det så ut. FrP hadde i flere år kjempet for at sykehusene skulle bli statlige og bli omdannet til foretak. Senest på landsmøtet i mai 2000 hadde FrP gått inn for statlig overtakelse. Særlig leder for sosialkomiteen John Alvheim hadde lenge hatt dette som en personlig kampsak.

## Den politiske debatten

I løpet av mars hadde altså de politiske partiene tatt standpunkt til lovforslaget, og det viste seg som ventet på forhånd at sentrumpartiene gikk imot sammen med SV. Regjeringen hadde lenge visst at en måtte søke støtte hos Høyre og FrP for å få gjennom forslaget. Frp hadde lite å utsette på forslaget, noe som satte Høyre i en nøkkelposisjon i forhold til å få et stortingsflertall. Det hersket likevel liten tvil innad i regjeringen om at hovedlinjene i reformen kom til å få flertall (intervju -Flatø). Spørsmålet var bare hvor mye som måtte endres på for at Høyre og FrP skulle være fornøyd. Øyangen mener at det var flere i AP som mente at den politiske avhengigheten til høyresiden ikke var det beste utgangspunktet for en AP-reform (intervju -Øyangen). APs Grethe Fossum mente det var et politisk problem for AP at det var FrP en måtte støtte seg til ved forslaget, men la til at en ikke kunne noe for at andre parti støttet gode AP-saker (Klassekampen 14/03-01). Utover våren og frem mot stortingsbehandlingen økte den politiske debatten. De politiske motstanderne begynte nå også å rette kritikk mot prosessen, så vel som innholdet. Blant annet krevde Bondevik (KrF) at reformen måtte utsettes, fordi alle ikke hadde kommet til ordet i høringsprosessen (Dagsavisen 09/03-01).

### *Spørretimen - Helseministeren må forsvare seg.<sup>40</sup>*

I den muntlige spørretimen 14. mars var det første gang helseministeren virkelig ble spurt om reformens innhold og tempo i Stortinget. Det høye tempoet i reformprosessen hadde også vakt oppsikt i de politiske kretser, og ble et særlig viktig tema i spontanspørretimen. Stortingsrepresentant Kjell Magne Bondevik (KrF) tok opp spørsmålet om helseministeren, på tross av stor motstand og et tempo som hindret brukergrupper i å svare, ville gjennomføre reformen ved årsskifte neste år. Helseministeren svarte at: *”Under arbeidet med dette forslaget er det fra så å si alle hold blitt gitt uttrykk for at dersom en slik reform skal gjennomføres, vil det være viktig for alle parter at den gjennomføres raskt”*. Han la til at planen var realistisk, og at det var forsvarlig å få gjennomført reformen ved årsskiftet. Bondevik dro også frem debatten som hadde vært den siste tiden rundt § 39 i høringsnotatet, og viste til at helseministeren vurderte å endre noe av innholdet. Han spurte så om statsråden allerede nå så behov for endringer av andre paragrafer og prinsipper i lovutkastet som var lagt frem. Helseministeren understreket at lovutkastet ikke var fullt ut ferdig, og det var derfor man hadde en høringsprosess, og han var innstilt på å gjøre endringer i innholdet. Han la også til at saksbehandlingen skulle foregå forsvarlig, og at det ikke lå noen prestisje i, som noen hadde hevdet, å få reformen ferdig.

Harald T. Nesvik (FrP) spurte om det ikke var viktig å ha et slikt tempo nettopp for å hindre at det oppstod et vakuum internt i organisasjonen som ville skje hvis prosessen trakk ut i tid? Han la også til: *”Vi ser også nå at det i flere organisasjoner bygges opp en motstand mot reformen, der det jobbes akkurat mot dette. Er det ikke akkurat sanne ting som gjør det viktig å få dette veldig raskt på plass.(..)?”*. Helseministeren svarte som tidligere at det var mange som

---

<sup>40</sup> Innholdet i dette avsnittet bygger på Stortingets spørretime 14-03-01.

ønsket en rask avklaring, og at ingen var tjent med at en så omfattende prosess drøyet ut over flere år. Han pekte på de usikkerheter dette ville medføre for eiere, administrasjon, ansatte og befolkningen. *”Så jeg er også av den oppfatning at en slik prosess bør gjennomføres så raskt som overhode mulig, innenfor krav til forsvarlig behandling.”*

Medlem av sosialkomiteen Ola D. Gløtvold (SP) henviste til utsagnet fra representant Nesvik (FrP) som hevdet at en av grunnene til at prosessen måtte skje rakt var at det nå ble bygget opp en motstand mot reformen i ulike organisasjoner, og spurte helseministeren om han var enig i denne uttalelsen. Helseministeren svarte igjen at det ikke var noen taktiske vurderinger bak tempoet i prosessen, og benektet utsagnet til Nesvik. Prosessen var rask ut fra tanken om at reformen skulle kunne bli gjennomført i inneværende år. Gløtvold uttalte også at reformen hadde blitt alt for lite utredet, og hevdet at det hadde vært mindre saker som hadde gjort seg fortjent til for eksempel offentlige utredninger. Han spurte om det ikke burde vært en bedre konsekvensutredning av for eksempel helsefaglige sider, koordinering og samarbeidsproblematikken mellom førstelinjetjenesten. Helseministeren hevdet at han var av den oppfatning at dette spørsmålet hadde vært *”..mer en tilstrekkelig utredet gjennom de årene man har arbeidet med ulike alternativer for organisering av sykehussektoren. Vi bygger også på disse utredningene i det som fremmes, og har slike sett ikke funnet behov for ytterligere utredninger”*.

Anne Lise Høegh (H) som var en varm forkjemper for reformen, roste helseministeren for at han ikke hadde tenkt å la saken *”drøye lenger enn nødvendig”*. Hun brukte anledningen til å påpeke at det var motstanderne som trengte lengre tid, men forundret seg over hvorfor, da det ble lansert en motmelding allerede dagen etter helseministerens eget forslag forelå. I sitt spørsmål viste også Høegh til oppslag i Aftenposten som tok opp grensen for hva som kunne privatiseres. Hun spurte helseministeren hvem som skulle bestemme hvilke organisering sykehusene skulle ha, hvis ikke politikerne skulle være med på å bestemme. Helseministeren gjorde det klart en gang for alle at reformen ikke innebar noen form for privatisering i og med at sykehusene var 100% eid av staten. *”Det kan ikke oppfattes som opplegg til privatisering”*. Han la til at § 39 samarbeid med andre ville bli endret på slik at det ikke skulle forekomme misforståelser.

Odd Einar Dørum (V) og Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) kritiserte statsråden for å ha et tempo der de fleste ikke vet hva som skjer, og kalte prosessen for *”Hernes reformlinje”* og at *”Helseministeren er glad i fart og liker å kjøre utenfor merkede løyper”*. Helseministeren tilbakeviste påstandene om at tempoet i prosessen var en slags taktikk, og begrunnet dette med at de hadde sendt utkast på høring til 760 høringsinstanser, og hadde løpende kontakt med dem som i første omgang ble glemt. Tvert imot ble det fra flere hevdet at en burde ta sikte på å gjennomføre reformen i inneværende år.

Olav Gunnar Ballo (SV) stilte spørsmål som gikk på foretaksorganisering som tilknytningsform. Ballo tok for seg problemstillingen om hvordan helseministeren ville hindre at en fikk en utvikling av geografisk sentralisering av sykehusvesenet, ved at man hadde fristilte sykehus med tilhørende fristilte profesjonelle styrer som ikke trengte å følge politiske ønsker. Helseministeren svarte at begrepet *”fristilling”* ikke var å finne i



høringsforslaget, og mente at forslag som gikk på at staten skulle eie sykehusene 100% ikke innebar noen fristilling.

Medlem av sosialkomiteen Are Næss (KrF) konstaterte at helseministeren ikke ønsket politisk folkevalgt innflytelse på avgjørelse som blant annet samarbeid med andre og funksjonsfordeling mellom sykehusene. Næss stilte spørsmål til hvordan departementet skulle klare å behandle de ca. 700 høringsuttalelsene på en måned, og i tillegg gjøre ferdig et lovforslag og avklare alle forhold. Helseministeren uttalte igjen at saksbehandlingen var fullt forsvarlig, og at høringsuttalelsene og lovforslaget skulle behandles etter vanlig praksis. Han la også til at han ikke var enig i at en sektor som nå ble 100% eid av staten og under helseministerens overordnede ansvar, var uten folkevalgt kontroll. *”Det er vel ikke minst i denne sal unødvendig å understreke at de nettopp da er under folkevalgt kontroll”*.

Leder i sosialkomiteen John I. Alvheim (FrP) tok til ordet for at det i debatten rundt reformen var fremkommet desinformasjon og usanne påstander fra motstanderne, uten at regjeringen eller helseministeren hadde korrigert påstandene. *”Beklagelig synes jeg at enkelte helsepersonellprofesjoner og Norsk Kommuneforbund ut fra særinteresser desinformerer og bringer sykehusreformen i vanry i utgangspunktet”*. Helseministeren hadde også registrert at det i debatten hadde forekommet *”...åpenbare misforståelser, bevisste eller ubevisste”*. Han begrunnet sin tilbakeholdenhet med å korrigere usanne påstander med at saken var på høring, og han ville ikke inngå i en åpen debatt før høringsfristen var ute. Alvheim presiserte at FrP i store trekk var positive til innholdet i notatet, men lurte på om regjeringen nå ville gi etter for motstandernes press, ved for eksempel redusere datterfunksjonenes frie stilling ved å stenge for samarbeid med andre sekundære funksjoner. I så fall ville FrP revurdere sin støtte til reformen. Helseministeren svarte at det ikke aktuelt å gi etter for press fra noen, men så det som naturlig å ta hensyn til synspunkter som kunne bidra til å rydde misforståelser av veien. På denne måten å forebygge åpning for fortolkninger som det ikke var grunnlag for i lovforslagets intensjon. Alvheim tok også opp motmeldingen fra de ti legene, som han mente var *”...ganske oppsiktsvekkende og skremmende, og den representerer et lavmål av argumentasjon”*. Han påpekte at han håpet helseministeren ikke ville la seg påvirke av motkreftene, og spurte om helseministeren kunne bekrefte at proposisjonen ville bli lagt frem for Stortinget i begynnelsen av april. Helseministeren hadde også lest motmeldingen, og ville behandle den som *”et innlegg i debatten den også”*. Han bekreftet også at odelstingsproposisjonen om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten ville foreligge Stortinget den 6. april.

## LO og NKF senker kravet om utsetting av reformen

NKF, NHS og NSF hadde som nevnt vært dem som i første omgang hadde vært sterkest imot reformen, men man hadde enda ikke klart å dra LO aktivt med i kampen. LO-leder Yngve Hågensen var selv medlem av sentralstyre i AP som stemte for reformen i august 2000. LO-sekretariatet hadde, som nevnt tidligere, uttalt seg positive til en statlig overtakelse. På et møte i LO-sekretariatet 12. mars, som samlet alle toppene i LO

forbundene og LO-ledelsen sentralt, ble det vedtatt å gå inn for en statlig overtakelse, men imot foretaksorganisering (LO- høringsuttalelse). Hågensen ønsket å fjerne alle formuleringene som kunne åpne for privatisering i § 39. *”I dag er det grunn til å reise tvil om hva paragrafen åpner for. Dette spørsmålet er viktig for LO. Vi skal sperre helt for den typen tolkning som mange har peket på,* mente Hågensen (DN 12/03-01).

Landsstyret i NKF hadde like etter LO-vedtaket, et møte den 16.mars om den videre strategien i kampen mot sykehusreformen. Leder Jan Davidsen uttalte her at forbundet aldri hadde stått oppe i en kampsak av denne dimensjonen (Klassekampen 16/03-01). Han mente at kampen mot reformen burde stå sentralt 1. mai, hvis ikke lovforslaget den 6. april tok hensyn til fagforbundenes kritikk. NKF hadde satset mye på å få med seg LO i motstanden, og håpet å få dem klarere med i arbeidet. Landsstyret vedtok at kritikken mot reformen og den raske prosessen stod ved lag, men kravet om å utsette reformen til etter valget ble lagt vekk. NKF tok altså samme standpunkt som LO. Dette ble begrunnet med at en ikke visste hvordan den politiske situasjonen var etter stortingsvalget, og at en kunne risikere å sitte med en høyre-regjering som ville gå for noe enda verre enn den sittende regjering. Styret hadde merket et sterkt press nedenifra for å aksjonere og markere motstanden, og han så heller ikke vekk ifra en politisk streik. Jan Davidsen var også med i styret i For Velferdsstaten som han mente ville prøve å arrangere flere initiativ til lokal debatt og motstand. Dette skulle bli nærmere drøftet på møtet i For Velferdsstaten den 20. mars. NKF ville gå igjennom proposisjonsforslaget nøye som ville utkomme den 6. april, og vurdere det videre arbeidet på forbundsstyret den 19. april.

På et møte i For Velferdsstaten 20. mars der styret er representert av topplederne i flere av de store forbundene i offentlig sektor, ble det vedtatt at kampen mot sykehusreformen skulle trappes opp ved hjelp av aksjoner og streik hvis nødvendig. I en pressemelding ble det fremhevet at aksjonsgruppen også skulle undersøke grunnlaget for å trekke inn forbund utenfor helsevesenet i en politisk streik. Aksjonsgruppen satte ned en arbeidsgruppe som skulle forberede eventuelle aksjoner, og oppfordret samtidig sine en million medlemmer til å gjennomføre en omfattende informasjonskampanje rundt reformen. Leder i For Velferdsstaten Asbjørn Wahl mente regjeringen drev et kynisk spill for å desinformere om innholdet. Spørsmålet om statlig overtakelse var det ulik oppfatning om i styret, men en samlet seg rundt kravet om at det var det offentlige, og ikke markedet som skulle styre helsepolitikken (pressemelding – For Velferdsstaten 20/03-01).

NKF styrets vedtak om å ikke kreve utsetting av reformen på grunn av et usikkert utfall av det kommende valget, skapte harme intern i organisasjonen. Leder NKF Troms Bjørn Willumsen hevdet at Davidsen og fagbevegelsen måtte sette seg i respekt for ikke å tape kampen (Klassekampen 22/03-01). Han hevdet at en hadde ingenting å hente på *”å legge seg flat”*, som han kalte det. Han oppmodet Davidsen til å konfrontere høyrekreftene og nyliberalismen i regjeringen, og mente at han hadde vært for mye på møter med AP-toppene, og blitt for godt kjent med dem. *”Vi forventer at Jan Davidsen slåss mot sykehusreformen ”to the bitter end.” (...) Davidsen kjører feil. Han har holdt kjeft for lenge. Dette er en feilslått linje, det kan vi oppsummere i dag.”* Willumsen hadde ingen tro på at en hard

konfrontasjon med AP-regjeringen ville bidra til at FrP kom i regjeringsposisjon til høsten. ”Det er jo denne nyliberalismen i AP-toppene som har utviklet mye av grunnlaget for det folkeopprøret som ligger i oppslutningen til Carl I. Hagen” (Klassekampen 22/03-01).

### Helseministeren føler seg misforstått

I perioden etter høringsfristen presiserte helseministeren flere ganger at loven ikke kom til å åpne for privatisering: ”Det har aldri vært intensjonen at loven skulle åpne for privatisering av sykehus tjenester. Hvis teksten kan forstås slik må den endres”, uttalte helseministeren (Aftenposten 14/03-01). Leder i NSF, Bente G.H. Slaatten var fornøyd med helseministerens presisering. Likevel ble det i Aftenposten dagen etter konkretisert hva som mentes med § 39 i høringsnotatet. Det kom her fram at striden kanskje likevel ikke bunnet i misforståelser eller feiltolkninger mellom partene, men mer i reell uenighet i hvor grensen skulle gå i paragrafen. Helseministeren uttalte at sykehusene skulle være 100 prosent eid av staten, og at alt snakk om privatisering ville falle på sin egen urimelighet. Likevel hevdet han at oppgaver som ikke gikk under sykehusets kjerneoppgaver kunne en inngå ”eiersamarbeid” (Aftenposten 15/03-01). ”Til sykebusdrift nå og i fremtiden hører en rekke oppgaver som ikke nødvendigvis tilhører kjerneoppgavene for sykehusene, nemlig å behandle syke mennesker. Vask av klær er for eksempel en viktig oppgave, men klesvask er ikke pasientbehandling”, hevdet han. På spørsmålet om spesialiserte avdelinger som røntgen –og laboratorietjenester kunne skilles ut fra sykehusene svarte han: ”En lovparagraf kan ikke regulere nøyaktig hvor grensene går mellom hva som er sykehusenes kjerneoppgaver og hva som er mer støttevirk-sombet. Den uklarheten tror jeg de fleste kan leve med” Tønne viste til at en også i dag kunne kjøpe slike tjenester fra private selskaper, og så ingen grunn til å endre det: ”Hvis et sykehus vil inngå et eiersamarbeid med et annet selskap, og dette selskapet utfører oppgaver sykehuset ellers ville gjort, må det være adgang til det” (Aftenposten 15/03-01). Dette fikk Slaatten til igjen å reagere og mente at det helseministeren gikk inn for var noe helt annet enn det sykehusene hadde adgang til i dag (Aftenposten 15/03-01). Helseministerens planer la opp til at sykehusene kunne legge ned sine egne avdelinger og skille dem ut i aksjeselskaper, der andre eiere kunne komme inn. Disse ville være i en helt annen stilling enn selve sykehusene. Eksempelvis ville det ikke være noe juridisk hinder for at de kunne gå konkurs. Hun savnet klare grenser for hva som inngikk i et eiersamarbeid, og hevdet at hvis helseministeren ønsket å tillate dagens praksis, kunne en like gjerne stryke hele paragrafen, da dette ble dekket opp i andre paragrafer i forslaget. ”Hvor skal grensen gå, og hvem skal sette grensen? Hva med poliklinikker, tilhører de sykehusets kjerneoppgaver?”, uttalte Slaatten (Aftenposten 15/03-01). Sykepleierforbundet mente også at den største svakheten i reformforslaget var at det bare var lagt frem en modell for sykehusorganisering. ”De vil ikke en gang vurdere andre modeller enn selvstendige foretak”, sa Slaatten (Klassekampen 17/03-01).

I et intervju med Klassekampen noen dager etter, ble helseministeren spurt om reformen var godt nok utredet. Han hevdet her at Hellandsvik –og Sørensen-utvalgets utredninger, i tillegg til høringsnotatet utgjorde gode nok utredninger. Klassekampen

hadde gått igjennom utredningene og talt opp at det var 15 A4 sider som konkret utgjorde utredningen til den største reformen siden Harald Hårfagre. Og til dette svarte han: *”Jeg har respekt for at enkelte veier utredninger i sider og kilo, men jeg måler det ikke på den måten”* (Klassekampen 17/03-01).

I slutten av mars og utover våren brukte helseministeren og statssekretæren mye av sin tid til å forsvare reformen i offentlige debatter og forsamlinger. Den 28. mars var helseministeren på et åpent møte i Bodø i regi av Nordland Arbeiderparti. Tilstede var sykehusansatte, politikere, byråkrater og fagforeningsfolk. Også her var skepsisen stor mot reformen. Medforfatter i motmeldingen Dag Johansen ved Rana sykehus var en av dem som gikk hardest til verks i kritikken: *”Forstår ikke sentrale AP-folk sitt eget høringsnotat, eller er det mer formålstjenlig å desinformere om hva sykehusreformen vil innebære?”*, spurte han (Nordlands Fremtid 29/03-01). Helseministeren på sin side mente seg feiltolket og misforstått: *”Jeg blir sliten av at det stadig blir uttalt at jeg er en tilhenger av en A/S modell for sykehusene. Jeg blir også sliten av at det ikke er mulig å bruke allment norsk språk uten at det blir tolket i en lottoverden”*, svarte Tønne (Nordlands Fremtid 29/03-01).

### KS og KFO ønsker avklaringer

KS hadde et møte med departementet den 16. mars, der de leverte en oppfølging av høringsnotatet. Notatet inneholdt en liste over de mest sentrale kravene til KS i forbindelse med oppgjøret. KS ønsket all sykehusgjeld slettet, men også gjeld fra andre sektorer som var opparbeidet gjennom at sykehusene var gitt prioritet. Det måtte legges til grunn en betydelig sum som burde fordeles på de fylkeskommunene som hadde prioritert helse fremfor andre sektorer. Man mente at grl. § 105 gjorde staten og fylkeskommunen til likeverdige parter i oppgjøret. Man forlangte kompensasjon for sykehuseiendom, men ikke til markedsverdi. Eiendommer som ikke var nødvendig for sykehusdrift skulle overdras for markedsverdi. Staten skulle betale alle transaksjonskostnader, og samtlige ansatte som fylkeskommunene definerte som tilknyttet sykehusdriften, skulle bli overført til staten (KS notat 16/03-01). Det ble siden sendt et nytt notat den 28. mars som gikk nærmere inn på kravet om tilbakekjøpeklausul for eiendom som ikke lenger var tiltenkt spesialhelsetjenesten av staten (KS notat 28/03-01).

KFO var som nevnt tidligere for en statlig overtakelse, men mot foretaksorganisering. Likevel var det arbeidsgiveransvaret og de ansattes vilkår som dem så på som viktigst å avklare. KFO var ikke fornøyd med departementets håndtering av arbeidsgiverspørsmålet, og sendte den 27. mars et brev til departementet hvor de etterlyste et nytt avtaleverk etter overtakelsen. De pekte på at dagens Hovedavtale kun ville gjelde frem til 31/12-01, og at det tok tid å fremforhandle nye avtaler, særlig når det i tillegg var snakk om at en endring i eierstrukturen ville kunne medføre en annen organisasjons –og avtalestruktur. De savnet en avklaring i arbeidsgiverspørsmålet for snarest å sette i gang med arbeidet med et nytt avtaleverk for sine medlemmer (brev fra KFO til SHD 22/03-01). *”Helsevesenet er helt avhengig av avtaler om arbeidstid. Når hovedavtalen*

*utløper, må vi følge arbeidsmiljøloven som sier at alle uker skal ha 35,5 timers arbeidstid. Alt annet krever avtaler*”, sa 1. nestleder Anne Jønland i KFO (Aftenposten 26/03-01).

## Forholdet mellom AP og NKF når bristepunktet

5. april ble det holdt rutinemessig gruppemøte blant APs stortingsgruppe. Tema var i hovedsak proposisjonen som var blitt videresendt fra APs styremøte dagen i forveien. Helseministeren redegjorde for sentrale elementer i proposisjonen, som skulle fremlegges for sosialkomiteen dagen etter. 27 representanter var til stede. Gruppemøte gav sin tilsutning til regjeringens syn slik det var redegjort for (protokoll – APs gruppemøte 05/04-01). På møte ble også motstandskampen mot reformen et tema. Innad i AP var det nå mange som hadde sett seg lei av NKF's motstandskamp og metodene som ble brukt. Det ble særlig rettet kritikk mot NKF's samarbeid med motmeldingslegene. Flere mente NKF og motmeldingen forvrengte innholdet i reformen, og mente at forbundet drev et spill for siden å bryte ut av LO. Det som kan sies å ha vært ”dråpen som fikk begeret til å flyte over” for mange sentrale AP-politikere, var en annonse laget av NKF Troms og leder Bjørn Willumsen, og som var å finne på NKF sine hjemmesider. Annonsen var ment for medlemmene for hvordan en kunne motarbeide reformen. Annonsen inneholdt hvordan en burde arrangere åpne møter om sykehusreformen. Det ble påpekt hvem som burde og ikke burde inviteres, at overlege Gilbert burde inviteres og få lenger taletid enn de andre. Willumsen på sin side hevdet at han ville bruke alle midler for stanse reformen: ”*Dette er den saken fagbevegelsen har blitt mest utfordret på siden krigen. Vi må sette foten ned mot nyliberalismen i AP*” hevdet han (Aftenposten 05/04-01). Han likte ikke at Davidsen ”la se flat for storpolitiske interesser” (Aftenposten 06/04-03).

Storingsrepresentant Laila Kaland hadde etter 30 års medlemskap sagt ifra til gruppemøte at hun hadde meldt seg ut av forbundet. Flere hadde antydnet at de ville gjøre det samme. Blant dem var Marit Nybakk og Asmund Kristoffersen. ”*Jeg har aldri sett at fagbevegelsen så grunnleggende har forsøkt å undergrave Arbeiderpartiet og å torpedere en av APs viktigste saker*”, sa Nybakk (Aftenposten 05/04-01). Kristoffersen mente NKF's argumenter rundt reformen var ”spekulative” og at aksjonsformen baserte seg på ren ”manipulasjon” av folket (Aftenposten 05/04-01). Både Nybakk og Kristoffersen var svært skeptisk til NKF's nære samarbeid med RVer Mads Gilbert og motmeldingslegene. Kristoffersen karakteriserte deler av innholdet i motmeldingen som ”usannheter”, og at metodene som ble tatt i bruk ”...*hører helt andre regimer til – for å si det rett ut*”. Det Kristoffersen siktet til var sammenblandingen av faglig ekspertise og politiske ideologier som hørte RV til (intervju – Kristoffersen). Han hevdet også at det var ”sløvt” av forbundet å la dem få slippe til, og hevdet at NKF ikke hadde fulgt godt nok opp den gjensidige samarbeidsavtalen dem imellom. Avtalen går ut på å informere om hverandres holdninger og fremtidige planer (Kristoffersen). Også Torbjørn Jagland hadde fått nok av forbundets ”forvrengning” (Aftenposten 06/04-01). Han var forundret over innhold og aksjonsformen til NKF. Han la til at det ikke var lenge siden at sterke krefter i LO stemte for en statlig overtakelse. Han presiserte likevel at dette ikke ville få konsekvenser for APs

forhold til LO og NKF. ”Jeg ser dette som en reell uenighet som vi kan leve med”, hevdet han (Aftenposten 06/04-01). Også helseministeren kritiserte forbundet: ”Dette er ukjente metoder i vår egen bevegelse, de tilhører ytterfløyen i vårt samfunn, og der bør de forbli” (Aftenposten 06/04-03).

Dauidsén var overrasket over de sterke reaksjonene i AP, og tok sterk avstand fra beskyldningene om at NKF planla en uttrede av LO. Han mente NKFs synspunkter hadde vært kjent lenge, og når det gjaldt aksjonsmetodene svarte han at en bare var opptatt av å skape debatt. Dauidsén var på sin side glad for at helseministeren ikke la opp til noen privatisering av kjernefunksjonene, men ville fortsette å kjempe mot privatisering av støttefunksjonene (Aftenposten 06/04-03). Det ble siden holdt et oppvaskmøte mellom Dauidsén og Kristoffersen for å bedre forholdet mellom AP og NKF. På møte lovet Kristoffersen at han skulle gjøre alt som stod i hans makt for å sikre de ansattes rettigheter og en politisk kontroll over foretakene innenfor proposisjonens handlingsrom. Dette gjaldt særlig opprettelsen av et rådgivende politisk råd som skulle sikre politisk kontroll. Men påpekte at hans jobb var å få forslaget igjennom, og ikke å forhandle bort det regjeringen hadde bestemt (intervju -Kristoffersen).

Dauidsén skrev siden også en artikkel i NKF bladet ”AKTUELT for tillitsvalgte”, at han ikke kunne forstå de sterke reaksjonene fra AP. Han presiserte at NKF alltid hadde vært for et offentlig styrt og drevet helsevesen, og at de alltid hadde vært med i utvalgsarbeid og drevet med egne utredninger og analyser ut fra egen erfaring og kunnskap. Han mente at ”feilen” ved NKFs høringssvar fra et AP synspunkt måtte være at NKF opprettholdt sin faste linje. At dette skulle provosere folk fra FrP og Høyre var han klar over, men at også AP folk skulle la seg provosere var overraskende. At NKF brukte sin hjemmeside til å sette opp en mal for hvordan en skulle arrangere åpne møter og debatter ble sett på som problematisk av AP. Dauidsén var mer redd for ”de lukkede roms avgjørelser” som han kalte prosessen (artikkel av Dauidsén i ”Aktuelt for tillitsvalgte” nr.3/01)

Selv om det var kontakt mellom AP og fagforbundene, var det liten kontakt mellom AP og fagforbundene i perioden fra høringsnotatet og frem til proposisjonen. I motsetning til i departementet var det lite lobbyvirksomhet rettet mot AP i forhold til sakens størrelse (intervju –Øyangen og Kristoffersen). Det var noe kontakt mellom stortingspolitikere og fylkespolitikere fra alle politiske partier, inkludert AP, men denne kontakten var ikke stor. Argumentasjonen deres bestod mye av å opprettholde den politiske kontrollen over sykehusene (intervju -Kristoffersen). Mye av grunnen til at lobbyvirksomheten mot AP ikke var stor, var det store flertallet som allerede lå bak reformforslaget (intervju -Flato).

## Endringer som ble foretatt fra høringsnotatet til proposisjonen.<sup>41</sup>

Den 6. april ble en ferdig proposisjon lagt frem for Stortinget. Det var nå opp til sosialkomiteen å forhandle om forslaget. Etter at alle høringsvarene hadde blitt behandlet, eller hadde blitt hørt gjennom egne møter, ble det naturlig nok foretatt enkelte endringer i arbeidet med proposisjonen. Likevel var endringene minimale. En av de viktigste endringene ble omformulering av § 39 ”samarbeid med andre”, som nå ble rettet for å unngå mistolkninger og muligheter for privatisering av kjernevirksomhetene. Det ble også foreslått at de regionale helseforetakene skulle ha et regionalt rådsorgan. Organet skulle ha en rådgivende funksjon for de regionale helseforetakene i utarbeidelser av fremtidige planer og prioriteringer. Denne paragrafen ble til etter den store motstanden fra blant annet NKF. Dette rådet skulle dermed føre en viss politisk kontroll på foretakenes virksomhet. Utenom dette var det ikke store materielle endringer i proposisjonen, bare mindre klargjøringer. Det ble blant annet foretatt navneendringer i forhold til hva de ulike nivåene skulle hete. ”Datterforetak” ble nå hetende ”lokalt helseforetak (HF)” og ”helseforetak” ble hetende ”regionalt helseforetak (RHF)” i proposisjonen.

Når det gjaldt kravene fra KS i det økonomiske oppgjøret og eiendomsvertakelsen var det ingen endringer å spore. Det ble bestemt at gjeld skulle dekkes, men at det ikke skulle betales godtgjørelse for overtakelsen. Grunnen var for det første at disse aktiva var forutsatt brukt til helseformål, slik at en økonomisk verdsetting ikke kunne basere seg på hva som ville være verdien ved alternativ anvendelse. For det andre at sykehusene var finansiert av fylkeskommunenes skatteinntekter eller overføringer til staten. For nærmere håndtering av spørsmålene ble det henvist til Kommuneproposisjonen og Statsbudsjettet for 2002.

### Oppsummering av høringsfasen

Jeg har i dette kapitlet prøvd å frem hvordan høringsinstansene responderte på høringsnotatet, og at det var ulike oppfatninger rundt det. Høringsfasen var sterkt preget av meningsutveksling i media, og er helt klart den fasen med størst innslag av offentlig debatt. Det kan virke som det er nå motstanden for alvor gjør seg gjeldende i økende takt med tiden. Samtidig er regjeringen lite villige til å bøye av og få til kompromiss.

#### *Aktiveringsprosessen*

Naturlig nok er denne fasen preget av flere ulike meninger fra mange hold. I og med at det er en høringsfase vil ofte deltakerne være mange. Deltakelsen og fristen i høringsrunden var bestemt av departementet, som valgte ut over syv hundrede berørte

---

<sup>41</sup> Avsnittet er basert på intervjudata fra ansatte i departementet, og komparasjon mellom proposisjonen og høringsnotatet.

instanser. Det var likevel kritikk fra enkelte pasientgrupper som mener de ikke var blitt hørt. Disse fikk siden særskilte møter med departementet for å komme sine synspunkt. Under og etter høringsrunden fikk også de viktigste fagforbundene og fylkeskommunene anledning til å komme med sine synspunkt i møter med departementet. I tillegg til den offisielle høringsrunden, var det stor offentlig debatt. Det var oppslag i media først og fremst fra fagorganisasjoner, men også fra helseministeren og AP. Motmeldingslegene ble også en instans som i stor grad fikk oppmerksomhet, selv om de ikke var en av høringsinstansene. Legene allierte seg med NKF, spesielt i Tromsø hvor også motstanden var størst, mye takket være en av motmeldingslegene Mads Gilbert og NKF-leder Bjørn Willumsen.

