

Manglende likeverdighet

**Om samhandlingsproblemer mellom
kommunehelsetjenesten og sykehus fra 1970 – 2009**



Masteroppgave i historie av Hans Arne Pettersen

Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap

Universitetet i Bergen

November 2009

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Abstract	5
Forord	6
1. Innledning	7
1.1 Tema og problemstilling	8
1.2 Avgrensing av oppgaven	9
1.2.1 Samhandling og samordning	9
1.2.2 Eldreomsorg	11
1.2.3 Forvaltningsnivå og helsetjenestenivå	11
1.2.4 40 år med samhandlingsproblemer	13
1.3 Litteratur	14
1.3.1 Lokaldemokratiet og distriktsutbygging må prioriteres	15
1.3.2 Spenningsforhold mellom sentrum og periferi i norsk helsepolitikk	17
1.3.3 Effektiviseringspolitikk og økonomiske incentiver	20
1.4 Kilder	21
1.4.1 Sentrale dokumenter i lovprosesser	21
1.4.2 Vurdering av kildene	23
1.4.3 Historiker, sykepleier og tillitsvalgt	23
2. Etablering av helsetjenester på flere forvaltningsnivå	24
2.1 Fylkeskommunene fikk forvaltningsansvar for sykehus	25
2.1.1 Sykehusutbygging og utvikling uten samlet styring	25
2.1.2 Sykehjemmene burde være minisykehus	27
2.2 Sykehusene og den øvrige helsetjenesten ble behandlet adskilt	29
2.3 Regionalisering og nivådeling av helsetjenesten	30
2.3.1 Helsetjenestene ble knyttet til forvaltningsnivå	31
2.3.2 Med ”LEON-lys” på etablering av en nivådelt helsetjeneste	34
2.3.3 PASIK eller LEON?	36
2.4 Utviklingstrekk i sykehusene påvirket helsetjenesten utenfor sykehus	37
2.5 Konklusjon	39

3 Kommunene fikk formelt ansvar for helsetjenester	40
3.1 Stortinget måtte rydde opp	40
3.2 Hvilken prioritet hadde samhandling i kommunehelsetjenestereformen?	42
3.2.1 Samhandling var en bra intensjon, men hva ble det til?	42
3.2.2 Horisontal samhandling	45
3.2.3 Samhandling mellom forvaltningsnivåene var viktig, men...	45
3.2.4 Problemene skulle løses senere	48
3.3 Økonomi forklarer samhandlingsproblemer	52
3.3.1 Økt ressurstilgang til kommunene skulle gi bedre samhandling	52
3.4 Finansiering av kommunehelsetjenesten	53
3.4.1 Rammefinansiering	54
3.4.2 Fikk kommunene overført tilstrekkelig ressurser?	56
3.5 Er økonomiske hensyn viktigere enn rett til helsehjelp?	57
3.6 Konklusjon	62
4 Sykehjemsreformen forsterket samhandlingsproblemer	63
4.1 Skulle sykehjemmene være kommunale eller fylkeskommunale?	63
4.2 Det var behov for å reformere sykehjemmene	64
4.3 Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten har lav prioritet	65
4.3.1 Den horisontale samhandlingen var viktigst	67
4.3.2 Samhandling mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus	68
4.3.3 Sykehjemsreformens negative samhandlingskonsekvenser kunne reduseres	69
4.3.4 Hvorfor ble ikke Samordningsutvalgets anbefalinger en del av lovprosessen?	72
4.4 Avinstitusjonalisering i eldreomsorgen	73
4.4.1 Ufullstendig analyse bidro til boliggingjøring av sykehjemmene	73
4.4.2 Boliggingjøringen av sykehjemmene ga samhandlingsproblemer	75
4.4.3 Kompetansesammensetning i eldreomsorgen – av betydning for samhandling?	77
4.5 Kapasitetsproblemer forsterket utviklingen	79
4.6 Statens syn på lovhemlet rett til plass i sykehjem – av betydning for samhandling mellom forvaltningsnivåene?	80

4.7 Ideologisk skifte og effektivisering i sykehusene forsterket konsekvensene av reformen	83
4.8 Ressursmangel – hva betydde det for samhandling	84
4.8.1 Dårlig økonomi, lite personell og for få sykehjems plasser – hva så?	85
4.8.2 Finansiering av sykehjem, fra utbygging til omfordeling	86
4.8.3 Endringer i finansieringen av kommunehelsetjenesten som følge av Sykehjemsreformen	87
4.8.4 Bekymringer for kommuneøkonomien helt fram til reformen ble iverksatt	89
4.9 Konklusjon	90
5 Reformen i et nytt årtusen	92
5.1 Foretaksreformen	93
5.2 Sykehusene skulle gjennomgå en organisasjons- og ansvarsreform	94
5.2.1 Hvorfor var det behov for en ny reform?	94
5.2.2 Sykehusene ble statlige helseforetak	94
5.3 Samhandlingsperspektiv i foretaksreformen	96
5.4 Forårsaket foretaksreformen strukturer eller styringssystemer som gjorde samhandling vanskelig?	98
5.4.1 Foretaksorganiseringen førte til mindre folkevalgt styring	99
5.4.2 Ny styringsstruktur for sykehusene	101
5.4.3 Planlegging av helsetjenester	104
5.4.4 Finansiering av sykehustjenester	105
5.5 Ny reform på tegnebrettet – Samhandlingsreformen ble lagt fram i 2009	105
5.5.1 Hvordan forstås samhandlingsproblemer i 2009	106
5.5.2 Hvordan skal samhandlingsproblemer løses?	108
5.6 Konklusjon	110
6. Samhandlingsproblemene ble nedprioritert - manglende likeverdighet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus?	111
6.1 Spesialister og kommuner – ulike forutsetninger for å utføre helsetjenester?	113
6.2 Stat og kommune – en sterk og en svak part?	115
6.3 Hva så med reformen vi venter på?	116
7. Litteraturliste	118

Abstract

The theme of this master thesis is cooperation between municipal health and hospitals. I was introduced to the thematic issues while I worked in hospitals and nursing-homes in the 1980s, experiencing co- operational challenges from two different angles. My interest evoke regarding that two public committees were appointed to study the challenges in 2004 and 2005. Co operational problems can be said to be contemporary, although identified as early as 1970. Different governments and the Parliament have up to today been concerned with solving the challenges. As such, I wanted to elaborate on why the cause of the cooperation between health services in municipalities and hospitals still are not resolved.

My thesis depart from three major reforms; Municipal Healthcare Reform, Nursing Home Reform and Enterprise Reform. I have analyzed the public documents in relation to the processes of the laws in the three reforms. The intention has been to examine how extensive processes of change that require legislative changes, in combination with what affects the framework of administration has, have had influenced of the cooperation processes. I have primarily been interested in results regarding how various governments and the Parliament have considered the co operational problems, and about its attempt to resolve these. I also required finding out whether the reforms led to changes in operating parameters such as good relations between municipal health and hospital, additionally if these processes became difficult to fulfill. I have also analyzed the 2009 Cooperation Reform Act to resolve which understanding the current government has on cooperation.

I have found evidence to suggest that the shifting governments and the Parliament has not given priority to solve the cooperation challenges between the municipal health services and hospitals. Municipal Healthcare Reform, Nursing Home Reform and Enterprise Reform appears to have contributed to that the municipal health services and hospitals have evolved in different directions, which contributes to worse co operational challenges. My analysis of the three approved reforms combined with the new coordination reform also suggests that there is no equality in the connection between municipal health and hospitals. There is no doubt that this can cause co operational challenges between the two healthcare levels.

Forord

Denne oppgaven kunne ikke blitt til uten andres hjelp og støtte. Jeg vil først og fremst takke min arbeidsgiver, Norsk Sykepleierforbund, som har lagt til rette for at jeg kunne være deltidsstudent. Det har gjort masterstudiet ved Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap ved Universitetet i Bergen mulig.

Jeg må også takke familien for all støtte og overbærenhet med en fraværende far og ektemann. Takk til min eldste datter, Marthe, som har lest korrektur. En stor takk også til hyggelige ansatte ved Stortingets bibliotek og arkivet i Helse- og Omsorgsdepartementet, som har gitt meg mye hjelp og god veiledning.

Sist, men ikke minst takk til min veileder, Tore Grønlie, som har bidratt med konstruktive innspill og kritiske spørsmål.

Oslo 20.11.2009

Hans Arne Pettersen

1. Innledning

På en pressekonferanse 22.08.08 lanserte helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen en ny helsereform. Han varslet en reform som skulle forbedre samhandlingen i helsetjenesten, og slo fast at det var svikt både mellom nivåene, innad i kommunehelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten. Statsråden gikk ut med hard systemkritikk, og slo fast at helsetjenesten hadde vanskelige rammebetingelser for å løse sine oppgaver. Han lovet at regjeringen skulle gjøre noe med problemene, og at den nye reformen skulle ta i bruk ”*de kraftigste politiske virkemidlene vi har – finansiering og juss – i kombinasjon med organisering og kompetanse.*”¹ Dette er imidlertid ikke første gang i nyere tid at det er definert samhandlingsproblemer i helse- og sosialtjenesten.

Min interesse for temaet ble vekket for alvor da regjeringen Bondevik II oppnevnte to offentlige utvalg i 2003, som begge skulle utrede samhandlingsproblemer. Bernt-utvalget² fikk i oppdrag å foreslå forbedringer av samhandlingen mellom helse- og sosialtjenester i kommunene, og Wisløff-utvalget³ mellom den kommunale helsetjenesten og sykehusene. Jeg har observert at helsemyndighetene en rekke ganger⁴ i perioden mellom initiativene til regjeringene Bondevik II og Stoltenberg II har trukket fram samhandlingsproblemer som sentrale utfordringer for helsetjenesten. Disse problemene har imidlertid vært erkjent av regjeringer og folkevalgte i snart 40 år.

Trygve Brattelis første regjering la i mai 1971 fram en stortingsmelding, hvor det ble foreslått at det burde etableres en egen lov for helsetjenesten utenfor sykehus. I meldingen slo regjeringen fast at: ”*God kontakt og effektivt samarbeid mellom anstaltene og helsetjenesten utenfor anstalt er av største betydning, blant annet for å øke mulighetene for at pasientene uten unødig tidsspille skal kunne få undersøkelse og behandling på det adekvate nivå.*”⁵ Regjeringen Bratteli I la vekt på at det videre arbeidet med loven måtte ta hensyn til behovet for koordinering av helsetjenestene mellom sykehus og helsetjenesten utenfor.

Samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus er dagsaktuelle og hindrer arbeidet med å etablere et effektivt og kvalitativt godt helsevesen.

¹ VG (22.10.08) Se også Pressekonferanse (02.08.08), Foredrag av helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Oppfølgingsmøte KS og HOD (13.11.08)

² NOU 2004:18

³ NOU 2005:3

⁴ Blant annet St.prp. nr.1 (2006-2007) Nasjonal Helseplan, St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening (Omsorgsmeldingen), samt Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial - og helsetjenesten 2005-2015 (2005) Sykepleien 10/07 (2007). Helsemyndighetene i denne sammenheng er regjering, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet.

⁵ St.meld. nr. 85 (1970-71) Side 37. Anstalt brukes i betydningen institusjon.

Dette tyder på at Brattelis anbefaling ikke er fulgt. De forskjellige regjeringer og storting som har hatt makten etter Bratteli har ikke tatt nødvendige hensyn til behovet for samhandling mellom helsetjenesten i og utenfor sykehus. Eller er det ikke så enkelt? Kan det være andre forklaringer på at problemene er så store i dag at regjeringen ser seg nødt til å iversette en samhandlingsreform? Er det i så fall mulig å identifisere slike forklaringer i perioden mellom Bratteli og Stoltenberg? Kan de gi svar på hvordan samhandlingsproblemer har oppstått og hva går de ut på? Jeg vil søke svar på disse spørsmålene ved å undersøke hvordan ulike regjeringer og storting har behandlet samhandlingsproblemene.

1.1 Tema og problemstilling

Temaet for denne masteroppgaven er samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den overordnede problemstillingen vil være: *”Hva er årsaken til at samhandling mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus fortsatt defineres som et sentralt problem i 2009 når man helt siden 1970 har vært opptatt av å løse dette problemet? Hvordan har dette problemkomplekset blitt oppfattet i helsereformer de siste 30 årene? Har man i arbeidet med reformene vært klar over hvilke tiltak som kunne iverksettes for å løse samhandlingsproblemene, og i hvilken grad er det prioritert å iverksette slike tiltak? Har Storting og regjering lagt premisser som gjør at god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus blir vanskeliggjort?”*

Når samhandling innenfor helsetjenesten debatteres i det offentlige rom, er det mange ulike arenaer og former for samhandling som bringes på banen. Det snakkes om samhandling mellom deltjenester innenfor samme forvaltningsnivå, som for eksempel mellom helse- og sosialtjenester. Videre er man opptatt av samhandling mellom virksomheter på samme nivå som ved samhandling mellom sykehus, eller mellom sykehjem og hjemmetjenester. Samhandling favner også forholdet mellom helsepersonell og mellom ulike profesjoner. Dernest diskuteres samhandling mellom tjenester på ulike forvaltningsnivå. For at pasienttilbudet skal være av god kvalitet er det nødvendig med god samhandling mellom både politiske og administrative forvaltningsnivå, ledernivå på virksomhetsplan og fagfolk i utøvende ledd. Jeg vil konsentrere meg om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus, fordi disse har vært definert som et problem i snart 40 år, og de er fortsatt ikke løst.

1.2 Avgrensning av oppgaven

1.2.1 Samhandling og samordning

I dagligtale innebærer begrepet samarbeid at to parter forholder seg til hverandre og løser oppgaver i felleskap. Når samarbeidsforhold innenfor helse- og sosialsektoren har vært drøftet i offentlige dokumenter har både begrepene samhandling⁶ og samordning⁷ vært brukt.

Wisløff-utvalget, også kjent som Samhandlingsutvalget, avga sin utredning i 2005. Utvalget skulle drøfte samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Det definerte samhandling som *”aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen”*.⁸ Denne bruken av begrepet viser til aktiviteter i helsetjenesten og er nært knyttet opp til det utøvende ledd i tjenesten. Slik jeg forstår bruken av samhandling favner begrepet vidt, og involverer både individ- og organisasjonsnivå.

Da samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste og sykehus var oppe til offentlig debatt på 1980-tallet ble begrepet samordning brukt om de samme utfordringer som er knyttet til samhandling i dagens debatt. Samordningsutvalget avga sin utredning i 1986 og det definerte samordning som *”de aktiviteter som settes i verk for å fordele ressurser og pasienter/klienter til de ulike enheter i helse- og sosialsektoren og etablere samarbeid om oppgaver og pasienter/klienter som krever innsats fra to eller flere av enhetene. Slike aktiviteter er ansvarsfordeling, organisasjonsmessige løsninger, styringssystemer, regelverk og lover, rutiner, informasjonsutveksling, samarbeid, opplæring m.v.”*⁹

Da utvalget brukte samordning på denne måten, indikerer det at medlemmene var opptatt av koordinering og samarbeid knyttet til aktiviteter som foregår på organisasjonsnivå, og som ble ivaretatt av myndighetene, eiere og arbeidsgivere. I denne sammenheng innebærer samordning først og fremst et overordnet ansvar for å plassere ressurser og arbeidsoppgaver, samt å få de ulike funksjoner som skal ivaretas til å virke sammen. Jeg tolker dette slik at begrepet samordning, slik det er brukt av Samordningsutvalget, først og fremst innebærer å legge til rette slik at ulike parter kan samarbeide. Samhandlingsbegrepet knytter seg derimot i større grad til samarbeidsaktiviteter på individnivå. Jeg mener imidlertid at de problemer pasientene og helsetjenesten som system opplevde knyttet til dårlig samordning på 1980-tallet, er de samme som kobles til dårlig samhandling når vi har kommet til et nytt årtusen.

⁶ Se blant annet NOU 1997:2 Pasienten først og NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten (Bernt-utvalget)

⁷ Se blant annet NOU 2004:13 En ny arbeids- og velferdsforvaltning (Rattsø-utvalget) og NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren (Aasland-utvalget)

⁸ NOU 2005:3 Side 13.

⁹ NOU 1986:4 Side 9.

Samhandlingsproblemene oppstår når pasienter trenger tjenester fra både sykehus og kommunehelsetjenesten, slik at tjenestene blir gjensidig avhengige av hverandre. Dette er spesielt aktuelt for pasienter som er syke over lang tid og der kvaliteten på samhandlingen blir avgjørende for kvaliteten på helsetjenesten. Samhandlingsproblemer kommer for eksempel til uttrykk når ferdigbehandlede pasienter venter i sykehuskorridorer i påvente av at kommunehelsetjenesten kan overta ansvaret for dem. På den andre siden står mennesker med behov for sykehusbehandling i kø, og må ivaretas av kommunehelsetjenesten. I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i samhandlingsproblemer som får praktiske konsekvenser for pasienter.

Når jeg velger å bruke samhandling i det videre arbeidet med mitt forskningstema, er det fordi jeg ønsker å bruke det begrepet som dekker temaet i dagens offentlige debatt. Jeg vil legge til grunn en bred forståelse av begrepet, og vil fokusere på den betydning ulike reformer har hatt for samhandlingen. Med reformer mener jeg større overgripende endringsprosesser, som har betydning for både sykehus og kommunehelsetjenesten. Jeg vil ta for meg endringsprosesser som er så omfattende at de krever behandling i Stortinget for å kunne iverksettes, og hovedfokus vil være på reformer som følger av endringer i lovgivning. Det er derfor spesielt viktig å legge vekt på det overordnede samarbeidsperspektivet slik det er brukt av Samordningsutvalget.

Skiftet i begrepsbruk fra samordning på 1980-tallet til samhandling i dag er muligens utilsiktet. Det kan imidlertid indikere en endring i hvordan samarbeidsproblemene oppfattes, hvor en har fokus når det gjelder årsaksforhold og på hvilket nivå man mener tiltak skal iverksettes. Kanskje nettopp det at en ikke har hatt samme problemforståelse over tid, er årsaken til at helsemyndighetene¹⁰ fortsatt sliter med samarbeidsproblemene mellom de to forvaltningsnivåene? Dette er en forklaring av flere mulige. Jeg vil forsøke å finne ut om en eller flere slike forklaringer er mer framtreddende i noen tidsrom enn i andre. Gjennom å drøfte mulige forklaringer i ulike epoker og ved å forsøke å se sammenhenger over tid, håper jeg lettere å trenge i dybden av materialet slik at jeg får bedre innsikt i temaet og hjelp til å besvare problemstillingen. Hensikten er nettopp å finne ut hvilke mekanismer som har medvirket til at man ikke har klart å etablere en sammenhengende behandlingsskjede for de pasientene som trenger behandling både i kommunehelsetjenesten og sykehus.

¹⁰ Med helsemyndigheter i denne sammenheng mener jeg først og fremst regjeringer, Stortingets organer samt aktuelt fagdepartement som i november 2009 heter Helse- og omsorgsdepartementet.

1.2.2 Eldreomsorg

I offentlige dokumenter blir begrepet eldreomsorg i hovedsak brukt i betydningen pleie og omsorg for eldre utført av den kommunale helse- og sosialtjenesten.¹¹ Det er imidlertid også brukt om eldre i situasjoner der det klart går fram at årsaken til behov for hjelp er sykdom som krever sykehusinnleggelse. I oppgaven vil jeg fokusere på eldre som har behov for *helsetjenester* både i kommuner og sykehus. På midten av 1980-tallet ble pasientene under eldreomsorgen omtalt som den gruppen hvor samhandlingsproblemene hadde størst omfang. Disse pasientene trengte behandling og omsorg både i fylkeskommunenes institusjoner og i den kommunale helse- og sosialtjenesten.¹² Samhandlingsproblemene er store for denne gruppen også i dag. Dette skyldes at mange eldre har behov for koordinering av tjenestene de mottar fra kommuner og sykehus. 75 % av eldre over 80 år som er innlagt i sykehus mottar også kommunale tjenester. Denne gruppen stod for nesten 20 % av alle døgnopphold i sykehus i 2007.¹³ I arbeidet med oppgaven vil jeg derfor ha spesiell oppmerksomhet på syke eldre som trenger helsetjenester både fra sykehus og kommuner.

1.2.3 Forvaltningsnivå og helsetjenestenivå

Den overordnede styringen og administreringen av helsetjenester blir ivaretatt av ulike forvaltningsnivå. Dette er en struktur som ble etablert, og delvis endret, i den perioden jeg legger til grunn for oppgaven. Forvaltningsnivåene legger til rette slik at de utøvende nivåene, helsetjenestenivåene, kan ivareta sine oppgaver. Helsetjenestenivåene, sykehus og kommunehelsetjeneste, setter den totale helsetjenestens organisering og struktur ut i livet. Pasienter som har behov for sammenhengende helsetjenester, er avhengige av at både sykehus og kommunehelsetjeneste fungerer. Samtidig må forvaltningsnivåene, fylkeskommunene og kommunene, ivareta sin rolle med å legge forholdene til rette for det utøvende leddet. I oppgaven vil alle de tre forvaltningsnivåene, kommuner, fylkeskommuner og staten, spille en rolle. Jeg vil undersøke om, og eventuelt hvordan, staten ved regjeringen og Stortinget gjennom lovprosesser har påvirket samhandlingen mellom kommunene og fylkeskommunene. Dette kan ha skjedd ved at det ble gjort endringer i ansvarsforhold, organisering og økonomiske forutsetninger i og mellom forvaltningsnivåene. Har reformene påvirket de to

¹¹ Sosialtjenesten reguleres av lov om sosiale tjenester og skal bidra til økonomisk og sosial trygghet for den enkelte. Lov om helsetjenesten i kommunene pålegger kommunene å sørge for helsetjenester til alle som bor i kommunene.

¹² St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 22.

¹³ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Side 41. "Wisløff-utvalget" slo også fast at syke eldre mennesker tilhørte en av de gruppene som slet mest med å få en sammenhengende helsetjeneste. Se NOU 2005:3 side 27 og 40.

laveste forvaltningsnivåenes forutsetninger for å legge til rette for helsetjenestenivåene, slik at disse kan etablere sammenhengende helsetjenester mellom de fylkeskommunale sykehusene og helsetjenesten i kommunene?

Helsetjenesten som kommunene har ansvaret for, kommunehelsetjenesten, blir også kalt førstelinjetjeneste eller primærhelsetjeneste og er: ”Den del av helsetjenesten som i første linje har ansvar for og tilbyr tjenestene der folk bor og arbeider, og som formidler og koordinerer de tjenestene pasienter trenger fra andre deler av helsetjenesten”.¹⁴ Sykehusene kalles også spesialisthelsetjenesten som er synonymt med andrelinjetjeneste, og er den delen av helsetjenesten som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.¹⁵ Denne delen av helsetjenesten har staten hatt ansvaret for fra 2002. I perioden mellom 1970 og 2002 lå ansvaret hos fylkeskommunene. I arbeidet med oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i den delen av spesialisthelsetjenesten hvor pasienter får sykehusbehandling.

Begrepet spesialisthelsetjeneste¹⁶ signaliserer at det arbeider spesialister i denne delen av helsetjenesten, og at det er her det mest avanserte tilbudet blir gitt til de som er alvorlig syke. Når de folkevalgte kaller en del av helsetjenesten for spesialisthelsetjeneste, signaliserer de samtidig at den øvrige delen av helsetjenesten ikke er spesialisert på samme måte. Det er neppe et bevisst valg å antyde at helsearbeidere som jobber utenfor sykehus ikke er spesialister på sitt område, eller at denne delen av helsetjenesten ikke er spesialisert innenfor sitt ansvarsområde. Jeg har heller ikke grunnlag for å hevde at vektleggingen av *kommune* i navnet på helsetjenesten utenfor sykehus, har sammenheng med at de folkevalgte la mer vekt på politiske og administrative hensyn enn helsetjeneste. Det er imidlertid en sammenheng mellom begreper og virkelighet. Jeg vil anta at bruken av begrepene *spesialist-* og *kommunehelsetjeneste* i lovgivningen er et resultat av hvordan de folkevalgte har oppfattet de ulike delene av helsetjenesten. Hvordan en slik oppfatning i så fall har påvirket helsetjenestens utvikling, og om dette har hatt betydning for samhandlingen mellom helsetjenesten i kommunene og sykehus, vil jeg søke å finne svar på i oppgaven.