Det var særlig fagforbundene som er mest knyttet til sykehussektoren som hadde sterke motforestillinger mot reformforslaget. De politiske partiene kom noe senere inn i bildet, og det kan virke som om at det var fagforbundenes engasjement som gjorde politikerne oppmerksomme, både på reforminnhold og tempoet i prosessen. I løpet av våren tok de politiske partiene offisielle standpunkt til reformen. Særlig på tempoet ble helseministeren utfordret av de politiske partiene. Den politiske motstanden var på langt nær så stor som fagforbundenes. Dette kan ha noe å gjøre med at motstanden først og fremst var å finne blant de minste partiene. Også innad i AP var det fortsatt noe skepsis, særlig at en måtte stole på FrP og Høyre for å få reformen igjennom. Men etter hvert talte partiet mer eller mindre med en stemme. AP-medlemmer kritiserte også fremgangsmåtene til NKF, som de mente truet den gjensidige samarbeidsavtalen mellom partene. Flere i AP truet også med å melde seg ut av forbundet.

KS og Oslo Kommune aktivererte seg stort i denne fasen, men av en annen grunn enn fagforbundene og de politiske partiene. KS var for en reform og prøvde å få til et forhandlingsopplegg med staten.

Departementet selv rekrutterte i denne perioden ekspertise utenfra med stor erfaring og kompetanse. Slik sett økte også aktiviseringen her. En grunn til det var nok at departementet fikk mye å gjøre i denne fasen med hensyn til å motta og bearbeide høringsvar, ha møter med sentrale aktører, samt å utvikle proposisjonen. Alt i alt var høringsfasen preget av et bredt deltakelsesmønster, men det var departementet som hadde den reelle innflytelsen på beslutningene.

### *Defineringsprosessen*

Defineringsprosessen blir mer kompleks og omfattende i denne fasen. Dels på grunn av den store motstanden mot innholdet, men også for reaksjonene på den korte saksbehandlingen. Et annet moment er det høringsnotatet *ikke* tar opp. Flere peker på mangler knyttet til innholdet i reformen, og hvilke konsekvenser den skal få.

Det er stort sett enighet både politisk og blant fagorganisasjonene hva som er problemoppfatningene ved den fylkeskommunale modellen. Det er blant annet de uklare ansvars –og finansieringsforholdene mellom stat, fylke og sykehusledelse, samt stadige budsjettunderskudd. Når det gjelder løsningsforslag er det flere instanser som er enig med departementet i at måten å gjøre det på er et statlig eierskap og en foretaksmodell.



Blant andre Legeforeningen, arbeidsgiverorganisasjonene, sykehusene og de fleste kommunene støtter reformen. Motstanderne er i ulik grad enige om statlig eierskap og foretaksorganisering. For eksempel er NKF imot både statlig eierskap og foretaksorganisering, mens NSF, KFO og NHS bare er imot foretaksorganisering. De fleste fylkekommunene er først og fremst imot statlig overtakelse.

Motmeldingslegene er også en gruppe som får mye oppmerksomhet både for sin særdeles store motstand til innhold og prosess, og for sine kontroversielle meninger. Dette til tross for at de ikke er en vanlig høringsinstans. Grunnen kan være at legene hadde stor kunnskap om saken, og hadde foretatt en dypere analyse av høringsnotatet. Det var også dem som protesterte mot uklarhetene i § 39, og som gjorde de andre motstanderne oppmerksomme på den. Løsningsforslagene til arbeidstakerorganisasjonene er også rettet mot de ansattes rettigheter og lønsvilkår, samt at de også er kritisk til at det ikke er utredet andre modeller, og hvilke konsekvenser reformen vil få. Til tross for stor interessehevding blant fagforbundene, får de svært liten innvirkning på proposisjonen. Det blir gjort to små endringer som følge av høringsrunden. Det ene er at § 39 ble tydeliggjort for ikke å åpne for privatisering. Det andre er at det skal opprettes såkalte regionale råd, som skal føre en viss kontroll med de regionale helseforetakene. Ellers blir de overordnede løsningene fra høringsnotatet videreført uendret.

Innad i NKF blir det rettet kritikk mot NKF-ledelsen om at ledelsen har gitt opp, og ikke jobber nok for å stoppe reformen. Særlig i Tromsø er denne motstanden stor. Kritikken går på at det er for nære bånd mellom NKF-ledelsen og AP. Det blir også klart at Høyre og FrP vil støtte en reform, mens KrF, SP, Venstre og SV vil gå imot. Et interessant moment er at motstanden til de politiske partiene mer er rettet mot et statlig eierskap, i motsetning til fagforbundene, hvor motstanden mer er rettet mot foretaksorganisering.

KS på sin side ønsker en dialog med staten angående det økonomiske oppgjøret og eiendomsoverdragelsen, og mener at fylkeskommunene må sidestilles med staten som forhandlingspart. KS ønsker blant annet kompensasjon for verdiene som ligger i eiendommene. Også Oslo Kommune jobber for at staten ikke skal overta uten å gi noe igjen. Verken KS eller Oslo får gjennomslag, og det blir henvist til senere avklaring.

Ser vi på defineringsprosessen under ett er den preget av relativt entydige problemoppfatninger, og en vilje til endring blant høringsinstansene. Likevel er det stor uenighet om løsningsforslag, noe som gjør defineringsprosessen kompleks og flertydig i høringsfasen.

Tabell 6.1 viser hvordan de mest sentrale høringsinstansene og de politiske partiene på Stortinget forholdt seg til henholdsvis statlig eierskap og foretaksorganisering.

Tabell 6.1

Statlig eierskap	Foretaksorganisering
------------------	----------------------

ATM – skriftserie Nr. 2 – 2008 Herfindal

		For	Mot
	For	DNL, KS, Høyre, FrP, Fylkeslegene, Statens Helsetilsyn, Vestfold, Østfold og Aust-Agder.	LO, NSF, NHS, KFO
	Mot	KrF, SP, Venstre Fylkeskommunene	NKF, SV

## 7 Vedtaksfasen

### – Arbeiderpartiet og FrP skaper flertall

I dette kapitlet vil jeg ta for meg reaksjonene på regjeringens proposisjon i fagbevegelsen og KS, og hvordan behandlingen av proposisjonen foregikk i Stortinget og sosialkomiteen som behandlet saken. Fasen strekker seg fra proposisjonen ble fremmet av regjeringen den 6. april, til loven blir vedtatt den 6. juni 2001. Fasen er preget av at reformen kommer til å bli vedtatt, men at motstanden fortsatt er stor. Jeg vil begynne med å presentere reaksjonene på proposisjonen fra fagbevegelsene. Deretter kommer jeg inn på debatten rundt det økonomiske oppgjøret hvor spesielt KS og Oslo kommune har innvendinger. Siden tar jeg for meg NKF og LOs videre kamp mot reformen med fokus på LO-kongressen i mai. Tilslutt vil oppmerksomheten bli rettet mot selve komitébehandlingen i sosialkomiteen og stortingsdebatten rundt vedtaket.

#### *Fagforbundenes reaksjoner på proposisjonen*

NKF var glad for at helseministeren hadde satt foten ned for privatisering av kliniske, medisinske og helsefaglige funksjoner ved sykehusene, men hadde helst sett at også andre deler var blitt vernet. NKF var skuffet over at regjeringen fortsatt ønsket en fristilling av sykehusene: ”Vi mener fristilling svekker den politiske styringen og er skeptisk til at markedstankegangen blir for dominerende. Om vi vil aksjonere, er belt åpent.”, sa nestleder Gunhild Johansen, og understreket at de ville studere proposisjonen nøye før de konkluderte. Jan Davidsen pekte på at en rekke forhold ved de ansattes rettigheter, som pensjon, lønn og arbeidsgiveransvar, enda ikke var avklart. I tillegg understreket han at kampen ikke var over: ”I tiden mot Stortingets behandling forventer vi å få betydelig mer innvirkning på arbeidet enn tilfelle har vært hittil” (Pressemelding - NKF 06/04-01). Da proposisjonen ble lagt frem den 6. april, var det store demonstrasjoner av NKF mot reformen utenfor Stortinget. Motstanderne delte ut protestskriv med slagordene: ”markedsstyring og privatisering er ikke sosialdemokrati”, og ”Selskaper er for børsen, mens sykehus er for folk”. NHS var også skuffet over at regjeringen sto fast på forslaget om foretak.

Legeforeningen derimot, var svært positive til forslaget:

*”Statlig overtakelse og fristilling av sykehusene legger grunnlag for bedre sykehusdrift og bedre pasientbehandling. Det gir klarere ansvar og kortere beslutningsveier. Men dette er ingen vidundermedisin. Vi må være vaktbikkjer for å sikre kvaliteten på behandlingen og for å sikre en styring av den medisinske forskningen”,* konkluderte presidenten i DNL, Hans P. Aarseth (DN 07/04-01).

NSF hadde tidligere truet med å bryte samarbeidet med departementet, men var nå mer fornøyd med proposisjonen: *”Vi er godt fornøyd med at helseministeren har tettet igjen bestemmelsene som åpnet for privatisering. Det nye grunnlaget gir et godt grunnlag for samarbeid om den store sykehusreformen.”*, sa NSF-leder Bente G. H. Slaatten (DN 07/04-01). Selv om NSF helst hadde sett at departementet hadde gått vekk i fra modellen med fristilte foretak, så var man positive til at man nå ville styrke den politiske kontrollen. NSF var også glad for at medlemmene skulle få beholde alle opparbeidede rettigheter.

Samme dag som helseministeren la frem proposisjonen for Stortinget, ble det bekreftet at byrådet i Oslo ville prøve å skille ut sykehusstilknyttet eiendom og gjøre virksomhet av stor verdi om til aksjeselskaper. Blant annet ønsket de å gjøre om eiendomsforvaltningen, laboratorie og røntgenavdelingene på Aker og Ullevål sykehus til tre egne aksjeselskaper som skulle opprettes fra 1.januar 2002. Dette var samme dato som reformen skulle tre i kraft. Høyre-byrådet la ikke skjul på at en av grunnene til omdanningen var at man ønsket å frem verdien av eiendommene før staten skulle overta. Kommunen ønsket først og fremst å selge til private aktører for å få flere eiere. Forslaget ble vedtatt med stemmene til Høyre, FrP, Venstre og KrF (DN 06/04-01). Like etter gikk de inn for å selge 1850 sykehusboliger til en verdi av 800 millioner kroner, før staten overtok. Oslo ønsket å selge raskt, før et vedtak nektet dem i å selge (Aftenposten 19/04-01). Prosessen rundt salget av boligene skulle vise seg å bli et hett tema i Oslo, noe jeg vil komme tilbake til senere. Oslo Kommune var i motsetning til de andre fylkeskommunene ikke medlem av KS når det gjaldt forhandlinger med staten, noe som gjorde at de kjørte sitt eget løp.

### Forhandlingene med KS/fylkeskommunene<sup>42</sup>

Det hadde tidligere vært poengtert av KS at fylkeskommunen måtte få et raust oppgjør ved overtakelsen. Det ble i høringsnotatet konkluderte med at fylkeskommunene ikke skulle stå igjen som en selger i et privat oppgjør, men at gjelden skulle saneres. Dette ble også presisert i proposisjonen. Selve overtakelsen ble fra regjeringens side delt opp i to prosesser etter proposisjonen. Det ene var selve eiendomsoverdragelsen, hvor det skulle opprettes en nemnd som skulle avgjøre hva statens skulle overta, noe som lå i proposisjonens § 51. Den andre prosessen gikk på det økonomiske oppgjøret, hvor stort uttrekket skulle være, og skulle behandles i kommuneproposisjonen og kommunalkomiteen. KS/fylkeskommunene måtte på denne måten forhandle på to fronter, og hadde selv ønsket at alt var under samme ansvarsområde. KS holdt en egen pressefrokost dagen før proposisjonen kom ut, der KS/fylkeskommunenes behov ble presentert. Av de viktigste momentene var forholdet til de ansatte, behovet for en forhandlingsordning, hva som krevdes for det økonomiske oppgjøret, tilbakeføringsklausuler for eiendommer, og fylkeskommunenes økonomi etter

---

<sup>42</sup> Avsnittet er basert på interne notater fra KS og intervju med forhandlingsleder i KS for sykehusreformen Kari Rolstad.

overtakelsen. KS hadde hatt flere møter med departementet utover våren, men KS sine krav ble i svært liten grad imøtekommet. Bare hensynet til de ansatte ble ivaretatt slik KS ønsket. Proposisjonen var dermed en stor skuffelse for KS i forhold til ambisjonene. KS ga ut en pressemelding samme dag med tittelen ”Tønne legger opp til unødige konflikter”.

KS var svært kritisk til proposisjonens omtale av det økonomiske oppgjøret. Det var flere punkter som KS kritiserte. De største ankepunktene var at fylkeskommunen ikke var gitt ekspropriasjonsvern, og at fylkeskommunene ikke hadde fått status som forhandlingspart i spørsmål rundt virksomhetsoverdragelsen. De mente også at tvistenemndas mandat var for snevert, og at det økonomiske oppgjøret ikke sto i forhold til de formuesverdier som ble overdradd. En mente proposisjonen ikke hadde godtgjort at fylkeskommunene skulle ivareta sine gjenstående forpliktelser på en tilfredsstillende måte, og at det ikke var gitt en garanti til fylkeskommunene om gjenkjøp ved bruksendring eller salg av eiendom. KS påpekte også at rådene som skulle etableres hadde et for svakt og uklart mandat, og at de nye styrene måtte ha regional/lokalpolitisk forankring. I tillegg kritiserte de departementet for ikke å ha tatt nok hensyn til de ansatte i fylkesadministrasjonen rundt overgangsordningen.

KS ble i liten grad imøtekommet av departementet, og i slutten av april mente KS at det kunne gå mot rettssaker mellom staten og fylkeskommunen når det gjaldt det økonomiske oppgjøret. Konflikten var først og fremst knyttet til overtakelsen av boliger, barnehager, vaskerier, apoteker og annen fast eiendom tilknyttet sykehusene. På landsbasis var dette snakk om verdier i milliardklassen. For eksempel hadde Nordland fylkeskommune 700 personalboliger knyttet til sykehusene og ville bli den store taperen hvis staten skulle ta alt uten vederlag. Som nevnt tidligere var Oslo Kommune allerede i gang med å selge sine 1850 sykehusboliger for å komme den statlige overtakelsen i forkjøpet. Telemark fylkeskommune hadde ikke tenkt å legge seg på samme linje, fordi en ønsket å opprettholde en god rekruttering av personale. Likevel påpekte fylkesrådmannen i Telemark, Per Espeli at staten burde betale for boligene, men ikke nødvendigvis til markedspris. Han mente at det lå an til et oppgjør i retten hvis staten fulgte den linjen som var lagt i proposisjonen:

*”Her er det snakk om ekspropriasjon og dermed rett til full erstatning. Systemet med forhandlinger og eventuell twisteløsning må legges opp i samsvar med dette....Hvis staten har som mål å ta mest mulig uten å gjøre opp for seg, vil det bli store konflikter. Skal vi unngå det, må staten forhandle med den enkelte fylkeskommune med tanke på et rimelig oppgjør. Jeg er overasket over hvor liten åpning det er for forhandlingsløsninger i proposisjonen. Det er svært ubeldig om helsereformen havner i rettsvesenet.” (Aftenposten 24/04/01).*

KS mente at det lett kunne bli rettssak hvis proposisjonens skulle komme igjennom uendret. Direktør Gunnar Gussgard hevdet: ”En nemnd skal avgjøre tvister, men bare hva staten skal overta, ikke hvor mye den skal betale. Vi ønsket også det siste. Dermed gjenstår det ikke annet alternativ enn rettssak hvis det ikke blir enighet om betaling (...) Mitt håp er at Stortinget gjør et klokere valg enn regjeringens forslag.”, mente Gussgard (Aftenposten 24/04-01).

Fylkeskommuner med lav gjeld og stor andel egenfinansiering, var svært misfornøyd med at storforbrukere av lån uten videre skulle få dem slettet. De førstnevnte ville ha kompensasjon for at de hadde husholdert godt, og tatt opp små lån. Til det svarte de store lånetagerne at fylkeskommuner med store kraftinntekter selvsagt hadde bedre økonomi. Spørsmålet man stilte seg var da om det var rettferdig at de som hadde mye fra før skulle få ekstra penger fra staten. Regjeringen hadde i proposisjonen ikke lagt opp til noen vurdering av slike forhold, men sagt at gjelden skulle dekkes, og videre henvist til kommuneproposisjonen som skulle komme i juni.

KS mente at § 105 i grunnloven ga fylkeskommunene ekspropriasjonsvern i forhold til staten. KS hadde engasjert professor i offentlig rett, Eivind Smith, til å utrede på hvilke grunnlag fylkeskommunene kunne betraktes som likeverdige part etter Grunnlovens § 105. Smith mente at staten allerede fra starten burde ta konsekvensen av at fylkeskommunen som utgangspunkt hadde krav på eiendom som ble ekspropriert i kraft av sykehusreformen. Han påpekte at staten og fylkeskommunen var likeverdige parter så lenge fylkeskommunen ikke var nedlagt, og at de formuesverdier som ble overdratt og som ikke var nødvendig for sykehusdrift, skulle erstattes etter markedsverdi.

*”Staten mener at den i utgangspunktet ikke skal betale for overtakelsen av sykehusene. Proposisjonen er utformet slik at dette heller ikke gjelder tilknyttede virksomheter. Dette er begrunnet med at for eksempel personalboliger er like nødvendig for staten som sykehuseier, som for fylkeskommunene. Hvor langt dette argumentet kan drives er imidlertid ikke klart. I alle fall vil departementets forutsetning om at det ikke skal betales erstatning, lett kunne skape konflikter.”, sa Smith (Aftenposten 24/04-01).*

Smith mente at også overtakelse av gjeld kunne skape juridiske problemer. Det gjaldt for eksempel den ulikhet som kunne oppstå hvis fylkeskommuner som hadde finansiert sykehusinvesteringer ved å ta opp lån, fikk gjelden slettet av staten, mens de som hadde unngått gjeld ved å skjære ned andre tjenestetilbud eller tære på fonds, ikke fikk dette dekket.

Han kritiserte også proposisjonen for hvilket mandat nemnden skulle ha. Han pekte også på at nemnden som skulle ta seg av hvilke eiendommer som skulle overtas, også burde ta seg av erstatningskrav og gjeldsforpliktelser. Han påpekte at en eventuell rettstvist kunne bli både smertefull, langvarig og dyr for alle parter.

KS hadde også etter nøye gjennomgang av fylkeskommunenes drift av sykehusene, kommet til at fylkeskommunene hadde krav på om lag 18 milliarder fra staten ved overtakelsen. 13 milliarder var dekning av gjeld, og 2,1 milliarder for underskudd for 1999 og 2000. KS krevde markedsverdi for eiendommene som ikke var nødvendige for sykehusdriften, som boliger, barnehager, vaskerier og lignende. Totalt var det snakk om 6-7000 boliger til en markedsverdi på 3-4 milliarder kroner.

*”Staten bør yte kompensasjon for overtakelsen av virksomhet som ikke direkte er sykehusdrift, for eksempel personalboliger (...). De ulike delene av offentlig forvaltning bør behandle hverandre på en skikkelig og ryddig måte. Derfor bør staten være raus når den nå overtar virksomhet fylkeskommunene har bygget opp. Men akkurat ordet raus har jeg ikke inntrykk av eksisterer i*

*ordboken til Finansdepartementet*”, hevdet KS-leder Halvdan Skar (Aftenposten 26/04-01).

Nordland fylkeskommune var en av dem som hadde lav lånegjeld og investert selv i sykehusene. ”*Vi forventer at staten tar hensyn til fylker som har orden i økonomien. (...) De som har gjort jobben sin bør ikke bli tapere i dette oppgjøret*”, sa fylkesråd for helse i Nordland, Geir Kjetil Hansen (SV). Fylkeskommunen hadde ”bare” 500 mill. i total gjeld, og hvor halvparten var knyttet til sykehusene. Nordland hadde også 700 personalboliger som de også ville ha betalt for. Hansen påpekte at det forelå et vedtak i fylkestinget om å selge boliger man ikke hadde brukt for, men at dette var gjort før det var snakk om statlig overtakelse. Foreløpig var det ikke snakk om å påskynde salget slik Oslo ønsket å gjøre med sine personalboliger. Man ønsket heller å avvente i håp om at Stortinget fant frem til en økonomisk kompensasjon man ville være fornøyd med (Aftenposten 26/04-01).

### *FrP og AP støtter regjeringen*

Helseministeren ville i begynnelsen ikke kommentere uttalelsene fra fylkeskommunene og KS, men sa at han registrerte reaksjonene (Aftenposten 25/04-01). Leder av Sosialkomiteen, John Alvheim var på sin side ikke særlig innstilt på å endre helseministerens forslag om å overta sykehusene vederlagsfritt. ”*Men jeg tør ikke være helt bastant før jeg har studert dette nærmere. Men i utgangspunktet er det her snakk om skattebetalernes eiendom. Det gjelder også virksomhet av mer ekstern art knyttet til sykehusene. Men det kan diskuteres hva som er sykehusdrift og ikke. I øyeblikket skal jeg ikke si bastant hvor skille går*”, sa Alvheim (Aftenposten 25/04-01). Også Asmund Kristoffersen gav ikke fylkeskommunene særlig håp om at stortingsflertallet ville ha noe annet oppgjør enn statsråden. ”*Jeg forutsetter at det fylkeskommunen trenger for sykehusdrift, går videre til staten. Det er investeringer fylkeskommunene hovedsakelig har maklet etter overføringer fra staten. Derfor er det uakseptabelt å betale for overtakelsen. Men så er det mer perifere deler av virksomheten som ikke nødvendigvis må være med på lasset. Det er det en nemnd som skal avgjøre*”, sa Kristoffersen. Han mente også at Oslo kommune ikke burde fremskynde salget av sine boliger (Aftenposten 25/04-01).

### *Oslo kommune krever milliarder*

Oslo kommune likte svært dårlig hvordan oppgjøret mellom dem og staten skulle foregå, og utelukket heller ikke en rettssak mot staten. Kommunen mente den hadde krav på flere milliarder i erstatning. Grunnen var at siden 1975 hadde kommunen selv finansiert 2,3 milliarder av sykehusinvesteringer på i alt 3,6 milliarder, og mente dette måtte bli tatt hensyn til i oppgjøret. Staten la opp til i proposisjonen å overta gjelden som i Oslos tilfelle var på 900 millioner. Men kommunen ville ha ytterligere 1,6 milliarder til dekning av gjeld i forbindelse med pensjonsforpliktelser for de sykehusansatte. ”*Vi har fullfinansiert pensjonene gjennom dette låneopptaket, noe som er en klar fordel for staten. Statens Pensjonskasse fullfinansierer ikke*”, sa finansbyråd Audun Iversen. Dermed ville Oslo ha dekket en gjeld på 2,5 milliarder. I tillegg krevde kommunen skikkelig uttelling for selv å ha finansiert så stor del av sykehusutbyggingen. ”*Andre fylkeskommuner har lånefinansiert i langt større grad enn*

*vi, og sitter dermed med større gjeld som de får dekket fullt ut. Hvis staten ikke bruker objektive kriterier, og foretar en rettferdig fordeling, vil det virke drepende ovenfor fylkeskommuner som driver effektivt. Her vil vi se nøye på hva staten foretar seg, men vi er redde for hvordan dette problemet kan bli taklet. Hvis regjeringen ensidig dekker gjeld, mister den troverdigheten i sitt prosjekt om effektivisering av offentlig sektor. Da belønner den de minst effektive”,* sa Iversen (Aftenposten 25/04-01), som hevdet at Oslo hadde satset på sykehus og hadde lavest ventetid og færrest brudd på ventelistegarantien. Han forventet ikke full dekning av de 2,3 milliardene, men ville avvente hva regjeringen kom til å gjøre etter at Oslo kommune hadde sendt et brev til Kommunaldepartementet dagen før, om de økonomiske forholdene rundt sykehusene.

### *Oslo Høyre ønsker å selge sykehusboliger*

I april og mai måned var det en rekke innlegg i Aftenposten fra spesielt Høyre-politikere fra Oslo kommune som ønsket kompensasjon for overtakelsen, og som ga klare meldinger til stortingspolitikere om å ikke ødelegge det Oslo hadde bygget opp. Bystyremedlem Karl A. Enquist (H) mente at å dekke gjelden på 900 millioner når en verddivurdering av sykehusanlegg og bygninger tilsa om lag 7 milliarder, var helt urimelig (Aftenposten 08/05-01). Også et annet bystyremedlem av Høyre, Nordan Helland, mente at Stortinget måtte ta hensyn til at fylkeskommuner som hadde gjort en solid finansiell jobb ikke måtte bli skadelidende ved oppgjøret. Han henviste til Alvheims uttalelser om at det uansett var skattebetalernes penger uansett, men hevdet at i Oslo var jo finansieringen skjedd fra skatteinntekter fra Oslo, og ikke fra skattebetalere generelt (Aftenposten 04/05-01). Også hørebyråd Ellen Chr. Christensen, mente at Oslo hadde storbyproblemer som måtte taes ekstra hensyn til. Hun pekte på at Oslo hadde høyest antall syke i Norge, men fryktet mindre penger ved reformen, på grunn av kravet om at driften til de regionale helseforetakene skulle dekkes av uttrekket fra fylkeskommunenes inntektstammer, for å jevne ut ulikhetene. Dette medførte at de som brukte mest på sykehus i dag, ville tape mest på reformen. Hun mente at Oslo ville få mindre å rutte med når pengene ble trukket inn fra fylkeskommunene, og fordeles jevnt utover sykehusene. Statssekretær Flatø avviste Oslos problemstilling: *”Det finnes ikke noe fylke i dette land som ikke har behov for forbedringer i sykehusstilbudet. Det er uaktuelt for oss å skape likhet i tilbudet ved å gjøre forholdene verre enkelte steder.”* På spørsmålet om hvordan staten skulle jevne ut forholdene uten å bruke penger, svarte Flatø at man skulle bruke mer penger, og at en skulle heve nivået der tilbudet var dårligere raskere enn der tilbudet var bedre. Christiansen på sin side ville ta saken opp med Høyres stortingsgruppe, i den åpne høringen sosialkomiteen skulle ha om reformen. Også leder i Høyres bystyre Heidi Larssen, finansbyråd Audun Iversen (H) og bystyremedlem Aamir J. Sheikh (H) hadde alle innlegg i Aftenposten om Oslos storbyproblemer, og hvordan reformen ville svekke Oslo. (Aftenposten 10/05-01, 18/05-01 og 21/05-01).



## Kommuneforbundet og LO fortsetter kampen

Den 20. april behandlet forbundsstyret i NKF proposisjonen, og kom frem til at kampen mot reformen skulle forsette. De prinsipielle ankepunktene stod fast: ”*Fristilling til egne rettssubjekt, og dermed en organisasjonsmodell med et demokratisk underskudd, opprettholdes i forslaget. Muligheten for oppsplitting og utskilling av tjenester, som i dag er en integrert del av sykehusorganiseringen, ligger åpen. I tillegg er arbeidsgiveransvar og organisering fortsatt uavklar?*” (Pressemelding – NKF 20/04-01). Forbundet listet på møtet opp en rekke hovedpunkt som en ønsket å arbeide for: For det første en grundigere utredning og bedre tid i omleggingen. For det andre at det var fullt mulig å løse dagens utfordringer innenfor en forvaltningsmodell. For det tredje å beholde den politiske kontrollen, og kjempe mot det demokratiske underskuddet en ville få med de nye styrene. Og for det fjerde, at alle berørte arbeidstakeres vilkår og medbestemmelse skulle sikres gjennom hele prosessen (Pressemelding – NKF 20/04-01).

### *NKF Oslo ønsker streik*

25. april uttrykte ledelsen i NKF Oslo at de ønsket ledelsen i eget forbund vurdere en landsomfattende streik når reformen ble behandlet i Stortinget den 6. juni. ”*Vi trodde at regjeringen ville ta signalene til fagbevegelsen på alvor. Det har ikke skjedd. Sykehusproposisjonen ble sendt ut på et skuebrød av en høringsrunde, og ser omtrent likedan ut nå som før. Sykehusreformen er et slag mot hele den arbeidende befolkning i Norge. Dette er ikke sosialdemokrati?*”, hevdet leder i NKF Oslo, Mari Sanden. Hun var bekymret for at 13 000 av hennes 33 000 medlemmer i Oslo ikke lenger visste hvilken helseregion de ville høre under, hvem arbeidsgiveren skulle være, hvilke lønns –og arbeidsforhold de ville få, eller om de ville få beholde sin pensjonsordning. Man ønsket å få Kommuneforbundet sentralt til å påvirke LO-kongressen til å utløse en landsomfattende generalstreik. Første tegn på at en kunne vente med støtte fra LO, var at LO i Oslo allerede hadde vedtatt følgende hovedparole i 1.maitoget: ”*Nei til fristilling – avvis sykehusreformen!*” Nestleder i NKF mente det var litt tidlig enda å gå aktivt ut å varsle en generalstreik eller andre aksjoner nå, men ville vente på reaksjonene fra de ulike lokallagene. (Pressemelding NKF-Oslo 25/04-01).

### *Motmelding nr 2 – Uenighet i Tromsø*

Den 28. april lanserte legene fra motmeldingen, en ny motmelding, kalt ”*Motmelding 2?*”. Legene hadde her gått igjennom proposisjonen og kommet til at kritikken mot reformen stod fast. Reformen var udemokratisk, markedsrettet, ikke utredet, og på kant med APs partiprogram. Legene hadde ikke funnet noen endringer av prinsipiell betydning i forhold til høringsnotatet. De endringene som ble gjort i § 39, som nå var blitt § 41, for å hindre muligheten for privatisering, var bare omformuleringer men med samme innhold: ”*Regjeringen har fortsatt privatisering som mål?*”, hevdet en av legene, Dag Johansen (Klassekampen 30/04-01). I tillegg til § 41 konkluderte man at de endringene som var gjort ved å opprette egne politiske rådsorgan, og råd for brukere av pasienter og brukere av sykehusene: ”*...endrer ikke det faktum at forslaget vil frata folkevalgte organer kontrollen med*

sykehusene, og overlate denne til juridisk selvstendige foretaksstyrer som opptrer i konkurranse på et sykehusmarked” (motmelding 2). Johansen mente at flere av forslagene fra regjeringen var i strid mot APs eget partiprogram: ”I proposisjonen er det ingen krav om folkevalgte i styrene. I APs partiprogram står det motsatte.” (Klassekampen 30/04-01). I landsmøtevedtaket står det at: ”Lokalt folkevalgte må være godt representert i styrene” (APs Landsmøtevedtak 2000). Svekkning av den politiske kontrollen gjennom foretaksmodellen var legenes største motforestilling. Legene hevdet at proposisjonen la opp til at departementet, som eier, ikke skulle forholde seg til helseforetakene. Det var i stedet de ikke-politiske valgte helseforetaksstyrene som skulle bestemme sykehusstrukturen og funksjonsfordelingen mellom sykehusene, og ikke Stortinget eller helseministeren. Legene henviste til et sitat i proposisjonen som sa:

*”Det er derfor ikke nødvendig i henhold til denne bestemmelsen å fremme saken for Stortinget i situasjoner hvor det er aktuelt å overføre et sykehus fra et helseforetak til et annet, eller fra det regionale helseforetaket til et helseforetak. Planlegging og organisering av spesialhelsetjenesten, berunder å etablere en struktur av helseforetak i regionen, faller inn under det regionale helseforetakets ansvar” (Ot.prp.nr.66 2000-2001).*

Legene mente dette var et klart svar på hvordan den politiske kontrollen svekkes. Legene påpekte også at offentligheten rundt beslutningene ville bli mindre. I regjeringens forslag het det: ”Departementet vil ikke foreslå at det lovfestes en plikt til å åpne foretaksmøter for offentligheten” (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)). Det var heller ingen forslag om å gi folkevalgte eller helsefaglig representasjon i styrene. Tvert imot stod det: ”Å la enkeltgrupper og enkeltinteresser representeres vil dessuten stride mot ideen om styret som kollegialt organ” (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)). Styrene for de regionale helseforetakene skulle ha tilknytning til regionen, men det var ikke stilt noe krav til styrene for sykehusene. Motmeldingen hadde også godt grundigere igjennom erfaringer fra lignende reformer i England, New Zealand og Sverige, hvor legene mente at man hadde måttet slå full rettet (motmelding 2).

NKF i Tromsø tok godt imot motmeldingen, som beviste at proposisjonen ikke var stort bedre enn høringsnotatet. ”Den nye motmeldingen er meget god, og de som står bak den har gjort en fantastisk innsats. De viser at andre land som Sverige, Skottland og New Zealand har hatt elendige erfaringer med det samme systemet”, sa NKF-leder i Tromsø Bjørn Willumsen (Nordlys 30/04-01). Willumsen hadde oppfordret sine medlemmer til å gå 1.maitog under parolen ”Stopp Tønnes sykehusreform”. Likevel viste det seg at ikke alle av NKF’s medlemmer i Tromsø var imot reformen. Tromsø Jern og Metallarbeiderforening som talte 520 medlemmer, ønsket en statlig overtakelse, og ønsket ikke å gå under samme parolen som de andre NKF-forbundene. ”Reformen er god og nødvendig. Vi krever at pasientene må settes i fokus i denne debatten. Foreningen mener at dette gjøres ved å støtte opp om forslaget til sykehusreformen som nå er fremmet i Stortinget.(...) Staten er en stor eier med økonomiske midler til å greie oppgaven, fylkeskommunen har bare skjøvet ansvaret fra seg”, sa leder Roy-Olaf Andreassen. Han mente at staten ville gjøre driften mer effektiv, og fryktet at ved å beholde den gamle modellen, ville en fremprovosere en privatisering, noe foreningen var sterkt imot. Han mente at motmeldingen bare var meningen til ti personer, og ikke hele sykehusvesenet (Nordlys

28/04-01). Willumsen, var dypt skuffet over at Tromsø Jern og Metallarbeiderforening ikke støttet 1.maiparolen til NKF, og minte om at et enstemmig LO i Tromsø i mars tok avstand fra reformen. ”Jeg synes det er et fryktelig rart utspill. Det er greit å være uenig, men dette burde ha kommet frem under den grundige behandlingen vi hadde av saken på årsmøtet. Dette anser jeg som et forsøk på kråkefot, for at det skal se ut som om fagbevegelsen er splittet (...) Det er kun helseminister Tønne og noen få andre som tjener på det inntrykket at fagbevegelsen i Tromsø er splittet i synet på sykehusreformen”, hevdet Willumsen (Nordlys 30/04-01).

### *LO kongressen*

Like før LO-kongressen gikk leder for Fellesforbundet, Kjell Bjørndalen, ut i media og støttet en privatisering av helse og skole (DN 04/05-01). Fellesforbundet er LOs største forbund i privat sektor. Bjørndalen mente at private godt kunne utføre oppgavene så lenge man opprettholdt offentlig styring og ansvar. Det viktigste var at tilbudet var godt, og at lommeboken ikke ble avgjørende for om en fikk en god tjeneste. Bjørndalen var positiv til initiativet til regjeringen, og kritiserte NKF sin motstand:

*”Slik jeg skjønner forbundet, så ønsker det å gå aktivt inn for fornyelse og omstilling. Men det blir nok ikke oppfattet som det blir gjort med stor entusiasme, er jeg redd. Når det kommer forslag til tiltak for å fornye, så blir man stående der å se på det som en trussel. (...) Hvis man har en negativ holdning til fornyelse og endringer, så vil det bare føre til økt krav om privatisering (...) Jeg har tiltro til Tønne i dette arbeidet”. (leder Fellesforbundet Kjell Bjørndalen i DN 04/05-01).*

LO-kongressen var fra 5. til 10. mai, og det knyttet seg en del spenning til hvor stor oppslutning kongressen ville gi til kampen mot sykehusreformen. LO hadde tidligere støttet en statlig overtakelse, men var imot foretaksorganisering. Kongressen var preget av at det var stortingsvalg til høsten (DN 07/05-01 og Aftenposten 07/05-01). Både LO-leder Yngve Hågenesen og statsminister innledet til kongressen med taler som var sterkt preget av kraftige angrep mot høyresiden. I Dagens Næringsliv 07/05-01 står det følgende om Stoltenbergs tale:

*”Gang på gang under sin tale manet han frem skremmebildene av en Høyre/KrF regjering med støtte fra FrP. Samtidig brukte Stoltenberg en del tid på å forsvare den store sykehusreformen, som antakelig blir vedtatt med stemmene til Høyre og FrP. I deler av LO er skepsisen stor mot reformen – spesielt mot forslaget om å skille ut sykehusene i egne foretak. ”Vi får se hvem som blir med på et flertallsvedtak. Det viktigste er å få et bedre helsevesen med en eier. At noen er uenig med modellen kan vi leve med”, sa Stoltenberg” (DN 07/05-01).*

I Aftenposten samme dag står det følgende om Stoltenbergs tale:

*”Selv om han flere ganger understreket at det er helt urimelig å antyde at en 100 prosent statlig overtakelse av sykehusene kan være et skritt på veien, ble han møtt med skepsis. (...) Stoltenberg sa på sin side at selv om LO og AP ikke er enige om alt i denne saken, er de enige om det viktigste: - Nemlig at helse er et offentlig ansvar, og*

*at vi ikke ønsker et helsevesen der det er størrelsen på lommeboken som avgjør hva slags tjeneste du får. (...)*

*– Men er det ikke et problem for deg at dere må bente støtte fra Høyre og FrP, mens LO står imot dere i det du selv kaller en av de største velferdsreformene?*

*- Vi er enig med LO om noe, uenig om annet. I denne saken har partiet tatt et klart standpunkt etter en omfattende debatt. Da jobber vi for flertall i Stortinget for vårt syn.” (Aftenposten 07/05-01).*

Stoltenbergs viste til at det nå var opp til Stortinget å avgjøre saken. Statsministerens lite vikende holdning til at LO sine meninger ville få noe å si for det videre arbeidet med sykehusreformen, skapte sterke reaksjoner. Forbundsledere mente at han satte det fagpolitiske samarbeidet på spill, og mange av dem truet med politisk streik. NKF varslet at dette kunne få følger: ”Når han ikke tar hensyn til LO i behandlingen av en så viktig reform, vil det få konsekvenser for det fagpolitiske samarbeidet.”, sa nestleder Gunnhild Johansen, og fikk støtte fra lederne Turid Lilleheie og Oddrun Remvik fra henholdsvis Norsk Tjenestemannslag (NTL) og Fellesorganisasjonen. Johansen hadde dagen før lagt frem LOs krav for kongressen i tråd med tidligere vedtak av LO. Stoltenberg på sin side forsvarte seg: ”Det er klart at det spiller en rolle hva LO sier. Men AP har gjort et veldig klart vedtak om sykehusene. Det er en ærlig sak at LO er uenig med foretaksmodellen vi går inn for. Men vi vil forsøke å få flertall på Stortinget for vår eiendomsmodell”, sa Stoltenberg (Dagsavisen 07/05-01).

Også Fellesforbundets radikale tanker om privatisering av skole og helse, var gjenstand for debatt på landsmøtet. Det vakte oppsikt at ikke hele fagbevegelsen kunne stå sammen i dette spørsmålet. Bjørndalen mente at det var viktig at det som ble satt i gang ble gjennomført, og omtalte spørsmålet om sykehusene skulle være forvaltningsbedrifter eller frittstående foretak som ”...detaljer som vi får bli enige om” (Dagsavisen 07/05-01). Davidsen var svært skuffet over Fellesforbundets uttalelser: ”Når vi er blitt enige om å stå imot privatisering av offentlig sektor, må vi ikke rykke ut i mediene og si at vi er uenige (...) Når statsministeren her på LO-kongressen kritiserer Høyre for å åpne opp for en storstilt privatisering, så blir det et problem når Kjell Bjørndalen går ut som han gjør. Folk klarer ikke å skille mellom LO og Kommuneforbundet og Fellesforbundet. Det var derfor jeg gikk til talerstolen og sa at vi måtte bli tydeligere. (...) Men da er det også viktig at det ikke reises tvil om dette gjennom utspill i mediene. Er vi enige, må vi stå på det.”, hevdet Davidsen (BT 07/05-01). Også Fellesorganisasjonen kritiserte Bjørndalen for ikke å støtte kampen mot privatisering: ”Vi kan forstå at NHO går ut og karakteriserer offentlig sektor som en forbruksmaskin, men når våre egne tillitsvalgte gjør det, er det komplett uforståelig”, sa leder Oddrun Remvik. Turid Lilleheie i NTL kritiserte også Fellesforbundet ved å påstå at gikk til angrep på offentlig ansatte med sine tanker om privatisering og konkurranseutsetting. I tillegg føyde hun til: ”Er vi enige om programmet, må vi ikke så tvil gjennom mediene” mente Lilleheie (LO-aktuelt mai 2001). Dagen etter forsvarte Bjørndalen seg med å si at han ikke hadde til hensikt å sette offentlig

sektor til livs: ”Jeg har ikke gått til angrep på ansatte i offentlig sektor, men jeg har sagt at vi trenger en bedre og mer effektiv offentlig sektor.” Han ønsket ikke å flytte flere fra konkurranseutsatt sektor over i det offentlige. Han avsluttet med å si at han stilte seg fullt og helt bak sekretariatets innstilling, som han av Davidsen ble kritisert for å fravike (LO-Aktuelt mai 2001).

Sykehusreformen ble også tema i den avsluttende debatten, og et samlet LO mente at endringene regjeringen kom med i proposisjonen 6. april, ikke gikk langt nok. Flere sentrale delegater snakket også om en politisk generalstreik mot sykehusreformen, selv om det ikke kom konkrete forslag om dette under kongressen. Skuffelsen over at regjeringen ville kjøre igjennom reformen som planlagt, uten å ta hensyn til LO, var imidlertid stor. Arne Byrkjeflot fra Norsk Kjemiske Industrierarbeiderforbund mente det ville bli politisk generalstreik hvis en annen regjering hadde stått bak et slikt forslag (LO-Aktuelt mai 2001).

Ved kongressens slutt ble det gjort et vedtak mot reformen, som bygget på LO-sekretariatets innstilling fra 12.mars. I vedtaket ble det opprettholdt at en ikke ville motsette seg et statlig eierskap, men var sterkt imot en foretaksorganisering. En var imot at ”markedsøkonomiske prinsipper som kontraktsstyrings og anbud” skulle bli gjeldende. En ønsket også bredt sammensatt demokratisk valgte styrer (Vedtak LO-kongress 2001). NKF hadde foreslått at alle LOs innvendinger mot reformen skulle være en absolutt forutsetning for at reformen skulle gjennomføres 1. januar 2002. Dette ville medført at LO hadde forpliktet seg til å motarbeide reformen også etter et eventuelt vedtak i Stortinget. Men i det endelige vedtaket var de eneste endringene som ble foretatt fra innstillingen i mars, at det måtte være et absolutt krav at de ansattes vilkår skulle sikres. Mer nøyaktig var det rettet mot at de ansattes pensjonsvilkår ble opprettholdt eller styrket (LO-nytt 31/05-01). LO-lederen begrunnet dette slik: ”Hvis vi skulle fargelagt uttalelsene på den ene eller den andre måten, ville vi ikke fått en samlet kongress”, sa Gerd Liv Valla, som ledet arbeidet med å lage en felles LO-uttalelse (DN 11/05-01). Valla mente at det var en ganske sterk uttalelse som en samlet LO-kongress sto bak. ”Vi vil gå på partiene i Stortinget for å få gjennomslag for vårt syn”, hevdet hun, men lovet ingen aksjoner. Davidsen var svært fornøyd etter vedtaket, og håpet at dette kunne gjøre at Stortinget gikk inn for et kompromiss, der en gjerne fikk sentrumpartiene med på en statlig overtakelse, men innenfor forvaltningsmodellen. På spørsmålet om han trodde AP kom til å rette seg etter vedtaket i LO, sa han: ”Det er helt ærlig at jeg mener alle parter må være tjent med et kompromiss i denne viktige saken. Men realismen i dette kan jeg ikke garantere for (...) Det må være problematisk for AP å kjøre igjennom en så viktig sak med støtte bare fra Høyre og FrP, så kort tid før stortingsvalget”, sa Davidsen (Klassekampen 11/05-01). NKF skulle i slutten av mai selv ta stilling til et forslag fra NKF Oslo om å gå til politisk streik (DN 11/05-01).

### *Konflikten toppes internt i Tromsø*

Samtidig med LO-kongressen foregikk det en debatt i Tromsø, hvor lederen i Troms AP, Paul Dahlø truet leder i NKF Tromsø, Bjørn Willumsen, med utkastelse av partiet. Grunnen skulle være det aktive samarbeidet Willumsen hadde ført med RV og Mads

Gilbert for å stoppe reformen. Saken skulle behandles på representantskapsmøtet i Troms AP. Flere medlemmer av Troms AP reagerte kraftig på utspillet, og flere truet med å forlate partiet. Blant dem var AP-veteran Jan Bendiksen, som mente at det var noe fundamentalt gale sentralt i AP. Willumsen selv hevdet at Dahløs utspill var et bestillingsverk fra noen sentralt i partiet, og viste til den turbulente prosessen som hadde preget Kommuneforbundet i Tromsø. Bendiksen mente at Stoltenberg måtte gå dersom han ikke lyttet til grasroten i partiet, og trakk tilbake sykehusreformen. Han mente at reformen var et typisk eksempel på en partiledelse som hadde forlatt sine grunnverdier. ”De bryr seg ikke lenger om hva folk i lokallagene mener (...) Dropp valgkampen for AP, og stem på SV, RV eller Senterpartiet dersom sykehusreformen ikke trekkes tilbake”, sa Bendiksen. (Klassekampen 11/05-01).

### Kommuneproposisjonen legges frem

Som nevnt tidligere ble det økonomiske oppgjøret rundt overtakelsen behandlet i Kommunal –og regionaldepartementet. Den 11. mai leverte KRD sin kommuneproposisjon. Som følge av overtakelsen ville inntektsrammene til fylkeskommunene samlet bli redusert med 46,5 milliarder, hvorav vel 25 milliarder var frie inntekter. For å rette opp ubalansen i økonomien ble det redusert 0,8 mrd. mindre enn det fylkeskommunene brukte på spesialhelsetjenesten. Samtidig ble det foreslått at fylkeskommunenes gjeld på til sammen 16 milliarder skulle overdras til staten. Det ble påpekt at reduksjonen i inntekter også måtte sees i sammenheng med at utgiftene til renter og avdrag på lån ble frafalt. Det ble også opprettet en pott med ekstra gjeldsslette på 2,3 mrd. hvor det skulle taes hensyn til fylkeskommuner med lav sykehusgjeld som følge av lav egenkapital i investeringene og/eller kort nedbetalingstid av lån. I tillegg ble det foreslått en engangsbevilgning på 2,3 milliarder knyttet til feriepenger for de ansatte som ble overført til de nye foretakene. Når det gjaldt kompensasjon for eiendom, ble det henvist til sykehusreformen at det skulle opprettes en nemnd som skulle forhandle med fylkeskommunene om overtakelsen av formuer og verdier i forhold til fylkeskommunale eiendommer. Samtidig ble det påpekt at fylkeskommunene ikke kunne selge deler av eiendommene før den statlige overtakelsen (St.prp.nr.82 (2000-2001)). Kommunalkomiteen skulle avgi sin innstilling den 8. juni, to dager etter sykehusreformen skulle vedtas. KS var ikke fornøyd med proposisjonens bestemmelser. Man hevdet at det ikke sikret fylkeskommunene en økonomi til å drive sine fremtidige oppgaver på en god og forsvarlig måte. Underfinansieringen og merforbruket på sykehusdriften ble i liten grad kompensert. Man kritiserte regjeringen for å gi for lite rom for individuell behandling, og mente at det måtte være et krav at fylkeskommunene var i balanse etter overtakelsen. (KS-notat).

### *Oslo selger sykehusboligene*

Samtidig prøvde byrådet i Oslo å presse igjennom et salg av sine personalboliger før Stortinget vedtok reformen. Avgjørelsen skulle taes på bystyremøtet den 31. mai. I midten av mai var det allerede godtatt et bud fra Fredensborg Boligutleie som eies av Acta Sunndal Collier, på 715 millioner. Departementet mente Oslo kommune ikke kunne regne med å beholde inntektene av salget, og truet med å trekke fra salgssummen når staten overtok (Aftenposten 18/05-01). Kommunen på sin side slo tilbake i et brev til departementet ved å hevde at Oslo hadde full råderett over egne eiendommer. I brevet stilte kommunen seg undrende til at departementet bygget på en proposisjon som enda ikke var ferdig behandlet i Stortinget (Aftenposten 19/05-01). Både Alvheim, Kristoffersen og statssekretær Flatø kritiserte planene sterkt og hevdet at Oslo måtte belage seg på en reaksjon fra sentrale myndigheter (NTB 24/05-01). Siden ble det rettet kraftig kritikk mot Oslo kommune om salget og budrunden, både fra lokalpolitikere og sentrale myndigheter. Flere betegnet den raske prosessen rundt salget som en farse. Likevel ble boligsalget siden vedtatt i bystyret den 31. mai av stemmene til Høyre, KrF, Venstre og FrP, men saken var langt ifra ferdig (Aftenposten 01/06-01). Uten at jeg skal komme nærmere inn på det, kan jeg nevne at EFTAs overvåkingsorgan ESA mente at salget var i strid med regler om hvordan boligsalg skal foregå, noe som førte til at Nærings –og handelsdepartementet stoppet salget inntil videre.

### Behandlingen i sosialkomiteen

Etter at proposisjonen var overlevert sosialkomiteen brukte partiene noen uker på å sette seg inn i lovforslaget. Den reelle gjennomgangen av reformen skulle begynne den 21. mai, og innstillingen skulle avgis den 29. mai. Likevel var Are Næss (KrF) tidlig ute med forslag om å be Stortinget om å utsette behandlingen i komiteen til neste år, og fikk med seg SV og SP på dette (BT 05/04-01). Dette ble likevel aldri noe tema for flertallskonstellasjonen å etterkomme dette. Det ble også tidlig avklart hvor partiene var uenige og hvor man var enig, og at det lå et flertall for regjeringen ved hjelp av FrP og delvis Høyre. (intervju – Kristoffersen). Dette førte til at det var liten kontakt eller forhandlinger mellom partiene de første ukene. I slutten av april åpnet KrF for å forhandle med AP. Statsministerkandidat Kjell Magne Bondevik (KrF) hevdet at sentrumpartiene holdt på med å lage et eget alternativ til FrP-Høyre koalisjonen, men ville vente og se om AP ville komme til en forståelse med FrP og Høyre, noe Bondevik mente kunne by på problemer. *”For sentrumpartiene er det i første omgang viktig å markere motstand mot statlig eierskap, men hvis det er umulig å komme utenom en slik løsning, må vi vurdere om vi skal prøve å påvirke”*, sa Bondevik (Aftenposten 26/04-01). Dermed kom han flere av sine landsmøtedeltakere i møte, der flere etterlyste en strategi fra partiet for å påvirke det endelige innholdet i reformen. *”Det vi vil påvirke hvis vi kommer i forhandlingsposisjon, er styresammensetning for sykehusene. De bør ikke bli rene bedriftsøkonomiske ekspertstyrer, slike regjeringen har lagt opp til. Tilknytningen til de regionale, folkevalgte organ synes vi fortsatt er viktig. De*

*folkevalgte må være med å spille en rolle, selv om sykehusene blir statlige. Oppgjorsmodellen må også vurderes”,* hevdet Bondevik (Aftenposten 26/04-01).

Bare en uke senere skrinla KrF sine planer om et sentrumsalternativ i forhandlinger med AP, og gikk tilbake til sitt opprinnelige standpunkt mot sykehusreformen. Grunnen var det gode klima som var mellom Høyre, FrP og AP: ”*Det er neppe aktuelt for oss å gå inn i drøftinger, for det ligger det an til at høyrepartiene hjelper AP med. Da er det ryddigst for oss å markere vårt eget alternativ”,* sa Bondevik (Aftenposten 04/05-01). KrF anså at sjansene for å få et forlik mellom AP, Høyre og FrP som så stor at sentrumspartiene likevel ikke kunne sette sitt preg på sykehusreformen. Samtidig jobbet SV med et eget alternativ som jeg vil komme tilbake til.

### *Høyre kommer med krav*

Høyre var i begynnelsen av mai nå klare for forhandlinger etter at partiet hadde laget sin strategi på et gruppemøte. Høyre krevde nå en helhetlig avtale med AP, uten påvirkning fra sentrumspartiene. Høyres krav var i første omgang rettet mot det regionale nivået i organisasjonsmodellen (vedlegg 1). Høyre ønsket et klarere skille mellom eier og ”sørge for” - plikten, som en kalte det. En mente at de regionale helseforetakene kun skulle stå som eier av foretakene og ha det overordnede ansvar for driften av disse, men det skulle også opprettes statlige regionkontorer som skulle være en del av forvaltningen og inneha bestillerrollen – altså ”sørge for” plikten. Disse statlige regionkontorene skulle inngå avtaler med helseforetakene og private foretak om kjøp av helsetjenester. I tillegg skulle de forvalte Stortingets sykehusbevilgninger. Et annet moment var at det i større grad skulle satses på ISF ordninger hvor pengene fulgte pasienten, som følge av pasientens frie sykehusvalg. Disse foretakene skulle konkurrere med både offentlige og private aktører på pris og kvalitet, og en kunne også kjøpe tjenester fra private. I tillegg skulle det være mulig å skille ut ikke-medisinske støttefunksjoner i egne aksjeselskaper.

Andre krav fra Høyre var at lokal representasjon i styret var nødvendig. Det samme gjaldt også de regionale rådene som var planlagt å skulle ha en viss politisk kontroll. Høyre mente disse ikke ville ha noen reell funksjon, og ønsket dem fjernet. En ønsket også gjenfallsrett til fylkeskommunene: dersom staten bestemte seg for at det ikke skulle være sykehus på eiendommen, skulle tomtene gå tilbake til fylkeskommunen (Aftenposten 04/05-01).

Det ble aldri noen reelle forhandlinger mellom AP og Høyre før selve gjennomgangen av reformen begynte den 21. mai. Det ble bare påpekt fra APs side at flere av kravene til Høyre ikke var aktuelle å etterkomme. Uenigheten dreiet seg i første omgang om Høyres ønske om å skille ut bestillerfunksjonen for helsetjenestene fra de regionale helseforetakene, og inn i egne statlige regionskontorer. Høyre ønsket et klarere skille mellom det offentlige ulike roller som bestiller av sykehustjenester, og det å utføre tjenestene. AP var lite villige til å gå med på en slik bestiller/utfører modell. En mente at Høyre med dette ønsket at regionskontorene kunne bestille tjenester både fra offentlige og private. Kristoffersen signaliserte at de ikke kom til å gå med på kravet: ”*De landene som har skilt den ut, har ikke spesielt gode erfaringer med det”,* sa Kristoffersen. Høyre savnet også et



initiativ fra AP om forhandling, og mente at fremdriften gikk for sakte hvis en skulle bli ferdig før sommeren (Aftenposten 18/05-01).

### *Forhandlingene med FrP*

I stedet for å gå i forhandlinger med Høyre, dyrket man heller kontakt med FrPs sosialpolitikere. Grunnen var at en i AP nå visste hva en var enig og hva en var uenige i med Høyre, gjennom Høyres krav. Man så da heller på FrPs forhandlingsgrunnlag som mer sammenfallende med APs syn, og ønsket å få FrP med seg på et bredes mulig grunnlag før en eventuelt gikk i forhandlinger med Høyre. Det var heller ingen hemmelighet at også helseministeren var involvert i disse forhandlingene mellom AP og FrP, og at han og Alvheim hadde god dialog om innholdet i reformen. På spørsmål om helseministeren hadde kontakt med Alvheim, svarer Flatø:

*”Det er selvfølgelig riktig, og det er ikke hemmelig heller at det var god kontakt mellom Alvheim og Tore Tønne, i særdeleshet etter at saken var fremlagt. (...) det var en måte å få Alvheims tilbakemeldinger på hvilke endringer han eventuelt så for seg. (...) og at det sånn sett ble sett på som ikke helt alminnelig parlamentariske praksis i sosialfraksjonen i APs stortingsgruppe (...) Alvheim hadde også kontakt med Kristoffersen i og med at han var saksordfører. Men jeg opplevde at det var en forståelse for at det her var tett kontakt med Alvheim, og det var vel også fordi man hadde en opplevelse av at Alvheim hadde en helt genuin interesse av å bidra til en reform. Han ble oppfattet slik at han var mer personlig opptatt av et resultat som var på en måte i tråd med hans hovedpreferanse, enn å drive politiske spill på marginale saker” (intervju - Flatø).*

Øyangen sier dette om kontakten mellom helseministeren og Alvheim:

*”(...) jeg vet han var åpen på at han hadde mye kontakt med Alvheim. (...) Det gjorde det jo ikke så veldig mye enklere i våre rekker da, kan du si. Og vi vet jo hva deres mål er: det er jo å privatisere helsevesenet, slik at det smakte jo ikke hundre prosent godt av dette her da.” (intervju – Øyangen).*

FrPs ønsket også, i likhet med Høyre, en større privatisering enn proposisjonen la opp til, men ønsket ikke å la dette være avgjørende for en reform. Alvheim mente at det var viktigere å få reformen igjennom enn å presse regjeringen med for mange nye forslag (Dagbladet 18/05-01). Samtidig var de enige med Høyre i at det måtte bli et klarere skille mellom bestiller og utførerrollen, men hadde en annen løsning på problemet. FrP satte som et absolutt krav for sin støtte til reformen, at det ble en klarere presisering angående RHFes rolle. Dette var en presisering om at alle virksomheter under regionale foretak skulle være organiserte som egne rettssubjekter, slik at for eksempel sykehus ikke kunne bli avdelinger i et regionalt helseforetak.

FrP ønsket heller ikke de regionale rådene velkommen, og delte Høyres syn om at rådene ikke ville ha noen reell beslutningsmyndighet, og var derfor helt unødvendige. FrP ønsket også at Riksrevisjonen skulle få større kontroll over foretakenes virksomhet, enn det som var fremlagt i proposisjonen. I proposisjonen stod det at Riksrevisjonen skulle kunne kreve de opplysninger den finner nødvendig fra regionale helseforetakets ledelse

og revisor, for å kunne kontrollere statsrådets utøvelse av eieransvaret. Alvheim ønsket en sterkere bestemmelse om at Riksrevisjonens kontroll ikke bare var begrenset til eierskapskontroll, men også dekket forvaltningskontroll og andre alle ulike styringsvirkemidler som inngikk i den statlige styringen av spesialhelsetjenesten (intervju – Flato).

### *Mindretallet tar i bruk ulike strategier*

21. mai, en uke før sosialkomiteen skulle legge frem sin innstilling, begynte sosialkomiteen sin avgjørende gjennomgang av sykehusreformen. Det ble her rettet forslag fra sentrumspartiene og SV om å utsette reformen, og sende saken tilbake til departementet. Forslaget ble som ventet nedstemt av flertallet. De tre motsandspartiene hadde imidlertid ulike strategier for hvordan en skulle gå frem i forhandlingene. Både KrF og SP ville gå inn for å avvise reformen som helhet, og var ikke interessert i å komme med forslag til endringer i innholdet. På spørsmålet om KrF ikke sendte AP rett i favnen til FrP og Høyre, svarte KrFs Are Næss at viss det var slik at AP ønsket en sykehusreform på FrP og Høyres premisser, må de stå til ansvar for dette selv. ”Vi er grunnleggende imot lovforslaget, og ser da ingen grunn til å gå inn og forsøke å finjustere det”, hevdet Næss (Klassekampen 22/05-01). SP hadde den samme holdningen i saken som KrF.

### *SV legger frem et eget reformforslag*

SV valgte på sin side en annen strategi. SV valgte å påvirke innholdet ved å komme med en rekke forslag til endringer. Man ønsket først og fremst å opprettholde et sykehusvesen under folkevalgt styring, og ville gjøre alt dem kunne for å hindre omdanning til foretak. SVs Olav Gunnar Ballo innså at det kom til å bli flertall for en statlig overtakelse, men at måten det skulle gjøres på ble det viktige. SV ønsket dermed å lage et eget lovforslag som et alternativ for å vise at AP hadde et valg. Man ønsket i første omgang å beholde forvaltningsmodellen, og hevdet også at ikke bare salg, men også nedleggelse og flytting av sykehusvirksomhet skulle foreligges Stortinget. En ønsket at Stortinget minst hvert fjerde år skulle vedta nasjonale helseplaner om detaljer om for eksempel sykehusstruktur. ”Da vil for eksempel ikke et foretaksstyre utenom folkelig kontroll kunne legge ned, flytte eller selge et sykehus”, sa Ballo (Klassekampen 22/05-01). Helseplanene skulle inneholde hva slags medisinsk behandling det offentlige skulle utføre, hvordan prioriteringen skulle være mellom spesifiserte pasientgrupper, hvilke pasientgrupper som skulle får rammetilskudd og ISF, kvalitetsstandarder for sykehusbehandling, antall foretak og geografisk plassering, og de økonomiske rammene for forskning og utdanning innen spesialhelsetjenesten. I tillegg ville en at styrene skulle ha brukerrepresentasjon, og halvparten av medlemmene skulle være folkevalgte med regional tilknytning. En så også på laboratorie og røntgenvirksomhet som en del av spesialhelsetjenesten, og kunne dermed ikke privatiseres. SV støttet også forslaget fra flertallet om at Riksrevisjonen skulle få en sterkere kontroll med foretakenes revisjon (Inst.O.nr.118– 2000-2001). SV ønsket å få med seg KrF og SP på forslagene for å vise AP at det var et alternativ til høyresiden. ”SP

og KrF får vurdere våre forslag, og sammen må vi synliggjøre at AP har et valg (...) Dersom reformen vedtas slik den foreligger nå, er det et poeng i ettertid å vise at AP kunne valgt løsninger som kom kritikken i møte, og ikke markedsløsninger”, mente Ballo. (Klassekampen 22/05-01).

### *Lukkede høringer og lobbyvirksomhet*

I forbindelse med komitéarbeidet ble det holdt lukkede høringer. På disse høringene var NKF svært aktive. NKF drev med lobbyvirksomhet i Stortinget helt frem til komiteen var ferdig med sitt arbeid. ”Vi har hatt tett kontakt med politikerne, og skal bruke tiden godt denne uken. Det er mange på Stortinget som er enige med oss i at det ikke er nødvendig at sykehusreformen blir slik den er lagt frem”, sa Gunhild Johansen (NKF). NKF ønsket å formidle til politikerne det vedtaket som var kommet frem på LO-kongressen (Klassekampen 22/05-01). Både LO-leder Gerd Liv Valla og NKF- leder Jan Davidsen var selv og besøkte de ulike partiene på Stortinget den siste uken. I AP hadde man ingen planer om å la LO få gjennomslag for sitt syn. ”Jeg har ingen planer om å forhandle bort regjeringens forslag. Den kampen LO fører, er tapt for lenge siden. Fristilling av sykehusene i foretak er meget viktig”, hevdet Kristoffersen (DN 26/05-01). Samtidig roste han Alvheim og FrP for sin raske håndtering og tilslutning til forslaget ”Jeg er glad for støtten som han har gitt (...) Det ligger an til at hovedlinjene i regjeringens forslag blir vedtatt. Jeg har gått håp om å få til en flertallsinnstilling”, hevdet han. LO og NKF ønsket at AP skulle forhandle med sentrumspartiene, men dette var uaktuelt fra Kristoffersens side, og begrunnet dette med at en forhandling med sentrum ville føre til endringer i forhold til landsmøtevedtaket. Han truet til og med med ekstraordinært partilandsmøte om prinsippene ved reformen skulle gjøres om i tolvte time (BT 30/05-01). Davidsen ønsket å vurdere streik den 6. juni når innstillingen skulle behandles, men innrømmet at sjansene for streik ville vært større med en borgerlig regjering. Nestleder Johansen mente en måtte tenke på hva som tjente Kommuneforbundets medlemmer på kort og lang sikt, og at det var andre hensyn å ta når det var snakk om en AP regjering: ”Vi har ikke et fagpolitisk samarbeid med de borgerlige partiene, og det kommer jo flere forslag fra AP-regjeringen siden. Men det aller viktigste er hva som står i innstillingen fra sosialkomiteen”, sa Johansen. ”Det er ingen vits med en streik hvis den ikke kan ha noen effekt på vedtaket. Det må være muligheter til endringer”, mente Davidsen (DN 26/05-01).