Oppgaven vil ikke ta for seg hva dårlig samhandling mellom ulike deler av statens sentrale forvaltningsapparat kan ha betydd for samhandlingen mellom kommuner og fylkeskommuner. Det kan for eksempel tenkes at dårlig samhandling mellom departementer

¹⁴ Volven Nasjonal database for helsetjenestens felles metadatagrunnlag. (2007a)

¹⁵ Volven Nasjonal database for helsetjenestens felles metadatagrunnlag. (2007b)

¹⁶ Se lov om spesialisthelsetjenesten m.m; Ot.prp. nr.10 (1998-99)

har medført at styringssignaler ut til fylkeskommunene og kommunene har pekt i ulike retninger.¹⁷

1.2.4 40 år med samhandlingsproblemer

1970 er et naturlig startpunkt for oppgaven fordi sykehusloven ble iverksatt dette året. Jeg tar utgangspunkt i sykehusreformen fordi den norske helsetjenesten har vært sterkt sykehussentrert¹⁸ i nyere tid, og fordi loven la forvaltningsansvaret for de fleste sykehusene til fylkeskommunene. Dessuten utløste arbeidet med sykehusloven behov for å sette i gang en tilsvarende lovprosess for den delen av helsetjenesten som ikke tilhørte sykehusene.¹⁹ Dette førte til at også det kommunale forvaltningsnivået etter hvert ble pålagt ansvar for helsetjenester. I tillegg har endringer i sykehusstrukturen ofte medført omfordeling av ansvar og oppgaver mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. Dernest markerer 1970-tallet et skille ved at det sterke fagstyret ble brutt opp. Den dominerende legegruppen måtte avgi makt til politikere og andre faggrupper innen helsevesenet. I kapittel to vil jeg gjøre rede for perioden mellom 1945 og 1980 der sykehusloven av 1968 var en sentral hendelse. I denne perioden ble grunnlaget lagt for etableringen av helsetjenester på flere forvaltningsnivå.

Samhandlingsutfordringer ble drøftet i forbindelse med kommunale reformprosesser som pågikk på 1980-tallet. I 1982 ble kommunehelsetjenestereformen vedtatt. Reformen innebar at det ble etablert en ny lov, lov om helsetjenesten i kommunene, som førte til at kommunene ble pålagt ansvar for helsetjenester utenfor institusjon.

Kommunehelsetjenestereformen blir behandlet i kapittel tre. I kapittel fire blir Sykehjemsreformen gjennomgått. Her vil jeg redegjøre for hvilke konsekvenser som fulgte av stortingsvedtaket fra 1986 om å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene. De to reformprosessene på 1980-tallet hadde fokus på kommunene. Det var kommunehelsetjenesten som ble etablert og tildelt ansvar, så ble den formet om og gitt nytt innhold. Perioden var preget av at ansvar og oppgaver innenfor helse- og sosialtjenesten ble desentralisert, og det ble satt større krav til effektivisering enn tidligere.

¹⁷ Dette kan ha skjedd mellom departementene som har hatt ansvaret for kommunene på den ene siden, og helsetjenester som sykehus på den andre. Begge disse departementene vil være avhengig av et godt samarbeid med Finansdepartementet.

¹⁸ Erichsen (1996): 21 Side 22.

¹⁹ St.meld. nr. 85 (1970-71) Side 3.

På 1990-tallet hadde finansieringssystemer²⁰ og spørsmål om ledelse- og organisering i sykehus²¹ betydning for forholdet mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene.

Foretaksreformen i 2002 innebar at staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og at disse ble organisert i foretak. Nå var det med andre ord sykehusene som ble reformert, og endringsprosessene ble først og fremst innrettet mot dette nivået. Sykehusene fikk nytt eierskap ved at staten overtok ansvaret fra fylkeskommunene. Dessuten ble de organisert som foretak, en organisasjonsstruktur som er svært annerledes enn den kommunehelsetjenesten styres etter. Reformen som blir behandlet i kapittel fem satte igjen samarbeidet mellom sykehus og kommunal helse- og sosialtjeneste på dagsorden.

2009 er et naturlig sluttunkt for oppgaven fordi regjeringen Stoltenberg II i juni la fram St. meld. nr. 47 (2008-2009). Gjennom meldingen ble arbeidet med vår tids Samhandlingsreform satt i gang, noe som viser at samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus fortsatt er en aktuell problemstilling. Ringen er sluttet fra regjeringen Bratteli I som i 1970 satte fokus på samhandling mellom sykehus og helsetjenesten utenfor. Samhandlingsutfordringer ser ut til å være en kontinuerlig og permanent utfordring fra 1970 til i dag. Det lange tidsrommet jeg legger til grunn åpner for å drøfte problematikken langs lange linjer. Dette kan bidra til å få fram spenninger og dynamikk som ellers ikke ville være synlig. Hovedstrukturen i oppgaven er kronologisk, men innenfor hvert enkelt kapittel er analysene og problematiseringene tematisk organisert.

1.3 Litteratur

Det foreligger i liten grad, om noen, historisk litteratur som direkte drøfter samhandlingsproblemer mellom kommunehelsetjenesten og sykehus i Norge. Jeg har derfor tatt for meg litteratur som primært analyserer relasjoner mellom staten og kommunene, men som trekker konklusjoner som kan relateres til utviklingen mellom kommuner, fylkeskommuner og staten. Jeg har også vurdert litteratur som primært forholder seg til det ene av de to forvaltningsnivåene, men hvor jeg mener forskere har belyst områder som kan forklare samhandlingsproblemer mellom forvaltningsnivåene.

Det foreligger litteratur som gir god innføring i den norske helsehistorien, og som har fungert som bakgrunns litteratur for arbeidet med oppgaven. Jeg har brukt "Folkets helse -

²⁰ Innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997. ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning der deler av sykehusenes inntekter kommer som følge av antallet behandlede pasienter og deres diagnoser.

²¹ NOU 1997:2 Utvalget mente at det burde være bare en leder i enhver organisatorisk enhet, og denne lederen skulle lede hele enheten – ikke bare en enkelt yrkesgruppe.

landets styrke, 1850-2003” av Aina Schiøtz fra 2003 som oversiktsverk. I tillegg er det skrevet bøker som kan gi oversikt over samfunnsutvikling og politiske trekk i den tidsperioden jeg legger til grunn for oppgaven. Jeg vil nevne deler av generelle historiske verk som ”Overflod og fremmedfrykt: 1970 – ” av Edgeir Benum fra 1998 og ”Tiden etter 1945” av Tore Grønlie fra 1996.²² Boken ”Sosialdemokratiets tidsalder, Norge og Sverige i det 20. århundre” av Francis Sejersted i 2005 har fylt den samme rollen.

1.3.1 Lokaldemokratiet og distriktsutbygging må prioriteres

Aina Schiøtz omtaler 1970-tallet som en periode hvor myndighetene investerte mye ressurser på å løse utfordringer i helsetjenesten. Problemene stod i kø, men det var stor vilje til omstilling. *”Som perler på en snor kom da også mange offentlige utredninger og stortingsmeldinger som bebudet til dels drastiske omstruktureringer innenfor offentlig sektor. Målet for reformvirksomheten skulle være desentralisering og demokratisering forbundet med en praktisk og effektiv administrasjonsordning.”*²³ Nærmiljødemokratiet var 1970-tallets mantra, og lokalpolitikere med ”grasrota” i ryggen vant fram med sine krav. Primærhelsetjenesten krevde en mer rettferdig fordeling av ressursene. *”Det måtte bli slutt på skjevfordelingen til fordel for institusjonshelsetjenesten og de sentrale strøk av landet.”*²⁴ Schiøtz mener at utviklingstrekkene var et uttrykk for ”tidsånden”, og at det var *”...helsetjenesten nærmest folket som skulle prioriteres”*.²⁵ Denne politikken representerte et oppbrudd fra den eksisterende. Schiøtz mener imidlertid at helsetjenesten ble stadig mer kompleks, og at organisatoriske endringer i en del av tjenesten også påvirket andre deler.²⁶

Edgeir Benum har også skrevet om desentraliseringsbølgen og antyder som Schiøtz at denne kom som en reaksjon på sentraliseringen, med den omfattende sykehusutbyggingen som et eksempel.²⁷ Kritikken mot sentralisering blir også forklart med bakgrunn i de store statlige byråkратиene som ble sett på som rigide og lite mottakelige for nye politiske utfordringer og for svake gruppers interesser. Dette var en radikal kritikk som også rettet seg mot den maktkonsentrasjon som ble skapt gjennom samarbeidet mellom lederne i statsadministrasjonen og organisasjonene i nærings- og arbeidslivet. Kritikerne ville at makten

²² Grønlie (1996)

²³ Schiøtz (2003) Side 350.

²⁴ Ibid. Side 351.

²⁵ Ibid. Side 352.

²⁶ Ibid. Side 349.

²⁷ Benum (1998) Side 30 – 46.

skulle flyttes til lokale folkevalgte.²⁸ Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen²⁹ foreslo en omfattende overføring av oppgaver fra sentrale til lokale organer, samt en omfattende omorganisering innenfor politikk og forvaltning i kommuner og fylker. Midt i 1970-årene skjedde det derfor i følge Benum en endring i synet på hvordan helsetjenesten skulle utvikles, interessen for sykehusene dalte og det lokale helsetilbudet kom i fokus. Slik forklarer Benum hvordan de politiske intensjonene som ble lansert på 1970-tallet var innrettet mot å desentralisere oppgaver og ansvar til kommunene.

Også Francis Sejersteds versjon peker i samme retning. Han omtaler 1970-tallet som konfliktens tiår og mente det skjedde et skifte på mange områder. Sejersted mener det var en reaksjon på det sosialdemokratiske samfunnet og at det var snakk om et mentalitetsskifte som var felles for Vest-Europa. Han mener at Arbeiderpartiet, som med unntak av et års avbrudd hadde regjeringsmakt på hele 1970-tallet, hadde tolket valgresultatet i 1973 galt.³⁰ Sejersted hevder videre at dette var en forklaring på høyres valgseier i 1981 og at velgerne hadde reagert på politikk av tradisjonelt sosialistisk merke: *”Man ønsket ikke en fortsatt ekspansjon av den sterke, ekspansive og paternalistiske stat”*.³¹ Til tross for en annen innfallsvinkel, vektla Sejersted de samme utviklingstrekkene som Schiøtz og Benum. Kritikken mot sentraliseringsbølgen kom blant annet til syne gjennom kravet om å desentralisere makt og oppgaver til distriktene.

Når Schiøtz, Benum og Sejersted framstiller intensjonen om å få til mer distriktsutbygging på 1970-tallet, lar de det også skinne gjennom at ideen om å desentralisere kom som en konsekvens av tidligere sentralisering. Jeg vil hevde at forfatterne redegjorde for en epoke med stor politisk vilje til å gjennomføre et ”opprør” mot sentraliseringstendensen. Vi ser en spire til motstridende interesser mellom sentraliserings- og desentraliseringspolitikk, uten at forfatterne gjør dette til et sentralt tema i forskningen.

1.3.2 Spenningsforhold mellom sentrum og periferi i norsk helsepolitikk

Tore Grønlie tar tak i spenningen mellom sentrum og periferi som Schiøtz, Benum og Sejersted antyder. Han skriver om utviklingen av det norske velferdstilbudet spesielt med utgangspunkt i forholdet mellom kommune og stat. Grønlie tar utgangspunkt i velferdskommunen, og rendyrker dette perspektivet i drøftingen. Han framstiller et over- og

²⁸ Ibid. Side 124.

²⁹ Oppnevnt av Kommunaldepartementet i 1971.

³⁰ Sejersted (2005) Side 361- 364.

³¹ Ibid. Side 364.

underordningsforhold hvor staten som styringssystem fra 1970-årene framstår gradvis som mer overordnet og dominerende i forhold til det kommunale nivået. Analysen til Grønlie gir også en kobling til, og innsikt i, forholdet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus.

Grønlie redegjør for hvordan den statlige styringen i perioden mellom 1945 og 2002 bidro til den kommunale utviklingen. Han drøfter utviklingen både ut fra et kommunalt, fylkeskommunalt og statlig perspektiv. Kommunene er i utgangspunktet selvstyrte og initiativrike pionerer som er ansvarlige for utviklingen av de norske velferdstilbudene. I løpet av 1970-årene vokser et annet bilde av kommunene fram. Entreprenørrollen ble stadig mer utvannet og kommunene framstod i større grad som redskap for iverksetting av statens politikk. Dette blir et hovedpoeng i analysen som underbygges av blant annet Yngve Flo³² og Anne Lise Fimreite.³³ Grønlie antyder at forvaltningsrollen kommunene ble pålagte skygget for selvstyre og lokale prioriteringer. På 1980-tallet var kommunene blitt institusjoner for effektivering av statlige initiativ og beslutninger. Vi ser at Grønlie trekker opp en utvikling der staten ble stadig sterkere på bekostning av kommunene. Han mener at utviklingen på mange vis gikk motsatt vei av det Schiøtz, Benum og Sejersted hevder. Isteden for at staten desentraliserte myndighet og ansvar, ble kommunene i større grad detaljdirigert fra staten.

Grønlie balanserer dette synspunktet ved å forklare hvordan den norske solidariske velferdsutviklingen har vært avhengig av at staten har gått inn med virkemidler som har hatt til hensikt å sørge for at vanskeligstilte kommuner fikk hjelp til å gi sin befolkning del i velstandsutviklingen. Staten har hatt til hensikt å bruke lov- og forskrifter samt finansieringsordninger som virkemiddel i arbeidet med å få til utjevning og rettferdig geografisk fordeling av landets ressurser.

På denne måten bidrar Grønlies utredning til å utdype og nyansere framstillingen av den lokaldemokratiske bevegelsen og fokuset på desentralisering som Schiøtz, Benum og Sejersted framstilte som et viktig trekk ved 1970-tallet. Grønlies refleksjoner over den norske velferdsutviklingen gir innsikt i hvorfor det var nødvendig med statlig styring og regulering av kommunene. Forholdet mellom forvaltningsnivåene er ikke hovedtema i forskningen fra Schiøtz, Benum og Sejersted. Det er derfor forståelig at den allment framstilte oppfatningen av desentraliseringsbølgen og fokuset på utvikling av lokaldemokratiet nærmest blir tatt for gitt, og i liten grad er drøftet.

³² Flo (2000)

³³ Fimreite (2003) Se også Fimreite og Flo 3/2002

Grønlie redegjør også for et skrantende samarbeid mellom forvaltningsnivåene, og plasserer det i en historisk sammenheng: *”Det har riktignok alltid vært debatt og strid knyttet til funksjonsfordelingen mellom kommuner, mellomnivå og stat om ansvaret og finansieringsbyrden knyttet til fordelingen”*.³⁴ Han benytter forskningen på velferdsutviklingen til å drøfte hvordan staten påvirket sykehusenes organisatoriske utvikling. Starten på prosessen som medfører endret organisering av sykehusene, synliggjøres ved overføringen fra kommunene til fylkeskommunene i 1970. Med denne er sykehusenes bevegelse fra lokalt mot sentralt nivå igangsatt. Grønlie framstiller en gradvis avvikling av den formelle tilknytningen mellom kommune og sykehus, som ender opp med at staten overtar ansvaret for sykehusene i 2002. Denne utviklingen skyter fart i 1980-årene og kjennetegnes med at staten regulerer velferdsfeltet, inklusive helsevesenet, stadig mer detaljert. I følge Grønlie svikter tilliten til det fylkeskommunale nivået, og mellomnivået fikk ingen viktige velferdspolitiske funksjoner ut over sykehusene.

Grønlie, Fimreite og Flo framstiller en utvikling fra midt på 1990-tallet hvor sentrale velferdspolitikere og byråkrater har sviktende tillit til at kommunene har vilje og evne til å løse sine oppgaver. De stoler ikke på at lokalpolitikken følger opp rikspolitiske intensjoner og vedtak. I følge Grønlie er det i denne forklaringsmodellen man må se statens overtakelse av stadig flere velferdsoppgaver, blant annet sykehusene.³⁵ Staten vil overta ansvaret for sykehusene fordi den mener at det fylkeskommunale nivået ikke evner å gjøre dette godt nok. Gjennom analysen av forholdet mellom kommune og stat forklarer han hvordan sykehusene har blitt statlige organisasjoner og representanter for det statlige styringssystemet. I en slik forståelse er det et skjevt styrkeforhold mellom sykehusene og kommunene. Det er sykehusene som er premissleverandører for samarbeidet, og som i kraft av sin overordnede posisjon tillater seg å tvile på om kommunene er i stand til å ivareta sin rolle i helsetjenesten. Grønlie viser med dette hvordan utviklingen av forholdet mellom kommune og stat sett ut fra et velferdspolitisk ståsted, også kan gi et bilde av en negativ utvikling av forholdet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Haldor Byrkjeflot og Tore Grønlie viser sammen til en hundreårig utvikling som ender med at også andre velferdsområder som har kommunal opprinnelse blir overtatt av staten.

³⁴ Grønlie (2004) s. 641.

³⁵ Ibid. s. 640 – 645.

Eksempelene som blir brukt er arbeidsmarkedsorganisering, politi, ligning og skatt, trygdesystemet, barnevernet samt alkoholistomsorgen.³⁶

Halvard Vike³⁷, Karen Christensen³⁸ og Maren Skaset³⁹ gir lignende beskrivelser av forholdet mellom de to nivåene som framstillingen til Tore Grønlie. Når Vike skriver om det komplekse forholdet mellom ulike nivå i offentlig sektor legger han vekt på velferdsstatens grenseproblem. Han beskriver kommunens problematiske forhold til staten, som skyldes for lave økonomiske rammer til å kunne ivareta alle pålagte oppgaver. Vike viser til tre forhold som begrenser kommunens autonomi; lovgivning, statens bruk av økonomiske virkemidler overfor kommunene og kommunenes manglende muligheter til å påvirke egne inntekter. På den andre siden nevner Vike forskning som framholder at det er for enkelt å forstå forholdet mellom stat og kommune som et forhold hvor en part er overordnet den andre.⁴⁰

Karen Christensen omtaler forholdet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus som en bisak i en analyse av moderniseringen av hjemmetjenesten på 1970-, 1980- og 1990-tallet. Hun gjør analysene med utgangspunkt i en modell som beskriver ulike faser av - og former for makt knyttet til ulike epoker. Christensen skriver om lovendringene som førte til at ansvaret for sykehjemmene ble overført til kommunene i 1988, og til samme kontekst kobler hun reduksjonen i antallet liggedøgn i sykehusene. I følge Christensen blir konsekvensen av utviklingen at den hjemmebaserte omsorgen får flere oppgaver for å lette presset på sykehusene.⁴¹

I forbindelse med at Skaset skriver om organisatoriske reformer i det offentlige helsevesenet, drøfter hun forholdet mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus. På den ene siden viser hun til tiltak for å øke den kommunale handlefriheten eksemplifisert gjennom nytt inntektssystem⁴² i 1986 og ny kommunelov⁴³ i 1992. På den andre beskriver hun hvordan staten gjør endringer i de øremerkede tilskuddene, og tilfører stadig nye velferdsoppgaver i så stort omfang og kompleksitet at det reelt sett ikke blir større handlefrihet for kommunene.⁴⁴ Hun bruker kommunehelsereformen i 1984, overføringen av ansvaret for sykehjemmene til

³⁶ Byrkjeflot og Grønlie (2005) s. 207.

³⁷ Vike (2002)

³⁸ Christensen (2005)

³⁹ Skaset (2003)

⁴⁰ Vike (2002) s. 73 – 75.

⁴¹ Christensen (2005) s. 9.

⁴² Det nye inntektssystemet baseres på rammetilskudd med formål om at kommunene skulle fordele pengene slik de mente var rett. Hentet fra: Skaset (2003) s. 504.

⁴³ Loven gir kommunene større frihet til å organisere sin virksomhet. Hentet fra: Skaset 2003.

⁴⁴ Skaset (2003)

kommunene i 1988, HVPU (helsevern for psykisk utviklingshemmede) -reformen⁴⁵ i 1991 og nedbygging av fylkeskommunale institusjonsplasser både innenfor psykisk helsevern og somatikk som eksempel på reformer som medførte at kommunene fikk mange nye oppgaver. Ifølge Skaset ble pasientene samtidig utskrevet stadig raskere fra sykehusene, noe som medførte at en større del av behandlingen måtte skje i kommunehelsetjenesten. Skaset slår med bakgrunn i ovennevnte fast at spørsmål om fordeling av ansvar og kostnader er årsak til konflikt mellom kommunehelsetjenesten og sykehus.⁴⁶

I mitt videre arbeid vil det være interessant å analysere statens rolle i reformprosessene, og undersøke om kildene sannsynliggjør at kommunene blir satt i en situasjon som gjør det vanskelig for dem å ivareta sin rolle i samarbeidet med sykehusene.

1.3.3 Effektiviseringspolitikk og økonomiske incentiver

Ole Berg har skrevet om helsepolitikk og økonomi, og står for en forklaringsmodell der alle utviklingstrekk beskrives med utgangspunkt i enten politikk eller økonomi. Berg mener økonomiske prioriteringer på slutten av 1970-tallet overtok mye av den sentrale rollen helsepolitikken hadde hatt.⁴⁷ Han får støtte av Maren Skaset⁴⁸ og Halvard Vike⁴⁹ som mener bekymringer for kostnadsutvikling og krav om effektivisering medfører at økonomiske incentiver blir viktige når utviklingen av helsetjenesten skal forklares. Flere av endringsprosessene i helsetjenesten involverer systemer som er brukt i finansiering- og styring av første - og andrelinjetjenesten. Styrings- og finansieringssystemene som var i bruk på 1980 og 1990-tallet medførte endringer i forholdet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Både LEON-prinsippet⁵⁰ og ISF-ordningen⁵¹ kan brukes som forklaring på hvordan kommunene fikk overført flere og mer ressurskrevende oppgaver fra de fylkeskommunale sykehusene. Jeg vil derfor arbeide videre med finansieringssystemer som mulige forklaringer

⁴⁵ Ansvar for psykisk utviklingshemmede ble gjennom denne reformen overført fra et døgnbasert institusjonstilbud i fylkeskommunen til kommunene. De utviklingshemmede fikk samtidig rett til egen bolig og kommunale tjenester på linje med befolkningen for øvrig. Hentet fra: Ibid. s. 501

⁴⁶ Ibid. s. 500 – 503.

⁴⁷ Berg (2005) Side 38-80.

⁴⁸ Skaset (2003)

⁴⁹ Vike (2002)

⁵⁰ Lavest Effektive Omsorgs Nivå = Pasientene skulle behandles på lavest mulig nivå for å forebygge ressursløseri, men på et høyt nok nivå til at behandlingen ble medisinsk forsvarlig. Berg (2005) Side 56-60.

⁵¹ ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning der deler av sykehusenes inntekter kommer som følge av antallet behandlede pasienter og deres diagnoser. ISF bygger på et pasientklassifiseringssystem (DRG) og kostnadsvekter som viser det relative ressursbehovet mellom ulike pasientgrupper. Hentet fra: Sosial- og helsedirektoratet. (2007)

på samhandlingsproblemer. Økonomiske virkemidler som er omtalt i mitt kildemateriale, og som i tillegg kan forklare samhandlingsproblemer, blir derfor viktige i det videre arbeidet.

1.4 Kilder

I dette delkapitlet vil jeg beskrive kildematerialet jeg har lagt til grunn for arbeidet med oppgaven, og hvilke spørsmål materialet er egnet til å besvare.