Også KS hadde møte med komiteen den 8. mai. Med i delegasjonen var også professor i offentlig rett Eivind Smith, som hadde foretatt noen juridiske betraktninger i forhold til grl. § 105. KS presenterte sitt syn på proposisjonen i fire hovedpunkter. For det første et godt og likeverdig spesialhelsetjeneste. For det andre at statlig overtakelse utlyste grunnlovsvern og innebar at fylkeskommunene måtte betraktes som likeverdig part. For det tredje at fylkeskommunenes gjenværende oppgaver måtte løses på en tilfredsstillende måte. Og for det fjerde at staten måtte ta ansvar for alle arbeidstakere som ble berørt av reformen (KS –notat).

På grunn av at selve overtakelsen ble delt opp i to løp av regjeringen, hadde KS også møter med kommunalkomiteen og finanskomiteen om det økonomiske oppgjøret for sykehusreformen, der de understreket to overordnede mål: Et ryddig og raust oppgjør

ved en overtakelse, og at fylkeskommunene kunne ivareta sine andre oppgaver på en god og forsvarlig måte (KS –notat).

*Det man diskuterte mest i komiteen*

Både FrP og Høyre hadde innvendinger på lovforslaget, men FrP hadde på de fleste punkter kommet til enighet med AP gjennom forhandlinger. Høyre ønsket ikke en så sterk styring fra Stortinget som proposisjonen la opp til. Blant annet lå det i forslaget at sykehusvirksomhet ikke kunne selges ut, uten å være forelagt Stortinget. Dette ønsket Høyre å fjerne, og foreslo i stedet at sykehus også måtte få lov til å selge kjernevirksomheter som for eksempel røntgenavdeling uten Stortingets tilsutning (Aftenposten 22/05-01). Som nevnt tidligere var det aldri aktuelt av AP å følge Høyres krav. Høyre fikk støtte av FrP, men ikke av AP på dette punktet i komiteen. I tillegg kom Høyre også med forslag om bestiller/utfører modellen som nevnt tidligere. Også dette ble nedstemt av FrP og AP. Kristoffersen sier dette om Høyres forslag:

*”Høyre var jo enig i den statlige overtakelsen. Så visst de ikke hadde rotet seg bort i denne her bestillergreien og det systemet der, så tror jeg vi hadde hatt et helt greit og bredt forlik med Høyre. Men jeg tror ikke Høyre var interessert i at AP skulle få igjennom denne reformen som AP sin reform. Derfor så måtte de sette noen kepper i hjulet. Det tror jeg at jeg har godt belegg for” (intervju – Kristoffersen).*

Foruten Høyres krav om en svakere folkevalgt kontroll og bestiller/utfører modell, fremhevet Kristoffersen at det også var noen andre momenter ved reformen som ble diskutert i komiteen. Det ene var styresammensetningen. AP ønsket at styremedlemmene skulle ha en lokal tilknytning til regionen, noe de fikk FrP med seg på. Høyre ønsket sammen med motstandspartiene at brukerne skulle få representasjonsrett i styrene, noe ikke FrP og AP ønsket. Dette fordi en ikke ønsket styrene skulle være partssammensatte. Det ble likevel poengtert at foretakene skulle formalisere en dialog med brukerne slik at de ble hørt.

På noen få punkter utgjorde Høyre og FrP mindretallet i innstillingen. Dette gjaldt muligheten til salg av sykehusvirksomhet. Partiene mente det burde være mulig for et sykehus å selge ut deler av den kliniske eller medisinske virksomheten, for eksempel røntgen –eller laboratorieavdelingene, i tillegg til ikke-medisinske støttefunksjoner. I tillegg ønsket man at et foretak kunne eie hele eller deler av spesialhelsetjenester som var organisert med begrenset ansvar (§43), og at ved flere eiere kunne en omdanne virksomheten til et ansvarlig selskap, eller et selskap med begrenset ansvar etter selskapsloven. Disse partiene ønsket også at ISF ordningen skulle utbetales direkte til de enkelte foretak. I tillegg ønsket dem at staten skulle inngå avtale med GetMedic eller andre private tilbydere som formidlet informasjonssystemer som omhandlet koordinering av ledig behandlingsskapasitet ved sykehusene. Høyre og FrP pekte også på at de helst hadde ønsket at det var utredet nye finansieringsmodeller i forbindelse med den nye reformen (Innst.O.nr.118-2000-2001).

AP vurderte ikke å komme sentrumpartiene og SV i møte, selv om en helst hadde ønsket seg støtte av også disse partiene. Kristoffersen sier dette om hvorfor ikke det var aktuelt: *”Ideelt sett som politiske selskap, så hadde det vært mer bekvemt for meg og for AP å finne støtte der. Men på en annen side så hadde vi blitt enige om en innretning på en reform, og den ble fremlagt via stortingsgruppen. Og da var det min oppgave å finne løsninger der, og da fant jeg løsninger for det. (...) Så da ble valget om ikke enkelt, så ble det klart at sånn måtte det være”* (intervju - Kristoffersen).

En annen grunn til at det ikke var aktuelt å finne løsninger med sentrum, var KrF og SPs avvisende holdning til hele reformen. Disse partiene stemte konsekvent imot så å si alle forslag som dukket opp. FrP gav på sin side oppslutning til nesten hele forslaget, noe som gjorde at AP i svært liten grad trengte å modere seg i forhold til forslagene (intervju - Kristoffersen).

Mindretallet med sentrumpartiene og SV hadde også noen nye forslag som ble nedstemt. Det første var at regjeringen måtte basere sin helsepolitikk på de allerede eksisterende planene fra helseregionene, og at en måtte foreta en nasjonal helseplan for å klargjøre koordinering og samordning både vertikalt og horisontalt mellom nivåene. Det ble også rettet forslag om å opprette en offentlig koordinerings –og formidlingssentral for ledig behandlingsskapasitet i forbindelse med et fritt sykehusvalg. Mindretallet ble også nedstemt i å utvikle en felles arbeidsgiverpolitikk for å rekruttere og beholde arbeidskraft, og for å iverksette en grundig og uavhengig evaluering av sykehusreformen etter andre driftsår. (Innst. O.nr.118-2000-2001).

Høyre og SV rettet også forslag om at brukerne burde ha representasjonsrett i de ulike styrene. FrP og AP var motstandere av dette fordi dette ikke ville være forenlig med profesjonelle ikke-partssammensatte styrever, som gikk på at styremedlemmene kun skulle representere seg selv og ikke særinteresser.

#### *Endringene som ble foretatt av Sosialkomiteen*

Det ble i realiteten foretatt svært få endringer i innstillingen. Likevel var det noen forhold som det er vært å nevne. For det første var det § 35 Rådsorgan, om å opprette regionale rådgivende organ som var et av forslagene i proposisjonen. Høyre og FrP var store motstandere av dette rådet, som man mente ikke ville ha noen funksjon. Forslaget om regionale rådgivende organ var tatt med i proposisjonen etter påtrykk under høringsrunden. Dette rådet skulle gi den politiske kontrollen som de politiske motstanderne og fagbevegelsen hadde etterlyst. Likevel var sentrumpartiene imot forslaget, som ville fått flertall med deres støtte. Statssekretær Flatø sier dette om motstandernes håndtering av saken:

*”Rådet skulle være en rådgivende instans i forhold til organiseringen av sektoren. (...) det sa faktisk stortingsflertallet nei til. Det var litt overraskende i og med at reformen var av reformens motstandere blitt angrepet for å være en sentraliseringsreform, en avpolitiseringsreform. Men KrF og SV stemte da konsekvent imot forslaget totalt sett. Dermed ble det ikke flertall for det”* (intervju – Flatø).

Grunnen til at sentrumspartiene gikk imot dette var at en mente at disse rådene ikke ville ha noen reell innflytelse og beslutningsmulighet (Inst.O.nr.118 (2000-2001)). Denne paragrafen var den eneste som ble helt fjernet i loven.

En annen endring var forslaget fra FrP, som gikk på bestemmelsen om at alle virksomheter under et regionalt foretak skulle organiseres som helseforetak som egne rettssubjekter. Dette for å forhindre at de regionale helseforetakene selv kunne drive sykehus, og for på denne måten å få et klarere skille mellom RHF som bestiller og HF som utfører.

Det ble også en endring knyttet til riksrevisjonens rolle som kontrollør i reformen. Alle partiene ønsket en sterkere kontroll enn det proposisjonen la opp til. Endringene skjedde etter et brev fra riksrevisor Bjarne Mørk Eidem datert 10.mai 2001 til komiteen, hvor han argumenterte for en større kontroll over foretakene. Komitéflertallet med FrP i spissen, støttet Eidems syn (Inst.O.nr.118 (2000-2001)). AP hadde ingen problemer med de endringene som ble presisert, men hadde helst ønsket å beholde de regionale rådene (intervju – Kristoffersen).

Det ble ikke i komitéarbeidet foretatt noen befaringer eller komitéreiser, men Kristoffersen mente at komiteen hadde en brukbar oversikt over erfaringene i Norge og i andre land. Likevel hevder han at det kunne vært nyttig med noen reiser til sykehus i landet. Komiteen hadde ca 10 møter (intervju - Kristoffersen).

#### *Innstillingen leveres Stortinget – Høyre kritiserer FrP*

Etter at innstillingen ble avgitt 29. mai, kalte Alvheim sykehusreformen for et gjennomslag for Fremskrittspartiets helsepolitikk. *”Siden 1985 har FrP programfestet statlig overtakelse av sykehusene. Det har tatt 16 år, men i dag feirer alle FrPere seieren”*, hevdet Alvheim (BT 30/05-01). Kristoffersen mente det var umulig å forhandle med sentrumspartiene om reformen. Da måtte han ha gått vekk fra landsmøtevedtaket i AP. Han mente det var uvesentlig hvem som støttet reformen, og sa at resultatet var det viktigste. *”Vi kan gå ut i valgkampen og si at vi har fått gjennomslag for en av våre viktigste saker. Fremskrittspartiet er den viktigste støttespilleren, men det ser ut til at andre partier også vil støtte noen av paragrafene”*, hevdet Kristoffersen (BT 30/05-01).

En annen sak som var viktig for FrP, var presiseringen om at alle virksomheter under regionale foretak skulle være organiserte som egne rettssubjekter. *”Bare slik får vi skilt mellom bestiller og utfører av helsetjenester. Uten denne formuleringen ville samarbeidet skåret seg”*, sa Alvheim. AP og Høyre var med på å skape flertall for dette forslaget. Han var mindre fornøyd med at det fortsatt skulle være forbud mot å skille ut produksjon av helsetjenester, for eksempel laboratoriumstjenester. Dette var noe Høyre også ønsket, som stilte seg undrende til at FrP ikke var med på å presse AP på dette punktet. *”Men det virker ikke som om FrP er interessert i å gå inn for ytterligere forbedringer. Det er forunderlig”*, hevdet Annelise Høegh, som hadde fått inntrykk av at AP og FrP hadde hatt samtaler på kammeret. Alvheim benektet at det forelå noen avtale mellom FrP og AP, men innrømmet at han hadde jobbet intenst med å få reformen igjennom.

SVs Olav G. Ballo var svært oppgitt over forliket mellom FrP og AP, og at det ikke var mulig å få AP med på endringer. *”AP kaster rubbel og bit av hva de tilsynelatende har hatt av ideologi ut med badevannet i denne saken. (...) APs saksordfører Asmund Kristoffersen har vært rene Titten Tei i hendene på Tore Tønne i denne saken”*, hevdet Ballo (Klassekampen 31/05-01). SV kom derfor til å stemme imot store deler av reformen. Også KrF ville stemme imot. Are Næss sa følgende etter at innstillingen var overlevert: *”Jeg merker meg at AP nå har slått inn på en helsepolitikk der de støtter seg på Høyre og FrP”* (Klassekampen 31/05-01).

### NKF innser at slaget er tapt

NKF var svært skuffet over at reformen nå kom til å komme igjennom så å si uendret. *”Vi er blitt overkjørt”*, konstaterte Gunhild Johansen (NKF) (BT 31/06-01). NKF tok på sitt forbundsmøte den 1. juni opp spørsmålet om en skulle aksjonere. På møtet ble det besluttet at en ikke ville gå til streik. Grunnen til dette var at en nå så at løpet var kjørt, og at en streik bare ville gå ut over de ansatte selv. Men det ble bestemt at det kom til å bli andre aksjoner og markeringer for å vise sin misnøye med reformen. Blant annet ble det vurdert å sette i gang e-post aksjoner rettet mot de parlamentariske lederne til AP og FrP; Hill-Marta Solberg og Carl I. Hagen. I tillegg var det snakk om å sette inn annonser i flere aviser, og å avholde en fanemarkering foran Stortinget den 6. juni. Også NHS kom til å være med på disse markeringene (DN01/06-01).

### Pasient -og brukerorganisasjonene kritiserer Alvheim

Også pasientorganisasjonen Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), som i utgangspunktet støttet en reform, var svært skuffet over deler av reformen. FFO som er en paraplyorganisasjon for 61 pasientorganisasjoner, følte seg lurt av spesielt John Alvheim for ikke å la pasienter og brukere av sykehustjenestene få sitte i styrene. Alvheim hadde tidlig vært ute med å love pasientene styreplass, men etter komitébehandlingen hadde FrP snudd i spørsmålet. *”FrP lovet både skriftlig og muntlig at pasient og brukerorganisasjonene skulle få lovfestet plass i sykehusstyrene. At partiet nå svikter sine løfter er alvorlig, og stiller Alvheim i en veldig kinkig situasjon. Det går på troverdigheten løs når FrP bryter så klare løfter”*, sa informasjonssjef i FFO, Jarl Ovesen. Alvheim på sin side registrerte pasientorganisasjonene kritikk av at FrP trakk sitt forslag, og skrev dette på FrPs hjemmeside:

*”Forklaringen på at jeg trakk dette forslaget er ganske enkelt at styrene i helseforetakene ikke skal være partssammensatte, men at disse driftsstyrene skal være profesjonelle styrer med bred kompetanse innen helsefaglige spørsmål, ledelse og økonomi, samt brukerkompetanse”* (Klassekampen 06/06-01).

Han hadde også tidligere uttalt til TV2 at det var en ”tabbe”, men at han ikke var skikkelig oppdatert. Ovesen i FFO betvilte at dette var en ”tabbe”, og spekulerte i om FrP hadde forhandlet bort pasientenes styreplasser, ettersom det var et standpunkt som

Alvheim hadde flagget høyt. Han pekte på at fallhøyden for Alvheim og FrP ville bli desto større ettersom Alvheim alltid hadde hatt en høy stjerne hos pasient – og brukerorganisasjonene. Alvheim påpekte imidlertid at det skulle lovfestet at disse organisasjonene skulle høres under planlegging og drift av helseforetakene. Ovesen svarte med at paragrafen i realiteten ikke betydde noe, men at en styreplass ville være noe helt konkret. Han kunne ikke skjønne hvorfor økonomikompetanse skulle telle mer enn brukerkompetanse. *”Man skulle tro det var en kompetansebeving å få med pasientene. I stedet ligger det an til at man aktivt vil hindre pasientorganisasjonene fra å være med å bestemme”*, hevdet Ovesen (Klassekampen 06/06-01).

### Lovforslaget vedtas – stortingsdebatten<sup>43</sup>

Den 6. juni skulle lovforslaget vedtas i Stortinget. Saksordfører Kristoffersen åpnet debatten ved å hevde at når reformen kom på plass ville den gjøre *”Helse-Norge klar for den europeiske spesialhelsetjenestens Champions League!”* Han kritiserte også sentrumpartiene for ikke å være med på forslaget om å opprette regionale råd, når de høyrepartiet hadde påstått at reformen led av et lokalpolitisk og demokratisk underskudd. *”Jeg lurer på hva regionenes og fylkeskommunenes politikere sier dersom disse partiene, som jeg nevnte, skulle stemme ned opprettelsen av dette rådsorganet. Jeg vil langt på vei kalle det for en uvennelig handling i forhold til fylkespolitikere”*, hevdet Kristoffersen. Kristoffersen forsto at brukerorganisasjonene gjerne ville hatt direkte representasjon i styrene, men mente at brukerne ville få minst like mye innflytelse gjennom de forpliktende samarbeidsorganene som skulle etableres.

Are Næss gikk til frontalangrep mot Kristoffersen og regjeringen for både saksbehandling og innhold. Han mente statsråden hadde valgt å kjøre sitt prosjekt gjennom på uansvarlig kort tid, og dermed skjøvet problemene foran seg. *”Det er likevel en omfattende og radikal endring som foreslås, og det er bemerkelsesverdig at jo mindre peiling Arbeiderpartiets helseministerer har på helsevesenet, desto større reformer dukker de opp med. Her synes det å være en årsakssammenheng”* sa Næss, og kalte forslaget for et helsepolitisk tidsskille, både ved at AP var begynt å føre høyre-politikk, men også den indre organiseringen av sykehusene. Han kalte det *”teknokratenes og økonomenes inntogmarsj i helsevesenet”*, og henviste til at det var deres begrepsforståelse som nå ville bli gjeldene. Næss bekreftet at KrF var imot hele loven, men at de ønsket å støtte brukerrepresentasjon i styrene etter påtrykk fra organisasjonene selv. Likevel advarte Næss alle mot å la seg representere i disse styrene *”...hvor de etter min mening uansett vil få en ”gisselsfunksjon”*”. På spørsmålet fra Kristoffersen om hvorfor sentrum ikke ville være med på å støtte rådsorganene, svarte Næss følgende: *”Disse rådene er et snedig grep for å få helsepolitiske debatt ut av folkevalgte organer med beslutningsmulighet og inn i ”supperåd” som ingen reel innflytelse vil ha. Jeg håper disse rådene ikke blir vedtatt opprettet. Hvis de blir det, vil jeg også ber advare mot at en lar seg lure til å delta i disse”*, sa Næss. Han hadde også vært i kontakt med fylkespolitikere som alle entydig hadde påpekt

<sup>43</sup> Dette avsnittet bygger på stortingsdebatten i forbindelse med vedtaket av lovforslaget den 06/06-01.



at de ikke ønsket at beslutningsmuligheten skulle taes ut av folkevalgte organer, og inn i råd som ikke hadde noen innflytelse.

Anne Lise Høegh (H) gav skryt til helseministeren for forslaget tross motstand i eget parti. Høegh satte spørsmålstejn til Alvheim og FrPs forhandlingskapasitet ved at de ikke var med på å støtte Høyre i forslagene om salg av sykehusvirksomhet, utskilling av medisinske funksjoner, eller samarbeid med private, og kunne ikke fatte hvorfor FrP ikke var med på å forhandle frem en bestiller/utfører-modell og brukermedvirkning i styrene, forslag som FrP tidligere hadde programfestet. Den eneste grunnen til at FrP ikke ville forhandle om disse spørsmålene måtte være at Alvheim hadde vært tidlig ute og lovet subsidiær støtte til AP. AP trengte derfor ikke å forhandle om disse spørsmålene, hevdet Høegh. Hun mente at det måtte ha vært et personlig ønske fra Alvheim å stå sammen med AP om reformen, slik at han kunne si at det var FrP som berget reformen. Som svar på kritikken fra Høegh, svarte Alvheim at det var nødvendig å få igjennom en reform så fort som mulig når en nå hadde en regjering som ville gå inn for en reform. Han innrømmet at det hadde vært ønskelig med flere endringer i reformen, men sa at det var dette de oppnådde i forhandlingene med AP, og stilte spørsmål tilbake til Høyre om hva de hadde fått ut av forhandlinger med AP. Han sa også at det ville bli anledning senere til å komme tilbake til andre forbedringer, som for eksempel å selge og skille ut avdelinger i foretakene. Annelise Høegh (H) svarte på Alvheims retoriske spørsmål til Høyre, hva de hadde fått ut av forhandlinger med AP: ” ..er dessverre svaret på det: ingenting. Det er jammen ikke vår skyld! Problemet har bare vært at FrP spilte fra seg kortene før spillet var i gang, ved å si at de subsidiert ville godta. Og hvorfor i all verden skulle AP forhandle om mer enn de måtte. Det sorgelige resultat av en ellers så god dag er at vi Høyre, og Fremskrittspartiet, i jelleskap kanskje kunne oppnådd mer,” hevdet Høegh. Alvheim svarte på Høeghs spørsmål om hvorfor en ikke var med på å støtte modellen til Høyre. FrP ønsket ikke et eget statlig organ på utsiden av systemet, og mente dette bare ville føre til et økt byråkrati. Høegh svarte med at man ikke visste hvor langt man kunne kommet hvis Høyre og FrP hadde stått sammen i forhandlingene, men pekte på at FrP likevel ønsket å ha rollen alene. Det kom også her frem at Høyre hadde prøvd å ta kontakt med FrP i løpet av komitébehandlingen, for å drøfte FrPs modell, men at de hadde blitt avvist. Høegh beklaget at FrP ikke ønsket å gå i forhandlinger med Høyre. Høegh svarte også på spørsmålet fra KrF om hvorfor en ikke ønsket en evaluering etter to år. Høegh mente at to år var for tidlig, og pekte på at en ville få en årlig evaluering gjennom helseplanene som de regionale helseforetakene skulle legge frem.

Høegh og Alvheim gikk også til angrep på sentrumspartiens holdning til reformen. Høegh spurte hvordan det var mulig å snu ryggen til sin egen politikk, når det var bare ett år siden Høybråten la frem lov om fylkeskommunale sykehusselskaper. Hun lurte på om ordet ”foretak” nå var blitt et banneord i KrF. Hun kritiserte også motstanderne for å hevde at reformen ikke satte pasienten i sentrum, når pasientorganisasjonene faktisk støttet reformen. ”Men at KrF, SP og Venstre går imot bruker og pasientinteresser og ensidig gjør seg til talsmenn for ansatte og lokale folkevalgtes interesser, er oppsiktsvekkende, for å si det mildt”, hevdet Høegh. Hun konkretiserte også at reformen aldri kom til å føre til en privatisering uten et

offentlig ansvar. Det skulle Høyre være en garantist for. Også Alvheim gikk til angrep mot motkreftene i prosessen, og da først og fremst Mads Gilbert og motmeldingslegene. Alvheim kalte motmeldingen ”..et makkverk som på en utilbørlig måte bruker pasientene i et politisk spill som skaper frykt og utrygghet.” Han kritiserte også mindretallet i komiteen for å gå til angrep på den knappe tiden. Alvheim påpekte at det ikke var et ukjent fenomen for sosialkomiteen å ha knapp behandlingstid. Han kritiserte også mindretallet for sin begrunnelse for motstanden ved at det ville bli et ”demokratiunderskudd” og ”mangel på lokalpolitisk ansvar”. Han stilte da spørsmål om fylkespolitikere noen gang hadde blitt stilt til ansvar for alle de ”misserne” man hadde opplevd i helsevesenet de siste 25 år. Alvheim var kritisk til at sentrumspartiene hadde plassert seg helt på sidelinjen, og ikke ville være med på noe konstruktivt samarbeid. Dette viste etter Alvheims syn, at disse partiene ikke hadde noen helsepolitikk ”... , men forholder seg til det gamle, det tradisjonelle og det såkalte trygge.” Når det gjaldt brukermedvirkning i styrene innrømmet Alvheim at han i utgangspunktet var for dette, men etter nærmere gjennomtekning var dette ikke forenlig med reformens intensjon om profesjonelt sammensatte styrever.

SPs Magnhild Meltveit Kleppa begynte sin tale med ironisk å gratulere ledelsen i AP i å få gjennomslag for sitt syn på så kort tid. Kleppa kritiserte forslaget for å være første steg til privatisering og avvikling av lokaldemokratiet. Hun stilte seg også undrende til at ikke regjeringen hadde undersøkt nærmere erfaringer fra andre land som New Zealand, England, Sverige eller Spania. ”Litt mer tid til refleksjon og bredere demokratisk prosess ville vel bare stikke kepper i hjulene for regjeringen”, hevdet hun. Også Ballo kritiserte regjeringens ”linjeskift når det gjelder helsepolitikken.” Han var overasket over at AP ikke støttet opp om mindretallets forslag om å opprette en offentlig koordinerings – og formidlingssentral for formidling av ledig kapasitet ved sykehusene, forslaget om å utvikle en felles arbeidsgiverpolitikk for å rekruttere og beholde arbeidskraft, forslaget om å ha en grundig, uavhengig evaluering av sykehusreformen etter to år, og at brukerne skulle være representert i styrene, og pekte på Alvheims ”tabbe” og helomvending i saken. SV listet opp egne forslag som nevnt tidligere, og la med dette frem et eget forslag med sterkere politisk kontroll.

Venstre mente reformen manglet dokumentasjon, og stilte spørsmål om hva som gjorde staten til en så god eier. Kongshaug (V) pekte på at en desentralisert sykehusmodell var viktig, og mente at oppjøret med fylkeskommunene måtte skje på en ryddig og god måte. Bondevik (KrF) pekte på at det var undrende at flertallet ikke ønsket en saklig og nøktern gjennomgang og en evaluering av erfaringer og resultatene. Sentrumspartiene foreslo at en slik evaluering kunne lede frem til en stortingsmelding i 2004.

Statsråd Tore Tønne pekte på at reformen først og fremst var en ansvarsreform, som skulle klargjøre rolledelingen mellom eier og eieransvar, styre og styreansvar og ledelse og ledelsesansvar. Stortinget skulle opprettholde den demokratiske kontrollen, og statsråden hadde ansvaret for sektoren. Han pekte på at reformen ikke var det samme som fristilling, slik mange hadde hevdet. Det skulle ikke ha som mål å ha et overskudd til eierne etter bedriftsøkonomiske prinsipper, men heller skape likeverdige og kvalitetsgode

tjenester. I replikkordskifte ble det poengtert av helseministeren at det enda ikke var avklart hvordan et offentlig koordinerings - og formidlingssentral skulle se ut, men han kunne forsikre at det ville bli det offentlige som hadde det overordnede ansvaret og kontrollen over en slik sentral. På spørsmål fra Høyre om hvorfor AP ikke ønsket et skille mellom et bestillerorgan underlagt forvaltningen, og et regionalt driftsorgan som et eget rettssubjekt, som ville fremmet et enda klarer skille mellom bestiller og utfører, sa statsråden at dette gjerne kunne vært mulig, men at det skille som var etablert var godt nok gjennom de regionale helseforetakene, og at Høyres modell ikke hadde vist tilfredsstillende erfaringer fra andre land. Samtidig svarte han på et spørsmål fra representant Nesvik (FrP) at det var vedtatt i loven at helseforetakene skulle etablere formalisert kontakt med pasient – og brukerorganisasjoner. Når det gjaldt brukernes representasjon i styrene, var det ikke noe hinder at styremedlemmer hadde erfaring og kompetanse fra et brukersynspunkt, men at det ble noe annet hvis medlemmene samtidig representerte organisasjoner.

Hill Marta Solberg (A) stilte spørsmålstegn ved sentrumspartiernes motstand mot foretaksorganisering, når det for et år siden var en KrF statsråd ved Dagfinn Høybråten som gikk inn for fylkeskommunale sykehusselskaper. Hun lurte på om representant Næss og tidligere statsråd Høybråten egentlig var ifra samme parti. Hun pekte på tre områder ved reformen hvor en ville sikre et offentlig helsevesen: For første gang var det lovfestet at en ikke kunne delprivatisere eller selge ut virksomheter som yter spesialtjeneste. For det andre at loven fastslo at en ikke kunne selge sykehus uten Stortingets samtykke. Og for det tredje at saker av vesentlig betydning ikke skulle kunne avgjøres av helseforetaket, men foreligges Stortinget. Hun svarte også på kritikken fra sentrumspartiene om at AP nå hadde begynt å føre høyre-politikk. Forskjellen på AP og høyrepartiene var at AP aldri ville gå inn for en privatisering og konkurransutsetting av helsevesenet. Høegh svarte på innlegget fra Solberg ved å hevde at det var feil at høyrepartiene ønsket en privatisering i helsevesenet. Tvert imot ønsket Høyre et hundre prosent offentlig styrt helsevesen, med statlig finansiering og statlig eierskap, slik reformen også la opp til.

Are Næss var den som fikk mest gjennomgå av talerne fra flertallet. Han ble beskyldt for å rømme fra kampen, og for å ha holdt et innlegg som gikk på andre personers integritet og menneskesyn. Næss benektet begge deler, og hevdet samtidig at motmeldingen på mange områder var bedre enn proposisjonen. Han hevdet også at ordet ”foretak” ikke var et banneord i KrF slik Høegh hadde hevdet, og bekreftet at ordet var brukt i lov om fylkeskommunale sykehusselskaper som sentrumsregjeringen vedtok, men hevdet at denne modellen ikke var sammenlignbar. Han roste SVs forsøk på å lage et eget lovforslag om å organisere spesialhelsetjenesten som forvaltningsforetak, men mente heller ikke dette var veien å gå. KrF ville likevel støtte SVs forslag om at halvparten av styremedlemmene skulle ha geografisk tilknytning blant styremedlemmene, samt også at sykehus ikke kunne nedlegges, selges eller flyttes uten Stortingets samtykke. KrF støttet også forslaget fra Høyre og SV om hjemfallsrett til fylkeskommunen, og forslaget fra Høyre om pasientrepresentasjon i styrene. På grunn av konsekvensene ville KrF også stemme for flertallets innstilling til § 32 og § 46, om at sykehusene ikke kunne

selges uten Stortingets samtykke, og at Riksrevisjonen skulle få økt kontroll med foretakene. Også Senterpartiet og Venstre støttet de samme forslagene som KrF. Likevel var sentrumspartiene uenige på ett viktig punkt i innstillingen. SP var sammen med AP om å stemme for å opprettholde innstillingen om rådsorganer. Men verken KrF, Venstre eller SV ønsket dette, noe som hadde skapt flertall for forslaget.

Som vi ser var debatten i Odelstinget preget av sterke motsetninger mellom talerne, og ordbruken var til tider svært sterk på begge sider. Representant Are Næss (KrF) var den som fikk mest gjennomgå, både for å ha et innlegg som gikk på verdigheten løs for flertallet, men også for KrFs totale avvisende holdning til reformforslaget. Lovforslaget ble siden vedtatt i Lagtinget den 13. juni uten endringer.

## Tiden etter vedtaket

Etter vedtaket sa helseministeren følgende: *“En stor dag for helse-Norge og pasientene – både nåværende og potensielle. I dag har Stortinget klargjort hvor ansvaret for sykehusene skal ligge. Og det gir et meget godt grunnlag for å få mer ut av ressursene”*, uttalte helseministeren. Alvheim sa følgende om vedtaket: *“Det skulle ta nærmere 1200 år før Norge ble samlet til et rike ved slaget ved Hafrsfjord til nåværende helseminister Tore Tønne fikk samlet Norge til et helserike.”* (Aftenposten 07/06-01). En måned senere kunne helseministeren meddele at styrene i de regionale foretakene var nedsatt og at de fem hovedsetene var opprettet; Stavanger (Helse-Vest), Hamar (Helse-Øst), Stjørdal (Helse-Midt), Skien (Helse-Sør), og Bodø (Helse-Nord). Iverksettingen av reformen var i gang.

### *Kommunalkomiteen gir fylkene 200 millioner ekstra*

To dager etter reformen ble vedtatt, leverte kommunalkomiteen innstillingen til kommuneproposisjonen, som også tok for seg det økonomiske oppgjøret til fylkeskommunene. Det ble her klart at det ville bli et noe rausere oppgjør enn først foreslått fra regjeringen. Rundt regnet ble det bevilget 200 millioner ekstra fra AP og FrP. KrF, SV, Høyre og SP mente at regjeringens forslag ikke ivaretok ulikhetene mellom fylkeskommunenes økonomi, og ønsket at staten skulle gå i forhandlinger med hvert enkelt fylke om oppgjør og adgang til å klage for en voldgiftsnemnd. Men FrP og AP var imot dette. SP ønsket også at staten skulle overta hele gjelden til fylkeskommunene som var 1,3 mrd., noe også KS hadde påpekt som fornuftig. Dette fikk heller ikke da flertall (Innst.S.nr.326 (2000-2001)).

## Oppsummering av vedtaksfasen

I dette kapitlet er det gjort rede for den siste delen av beslutningsprosessen, og hvordan de politiske partiene forholdt seg til reformforslaget. Også denne fasen var preget av en del interessehevding av NKF og LO, men også av KS rundt det økonomiske oppgjøret

med fylkeskommunene. Mye tyder likevel på at reformen har vært lite utfordret ifra sin opprinnelige utgangspunkt i høringsnotatet.

### *Aktiviseringsprosessen*

Når det gjelder fasen i sin helhet, er det særlig tre arenaer som skiller seg ut. Den ene er det økonomiske oppgjøret mellom staten og fylkeskommunene som går på hvor mye fylkeskommunene skal få i kompensasjon for overtakelsen, og hvilke eiendommer som skal overtas. Denne arenaen kan deles inn i to områder. Den ene tar for seg eiendomsoverdragelsen, som blir tatt opp i lovforslaget, og som sosialkomiteen behandler. Den andre er spørsmålet om det økonomiske oppgjøret, som blir tillagt Kommunal -og regionaldepartementet, og som videre blir avgjort av Kommunalkomiteen. KS er involvert i begge disse prosessene. Den andre arenaen er fagforbundenes kamp mot reformen, med NKF og LO i spissen, og hvordan AP forholder seg til disse. Den siste arenaen er den politiske arena i sosialkomiteen, og aktørene er de politiske partiene.

Fasen er preget av at lovforslaget legges frem for Stortinget, noe som gjør at politikerne, og da spesielt politikerne i sosialkomiteen, har reell beslutningsmulighet i denne fasen. Det er politikerne som har den formelle muligheten til å gjøre bindende vedtak. Det er i denne fasen også de endelige politiske konstellasjonene blir bygget. FrP var tidlig ute med å si at en subsidiert vil støtte et reformforslag, noe som gjør at AP tidlig finner FrP som forhandlingspartner. Motstandspartiene med KrF, SP og SV klarer ikke å samle seg om et reelt alternativ mot FrP, og i tillegg blir det brukt ulike strategier foran komitébehandlingen. Høyre, som også i stor grad støtter reformforslaget, kommer med krav til AP for sin støtte. De prøver samtidig å lage en koalisjon med FrP for å få flere av begge partis forslag igjennom. Dette lykkes de ikke med, da FrP er uenig med Høyre på viktige punkter. I stedet er det uformell kontakt mellom FrP og AP, hvor spesielt helseministeren og John I. Alvheim er sentrale aktører. Disse har også vært premissleverandører for det endelige vedtaket.

Fagforbundene står ikke så samlet nå som den gjorde tidligere i prosessen. En viktig aktør som Sykepleierforbundet er i denne fasen nå ikke lenger så aktivt imot reformen. Likevel prøver NKF fortsatt å opprettholde motstanden. NKF får LO sterkere med seg i kampen, til tross for noe uenighet på LO-kongressen. Det blir utøvd lobbyvirksomhet av LO og NKF direkte mot politikerne på Stortinget helt til siste slutt.

Samlet sett blir aktiviseringsprosessen i vedtaksfasen preget av et bredt deltakelsesmønster. Likevel er det få aktører knyttet til det endelige vedtaket. AP og FrP er alene om å danne en dominerende koalisjon.

### *Defineringsprosessen*

Defineringsprosessen er stabil i den forstand at det nå er et statlig eierskap og foretaksorganisering som ligger som generelle føringer på løsningene. Men innenfor spørsmålet om foretaksorganisering er løsningene mange, som i stor grad får følger for

koalisjonsdannelser i aktiviseringsprosessen. Likevel blir det opprinnelige forslaget i stor grad videreført.

På det politiske nivå meddeler FrP at de subsidiert støtter regjeringens forslag. De kommer likevel med noen få innvendinger som får følger for reformen. Det ene, som også var en forutsetning for at FrP støttet reformen, var kravet om at alle sykehus skulle være egne foretak, for å bedre skille RHF sin bestillerrolle og HF sin utførerrolle. De kom også med krav, sammen med Høyre, om at rådsorganene måtte fjernes, da de ikke ville få noen beslutningsmyndighet. Til APs overraskelse var også KrF og SV imot disse rådene, noe som gjorde at det ikke ble flertall for det. Et siste krav som også kom fra FrP, var at Riksrevisjon skulle få større kontroll over foretakene ved at en også skulle foreta forvaltningsrevisjon i tillegg til eierskapsrevisjon. Alle de andre partiene støttet også dette. Når det gjelder Høyre, hadde de en del innvendinger som i stor grad var i strid med regjeringens forslag. Dette gjaldt først og fremst bestiller/utfører modellen med egne statlig regionskontor som skulle stå for bestillerrollen, noe også FrP var imot da det ville føre til et større byråkrati. I tillegg ønsket Høyre større mulighet for privatisering, noe også FrP i utgangspunktet ønsket. Høyre ønsket da å stå sammen med FrP mot AP om å åpne for større muligheter for privatisering, men FrP ønsket ikke å presse regjeringen mer enn nødvendig, slik at reformen ble utsatt. KrF og SP gikk for det meste imot regjeringens forslag. De støttet likevel forslaget om pasientrepresentasjon i styrene, etter påtrykk fra organisasjonene selv. I tillegg støttet SP AP i forslaget om regionale råd, noe som hadde blitt lansert etter høringsrunden, men fikk likevel ikke flertall. SV hadde på sin side laget et eget forslag til ny reform, som i hovedsak gikk ut på at sykehusene fortsatt var en del av forvaltningen, såkalt lov om forvaltningsforetak. Forslaget innebar en større politisk kontroll gjennom blant annet nasjonale helseplaner, og styrer med politisk representasjon. SV hadde håpet at dette kunne være et alternativ til AP, og ønsket også at sentrumpartiene skulle være med på forslaget. Det viste seg at det ikke var ønskelig da de så at reformforslaget kom til å få flertall uansett.

Fagforbundene med NKF i spissen fortsatte sin kamp mot reformen, men presset bak de opprinnelige kravene ble nå noe mindre synlige. Sykepleierforbundet hadde alltid vært for en statlig overtakelse, og mente at proposisjonen nå stengte for privatisering. Sykepleierne var etter dette mer positive til reformen. Fagforbundene er i denne fasen preget av noe uenigheter innad. Tromsø Jern og Metallarbeiderforbund var ikke enig i NKF Tromsø sin motstand, som var det fylkeslaget som var sterkest imot reformforslaget av NKF's lokallag. Innad i LO talte også Fellesforbundet for at deler av offentlig sektor burde konkurranseutsettes. Det ble likevel enighet under kongressen, som i hovedsak gikk ut på at staten overtok sykehusene, men at de fortsatt var en del av forvaltningen. NKF hadde lenge vært imot også en statlig overtakelse, men innså at dette ikke ville gå igjennom, verken på LO-kongressen eller i Stortinget, og forandret med dette strategi. Det viktigste for NKF var at sykehusene ikke ble skilt ut fra forvaltningen. Fagforbundene med LO og NKF i spissen prøvde til siste slutt å påvirke AP med deres forslag. Forslaget har mange likhetstrekk med SVs forslag, og det ble aldri noe alternativ for AP å forhandle om så drastiske endringer. Stoltenberg sa klart i fra på LO-kongressen

at løsningene som forelå var urokkelige. Fagforbundene fikk med dette svært liten påvirkning på løsningsforslagene og beslutningene som ble tatt.

KS prøvde fortsatt å få til et forhandlingsopplegg med staten, og måtte forhandle med både SHD og KRD om oppgjøret. Sykehusproposisjonen ga liten støtte til KS sitt syn, men fikk gjennomslag for kravet om at de ansattes rettigheter skulle opprettholdes. Likevel var proposisjonen og vedtaket i Sosialkomiteen en nedtur for KS. KS var heller ikke fornøyd med kommuneproposisjonens bestemmelser. Man hevdet at den ikke sikret fylkeskommunene en økonomi til å drive sine fremtidige oppgaver på en god og forsvarlig måte. Likevel ble det fra Kommunalkomiteen bevilget 200 millioner kroner mer til fylkeskommunene.

Defineringsprosessen blir med dette kompleks og flertydig i denne fasen, på grunn av fortsatt partipolitisk uenighet og inntressehevding fra fagforbund. Likevel blir de opprinnelige løsningene i stor grad videreført.

## 8 Analysekapittel

Hovedmålet med studien har vært å beskrive og forklare forløpet og utfallet av beslutningsprosessen rundt sykehusreformen. Studien strekker seg fra regjeringsskifte i mars 2000 til lov om helseforetak blir vedtatt i Stortinget i juni 2001. I dette kapitlet vil jeg analysere empirien som er beskrevet i de foregående kapitler. Jeg vil begynne med å oppsummere aktivisering – og defineringsprosessene i de fire fasene jeg har delt empirien inn i. Deretter vil jeg tolke de empiriske funnene i lys av de teoretiske perspektivene, for så å oppsummere de ulike perspektivenes forklaringskraft.

### Hovedtrekk ved aktiviserings- og defineringsprosessene

Jeg har i slutten av hvert empirikapittel oppsummert fasene mine gjennom strømningperspektivet (Cohen, March og Olsen 1972, March og Olsen 1976, Olsen 1978). Dette for å klargjøre hvem som har vært aktørene, hva som har vært beslutningsforaene, løsningsforslag og problemoppfatninger i fasene. Jeg vil først gå igjennom aktiviseringsprosessen i alle fasene, og deretter gjøre det samme med defineringsprosessen.

#### *Aktiviseringsprosessen: Varierende deltakelse – men få reelle beslutningstakere*

*Initiativfasen* foregår i tidsrommet fra regjeringsskiftet i mars til landsmøtevedtaket i november samme år. Statsministeren ga tidlig uttrykk for at han ønsket en omstilling i helsevesenet, og Tore Tønne ble utnevnt som helseminister til å lede en slik omstilling. Helseministeren viste raskt handlekraft og var mannen bak forslaget om en ny reform. Det kan dermed sies at det var partiledelsen og helseministeren som drev frem prosessen i denne fasen. Fasen har to beslutningsfora hvor reformplanene blir tatt opp og stemt over. Det første er sentralstyremøtet i AP, hvor de 20 deltakerne i sentralstyre til slutt godtar planene. Det er på dette møtet planene offisielt blir kjente. Det er likevel motstand i eget parti, både blant sentralstyremedlemmer, stortingspolitikere og fylkespolitikere. Det andre beslutningsfora er APs landsmøtet i november. Dette samlet i overkant av 300 representanter, og også her fikk forslaget et klart flertall. Motstanderne som i første omgang var fylkespolitikere, var her i mindretall. Selv om det er to klare beslutningsfora i fasen, foregår det også beslutninger innad i SHD. Arbeidet med reformen startet allerede på våren blant noen få personer i departementet, og det er naturlig å tenke seg at det også her er blitt tatt avgjørelser som får følger for det videre reformarbeidet. Sentrale personer her var helseministeren, statssekretæren, departementsråden og en ekspedisjonssjef. Det som kjennetegner fasen er likevel først og fremst at det er personer som er medlemmer i AP som har reell innflytelse på beslutningene, og som kan avgjøre reformforslagets



innhold og fremdrift. Likevel foregikk det en offentlig debatt rundt forslaget fra andre aktører som NKF, KS og andre politiske parti, særlig rundt Oppgavefordelingsutvalgets innstilling som kom på samme tid. Aktiviseringsprosessen blir med dette relativ smal i begynnelsen, men blir bredere utover i fasen.

*Utredningsfasen* foregår fra landsmøtevedtaket til SHD utgir høringsnotatet to måneder senere. SHD danner en egen gruppe kalt Eier -og foretaksgruppen (EFG) som får ansvar for å utvikle reformen. Leder for arbeidet blir ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine. Steine og helseministeren peker ut en rekke personer innad i departementet fra ulike avdelinger til å jobbe med reformen. Det er personer med bred erfaring og kompetanse innen lignende forvaltningsreformer, offentlige utredninger, og private omstillingsprosesser. Fasen er preget av at få personer er involvert, og at de avgjørende beslutningene blir foretatt av den administrative og politiske ledelsen i SHD. Det blir blant annet bestemt at høringsnotatet skal sendes til over syv hundre berørte parter. I denne perioden blir også andre departement som FIN og KRD konsultert om forslaget. Dette kan gi innslag av bredere deltakelse.

Det er et ønske fra helseministeren at arbeidet med høringsnotatet er en departementsintern jobb. Departementet jobber ganske avskjermet med sine oppgaver, med lite påtrykk fra andre instanser. Departementet har likevel tidlig opprettet en viss kontakt med KS/fylkeskommunene i denne fasen. Da det er få personer med beslutningsmulighet, og beslutningsfora først og fremst er å finne i SHD, blir aktiviseringsprosessen med dette begrenset og lukket.

*Høringsfasen* er preget av en bred deltakelse. Om lag 300 høringsinstanser avgir sin uttalelse. Det blir siden levert høringsnotat til 13 bruker og pasientorganisasjoner, særlig innen psykiatri, som protesterer på at de ikke har blitt hørt. I denne perioden blir det holdt flere møter mellom departementet og de instansene som vil bli mest påvirket av en ny reform. De viktigste er KS/fylkeskommunene, Norsk Kommuneforbund, Legeforeningen, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Helse og Sosialforbund, og Kommunalansattes Fellesorganisasjon. Motmeldingslegene blir også en instans som i stor grad får oppmerksomhet, selv om de ikke er en av høringsinstansene. Disse samarbeider med NKF.

De politiske partiene kommer noe senere inn i bilde. I denne fasen tar også de politiske partiene offisielle standpunkt til reformen. Det viser seg ikke uventet at KrF, SP, SV og Venstre går imot, mens Høyre og FrP støtter forslaget.

Eier -og foretaksgruppen blir i denne fasen utvidet, og det blir rekruttert personer utenifra departementet med ekspertkompetanse. Flere av de rekrutterte jobber med selve proposisjonen. Paul Hellandsvik er en person som blir sentral i det videre arbeidet.

KS/fylkeskommunen er fortsatt en viktig aktør som har tett kontakt med både SHD og KRD i forbindelse med fylkeskommunenes oppgjør. Aktiviseringsprosessen blir med dette preget av en bred deltakelse både i forbindelse med høringsrunden, men også innad i EFG, hvor deltakelsen blir utvidet og aktiviteten blir høyere. Høringsfristen er relativ kort i denne fasen, seks uker er den laveste lovlige høringsfristen i lovforslag.

I *vedtaksfasen* er deltakelsesmønsteret preget av politikere, og forhandlinger og allianser mellom politiske parti. AP og FrP finner raskt tonen, og danner flertall for lovforslaget. Også Høyre støtter opp om lovforslaget, men får ikke muligheten til å påvirke i forhandlingene, grunnet AP og FrPs nære samarbeid. I dette politiske samarbeidet blir det holdt uformelle samtaler mellom helseminister Tore Tønne og leder i Sosialkomiteen John I. Alvheim. Det blir sagt av intervjuobjekter at samtaler mellom disse var av en stor betydning for innholdet i reformen i den avsluttende fasen. Dette får følger for vedtakene i sosialkomiteen og behandlingen i Odelstinget, som er de formelle beslutningsfora i denne fasen. Mindretallet bestående av SV, SP og KrF får liten eller ingen innflytelse på innholdet, og bruker også ulike strategier for å prøve å påvirke. Koalisjonen mellom AP og FrP står sterkt gjennom hele fasen.

*Defineringsprosessen: Enighet om problemoppfatninger, uenighet om løsningsforslag.*

*Initiativfasen* er preget av felles problemoppfatninger, men uenighet rundt løsningsforslag. Ved regjeringens moderniseringsprogram for offentlig sektor blir omorganisering av sykehusene et av hovedmålene. Likevel har den nye helseministeren stor frihet til selv å bestemme innholde i en slik reform. En håndfull personer i departementet utvikler forslaget om at staten skal overta eierskapet til sykehusene, og at sykehusene skal organiseres i helseforetak. Forslaget blir godt mottatt av partiledelsen, men møter også motstand i eget parti på sentralstyremøtet av flere grunner. For det første at forslaget har for liten forankring i partiets grunnorganisasjon, ved at partiet selv ikke har hatt noen utredning. For andre er det skepsis til om staten ville bli en bedre eier enn dagens fylkeskommune, trass i de problemene man hadde der. For det tredje at et statlig eierskap vil gi mindre lokalpolitisk styring og kontroll. Foretaksorganisering blir også møtt med motstand blant enkelte, men flere i AP ønsket også at sykehusledelsen skulle få en noe friere stilling, men innenfor fylkeskommunen, noe som kom frem i dissensen fra sentralstyrevedtaket. Det var først og fremst statlig eierskap og mangel på lokalpolitisk kontroll en var imot. Det kan også virke som om forslaget kom litt overraskende på sentralstyret, ved at ikke alle visste at dette kom til å bli en del av dagsorden på møtet. Motstanderne ønsker også en endring i sykehussektoren. Slik sett er der stor enighet på begge sider om problemoppfatningene i det fylkeskommunale eierskapet. Argument som stadig dukker opp er uklare ansvar -og finansieringsforhold mellom staten, fylkeskommunen og sykehusledelsen, lange ventelister, for dårlig ressursutnyttelse, for å nevne noe. Partiledelsens forslag blir vedtatt både på sentralstyremøtet og landsmøtet. Et viktig moment i vedtaket er at folkevalgte skal være godt representert i styrene.

I *Utredningsfasen* bygger løsningsforslagene på de overordnede målene om at staten skal overta eierskapet, og at sykehusene skal organiseres som foretak. Fasen er preget av entydighet rundt løsningsforslagene. I dette arbeidet bruker man erfaringer som er gjort ved tidligere lovarbeid og utredninger, blant annet Lov om fylkeskommunale sykehusselskap, Hermansen-, Sørensen-, og Hellandsvikutvalget. I tillegg har flere av løsningene som blir valgt sitt utspring i statsforetaksloven. NPM ideer og erfaringer fra blant annet USA, England og Frankrike er påvirkningsfaktorer for løsningene som blir

valgt. Likevel inneholder forslaget også løsninger som i stor grad blir utviklet av sentrale personer i EFG, deriblant helseministeren selv og Vidar Oma Steine. Et viktig poeng er at kravet om folkevalgte i styrene her blir lagt vekk, da departementet mener at det ikke vil være forenlig med målet om ikke-partssammensatte styrer<sup>44</sup>.

I denne fasen blir også andre departement konsultert om forslaget, og det blir lagt vekt på å forankre reformen i regjeringens moderniseringsprogram som Arbeids – og administrasjonsdepartementet har ansvaret for. Det er ellers små innvendinger fra de andre departementene. KS sitt engasjement blir viktig for SHD, som kommer med innspill rundt selve eiendomsovertakelsen, det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene, og hvilke områder reformen skal omfatte. Til tross for det nære samarbeidet er det stor uenighet om selve forhandlingsopplegget mellom staten og fylkeskommunene. Samtidig blir det klart at selve prosessen ved overtakelsen skal deles inn i to løp, der SHD får ansvar for selve eiendomsoverdragelsen, mens Kommunal -og Regionaldepartementet tar for seg det økonomiske oppgjøret. KS ønsker at det hele skal organiseres under ett ansvarsområde.

I *høringsfasen* er defineringsprosessen ganske omfattende og kompleks. Motstanden blant fagorganisasjonene og de politiske motstanderne gjør seg for alvor gjeldende, og det er flere argumenter som blir brukt. Man mener for det første at tempoet er for raskt, og at høringsfristen er alt for kort for en så omfattende reform. I tillegg blir reformplanene kritisert for å være for dårlig utredet, og at høringsnotatet har store mangler knyttet til de ansattes vilkår og rettigheter. Dette kommer også frem i et eget skriv til departementet som NKF, NHS, NSF, KFO og DNL står bak. Likevel er flere av forbundene også imot det man mener er en svekking av den politiske kontrollen. Det siste blir for alvor debattert etter at motmeldingslegene lager en egen utredning, som tar for seg de negative konsekvensene av forslaget. Blant annet hevder legene at forslaget åpner for privatisering av kjernevirksomhet gjennom § 39. Man mener at reformen ikke ville sette pasienten i sentrum, men heller bidra til at sykehusene skal drives etter profitt. Spesielt NKF, NHS og NSF tar godt imot motmeldingen, og spesielt innholdet i § 39, som legene gjør dem oppmerksomme på. Samtidig er det viktig å påpeke at det er svært mange høringsinstanser som støtter høringsforslaget, blant andre arbeidsgiverorganisasjonene, Legeforeningen, de fleste sykehusene, kommunene og brukerorganisasjonene. Man mener at en reform vil bedre de uklare ansvarsforholdene som rår innenfor sektoren, og føre til større beslutningsmyndighet hos sykehusledelsen.

I denne fasen foregår også utviklingen av proposisjonen. I dette arbeidet er det stor kontakt med spesielt arbeidstakerforbundene og KS/fylkeskommunene. Mens arbeidstakerorganisasjonene prøver å påvirke hvordan den politiske kontrollen skal opprettholdes, jobber KS mer med å få til et forhandlingssystem med staten for overtakelsen og det økonomiske oppgjøret. KS mener blant annet at det må tas høyde for at fylkeskommunene har prioritert ulikt, og at fylkeskommunene er likeverdige forhandlingsparter etter Grl. § 105. KS ønsker også erstatning for eiendom som blir

---

<sup>44</sup> For mer om løsningene som ble valgt i høringsnotatet, se kap. 5 side 77.

overdratt. Departementet kommer med lovnad om at gjelden knyttet til sykehus skal slettes, men vil ikke gi erstatning for eiendom. Det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene blir tillagt Kommunaldepartementet, som skal legge frem sin proposisjon i juni.

I EFG blir det ved siden av arbeidet med proposisjonen, blant annet utarbeidet et eget dokument (Eierskapsdokumentet), som skal ta for seg de ulike styringsmessige utfordringene staten som eier vil få ved overtakelsen, mens et annet arbeid går på å kartlegge sykehusenes åpningsbalanser. Mye av dette arbeidet strekker seg forbi min tid i studie av caset.

Det blir gjort svært få endringer i sykehusproposisjonen. Den viktigste er, at det etter press fra fagforbundene, skal opprettes et regionalt råd på siden av de regionale helseforetakene, som skal fungere som et politisk rådgivende kontrollorgan. Samtidig blir § 39 endret slik at de ikke skal kunne tolkes som åpning for privatisering av kjernevirksomhet.

*Vedtaksfasen* er kjennetegnet ved at regjeringens løsningsforslag i hovedtrekk blir vedtatt, fortrinnsvis på grunn av FrPs støtte. Alvheim har som en absolutt forutsetning at alle sykehus blir egne juridiske foretak, slik at RHF ikke kan drive egne sykehus. I tillegg ønsker FrP at de regionale rådsorganene skal fjernes, og at Riksrevisjonen også skal få ansvar for forvaltningsrevisjon. Disse kravene støtter også de andre partiene. Endringene er ikke problematiske for AP. Høyre ønsker at organisasjonsmodellen skal ha en bestiller/utfører funksjon, med egne statlige kontorer som skal stå for bestillerrollen, men får ikke gjennomslag for dette. KrF og SP går for det meste imot hele reformforslaget. De støtter likevel forslaget om pasientrepresentasjon i styrene etter påtrykk fra organisasjonene selv. SV ser tidlig at det kommer til å bli vanskelig å stoppe en statlig overtakelse, og konsentrerte derfor sitt arbeid mot å hindre en foretaksorganisering. SV lager et eget lovforslag som et alternativ til regjeringens. SV ønsker i hovedsak at sykehusene fortsatt skal være en del av forvaltningen, at det skal utredes nasjonale helseplaner av Stortinget som skal ivareta den politiske kontrollen. På grunn av det gode samarbeidet med FrP, blir det aldri aktuelt av AP å komme SV i møte.

NKF får LO med seg i kampen mot reformen, men må da gi opp kravet mot et statlig eierskap. Selv om det er uenigheter både innad i NKF og i LO om kampen, blir det fra mai av besluttet å jobbe mot foretaksorganisering. NKF og LO støtter i hovedsak SVs forslag, og prøver å påvirke sosialkomiteen til å gi opp foretaksorganisering, men blir ikke hørt. KS har også i denne fasen nær kontakt med departementet for å jobbe mot et forhandlingsopplegg. KS har møter med sosialkomiteen, kommunalkomiteen og finanskomiteen. I forhold til ambisjonene blir sykehusproposisjonen og kommuneproposisjonen en skuffelse for KS, som i beskjeden grad blir imøtekommet.

Tabell 8.1 Oppsummering av aktiviserings – og defineringsprosessene i de ulike fasene.

	Initiativfasen	Utredningsfasen	Høringsfasen	Vedtaksfasen
Aktiviseringsprosess	<u>Lukket deltakelse, men økende deltakelse utover i fasen.</u> Stor oppmerksomhet og offentlige debatt. Beslutningstakerne er å finne blant aktører i AP, først på sentralstyremøtet og siden en noe bredere deltakelse på landsmøtet.	<u>Lukket deltakelse.</u> Utviklingen av reformen ble i all hovedsak jobbet med internt i EFG.	<u>Bred deltakelse.</u> Flere høringsinstanser kommer med krav. Stor offentlig debatt. SHD har reell påvirkningsmulighet.	<u>Bred deltakelse, men etter hvert relativt begrenset.</u> Reformen avgjøres i sosialkomiteen, og forhandlinger mellom AP og FrP. (Alvheim og Tønne).
Defineringsprosess	<u>Entydige og felles problemoppfatninger</u> Uklare ansvarsforhold, svarteperspill, lange ventelister, dårlig ressursutnyttelse osv. <u>Flertydige løsningsforslag.</u> Uenighet mellom toppledelse og partiorganisasjon omkring løsninger, men forslag om ståtlig overtakelse og foretaksorganisering blir videreført.	<u>Entydige problemoppfatninger</u>  <u>Entydige løsningsforslag.</u> Løsningene fra forrige fase blir videreført, men blir nå mer konkretiserte.	<u>Entydige og felles problemoppfatninger</u>  <u>Flertydige løsningsforslag.</u> Forslagene blir i stor grad videreført. Men stor uenighet om løsningsforslagene blant flere høringsinstanser og politiske parti.	<u>Entydige og felles problemoppfatninger.</u>  <u>Flertydige løsningsforslag.</u> Løsningene blir videreført så å si uendret. Liten påvirkning fra politiske parti, tross sterk partipolitisk uenighet.

Tabell 8.1 viser at *aktiviseringsprosessen* har vært varierende gjennom prosessen. I initiativfasen blir det rettet økende oppmerksomhet rundt forslaget, og flere og flere engasjerer seg i debatten. Det er likevel bare AP-medlemmer som har reell innflytelse på beslutningene. I utredningsfasen er aktiviseringen relativt lukket. EFG jobber med høringsnotatet, og det er få andre aktører involvert. Høringsfasen har et bredt deltakelsesmønster, med flere høringsinstanser som ønsker å få sagt sitt. Høringsfasen er den fasen med bredest deltakelse i og med høringsrunden. Denne brede deltakelsen forsetter utover i vedtaksfasen, både blant politiske partier og interesseorganisasjoner. Også *defineringsprosessen* ser ut til å inneholde flere momenter. Det virker som det er stor enighet om problemoppfatninger, som holder seg stabile gjennom hele prosessen. Samtidig er det stor uenighet knyttet til løsningsforslagene. Både internt i AP, blant politiske motstandere, blant fagforbund og profesjoner har det vært stor diskusjon rundt

hva en omorganisering av sykehussektoren skal innebære. Unntaket er i utredningsfasen, hvor løsningene er nært knyttet til regjeringens ønsker.

*Et lukket deltakelsesmønster, høyt tempo, og stabile løsningsforslag og problemoppfatninger.*

Ser vi på hvem som faktisk bestemmer saksgang og reforminnhold, så er *ikke* dette preget av bred deltakelse og flertydige løsningsforslag. For selv om deltakelsesmønsteret er økende, er den *reelle innflytelsen på beslutningene på få hender* gjennom store deler av prosessen. Spesielt i utredning, – og høringsfasen er det departementet som er den beslutningstakeren med reelle innflytelse på løsningene. Motstanden fra flere av høringsinstansene er massiv, men selv om en kan kalle høringsrunden for et forum for diskusjon og meninger, sitter instansene bare med rådgivende makt, og er ikke reelle beslutningstakere. Kontrollen over valgte løsninger ligger fortsatt hos departementet i denne fasen. Også vedtaksfasen er preget av få personer med reell beslutningsmulighet, da det tidlig blir avgjort at AP og FrP lager flertall. Initiativfasen er kjennetegnet ved en noe bredere strøm av deltakere med reell innflytelse på beslutningene, da det er ca. 200 delegater på APs landsmøte som kan avgjøre en reform. Vi kan derfor si at det har vært *økende deltakelse, men likevel få beslutningstakere, og relativt lukkede beslutningsfora*, da det er departementet og AP selv som har den reelle innflytelsene på beslutningene gjennom store deler av prosessen.

Ser vi på defineringsprosessen er problemoppfatningene ganske entydige, både blant reformatorer og motstandere. Så å si alle aktørene mener situasjonen ikke er tilfredsstillende innenfor sektoren, og at dagens organisering ikke løser de utfordringene sektoren står over for. Samtidig ønsker deltakerne en ny utvikling. Vi kan dermed si at det har vært *enighet rundt problemoppfatninger og vilje til endring*. Det som likevel har fokus i denne studien, og som skaper debatt, er mer løsningsforslagene som blir valgt. Selv om det har vært stor og økende uenighet om løsningene underveis i prosessen, er fellesnevneren for alle fasene likevel at de opprinnelige løsningsforslagene blir videreført så å si uendret. Vi kan dermed utlede at det har vært *motstridende løsningsforslag, men stabile løsninger knyttet til det endelige vedtaket*. Selv om det har vært stor grad av interessehevdingen fra spesielt fagforbund, profesjoner og KS, får de liten påvirkning på utfallet. Alle berørte parter blir hørt, og de mest sentrale får også egne møter med departementet. Likevel kommer motstanderne aldri i noen reell forhandlingsposisjon der de får gjennomslag for sine ønsker. Heller ikke de politiske motstanderne får gjennomslag. I den grad det er forhandlinger skjer disse mellom AP og FrP. Slik sett kan vi snakke om at det har vært *stor grad av interessehevding, men lite forhandling*.

Når det gjelder koplingen mellom fasene må den sies å være relativ tett. Helseministeren og regjeringens løsningsforslag har vært så å si uendret gjennom hele prosessen. Nøkkelen lå i å få gjennomslag i AP, gjennom sentralstyremøtet og landsmøtet. Da forslagene ble vedtatt i AP lå veien åpen for helseministeren. Ved at regjeringen selv har hatt stor innflytelse i utrednings – og høringsfasen, og gjennom FrPs

tidlige uttrykk for subsidiert støtte, kan en si at det ikke har eksistert noen beslutningsfora hvor man har kunnet foreta omfattende endringer i verken saksgang eller løsningsforslag etter landsmøtet. Dette har gjort at regjeringen nokså uhindret har kunnet bestemme både tempo og innholdet i reformen. Vi kan derfor hevde at det har vært en *lukket aktiviseringsprosess, og en entydig defineringsprosess* knyttet til saksgang, tempo og reformens innhold.

## Tolkning i lys av perspektivene

Jeg har til nå oppsummert aktiviserings – og defineringsprosessen i de ulike fasene, og prøvd å få frem de vesentligste momentene fra strømningstankegangen. I denne delen av kapittelet vil jeg koble de empiriske funnene opp mot de teoretiske perspektivene som er omtalt i kapittel 2. Formålet med analysen er å prøve, forstå og forklare hvordan beslutningsprosessen bak reformen har foregått. Jeg vil prøve å finne svar på hvordan en så radikal og omfattende reform blir behandlet og vedtatt på så kort tid. Jeg vil se på hvor stort innslaget er av en politisk styrt prosess, hvor stor grad prosessen kan føres tilbake til forhandling og interessehevding, og hvor stort innslaget av institusjonelle bindinger legger føringer på reforminnhold og saksgang. Analysen vil bli ordnet etter de teoretiske perspektivene, og fasene vil bli analysert kronologisk innenfor hvert perspektiv.