1.4.1 Sentrale dokumenter i lovprosesser

Etter som fokuset i oppgaven er på lovprosessers betydning for samhandling er mine kilder i hovedsak offentlige dokumenter. Sentrale kilder i oppgaven vil være offentlige utredninger, høringsdokumenter, stortingsmeldinger, proposisjoner, innstillinger fra Stortingets fagkomiteer og referat fra forhandlinger i Odelstinget.⁵²

To av de offentlige utredningene jeg har brukt som kilder er spesielle ved at begge leverte innspill til samme lovprosess. NOU 1979:10 "Helsepolitikken" ble utredet av Hovedkomiteen som var ansvarlig for en rekke andre utredninger på 1970-tallet. Komiteen var oppnevnt av Kommunaldepartementet og var derfor sentral i utviklingen av kommunal sektor.⁵³ Det andre utvalget som la føringer for kommunehelsetjenestereformen var oppnevnt av Sosialdepartementet. Dette utvalget ble kalt "Nyhus-utvalget" etter lederen Per Nyhus. Utvalget avga NOU 1979:28 "Helse og sosialtjenesten i lokalsamfunnet"⁵⁴ som var en svært grundig og omfattende utredning. Utredningene var derfor sentrale i arbeidet med kommunehelsetjenestereformen.

Jeg har undersøkt høringsuttalelser på utredninger både forut Kommunehelsetjenestereformen og Sykehjemsreformen fordi jeg ønsket å finne ut om høringsinstansene hadde synspunkter som ikke kom fram i lovprosessen. Dernest fordi jeg har hatt interesse av å finne ut av departementets saksbehandling i forbindelse med den aktuelle utredningen. Jeg ønsker å finne ut om høringssvarene har tatt opp problemstillinger som kan ha påvirket samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og sykehus. De gir også et

⁵² Fra 01.10.09 ble lovbehandlingen endret. Nå behandles ikke lovsaker i Odelstinget og lagtinget lengre. I dag behandles disse sakene ved at de tas opp i to omganger i Stortinget.

⁵³ NOU 1979:10 Side 7-9. Utredningen er en av flere fra "Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen" som hadde som mandat å arbeide for desentralisering og demokratisering av lokalforvaltningen. Komiteen ble etablert av Regjeringen Bratteli høsten 1971. Komiteen hadde Dagfinn Juel (A) som formann. Se www.regjeringen.no (2009)

⁵⁴ Schiøtz (2003) Side 365. Nyhus var statssekretær i Sosialdepartementet og lege av utdanning. Nyhus-utvalget skulle utrede finansieringsordninger samt oppgave og ansvarsfordeling for helsetjenesten utenfor institusjon, og for sosialtjenesten.

grunnlag til å forstå sider ved lovforslaget som kanskje ikke kommer fram i den politiske debatten, og nyansere bildet av hvilke utfordringer i helsetjenesten som er mest aktuelle.

Sykehjemsmeldingen, St. meld. nr 68 (1984-85) ”Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste”, er en sentral kilde fordi den resulterte i at Stortinget fattet et vedtak, som senere ble omtalt som et prinsippvedtak, om at ansvaret for sykehjemmene skulle flyttes fra fylkeskommunene til kommunene.⁵⁵ Lovforslaget, Ot.prp. nr. 48 (1985-86), som medførte de lovendringene som innebar at sykehjemmenes driftsansvar ble flyttet, bygget på Sykehjemsmeldingen. Denne meldingen er også spesiell fordi NOU 1982:10, Nyhus-utvalgets andre delinnstilling, fulgte meldingen som særskilt vedlegg. Denne utredningen ble avgitt mens arbeidet med kommunehelsetjenestereformen pågikk og ble et av saksdokumentene i Sykehjemsreformen. Utredningen svarte på problemstillinger som hadde betydning for begge reformer, og på den måten bidro meldingen på en måte til å binde de to reformprosessene sammen.

Odelstingsproposisjonene forut for alle de tre reformprosessene er viktige kilder fordi de presenterer hvilket syn regjeringene på ulike tidspunkt hadde på samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Dernest er proposisjonene viktige som kilder fordi de vil kunne fortelle hvilken prioritet samhandlingsspørsmål hadde i de aktuelle periodene, hvilken form for samhandling ulike regjeringer var opptatte av, og hvilke grep som ble foreslått for å løse samhandlingsproblemer. Lovprosessen knyttet til kommunehelsetjenestereformen er spesielt interessant fordi to forskjellige regjeringer la fram hver sine lovforslag til samme sak.⁵⁶ En konsekvens av dette er at jeg får en mulighet til å undersøke om de to proposisjonene presenterte forskjellige politiske prioriteringer, og om disse førte til at det ble gjort ulike vurderingene i forhold til spørsmål som hadde med samhandling mellom sykehus og helsetjenesten i kommunene å gjøre.

Lovendringer som legger betingelsene for reformer må i noen tilfeller følges opp av ytterligere vedtak for å få effekt. Lovtekst som pålegger kommuner og fylkeskommuner samarbeid, har mindre betydning hvis tiltak som krever ressurser ikke etterfølges av økonomiske tiltak. Det samme gjelder hvis ressurskrevende samhandlingstiltak vedtas samtidig med at det legges fram krav om budsjettkutt. Jeg har derfor undersøkt statsbudsjett og kommuneproposisjoner samt den politiske debatten rundt disse.

⁵⁵ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 5.

⁵⁶ Stortingsvalget høsten 1981 førte til regjeringsskifte, regjeringen Brundtland I ble erstattet av Willoch I. Arbeiderpartiregjeringen hadde lagt fram Ot.prp. nr. 36 (1980-1981), men den ble ikke behandlet før valget. Så tok Høyre over, og de videreførte lovarbeidet men la fram sin egen proposisjon.

1.4.2 Vurdering av kildene

Jeg har lest og analysert en stor mengde offentlige dokumenter med forskjellige innfallsvinkler som i noen sammenhenger overlapper hverandre. Dette har gjort det krevende å holde oversikt og se hva som har betydning for mitt tema. I noen grad har også kildene behandlet samme tema, men med forskjellige oppdragsgivere. I kommunehelsetjenestereformen hadde to forskjellige departement begge oppnevnt offentlige utvalg som behandlet samhandlingsspørsmål. Senere i denne reformprosessen ble det også lagt fram to odelstingsproposisjoner fra forskjellige regjeringer til samme lovendring. De to lovprosessene på 1980-tallet pågikk i perioder med flere regjeringsskifter og en ustabil parlamentarisk situasjon.⁵⁷ Den manglende politiske stabiliteten har gjort det utfordrende å se hvilken kontekst de ulike kildene er påvirket av, noe som har gjort tolkingen av kildene krevende. Jeg har imidlertid forsøkt å kompensere for dette ved at jeg har tilegnet meg kunnskap om den politiske situasjonen som preget 1980-tallet. Aktuelle saklige og strategiske forhold som preget de politiske miljøene har derfor inngått i mine analyser. Dessuten har jeg gjennomgått kilder som gir innsikt både i prosessen forut for proposisjonene og forhandlingene i Stortinget.

1.4.3 Historiker, sykepleier og tillitsvalgt

I perioden mellom 1984 og 1994 arbeidet jeg som sykepleier på sykehus og i sykehjem. Jeg fikk praktisk erfaring, og min første interesse for samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus i denne perioden. Sykehusets oppfatning av når pasientene var utskrivingsklare stemte ikke alltid overens med når kommunehelsetjenesten var mottaksklar. Dette skapte frustrasjoner og diskusjoner helsepersonellet mellom, og ikke minst uverdige forhold for pasienter. Jeg har arbeidet med konsekvensene av samhandlingsproblemer, og har muligens vært med på å påvirke utviklingen av dem i verv som tillitsvalgt, som medlem av sykehusstyre og i jobb som leder i sykehus i perioden før og like etter foretaksreformen i 2002. I løpet av de siste 7 årene har jeg som ansatt i Norsk Sykepleierforbund vært engasjert i samhandlingsproblematikken blant annet i forbindelse med organisasjonsendringer og seminarer der temaet har blitt tatt opp i form av foredrag og debatt.

⁵⁷ I stortingsperioden 1981-85 hadde partiene med regjeringsmakt totalt 79 seter i Stortinget, de andre partiene hadde 76. H (53) regjerte med støtte fra KrF (15) og Sp (11) til 1983. Deretter dannet de tre partiene felles regjering som varte til 1986. I første del av stortingsperioden 1985-89 hadde regjeringen 78 seter og de øvrige 79. H-50 seter, KrF-16 og Sp-12. Arbeiderpartiet overtok i 1986. Partiet hadde 71 seter og fikk støtte fra SVs 6. FrP hadde 2. Kilde: www.stortinget.no. Ulike regjeringer 1970-2005: Borten – 71, Bratteli I 71-72, Korvald 72-73, Bratteli II 73-76, Nordli 76-81, Brundtland I 81, Willoch 81-86, Brundtland II 86-89, Syse 89-90, Brundtland III 90-96, Jagland 96-97, Bondevik 97-00, Stoltenberg I 00-01, Bondevik II 01-05. Hentet fra www.regjering.no

Det er klart at min bakgrunn har betydning for arbeidet med oppgaven. Den har gitt meg relevant kunnskap om forskningsfeltet, og min praktiske erfaring er langt på vei fra samme kontekst som kildene. Jeg har brukt hele min erfaringsbakgrunn som referanse i tolkingen av kildene. Den har bidratt til å supplere og bekrefte, men også til at jeg har lagt vekk synspunkter jeg trodde kunne ha betydning. Jeg hadde oppfatninger og antagelser om hvordan helsetjenesten fungerer, og hvilke utfordringer som har forårsaket samhandlingsproblemene før jeg startet forskningsarbeidet. Min forutforståelse av samhandlingsproblemene kan også ha gitt meg problemer ved at det langvarige engasjement har knyttet meg for nær til feltet. Dette kan ha ført til at jeg ikke har stilt spørsmål ved områder jeg burde, fordi svarene for meg framsto som opplagte. Slik kan sider ved temaet rett og slett ikke være kommet fram. Videre er jeg oppmerksom på at min nære tilknytning til Norsk Sykepleierforbund over mange år kan ha gitt meg en ”ryggmargsrefleks” på argumentasjon for de helsepolitiske synspunkter forbundet står for. Jeg mener allikevel at kombinasjonen historiker, sykepleier og tillitsvalgt først og fremst har gitt fordeler i dette forskningsprosjektet.⁵⁸

2. Etablering av helsetjenester på flere forvaltningsnivå

Arbeidet med å analysere ulike dimensjoner av nivåproblemene i helsetjenesten vil kunne forenkles hvis vi kjenner til hvorfor helsetjenesten i utgangspunktet ble organisert i ulike forvaltningsnivåer. Utviklingen som førte til at ansvaret for sykehusdrift ble lagt i fylkeskommunene og den øvrige helsetjenesten i kommunene, la premissene for samhandlingsproblemer som hadde sin bakgrunn i at to ulike politiske og administrative styringsnivå skulle styre helsetjenesten. I dette kapitlet vil jeg forklare hvorfor det ble slik. Hvilke utfordringer og utviklingstrekk førte til organisering av sykehus i et nivå og den øvrige helsetjenesten i et annet? Jeg vil også presentere organisasjonsendringer som førte til nye måter å samhandle på, og undersøke om helsetjenestens utvikling førte til samhandlingsproblemer mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Kapitlet vil først og fremst ta for seg perioden mellom 1945 og 1980. Etterkrigsperioden er viktig fordi oppbyggingen etter krigen også ble starten på etableringen av et moderne sykehusvesen. På 1950-, og 1960-tallet ble sykehusenes og sykehjemmenes funksjoner endret, og den øvrige helsetjenesten fant sin form. Hele perioden er preget av utbygging, dette er spesielt tydelig på

⁵⁸ Om hermeneutisk metode, se Gilje og Grimen (1993) samt Kjeldstadli (1999)

1960- og 1970-tallet. Kapitlet avsluttes rundt 1980 fordi arbeidet med kommunehelsetjenestereformen er i full gang da, og den er tema for neste kapittel i oppgaven.

2.1 Fylkeskommunene fikk forvaltningsansvar for sykehus

Sykehusloven ble iverksatt 01.01.1970 og førte til at fylkeskommunene fikk ansvaret for utbygging og drift av sykehus.⁵⁹ Loven kom ikke rekende på ei fjøl, allerede i 1946 etterlyste helsedirektøren, Karl Evang, en sykehuslov. Han arbeidet deretter for å få satt i gang lovarbeidet, noe som ikke bar frukter før i 1957, da Gerhardsens tredje regjering oppnevnte ”Komitèen til utredningen av sykehusordningen” (Sykehusordningskomitèen). Komitèen avga hovedinnstillingen i 1963 og denne dannet grunnlaget for sykehusloven. Mandatet til Sykehusordningskomiteen var å legge fram forslag til hvilken instans som skulle ha ansvaret for bygging, drift og finansiering av sykehus.⁶⁰ Evangs initiativ og Gerhardsens iverksetting av lovarbeidet var en naturlig konsekvens av sykehusutviklingen i etterkrigstiden.

2.1.1 Sykehusutbygging og utvikling uten samlet styring

Den medisinske og teknologiske utviklingen hadde allerede fra 1930-tallet bidratt til at det ved enkelte sykehus ble utviklet egne avdelinger for kirurgi, indremedisin og røntgen.⁶¹ I løpet av andre halvdel av 1940-årene hadde sykehusene utviklet seg til å bli institusjoner med det samme ansvarsområdet som i dag. De ivaretok undersøkelse, behandling og pleie av pasienter med alvorlige sykdommer. Forskningen og utdanningen av helsepersonell var i tillegg etablert som sykehusfunksjoner, det samme var fødslene. Sykehusene hadde gjennomgått svære faglige og strukturelle endringer i løpet av få ti-år. Utviklingen fra kun å være oppbevaringsinstitusjoner for syke fattige ved århundreskiftet var stor.

Endringene var imidlertid ikke styrt av staten, og det var tilfeldig hvem som tok initiativ til nybygg. Kommuner, fylkeskommuner og staten stod for størstedelen av utbyggingen. 20 prosent av sykehusene var private og ble bygd som følge av testamentariske gaver fra enkeltpersoner, men også kvinneforeninger og religiøse eller frivillige organisasjoner etablerte sykehusdrift. Sykehusene ble bygd etter lokale initiativ når noen hadde identifisert et behov og de økonomiske forutsetningene var til stede.⁶²

⁵⁹ Loven omfattet også sykestuer, fødehjem, sykehjem og sykehoteller.

⁶⁰ Sykehusordningskomitèen (1963) Side 3.

⁶¹ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 14.

⁶² Schiøtz (2003) Side 318 – 326.

Sykehusenes størrelse og funksjon ble med andre ord vurdert ut fra snevre lokale interesser, og ikke sett i en større sammenheng. Da bosettingen i Norge var spredt, og kommunikasjonen dårlig, var det mange lokalsamfunn som så behov for å bygge sykehus. Dette medførte at det ble bygd et stort antall små sykehus rundt i landet,⁶³ noe som var nødvendig på grunn av store avstander og vanskelige kommunikasjonsforhold. Samtidig var det erkjent at for mange sykehus og for stor spredning av disse hadde negative sider fordi *”små enheter gjerne er en fare for kvaliteten, både fordi de har vanskelig for å holde tilstrekkelig allsidig kvalifisert betjening, og fordi de har liten evne til å konkurrere om de beste krefter innen vedkommende spesialitet”*.⁶⁴ Dette synet ble presisert da regjeringen Borten la fram forslaget til lov om sykehus. Den var tydelig på at det var behov for en sterkere sentralisering av sykehusene, og at det måtte arbeides for at hvert fylke fikk etablert et sykehus med de vanligste spesialitetene.⁶⁵

Det ble prioritert å bygge alminnelige sykehus,⁶⁶ men det ble etablert mange andre typer sykehus også. I 1964 var det registrert i alt 20 ulike typer sykehus⁶⁷, og ansvaret for driften av disse var på samme måte som utbyggingen lagt både til staten, fylkeskommuner, kommuner og private. Sykehusene var inndelt etter hvilke typer sykdommer de kunne ivareta, institusjonenes størrelse og hvilke funksjoner de var ansvarlige for. Det var etablert et oppsplittet sykehusvesen med mange ulike typer institusjoner hvor det i mange tilfeller var uklart hvilke funksjoner de enkelte skulle ivareta. Da regjeringen Borten la fram lovforslaget slo den fast *”at det i våre dager finnes et nær sagt forvirrende antall forskjellige typer av sykehus og nær beslektede helseanstalter eller helseinstitusjoner”*.⁶⁸ Regjeringen mente likevel at en slik differensiert sykehusdrift ville fortsette, men at den i framtiden måtte styres gjennom en samlet planlegging og koordinering hvis utviklingen skulle være forsvarlig. Lovprosessen måtte blant annet ta hensyn til at enkelte sykdommer som tidligere krevde sykehusinnleggelse, nå kunne behandles av helsetjenesten utenfor. På den andre siden måtte

⁶³ St.meld.nr.9 (1974) Side 13-14.

⁶⁴ Sykehusordningskomiteen (1963) Side 22. Se også Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) Side 13: I perioden 1920-30 ble det bygd i alt 104 småsykehus. Side 126-130: I 1968 var det registrert 117 sykehus i landet, hvorav 14 i Oslo og 9 i Hordaland.

⁶⁵ Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) Side 82.

⁶⁶ Sykehus som ligner dagens somatiske lokalsykehus med funksjonene indremedisin, kirurgi og røntgen. Se Ot. prp. nr. 36 (1967 - 68) side 13-14 og side 16.

⁶⁷ Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) Side 14-15. Eksempel på sykehustyper: Universitetsklinikker, Tre-delte sykehus, sykestuer, tuberkulosesanatorier, kreftsykehus, reumatisesykehus, epileptikersykehus og spedalske sykehus.

⁶⁸ Ibid. Side 74.

de folkevalgte være oppmerksomme på at den medisinske utviklingen hadde medført at noen sykdomstilstander krevde sentralisering i større enheter.⁶⁹

Til tross for at det var etablert mange sykehus rundt i landet, var det i 1946 likevel anslått et udekket behov på 18000 sykehusplasser. Fem år senere var antallet plasser bare økt med 500.⁷⁰ På 1950-tallet og langt inn på 1960-tallet hadde derfor utbygging av flere sykehussenger førsteprioritet i sykehusutviklingen.⁷¹ Sykehusutbyggingen skjøt da også fart, og i perioden mellom 1950 og 1963 ble det bygd elleve nye sykehus i landet. Til tross for massiv utbygging i denne perioden var det fortsatt for få sykehusplasser, og fordelingen fylkene i mellom var svært ujevn. Tilgangen på sykehustjenester ble avhengig av hvor en bodde.⁷² Sykehusordningskomitèen understreket imidlertid at det var uklart hvilke institusjoner som kunne kalles sykehus. *”En avgrensing av sykehusbegrepet er stort sett akseptert og anvendt når det gjelder forholdet til sykestuen, som ennå anses som en nødvendig type av medisinsk institusjon i visse deler av vårt land med sparsom befolkning og lange kommunikasjoner. Derimot er avgrensingen mindre klar når det gjelder medisinske institusjoner som vesentlig har pleieoppgaver.”*⁷³ Lov om sykehus skulle blant annet rydde opp i ansvar og roller innen institusjonshelsetjenesten slik at sykehjemmenes plass i den framtidige helsetjenesten ble avklart.

2.1.2 Sykehjemmene burde være minisykehus

Sykehjemmene hadde en lang historie, og ivaretok ulike funksjoner i forskjellige tidsepoker og deler av landet. Forløperen til sykehjemmene, gamle - og pleiehjemmene, endret seg på slutten av 1800-tallet fra et oppbevaringstilbud for fattige, til å bli et tilbud for gamle som trengte tilsyn og pleie.⁷⁴ På midten av 1950-tallet ble det tatt til orde for at disse institusjonene først og fremst skulle ta seg av syke mennesker, men det var først med Sykehusordningskomitèen på begynnelsen av 1960-tallet det ble foreslått at sykehjemmene burde ha en mer aktiv og kurativ rolle. *”De moderne sykehjem svarer til en enklere type sykehus som kan ta seg av pasienter som ikke trenger å ligge i de kostbare sykehussenger ved*

⁶⁹ Ibid. Side 74-75.

⁷⁰ Sykehusordningskomitèen (1963) Side 7.

⁷¹ St.meld.nr.9 (1974) Side 13 - 14. Utbyggingen i perioden 1950-63 resulterte i 5455 nye sykehussenger.

⁷² Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) Side 14-16. I Oslo var det 9,9 sengeplasser i sykehus pr. 1000 innbyggere. I Sogn og Fjordane var det 2,9.

⁷³ Sykehusordningskomitèen (1963) Side 14. Se også Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) side 13.

Sykehusordningskomitèen kartla alle sykehus i 1959-60 og endte opp med 433 institusjoner. Dette var ikke bare vanlige sykehus, men også spesialsykehus, sykehjem, aldershjem, sykestuer og fødehjem. Side 60-67.

⁷⁴ NOU 1992:1 Side 111. Betegnelsen alders- og sykehjem ble tatt i bruk på 1950-tallet.

akuttpsykehus.⁷⁵ Lovforarbeidene la med andre ord opp til at sykehjemmenes funksjonsområde skulle flyttes nærmere sykehusenes. Dette var også tema i Stortinget hvor det var enighet om at det var nødvendig å få på plass bedre koordinering og integrering av helsetjenestene. Forvaltningsansvaret for sykehjemmene burde legges til fylkeskommunene, og behovet for å se helsetjenesten i og utenfor institusjon i sammenheng, ble understreket. *”Mange av våre kostbare sykehusplasser er i dag belagt av pleiehjemspasienter fordi vi mangler pleiehjems plasser og fordi syketrygden ikke dekker utgiftene ved opphold i pleiehjem”*.⁷⁶ Viktigheten av samhandling mellom sykehusene og sykehjemmene ble på denne måten et tema uten at dette ble drøftet særskilt i lovprosessen. Sykehusordningskomitèen omtalte imidlertid samhandling på samme forvaltningsnivå. Den mente at rasjonell drift var vanskelig fordi koordineringen mellom sykehusene i et og samme fylke var for dårlig.⁷⁷

Sykehjemmene fikk en sentral plass i lovprosessen og det ble understreket at de var viktige i den videre utviklingen av helsetjenesten. Standarden på dem måtte rustes opp slik at sykehusene kunne få overført pasienter og få frigjort behandlingsplass. *”Etter komiteens oppfatning er det derfor nødvendig å gi den videre utbygging av våre sykehjem høy prioritet.”*⁷⁸ Stortinget la vekt på å avlaste akuttpsykehusene og dekke en del av sykehusbehovet ved å bygge flere sykehjem. Det var imidlertid ikke lagt til rette for en finansieringsordning som sørget for tilstrekkelig utbygging av sykehjem, og regjeringen mente det var behov for at den nye lovgivningen måtte sikre institusjonenes økonomi. I lovforslaget ble det beskrevet som et hovedproblem å få til ordninger som både utnyttet begrensede ressurser på en best mulig måte, og som kunne bidra til en bedre prioritering av nye oppgaver mellom forskjellige sektorer av helsetjenesten.⁷⁹ Regjeringen Borten fastslo at sykehjemmene skulle finansieres på samme måte som sykehusene, og *”at den kurtakst som syketrygden skal betale i prinsippet skal svare til 85% av driftsutgiftene for vedkommende pasient”*.⁸⁰ Forslaget skulle på denne måten rette opp i kapasitetsproblemene i sykehusene som skyldtes de pasienter som kunne fått dekket sine behov for helsehjelp utenfor sykehusene.

⁷⁵ Sykehusordningskomitèen (1963) Side 20.

⁷⁶ Innst.O. XV (1968-69) Side 13.

⁷⁷ Sykehusordningskomitèen (1963) Side 17.

⁷⁸ Innst.O. XV (1968-69) Side 13.

⁷⁹ Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) Side 98.

⁸⁰ Ibid. Side 101.