### *Det rasjonelt-instrumentelle perspektivet*

I dette perspektivet vil en forvente at endring skjer ut fra bevisste valg av regjeringsledelsen, og at det videre vil bli foretatt en utredning for å finne det beste handlingsalternativ for å nå målet (Brunsson og Olsen 1997). En kan også forvente at det blir tatt i bruk eksperter for å øke kunnskapsgrunnlaget. Initiativet vil en forvente komme fra den politiske ledelsen, etter et ønske om å endre tilstand. En kan også forvente at der det er rom for det, vil regjeringen også styre deltakelsen, ved å bestemme hvem som skal få mulighet til å være med å påvirke og å ta beslutninger, og i hvilke fora de ulike beslutningene blir tatt. En kan vente seg en lukket prosess der en har å gjøre med få aktører og et begrenset antall beslutningsarenaer. Regjeringsledelsen vil også prøve å kontrollere tilgangen på problemoppfatninger og løsningsforslag, og ha klare forventninger rundt hva prosessen skal ende opp i. Fasene vil følge logisk av hverandre, og være en planlagt og hierarkisk styrt prosess av regjeringsledelsen.

### Initiativfasen

En vil forvente at det er regjeringsledelsen som initierer prosessen, gjerne som følge av et ønske om å endre tilstand. Reforminitiativet kom fra partiledelsen, som bekreftet ved regjeringsskifte at de ønsket en omorganisering av sykehussektoren. Likevel var målene i begynnelsen svært generelle og lite konkrete, noe en ikke vil forvente ut fra perspektivet. Ledelsen ønsket en endring i fra dagens tilstand, og ville løse de problemene som hadde tyngt sektoren over tid. Bakgrunnen for initiativet var de problemoppfatningene

regjeringsledelsen mente lå i den gamle modellen. Dette ønsket om en endring av dagens tilstand som begrunnelse for en reform, gir støtte i perspektivet (March og Simon 1958, Cyert og March 1963). En ser da på endringsprosessen som en form for problemløsning. Valget av helseminister Tore Tønne var et bevisst valg for å sette i gang en omlegging. Tønne hadde bred erfaring fra store omstillingsprosesser både innen privat og offentlig sektor. Reformplanene var først blitt uarbeidet av helseministeren og noen få personer i departementet utpekt av han selv. Forslaget innebar strukturelle endringer innen eierskap og organisasjonsmodell. Partiledelsen støtter raskt opp om reformforslaget, og opptrer som en homogen og samstemt ledelse gjennom hele prosessen. Prosessen var dermed relativt lukket før sentralstyremøtet. Sykehusreformen ble også regjeringens viktigste sak i moderniseringsprogrammet, og en la mye prestige i å få saken i gjennom AP-systemet. Helseministerens reformforslag ble sett på som det eneste riktige av ledelsen, og ble vedtatt på sentralstyret og landsmøtet. Perspektivet gir god forklaring på ledelsens ønske om å kontrollere defineringsprosessen.

I dette perspektivet vil en forvente at ledelsen har bestemt deltakelsen i beslutningsforaene og at målene ikke problematiseres av aktørene. Dette er lite i samsvar med empirien. Ledelsen hadde liten mulighet til å styre deltakelsesmønsteret på de viktigste beslutningsforaene i fasen, sentralstyremøtet og landsmøtet. I tillegg møtte ledelsen motstand og uenighet av sine egne. Derimot hadde helseministeren større mulighet til å bestemme deltakelsen til reformprosjektet innad i departementet.

Et poeng i denne fasen er at det ble vedtatt at det skal settes i gang en reform, uten noen analytisk utredning av den konkrete reformen på forhånd. Det har vært lite fokusering på andre land, og også en uklar organisasjonstekning knyttet til om modellens funksjon som en bestiller/utfører modell, konsernmodell, markeds -eller planmodell for å nevne noe. Slik sett kan en sette spørsmål ved mål – middel forståelsen, og evnen til rasjonell kalkulasjon gjennom et rasjonelt-instrumentelt perspektiv. Effektene av valg av organisasjonsform er lite debattert. Dette kan svekke perspektivets forklaringskraft, som vil predikere at god innsikt i mål-middelsammenhenger er en forutsetning for å gjøre et vedtak (Olsen 1989, March og Olsen 1995). Dahl og Lindblom (1953), fremhever at idealet for å drive frem administrative reformer er en ledelse som både har evnen til *rasjonell kalkulasjon* og *politisk kontroll*. Selv om mye tyder på at mål-middelforståelsen ikke har vært optimal, har ledelsen har hatt stor grad av kontroll, ved å sette dagsorden og legge sterke føringer på defineringsprosessen. Ledelsen satser alt på å få igjennom reformforslaget, og får fullt gjennomslag i AP-systemet, til tross for noe motstand, noe som gir inntrykk av en sterk politisk og hierarkisk styrt prosess fra ledelsen.

### Utredningsfasen

En vil forvente at denne fasen er preget av at reformen blir videreutviklet og utredet etter klare mål satt av ledelsen. Denne fasen gav reformatorene stor innflytelse både når det gjaldt løsningsalternativ og deltakelsesmønster. Det er klare hierarkiske trekk ved denne fasen, ved at det er en homogen ledelse, både på politisk og administrativt nivå som styrer både saksgang og innhold. Helseministeren var selv aktiv i utredningsarbeidet, og hadde



denne saken som en hovedprioritet, noe som samsvarer med forventningene ut fra dette perspektivet som at lederen selv tar et særlig ansvar for reformen (Christensen 1994). Det ble opprettet en egen prosjektorganisasjon innad i departementet (EFG) som skulle stå for utredningen. Dette kunne være for å øke endringspotensialet og lette kapasitetspresset på den politiske ledelsen (Christensen 1991, Lien og Fremstad 1989, Mosher 1967). Helseministeren håndplukket Vidar Oma Steine som gruppens leder. Valget av Steine som leder, var ikke tilfeldig. Steine hadde erfaring fra større omorganiseringsprosjekter, og hadde vært sentral i utviklingen av flere reformer innen offentlig sektor. Hans tidligere arbeid var nok forenlig med det helseministeren ønsket å oppnå med reformen.

Sammen med Steine utnevnte helseministeren kompetente personer fra departementet med ulike fagbakgrunner. Ledelsen har med dette kontroll over aktivisering. Personene i gruppen hadde stor kunnskap, kompetanse og erfaring fra lignende arbeid, og blir rekruttert på bakgrunn av dette. Kombinasjonen god kunnskap og faglig dyktige aktører, åpner for at det har forekommet en grundig vurdering og analyse underveis i arbeidet, noe som faller inn under dette perspektivet. I utredningsarbeidet ble det brukt en god del kunnskapsgrunnlag fra tidligere utredninger og lovarbeid, noe som styrker analysearbeidet.

Den ferdige utredningen ble til slutt nedfelt i høringsnotatet. Samtidig var utredningsarbeidet preget av personer bare fra departementet, og ikke andre eksterne faglige eksperter, noe som kunne ha økt kunnskapsgrunnlaget. Det kan argumenteres for at dette svekker analysearbeidets kvalitet, noe som gir reformatorene mindre kunnskap om fremtidige konsekvenser av reformen. Det var likevel en bevisst handling fra helseministeren at utredningen skulle være en departementsintern jobb. Dette kan tolkes som en rasjonell kalkulert handling for å få mest mulig gjennomslag for sine egne løsninger, uten innblanding fra andre fagmiljøer. Slik sett står hierarkisk kontroll over aktivisering og definering svært sterkt i denne fasen. Reformatorene bestemmer også hvem som skal få lov til å uttale seg i høringsfasen, og hvor lang tid høringsinstansene skal få på å svare. Alt i alt blir ledelsens ønsker med henhold til innhold og saksgang videreført i stor grad, noe som gir god støtte i det hierarkiske elementet ved perspektivet.

### Høringsfasen

Når det gjelder deltakelsen i høringsrunden var oppslutningen stor. Et flertall av høringsinstansene støttet reformen, men det var også sterke motkrefter som mente at løsningene som ble valgt ikke var de rette. Samtidig ble de kritisert for den raske saksgangen med seks ukers høringsfrist. Flere pekte på mangler ved høringsnotatet, og kritiserte kunnskapsgrunnlaget, og hevdet at departementets utredning og analyse ikke var god nok, noe som også svekker forklaringskraften. Blant annet var forhandlingsopplegget med fylkeskommunene, arbeidsgiveransvar, finansieringsmodeller, erfaringer fra andre land, og fremtidige effekter av reformen lite diskutert. Det ble her dels vist til kommuneproposisjonen, og dels vist til at dette var under arbeid i departementet. Arbeidet med Eierskapsdokumentet kan sees på som kartlegging av fremtidige

utfordringer for sektoren, men det var likevel fortsatt lite fokus på effekter i dokumentet. Dessuten ble dette dokumentet offentliggjort først tre måneder etter stortingsvedtaket.

Departementet visste at reformen var gjenstand for motstand, og var derfor svært opptatt av å ta høringsinstansene på alvor. Et viktig punkt ut fra dette perspektivet er også at ny kunnskap bør analyseres. Men man kan også tolke dette som en symbolsk handling for å skape aksept like mye som en invitasjon til innspill. En slik tolkning bygger på at proposisjonen i innhold var svært lik høringsnotatet. En slik påstand gir støtte i det hierarkiske elementet av perspektivet, på den måten at ledelsen ønsker å styre defineringsprosessen. Det samme kan en si om forhandlingsopplegget med KS/fylkeskommunene, hvor det blir henvist til senere avklaring. En tolkning her kan være at en slik prosess ville være for tidkrevende, og ville kunne sette hele fremdriften for reformen i fare.

Departementet tok i denne fasen i bruk ekstern ekspertise fra personer med ulik fagbakgrunn. En slik rekruttering av kompetanse utenfra for å styrke utredningen gir støtte i perspektivet. I denne fasen, som i utredningsfasen, var det departementsledelsen som hadde den avgjørende beslutningsmyndigheten, og kunne bestemme valg av løsninger.

### Vedtaksfasen

Det rasjonelt-instrumentelle perspektivet gir stor forklaringskraft i vedtaksfasen. Selv om det var stor uenighet mellom de politiske partiene rundt mål og midler, ble ledelsens mål videreført. De politiske motstanderne ønsket fortsatt å utsette reformen på grunn av en for kort prosess og for dårlig utredning. Det endelige utfallet ble som ledelsen ønsket, så å si uendret fra forrige fase, noe som gir stor forklaringskraft. Likevel var ikke Stortinget enstemmig, noe som kan svekke forklaringskraften noe.

Det er blitt fremhevet av intervjuobjektene at departementsledelsen var svært avgjørende i forhold til valg av løsninger og saksgang under prosessen. Spesielt helseminister Tore Tønne og leder for EFG Vidar Oma Steine blir trukket frem som sentrale personer knyttet til innhold og fremdrift av reformen. Tønne ble av flere karakterisert som en person med bred erfaring og en arbeidskapasitet som gikk ut over det vanlige. Han ble betegnet som visjonær, beslutningsdyktig og karismatisk. Intervjuobjekter forteller at han var svært avgjørende for innhold og saksgangen i reformarbeidet. Steine blir i likhet med helseministeren omtalt som en nøkkelperson i reformarbeidet, med en kompetanse, både fra omstillingsprosjekter i privat sektor, og reform – og utredningsarbeid i offentlig sektor. Begge blir betegnet som personer med stor arbeidskapasitet og de fleste løsningene og beslutningene blir sagt å kunne spores tilbake til dem. Tar en i betraktning den sterke støtten fra statsministeren og partilederen, får en et inntrykk av en sterk og samstemt ledelse, med en konfronterende stil, og som har hatt kontroll over definering og aktivisering gjennom store deler av prosessen.

### *Forhandlingsperspektivet*

Dette perspektivet forutsetter at de ulike aktørene i prosessen har forskjellige interesser, mål og meninger, og at bindende beslutninger blir tatt gjennom overtaling og kompromiss, uten at en nødvendigvis har kommet til enighet. Aktørene prøver å verne om egne interesser, og ønsker å oppnå mer makt og innflytelse, ofte gjennom forhandlinger, interessehevding og alliansebygging. Om aktørene får gjennomslag er avhengig av hvor mye ressurser og makt de klarer å sette bak kravene. En kan også tenke seg at aktører opptrer *strategisk* for å få gjennom sine interesser (Eriksen 1993).

### Initiativfasen

Selve initiativet bak reformen kan forstås ut fra et forhandlingsperspektiv. En av forventningene er at krav og ønske om endring kommer fra aktører som ønsker større makt og innflytelse enn de har i utgangspunktet. I og med at det var regjeringsledelsen og helseministeren som ønsket en endring, kan det argumenteres for at regjeringsledelsens initiativ var et krav om å overføre makten til staten, og at den gamle modellen gav staten liten makt til tross for finansieringsansvaret. Med andre ord at reformatorene, gjennom statlig eierskap ville få større makt og innflytelse over sektoren. Motsatt kan en argumentere for at foretaksorganisering ville føre til en avpolitisering, og dermed svekke reformatorenes styringsevne. Ved en slik forklaring vil ikke perspektivet gi god forklaring på initiativet.

Perspektivet forventer at det fort kan oppstå konflikt der andre ikke ønsker endring, eller at de ønsker en endring, men på en annen måte. En kan også hevde at de som frykter å få maktgrunnlaget sitt svekket som følge av initiativet, vil stille seg negativ til det. De fleste var i begynnelsen positive til regjeringens ønske om en endring av sykehussektoren i sitt moderniseringsprogram. En grunn til det kan være at den generelle og lite konkrete formuleringen ikke ble sett på som en trussel mot status quo. Da helseministeren lanserte sine reformideer, ble motstanden større. Forslaget innebar radikale strukturelle endringer, som kan forklare motstanden. Motstanden til fylkespolitikere kan forklares ut fra perspektivet, ved at fylkeskommunen ville komme til å miste oppgaver, og dermed også makt og innflytelse over sin største sektor. Den politiske motstanden innad i AP, kan forklares ut fra at AP, i likhet med andre politiske parti, er sammensatt av ulike grupper med motstridende syn og interesser. Disse ønsket også en endring, men på en annen måte.

Knyttet opp mot forhandlingsperspektivet har jeg valgt å ta med begrepet strategisk handling (Eriksen 1993). Begrepet gir uttrykk for at aktører er sosiale konstruksjoner, i den forbindelse at de handler ut fra hvordan andre aktører kan forventes å handle. I min studie er det hendelser som kan tolkes som strategiske handlinger for å få gjennomslag for sine interesser.

For det første ble ikke planene om en ny reform nevnt før sentralstyremøtet. Forslaget kom overraskende på en del av deltakerne, noe som gjør at en gjerne ikke har kunne forberede seg. Deltakerne hadde dermed et tidspress i forhold til å velge et

standpunkt i saken. Heller ikke på fylkesordførernes sommermøte 14 dager før, hvor helseministeren holdt et innlegg, blir planene nevnt. Helseministeren var også ordknapp i stortingsdebatten rundt lov om fylkeskommunale sykehusselskap og sykehusøkonomiproposisjonen, til tross for at han konkret ble spurt om hva en omlegging skulle innebære. Dette kan være strategiske handlinger for å få forslaget igjennom på sentralstyremøte i AP, uten for mye offentlig debatt i forkant.

Et annet moment var den manglende forankringen prosessen hadde i forhold til grunnplanen i partiorganisasjonen, og sosialpolitikernes manglende involvering før landsmøtet. Dette kan også være tegn på strategiske handlinger for å unngå at sosialpolitikerne skal korrumpere reforminnholdet, slik at innholdet i reformen og saksgangen forblir i helseministerens interesse.

Ved siden av spørsmålet om statlige sykehus, var det også på sentralstyremøtet forslag om å nedbygge fylkeskommunene. De samme som var motstandere av en sykehusreform ønsket også å beholde fylkeskommunen. Også dette ble vedtatt på sentralstyre, men på landsmøtet fikk denne saken ikke flertall. Det blir av flere intervjuobjekter hevdet at dette var på grunn av et kompromiss mellom partiledelsen og motstanderne. En kan også tenke seg at partiledelsen lanserte ideen om nedbygging av fylkeskommunen som et forhandlingskort for å få igjennom en sykehusreform. Ledelsen var lite konkret med hensyn til hva en slik nedbygging skulle inneholde, samtidig som de ga uttrykk for at de hadde planene klare for en sykehusreform. På den måten jobbet motstanderne i AP i første omgang for å beholde fylkeskommunen. På landsmøtet ble resultatet et kompromiss mellom reformatorene og motstandere i AP, der motstanderne med fylkespolitikere i spissen, fikk beholde fylkeskommunen, mot at sykehusene ble statlige. En ser med dette at ledelsens preferanser rundt sykehussaken er gitt på forhånd, mens spørsmålene rundt fylkeskommunen mer er preget av at menings – og preferansedannelsen er under utvikling (Rommetveit 1995).

Alle eksemplene kan være strategiske handlinger fra ledelsen for å få forslaget raskest igjennom AP-systemet, før motstanderne får mobilisert seg. Det er viktig å påpeke at disse eksemplene bare er tolkninger av hva som kan være strategiske handlinger fra ledelsen. Jeg har ikke noe datamateriale som kan underbygge disse strategiske handlingene, og disse eksemplene kan derfor ikke taes kategorisk med som argumenter for økt forklaringskraft til forhandlingsperspektivet. Det har likevel kommet frem gjennom intervjuer at det har foregått en maktkamp mellom ledelsen og partiorganisasjonen innad i AP i denne perioden.

### Utredningsfasen

Forhandlingsperspektivet gir *liten* forklaringskraft i utredningsfasen. Grunnen er at det var få aktører som var involvert i denne fasen, og liten grad av interessehevdning. I den grad vi kan snakke om aktører var KS og andre departementer instanser som kom med noen innspill til departementet. Men dette bar lite preg av å være forhandlinger eller interessehevdning, men mer rådgivning og spørsmål fra KS rundt hva reformen skulle

omfatte. Ellers ble beslutningene foretatt internt i departementet, og ikke gjennom tautrekking eller forhandlinger mellom ulike aktører slik forhandlingsperspektivet tilsier.

### Høringsfasen

Innslaget av interessehevding er stor i denne fasen, og motsetningene mellom partene kommer tydeligere frem. En kan forvente at aktører som kan sies å tjene på et reformforslag støtter det, mens aktører som kan se ut som å miste makt eller ressurser går imot. Instansene som støttet reformen var blant annet sykehusene, DNL, og de fleste pasient – og brukergruppene. Det kan argumenteres for at sykehusene støttet reformen fordi de ville få større selvstendighet og styringsansvar. Det samme gjelder legene som håpet på større grad av faglig medisinsk forankring i foretakene, større medisinsk ansvarlighet, uten innblanding fra politikere. Pasient – og brukergruppene håpet på større brukerrepresentasjon i de nye styrene for å hevde sine interesser.

Det var også tydelig at flere av de instansene som var mest berørt av forslaget, var også de som var de største motstanderne og skapte størst oppmerksomhet. I begynnelsen dannet flere arbeidstakerorganisasjoner en koalisjon som sammen gikk inn for å bedre de ansattes vilkår i forhold til reformen. Dette var det eneste punktet fagforbundene var enige om å kjempe sammen om. For det var stor uenighet innad i alliansen om de ulike momentene ved reformen. Legeforeningen var for så å si hele reformen, men ønsket å være med på å sikre de ansattes vilkår i likhet med de andre. NHS, NSF og KFO var bare imot foretaksorganisering, som de mente økte sjansene for privatisering, og mindre politisk kontroll. Deres motstand kan begrunnes i at en privatisering ville føre til konkurranseutsetting for yrkesgruppene, og mindre politisk støtte i fremtiden. Samtidig støttet de staten som eier. Dette kan begrunnes i at fagforbundene ønsket staten som arbeidsgiver og motpart i forhandlinger, samtidig som det er kjent at staten har høyere lønnsnivå enn fylkeskommunene. Slik sett var det bare NKF av de sentrale aktørene som tok fullstendig avstand fra reformforslaget. Motstanden til NKF kan begrunnes i at de kunne risikere å miste medlemmer. Flere av fagforbundene truet med å sette makt bak kravene. NKF og NHS var begge med i aksjonen For Velferdsstaten, som var en stor aksjonsgruppe, som fortløpende vurderte å sette i gang streik. Aksjonsgruppen innså likevel under stortingsbehandlingen at det var lite å tjene på det. Også NSF truet med streik og å bryte samarbeide, men var mer tilfreds med reformen etter at § 39 ble endret på. Slik sett er berørte parter og interessene med på å sette dagsorden for hva som skal diskuteres, noe som gir støtte i perspektivet.

Motmeldingslegene var også store motstandere, og skapte stor oppmerksomhet selv om de ikke var høringsinstans. Likevel fikk legene sterk støtte i flere av sine synspunkter fra NKF, NHS og NSF, og leder på en måte an motstanden sammen med NKF. Samspillet mellom NKF og motmeldingslegene skapte stor offentlig debatt, og falt ikke i god jord hos AP, og truet også den gjensidige samarbeidsavtalen mellom AP og NKF. Legenes motstand kan forklares ut fra ulike interesser innad i legeforeningen, og at legene opplevde at avstanden beslutningsarenaene gjerne ville bli større, ved at staten overtok makten.

Det ligger i fagforbundenes natur å hevde sine interesser, og å prøve å få gjennomslag for sine synspunkter. Det ble derfor viktig for forbundene å komme i en forhandlingsposisjon med SHD. Departementet hadde flere møter med fagforbundene. Likevel kan ikke fasen sies å være preget av noen form for kjøpslåing eller kompromiss mellom SHD på den ene siden og arbeidstakerorganisasjonene på den andre, til tross for stor interessehevding. Heller ikke KS og Oslo Kommune fikk noe særlig gehør for sine krav i forbindelse med forhandlingsopplegget mellom fylkeskommunene og staten. Selv om det var stor grad av interessehevding i denne fasen, var det SHD som var den dominerende aktør. SHD hadde det avgjørende ordet, og løsningsforslaget ble videreført nærmest uendret.

### Vedtaksfasen

Forhandlingsperspektivet har stor forklaringskraft i vedtaksfasen. Ut fra perspektivet vil en forvente at det foregår forhandlinger, og at løsningen blir kompromiss eller kjøpslåing mellom motstridende interesser, eller at en dominerende koalisjon får igjennom sine interesser. Det er liten grad av forhandlinger i denne fasen, men fasen er preget av sterke politiske skillelinjer, en sterk flertallskoalisjon, og stor grad av debatt. Det blir tidlig i sosialkomiteen dannet en flertallskonstellasjon mellom AP og FrP. Denne alliansen holder stand gjennom hele vedtaksfasen, og det er svært få endringer som blir gjort. Slik sett er det liten grad av forhandlinger. Selv om begge partiene er enige om hovedmålene ved reformen, kan det virke som om det er på noe ulikt grunnlag. Mens AP ser på reformen som et ganske ferdig produkt, er det tydelig at FrP ser på reformen mer som et steg i riktig retning. FrP ønsker egentlig mer rom for privatisering, men er fornøyd med å ha kommet så langt i forhandlingene med AP. Dette kan forklares i forhandlingsperspektivet, hvor man kan oppnå enighet om vedtak, men ha ulike meninger bak vedtakene. Det nære samarbeidet mellom AP og FrP har nok stor skyld i at det ikke foregikk de store forhandlingene mellom de ulike partiene. Avgjørelsene tas i hovedsak mellom AP og FrP, der helseministeren og John Alvheim er sentrale aktører. Koalisjonen er sterk nok til å oppnå flertall for et løsningsforslag som har vært relativt uendret gjennom hele prosessen.

Når det gjelder mindretallskonstellasjonen er den kjennetegnet med at det tas sterk avstand fra reformforslaget. Stortingsdebatten, som til dels var preget av sterke uttalelser på begge sider, gir et klart innblikk i hvor uenige partene var. På den måten er fasen preget av sterke motsetninger mellom flertallet og mindretallet. Mindretallet klarer aldri å påvirke løsningsforslagene, og klarer heller ikke å lage en felles forhandlingsallianse eller strategi for å påvirke. SP og KrF er imot så å si hele reformforslaget, og selv om de i begynnelsen prøver å komme AP i møte, blir det tidlig klart at det nære samarbeidet mellom AP og FrP fører til at sentrumpartiene mener det er bedre å ta totalt avstand fra reformen. SV prøver derimot å komme AP i møte med et eget forslag, men forslaget blir aldri vurdert av AP. Mye taler for at ”løpet er kjørt” allerede tidlig i komitébehandlingen.

Høyre innehar en litt spesiell posisjon i de politiske forhandlingene. Partiet støtter i stor grad reformforslaget, men får ikke være med i ”det gode selskap” om å finpusse

reformen. Høyre og FrP har tidligere hatt et relativt likt syn på hvordan eierskapet og sykehusstrukturen skal være. Høyre mener at dem sammen med FrP kunnet godt sammen i forhandlingene med AP, for å få enda større gjennomslag for sine ideer. FrP er imidlertid ikke enig i dette, som mener at det ikke er lurt å presse regjeringen for mye, og er heller ikke fornøyd med Høyres bestiller/utfører modell. FrPs lite villige holdning til å samarbeide med Høyre, kan sees på som et forsøk fra FrP om å være alene om å få reformen vedtatt, og dermed få all æren alene.

NKF fortsetter sin kamp mot reformen, men blir i denne fasen nødt til å dempe forventningsnivået. NKF får LO med seg i kampen, men må gi slipp på kravet om et fortsatt fylkeskommunalt eierskap. Sammen prøver de å påvirke sosialkomiteen gjennom lobbyvirksomhet, men får ikke gjennomslag.

Forhandlingene mellom staten og KS/Fylkeskommunene/Oslo Kommune gir stor forklaringskraft i perspektivet. Det er her snakk om store verdier og ressurser som begge parter ønsker. Oslo forhandler på egen hånd med staten, og det er stor motstand mot at staten skal overta store verdier uten å få kompensasjon. Oslo prøver å sette makt bak kravene, og starter en rask prosess med å selge sykehusboliger og privatisere laboratorie- og røntgentjenestene i kommunen for å beholde verdiene selv. En kan se på KS og Oslos motstand som en kamp for ikke å miste verdifulle ressurser. Samtidig ønsker staten selv å overta mest mulig av verdiene. En slik interessekamp mellom ressurser gir støtte i et forhandlingsperspektiv.

### *Det institusjonelle perspektivet*

Det institusjonelle perspektivet forutsetter at beslutningsprosessen blir styrt av eksisterende praksiser og rutiner som er innarbeidet i institusjonene. En handler ut ifra hva man har gjort tidligere i lignende saker. Det vil si at man gjerne finner løsninger i fra tidligere erfaringer og normer for handling. Det kan likevel være at løsninger er å finne i institusjonaliserte omgivelser, og at disse blir brukt som forbilder i en omorganiseringsprosess. Videre er det gjerne uklart i fra starten av hva en reformprosess vil kunne ut i, og mål kan komme til og endres underveis. Dersom forslagene til endring ikke passer overens med de involverte aktørenes institusjonelle identiteter og forventninger vil en forvente at de vil bli møtt med motstand.

### Initiativfasen

Perspektivet legger lite vekt på målformulering og hvor initiativet kommer fra, men et kjennetegn er likevel at nye reformplaner kan ha vage og generelle mål i begynnelsen. Dette stemmer til en viss grad i initiativfasen. Ved regjeringsskiftet var ledelsens mål med sykehussektoren vide og åpne for tolkning. Noen måneder senere konkretiserte helseministeren klarere mål for hva han ville med sykehussektoren, selv om det var noe uklart hva konkret som lå i målene, og hvordan målene skulle oppnås. Initiativet fra regjeringsledelsen og helseministeren kan også sees på som en naturlig utvikling i forhold til den historiske debatten som hadde vært tidligere rundt en statlig overtakelse, samtidig som det kan sees på som å følge en organiserings-trend. Som nevnt i bakgrunnskapittelet,

hadde man både i politiske kretser og profesjonskretser, diskutert muligheten for å gjøre sykehusene statlige. Man hadde også blant annet Hellandsvik – utvalget som tok for seg eierskapsforholdet til sykehusene, og Sørensen-utvalget som så på tilknytningsformer. I tillegg hadde man vedtatt lov om fylkeskommunale sykehusselskap, som åpnet for en fristilling av sykehusene. Man har også i den senere tid hatt en rekke andre forvaltningspolitiske reformer knyttet til NPM ideer, der man i større grad har vært opptatt av å skille politikk og administrasjon i offentlig forvaltning. Man har lagt større vekt på fristilling, delegering, markedsorientering, effektivitet og målstyring. Slik sett kan det gi forklaring at ideene var hentet fra NPM, og andre sektorer som hadde tatt disse ideene i bruk. I tillegg hadde både Høyre og FrP, i sine partiprogram, lenge hatt som mål å gjøre sykehusene statlige og mer autonome. Å se på reforminitiativet som en naturlig stegvis utvikling som følge av tidligere praksis og utredning på område, og samtidig som et forsøk på å finne ”gode” og populære organisasjonsløsninger i omgivelsene, gir støtte i et institusjonelt perspektiv.

Også den motstanden som reformideene møtte i denne fasen, kan forstås ut fra dette perspektivet. En kan tenke seg at endringsforslagets innhold var radikalt i forhold til tidligere reformer i helsesektoren, og på den måten brøt med hva som var passende i forhold til eksisterende forvaltningspraksis. I tillegg skulle prosessen gjennomføres i rekordfart, med svært korte tidsfrister. Det ble heller ikke nedsatt noe offentlig utvalg som skulle utrede konsekvensene av en reform, noe som har vært vanlig i norsk forvaltningspraksis. Slik sett gir selve saksgangen liten forklaringskraft i perspektivet, men motstanden mot saksgangen og reformforslaget gir god forklaring. Motstanden i den studerte prosessen kan begrunnes ved at prosessen ikke fulgte vanlig praksis for hvordan saksgangen i så store saker bør være. I tillegg inneholdt reformen noe nytt og radikalt i forhold til eksisterende praksis, og at dette gjerne var et for stort steg å ta for en så viktig sektor. Reformen inneholdt to store endringskomponenter, statlig eierskap og foretaksorganisering. Det kan ha vakt oppsikt at begge deler ble lansert samtidig innenfor en sektor som har vært nært knyttet opp mot forvaltningen og lokalpolitisk styring. AP har tidligere vært imot statlige sykehus. I perspektivet kan dette gi forklaring på motstanden som forslaget møtte i eget parti. AP støttet lenge et regionalpolitisk sykehusvesen som en del av forvaltningen. Reformideene kan på den måten ha sparket bein under viktige holdninger og verdisyn som tidligere har stått sterkt i AP. Ideene kan dermed ha blitt sett på som ”høyre-orienterte” blant flere i AP. Sosialpolitikernes påstand om mangel på dialog og involvering kan forklares ut fra perspektivet. Sosialpolitikerne hevdet at fremgangsmåten var svært uvanlig mellom en statsråd og sine stortingskollegaer. Men det kan også være et uttrykk for at helseministeren hadde liten erfaring med den politiske arena, og hvordan tradisjonell praksis og samhandling med fraksjonen fungerte.

Fylkespolitikerne er i denne fasen skeptiske til ideene, noe som kan forklares ut fra at de vil miste sin største sektor, og dermed svekke fylkeskommunens identitet og overlevingssevne. En ser gjerne på dette som et steg på veien til å fjerne hele det regionale nivået. Overlevelse kan dermed bli et mål i seg selv. Et eksempel på at mange var enige



med fylkespolitikerne, og hadde tro på det eksiterende, kan være Oppgavefordelingsutvalgets innstilling samme år, der man rådet regjeringen til å beholde fylkeskommunen.

Selv om saksgangen ikke fulgte eksisterende praksis og gir liten forklaring, kan en også se på den raske saksgangen og det radikale reforminnholdet som et svar på en krise (jf. begrepet *avbrutt likevekt*, Krasner (1988)). Det var stor enighet om problemoppfatningene ved sektoren. Flere har pekt på at sektoren var i en krise, og at reformen dermed kan sees på som et brudd med perioder preget av stabilitet. Slik sett kan APs endrede holdning være et ledd i en krisehåndtering i en problemutsatt sektor, og at det derfor kan ha vært et krav om at nye og ”gode” organisasjonsmodeller måtte utprøves. Et radikalt innhold i reformforslaget kan ut fra en slik forklaring gi mening ut fra perspektivet.

### Utredningsfasen

Ut fra perspektivet vil en forvente at når SHD får i oppgave å lage et høringsnotat vil en lete etter løsninger i nærområdene eller bruke ”gamle” løsninger. En vil basere seg på tidligere utredninger og praksis på området, men også ta i bruk løsninger fra det som blir betegnet som gode organisasjonsoppskrifter i omgivelsene som en sammenligner seg med. Embetsmennene vil handle lojalt ut fra hva som er passende og forventet ut ifra den posisjonen en innehar. Dette perspektivet gir en viss forklaringskraft i utredningsfasen. Det ble opprettet en tverrfaglig prosjektgruppe med personer fra ulike avdelinger i departementet. Prosjektorganisering på tvers av avdelinger har vært en vanlig måte å organisere arbeidet på innad i departementet de siste årene. Likevel bryter dette med den etablerte utvalgstradisjonen om bredt sammensatte utvalg fra ulike grupper, hvor det foregår en politisk samhandlingsprosess med en beslutningsstil hvor konsensus bør oppnås.

Personene i gruppen hadde god erfaring fra lignende lovarbeid, tidligere utredninger og forvaltningspolitiske reformer. Dette var også erfaringer og arbeid som gruppen i stor grad brukte, noe et institusjonelt perspektiv støtter. De nye regionale helseforetakene skulle også etableres etter de allerede eksisterende helseregionene. Det ble også sett på hvordan andre sektorer organiserte seg. Blant annet ble statsforetaksloven sett på som rettleidende i arbeidet, men den var bedre egnet for statlige bedrifter som jobbet for å oppnå profitt og var utsatt for konkurranse. Det ble derfor bestemt å lage en egen særlov. Helseministeren hadde også i noe grad land som Frankrike, USA og England som forbilder for god organisering av sykehussektoren, noe som åpner for innslag av påvirkning fra omgivelsene. Det ble også tatt frem av ett av intervjuobjektene at arbeidet var inspirert av NPM-ideer. På denne måte kan en si at gruppen leitet i stor grad i nærområdene etter løsningsforslag, både internt innenfor sektoren, men også fra andre sektorer og land. Slik sett kan man si at reformen var preget av tidsånden.

Selv om løsningene som ble valgt til en viss grad kan føres tilbake til kunnskap og ideer fra tidligere utredninger og lovarbeid, samt ideer fra andre sektorer og land, kan ikke reformen sees på som noen kopi fra andre lover. Motsatt kan heller ikke innholdet i

høringsnotatet sies å ligge tett opp til dagens praksis, noe også bestemmelsen om en egen særlov støtter opp om. Slik sett har nok også helseministerens egne visjoner vært svært rettleidende i hvordan reformen skulle se ut.

Alt i alt kan perspektivet delvis gi forklaring på innholdet i notatet, mens de utradisjonelle prosedyrene knyttet til at departementet selv står for utredning, samt den korte saksgangen, gir liten forklaring i et institusjonelt perspektiv. Utredningsarbeidet tok om lag to måneder, og høringsfristen ble satt til seks uker. Dette kan ikke sies å være en vanlig praksis i departementet.

### Høringsfasen

I dette perspektivet er det i samsvar med etablert praksis at berørte parter skal få uttale seg om saken. Departementet mottok i overkant av 300 uttalelser. Den generelle oppfatningen fra høringsinstansene var at det var stor enighet om problemoppfatningene i sektoren, men en del uenighet om løsningsforslagene. Høringsrunden var preget av en del institusjonsforsvar, og motstand mot løsningsforslag som rammet den konkrete institusjonen, men også en stor oppslutning rundt endringsvillighet.

Det var som nevnt stor skepsis blant fylkeskommunene om at staten skulle overta, mens foretaksorganisering ikke ble sett på som et så stort problem. Dette kan bunne i at fylkeskommunen ville miste noe av sin identitet ved at deres største sektor forsvant. Samtidig var foretaksorganisering av sykehusene en lov som allerede var vedtatt, og som ville bli benyttet av flere fylkeskommuner. Motsatt var flere av arbeidstakerorganisasjonene (NHS, NSF, LO og KFO) for at staten overtok ansvaret, men imot foretaksorganisering. Statlig overtakelse var et mål som har vært innarbeidet og jobbet for over lengre tid i disse institusjonene. Slik sett bunnet ikke deres motstand i at en ikke var endringsvillig. Tvert imot pekte flere av instansene på at det trengtes en omorganisering, og at et statlig eierskap var veien å gå. En støtte til statlig overtakelse kan bygge på at en da ville opprettholde en nasjonal lønns- og personalpolitikk som var lik for alle medlemmene. NKF's motstand kan forklares ved mye av det samme som de andre arbeidstakerorganisasjonene, og ved at en så på reformforslaget som en trussel mot deres verdigrunnlag for å bevare offentlige arbeidsplasser og opprettholde en sterk velferdsstat. Motstanden blant fagforbundene mot foretaksorganisering kunne bygge på at en så faren for at den nasjonale lønnspolitikken ville bli fragmentert, ved at det for eksempel ble lønnsforhandlinger på lokale plan, noe som kunne gi ulike lønns – og personalforhold for arbeidstakerne. Også frykten for konkurranse fra private aktører kan begrunne motstanden. Dette kan tyde på at de var endringsvillig inntil et visst punkt, men at reformen innebar så store endringer at en hva usikker på sin egen overlevningsevne i fremtiden. Fagforbundene begrunnet sin motstand med at forslagene til endring var av en så omfattende karakter at det burde utredes nærmere. Dette kan tolkes som et analytisk alibi for endringsmotstanden.

Legeforeningen og sykehusenes positive holdning til reformforslaget kan forklares ved at de lenge hadde ønsket en friere stilling i forhold til politikkerne, noe som ville styrke overlevningsevnen og identiteten til institusjonene. KS var på sin side for reformen, men

var lite involvert i de samme problemstillingene som fagforbundene. KS jobbet under hele prosessen for å opprettholde levedyktigheten og overlevningsevnen til fylkeskommunen etter reformen. Dette gir forklaringskraft i perspektivet.

Hvis vi ser på høringsinstansene som departementets institusjonelle omgivelser, er det lite som taler for at omgivelsene har hatt stor innflytelse på proposisjonen.

### Vedtaksfasen

De politiske partienes standpunkt gir god forklaring i et institusjonelt perspektiv. De politiske skillelinjene fulgte etablerte politiske konfliktområder. SP, KrF og Venstre var i likhet med fylkeskommunene først og fremst imot en statlig overtakelse, i motsetning til fagforbundene. Motstanden kan begrunnes i sentrumpartiernes verdigrunnlag med hensyn til en sterk distriktpolitikk og lokal og regionalpolitisk råderett. At det regionalpolitiske nivået kom til å bli svekket, kan sees på som at partienes identitet også kom til svekkes. Foretaksorganisering hadde sentrumpartiene tidligere vært positive til innen andre sektorer, men også gjennom lov om fylkeskommunale sykehusselskap som ble vedtatt ett år før. Dette kan forklares ved sentrumpartiernes ønske om at regionalt nivå selv skal få bestemme sin egen politikk. SV hadde lenge kjempet for et sterkt offentlig helsevesen med regionalpolitisk kontroll, noe som kan forklare deres sterke motstand mot både statlig eierskap og foretaksorganisering. Høyre og FrP hadde lenge kjempet for statlige sykehus, og gav tidlig uttrykk for at de ville støtte en reform. Reformen støttet også opp under disse partienes ønske om friere tilknytningsformer for offentlige virksomheter, og mer profesjonell ledelse på bekostning av politisk ledelse. Slik sett gir de politiske partienes standpunkt og holdninger støtte i et institusjonelt perspektiv. Et interessant poeng i ettertid er likevel at det er endringen i APs holdning til statlige sykehus, som åpner for at en reform i det hele tatt er mulig.

Ifølge perspektivet vil proposisjonen i innhold ligge tett opp til det regjeringen tidligere har foreslått, og at det bare vil bli foretatt mindre endringer i innholdet av Stortinget.

Uenighetene innad i komiteen kan forklares ut fra de tradisjonelle politiske skillelinjene blant partiene. De politiske holdningene til partiene fulgte i stor grad de verdiene og historiene som partiene var tuftet på. Slik sett gir perspektivet god forklaringskraft i denne fasen.

### Oppsummering av de teoretiske perspektivenes forklaringskraft

For å systematisere empirien i beslutningsprosessen bak sykehusreformen har jeg benyttet meg av strømningstankegangen. Videre har jeg analysert empirien ut fra tre ulike teoretiske perspektiv. Det rasjonelt-instrumentelle perspektivet har forholdsvis god forklaringskraft gjennom hele prosessen. Det som gir perspektivet god forklaringskraft har i første omgang å gjøre med det *hierarkiske* elementet ved perspektivet. Det har vært en klar hierarkisk styring av prosessen, ved at ledelsen i stor grad har hatt kontroll over

både saksgang og reforminnhold. Ledelsen har fått igjennom sine ønsker relativt raskt og uproblematisk. Det har vært stor grad av automatikk i at løsningsforslag har blitt videreført og vedtatt. Prosessen har slik sett vært en sammenhengende kjede, men gjerne ikke slik det rasjonelt-instrumentelle perspektivet forutsetter. Man har ikke fulgt en ”oppskrift” fra ledelsens intensjoner og mål, via utredning av handlingsalternativer, til et vedtak. På en måte skjer vedtaket allerede i initiativfasen. AP som sitter i regjering, vedtar ved landsmøtet at reformen skal gjennomføres, uten en egen utredning. Det som taler imot perspektivet er altså mangel på analyse og utredning forut for vedtaket, noe som kan svekke kunnskapen om de fremtidige konsekvensene av reformen. Samtidig som den raske saksgangen kan ha ført til at områder har blitt oversett og utsatt. Likevel har ledelsen sterk tro på sine mål, og lagt seg på kompromissløs og konfronterende linje ovenfor andre aktører. Blant annet bestemmer ledelsen at utredningen skal skje internt i departementet, i stedet for i et offentlig utvalg. Dette kan være som et ledd i å få reformen igjennom raskest mulig. Samtidig åpner dette for muligheten for en mer lukket og rask prosess med et begrenset antall reelle beslutningstakere, hvor ledelsens kontroll over løsninger og saksgang blir sterk.

Forhandlingsperspektivet har en viss forklaringskraft utover i prosessen. Dette har særlig å gjøre med *interessehevding*, og ikke så mye med reelle forhandlinger mellom beslutningstakere. Det er stor grad av interessehevding særlig blant fagforbundene, samtidig som den politiske motstanden også er stor, særlig i høringsfasen og vedtaksfasen. Motstanden og interessehevdingen som er å finne kan forklares ut fra perspektivet. Hvis vi kan snakke om en aktør som virkelig får gjennomslag for sine interesser må det være FrP som i vedtaksfasen er med i den dominerende koalisjonen med AP. Også i initiativfasen kan forhandlingsperspektivet forklare kompromisset ved landsmøtevedtaket. Bortsett fra i disse fasene har perspektivet liten forklaringskraft på de løsningene som blir valgt og saksgangen det legges opp til.

Det institusjonelle perspektivet har relativt stabil forklaringskraft gjennom hele prosessen, men av ulike grunner. Perspektivet gir god forklaring på institusjonsforsvar og verdigrunnlaget til fylkeskommunene, fagforbundene og de politiske partiene i høringsfasen og vedtaksfasen. At AP endrer holdning kan forklares ut fra problemene som lå i sektoren, men også en endret politisk overbevisning om en bedre organisasjonsform som kan ha kommet fra omgivelsene. Også reforminnholdet gir en viss forklaring i dette perspektivet. Det at innholdet bygget på tidligere kunnskapsgrunnlag, og ideer fra omgivelsene støtter perspektivet i initiativfasen og utredningsfasen. Reformen var også preget av tidsånden rundt hva som ble oppfattet som gode løsninger i omgivelsene. Det som likevel gjør at det institusjonelle perspektivet ikke gir god forklaringskraft, er de utradisjonelle elementene knyttet til saksgang og tempo. Statsrådets fremgangsmåte internt i AP og i departementet, samt at departementet selv står for utredningen, og ikke et bredt sammensatt offentlig utvalg med sentrale institusjoner innenfor sykehussektoren, står i strid med tradisjonell praksis for politiske beslutningsprosesser.

Hvis vi deler prosessen inn i *reforminnhold* og *saksgang*, gir det en bedre fremstilling av hvilke perspektiver som gir forklaring på hvordan beslutningsprosessen har foregått så raskt, og hvordan reforminnholdet ble til. Tabell 8.2 gir en fremstilling av perspektivenes forklaringskraft i forhold til reformens saksgang og reformens innhold.

Tabell 8.2 *Perspektivenes forklaringskraft på reforminnhold og saksgang.*

	Rasjonelt-instrumentelt persp.	Forhandlings perspektiv	Institusjonelt perspektiv
Reforminnhold	Middels	Middels	Middels
Saksgang	Stor	Liten	Liten

Det rasjonelt-instrumentelle perspektivet gir god forklaring på hvordan prosessen ble anlagt med henhold til tidsfrister, tempo og fremdrift, og hvordan reforminnholdet ble til. Både reforminnhold og saksgang er i stor grad et resultat av en homogen ledelse med en konfronterende stil, som har ført en relativ lukket og rask saksgang, samtidig som løsningsforslagene i stor grad har vært hierarkisk styrt, og vært stabile gjennom hele prosessen. Det har likevel vært en noe uklar organisasjonstenkning, og innsikt i effektene av de valgte organisasjonsløsningene. Slik sett har det analytiske elementet i perspektivet mindre forklaringskraft. Forhandlingsperspektivet gir liten forklaring på hvordan saksgangen foregikk. Perspektivet gir derimot en viss forklaring på reforminnholdet i initiativfasen og vedtaksfasen. Kompromisset mellom motstanderne og partiledelsen under APs landsmøtet kan sees på som avgjørende for at reformprosessen i det hele tatt ble igangsatt. Samtidig var alliansen mellom AP og FrP i vedtaksfasen en forutsetning for at reformen ble vedtatt i Stortinget. Institusjonelle faktorer må sies å gi liten forklaring på saksgangen, spesielt i initiativ- og utredningsfasen. Den raske saksgangen det legges opp til, samt den utradisjonelle utredningsprosessen, bryter med det tradisjonelle bilde av en beslutningsprosess som et resultat av en bred politisk og konsensusdrevet samhandlingsprosess. Perspektivet gir likevel en viss forklaring på reforminnholdet, ved at kunnskapsgrunnlaget i en viss utsterkning kan spores tilbake til eksisterende og nærliggende løsninger. At AP endrer holdning er også en avgjørende forklaring, og kan også være som følge av at de opplever at sektoren er i krise, og at det må nye ideer for sykehusorganisering til. Ideer som også gjerne er hentet fra omgivelsene.

## 9 Avslutning

Jeg har i denne studien tatt i bruk strømningstankegangen for å kartlegge deltakelsesmønstre, problemoppfatninger og løsningsforslag som har gjort seg gjeldende i prosessen. Jeg har brukt et rasjonelt-instrumentelt perspektiv, et forhandlingsperspektiv og et institusjonelt perspektiv for å forklare studiens problemstilling. Jeg vil i det følgende gi en kort oppsummering over mine hovedfunn, samt komme med noen betraktninger som kan forklare problemstillingen. Jeg vil deretter ta for meg teoretiske implikasjoner, og se på reformprosessen i en forvaltningspolitisk kontekst. Til slutt vil jeg ta for meg annen relevant forskning, og komme med synspunkter på videre forskning på feltet.

### Oppsummering av studiens hovedfunn

Et hovedfunn er at løsningene som ble valgt tidlig i prosessen, endte opp så å si uendret ved vedtaket. Løsningene har vært stabile gjennom alle fasene, og overlevd både intern stridighet i AP, en omfattende høringsrunde, og en politisk behandling i Stortinget. En grunn til dette har nok å gjøre med et annet av hovedfunnene, nemlig at den reelle innflytelsen på beslutningene har vært på få hender gjennom store deler av prosessen. Først innad i departementsledelsen og AP-ledelsen, siden innad i en liten gruppe i departementet, departementet har også den reelle innflytelsen på beslutningene i høringsfasen, samt at det er forholdsvis få aktører involvert i forhandlingene mellom AP og FrP. Dette har gjort at regjeringen har hatt stor kontroll både på aktivisering og definering gjennom hele prosessen, og innskrenket muligheten for påvirkning fra andre deltakere med andre løsninger. Paradoksalt nok viser det seg at initiativfasen er den fasen hvor regjeringsledelsens reformforslag har størst usikkerhet for å bli gjennomført. Det at APs holdning til statlige sykehus endres, kan sees på som avgjørende for at reformen kunne gjennomføres. Det var heller ikke mer enn ett år siden at AP gikk imot at en aksjeselskapsform for sykehus måtte godkjennes av staten først, i forbindelse med lov om fylkeskommunale sykehusselskaper. Dette fordi det *”ikke ville være i samsvar med lokaldemokratiske prinsipper”* å la departementet ta slike beslutninger (Kristoffersen i stortingsdebatten 13/06-00). I ettertid kan det virke som om et avgjørende element for reformprosessen, er APs snuoperasjon i holdningen til statlige sykehus.

Ser vi på saksgangen, er det liten tvil om at prosessen har foregått i et høyt tempo og med korte tidsfrister. I mitt case er tidsaspektet fastsatt til litt over ett år. I dette tidsrommet blir initiativet om reformen tatt, den blir vedtatt på APs sentralstyremøte og landsmøtet, det blir utredet et høringsnotat med seks ukers høringsfrist, og det blir utformet en proposisjon som blir vedtatt i Stortinget like etter. Man kan med dette si at reformprosessen har foregått svært raskt. Sjelden har vel tiden mellom et programfestet

vedtak på et landsmøte til et endelig vedtak i Stortinget vært så kort. Men hvordan har man kunnet gjennomføre reformen på så kort tid, og hvordan kan en ha opprettholdt en så lukket aktivisering og entydig definerings knyttet til løsningene?

### *En homogen ledelse, hierarkisk styring og en konfronterende stil*

Mye av svaret ligger i en samstemt, handlekraftig og ufravikelig ledelse som har ført en velregissert og sterkt styrt prosess. Et viktig moment ved prosessen er den politiske og administrative støtten helseministeren har fått fra egen leir underveis i prosessen. Både statsministeren og partilederen har engasjert seg for å få igjennom reformen. Også internt i departementet har ledelsen fremstått som samstemt og endringsvillig. Ledelsen med helseministeren i spissen har ført en konfronterende og kompromissløs stil for å få gjennomslag, og ikke latt seg påvirke av motstanden. Helseministerens egen evne og vilje til å opptre som handlekraftig, har nok også hatt avgjørende betydning. Helseministeren er sentral i alle fasene, og det er han i samspill med andre som legger sterke føringer på aktivisering -og defineringsprosessene. Helseministeren fikk stor støtte av statsminister Jens Stoltenberg og partileder Torbjørn Jagland spesielt i initiativfasen, men også gjennom resten av prosessen. Under utviklingen av reformen fikk helseministeren god hjelp av ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine, som ble helseministerens høyre hånd under spesielt utrednings – og høringsfasen. Også i vedtaksfasen er helseministeren selv involvert i APs forhandlinger med FrP. Han og Alvheim legger her store føringer på løsningene. En samstemt og homogen ledelse har nok vært av stor betydning for den raske fremdriften. Det er ledelsen som bestemmer at utredningen skal skje internt i departementet og ikke gjennom et offentlig utvalg. På denne måten har saksgangen på en måte ”hoppet over et ledd”, som gjør at ledelsen beholder kontroll over definerings og aktivisering også i utredningsfasen. Samtidig har nok dette også vært en forutsetning for at prosessen har kunnet skje så raskt. Helseministeren har også gjennom å bestemme aktiviseringen i utrednings – og høringsfasen, kunnet rekruttere folk med samme organisasjonssyn og reformvilje som han selv. Alt dette har gjort prosessen til en sammenhengende kjede fra initiativ til vedtak. Slik sett gir det rasjonelt-instrumentelle perspektivet den største forklaringen på hvordan en så radikal reform kunne vedtas på så kort tid.

### *Betydningen av historiske arv og å forholde seg til andre aktører*

Selv om det rasjonelt-instrumentelle perspektivet ser ut til forklare både den raske og utradisjonelle saksgangen, og det radikale innholdet, vil jeg påstå at en viktig forutsetning også lå i historiske arv, ideer fra omgivelsene, og evne til å gå i dialog med andre aktører. Det er vanskelig å forestille seg at reformen kunne ha blitt vedtatt ved et tidligere tidspunkt. Det hadde i økende grad de siste fem-ti årene vært en politiske og offentlig debatt, om å gjøre sykehusene statlige. Politisk hadde FrP hatt dette programfestet siden midten på åttitallet. Samtidig hadde Høyre også lenge kjempet for dette. Politisk sett lå altså vegen åpen, noe som gir stor forklaring på hvorfor lovforslaget fikk flertall. Også en

økende grad av fagforbundene og profesjonene hadde de siste årene blitt mer positive til spørsmålet om statlig eierskap. I kjølvannet av denne debatten hadde det også blitt utredet muligheten for statlig eierskap, og muligheten for en fristilling i valg av organisasjonsmodell. Sistnevnte førte også til en lov som ga fylkeskommunene muligheten for en friere organisasjonsmodell. Lov om statsforetak var også i bruk i utstrakt grad innenfor andre sektorer. Ser vi på hvem som var med på å utvikle sykehusreformen, var dette også personer som var sentrale også i disse arbeidene. I tillegg har reforminnholdet mye til felles med ideer hentet fra NPM, og andre land har delvis blitt sett på som forbilder. Det er på den måten naturlig å tenke seg at utredningsarbeidet har vært lettere, da en ikke har måttet begynne helt fra grunnen av, men også i noen grad har bygget på tidligere erfaringer, og kunnskap fra omgivelsene. Slik sett er det viktig å påpeke at selve innholdet i reformen, også er påvirket av historiske føringer og ideer om ”gode” måter å organisere på.

Ser vi på hvordan reformatorene har forholdt seg til krav og interesser fra andre aktører, er det liten tvil om at ledelsen også har vært avhengige av andre aktører. Til tross for at regjeringen har vært kompromissløs, og i stor grad hatt kontroll på definerings og aktivisering, forekommer det forhandlinger mellom reformatorene og andre aktører i de fleste fasene, men med få endringer. I initiativfasen har ledelsen liten kontroll på deltakelsesmønsteret, men gir sterke føringer på defineringsprosessen internt i AP. Ledelsen forhandler seg frem til at sykehusene blir statlige, mot at ledelsen gir slipp på kravet om å nedlegge fylkeskommunen. I høringsfasen går departementet bredt ut, og departementet med helseministeren har flere møter med de mest sentrale aktørene. Likevel er det få endringer i proposisjonen, noe som kan gi inntrykk av at departementet har brukt høringsrunden og forhandlingene mer som en symbolsk handling for å skape legitimitet rundt en høringsrunde som en demokratisk prosess. I vedtaksfasen er forhandlingsaspektet høyst reelt, gjennom flertallskonstellasjonen AP og FrP, noe som er helt avgjørende for at reformen blir vedtatt. Også her er endringene få. Likevel har reformatorene vært avhengig av støtte i eget parti og å få politisk flertall for forslaget.

#### *Høyt tempo på bekostning av utredning om fremtidige konsekvenser*

De strukturelle endringsforslagene som ble valgt må sies å være radikale. Det var en av de største reorganiseringsprosessene som har skjedd i offentlig virksomhet. Denne kombinasjonen av en rask saksgang og et omfattende reorganiseringsprosjekt, gjør prosessen noe atypisk og utradisjonell. Det at saksgangen har gått raskt har også gjort at det av departementet i liten grad har blitt fokusert på fremtidige effekter ved reformen. Helseministeren sa selv at det viktigste var å få reformen i gang raskt for ikke skape et usikkerhetsvakuum, og at det ville føre til en del etterarbeid i kjølvannet av reformen. De fremtidige utfordringene og effektene av reformen var lite begrunnet før vedtaket. Det samme gjaldt forhandlingsopplegget med KS/fylkeskommunene, arbeidsgivertilknytning, og eventuelle nye finansieringsmodeller. Slik sett er det et paradoks at en går inn for en så radikal endring, men med en noe uklar organisasjonstenkning og liten innsikt i



konsekvensene. Samtidig har nok fraværet av fokuset på effekter, samt utsetting av visse momenter ved reformen, vært en forutsetning for at tempoet kunne være så høyt.

### Teoretiske implikasjoner

Gjennom bruk av mine tre teoretiske perspektiver og strømmingstankegangen, har jeg prøvd å forklare og forstå mest mulig av prosessen, ved å la teoriene komplimentere hverandre. Allison's (1971) klassiske studie av Cuba-krisen tar i bruk en slik utfyllende strategi, hvor hensikten er å la perspektivene forklare ulike sider ved studien, slik at de til sammen skaper en helhetlig forståelse av prosessen. En utfyllende strategi fører til at ulike perspektiv kan ha overlappende, men også ulik forklaringskraft. Som vist har det rasjonelt-instrumentelle perspektivet hatt større forklaringskraft enn forhandlingsperspektivet og det institusjonelle perspektivet på beslutningsprosessen som helhet. Ulempen ved bruk av denne strategien er at alle perspektivene kan gi en mer eller mindre god forklaring på alt, og det kan derfor bli vanskelig å falle ned på konkrete konklusjoner rundt forklaringskraft. Det blir derfor vanskelig å teste de enkelte teoriene, da en helskapeilig forståelse kan gjøre at "alt blir like viktig."

Under arbeidet med oppgaven oppdaget jeg likevel at et viktig skille i prosessen gikk mellom reformens *saksgang* og reformens *innhold*, og at det ikke ga et riktig bilde å se prosessen under ett. På grunn av prosessens langt på vei utradisjonelle preg, gjorde denne "oppdagelsen" det lettere å få frem dualismen rundt hva som forklarte reforminnholdet og hva som forklarte saksgang og tempo i perspektivene. Dette har spesielt vært viktig i tilknytning til forklaringskraften til forhandlingsperspektivet og det institusjonelle perspektivet.

Ved de teoretiske perspektivenes ulike egenskaper har det under analysen oppstått problemstillinger knyttet til bruken av dem. Det har særlig kommet frem ved bruken av det rasjonelt-instrumentelle perspektivet. Perspektivet vektlegger både *rasjonell analyse* og *hierarkisk kontroll og styring*, men jeg har vektlagt det hierarkiske elementet mest. Denne dualismen mellom hierarki og analyse kan komme i konflikt med hverandre alt etter hvor mye du vektlegger de ulike elementene ved perspektivet. Det hierarkiske elementet vektlegger ledelsens ønske om å styre og kontrollere beslutningsprosessen, og at det en sammenhengende kjede mellom ledelsens initiativ til et ferdig vedtak. Det analytiske elementet vektlegger kunnskapsgrunnlaget og ekspertenes målrettede og analytiske arbeidet for å finne det beste middelet for å nå målet. I mitt case har det hierarkiske elementet stor forklaringskraft, mens rasjonell analyse har mindre. Jeg sier ikke at det ikke har forekommet rasjonell utredning i prosessen, men der det er kommet krav om at det trengs grundigere og mer omfattende analyse for å utrede fremtidige konsekvenser, har det hierarkiske elementet "tatt over" for å sikre ledelsens ønsker. En rendyrking av det hierarkiske ville gjerne ført til enda større forklaringskraft for min studie, men en hadde da mistet viktig informasjon knyttet til mangelen på det analytiske elementet av prosessen.

Et annet moment er bruken av *strategisk handling* i forhandlingsperspektivet. Forhandlingsperspektivet ligger nært opp mot et rasjonelt-instrumentelt perspektiv. Strategisk handling er formålsrasjonell handling, og kan slik sett være et element i begge perspektivene. Strategisk handling er et sosialt begrep som forutsetter at en tar andre aktørers handlinger i betraktning (Eriksen 1993). Mine eksempler på strategisk handling kan knyttes opp mot en erkjennelse av at handlingene er gjort ut fra hvordan andre aktører kan forventes å handle, og det ble derfor naturlig å ha det med under et forhandlingsperspektiv. Et annet aspekt ved å bruke begrepet strategisk handling er at det gjerne forutsetter at aktørene har hatt visse ”baktanker” ved sine handlinger. Dette er det vanskelig å få en sannhet rundt, fordi begrepet strategisk handling har et taushetsbelagt preg over seg, som gjerne kan være vanskelig å avdekke om faktisk har skjedd. Begrepet er ofte brukt av motstanderne av handlingene, og kan på den måten bli et negativt ladet begrep, som få aktører vil identifisere seg med.

Forhandlingsperspektivet kan også på noen områder være vanskelig å skille fra det institusjonelle perspektivet. Særlig i hørings- og vedtaksfasen hvor institusjonsforsvar og interessehevding gjør seg gjeldende, er det vanskelig å skille mellom aktørenes *interesser* og institusjonenes *identiteter*. Blant annet fagforbundenes og de politiske partienes motstand er godt begrunnet ut fra verdier og interesser i organisasjonen. Interessene og verdiene er ofte sammenfallende, og det kan da være vanskelig å finne elementer i empirien som kan skille dem.

### *Kreativ rollespiller og policy windows*

Som nevnt over i det rasjonelt-instrumentelle perspektivet, ble helseminister Tore Tønne trukket frem som en egen drivkraft bak prosessen. Et supplement til et rasjonelt-instrumentelt perspektiv, kan være å kople enkeltaktørers innflytelse opp mot det Hollis (1994) kaller for *creative role player*. Begrepet kan brukes for å knytte aktører til strukturer på en slik måte at aktørens kompetanse, kunnskap og dømmekraft får betydning for hendelser i prosessen. Individet blir her tillagt en egenverdi ut over det som tillegges i perspektivene. En slik aktør har evnen til å fortolke normer og å til vise dømmekraft, og må oppfattes som både kreativ og kompetent. Den kreative rollespilleren er verken fullt ut normskapt, eller fullt ut rasjonell, men har den rasjonelle aktørens evne til å forhandle, samtidig som han kan forholde seg til de normative kravene fra organisasjonen og institusjonaliserte omgivelser (Hollis 1994). Ved å introdusere begrepet kreative rolleinnhaver åpner en for muligheten for at enkeltindivids prioriteringer, kompetanse og tolkningsevne kan ha betydning for hendelser og utfall i prosessen. Kingdon (1994) bruker begrepet *policy windows* for å beskrive situasjoner eller muligheter som oppstår for en aktør til å få gjennomslag for sitt forslag. Ved å koble begrepene *kreativ rollespiller* og *policy windows* åpner en for at enkeltaktører gjennom å bruke slike mulighetsvindu, kan være av betydning for hvordan innholdet i reformen har blitt til, og hvordan prosessen har foregått. Et slikt ”vindu” åpner for at enkeltaktører ser muligheten til å sette i gang og få igjennom sine ønsker innen et visst tidsrom. I min studie var det etter regjeringsskiftet litt over ett år til neste valg. Man visste ikke hvordan den parlamentariske situasjonen ville

være etter valget. I tillegg var en klar over at med FrP og Høyres støtte, kunne en få til et flertallsvedtak i Stortinget før neste valg. Helseministeren kan ha sett dette som et ”vindu” for å gjennomføre en reform. Dette kan gi forklaring på den raske saksgangen og de korte tidsfristene det ble lagt opp til. Det kan også forklare hvorfor det ikke ble nedsatt noe offentlig utvalg for å utrede reformen. Selv om tidsplanen for reformen i starten var satt til to år i statsministerens tale, ble det av helseministeren senere uttalt at en ønsket å bli ferdig før sommeren. Det er heller ikke blitt lagt skjul på av intervjuobjektene at helseministeren var svært sentral i det meste som foregikk i reformprosessen, og at han ønsket en rask saksgangen for å bli ferdig i løpet av stortingssesjonen. Som nevnt tidligere er det han i samhandling med andre som legger store føringer på aktivisering og definering i alle fasene. Helseministerens mangel på politisk erfaring, men brede erfaring fra omstillingsprosesser i annen offentlig og privat virksomhet, kan i seg selv ha vært med på å gjøre prosessen noe utradisjonell. Det at han ikke hadde bred erfaring med hvordan store politiske prosesser ble anlagt, kan også ha vært årsaken til at prosessen kunne foregå så raskt. På den måten kan hans egen handlekraft, erfaring og tolknings – og vurderingsevne gjerne ha ”overvunnet” institusjonelle og tradisjonelle normer for hvordan politiske beslutningsprosesser foregår.