Mangelen på sykepleiere og leger ble drøftet grundig, og det ble understreket at mangelen på fagfolk ikke bare ville begrense utviklingen av helseinstitusjonene, men hele helsetjenesten.⁸¹ Mangel på personell førte til at pasienter som kunne vært ivaretatt på et mindre avansert behandlingsnivå enn sykehusene opptok sykehussenger. På slutten av 1960-tallet ble det imidlertid ikke drøftet hvorvidt mangelen på sykepleiere og leger kunne bidra til at samhandlingen mellom sykehusene og helsetjenesten utenfor kunne bli skadelidende. Det ble lagt fram alvorlige og velbegrunnende bekymringer knyttet til personellmangel og etablering av mange små sykehus uten statlig styring rundt i landet. Disse utgjorde en viktig grunn til at en lovregulering av sykehusene presset seg fram.

Helsetjenestens utfordringer i etterkrigstiden gjorde sykehusreformen nødvendig. Det var stort behov for å rydde i sykehusstrukturen, øke sykehusenes kapasitet og regulere utbyggingen slik at tilbudet på sykehustjenester ble rettferdig fordelt mellom fylkene. Videre måtte det avklares hvilke institusjoner som skulle regnes som sykehus, og det måtte ryddes opp i hvilke funksjoner de enkelte institusjonene skulle ivareta. På slutten av 1960-tallet var det erkjent at noen pasienter som tidligere trengte sykehusinnleggelse kunne behandles av helsetjenesten utenfor. Samtidig slo myndighetene fast at det var nødvendig å sentralisere enkelte sykdomstilstander i større enheter for å kunne gi god kvalitet på behandlingstilbudet. Disse utviklingstrekkene førte til lovregulering av sykehustjenestene, og var indirekte årsak til at fylkeskommunene fikk forvaltningsansvaret for sykehusene og i neste omgang at den norske helsetjenesten ble lagt til to ulike forvaltningsnivå.

2.2 Sykehusene og den øvrige helsetjenesten ble behandlet adskilt

I samme periode som forarbeidet til sykehusloven pågikk hadde også helsetjenesten utenfor sykehusene store utfordringer. Den var dårlig utviklet og hadde for dårlig kapasitet. Offentlige helsetjenester utenfor sykehus med de tilbud vi kjenner i dag, var først etablert ved inngangen til 1970-tallet.⁸² De hjemmebaserte helse- og sosialtjenestene har med andre ord en langt kortere historie som offentlige tjenestetilbud enn institusjonene.

Det er ikke tvil om at helsetjenestene utenfor sykehusene, på samme måte som sykehusene, stod overfor utfordringer det måtte arbeides med.⁸³ Helsetjenesten manglet en samlet og overordnet styring totalt sett, og den delen av helsetjenestene som ikke tilhørte

⁸¹ Ibid. Side 48-57.

⁸² NOU 1992:1 Side 111. Statstilskudd for å drive hjemmesykepleien ble etablert i 1959 og først i 1969 ble den samme ordningen iverksatt for hjemmehjelpstjenestene.

⁸³ Innstilling om sykehusordningen. Innstilling II (1963) Se mandatet side 3.

sykehusene var også i behov for forbedringer og kapasitetsøkning. Jeg vil derfor hevde at regjeringen Gerhardsen kunne ha bedt om en samlet utredning av helsetjenesten. Det er mulig å tenke seg at dette kunne ha ført til at forvaltningsansvaret for helsetjenesten ble lagt til samme nivå. Nå ble ikke dette diskutert som et alternativ. Jeg mener en årsak til dette var at regjeringen Gerhardsen III valgte å igangsette et arbeid som kun skulle utrede sykehusene og foreslå forbedringer i denne delen av helsetjenesten. Stortinget fikk ikke presentert en samlet utredning for hele helsetjenesten, og det fikk derfor heller ikke gode forutsetninger for å vurdere om all helsetjeneste burde samles i et forvaltningsnivå. Det ble heller ikke foretatt vurderinger av konsekvenser for den øvrige helsetjenesten av de endringene som ble iverksatt i sykehusene. Iverksettingen av sykehusloven førte rett nok til at en tilsvarende lovprosess ble satt i gang for helsetjenesten utenfor sykehus. Dette ble imidlertid en helt ny prosess mange år senere med andre deltakere og andre forutsetninger. I tillegg var det nå bare helsetjenesten utenfor sykehusene som ble utredet, og det var forvaltningsansvaret for denne som skulle plasseres.

Arbeidet med å strukturere det norske helsevesenet og fordele ansvar fortsatte som vi vet etter at sykehusloven var iverksatt i 1970, og nå fikk de offentlige helsetjenestene utenfor institusjon slik vi kjenner dem i dag sin form. Utviklingen på 1970-tallet formet helsetjenesten utenfor institusjon, og lå til grunn for Stortingets vedtak til lov om helsetjenesten i kommunene i 1982.⁸⁴ Gjennom denne loven ble forvaltningsansvaret for helsetjenestene som ikke tilhørte sykehusene lagt til kommunene, og helsetjenestene var nå formelt plassert i to ulike forvaltningsnivå. Dermed var grunnlaget for samhandlingsproblemer som skyldtes forskjellige forvaltningsnivå etablert.

2.3 Regionalisering og nivådeling av helsetjenesten

Regjeringen Bratteli II mente at sykehussektoren hadde gjennomgått en omfattende faglig utvikling og at kapasiteten var hevet mye i første halvdel av 1970-tallet. Det var imidlertid en hake ved utviklingen, Sykehusloven hadde bidratt til flere ansatte, økte investeringer i utstyr og bygninger, samt økte driftsutgifter. I departementet var man bekymret for utviklingen i sykehustjenesten og mente at: *”Økningen i ressursforbruket har vært så stor at den er i ferd med å bli et alvorlig samfunnsproblem”*.⁸⁵ Jeg vil anta at regjeringens bekymringer for

⁸⁴ Besl. O. nr. 6 (jfr. innst. O. nr. 7) (1982)

⁸⁵ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 30. Saksordføreren i Sosialkomiteen, Gunnar Hvasovd (A), mente denne Stortingemeldingen var et av de viktigste sosialpolitiske dokument som var framlagt i den senere tid. Se Forhandlinger i Odelstinget (6. mai 1975) Side 3983.

ressurssituasjonen hadde sammenheng med den generelle økonomiske situasjonen landet stod overfor. Konjunktorene snudde nemlig omkring 1970 og den jevne økonomiske veksten fra 1945 var over, noe som førte til at stabiliteten i den norske økonomien ble brutt.⁸⁶ Som vi så i forrige kapittel har litteraturen påpekt hvordan økonomiske prioriteringer og effektivisering på 1970-tallet ble styrende for utviklingen av helsetjenesten.

På midten av 1970-tallet var regjeringen, som ti år tidligere, bekymret på grunn av personellmangel i helsetjenesten, men påpekte i tillegg store utfordringer når det gjaldt utgifter til bygging og drift av helseinstitusjoner. Ressurskrisen i sykehusene hadde delvis sin forklaring i at de hadde blitt utsatt for et stadig større press. Antallet innleggelser hadde økt i mye større grad enn antall nye behandlingsplasser, noe som førte til kortere liggetid og høyere beleggsprosent. Sykehusene hadde lange ventelister, og det skyldtes langt på vei et annet problem som var presentert allerede under arbeidet med sykehusloven fem-seks år tidligere. De fikk ikke skrevet ut pasienter etter endt behandling, og regjeringen fastslo at *"I stigende grad beslaglegges sengeplasser i norske sykehus av pleiepasienter fordi man mangler sykehjemsplasser, hjemmesykepleie m.v. som kan ta over pleiepasienter etter endt sykehusopphold."*⁸⁷

I denne situasjonen tok regjeringen Bratteli II til orde for at det burde etableres en ny politikk der ressursene i helsetjenesten kunne utnyttes på en bedre måte. I stedet for å etablere enda flere sykehusplasser burde man nå øke kapasiteten i sykehjemmene og primærhelsetjenesten, samt i sykehusenes poliklinikker.⁸⁸ Regjeringen framholdt videre at en av hovedmålsettingene med utviklingen av helsetjenesten, og løsningen på sykehusenes ressursproblemer, var å bygge ut sykehjemmene og primærhelsetjenesten slik at etterspørselen etter dyre sykehusplasser ble redusert.

2.3.1 Helsetjenestene ble knyttet til forvaltningsnivå

Brattelis andre regjering foreslo å gjøre overordnende og strukturelle grep i organiseringen av helsetjenesten for å utnytte ressursene på en bedre måte. Den fastslo at: *"Tiden synes nå moden til å fastlegge en felles organisatorisk struktur for alle typer helsetjenester"*.⁸⁹ Regjeringen mente det måtte organisatoriske grep til for at koordineringen av tjenestene skulle bli bedre og derigjennom også ressursutnytingen. Fram til 1974 hadde det vært vanlig

⁸⁶ Sejersted (2005) Side 361-362.

⁸⁷ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 18.

⁸⁸ Ibid. Side 39.

⁸⁹ Ibid. Side 51.

å dele helsetjenesten i to. Helsetjenesten i institusjonene – og helsetjenesten *utenfor* institusjonene. Nå ville regjeringen ha slutt på denne inndelingen av helsetjenesten, blant annet fordi begrepene signaliserte to adskilte og uavhengige tjenester.⁹⁰ Den foreslo derfor at de ulike tjenestene skulle planlegges, organiseres og budsjetteres samlet og styres gjennom de etablerte forvaltningsnivåene. Den foreslo å innføre regionaliseringsprinsippet, som var *”et system hvor hver organisatoriske enhets plass i det totale bilde er entydig bestemt, både funksjonelt og administrativt.”*⁹¹ Regionalisering innebar at befolkningen innenfor et geografisk område, en region som bestod av flere fylker, skulle få ivaretatt alle sine behov for helsetjenester i en sammenhengende kjede. Forslaget innebar å organisere helsetjenesten i en hierarkisk struktur av tjenestetilbud hvor hvert organisasjonsnivå og hver enkelt enhet innenfor nivåene fikk et klart definert ansvar for funksjonene de skulle ivareta. Struktureringen av nivåene skulle ta hensyn til hvilke ressurskrav de ulike tjenestene krevde, og baseres på økende grad av spesialisering. Det ble lagt vekt på at regionaliseringen skulle legge til rette for effektivitet og økonomisk rasjonalitet.

Regionaliseringen skulle etableres ved at det ble etablert tre hovednivå av helsetjenester hvor ”Distriktshelsetjenesten” utgjorde nivå en. Her tilhørte helsetjenester som burde planlegges ut fra lokalsamfunnets behov og mindre befolkningsenheter. Distriktshelsetjenesten skulle ivareta helsetjenestens basistjenester og være bindeledd mellom helsetjenestens mer spesialiserte tjenestetilbud og lokalsamfunnet. Dette innebar at blant annet tjenestetilbud som hjemmesykepleie og sykehjem skulle være distriktshelsetjenestens ansvar. Det var bred politisk enighet om at *”Utbyggingen av distriktshelsetjenesten bør prioriteres, både ved en kapasitetsøkning og kvalitetsøkning”*.⁹² Sykehusene skulle videre omprioritere sin ressursbruk i retning av mer dagbehandling og reduksjon i antall sengeplasser.

Nivå to skulle være ”Fylkeshelsetjenesten” som skulle omfatte alle helsetjenester som det var naturlig å planlegge ut fra det enkelte fylkes behov. Her inngikk blant annet lokal-, sentral og de fleste spesialsykehusene. Det tredje nivået i dette systemet var ”Regionshelsetjenesten” som også skulle ivareta sykehusdrift, men mer sjeldne og spesialiserte tjenestetilbud som det ikke var rasjonelt å etablere i hvert fylke.

Regionaliseringsprinsippet innebar at landet skulle deles inn i fem regioner⁹³ gjennom et

⁹⁰ Ibid. Side 52.

⁹¹ Ibid. Side 52

⁹² Ibid. Side 83. Se også Innst.S. nr. 236 (1974-75) Side 19-20.

⁹³ Innst.S. nr. 236 (1974-75) Side 31-32. Sosialkomiteen hadde ikke synspunkter på inndelingen som var foreslått slik. Region 1: Østfold, Oslo og Østre deler av Akershus. Region 2: Vestre del av Akershus (Asker og

samarbeid mellom flere fylker. Regionen skulle ha ansvar for de mest spesialiserte helsetjenestene hvor spesielt vanskelige medisinske og diagnostiske utfordringer skulle ivaretas. Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Haukeland sykehus, Sentralsykehuset i Trondheim og Sentralsykehuset i Tromsø var fylkessykehus og ble nå utpekt til å ivareta regionsfunksjonene i hver sin region. Regionssykehusene skulle fortsatt ivareta funksjonene som fylkessykehus for et gitt geografisk område.⁹⁴ Den norske sykehusstrukturen inkluderte også landsfunksjoner som var spesialiteter med så få pasienter at det var rasjonelt å samle dem et sted i landet. I 1974 mente regjeringen Bratteli II at landsfunksjonene burde fordeles til de forskjellige regionene.

Regjeringen mente at de tre foreslåtte helsetjenestenivåene *”bør i størst mulig grad tilsvare de nåværende administrative og politiske beslutningsnivåer.”*⁹⁵ Stortinget støttet regionaliseringsideen og betraktet *”den foreliggende meldingen som en videreføring av bestrebelsene for å oppnå stadig større integrasjon mellom alle helsetjenestens ulike ledd.”*⁹⁶ Stortinget slo fast at distriktshelsetjenesten skulle være kommunenes ansvarsområde, på samme måte som fylkene var naturlig administrasjonsområde for fylkeshelsetjenesten. Det mente at da regionshelsetjenesten skulle etableres gjennom samarbeid mellom fylkeskommuner, var det ikke aktuelt å etablere en egen administrasjon for denne.⁹⁷ Selv om vi ikke fikk et regionalt forvaltningsnivå, ble regionshelsetjenesten etablert som et helsetjenestenivå i den hierarkiske oppbyggingen av helsetjenesten. Den utgjorde et behandlingsnivå som både pasienter og helsepersonell måtte forholde seg til, og den la grunnlaget for administrativt merarbeid og samhandlingsutfordringer.

Stortinget la våren 1975 til rette for at den videre utviklingen av helsetjenesten skulle ta utgangspunkt i at kommunene og fylkeskommunene skulle ha ansvar for hver sin del av helsetjenesten. Vi har sett at Stortinget mente forslaget skulle være et ledd i *”større integrasjon”* av helsetjenestens ulike deler. Jeg tolker det slik at formuleringen inkluderer ulike nivå av helsetjenester, og at Stortinget mente samhandlingen mellom nivåene ville bli

Bærum), Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder. Region 3: Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane samt evt. vestre del av Møre og Romsdal. Region 4: Sør- og Nord-Trøndelag, evt. østre del av Møre og Romsdal og/eller søndre del av Nordland. Region 5: Nordland, Troms og Finnmark.

⁹⁴ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 52, 54, 60, 69, 83, 91, 98. En enstemmig Sosialkomite var enige i regjeringens forslag til plassering av regionssykehusene, men ba om en ny vurdering på om det burde være to regionssykehus (Ullevål og Rikshospitalet) i Oslo. Innst.S. nr. 236 (1974-75) Side 32. Sosialkomiteens formann, Kåre Kristiansen (KrF), gikk lengre i sine uttalelser og uttalte at det var uholdbart å klumpe sammen to regionssykehus inne i Oslo-gryta. Forhandlinger i Odelstinget (6. mai 1975) Side 4000.

⁹⁵ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 52.

⁹⁶ Innst.S. nr. 236 (1974-75) Side 2.

⁹⁷ Ibid. Side 23.

bedre som følge av regionaliseringen. Resonnementet er vanskelig å forstå, noe som kan skyldes at det ble framlagt uten nærmere drøfting. Jeg vil hevde at å splitte opp ansvaret for helsetjenesten og legge det til ulike forvaltningsnivå, la grunnlaget for at det kunne bli samhandlingsproblemer som skyldtes ulike politiske prioriteringer, administrasjoner, økonomiske betraktninger og byråkratiske kulturer. Min vurdering støttes langt på vei av regjeringen Stoltenberg I da den 26 år senere la fram lovforslaget som skulle sørge for foretaksorganisering av sykehusene. I en drøfting av samordningsoppgaver mellom helsetjenestenivåene pekte den på at pasientgrupper hadde behov for samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer, og at det derfor måtte etableres samhandlingsprosesser for å ivareta dette. Den pekte bakover i tid da den forklarte opprinnelsen til samhandlingsutfordringene. *”Historisk er det etablert en arbeidsdeling i helsesektoren der ansvaret for den enkelte oppgaver er lagt til ulike forvaltningsnivåer. Sykehusloven (1969) plasserte ansvaret for spesialisthelsetjenesten hos fylkeskommunene, mens ansvaret for primærhelsetjenesten fra og med 1984 ble lagt til kommunene.”*⁹⁸

Da forslaget om å regionalisere helsetjenesten fikk støtte i Stortinget, var kursen lagt mot en todeling av forvaltningsansvaret for helsetjenesten.

2.3.2 Med ”LEON-lys” på etablering av en nivådelt helsetjeneste

Regjeringen Bratteli II mente at for å lykkes med regionaliseringen av helsetjenesten måtte landets ressurser brukes rasjonelt, og kapasiteten i de forskjellige nivåene måtte være riktig dimensjonert. *”Det såkalte LEON-prinsippet bør derfor legges til grunn i et regionalisert helsevesen.”*⁹⁹ LEON er forkortingen for Lavest Effektive Omsorgs Nivå, og innebar at pasientene skulle behandles på det laveste av de tre helsetjenestenivåene som kunne gi pasientene den behandlingen de hadde behov for. *”I praksis betyr dette f.eks at pasienter som distriktshelsetjenesten kan ta seg av på en tilfredsstillende måte, ikke skal henvises til høyere nivå”.*¹⁰⁰ Regjeringen slo klart fast, som ved flere andre anledninger, at det var helsetjenesten i distriktene som først og fremst skulle utbygges. Den la igjen vekt på at sykehjemskapasiteten måtte økes, hjemmesykepleietilbudet forbedres, hjemmehjelpsordninger utbygges og

⁹⁸ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Side 32.

⁹⁹ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 53. Dette var første gang LEON-prinsippet ble omtalt i offentlige dokumenter i Norge. Informasjon fra Alvik, Anne (mail 19.02.2008) og Vandeskog, Gerd (Mail 14.02.2008) Vi hentet LEON-prinsippet fra Sverige hvor det ble tatt i bruk av allmennpraktikerne. Se Bruusgaard og Borchgrevink (2006) Side 83. Verdens helseorganisasjon fremmet senere betydningen av å desentralisere helsetjenestene slik at den ble allment tilgjengelig. Se Declaration of Alma Ata (1978) side 1-2. Opprinnelsen til LEON-prinsippet ble ikke kommentert i behandlingen av regionaliseringen av helsetjenesten.

¹⁰⁰ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 53.

forebyggende helsetjenester måtte iverksettes. ”En av hovedmålsettingene ved utviklingen av helsevesenet i årene framover må derfor være nettopp å bedre slike alternative helsetjenester”.¹⁰¹ En godt utbygd distriktshelsetjeneste var en forutsetning for å kunne gjennomføre ideen om å behandle pasienter på det *lavest* effektive omsorgsnivå. Deretter kunne regionaliseringen av helsetjenesten iverksettes.

Regjeringen var imidlertid tydelig på at LEON-prinsippet også ville kunne ”*reducere noe av etterspørselen på sykehustjenester*”.¹⁰² I Stortinget var dette også en viktig del av regionaliseringsideen. Pasienter skulle ut av sykehusene og behandles i distriktshelsetjenesten når det var mulig, slik at behovet for de enkleste sykehustjenestene ble redusert.¹⁰³ Regjeringen mente at framtidige sykehustjenester ville måtte forholde seg til mer kompliserte problemer. ”*Det følger av dette at medisinske og økonomiske hensyn tilsier at det framtidige sykehusvesen bør bestå av færre, større og mer spesialiserte enheter.*”¹⁰⁴ Vi ser at regjeringen Bratteli II presiserte regjeringen Bortens uttalelser syv år tidligere. Sykehusdriften burde sentraliseres og sykehusene bli spesialisert i større grad enn tidligere.

I flere sammenhenger ble LEON-prinsippet først og fremst knyttet til økonomiske betraktninger og spørsmål som hadde med ressurser å gjøre. Et eksempel var når regjeringen drøftet ressursituasjonen og de mange uløste behov som skulle dekkes. Det ble understreket at hvis alle krav til helsetjenesten skulle tilfredsstilles måtte ressursene brukes effektivt, ”...*dvs om pasientene henvises til det riktige nivå i helsevesenets service-kjede.*”¹⁰⁵ Effektivitetsbegrepet har et innhold som både har å gjøre med å få mest mulig ut av tilgjengelige ressurser og en kvalitetsdimensjon. Jeg tolker det slik at LEON-prinsippet, slik det ble framstilt i forbindelse med regionaliseringen av helsetjenesten, først og fremst knyttet effektivitetsbegrepet til å forbedre økonomi og produktivitet. Det ble ikke knyttet helsefaglige vurderinger eller konsekvensanalyser til bruken av LEON. Regjeringen Bratteli II drøftet ikke hvilke pasientkategorier som passet å flytte ut av sykehusene. Heller ikke om det var realiserbart å effektivisere med ressursene ved å bygge ut helsetjenesten i distriktene, for deretter å forskyve pasientbehandlingen fra sykehusene slik at det kunne spares ressurser i det dyreste leddet av helsetjenestens.

¹⁰¹ Ibid. Side 41.

¹⁰² Ibid. Side 41.

¹⁰³ Innst.S. nr. 236 (1974-75) side 14.

¹⁰⁴ St.meld. nr. 9 (1974-75) Side 41.

¹⁰⁵ Ibid. Side 53.

2.3.3 PASIK eller LEON?

Mange av representantene i Odelstinget henviste til LEON-prinsippet, og Jo Benkow (H) uttalte om LEON at *”Det er et slags hovedprinsipp som er gjennomløpende i det foreliggende materialet.”*¹⁰⁶ Flere av representantene støttet prinsippet og mente at LEON-tenkingen var etablert fordi det var nødvendig for å få til en rasjonell utnyttelse av ressursene.¹⁰⁷ Det var imidlertid også kritiske innlegg som støttet mine vurderinger i forrige delkapittel. Åge Ramberg (KrF) mente regjeringen gikk for langt når det gjaldt troen på økonomiske betraktninger og gevinster som følge av LEON-prinsippet. Han mente at en styrking av primærhelsetjenesten ville kunne få som effekt at flere sykdomstilfeller ble oppdaget og at presset på sykehusene derfor kunne øke. Ramberg savnet også en klargjøring av hvordan prinsippet skulle brukes i praksis, *”spesielt med tanke på at det vil ta tid før alle behandlings- og pleiealternativer er fullt utbygd. Videre er det vel nokså opplagt at det gis muligheter til ulike måter å fortolke også LEON-prinsippet på.”*¹⁰⁸ Han mente at enda en kompliserende faktor ville kunne bli at pasienter måtte flyttes mellom nivåene når tilstanden deres endret seg. Johannes Gilleberg (Sp) var den andre kritikeren. Han mente at LEON-prinsippet var et teknisk slagord som kunne misbrukes, og at det viktigste med videreutviklingen av helsetjenesten var å sørge for god kvalitet på tjenesten. Han uttrykte derfor at: *”PASIK må være overordnet LEON.”*¹⁰⁹ PASientenes SIKkerhet måtte gå foran LEON.

Vi har sett at LEON-prinsippet ble tatt i bruk på midten av 1970-tallet som et sentralt virkemiddel for å få regionaliseringen av helsetjenesten til å lykkes. Til tross for at prinsippet fikk en viktig rolle i nivåinndelingen og desentraliseringen av helsetjenesten ble det verken problematisert eller grundig redegjort for, og det ble heller ikke gitt et helsefaglig innhold. Jeg vil hevde at begrepet først og fremst hadde en viktig retorisk rolle når desentralisering og mest mulig effektiv utnyttelse av helsebudsjettene ble satt på den politiske agendaen. LEON-prinsippet er etter den tid brukt mye¹¹⁰ i forbindelse med omorganiseringer i helsetjenesten, og jeg mener at begrepet har lagt føringer for viktige endringsprosesser.

¹⁰⁶ Forhandlinger i Odelstinget (6. mai 1975) Side 3987.

¹⁰⁷ Ibid. Se for eksempel side 3986 og 4007. Se andre innlegg som støttet innføringen av LEON på sidene 3987, 3994, 4019 og 4034.

¹⁰⁸ Ibid. Side 4013.

¹⁰⁹ Ibid. Side 4010.

¹¹⁰ Et søk på www.regjeringen.no gir treff i 44 offentlige dokumenter (proposisjoner, meldinger og utredninger) som inneholder ”LEON-prinsippet”.

2.4 Utviklingstrekk i sykehusene påvirket helsetjenesten utenfor sykehus

På 1950-tallet og begynnelsen av 1960-tallet førte utviklingen innenfor medisin til mer effektive metoder for behandling og etterbehandling av sykdommer enn tidligere. Dette satte også fart i utviklingen av nye undersøkelsesmetoder, noe som førte til at sykehusene i større grad utviklet pasienttilbud som hadde med utredninger på dagtid å gjøre. Utbyggingen av sykehusene ble tilpasset endrede behov, noe som la grunnlaget for at det ble bygd mange røntgenavdelinger og ulike laboratorier. I kjølvannet av denne utviklingen ble det lagt vekt på at dyrt utstyr og personell burde utnyttes best mulig.¹¹¹

I forarbeidene til sykehusloven ble det gjort interessante vurderinger knyttet til ivaretagelse av pasienter som ikke var innlagte i sykehuset. *”En av de viktigste – kanskje den viktigste – endringen i sykehusets funksjon er derfor at undersøkelse og behandling av ikke innlagte pasienter inngår som en vesentlig integrert del av sykehusets virksomhet på lik linje med varetagelsen av de pasienter som er innlagt”*.¹¹² Sykehusordningskomiteen drøftet ikke hvilke konsekvenser disse endringene kunne få for helsetjenesten utenfor sykehuset. Regjeringen Borten så heller ikke ut til å være opptatt av dette. I lovforslaget drøftet den i alle fall ikke konsekvensene av at sykehusene gjorde endringer i tilbudet til noen pasienter fra inneliggende til poliklinisk virksomhet.

Fram til nå hadde pasientene vært sykehusenes ansvar når de ble alvorlig syke og trengte spesialisert hjelp for å finne ut hva som feilte dem. De var innlagt i sykehuset mens undersøkelser og utredninger pågikk. Endringene på begynnelsen av 1960-tallet innebar at noen pasienter nå bare var på sykehuset mens undersøkelsen pågikk, og dette var nok et stort framskritt for mange pasienter og ressursbesparende for sykehusene. Eldre og andre pasienter med kroniske tilstander kan imidlertid ha behov for helsetjenester i form av observasjoner, pleie og behandling, mens undersøkelsene pågår. Dette ble ikke problematisert i lovprosessen, men Sykehusordningskomiteens innstilling synliggjorde at endringene i organiseringen og utføringen av undersøkelser i sykehusene førte til at pasienter med behov for observasjoner, pleie og behandling utover selve undersøkelsen, måtte få dette ivare tatt utenfor sykehuset. Jeg vil argumentere for at endringene i sykehusenes undersøkelsesfunksjoner var med på å påvirke den øvrige helsetjenesten. Ansvar for enkelte av pasientene ble splittet opp. Sykehusene ivaretok undersøkelsene og helsetjenesten utenfor sykehuset fikk ansvaret for

¹¹¹ Sykehusordningskomiteen (1963) Side 15.

¹¹² Ibid. Side 16.

eventuelt andre behov for helse- og omsorgstjenester som pasientene måtte ha i utredningsfasen.

I forarbeidene til sykehusloven ble det også slått fast at sykehusenes laboratorier kunne brukes til *”avsiling” av pasienter som er sendt til sykehuset for innleggelse, men som ved nærmere undersøkelse ikke viser seg å ha behov for slik innleggelse.*¹¹³ Komitèen knyttet også utskriving av pasienter til sykehusenes utvidede undersøkelsesfunksjoner, og framholdt at disse kunne *”muliggjøre en tidligere utskriving av en del pasienter som kan gis en systematisk etterkontroll og etterbehandling ved sykehuset.”*¹¹⁴

Pasienter som er i en utredningssituasjon i sykehus på dagtid, eller som er henvist til sykehus av lege og blir avvist, vil også kunne trenge observasjoner, pleie og behandling utover det tilbudet de får i sykehusene. Spesielt eldre mennesker som har pågående sykdomsutvikling, vil selv om de får hjelp av helsetjenesten til å stille diagnose, i mange tilfeller fortsatt ha behov for hjelp også etter at undersøkelsene er utført. Jeg vil hevde at endringene i sykehusenes undersøkelsesmetoder førte til at helsetjenesten utenfor sykehusene i større grad måtte overta oppfølgingen og ansvaret for de pasientene som hadde behov for dette.

Effektiviseringsprosessene i sykehusene førte til at pasienter ble skrevet ut raskere enn før. Jeg mener at når disse ikke lengre ble ivaretatt i sykehuset, måtte andre deler av helsetjenesten overta. Utviklingen peker i retning av at sykehusutviklingen på 1950 og begynnelsen av 1960-tallet bidro til at funksjoner sykehusene tidligere hadde ivaretatt nå ble overført til helsetjenesten utenfor. Jeg mener endringsprosessene i sykehusene må ha ført til en større belastning og økte utgifter for helsetjenesten utenfor sykehusene. Dette kan ha påvirket samhandlingen mellom sykehusene og den øvrige helsetjenesten. Min vurdering stemmer med funn i litteraturen som ble presentert i forrige kapittel. Her ble det beskrevet samarbeidsproblemer som skyldtes at oppgaver og ansvar ble forskjøvet mellom ulike nivå av tjenester.

Når pasienter utenfor sykehusene fikk nytte godt av sykehusenes avanserte utstyr uten å bli lagt inn i sykehuset, ble det dessuten lagt opp til at sykehusene og helsetjenesten utenfor måtte samarbeide om undersøkelser og behandling av pasientene, samt oppfølgingen etterpå. Dette krevde i større grad utveksling av informasjon og oppfølging av behandlingsforløp på

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Ibid.

tvers av helsetjenestenivåene. Utviklingen bidro slik sett til at det ble stilt større krav til samhandlingen mellom sykehusene og helsetjenesten utenfor sykehusene.

2.5 Konklusjon

Helsetjenestens utfordringer i etterkrigstiden gjorde det nødvendig å lovregulere sykehusene. Det var behov for å etablere en ensartet sykehusstruktur, sykehusenes kapasitet måtte økes og tilbudet på sykehustjenester fordeles rettferdig mellom fylkene. Videre var det behov for å rydde i helseinstitusjonenes roller og funksjoner. Sykehusloven medførte at det ble tatt viktige skritt i arbeidet med å skape klarhet i ansvarsforholdene i helsetjenesten. Det var imidlertid også gode grunner for å forbedre organisering, samt avklare roller og ansvar for helsetjenestene i distriktene. Likevel ble ikke denne delen av helsetjenesten utredet samtidig med sykehusene. Dette bidro til at det ikke ble diskutert hvorvidt det var et alternativ å legge forvaltningsansvaret for helsetjenesten samlet til et nivå.

Jeg har argumentert for at sykehusenes utvikling på 1950-tallet og begynnelsen av 1960-tallet gikk i retning av at ansvaret for pasientbehandlingen ble splittet opp, og helsetjenesten utenfor sykehusene måtte i større grad overta oppfølgingen og ansvaret for pasienter. I dette kapitlet har jeg også tatt til orde for at endringsprosessene i sykehusene kan ha ført til en økt belastning og større utgifter for helsetjenesten utenfor sykehusene. Dette kan ha påvirket samhandlingen mellom sykehusene og den øvrige helsetjenesten. Konsekvenser av de foreslåtte endringene i institusjonshelsetjenesten ble imidlertid ikke vurdert opp mot den øvrige helsetjenesten.

På slutten av 1960-tallet ble det initiert en utvikling mot sentralisering og spesialisering av sykehusdriften. Samtidig skulle helsetjenesten utenfor sykehusene bygges opp slik at pasienter som tidligere fikk behandling i sykehusene kunne få dette i sitt nærmiljø. Dette utviklingstrekket ble forsterket og plassert i en praktisk organisatorisk ramme på midten av 1970-tallet da regionalisering av helsetjenesten ble lagt som plattform for den videre utviklingen av helsetjenesten. Kommunene skulle ha ansvaret for ”Distriktshelsetjenesten” og fylkeskommunene for generelle sykehustjenester. LEON-prinsippet var sentralt i regionaliseringen av helsetjenesten. Det innebar at distriktshelsetjenesten skulle bygges ut, og deretter skulle pasienter som kunne få nødvendig behandling utenfor sykehusene få dette i kommunene. Regionaliseringsideen og LEON-prinsippet satte fart i en utvikling der kommunene skulle få mer ansvar og en tydeligere rolle innenfor helsetjenesten. Helsetjenesten ble i større grad et delt ansvar mellom kommuner og fylkeskommuner.

Min vurdering er at utviklingen som førte til at ansvaret for helsetjenestene ble lagt til ulike forvaltningsnivå, la grunnlaget for at det kunne bli samhandlingsproblemer som skyldtes ulike politiske prioriteringer, administrasjoner, økonomiske betraktninger og byråkratiske kulturer. Samhandlingsproblemer mellom helsetjenestene i kommuner og fylkeskommuner ble i liten grad diskutert, og derfor ble det heller ikke gjort forsøk på å unngå eller løse slike problemer.

3. Kommunene fikk formelt ansvar for helsetjenester

3.1 Stortinget måtte rydde opp

På slutten av 1970-tallet hadde både Helsedirektoratet og Stortinget gjentatte ganger bedt regjeringen om å legge fram forslag til lov om distriktshelsetjenester. Allerede i 1971 varslet regjeringen¹¹⁵ at det var behov for å lovregulere helsetjenestene utenfor institusjon. Sammen med sykehusloven skulle ny lovgivning bidra til at det totale tilbudet av helsetjenester ble best mulig for landets befolkning. I løpet av 1970-årene ble det avgitt mange utredninger og stortingsmeldinger som understreket behovet for å omorganisere offentlig sektor. Det ble blant annet slått fast at det var stort behov for å styrke den overordnede ledelsen og koordineringen av helsetjenestene.¹¹⁶ I tillegg var ressursene til helsetjenesten ikke likt fordelt til hele landet og utgiftsøkningen var stor, spesielt innenfor sykehusvesenet. Helsetjenesten ble beskrevet som krisepreget, fordi kvaliteten på tjenesten var dårlig. Den var ineffektiv, preget av dårlig service og lite brukervennlig. Situasjonen i helsetjenesten skapte debatt. Den tok utgangspunkt i norske forhold, men de samme helsepolitiske spørsmålene ble også diskutert i mange andre vestlige land.¹¹⁷

I siste halvdel av tiåret ble det mer og mer tydelig at det var behov for en større gjennomgang og omorganisering av helsetjenesten i distriktene. De viktigste helsepolitiske spørsmålene i denne perioden hadde med organisering og finansiering å gjøre. I forrige kapittel så vi at Lov om sykehus, som ble iverksatt 1. januar 1970, la ansvaret for sykehjemmene og sykehusene¹¹⁸ til fylkeskommunene. Ansvaret for de øvrige delene av helsetjenestene var spredt til alle forvaltningsnivåene,¹¹⁹ noe som gjorde helsetjenesten oppsplittet og uoversiktlig.

¹¹⁵ Stortingsmelding nr. 85 (1970-71).

¹¹⁶ Schiøtz (2003) Side 350 – 366.

¹¹⁷ Skaset (2006) Side 234.

¹¹⁸ Gjelder også sykestuer, fødehjem og sykehoteller. Se Besl.O.nr.48 (1969) Side 1.

¹¹⁹ Kommunene, fylkeskommunene og staten.

Tjenestetilbudene på de forskjellige nivåene var ikke koordinert i forhold til hverandre, og det var i mange tilfeller uklart hvor ansvaret for de forskjellige tiltakene lå. Dette hadde å gjøre med at ikke alle helsetjenestene var lovregulert. De delene av tjenestene som hadde et lovgrunnlag å styre etter, var i tillegg regulert av over 50 forskjellige lover.¹²⁰ Dette bidro til å gjøre situasjonen komplisert og uoversiktlig. Staten hadde forvaltningsansvaret for den offentlige legetjenesten i distriktene. Sundhetsloven av 1860 var lovgrunnlaget for tjenesten.¹²¹ Dette innebar at staten hadde etablert en administrativ og faglig linje fra helsedirektøren via fylkeslegen til distriktslegen.¹²² Ved at den offentlige legetjenesten tilhørte samme forvaltningsnivå, lå forholdene godt til rette for en samlet og tydelig styring av tjenesten. Den private legetjenesten ble derimot lovregulert gjennom Lov om legers rettigheter og plikter av 1927. Denne lovreguleringen plasserte imidlertid ikke ansvaret for privat legepraksis, og ingen av forvaltningsnivåene hadde styringsansvar for denne delen av legetjenesten.¹²³

Aldershjemmene som ikke var lovregulert i det hele tatt, ble drevet av kommunene. Kommunene hadde også ansvar for hjemmesykepleien som ble styrt etter ”Midlertidig retningslinjer av 1971”. Det var også andre deler av helsetjenesten som bestod av tjenester i flere forvaltningsnivå, og som av den grunn var avhengig av at samhandlingen mellom nivåene fungerte. Dette gjaldt blant annet jordmortjenesten i distriktene som ble styrt av Lov om jordmødre av 1898, og som tilhørte fylkeskommunenes ansvarsområde. Det gjaldt også ambulansetjenesten som hadde Lov om folketrygd som lovgrunnlag. Ansvaret for ambulansetjenesten var ikke plassert til noen av forvaltningsnivåene.¹²⁴ Det var med andre ord mange grunner til at tiden var inne for å lovregulere den delen av helsetjenesten som ikke var styrt av lov om sykehus.

Ovennevnte gjennomgang demonstrer noe av behovet for en kommunehelsetjenestereform. Reformen er viktig for mitt tema fordi lovprosessen førte til at ansvaret for helsetjenestene formelt ble lagt til to forvaltningsnivå, noe som er utgangspunktet for å kunne diskutere samhandlingsproblemer som har sin opprinnelse i nivåproblematikk. Den var en omfattende prosess som innebar å ta stilling til hvordan det utøvende politiske og administrative ansvaret for helsetjenesten utenfor sykehus skulle ivaretas. Det måtte avgjøres

¹²⁰ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 127.

¹²¹ NOU 1979:28 Side 19.

¹²² Schiøtz (2003) Side 368.

¹²³ NOU 1979:28 Side 19.

¹²⁴ Ibid. Side 19 – 27.

hvor ansvaret for planlegging, utbygging og drift av denne delen av helsetjenesten skulle plasseres, og hvordan den skulle finansieres.¹²⁵ Gjennom lovprosessen som førte til kommunehelsetjenestereformen ble Stortinget tvunget til å ta stilling til om helsetjenestene fortsatt skulle ligge i forskjellige forvaltningsnivå, eller om det ville være mulig å samle dem. Det er naturlig å tenke seg at de folkevalgte i en slik situasjon også ville vurdere hvilke konsekvenser ulike organisasjonsmodeller ville få for helsetjenesten totalt sett, og for samhandlingen mellom ulike deler av den.

I dette kapitlet vil jeg følge lovprosessen fram mot 4. november 1982, da Stortinget vedtok Lov om helsetjenesten i kommunene.¹²⁶ Jeg vil undersøke om aktørene i lovprosessen var opptatt av samhandling mellom kommunal og fylkeskommunalt drevet helsetjeneste, og i tilfelle hvordan de oppfattet denne. Så vil jeg se om man i arbeidet med reformene var klar over hvilke tiltak som kunne iverksettes for å løse samhandlingsproblemer, og i hvilken grad det ble iverksatt slike tiltak. Til slutt vil jeg undersøke om noen av prioriteringene som ble gjort i forbindelse med lovarbeidet, påvirket samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene.

3.2 Hvilken prioritet hadde samhandling i kommunehelsetjenestereformen?

Tilbudene i de forskjellige forvaltningsnivåene i helsetjenesten var etablert og ble organisert uten at det var tatt hensyn til andre tilsvarende tilbud. På slutten av 1970-tallet hadde dette ført til at helsetjenesten som ble gitt i sykehus langt på vei fungerte uavhengig av tjenestetilbudene fra kommunene og vise versa.¹²⁷ Nyhus-utvalget slo fast at: *”Et slikt oppsplittet hjelpeapparat fører lett til at det blir dårlig samordning og sammenheng mellom de forskjellige deltjenestene.”*¹²⁸ I dette delkapittelet vil jeg forklare hvordan samhandling mellom sykehus og helsetjenesten ble forstått i lovprosessen.

3.2.1 Samhandling var en bra intensjon, men hva ble det til?

Da regjeringen Brundtland I la fram odelstingsproposisjonen med utkastet til lov om helsetjenesten i kommunene, foreslo den en egen paragraf om ”Planlegging og samordning”. I § 1-4 tredje ledd fastslo regjeringen at: *”Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune og*

¹²⁵ Ibid. Side 1 – 2.

¹²⁶ Lov om helsetjenesten i kommunene ble en realitet etter: Besl. O. nr. 6 (jfr. innst. O. nr. 7) (1982) Distriktshelsetjeneste ble endret til kommunehelsetjeneste i proposisjonen.

¹²⁷ NOU 1979:28 Side 20-31.

¹²⁸ Ibid. Side 28.

stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet."¹²⁹ Ved å innarbeide et slikt krav om samarbeid i den nye loven, signaliserte regjeringen vilje til å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Men lovutkastet tok også opp andre former for samhandling, og i § 1-5 ble det stilt krav om samarbeid mellom kommunene også. Samhandling mellom sykehus og helsetjenesten i kommunene ble altså ikke prioritert foran andre former for samhandling og inngikk i en rekke gode intensjoner som loven skulle oppfylle. Dessuten framstod samhandlingstemaet med et overfladisk preg fordi det fikk liten plass, og fordi ulike sider av utfordringene i liten grad ble vurdert. Hvorfor ble det slik? Som vi så i forrige kapittel var samhandlingsutfordringene identifisert på dette tidspunktet. Hvilken betydning hadde lovprosessen for at samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste fikk lav prioritet?

I forarbeidene ble det slått fast at fylkeskommuner og kommuner "*må sørge for tilstrekkelig samordning av sin virksomhet*".¹³⁰ Dette ble ikke utdypet, og jeg opplever at utredningen var vag. For det første var begrepet "tilstrekkelig" lite presist med hensyn til i hvor stor grad samordning skulle prioriteres så lenge det ikke var drøftet hva som var god og dårlig samordning. Dernest ble det ikke tydeliggjort hva som skulle samordnes. Jeg tolker det slik at "samordning av sin virksomhet" peker på samordning av virksomhetsområder internt i den enkelte kommune eller fylkeskommune. Med andre ord var det ikke samhandling mellom helsetjenesten i kommunene og sykehus som ble omtalt. Nyhus-utvalget tok opp samhandling flere steder,¹³¹ men temaet ble omtalt i generelle vendinger, og ofte var det uklart hvilken form for samhandling det blir skrevet om.¹³² Jeg vil hevde at samhandling mellom sykehus og kommuner ikke fremheves som viktigere enn andre former for samhandling, og at utredningen er overfladisk og utydelig i behandlingen av temaet.

Sosialdepartementet gjennomførte høring på lovutkastet, samt NOU 1979:10 og NOU 1979:28. I den sammenheng listet det opp områder som det var spesielt viktig at høringsinstansene uttalte seg om. I den sammenheng ble det ikke bedt spesielt om synspunkter på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.¹³³ I høringsnotatet ble imidlertid samhandlingsutfordringer tatt opp, og det ble framholdt at det nye lovverket skulle løse fire hovedproblemer. Et av disse var å skape "*Lovfestede regler for planlegging,*

¹²⁹ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) side 177.

¹³⁰ NOU 1979:10 Side 10. Utredningen ble foretatt av Hovedkomiteen. Se kapittel 1.

¹³¹ Se for eksempel side 10, 11 og 53.

¹³² Nyhus-utvalget som avga NOU 1979:28 var også nølende og uklar i spørsmål som hadde med samhandling å gjøre innledningsvis i utredningen. Se for eksempel side 53 og 55.

¹³³ Høringsbrev (1979)

utbygging og drift som kan sikre nødvendig samordning av distriktshelsetjenesten med fylkeshelsetjenesten, og den øvrige helse – og sosialtjeneste.”¹³⁴ Selv om samhandling ble gitt en sentral plass ser vi at det er et generelt samhandlingsfokus departementet tar opp. Med en så rund innretning på høringsnotatet er det ikke overraskende at hovedinntrykket av det omfattende høringsmaterialet var at høringsinstansene ikke først og fremst var opptatte av samhandling mellom helsetjenesten i kommunene og sykehus. I de fleste hørings svarene ble temaet ikke berørt i det hele tatt. Noen av høringsuttalelsene kommenterte samhandling i generelle vedninger eller helt kort, uten at temaet fikk prioritet.¹³⁵

Norske Kommuners Sentralforbund omtalte imidlertid samhandling av helsetjenesten i og utenfor institusjon i et eget delkapitel, og uttalte at en forutsetning for at kommunal drift av distriktshelsetjenesten skulle fungere var at *”en kan få til en tilfredsstillende samordning mellom institusjonshelsetjenesten og distriktshelsetjenesten”*.¹³⁶ Jeg oppfatter dette som et sterkt signal om at ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon ikke burde legges til kommunene hvis man ikke først la til rette for at samhandling mellom forvaltningsnivåene ble ivarettatt. Samhandlingstemaet blir her beskrevet som særdeles viktig, men det ble bare behandlet i et lite avsnitt. Som vi ser tok forarbeidene til loven opp samhandling som generelt tema, og det ble overfladisk behandlet. Det er derfor forståelig at lovforslaget fikk det samme preget. Men Stortinget stod fritt til å løfte temaet utover den rammen det hadde fått så langt i lovprosessen.

Sosialkomiteen fremstilte imidlertid også samhandling som et generelt fenomen.¹³⁷ Flertallet i komiteen¹³⁸ støttet innledningsvis regjeringens innstilling. Da partiene fikk anledning til å presentere sine politiske posisjoner i forhold til kommunehelsetjenestereformen, hadde samhandling mellom forvaltningsnivåene ingen plass. Mitt tema så heller ikke ut til å være sentralt for Odelstinget. Samhandling mellom forvaltningsnivåene ble bare nevnt i forbindelse med at enkelte representanter kommenterte målformuleringen om samhandling.¹³⁹ Odelstingets flertall vedtok at kommunene skulle ha ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon¹⁴⁰ og det var kjent at dette kunne medføre samhandlingsproblemer mellom kommunene og sykehus. Da Stortinget vedtok å legge

¹³⁴ Høringsnotat (1979) Side 1.

¹³⁵ Se for eksempel Høringsuttalelse fra Fylkeslegen i Nordland (1979e) Side 1 og Høringsuttalelse fra Møre og Romsdal fylkeskommune ved fylkesutvalget (1979d) Side 5.

¹³⁶ Høringsuttalelse fra Norske Kommuners Sentralforbund (1979c) Side 9.

¹³⁷ Innst.O. nr. 7 (1982-83) Se for eksempel side 3 og 27.

¹³⁸ Fremskrittspartiets medlem, Fritjof Frank Gundersen, stemte mot etableringen av loven.

¹³⁹ Forhandlinger i Odelstinget (1982-83) Se side 51, 55, 79 og 82.

¹⁴⁰ Ibid. Side 100. Fremskrittspartiets medlemmer stemte mot forslaget.

ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon til kommunene, var det kjent med innspillene om at samhandlingsproblemene måtte løses hvis reformen skulle bli vellykket.

Hovedinntrykket etter å ha gjennomgått lovprosessen er at samhandling mellom sykehus og helsetjenesten i kommunene ikke var det temaet ulike aktører først og fremst var opptatte av. Samhandling ble ofte omtalt i generelle vendinger, det var utydelig hvilken form for samhandling aktørene kommenterte og temaet fikk liten plass.

3.2.2 Horisontal samhandling

Nødvendigheten av å samordne primærhelsetjenesten og sosialtjenesten ble poengtert i forbindelse med drøftingen av hvilket forvaltningsnivå helsetjenesten i kommunene skulle legges til. Hovedkomiteen mente at ansvaret for helsetjenestene burde legges til kommunene fordi sosialtjenestene allerede var plassert der.¹⁴¹ Det ble for eksempel argumentert med at hjemmesykepleien, som var et helsetjenestetilbud, måtte samarbeide med andre hjelpeordninger i hjemmene som husmorvikar - og hjemmehjelpsordningene. Disse tjenestetilbudene var allerede organisert i kommunene som en del av sosialtjenesten.¹⁴² Det kommunale samordningsbehovet ble også poengtert i forbindelse med diskusjoner om hvordan kommunenes helseforvaltning skulle organiseres. Det ble da tatt til orde for å etablere et felles kommunalt organ for helse- og sosialsaker. Et slikt helse- og sosialstyre skulle sørge for at tiltak på disse områdene ble samordnet.¹⁴³ Betydningen av å forbedre samhandlingen av kommunenes tjenestetilbud ble støttet i hele lovprosessen, og det ble understreket at dette var en viktig del av kommunehelsetjenestereformen.¹⁴⁴

3.2.3 Samhandling mellom forvaltningsnivåene var viktig, men...

Nyhus-utvalget mente at tjenester som hadde nær sammenheng med hverandre, det vil si tjenester som kunne erstatte eller supplere hverandre, burde organiseres på samme forvaltningsnivå. Utvalget understreket at hvis slike tjenester ikke ble organisert på samme nivå ville man kunne få *"flaskehals, dobbeltarbeid og dårlig ressursdisponering"*. Utvalget var med andre ord oppmerksom på negative konsekvenser av å legge ansvaret for helsetjenester til forskjellige forvaltningsnivå. Nyhus-utvalget mente at *"Planleggings-*

¹⁴¹ NOU 1979:10 Side 36.

¹⁴² Ibid. Side 45. I 1977 var hjemmesykepleie innført i 422 kommuner. Det var ansatt 1260 sykepleiere og hjelpepleiere på heltid. Et noe større antall arbeidet deltid eller utførte enkeltoppdrag.

¹⁴³ Ibid. Side 51

¹⁴⁴ Se f.eks NOU 1979:28 Side 63, Høringsnotat (1979) Side 100 og 124, Innst.O. nr. 7 (1982-83) Side 5 og 11, samt Forhandlinger i Odelstinget (1982-83) Side 66 og 76.

prioriterings- og driftsansvaret for slike virksomheter bør derfor helst ligge på ett og samme forvaltningsnivå".¹⁴⁵ Utvalget skjønnte at dette var en vanskelig utfordring, og fastslo at helsetjenesten krydde av den type tjenester som kunne erstatte hverandre. *"De går nærmest som en rød tråd gjennom hele behandlings- og omsorgsapparatet. Ta for eksempel kjeden hjemmehjelp-hjemmesykepleie-aldershjem-sykehjem-sykehus*".¹⁴⁶ Nyhus-utvalget mente at ansvaret for disse tjenestene burde samles i et forvaltningsnivå. Alt etter hvilken av disse tjenestene det ble tatt utgangspunkt i, ville det være naturlig å organisere helsetjenesten i enten kommuner, fylkeskommuner eller staten. Stadsfysikus i Oslo, Fredrik Mellbye, hadde lignende synspunkter og hevdet *"at staten var for stor og for tungrodd til å være en aktiv og dynamisk arbeidsgiver for vårt helsepersonell. På den annen side er det store flertall av våre kommuner for små til å kunne bli en slik arbeidsgiver"*.¹⁴⁷ Han mente at fylkeskommunen burde være arbeidsgiver for alt helsepersonell. Mellbye drøftet bare ivaretagelse av personalansvaret, og tok ikke opp administrative- og økonomiske funksjoner. Jeg tolker høringsuttalelsen dit hen at han mente at kommunene ville få problemer med å ivareta ansvar for helsetjenester fordi de ikke ville være i stand til å rekruttere tilstrekkelig helsepersonell.

Det er interessant at forarbeider til lov om helsetjenesten i kommunene la fram et alternativ der ansvaret for helsetjenesten utenfor sykehus kunne legges til fylkeskommunene eller staten. Hadde dette forslaget fått flertall i lovprosessen, ville ansvaret for hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus blitt lagt til ett forvaltningsnivå. Da ville i så fall samhandlingsproblemer som skyldtes at forvaltningsansvaret for helsetjenesten var splittet opp, heller ikke være en aktuell problemstilling. Utvalget slapp imidlertid raskt tak i ideen om å samle den kurative delen av helsetjenesten til ett forvaltningsnivå. Jeg mener at forslaget var urealistisk fordi det var bred politisk enighet i Stortinget om å desentralisere forvaltningsansvar for velferdstjenester til kommunene og å styrke lokaldemokratiet.

Nyhus-utvalget argumenterte med at det ikke var lett å avgjøre hvilket forvaltningsnivå tjenestene skulle legges til. Utvalget åpnet for at noen av tjenestetilbudene kunne legges til forskjellige nivå, men at det var viktig at de virksomhetene som hadde nærmest funksjonell sammenheng med hverandre måtte plasseres i samme forvaltningsnivå. Nyhus-utvalget utdypet ikke dette forholdet, og hva utvalget mente var virksomheter med nær

¹⁴⁵ NOU 1979:28 Side 55.

¹⁴⁶ Ibid. Side 55.

¹⁴⁷ Høringsuttalelse fra Stadsfysikus i Oslo (1979b) Side 11. Stadsfysikus i Oslo kunne sidestilles med fylkeslege. Han var fylkeslege i Oslo fylkeskommune og ivaretok distriktslegefunksjoner i Oslo kommune. Mindretallet i Nyhus-utvalget hadde lignende synspunkt og mente det ville bli vanskeligere å rekruttere leger hvis kommunene skulle overta personalansvaret for distriktslegene. Se NOU 1979:28 side 67.

funksjonell sammenheng kom ikke fram i utredningen. Nyhus-utvalget knyttet sine videre vurderinger til regionaliseringstenkingen og LEON- prinsippet. Utvalget henviste til Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) (se kapittel 2), og framholdt at det var befolkningsgrunnlaget og helsetjenestenes spesialiseringsgrad som skulle avgjøre om helsetjenestens oppgaver og ansvar skulle fordeles til kommuner, fylkeskommuner eller regionalt nivå. Nyhus-utvalget skjønte at en slik nivåtenking ville kunne gi samhandlingsproblemer. ”Ønsket om nivåfordeling kan komme i konflikt med samordningsmotivet. Virksomheter kan ha svært forskjellig spesialiseringsgrad, men samtidig utgjøre nære alternativer eller suppleringer til hverandre.”¹⁴⁸ Utvalget valgte å innrette forslaget sitt etter regionaliseringsprinsippet og nivåstrukturering av helsetjenesten. Det foreslo derfor at kommunene skulle få ansvaret for planlegging, utbygging og drift av helsetjenestene i distriktene. Vi ser at ønsket om å desentralisere oppgaver, ansvar og myndighet i helsetjenesten til kommunene ble prioritert foran behovet for å legge til rette for samhandling mellom forvaltningsnivåene. Utvalget slo imidlertid fast at samhandling mellom forvaltningsnivåene var en sentral utfordring som måtte løses i lovprosessen.

Regjeringen Brundtland I ville legge ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon til kommunene, men innså at dette ville føre til samhandlingsproblemer mellom kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste.¹⁴⁹ Regjeringen hadde også fått flere innspill fra høringsinstanser som understreket at det var svært viktig å finne fram til løsninger på disse samhandlingsutfordringene i løpet av lovprosessen.¹⁵⁰ Den uttrykte også sin bekymring i lovforslaget. ”Departementet vil sterkt understreke at en forutsetning for at en kommunal løsning skal fungere godt, er at en kan få til en tilfredsstillende samordning mellom den fylkeskommunale institusjonstjenesten og den kommunale distriktshelsetjenesten.”¹⁵¹ Samhandlingsutfordringene var med andre ord erkjent, og lovforslaget slo fast at det var viktig å løse disse problemene. Da regjeringen Willoch senere la fram sitt lovforslag videreførte den denne delen av forslaget,¹⁵² og verken sosialkomiteens behandling av saken eller debatten i Odelstinget endret på forslaget om å legge ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon til kommunene.

¹⁴⁸ NOU 1979:28 Side 55.

¹⁴⁹ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Se sidene 24 – 26 og 41.

¹⁵⁰ Se for eksempel Høringsuttalelse fra Finansdepartementet (1980) Side 2. Høringsuttalelse fra Oppland Fylkeskommune ved sykehussjefen og Oppland fylkes sykehusnemnd (1979a) Side 145.

¹⁵¹ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 26.

¹⁵² Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) Side 45.

Vi har sett at den grundige Nyhus-utredningen identifiserte samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommuner og fylkeskommuner. Utvalget redegjorde for forslaget om å legge ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon til kommunalt nivå, selv om dette medførte samhandlingsproblemer mellom forvaltningsnivåene. Forslaget lå til grunn for resten av lovprosessen, og etter hvert som de ulike instansene i prosessen støttet forslaget, gikk de samtidig med på å gi samhandlingsproblemene mellom forvaltningsnivåene lavere prioritert.

3.2.4 Problemene skulle løses senere

Regjeringen Brundtland I presenterte ikke løsninger på samhandlingsproblemene da den la fram lovforslaget, men slapp heller ikke taket i dem. Den lovt å løse problemene før loven ble iverksatt og henviste til Nyhus-utvalgets andre delutredning. *”Med utgangspunkt i dette utredningsarbeidet vil departementet før lov om kommunehelsetjenesten i kommunene trer i kraft, komme tilbake med forslag til tiltak som kan løse de mest sentrale samordningsproblemer mellom den kommunalt og fylkeskommunalt organiserte helsetjeneste.”*¹⁵³ Samhandlingsutfordringene ble med andre ord ikke realitetsbehandlet i odelstingsproposisjonen heller, men på ny henvist til senere behandling. Regjeringen la opp til at problemene skulle være løst før loven ble iverksatt.

I NOU 1982:10, som var Nyhus-utvalgets andre delutredning, ble det foretatt en grundig drøfting av pleieinstitusjonene, og utvalget skilte disse ut i et eget kapittel. Utvalget mente at til tross for at antall sykehjemsplasser var fordoblet fra 1970 til 1981, var mangelen på plasser fortsatt et problem i helsetjenesten. *”På den ene siden ligger det mange ferdigbehandlede pasienter i de somatiske sykehusene og venter på sykehjemsplass. På den andre siden er det mange hjemmeboende på ventelister for å komme inn på sykehjem.”*¹⁵⁴ Nyhus-utvalget la med andre ord stor vekt på at sykehjemmene hadde en sentral rolle i samhandlingsutfordringene mellom sykehus og helsetjenesten utenfor. Utvalget mente det var behov for en ny ideologi i eldreomsorgen og at det måtte tas både faglige og økonomiske hensyn når denne skulle utvikles og iverksettes. Det mente eldre måtte få bo hjemme så lenge som mulig. Derfor måtte det opprettes dagplasser og kortidsopphold i sykehjemmene, og ved hjelp av pleie, avlastning for pårørende og større trygghet, skulle dette bidra til å utsette

¹⁵³ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 26. Det ble henvist til Nyhus-utvalgets andre delutredning fra flere av aktørene i lovprosessen som ventet på løsningsforslag. Se f. eks NOU 1979:28 Side 64, Høringsuttalelse fra Møre og Romsdal fylkeskommune ved fylkesutvalget (1979d) Side 5, Høringsuttalelse fra Norske Kommuners Sentralforbund (1979c) Side 9 og Høringsuttalelse fra Finansdepartementet (1980) Side 8.

¹⁵⁴ NOU 1982:10 Side 130.

permanente opphold. En slik annerledes bruk av sykehjemmene ville bare være mulig hvis ansvaret for disse institusjonene ble flyttet til kommunene, mente Nyhus-utvalget.¹⁵⁵ Med kommunalt forvaltningsansvar også for sykehjemmene ville det bli enklere å knytte andre helse- og sosialtjenester til sykehjemsdriften. En slik samdrift var en viktig organisatorisk forutsetning i arbeidet for at eldre skulle bo hjemme lengst mulig.

Utvalget var imidlertid også opptatt av at dette forslaget ville lette samarbeidet mellom sykehus og sykehjem. Sykehjemmene ville få flere tilgjengelige plasser når eldre bodde lengre hjemme. Disse plassene kunne tilbys sykehusene, som dermed ville kunne skrive ut sine ferdigbehandlede pasienter.¹⁵⁶ Dette ville redusere sykehusenes plassproblemer, og derigjennom konfliktene knyttet til at det kommunale helsetjenestetilbudet heller ikke hadde kapasitet til å ta imot pasienter som sykehusene ville skrive ut. På denne måten så utvalget for seg at samhandlingen ville bli bedre. Denne vurderingen var ikke knyttet opp til en drøfting av alle sider av saken. Nyhus-utvalget vurderte ikke forslaget opp mot hvor mange pasienter som ventet på sykehjems plass totalt sett. Det gikk heller ikke inn i vurderinger i forhold til hvilke pasientgrupper som ville ha størst behov for ledige sykehjemsplasser. Jeg vil hevde at det er sannsynlig at skrøpelige og syke eldre som bodde i eget hjem og som ventet på plass i sykehus ville få dette først. Det var nok lettere å nedprioritere de som ventet i sykehus, og som tross alt hadde et forsvarlig tilbud. Det burde også vært analysert hvilke sannsynlige effekter kommunalt ansvar for sykehjemmene ville få i forhold til prioriteringer mellom kommunale og fylkeskommunale behov. I en presset ressursituasjon vil jeg anta at kommunene først og fremst ville ivareta "egne" pasienters behov. Jeg er derfor ikke i stand til å følge Nyhus-utvalgets argumentasjon om at kommunalt ansvar for sykehjemmene ville bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og sykehus.

Utvalget slo videre fast at samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommunene og fylkeskommunene ville oppstå *"når en eller flere tjenester er for dårlig dimensjonert i forhold til de øvrige tjenestene slik at det oppstår flaskehals"*.¹⁵⁷ Utvalget mente videre at det alltid ville oppstå slike flaskehals for fordi det aldri ville være ubegrenset tilgang på ressurser. Disse flaskehalsene kunne imidlertid unngås hvis det ble laget et effektivt system for utarbeiding av planer for den kommunale- og fylkeskommunale helsetjenesten. Nyhus-utvalget la vekt på at plansystemet hadde en stor rolle i å få samhandlingen mellom

¹⁵⁵ Ibid. Side 152-153.

¹⁵⁶ Ibid. Side 150-153.

¹⁵⁷ Ibid. Side 159.

kommuner og fylkekommuner til å fungere. Saken skapte debatt i utvalget som delte seg i synet på hvordan planarbeidet skulle ivaretas. Flertallet¹⁵⁸ støttet ikke regjeringen Brundtlands forslag, som ble avgitt ett år tidligere, om hvordan arbeidet med plansystemet skulle ivaretas. Det mente at planen skulle utarbeides gjennom en prosess styrt av en fylkeskommunal rammeplan, og hvor samhandlingsproblemer skulle løses underveis i planprosessen. Mindretallet, som bestod av fire representanter med tilhørighet i staten,¹⁵⁹ støttet regjeringens forslag. Dette innebar at staten skulle ha en større rolle i planarbeidet både gjennom å legge retningslinjer for arbeidet og ved å behandle kommunenes planforslag. Fylkeskommunen ble kun involvert i forbindelse med at den fikk den kommunale planen til uttalelse.¹⁶⁰ Forslagene om å flytte ansvaret for sykehjemmene til kommunene og endringene i planarbeidet var de mest omfattende forslagene i Nyhus-utvalgets andre delutredning. Siden det var stilt så store forventninger til denne utredningen når det gjaldt samhandlingsspørsmål var det grunn til å forvente at disse forslagene ble drøftet i den videre lovprosessen.

Som vi så i kapittel 1 var det regjeringsskifte midt i lovprosessen. Regjeringen Willoch, som overtok for Brundtland I, la fram et revidert lovforslag hvor målformuleringen var endret. En intensjon om å forbedre forholdet mellom forvaltningsnivåene som stod i det opprinnelige forslaget var ikke lengre en del av målformuleringen.¹⁶¹ Proposisjonen fulgte heller ikke opp Nyhus-utvalgets andre delutredning. NOU 1982:10 ble kort omtalt i to avsnitt. Først ble forslagene fra utvalget kort referert,¹⁶² og i merknadene til § 1-4 Planlegging og samordning var det føyd til en setning ”*Spørsmål om samarbeid mellom kommunal helsetjeneste og fylkeskommunal institusjonstjeneste er utredet av Nyhus-utvalget i dets andre delutredning*”.¹⁶³ Regjeringen Willoch kommenterte ikke utredningen utover dette, og jeg finner ikke spor av at den har drøftet forslaget om endringer i planarbeidet som Nyhus-utvalget hadde lagt fram. Forslagene om å flytte ansvaret for sykehjemmene ble heller ikke kommentert. Jeg oppfatter dette som om regjeringen har tatt til orientering at utredningen er lagt fram, og at den ikke hadde behov for å kommentere den. Kan det bety at regjeringen ikke var opptatt av samhandling mellom forvaltningsnivåene?

¹⁵⁸ Bestod av Nyhus som ikke lengre var statssekretær, Gudim fra Oslo Helseråd, Olsen-Hagen og Skeide fra Norske kommuners sentralforbund og Holm som hadde sluttet i Finansdepartementet og nå jobbet på Det Norske Radiumshospital .

¹⁵⁹ NOU 1982:10 Side 161-162. Willumsen og Drefvelin fra Sosialdepartementet, Heltne fra kommunal og arbeidsdepartementet, samt Thorsteinsen fra Fylkesmannen i Hordaland.

¹⁶⁰ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 161-162.

¹⁶¹ Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) Side 3.

¹⁶² Ibid. Side 6.

¹⁶³ Ibid. Side 29.

Arbeidet med proposisjonene og Nyhus-utvalgets utredning må ha pågått delvis samtidig.¹⁶⁴ Det er derfor underlig at regjeringen Willoch viste til tidspunktet for når utredningen var lagt fram, i stedet for å drøfte Nyhus-utvalgets forslag til løsninger av samhandlingsproblemene i proposisjonen. Lovforslaget fra regjeringen Willoch kom rett nok bare en måned etter at NOU 1982:10 ble avgitt. Tidsfaktoren er muligens en forklaring på at forslagene ikke ble med. Stortinget fikk imidlertid langt bedre tid til å vurdere forslagene. Sosialkomiteen kommenterte planarbeidet så vidt, men temaet fikk ikke stor plass. Komiteen ville ikke støtte forslaget fra Nyhus-utvalget. Den mente at planarbeidet skulle følge den prosessen som ble foreslått i lovforslaget.¹⁶⁵ Vi ser at intensjonene til regjeringen Brundtland I om å iverksette tiltak for å forbedre samhandlingen mellom kommunal- og fylkeskommunal helsetjeneste før Lov om kommunehelsetjeneste ble iverksatt hadde kokt bort. De som hadde ventet på at tiltak for å løse samhandlingsproblemene mellom kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste skulle bli innarbeidet i den nye loven hadde ventet forgjeves.

Jeg har redegjort for at arbeidet med kommunehelsetjenestereformen avdekket at det ville kunne oppstå samhandlingsproblemer mellom sykehus og helsetjenesten utenfor hvis kommunene fikk forvaltningsansvaret for denne delen av tjenesten. Videre har jeg vist hvordan ulike aktører i lovprosessen understreket at det var viktig å løse disse samhandlingsproblemene. Det ble imidlertid henvist til at problemene skulle løses ved hjelp av tiltak fra Nyhus-utvalgets andre delutredning. Aktørene i lovprosessen ville ikke gå grundig inn i samhandlingsutfordringene fordi man ikke ville blande seg inn i arbeidet til Nyhus-utvalget. I og med at Nyhus-utvalget skulle finne løsninger på samhandlingsproblemene, kan utvalgets arbeid være en forklaring på at de andre deltakerne i lovprosessen ikke prioriterte å finne løsninger på de problemene man forutsatte ville komme med kommunalt forvaltningsansvar. Da utredningen endelig presenterte sine forslag, ble disse likevel ikke realitetsbehandlet i lovprosessen. Lovprosessen avdekket også at samhandling mellom forvaltningsnivåene hang sammen med andre utfordringer, og hvis løsning av disse skulle prioriteres, måtte andre nedprioriteres. I denne situasjonen ble samhandling mellom forvaltningsnivåene nedprioritert.

¹⁶⁴ Nyhus-utvalgets første delutredning, NOU 1979:28, var avgitt i mai 1979 og den andre, NOU 1982:10, i mars 1982. Ansatte i Sosialdepartementet arbeidet i samme periode med odelstingsproposisjonene, og regjeringen Brundtland la fram sin proposisjon i mars 1981. Regjeringen Willoch som overtok makten høsten 1981 avga sin proposisjon i april 1982.

¹⁶⁵ NOU 1982:10 og Innst.O. nr. 7 (1982-83) Side 9 og 27. Innstilling ble avgitt 28. oktober 1982. I Odelstinget som behandlet saken 4. November 1982 var man ikke opptatt av planarbeidet i det hele tatt.

3.3 Økonomi forklarer samhandlingsproblemer

1970-tallet var preget av at helsetjenesten hadde en enorm vekst, og at den brukte en stadig større andel av de offentlige ressursene. Til tross for at utgiftene til helsetjenesten hadde steget mer enn i noen annen sektor, var det krav om videre vekst.¹⁶⁶ Dette hang blant annet sammen med at helsetjenesten måtte forberede seg på å gi et tilbud til flere pasienter enn tidligere.

*”Den sterke veksten i antall eldre og forskyvningen imot gruppen 80 år og over øker automatisk kravene til helsetjenesten, blant annet allmennlegetjenesten og hjemmesykepleien.”*¹⁶⁷ Samtidig var landet preget av konjunkturedgang og regjeringen Brundtland I varslet at det måtte iverksettes økonomiske innstrammings tiltak. *”Realistiske anslag viser at også helsesektoren vil stå overfor relativt knappe rammer i de nærmeste årene”*.¹⁶⁸

3.3.1 Økt ressurstilgang til kommunene skulle gi bedre samhandling

Regjeringen framholdt imidlertid at kommunehelsetjenesten måtte prioriteres. Det ble henvist til regionaliseringsprinsippet,¹⁶⁹ og kommunehelsetjenesten ble gitt en sentral rolle i å etablere en helsetjeneste der ulike nivå skulle virke sammen slik at køproblemer og andre resultater av dårlig samhandling ble redusert. Kommunehelsetjenesten måtte bygges opp slik at den ble i stand til å ivareta flere pasienter. Ved dette så regjeringen for seg at det ble færre innleggelses i sykehus, som dermed ville bli avlastet. En annen effekt av å styrke helsetjenestene utenfor sykehus var at denne delen av helsetjenesten i større grad kunne ta imot pasienter når disse ble skrevet ut fra sykehus. Dette hadde vært en av flaskehalsene og et av områdene hvor samhandlingen fungerte dårlig.

Regjeringen mente at en opprusting av helsetjenesten i kommunene bare ville være mulig på visse betingelser. *”Økte ressurser er det viktigste – nye finansieringsordninger og klarere ansvarsfordeling er imidlertid nødvendige forutsetninger for at økte ressurser kan gå til geografiske områder og virksomhetsområder der nyttevirkningen av de økte ressursene er størst.”*¹⁷⁰ Den slo fast at kommuneøkonomien måtte styrkes. *”Det er vesentlig at kommunene får de nødvendige økonomiske ressurser til å klare de nye oppgaver de blir pålagt.”*¹⁷¹ En tilstrekkelig økonomisk plattform for kommunene ble til og med betraktet som en forutsetning

¹⁶⁶ Schjøtz (2003) Side 351.

¹⁶⁷ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 118.

¹⁶⁸ Ibid. Side 119.

¹⁶⁹ Ibid. Side 57.

¹⁷⁰ Ibid. Side 58.

¹⁷¹ Ibid. Side 53.

for at reformen skulle lykkes. *”En sentral forutsetning for å gjennomføre den reformen som her er foreslått, og samtidig få en tilfredsstillende utvikling av distriktshelsetjenesten, er at den tilføres økte ressurser.”*¹⁷² Nyhus-utvalget knyttet ressursituasjonen direkte til samhandlingsproblemer og hevdet at for lite ressurser ville være negativt. *”Dette vil særlig gi seg utslag i problemer med å samordne de kommunale og fylkeskommunale tjenestene slik at det blir fare for at en rekke pasienter og klienter blir kasteballer.”*¹⁷³

Vi ser at det ble stilt store forventninger til kommunehelsetjenestereformen. Nå skulle helsetjenesten utenfor sykehus bli tilført ressurser, slik at den ble i stand til å ivareta sine funksjoner i en regionalisert og nivåinndelt helsetjeneste. Regjeringen drøftet i liten grad hvilke utfordringer som lå i at konjunktorene pekte nedover. Jeg mener at den også i noen tilfeller var utydelig og unnvikende når den omtalte ressursproblemer. I lovforslaget brukte regjeringen formuleringer som å tilføre kommunene *”nødvendige økonomiske ressurser”* og at distriktshelsetjenesten måtte få en *”tilfredsstillende utvikling”*.¹⁷⁴ Disse formuleringene innebar ikke entydige forpliktelser når de reelle bevilgningene senere skulle fordeles mellom ulike sektorer og forvaltningsnivå. Det vil derfor være interessant å undersøke hvordan resten av lovprosessen håndterte ressursproblemer. Jeg vil undersøke hvordan lovprosessen ivaretok utfordringene med å styrke økonomien i kommunene samtidig som at de fikk flere oppgaver og økt ansvar. Dessuten vil jeg undersøke om det blir synliggjort områder hvor ressursituasjonen kunne føre til samhandlingsproblemer.

3.4 Finansiering av kommunehelsetjenesten

Finansieringen av helsetjenesten var på samme måte som oppgave- og ansvarsfordelingen oppsplittet og uoversiktlig på slutten av 1970-tallet. Dessuten ble helsetjenester som kunne være alternativer til hverandre, men hvor ansvaret var lagt i forskjellige forvaltningsnivå, finansiert på ulike måter. Tjenestetilbudene ble gjennom forskjellige ordninger finansiert både av kommuner, fylkeskommuner og staten, samt gjennom egenbetaling.¹⁷⁵ Kommuner og fylkeskommuner prioriterte å iverksette helsetjenestetilbud som i størst mulig grad ble finansiert av staten. Av samme grunn ble rene kommunale tilbud nedprioritert. *”De forskjellige finansieringsordningene resulterer derfor lett i dårlig innbyrdes sammenheng mellom de ulike deler av hjelpeapparatet, og fører også i mange tilfelle til at det utvikler seg*

¹⁷² Ibid. Side 118.

¹⁷³ NOU 1982:10 Side 158.

¹⁷⁴ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 118.

¹⁷⁵ NOU 1979:28 Side 19 – 27.

andre og mer kostbare tjenester enn det befolkningen er best tjent med."¹⁷⁶ Det ble altså antydnet at økonomiske prioriteringer hadde bidratt i utviklingen av helsetjenestetilbud som ikke var hensiktsmessige. Jeg tolker det dessuten slik at *"dårlig innbyrdes sammenheng mellom ulike deler av hjelpeapparatet"* er en formulering som innebærer dårlig samhandling blant annet mellom sykehus og helsetjenestene utenfor. Utrederne mente altså at finansieringsordningene forut for kommunehelsetjenestereformen bidro til samhandlingsproblemer. Arbeidet med kommunehelsetjenestereformen satte finansieringen av helsetjenesten på agendaen, også fordi forvaltningsapparatet som skulle få ansvaret for helsetjenesten utenom sykehusene var avhengig av at finansieringsordningene var utformet på en hensiktsmessig måte. Dette var en forutsetning for å kunne gjennomføre helsepolitikken, og legge til rette for utøvelsen av helsetjenester.

I dette delkapitlet vil jeg redegjøre for arbeidet med finansierings spørsmål under kommunehelsetjenestereformen. Bidro kommunehelsetjenestereformen til å etablere en finansieringsordning som førte til bedre samhandling?

3.4.1 Rammefinansiering

*"Finansieringsordningen er – kort sagt – systemet for å skaffe til veie og fordele penger og betale for tjenestene."*¹⁷⁷ Finansieringen av kommunehelsetjenesten handlet om å komme fram til en måte å finne ut hvor stor andel av statens midler som skulle overføres til den enkelte kommune. Stortinget valgte å beregne det beløpet Staten skulle overføre til den enkelte kommune ut fra behovskriter som folketall og alderssammensetning. Dette skulle avspeile innbyggertall og reelt behov for helsetjenester i den enkelte kommune. Alternativet var at omfanget av det eksisterende tjenesteapparat skulle være grunnlag for fordelingen. Ved å bruke behovskriterier, også kalt fordelingsnøkler, ble det lagt opp til å sørge for en rettferdig geografisk fordeling av ressursene. Etter at det så var beregnet hvor mye penger som skulle overføres til den enkelte kommune, skulle det også avgjøres hvilken form overføringen fra staten skulle ha. Fram til kommunehelsetjenestereformen hadde de statlige overføringene til kommunene i stor grad foregått via stykkpris- og prosentrefusjoner¹⁷⁸ som ga staten store

¹⁷⁶ Ibid. Side 28.

¹⁷⁷ Ibid. Side 53.

¹⁷⁸ Stykkprisrefusjon var basert på pristakster for den enkelte ytelse, og sikret fast betaling for disse. Staten fikk en garanti for at det ytes konkret aktivitet for de pengene som ytes til et gitt område. Prosentrefusjon var overføringer av en fastlagt prosent av de kommunale utgiftsbudsjettene. Overføringen kunne også skje etter regning for faktiske utgifter. Se Ibid. Side 84-85.

muligheter til å styre hvilken type aktivitet kommunene skulle iverksette innenfor det enkelte tjenesteområde.

Forslaget til finansieringsordning var laget ut fra at kommunene skulle få det økonomiske ansvaret for helsetjenestene utenfor sykehus. Flertallet i Sosialkomiteen var enige i at *”finansieringen skjer med statlige rammetilskudd og er videre enige i at det gis en ramme for helsetjeneste og en ramme for sosialtjeneste.”*¹⁷⁹ Statens tilskudd til helsetjenesten i kommunene skulle med andre ord overføres ved rammefinansiering, som var samme finansieringsform som ble innført for de fylkeskommunale institusjonene i 1980.

Rammetilskuddsordningen skulle gi staten anledning til å styre omfanget av ressursene til de forskjellige sektorer og forvaltningsnivå. *”For eksempel vil separate rammetilskudd til h.h.v. fylkeshelsetjenesten, distriktshelsetjenesten, og sosialtjenesten i og utenfor institusjon, gi sentralmyndighetene gode muligheter til å påvirke den økonomiske fordelingen mellom områdene.”*¹⁸⁰ Regjeringen Brundtland I støttet seg til Nyhus-utvalgets vurderinger og mente at staten gjennom rammefinansieringsordningen ville få sterk overordnet styring slik at den for eksempel kunne prioritere kommunehelsetjenesten. Innenfor rammen til den enkelte sektor skulle så ressursdisponeringen i stor grad overlates til det ansvarlige forvaltningsnivået. Slik skulle finansieringssystemet bidra til å desentralisere politisk og økonomisk ansvar, og samtidig gi økt folkevalgt innflytelse slik at de tiltak som til enhver tid var viktigst for lokalsamfunnet ble prioritert.

Regjeringen mente at det også var negative sider ved rammefinansieringsmodellen. *”...den viktigste innvendingen er at de gir mindre muligheter for en statlig styring som blant annet kan sikre at midlene brukes innen helse- og sosialtjenesten og at de dermed kan bidra til å sikre et visst minstenivå på tjenestene i alle kommuner.”*¹⁸¹ Regjeringen oppfattet altså at rammefinansieringsmodellen ville føre til at staten frasa seg muligheter til detaljstyring og kontroll med de kommunale helsetjenestene. Jeg vil hevde at Staten, i dette tilfellet ved regjeringen Brundtland, mente at rammefinansieringsordningen bidro til at den i større grad kunne styre på overordnet plan. Regjeringen så for seg at denne måten å overføre ressurser til kommunene og fylkeskommunene på, skulle bidra til at staten kunne styre hvilke sektorer og forvaltningsnivå som skulle prioriteres. På den andre siden skulle den statlige styringen skje innenfor rammen av lokaldemokratiet, noe som innebar at kommunen ville få anledning til å

¹⁷⁹ Innst.O. nr. 7 (1982-83) side 8. Fremskrittspartiets medlem utgjorde mindretallet.

¹⁸⁰ NOU 1979:28 Side 88.

¹⁸¹ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 30.

gjøre egne prioriteringer. Ved at kommunene i stor grad ble ansvarlige for ressursdisponeringen innenfor egen ramme, mente regjeringen at det ville bli lønnsomt for dem å drive helsetjenestene mest mulig effektivt. Friheten til å disponere egne midler var imidlertid avhengig av at rammen var stor nok.

3.4.2 Fikk kommunene overført tilstrekkelig ressurser?

Jeg har redegjort for at landet på begynnelsen av 1980-tallet var inne i en vanskelig økonomisk situasjon, og at bevilgningene til kommunehelsetjenesten måtte styrkes for å unngå samhandlingsproblemer med sykehusene. Den delen av kommunehelsetjenestereformen som hadde med finansieringsordningene å gjøre ble derfor viktig. Men la lovprosessen til rette for at kommuneøkonomien ble styrket slik at kommunene ble gjort i stand til å ivareta forvaltningsansvaret?

Lovforslaget fra regjeringen Willoch I understreket at den økonomiske situasjonen i landet måtte prioriteres. Allerede innledningsvis i formålsparagrafen ble det stilt krav til innstramminger. Regjeringen slo fast at det måtte brukes mindre penger i helsetjenesten, og at dette måtte tas hensyn til når Lov om helsetjenesten i kommunene ble etablert.

*”Helsepolitikken krever en justering av kursen i helsetjenesten, og hensynet til det offentliges økonomi krever tilpasning til lavere vekst.”*¹⁸² Dette var en betydelig endring fra regjeringen Brundtland I som ikke hadde formulert økonomisk innstramming som et av formålene med loven. Lovprosessen ga imidlertid ikke klart svar på omfanget av innstramminger. Årsaken var at Stortinget fikk lovforslaget til behandling uten at finansieringsordningene var ferdig utredet. Lovforslaget ble drøftet i Odelstinget i november. Da lofte imidlertid sosialministeren, Leif Arne Heløe, at en egen bevilgningsproposisjon ville bli fremlagt på nyåret. *”Dermed får kommunene full sikkerhet om rammetilskottene et halvt år før reformene trer i kraft”*.¹⁸³ Arbeiderpartiet var misfornøyd med at økonomien ikke var på plass under behandlingen av lovforslaget. Partiet kritiserte regjeringen voldsomt fordi den ikke hadde konsekvensvurdert endringsforslagene i den reviderte proposisjonen, og fordi den la fram lovforslaget uten at et endelig forslag til finansiering var på plass. Partiet mente det var uholdbart at Stortinget ble bedt om å vedta Lov om helsetjenesten i kommunene uten at det viste hvilke rammebetingelser kommunene ville få.¹⁸⁴ *”Arbeiderpartiet finner det uforsvarlig at de administrative og økonomiske konsekvenser først skal fremmes for Stortinget etter at*

¹⁸² Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) Side 3. Se også side 22 hvor kravet om effektivisering ble understreket på nytt.

¹⁸³ Forhandlinger i Odelstinget (4.-5. november 1982) Side 94.

¹⁸⁴ Innst.O. nr. 7 (1982-83) Side 16.

*loven er behandlet.*¹⁸⁵ Bekymringene for den økonomiske situasjonen ble også tilkjennegitt i regjeringens støttepartier. Senterpartipolitikerer Peter Angelsen snakket utkantkommunenes sak og framholdt at disse måtte settes i stand til å ivareta sinne forpliktelser etter den nye loven.¹⁸⁶

Dette var et varselsignal i forhold til samhandlingsutfordringene. Jeg vil hevde at det var åpenbart at kommunene ikke var inne i en positiv økonomisk utvikling på det tidspunktet loven ble vedtatt. Høyreregjeringen hadde tvert imot satt på bremsene. Det er derfor grunn til å påstå at kommunehelsetjenestereformen på det tidspunktet loven ble vedtatt ikke hadde lagt opp til at kommunenes økonomi skulle styrkes. Forutsetningene for å unngå samhandlingsproblemer mellom sykehus og kommunehelsetjenesten var ikke ivarettatt.

3.5 Er økonomiske hensyn viktigere enn rett til helsehjelp?

Vi har sett at lovprosessens identifiserte kommunene som det svake leddet i helsetjenesten. Det var i dem det var for dårlig kapasitet, og det var der aktørene i lovprosessen så for seg at flaskehalsen i systemet ville oppstå etter at loven var iverksatt. Det var imidlertid ingen entydig grense mellom de to helsetjenestenivåene. Noen helsetjenester i sykehus kunne erstattes av kommunale tilbud og vise versa. På samme måte kunne tilbud i det ene forvaltningsnivået supplere tilbudet i det andre når pasienter var avhengige av hjelp i begge forvaltningsnivå for å bli frisk.¹⁸⁷

Etter at kommunene hadde fått et lovfestet ansvar for å tilby helsetjenester var det grunn til å anta at pasientene hadde samme rettigheter til helsehjelp i kommunene som i de fylkeskommunale sykehusene. Et slikt utgangspunkt innebærer en forventning om at hjemmeboende pasienter som trengte helsetjenester av kommunene fikk dette når behovet var til stede. Dernest at pasienter som var ferdigbehandlet i sykehus fikk et tilbud fra det kommunale helsetjenestetilbudet når tiden var inne for det. I dette delkapitlet vil jeg undersøke hvilke forpliktelser kommunene ble pålagt til å utøve helsetjenester, og om disse fikk betydning for samhandlingen mellom helsetjenestene i de to forvaltningsnivåene.

*”Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller oppholder seg*¹⁸⁸ ble det slått fast i lovutkastets § 2 – 1. Tilsynelatende var dette et pålegg om at kommunene skulle etablere helsetjenestetilbud i kommunene til alle som trengte slik hjelp. I

¹⁸⁵ Forhandlinger i Odelstinget (4.-5. november 1982) Side 83. Anne Lise Bakken (A).

¹⁸⁶ Ibid. Side 94.

¹⁸⁷ NOU 1979:28 Side 55.

¹⁸⁸ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 177.

merknadene til lovforslaget utdypet imidlertid regjeringen Brundtland I hva den la i retten til helsehjelp. Her ble det understreket at retten til helsehjelp ikke var absolutt. *”Og hjelpeplikten vil være begrenset til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig”*.¹⁸⁹ Regjeringen la ikke opp til å forklare nærmere hvordan retten til helsehjelp skulle praktiseres når kommunene hadde brukt opp pengene i helsebudsjettet. Formuleringen er imidlertid vanskelig å tolke annerledes enn at det ikke er pasientenes behov som er avgjørende, heller ikke fagfolks vurderinger. Det er den enkelte kommunes økonomi som skal ligge til grunn for om pasientene skal få helsehjelp fra kommunen eller ikke. Denne vurderingen ble støttet av Nyhus-utvalget som mente at *”Den faglige beslutningen vil derfor måtte ligge innenfor visse økonomiske og personellmessige rammer, og dermed oppstår muligheten for en overvelting av oppgaver ut fra økonomiske hensyn.”*¹⁹⁰

Professor i helserett, Ørnulf Rasmussen, deler oppfatningen om at kommunene ikke hadde en absolutt plikt til å gi helsehjelp etter Lov om helsetjenesten i kommunene. *”Tar en departementets uttalelse på ordet, blir tolkingen uforenlig med lovens ordlyd. Det avgjørende blir da kommunens evne og vilje til å gi ytelse, ikke pasientens behov for hjelp.”*¹⁹¹ Rasmussen framholder videre at anvendelsen av § 2 – 1 er problematisk nettopp fordi regjeringen la sterke begrensninger i lovforslaget ved den tolkningen som framkom i merknadene til lovforslaget. Han redegjør videre for hvor kompleks det er, selv for domstolene, å avgjøre om man har rett til hjelp i kommunene eller ikke.

Lov om sykehus hadde ikke de samme utydigheter når det gjaldt rettigheter til helsehjelp. I § 6 ble det uttrykkelig slått fast at sykehusene skulle ta i mot pasienter som trengte hjelp. *”Sykehus og fødehjem har plikt til uoppholdelig å motta en pasient når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen kan gi er påtrengende nødvendig”*.¹⁹² Loven er helt tydelig på at pasienter som trenger den type helsehjelp landets sykehus skal gi, har rett til å få dette. Det var ingen formuleringer knyttet til økonomi som la begrensninger i pasientenes rett til hjelp fra sykehusene, verken i forslaget til lovtekst eller i merknadene. Dette synet støttes av Nyhus-utvalget: *”De somatiske helseinstitusjonene kan etter sykehusloven ikke avvise en pasient som blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp”*.¹⁹³ Utvalget signaliserte med dette at det var klassifiseringen av pasienten som hadde betydning

¹⁸⁹ Ibid. Side 160.

¹⁹⁰ NOU 1982:10 Side 167.

¹⁹¹ Rasmussen (1987) Side 78.

¹⁹² Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) side 116.

¹⁹³ NOU 1982:10 Side 165.

for sykehusinnleggelsen, ikke nødvendigvis pasientenes diagnose. Med å slå fast at det er ”pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp”, som ikke kan avvises av sykehuset, peker Nyhus-utvalget på at når pasienter har fått status som øyeblikkelig hjelp må disse tas i mot av sykehuset.

Øyeblikkelig hjelp-statusen er avhengig av den faglige vurderingen av innleggende lege. Denne vurderingen må ta hensyn til hvilke andre helsetjenestetilbud som finnes. Med bakgrunn i egne erfaringer som sykepleier, både i kommunehelsetjenesten og i sykehus på 1980-tallet, vet jeg at det har vært nødvendig å gi pasienter som ikke har vært alvorlig syke status som tiltrengende øyeblikkelig hjelp fordi den kommunale helsetjenesten ikke har kunnet gi det nødvendige tilbudet. Dette var for eksempel eldre mennesker som ikke klarte seg selv hjemme lengre, og som ble lagt inn i sykehus med diagnosen ”akutt pleie”. Medvirkende til en slik utvikling kan ha vært befolkningens sterke tro på at sykdom må behandles i sykehus. Dette ble belyst i odelstingsdebatten *”Det er karakteristisk at legenes dyktighet ofte bedømmes etter hvor raskt de legger folk inn på sykehus”*.¹⁹⁴ Anne Lise Bakken fra Arbeiderpartiet mente at befolkningens sterke tro på sykehusene også kom til uttrykk i de situasjoner hvor sykehus var truet med nedleggelse eller reduksjoner. Jeg vil anta at de som har gått i fakkeltog for å bevare sine lokalsykehus ikke har vært trygge på at den kommunale helsetjenesten ville ivareta behovene for helsehjelp.

Vi har sett at regjeringen Willoch I mente den offentlige økonomien var anstrengt, og at denne situasjonen krevde innstramminger også i kommunehelsetjenesten. Regjeringen knyttet dette til kommunenes forpliktelser til å yte helsetjenester, og mente på samme måte som Arbeiderpartiet at kommunenes hjelpeplikt skulle være begrenset til hva som var mulig innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Willoch I forsterket imidlertid arbeiderpartiregjeringens formuleringer på dette området. Den understreket at det ikke var meningen *”å pålegge kommunene en urimelig og urealistisk forpliktelse”*. Den framholdt at det ikke kunne forventes at alle kommuner kunne tilby helsetjenester utover en viss minstestandard. Denne minstestandarden skulle imidlertid kommunene ikke kunne gå under, og det var fagfolk som skulle fastsette standarden – *”på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i helsesektoren generelt, og i den enkelte kommune spesielt, slik den til enhver tid fortoner seg.”*¹⁹⁵ Selv om det ble lagt økonomiske begrensninger også på den foreslåtte minstestandarden signaliserte denne et nivå på helsetjenester som kommunenes innbyggere

¹⁹⁴ Forhandlinger i Odelstinget (1982-83) Side 83. Anne Lise Bakken fra Arbeiderpartiet

¹⁹⁵ Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) Side 31.

hadde absolutte rettigheter til. Hvis minstestandard hadde blitt innført ville fylkeskommunene og staten i tillegg kunne planlegge i forhold til et klart definert nivå på tjenester som kommunene minimum skulle levere. Dermed kunne fylkeskommunen lettere ha tilpasset sitt tjenestetilbud til kommunenes og forutsetningene for å unngå samhandlingsproblemer ville kunne blitt bedre. Dette skjedde imidlertid ikke. Sosialkomiteen ba om at departementet måtte utarbeide retningslinjer for en slik minstestandard,¹⁹⁶ men temaet fikk ingen grundig behandling og det framstod ikke som viktig for komiteen. Komiteens forslag ble brakt på banen i odelstingsdebatten¹⁹⁷, men også i denne fasen av lovprosessen fikk minstestandard liten oppmerksomhet. Stortinget benyttet med andre ord ikke anledningen til å benytte minstestandard som et redskap for å forebygge samhandlingsproblemer.

Regjeringen Willoch fremmet også andre forslag som avvek fra den opprinnelige proposisjonen fra Regjeringen Brundtland I, og som påvirket retten til behandling i den kommunale helsetjenesten. Lovprosessen synliggjorde en uenighet som handlet om hvor sterk klageadgang den enkelte innbygger skulle ha hvis vedkommende ikke fikk den helsehjelpen vedkommende hadde krav på. Forskjellen i synspunkter ble oppsummert av regjeringen Willoch som mente Arbeiderpartiet hadde lagt opp til en for omfattende klageadgang der klagen kunne rettes til styret for helsetjenesten i kommunen, for så å videreankes til fylkeslege og Sosialdepartementet. Høyre mente det var unødvendig med en så omfattende klageadgang,¹⁹⁸ og foreslo i stedet en ren kommunal klagerett som skulle kunne bringes videre til fylkeslegen hvis klageren ikke fikk medhold i den kommunale instansen. Regjeringen Willoch ville, i motsetning til Arbeiderpartiet, heller ikke at retten til klage skulle hjemles i Forvaltningsloven,¹⁹⁹ noe som svekket klageadgangen fordi staten ikke kunne gå inn og overprøve kommunale vedtak. En redusert mulighet til å klage når en mente en ikke fikk den helsehjelpen en hadde krav på, ville også få som følge at en fikk reduserte muligheter til å få nok hjelp fra helsetjenesten i kommunene.

Jeg vil hevde at regjeringen, ledet av sosialøkonomen Willoch, satte et tydelig preg på lovforslaget. Det ble nå innskjerpet at kommunenes plikt til å gi helsehjelp var avhengig av kommunenes økonomi. Innbyggernes rett til helsehjelp i kommunene ble med andre ord utvannet av økonomiske hensyn. Dette poenget tydeliggjorde også venstrepolitikerens Mons

¹⁹⁶ Innst.O. nr. 7 (1982-83) Side 12.

¹⁹⁷ Forhandlinger i Odelstinget (1982-83). Gunvor Schnitler (H) på side 76.

¹⁹⁸ Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) Side 32.

¹⁹⁹ Ibid. Side 46. Forvaltningsloven hjemler innenfor noen begrensninger retten til å få skriftlig begrunnelse, retten til å påklage avgjørelsen og få innsyn i sakens dokumenter.

Espelid for de øvrige medlemmene av Odelstinget: *”Eit av siktemåla med den nye lova er å gi den einskilde ein lovfesta rett til helsehjelp, men innanfor dei økonomiske rammene som er sette. Sett fra pasienten si side gav nok den gamle ordninga ein sterkare rett, nemleg retten til refusjon for utført behandling”*.²⁰⁰ Dette ble ikke en sentral del av debatten i Odelstinget, men temaet var brakt på banen også i denne delen av lovprosessen.

Jeg har redegjort for at den økonomiske situasjonen var vanskelig i Norge på begynnelsen av 1980-tallet, og regjeringen Brundtland I signaliserte at problemene måtte få konsekvenser for kommuneøkonomien. Regjeringen Willoch forsterket fokuset på kommunenes økonomiske forpliktelser. Høyreregjeringen la grunnlaget for en situasjon der det ble understreket at økonomistyringen i kommunene skulle ha høy prioritet når de fikk ansvaret for helsetjenester utenfor institusjon. Stortinget aksepterte at kravet om at kommunene måtte holde seg til sine økonomiske rammer ville medføre en redusert plikt for kommunene til å ivareta innbyggernes behov for helsehjelp. Dette gir grunnlag for å hevde at kommunene kunne komme til å nedprioritere utgifter til helsetjenester. Dette kunne de gjøre i trygg forvisning om at pasienter som trengte helsetjenester ville få dette i sykehusene.

Legenes faglige og moralske plikt til å sørge for at de som trengte helsehjelp fikk dette, bidro til at pasienter som kunne vært behandlet i kommunehelsetjenesten ble lagt inn i sykehus. Jeg vil hevde at ordlyden på retten til helsehjelp i kommunehelsetjenesteloven og trang kommuneøkonomi bidro til en motsatt utvikling av det som var intensjonen. I stede for desentralisering av helsetjenester, var et sannsynlig resultat at pasienter som kunne fått hjelp i kommunene fortsatt ble sendt til sykehus. Dette kan være en forklaring på fulle sykehuskorridorer. Pasienter i sykehus kunne fått behandling og sykepleie i kommunene, hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser. Jeg mener det er rimelig å hevde at lov om kommunehelsetjeneste bidro til at samhandlingsproblemer mellom kommuner og sykehus ble opprettholdt.

3.6 Konklusjon

Samhandling mellom helsetjenesten i og utenfor institusjon var ikke temaet de ulike aktørene i lovprosessen først og fremst var opptatte av. Selv om begrepene samhandling og samordning ble brukt i lovprosessen lå det ofte et utydelig og lite avklart innhold i dem. Samhandling ble ofte omtalt i generelle vendinger. Andre ganger var det utydelig hvilken form for samhandling aktørene kommenterte. I de tilfellene samhandlingsbegrepet hadde et tydelig innhold, handlet

²⁰⁰ Forhandlinger i Odelstinget (1982-83) Side 70

dette ofte om horisontal samhandling. Ønsket om å etablere god samhandling mellom helse- og sosialtjenesten i kommunen, samt ønsket om desentralisere offentlig virksomhet var en viktig grunn til at kommunene ble tildelt ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjonene.

Arbeidet med kommunehelsetjenestereformen avdekket at kommunalt ansvar for distriktshelsetjenesten ville skape samhandlingsproblemer mellom sykehus og helsetjenesten utenfor. Det var også erkjent at regionaliseringen av helsetjenesten og gjennomføring av nivåorganisering ville gjøre det vanskeligere å få til god samhandling mellom sykehus og helsetjenesten i kommuner. Det ble likevel argumentert for en kommunal løsning, og dermed la aktørene i lovprosessen til rette for at samhandlingsproblemene kunne oppstå. Samhandling mellom helsetjenestene i de to forvaltningsnivåene hadde lavere prioritet enn andre utfordringer som skulle ivaretas i kommunehelsetjenestereformen.

Samtidig ble det understreket at samhandlingsutfordringene mellom helsetjenester i og utenfor institusjon måtte finne sin løsning gjennom lovprosessen. Løsningsforslag ble imidlertid ikke diskutert i andre fora i påvente av at Nyhus-utvalget skulle utrede problemområdet og foreslå løsninger. Da utredningen var ferdig, ble likevel ikke forslagene fra utvalget behandlet før Stortinget vedtok loven. Politikere og forvaltning på statlig nivå hadde med andre ord satt kommunene i en situasjon der de i realiteten på egen hånd måtte ivareta samhandlingsproblemer med de fylkeskommunale sykehusene. Stortinget benyttet ikke anledningen til å iverksette tiltak som kunne ha redusert de negative samhandlingskonsekvensene av loven.

Vedtaket om å legge ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon til kommunene krevde tilførsel av ressurser, og finansieringen av kommunehelsetjenesten ble en het debatt. Gjennom lovprosessen ble det flere ganger understreket at hvis kommunene skulle lykkes med ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon måtte de få tilført tilstrekkelig ressurser. For å unngå samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommunene og fylkeskommunene måtte både rekruttering av helsepersonell, og ressurser i form av penger komme på plass før loven ble iverksatt. Dette var en høyst aktuell problemstilling fordi Norge var inne i en periode med nedgangskonjunktur, og helsetjenesten ble kritisert for å bruke for mye penger. Spørsmålet om finansiering ble først løst etter at Stortinget hadde vedtatt loven og pålagt kommunene ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon. Det skjønnte at finansieringen ville by på store utfordringer, og at det var stor fare for at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene ville møte store utfordringer.

Da kommunene fikk ansvaret for helsetjenesten var intensjonen at tjenestetilbudet skulle desentraliseres og det skulle etableres politisk styring og kontroll på helsetjenesten. Min analyse peker i retning av at dette ikke skjedde. Jeg hevder at Kommunehelsetjenestereformen, sammen med den økonomiske situasjonen på 1980-tallet, bidro til at pasientbehandlingen dreide mer i sykehusretning i stedet for at tjenesten ble desentralisert og det ble etablert kommunale helsetjenester. Min analyse tyder videre på at reformen førte til at kommunene fikk anledning til å prioritere økonomiske hensyn foran pasientenes rettigheter. Dette kunne i så fall ha som konsekvens at pasienter som trengte hjelp i mange tilfeller ble henvist til sykehusbehandling i stedet for at helsehjelpen ble gitt i kommunene. I tillegg har jeg argumentert for at finansieringssystemet ikke bidro til å legge til rette for forebygging som var en av hovedintensjonene med lovforslaget. Det går videre fram av dette kapitlet at det neppe er grunn til å tvile på at finansieringssystemet medførte at den kurative virksomheten i kommunene ble prioritert og forebygging ble skadelidende. Dette ble også identifisert som en driver mot sykehusbehandling og lite kommunal styring.

4. Sykehjemsreformen forsterket samhandlingsproblemer

4.1 Skulle sykehjemmene være kommunale eller fylkeskommunale?

Sykehjemsreformen ble iverksatt 1. januar 1988 og var en omfattende forvaltningsreform som medførte at ansvaret for sykehjemmene ble flyttet fra fylkeskommunene til kommunene. Den innebar en større vekst i antallet kommunalt ansatte og i kommunale utgifter enn kommunehelsetjenestereformen.²⁰¹ Så mye som 30 000 sykehjems plasser og 25 000 årsverk ble overført til kommunene.²⁰² Dette la grunnlaget for omfattende endringer i ansvarsforhold og samarbeidsformer mellom helsetjenesten i kommuner og fylkeskommuner. Reformen etterfulgte flere andre reformer på 1970- og 1980-tallet med formål å desentralisere myndighet og ansvar innenfor helse- og sosialtjenesten. Slik sett kan vi se Sykehjemsreformen som siste ledd i etableringen av kommunehelsetjenestens overordnede struktur og ansvarsområder. Dette kapitlet vil redegjøre for hvilke konsekvenser Sykehjemsreformen fikk for samhandlingen mellom kommunalt og fylkeskommunalt nivå.

Sykehjemsreformen ble initiert ved at regjeringen Willoch II, fem måneder før stortingsvalget i 1985, la fram Sykehjemsmeldingen hvor det ble foreslått å flytte

²⁰¹ Skaset (2003) Side 501.

²⁰² St.meld. nr. 25 (2005-2006) Side 22.

forvaltningsansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene.²⁰³ Arbeidet med sykehjemsreformen Stortinget til å ta stilling til om sykehjemmenes rolle skulle endres. Skulle de være sykehusorienterte, og så å si være sykehusenes forlengede arm, eller bli nærmere knyttet til kommunenes pleie- og omsorgstjenester som hadde mindre institusjonspreg, og som i større grad hadde sosialfaglig forankring? Fylkeskommunene, som hadde forvaltningsansvaret for sykehjemmene, hadde en veletablert helseadministrasjon. Nå ble det vurdert å flytte ansvaret til kommunene som hadde bygget opp en sosialadministrasjon de siste tjue årene, men som ikke hadde tradisjon på å forvalte helsetjenester.²⁰⁴ Stortingets valg ville kunne medføre at sykehjemmene skulle forvaltes av en annen kultur enn tidligere, noe som også ville kunne endre deres rolle. Reformen ville med andre ord kunne bidra til endringer i sykehjemmene som hadde en viktig rolle i å få samhandlingen mellom helsetjenesten i kommunene og fylkeskommunene til å fungere. Sykehjemmene var derfor sentrale for utviklingen av samhandlingsutfordringer.

Jeg vil starte dette kapittelet med å forklare bakgrunnen for reformen. Deretter vil jeg undersøke i hvilken grad lovprosessen tok opp samhandling, hvordan dette temaet ble behandlet av aktørene i lovprosessen og om eventuelle konkrete samhandlingstiltak ble foreslått og iverksatt. Jeg vil også se på om sykehjemsreformen medførte endringer i sykehjemmenes rolle og ansvarsområder, og om dette eventuelt påvirket samhandlingen mellom det kommunale og det fylkeskommunale forvaltningsnivået. Til sist vil jeg undersøke om kommunenes ressursituasjon fikk betydning for samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

4.2 Det var behov for å reformere sykehjemmene

Selv om det forvaltningsmessige ansvaret for sykehjemmene hadde blitt lagt til fylkeskommunene i 1970 ble ikke eierforholdene endret. Sykehjemmene var derfor fortsatt kommunalt eller privat eide, og driftsutgiftene ble belastet kommunene og ved egenbetaling fra pasientene. En kartlegging i 1981 viste at fylkeskommunene hadde valgt å ivareta ansvaret for sykehjemmene på ulike måter. Noen av dem stod selv som eiere og var ansvarlig for drift

²⁰³ St.meld. nr. 68 (1984-1985). Side 6. Denne lovprosessen ble initiert gjennom en stortingsmelding fordi regjeringen ville unngå usikkerhet om hvilket forvaltningsnivå som skulle ha ansvaret for sykehjemmene etter at Nyhus-utvalget hadde foreslått å flytte sykehjemmene til kommunene. Den var redd denne usikkerheten kunne føre til at den videre utbyggingen av sykehjemmene ville stoppe opp.

²⁰⁴ De kommunale pleie- og omsorgstjenestene som f. eks hjemmesykepleien var organisert under sosialtjenesten fram til 1984. Først etter lov om helsetjenesten i kommunene ble det bygd opp en egen kommunal helseadministrasjon. Se St. meld. nr. 68 (1984-85) side 21 og kapittel 3 i denne oppgaven.

og utbygging av sykehjemmene i alle kommuner. Andre forhandlet fram avtaler med kommunene som deretter fikk driftsansvar. Åtte av fylkene gikk enda lengre og ga kommunene både eieransvar, samt ansvaret for drift og utbygging. En tredje variant gikk ut på at fylkeskommunen hadde ulike avtaler med sine kommuner, noe som medførte at noen kommuner hadde ansvar for sykehjemmene og andre ikke.²⁰⁵ Uavhengig av styringsmodell hadde ingen kommuner formelt ansvar og styring med sykehjemmene så lenge sykehjemmenes forvaltningsansvar lå i fylkeskommunene. Kommunene kunne derfor ikke legge til rette for en helhetlig eldreomsorg.²⁰⁶

I tillegg til at det var behov for å rydde i sykehjemsorganiseringen var regjeringen Willoch II²⁰⁷ bekymret for at antallet innbyggere som kom til å trenge hjelp fra eldreomsorgen var økende. Sykehjemsreformen var derfor et grep for å møte også denne utfordringen. Reformen ville få betydning for organisering, maktforhold, økonomi og samarbeidsformer i og mellom forvaltningsnivåene. Samtidig måtte det gjøres endringer i finansieringsordningene slik at kommunene fikk tilstrekkelig bevilgninger til å ivareta sykehjemsdriften, noe som ville få betydning for økonomien i begge forvaltningsnivåene. Regjeringen mente at reformarbeidet skulle ta utgangspunkt i regionaliseringsideen, som forutsatte at helsetjenesten var hierarkisk inndelt i tre nivåer.²⁰⁸

4.3 Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten hadde lav prioritet

Da regjeringen Willoch II satte i gang arbeidet med reformen slo den fast at det var samhandlingsutfordringer mellom forvaltningsnivåene, og at det ville være *”et særlig behov for å få til et helhetlig og samordnet tilbud fra den kommunale helse- og sosialtjeneste og den fylkeskommunale helsetjenesten”*.²⁰⁹ Mange eldre pasienter hadde behov for behandling i sykehus for kortere eller lengre tid før de igjen ble skrevet ut til den kommunale helse- og sosialtjenesten, og regjeringen innså at det ble samhandlingsproblemer når tilbudene var avhengige av hverandre. *”Her er antakelig samordningsproblemene av størst omfang”*.²¹⁰

²⁰⁵ Ibid. Side 29-33.

²⁰⁶ Ibid. Side 44.

²⁰⁷ Willochs andre regjering var en koalisjon mellom H, KrF og SP. Fra 1983 til stortingsvalget i 1985 hadde regjeringen flertall i Stortinget. De tre partiene var i mindretall etter valget, men regjerte med støtte fra FrP fram til de ble avløst av Arbeiderpartiet i mai 1986.

²⁰⁸ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 9. Regjeringen henviste til hovedprinsippene for organiseringen av helsetjenesten som hadde blitt lagt gjennom kapittel 5 i St. meld. Nr. 9 (1974-75). Senere er denne meldingen sett på som grunnlagsdokumentet for nivåinndelingen av helsetjenesten. Se f. Eks. NOU 1996:5. Se også kapittel 2 i denne oppgaven.

²⁰⁹ Ibid. Side 21.

²¹⁰ Ibid. Side 22.

Samhandlingsproblemene oppstod blant annet som følge av at pasienter som var ferdigbehandlet i sykehus ikke kunne skrives ut fordi det kommunale tilbudet ikke hadde kapasitet. Dette medførte igjen at sykehusene fikk plassproblemer og ikke kunne ta i mot pasienter som ventet på innleggelse i sykehuset.

Samhandlingsproblemene oppstod først og fremst når det var uklart om det var det kommunale eller det fylkeskommunale forvaltningsnivået som hadde ansvaret for tjenesten. *”Samordningsproblemene oppstår dersom det ikke er trukket opp grenser mellom kommunale og fylkeskommunale tjenester, eller dersom det er uenighet om grensene”*.²¹¹ Sykehjemmene hadde en sentral rolle for mange av de pasientene som hadde nytte av et tilbud i begge forvaltningsnivå. Det var spesielt viktig å bidra til at pasienter kunne skrives ut fra sykehusene, og om mulig sørge for at disse kunne rehabiliteres slik at de kunne flytte hjem igjen.²¹² Det var imidlertid ikke alltid enighet mellom det kommunale og det fylkeskommunale tjenestetilbudet om en pasient burde skrives ut fra sykehuset eller ikke. Samtidig var det ikke entydig om pasienter som var blitt så pleietrengende og syke at de ikke lengre kunne bo hjemme skulle legges inn i sykehjem eller på sykehus. Ved inngangen til sykehjemsreformen tilhørte sykehjemmene formelt sett samme nivå som sykehusene, men de hadde utviklet seg til å ivareta et tjenestetilbud som lå mellom helse- og sosialtjenestene i kommunene og sykehusene.

Regjeringen la vekt på at reformen skulle sørge for bedre samhandling mellom kommunenes helse- og sosialtjenester. Reformen skulle *”skape det nødvendige lovmessige grunnlag for en styrket helse- og sosialtjeneste i lokalsamfunnet som kan planlegges, bygges ut og drives som en sammenhengende enhet”*.²¹³ En annen målsetting med reformen var å *”legge grunnlaget for en bedre balanse mellom den lokale helse- og sosialtjeneste og institusjonstjenesten”*.²¹⁴ Regjeringen drøftet ikke hva den mente med balanse mellom helse- og sosialtjeneste og institusjonstjenesten. Jeg tolker utsagnet til at balanse i denne sammenheng har med likevekt å gjøre, og en forbedring av likevekt mellom to parter innebærer en endringsprosess mot bedre likeverdighet. To parter som er likeverdige har bedre forutsetninger for å samhandle godt enn to som ikke er det. Jeg mener derfor regjeringen la opp til at en av hensiktene med Sykehjemsreformen skulle være at forutsetningene for samhandling mellom kommunenes tjenestetilbud og de fylkeskommunale institusjonene

²¹¹ Ibid.

²¹² Ibid. Side 44.

²¹³ Ibid. Side 5.

²¹⁴ Ibid. Side 6.

skulle bli bedre. Som vi vet var både sykehus og sykehjem en del av den fylkeskommunale institusjonstjenesten da målformuleringen ble lagt fram. Da forslaget om å flytte sykehjemmene til kommunene senere ble presentert, skulle det med andre ord være et bidrag til å forbedre samhandlingen mellom de kommunale og fylkeskommunale helsetjenestene.

Regjeringen uttrykte altså ikke eksplisitt at den ville forbedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Målformuleringen pekte imidlertid i retning av samhandlingsutfordringene, og regjeringen ønsket å forbedre samhandlingen både vertikalt mellom forvaltningsnivåene og horisontalt mellom kommunenes ulike tjenestetilbud innenfor helse- og sosialtjenesten. Jeg vil i dette delkapitlet undersøke om regjeringen fulgte opp sin samhandlingsambisjon gjennom hele lovprosessen, hvilket standpunkt Stortinget tok i spørsmålet om samhandling mellom kommunenes helsetjenester og sykehusene, og om reformen faktisk bidro til å forbedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

4.3.1 Den horisontale samhandlingen var viktigst

Jeg har tidligere i kapitlet redegjort for at Sykehjemsreformen var en av flere organisasjonsendringer som bidro til utviklingen av helsetjenesten på 1970-tallet og 1980-tallet. Det var viktig å overføre oppgaver og ansvar til det kommunale forvaltningsnivået slik at det kunne tilby gode tjenester ute i lokalsamfunnet. Sykehjemsreformen skulle i tillegg bidra til en ytterligere ”desentralisering” - eldre skulle kunne bo hjemme lengst mulig. Ved å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene skulle avstanden mellom situasjonen som sykehjempasient og hjemmeboende reduseres. Intensjonen var at kommunene skulle styre bruken av sykehjemmenes fasiliteter slik at disse kunne benyttes til kortidsopphold som skulle styrke den enkelte slik at vedkommende igjen kunne bo hjemme. *”Kommunalt ansvar for de somatiske sykehjemmene er en viktig forutsetning for det felles ansvar og det nære samvirke mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg som må til dersom vi skal få en sammenhengende eldreomsorg i kommunene”*.²¹⁵

Regjeringen slo flere ganger fast at sykehjemmene var en del av eldreomsorgen som for øvrig bestod av andre tjenestetilbud både fra helsetjenesten og sosialtjenesten. I denne sammenheng ble det slått fast at Sykehjemsreformen skulle følge det samme prinsippet som i de andre reformene som hadde vært gjennomført i helse- og sosialtjenesten. Det økonomiske og administrative ansvar for alle tjenestetilbud som hørte sammen skulle samles på ett

²¹⁵ Ibid. Side 48. Se også Ot.prp. nr. 48 (1985-86) side 58. Fokuset på samordning av kommunale deltjenester innen eldreomsorgen ble gjentatt flere ganger i proposisjonen. Se blant annet side 71, 74, 75.

forvaltningsnivå.²¹⁶ Dette prinsippet ble knyttet til Sykehjemsreformen, og det ble brukt som begrunnelse for å flytte sykehjemmene til kommunene. Sykehjemmene ble gitt en rolle i å knytte helse- og sosialtjenestene nærmere sammen.

Da Sykehjemsreformen kom til behandling i Odelstinget, var representantene lite opptatt av samhandling. De som berørte områder som hadde med samhandling å gjøre relaterte disse til samhandling internt i kommunene, som for eksempel Laila Kaland (A) som var fornøyd med at kommunene skulle få forvaltningsansvaret for sykehjemmene:

*”Sjukeheimane vil då kunne samordnast med dei andre lokale helsetilboda, noko som igjen vil gi fleiere og betre tilbod til dei eldre.”*²¹⁷ Jeg vil derfor undersøke på hvilken måte mine kilder tok opp samhandlingsspørsmål mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus. Ble dette temaet egentlig prioritert i lovprosessen?

4.3.2 Samhandling mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus

Regjeringen løftet betydningen av samhandlingsproblemer, og mente eldreomsorgen var et område hvor det ville *”være et særlig behov for å få til et helhetlig og samordnet tilbud fra den kommunale helse- og sosialtjeneste og den fylkeskommunale helsetjenesten”*.²¹⁸

Eldreomsorgen var viktig fordi eldre utgjorde en stor gruppe som hadde behov for helse- og sosialtjenester. Derfor var det også mange mennesker som ble utsatt for mangel på samhandling, og dette førte ikke bare til store konsekvenser for den det gjaldt, men også for samfunnet. Regjeringen framholdt videre at samhandlingsutfordringene måtte prioriteres fordi de var mulige å løse. *”På en rekke områder vil det være mulig for offentlige myndigheter å dempe/fjerne årsakene til problemene”*.²¹⁹

Det ble imidlertid raskt klart at arbeidet med Sykehjemsreformen måtte avklare hvilken form for samhandling som skulle prioriteres. Regjeringen skjønnte at konsekvensen av å legge forvaltningsansvaret for sykehjemmene til kommunene var at samhandlingen i helsetjenesten for øvrig ble påvirket, og den slo fast at *”behovet for samordning på kommunalt plan er viktigere enn samordning mellom fylkeskommunale institusjonstjenester og somatiske sykehjem.”*²²⁰ Jeg vil derfor hevde at regjeringen hadde erkjent at

²¹⁶ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 44.

²¹⁷ Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 347. Se også side 332, 340, 342, 348, 349 og 351. Dette var representanter fra ulike parti, både i og utenfor regjering. Regjeringen Gro Harlem Brundtland II hadde overtatt 09.05.86. Kilde: www.stortinget.no.

²¹⁸ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 21.

²¹⁹ Ibid. Side 22.

²²⁰ Ibid. Side 24.

samhandlingen mellom forvaltningsnivåene kunne bli forverret som følge av at forvaltningsansvaret for sykehjemmene skulle flyttes til kommunene.

Mine vurderinger støttes av Samordningsutvalget. Utvalget mente at samhandlingsproblemer oppstod blant annet når flaskehals i behandlingsforløpet var forårsaket av at tjenestetilbud var feil dimensjonert i forhold til hverandre. Som eksempel brukte utvalget mangel på sykehjems plasser som førte til at ferdigbehandlede pasienter ble liggende unødvendig lenge i sykehus.²²¹ Samordningsutvalget mente slik feildimensjonering var et stort problem og at: *”En overføring av de somatiske sykehjemmene til kommunene vil kunne forsterke dette dimensjoneringsproblemet. Det vil da kunne