### Studien i en forvaltningspolitisk sammenheng

Ser vi prosessen rundt sykehusreformen i sammenheng med den forvaltningspolitiske utviklingen de senere år, er det noen momenter det er naturlig å drøfte. De siste to tiår har reformer innen offentlig sektor vært preget av ideer tatt ifra New Public Management (NPM). Sykehusreformen har klare fellestrekk med bølgen av NPM-reformer som har gått som en farsott gjennom offentlig virksomhet de siste 15 årene. Det er særlig sykehusenes bedriftsretting mot egne foretak, med større selvstendighet, som kan knyttes til NPM. En ser en klar dreining mot en mer management-orientert virksomhetsstyring som er hentet fra privat næringsliv. Sentraliseringsdimensjonen kan derimot ikke knyttes direkte til NPM. Det at departementet blir ansvarlig for alle landets sykehus står gjerne noe i strid med desentraliseringstankegangen innen NPM. Likevel har reformens hovedkomponenter mye til felles med annen statlig virksomhet.

Sykehusreformen kan slik sett sees på som et møte mellom en forvaltningspolitikk som i økende grad har blitt preget av NPM ideer som fristilling og delegering av ansvar, og en tradisjonell helsepolitikk, der sykehussektoren adopterer NPM-elementer og andre organisasjonsoppskrifter som har kjennetegnet offentlig virksomhet de siste to tiår. Reformens elementer hvor man delegerer myndighet og ansvar for styring nedover til underliggende etater og virksomheter er av stor betydning også i sykehusreformen. Det er et ønske om at eksperter og fagpersonell i større grad skal få styre sin egen hverdag. Samtidig skal den folkevalgte styringen ikke ta del i mindre anliggende og drive detaljstyring, men opprettholde kontroll og konsentrere seg om den overordnede utviklingen i sektoren. Denne fristillingsdimensjonen har hatt bred politisk støtte, men møtt stor motstand fra fagforbund. Motsatt har sentraliseringsdimensjonen ved reformen

hatt en annen effekt, hvor fagforbund har støttet opp om staten som eier, mens den politiske motstanden har vært sterk.

I forlengelse av dette skille mellom fagforbund og politiske partier knyttet til fristillings - og sentraliseringsdimensjonene, er det i min studie et gjennomgående spørsmål hvordan den politiske kontrollen skal opprettholdes. Det ble programfestet på sentralstyremøte, og siden på APs landsmøte, at styrene skulle være godt representert med lokale folkevalgte. Likevel ble dette tatt vekk under utviklingen av reformen i utredningsfasen, da departementet mente det ikke var forenlig med prinsippet om ikke-partssammensatte styrer. I høringsfasen ble det etter press fra fagforbundene imidlertid innført regionale råd, som skulle være et folkevalgt styre som skulle være på siden av det ordinære styre, og som skulle ha rådgivende myndighet. En kan se på dette som en middelløsning, et slags kompromiss, der departementet gir etter for press, men samtidig unngår folkevalgte styrer. Det er grunn til å tro at flere i AP også var mer fornøyd med en slik løsning. I vedtaksfasen bortfaller imidlertid kravet om regionale råd under forhandlinger med FrP, da de mener at rådet ikke vil ha noen reell beslutningsmyndighet. Høyre og KrF ønsker heller ikke disse rådene, noe som gjør at forslaget blir nedstemt. Slik sett har spenningen mellom politisk kontroll og fristilling knyttet til styrene vært et av de få momentene ved reformen som har endret seg underveis, og hvor det politiske flertall har stått samlet imot fagforbundene. Det interessante fremover blir å se om en har klart å kvitte seg med politikernes detaljstyring, eller om en vil få det samme politiske presset, men bare på et høyere nivå (Opedal, Rommetveit og Winswold 2003). Et aspekt som det kan være viktig å forfølge er hvilke linje Stortinget vil legge seg på med henhold til politisk kontroll og styring. Man er blitt kvitt den folkevalgte styringen i fylkekommunene, men blir man kvitt politikken og den politiske oppmerksomheten rundt enkeltsaker?

#### *Vilkår for å drive en aktiv forvaltningspolitikk*

Jeg vil avslutningsvis drøfte om denne studien kan si noe om vilkårene for å drive en aktiv forvaltningspolitikk. Forvaltningspolitikk kan defineres som politikk som retter seg innover mot det administrative apparatet, for å påvirke politikken virkemåte gjennom å endre strukturer, prosesser eller personell i offentlig sektor (Egeberg 1990, Læg Reid 1990). Denne studien har hatt fokus på en omorganisering av strukturelle endringer av organisasjonsmodell og eierskap. Reformen har en sterk tro på at valg av organisasjonsform vil skape et bedre styringsregime. I kapittel to er det gjort rede for et idealtypisk syn på muligheten for å drive en aktiv forvaltningspolitikk, der en antar at organisasjonsformer kan velges, iverksettes og kontrolleres, at målene er klare og tett koblet til midler, at ulike organisasjonsformer har ulike effekter, og at det finnes kriterium for å måle disse (Christensen, Læg Reid og Wise 2002). Likevel har dette planleggingsidealet i liten grad preget den faktiske gjennomføringen (Olsen 1989). Jeg har i denne studien ikke fokusert på effekter, men ser vi i forhold til de to første kriteriene, viser funnene i studien at prosessen i stor grad sammenfaller med det første idealet om at organisasjonsformer kan velges, iverksettes og kontrolleres gjennom rasjonell målrettet

styring. Regjeringsledelsen har vist handlekraft, beslutningsmyndighet og stram styring av aktivisering og definering. Min studie viser at forvaltningspolitikk kan styres og kontrolleres, ved hjelp av en ledelse som er målrettet og handlekraftig. Når det gjelder om målene er tett koplet til midlene er dette gjerne mer usikkert. Målene har ikke blitt endret underveis, men holdt stabile gjennom hele prosessen. Reformen har likevel fra flere hold blitt kritisert for ikke å begrunne hvilke faktorer som tilsier at en ny organisasjonsform skal føre til det bedre. Grunnlagsdokumentene gir også få refleksjoner rundt hvilke utfordringer og problemer de nye organisasjons- og styringsstrukturene innebærer. Slik sett har gjerne begrunnelsen for fremtidige utfordringer og effekter vært noe fraværende i prosessen. Ut fra Dahl og Lindblom (1953) inkluderer en aktiv forvaltningspolitikk *politisk kontroll* og *rasjonell kalkulasjon*. Min studie kan sies å ha sterk grad av kontroll, men mindre vektlegging av rasjonell kalkulasjon. Et slikt argument tilsier gjerne at reformen ikke var godt nok gjennomtenkt, og at reformen i ettertid vil avløses av behovet for nye endringsforsøk og reformprosesser (Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik 2004).

Min studie tilsier at en aktiv forvaltningspolitikk likevel kan inneholde radikale endringer, selv om vilkårene tilsier liten innsikt i mål – middelsammenhenger og rasjonell kalkulasjon. Vilkaarene for radikale endringer ser ikke ut til å ligge i analyse og utredning av fremtidige effekter og mål-middelsammenhenger, men heller en sterk og handlekraftig regjeringsledelse som selv har stor grad av kontroll over deltakelsesmønster og definering. At AP vedtar hovedkomponentene i en reform på landsmøtet, *før* en foretar en utredning, åpner for at valg av løsninger blir innskrenket. Også måten å organisere reformarbeidet på, ved at departementet selv foretar utredningen, i stedet for et offentlig nedsatt utvalg eller en forskningsinstitusjon, åpner for at regjeringens politikk lettere kan få gjennomslag. Regjeringen kan selv bestemme definering og aktivisering. På den måten kan en regjering lettere bli sett på som handlekraftig og beslutningsdyktig ved at borgerne lettere ser resultatene av regjeringens løfter. Dette setter likevel krav til hvordan en opprettholder og ivaretar demokratiske beslutningsprosesser, som skaper legitimitet og oppslutning.

### *Reformen to år etter – nye endringer?*

Reformen er blitt omtalt som en *ansvarsreform*, både i proposisjonen og av helseministeren selv. Det at Stortinget, departementet, RHF og HF hadde konkrete og klare ansvarsområder og roller, var kjernen i reformen. Spørsmålet er om dette er blitt oppnådd. Allerede etter to år i drift ønskes det store endringer i sykehusorganiseringen. Et forslag som er kommet fra en av reformatorene selv, tidligere statssekretær i SHD Lars Erik Flatø, er å fjerne de regionale foretakene og forenkle sykehusstrukturen med et statlig direktorat. Han mener at erfaringene to år etter sykehusreformen tilsier at RHF har utspilt sin rolle. Avvikling av de regionale foretakene representerer ikke noe brudd med tanken bak sykehusreformen, om et enhetlig statlig ansvar og fristilte foretak, hevder Flatø. Han mener RHF har ført til dobbeladministrasjon, at kompetansen har blitt fragmentert ved å ha fem regioner, at fusjoner mellom sykehus og avdelinger gjør at helseforetak fremstår som så komplekse at de nærmest utgjør helseregioner i miniatyr. En

siste grunn til at han ønsker RHF lagt ned, er at reformens målsetting om likeverdige helsetilbud over hele landet kan kompliseres ved å ha fem regioner med ulik prioritering og utforming av helsetilbud (Aftenposten 02/02-04). Lægreid, Opedal og Stigen (2004) hevder at reformens vektlegging av autonomi gjør at det kan være vanskelig å skape den likhet for befolkningen som helsepolitiske målsettinger skulle tilsi. Flatøs utspill kan sies å være en bekreftelse på dette. Utspillet til Flatø utløste en større debatt rundt organisering av RHF i februar/mars 2004. Alvheim støttet Flatø, og uttalte at han var imot de regionale helseforetakene da reformen ble vedtatt i 2001, da de ville føre til økt byråkrati (Aftenposten 09/02-04). Likevel var han med å skape flertall for forslaget, og ønsket ikke å gå sammen med Høyre for å oppnå enn annen løsning. SVs Olav Gunnar Ballo uttalte følgende: ”Når tidligere sentrale aktører i å presse igjennom sykehusreformen nå innrømmer at denne ikke fungerer, kan det være mulig å få til en konstruktiv debatt om foretaksmodellen”, og håpet at debatten heller kunne fokuseres på økt politisk kontroll (Aftenposten 09/02-04). Helseminister Dagfinn Høybråten hevdet på sin side at det ikke ville komme noen endringer den ene eller andre veien, og at det var altfor tidlig å trekke noen konklusjoner bare etter to år. Samtidig hevdet han ”Det er helt uforsvarlig å kaste om på organiseringen etter bare to år. Jeg er meget overasket over at folk som har vært sentrale i utformingen av reformen, nå foreslår noe sånt.” (Aftenposten 11/02-04) SVs Ballo har siden fått støtte av APs sosialpolitikker Bjarne Håkon Hansen, som ønsker å programfeste et forslag om å øke den regionalpolitiske innflytelsen. Han mener at reformen ikke har fungert godt nok, og ønsker en løsning der fylkestingene utpeker kandidater til helseregionenes styrer, som så helseministeren skal velge mellom når han setter sammen styrene (Fædrelandsvennen 15/03-04). Siste ord er nok ikke sagt i denne saken, men et interessant paradoks er at personer som var hovedaktørene bak reformprosessen og vedtaket, mener at det må omstruktureringer til. AP ser ut til å ville gå i retning av mer regionalpolitisk styring, mens FrP og en av reformatorene Flatø, ønsker større grad av statlig styring. På toppen av det hele mener helseministeren fra det partiet som hadde størst motforestillinger mot reformen, at reformen fungerer, og at det er alt for tidlig å starte en ny omorganisering. Denne viljen til nye endringer allerede kan sees på som et resultat av en rask saksgang hvor det har vært er lite fokus på effekter, og at etterarbeid har måttet forekomme.

### Forslag til videre forskning

I forhold til sykehusreformen er et generelt forskningsområde som bør undersøkes, hvordan de forventningene og intensjonene som lå til grunn for reformen slo til i praksis. Var det raske tempoet et riktig trekk i en problemutsatt sektor, eller førte det til merarbeid og nye reformprosesser? Hva er grunnen til at sentrale aktører i reformprosessen ønsker endringer allerede etter to år? Ser vi i forhold til tilknytningsform og eierskap kan en spørre seg om fordelingen av makt, ansvar, kontroll og myndighet ble fordelt slik reformen ønsket? På *politisk nivå* kan det være interessant å fokusere på hvordan stortingspolitikkerne forholder seg til en sektor som i større grad skal styre seg selv uten innblanding fra politikere. Hvilken linje vil Stortinget som helsepolitisk aktør

komme til å legge seg på med henhold til regjeringen og departementet som sykehuseier? På *nasjonalt nivå* kan det være nyttig å fokusere på hvordan staten takler sin nye ansvars- og styringsrolle. Hvor trekkes skille mellom statens rolle som eier, myndighetsutøver og regulator? Hvor går balansen mellom statens myndighetsstyring og de underliggende foretakenes autonomi, og hvilke virkemidler bruker staten som styringsmiddel. På *regionalt nivå* kan en fokusere på hvordan et nytt styringsnivå, som det regionale foretaket er, forholder seg til sin situasjon som departementets styringsredskap, og de lokale foretakenes myndighetsutøver og bestiller av helsetjenester. Vil en oppnå nasjonale helsepolitiske målsettinger om like gode helsetilbud i alle regionene? På *lokalt nivå* kan en spørre seg hvordan sykehusledelsen opplever endringsprosessen, og om reformen har ført til økt grad av autonomi. I det hele tatt står en over for flere nye utfordringer i kjølvannet av reformen som det kan være interessant å studere videre.

## Litteratur

- Alexander, J. (1982) *Theoretical Logic in Sociology*. Berkley: University of California Press.
- Allison, G.T. (1971) *Essence of Decision. Explaining the Cuban Missile Crisis*. Boston: Little, Brown and Company.
- Brunsson N. og J.P. Olsen (1997) *The Reforming Organization*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. og S. Neby (2004) *The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison*. Bergen: Rokkansenteret. Notat 2-2004.
- Christensen, T. (1985) ”Styrt endring og planlagte konsekvenser? – En studie av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen av 1983”. Tromsø: Institutt for Samfunnsvitenskap. Universitet i Tromsø.
- Christensen, T. (1989) ”Forutsetninger og effekter: Restrukturering av den sentrale helseforvaltningen i Norge.” I M. Egeberg (red): *Institusjonspolitikke og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.
- Christensen, T. (1991) *Virksomhetsplanlegging. Mytiskaping eller instrumentell problemløsning*. Oslo: Tano.
- Christensen, T. (1994) *Politisk styring og faglig uavhengighet*. Oslo: Tano.
- Christensen, T. og P. Læg Reid (1997) *Den moderne forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., P. Læg Reid og L.R. Wise (2002) ”Transforming Administrative Policy”, *Public Administration*, 80 (1): 153-178.
- Christensen, T., M. Egeberg, H.O. Larsen, P. Læg Reid og P.G. Roness (2002) *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, M., J. March og J.P. Olsen (1972) “A Garbage Can Model of Organizational Choice”, *Administrative Science Quarterly*, 17: 1-25.
- Cyert, R. og J.G. March (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Dahl, R. A. og C.E. Lindblom (1953) *Politics, Economics and Welfare: Planning and Politico-Economic Systems resolved into basic social process*. New York: Harper & Row.
- Egeberg, M. (1981) *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Tano.
- Eilertsen, R. (2003) ”Når sykehus blir butikk. Om etablering av et sykehusmarked i Norge”. Rapport av De Facto – Kunnskapssenteret for fagorganiserte.
- Eriksen, E.O. (1993) *Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig sektor*. Oslo: Tano.
- Fimreite, A.L. (2000) ”Reorganiseringsteori – hvorfor kommer kommunene aldri i mål?” (163-182). I Baldersheim, H. og L.E. Rose (red.): *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønlie, T. og P. Selle (1988) *Ein stat? Fristillingas fire ansikt*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Grønmo, S. (1996) ”Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen”. I H. Holter og R. Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Habermas, J. (1981) *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt: Suhrkamp.



- Hallingstad, R. (2004) ”Regional styring sett i lys av foretaksorganisering. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF.” Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitet i Bergen.
- Hellevik, O. (1991) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Herfindal, S. (2004) ”Veien frem til sykehusreformen. En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak.” Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Hollis, M. (1994) *The Philosophy of Social Science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holme, I.M og B.K Solvang (1996) *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano.
- Kingdon, J. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown.
- Krasner, S. (1988) ”Sovereignty: An Institutional Perspective”, *Comparative Political Studies*, 21(1):66-94.
- Lien, S. og J.K. Fremstad (1989) ”Organisering av organisasjonsendring”. I M. Egeberg (red.): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.
- Lunder, J.K. (2002) ”Sentralisering og fristilling. Et resultat av instrumentalitet eller institusjonelle faktorer? En reorganiseringsstudie av sykehusreformen 2000-2001”. Oslo: Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Lægred, P., S. Opedal, og I.M. Stigen (2003) ”The Norwegian Hospital Reform. Balancing Political Control and Enterprise Autonomy”. Bergen: Rokkansenteret Working Paper 23-2003.
- March, J.G. (1981) ”Footnotes to organizational change”, *Administrative Science Quarterly*, (17): 563-577.
- March, J.G. (1994) *A Primer of Decision Making. How decisions Happen*. New York: The Free Press.
- March, J.G. og J.P. Olsen (1976) *Ambiguity and Choice in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- March, J.G. og J.P. Olsen (1995) *Democratic Governance*. New York: The Free Press.
- March J.G. og J.P. Olsen (1989) *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.
- March, J.G. og H.A. Simon (1958) *Organizations*. London: Wiley.
- Meyer J.W. og B. Rowan (1977) ”Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony”, *American Journal of Sociology*, 83: 340-363.
- Mosher, F.C. (1967) *Government Reorganization: Cases and Commentary*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Nesheim, Torstein (1992) ”Makro-strukturer og laterale strukturer i SAS Airline”. Bergen: LOS-senter Notat 9205.
- Olsen, J.P. (1978) *Politiske organisering: organisasjonsteoretiske synspunkt på folkestyre og politisk ulikhet*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Olsen, J.P. (1983) *Organized Democracy*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsen, J.P. (1989) *Petroleum og politikk*. Oslo: Tano.
- Opedal, S. og I. M. Stigen (2002a) *Evaluering av regionalt helsesamarbeid. Sluttrapport*. NIBR-Rapport 2002:22. Oslo.
- Opedal, S. og I. M. Stigen (2002b) *Statlige sykehus. Kan styringseffektiviteten bedres?* Oslo: HERO. Skriftsserie 2002:12.

- Opedal, S. og I.M. Stigen (2002c) ”1 år med statlig eierskap og foretaksmodell. Strategier og utfordringer for styring og ledelse”. Notat. Rogalandsforskning/NIBR.
- Opedal, S., H. Rommetveit og M. Winswold (2003) ”Sykehusreformen og forholdet til Stortinget og mediene – går det i hop?”. Notat. Rogalandsforskning/NIBR.
- Pfeffer, J. (1978) *Organizational Design*. Arlington Heights: AHM Publishing.
- Ragin, C.C. (1987) *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkley, California: The University of California Press.
- Rommetveit, H. (1995) ”Strategi og deliberasjon i offentlige beslutningsprosesser”. I E.O. Eriksen (red.): *Deliberativ politikk. Demokrati og teori i praksis*. Oslo: Tano.
- Roness, P.G. (1992) *Organisasjonsendringer. Teorier og strategier for studier av endringsprosesser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roness, P.G. (1995) *Stortinget som organisator. Folkevaldes medverknad ved organiseringa av den norske sentraladministrasjon 1946-1993*. Oslo: Tano.
- Røvik, K.A. (1998) *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskifte*. Bergen: Fagboklaget.
- Scott, W.R. (1995) *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Scott, W.R. (1998) *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Selznick, P. (1957) *Leadership in Administration*. New York: Harper and Row.
- Simon, H.A. (1976) *Administrative Behaviour. A Study of Decision-making Processes in Administrative Organization*. New York: Macmillian.
- Torjesen D.O. og H. Gammelsæter (2004) ”Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital”. Bergen: Rokkansenteret. Notat 1-2004.
- Vatne, Thomas (1998) *Fra forvaltning til foretak. Mot opprettelsen av Telenor AS 1968-1994*. Bergen: LOS-senter Rapport 9805.
- Weber, M. (1971) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.
- Yin, R. (1993) *Applications of Case Study Research*. Newbury Park: Sage.
- Yin, R. (1994) *Case Study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage.

#### Offentlige dokumenter

- Besl.O.nr.123 (2000-2001) *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*.
- Innst.O.nr.67 (1991-1992)
- Innst.O.nr.88 (1999-2000)
- Innst.O.nr.118 (2000-2001)
- Innst.S.nr.165 (1994-1995)
- Innst.S.nr.237 (1996-1997)
- Innst.S.nr.326 (2000-2001)
- Lov om statsforetak av 30. aug. 1991 nr. 72
- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. sept. 1992
- Lov om helseforetak m. m. av 15. juni 2001 nr. 93.
- NOU 1989: 5 – *En bedre organisert stat*
- NOU 1991:8 – *Lov om statsforetak*
- NOU 1996:5 - *Hvem skal eie sykehusene?*
- NOU 1997:2 - *Pasienten først!*
- NOU 1999:15 – *Hvor nært skal det være?*

NOU 2000:22 – *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*  
Odelstinget Møte tirsdag den 13. juni kl. 21.15 2000 (Stortingsdebatten).  
Odelstinget Møte onsdag den 6. juni kl. 11.15 2001 (Stortingsdebatten).  
Ot.prp.nr.32 (1991-1992) *Lov om statsforetak.*  
Ot.prp.nr.49 (1997-1998) *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern.*  
Ot.prp.nr.25 (1999-2000) *Lov om fylkeskommunale sykehusselskaper.*  
Ot.prp.nr.66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.*  
St.meld.nr.9 (1974-75) *Sykebusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.*  
St.meld.nr.50 (1993-1994) *Helsemeldingen – Samarbeid og styring.*  
St.meld.nr.24 (1996-1997) *Tilgjengelighet og fagligbet. Om sykehus og annen spesialhelsetjeneste.*  
St.prp.nr.47 (1999-2000) *Om sykebusøkonomi og budsjett 2000.*  
St.prp.nr.82 (2000-2001) *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2002 (kommuneproposisjonen.)*  
Stortinget muntlig spørretime 2001-03-14.  
SHD - Høringsnotat: ”Forslag om statlig overtakelse av sykehusene. 18. januar 2001.”  
SHD - Høringsbrev 18/01-01.  
SHD - Artikkel av helseminister Tore Tønne – 15. februar 2001.  
SHD Rapport: *Sykebusreformen - noen eierperspektiver.* September 2001.  
Utredningsinstruksen (AAD): ”Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet av offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget. Fastsatt ved kgl. res. 18. feb. 2000.”

#### *Annet*

Arbeiderpartiets partiprogram ”Prinsipp og handlingsprogram 2001-2005”, vedtatt på landsmøtet 12/11-00.  
Arbeiderpartiets sentralstyrevedtak: ”helse og omorganisering av sykehusene” 19/08-00.  
Artikkel – DNL 07/03-01.  
Artikkel – Høyre.  
Artikkel – NKF Troms.  
Artikkel – TKTF.  
Artikkel av Davidsen i ”Aktuelt for tillitsvalgte” nr. 3/01.  
Brev fra SHD til fagforeningene 28/02-00.  
Brev fra KFO til SHD 22/03-01.  
Brev fra NKF og NHS – ledelsen til organisasjonenes fylkesledere 25/01-01.  
Fellesuttalelse fra NKF, NHS, KFO, NSF og DNL av 14. februar 2001.  
Høringsuttalelse DNL til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.  
Høringsuttalelse KFO til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.  
Høringsuttalelse KS til Oppgavefordelingsutvalget.  
Høringsuttalelse KS til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.  
Høringsuttalelse LO – Oppgavefordelingsutvalget.  
Høringsuttalelse LO til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.

ATM – skriftserie Nr. 2 – 2008 Herfindal

Høringsuttalelse NHS til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.  
 Høringsuttalelse NKF til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.  
 Høringsuttalelse NSF til regjeringens høringsnotat om statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten.  
 Innstilling fra APs sentralstyret 19/08-00.  
 KS notat 16/03-01 ”Forhandlinger med staten om eventuell overtakelse av sykehusene”.  
 KS notat 28/03-01 ”Vedrørende det økonomiske oppgjøret ved statlig overtakelse av sykehusene – behov for tilbakeføringsavtaler – lovtekst”.  
 KS notat 26/04-01 ”Vedrørende det økonomiske oppgjøret ved statlig overtakelse av spesialhelsetjenesten”. (Notat for Landsstyre).  
 KS notat til Stortingets Kommunalkomité og Sosialkomité.  
 KS notat Innspill til Stortingets behandling av Ot.prp.nr.66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak*.  
 KS notat ”Økonomisk oppgjør ved statens overtakelse av sykehusene”, av professor dr.juris. Eivind Smith. Dato: 22/04-01.  
 KS Forhandlinger med staten om eventuell overtakelse av sykehusene. Dato: 16/03-01.  
 Landsmøtevedtak FrP i april 2000.  
 Motmelding av 15. februar 2001.  
 Motmelding 2 av 28. april 2001.  
 Møteprotokoll fra APs stortingsgruppe 13/12-00.  
 Møteprotokoll fra APs gruppemøte 05/04-01.  
 NAVO-rapport (1997): ”Offentlig eierskap – et virkemiddel for fremtiden.”  
 NKF ”AKTUELT for tillitsvalgte” nr 3/01.  
 Pressemelding fra KrFs landsstyremøtet 10/03-01.  
 Pressemelding - NKF 06/04-01.  
 Pressemelding – NKF 20/04-01.  
 Pressemelding – NKF Oslo 25/04-01.  
 Pressemelding – For Velferdsstaten 20/03-01.  
 SPs landsmøtevedtak 18/03-01.  
 Tale av Statsminister Jens Stoltenberg, Folkets Hus i Bergen 06/06-00.  
 Tale av Torbjørn Jagland, Folkets Hus i Oslo, 09/11-00.  
 Tale av Helseminister Tore Tønne, Folkets Hus i Oslo 09/11-00.  
 Uttalelse fra NKF's landsstyremøte 13-15. juni 2000.  
 Uttalelse fra SVs landsmøte 8.-11. mars 2001.  
 Uttalelse fra Landsstyremøtet i AP 31/08-00.  
 Vedtak på LO-kongress 5. – 10. mai 2001.

*Avisartikler*

Aftenposten 15/02-97	Aftenposten 05/04-01	Dagsavisen 23/08-00
Aftenposten 18/03-00	Aftenposten 06/04-01	Dagsavisen 05/12-00
Aftenposten 20/03-00	Aftenposten 19/04-01	Dagsavisen 20/01-01
Aftenposten 21/03-00	Aftenposten 24/04/01	Dagsavisen 09/03-01
Aftenposten 08/06-00	Aftenposten 25/04-01	Dagsavisen 07/05-01

ATM – skriftserie Nr. 2 – 2008 Herfindal

Aftenposten 07/6-00	Aftenposten 26/04-01	Fædrelandsvennen
Aftenposten 09/6-00	Aftenposten 04/05-01	15/03-04
Aftenposten 25/06-00	Aftenposten 07/05-01	Klassekampen 19/02-01
Aftenposten 30/06-00	Aftenposten 08/05-01	Klassekampen 21/02-01
Aftenposten 01/07-00	Aftenposten 10/05-01,	Klassekampen 23/02-01
Aftenposten 04/7-00	Aftenposten 18/05-01	Klassekampen 27/02-01
Aftenposten 15/08-00	Aftenposten 19/05-01	Klassekampen 28/02-01
Aftenposten 16/08-00	Aftenposten 21/05-01	Klassekampen 05/03-01
Aftenposten 18/08-00	Aftenposten 22/05-01	Klassekampen 14/03-01
Aftenposten 19/08-00	Aftenposten 01/06-01	Klassekampen 16/03-01
Aftenposten 22/08-00	Aftenposten 07/06-01	Klassekampen 17/03-01
Aftenposten 30/08-00	Aftenposten 09/02-04	Klassekampen 22/03-01
Aftenposten 24/08-00	Aftenposten 11/02-04	Klassekampen 30/04-01
Aftenposten 26/10-00	BT 31/07-00	Klassekampen 11/05-01
Aftenposten 28/10-00	BT 09/03-01	Klassekampen 11/05-01
Aftenposten 31/10-00	BT 05/04-01	Klassekampen 22/05-01
Aftenposten 01/11-00	BT 07/05-01	Klassekampen 31/05-01
Aftenposten 10/11-00	BT 30/05-01	Klassekampen 06/06-01
Aftenposten 11/11-00	BT 31/06-01	Kommunal Rapport
Aftenposten 02/12-00	Dagbladet 04/07-00	08/11-00
Aftenposten 20/12-00	Dagbladet 18/05-01	LO-aktuelt mai 2001
Aftenposten 21/12-00	Dagens Næringsliv 22/08-01	LO-nytt 31/05-01
Aftenposten 04/01-01	Dagens Næringsliv 18/01-01	Nettavisen 18/01-01
Aftenposten 19/01-01	Dagens Næringsliv 12/03-01	Nordlands Fremtid
Aftenposten 24/01-01	Dagens Næringsliv 06/04-01	29/03-01
Aftenposten 07/02-01	Dagens Næringsliv 07/04-01	Nordlys 02/03-01
Aftenposten 01/03-01	Dagens Næringsliv 04/05-01	Nordlys 28/04-01
Aftenposten 14/03-01	Dagens Næringsliv 07/05-01	Nordlys 30/04-01
Aftenposten 15/03-01	Dagens Næringsliv 11/05-01	NTB 20/03-00
Aftenposten 18/03-01	Dagens Næringsliv 26/05-01	NTB 03/07-00
Aftenposten 26/03-01	Dagens Næringsliv 01/06-01	NTB 31/7-00
		NTB 24/05-01

*Internettadresser*

[www.dep.no/shd](http://www.dep.no/shd) Helsedepartementets hjemmeside  
[www.nkf.no](http://www.nkf.no) ([www.fagforbundet.no](http://www.fagforbundet.no)) NKF-hjemmeside  
<http://atekst.medicarkivet.no/atekst/>  
[www.odin.dep.no](http://www.odin.dep.no)

*Informanter*

Flatø, Lars Erik: Statsekretær i Sosial- og Helsedepartementet fra mars 2000 til september 2001. Dato: 24/06-03. Sted: Lovisenberg Diakonale Sykehus: Oslo.

ATM – skriftserie Nr. 2 – 2008 Herfindal

Forfang, Lise: Seniorrådgiver i Helserettsavdelingen i Helsedepartementet. Dato: 24/06-03. Sted: Helserettsavdelingen i Helsedepartementet: Oslo.

Hellandsvik, Paul: Administrerende direktør i Helse Midt-Norge. Intervju foretatt av Rune Hallingstad. September. Sted: Helse Midt-Norge: Stjørdal.

Kristoffersen, Asmund: Sosialpolitisk talsmann i Arbeiderpartiet. Dato: 15/05-03. Sted: Stortinget.

Rolstad, Kari: Rådgiver i Kommunenes Sentralforbund, prosjektleder for sykehusreformen. Dato: 11/12-03. Sted: Kommunenes Hus: Oslo.

Steine, Vidar Oma: Ekspedisjonssjef i Eieravdelingen i Helsedepartementet. Dato: 11/12-03. Sted: Eieravdelingen i Helsedepartementet: Oslo.

Sønderland, Kari: Ekspedisjonssjef i Helserettsavdelingen i Helsedepartementet. Dato: 24/06 -03. Sted: Helserettsavdelingen i Helsedepartementet: Oslo.

Øyangen, Gunhild: Sosialpolitisk talskvinne i Arbeiderpartiet, dato: 15/05-03. Sted: Stortinget.

*E-post intervjuer*

Hansen, Finn Henry: Strategi og prosjektdirektør i Helse-Nord. Dato: 08/08-03.

Hofslie, Asbjørn: Administrerende direktør i Helse-Sør. Dato: 13/08-03.

## Vedlegg 1

Høyres forslag til organisering av det statlige ansvaret for spesialisthelsetjenesten:

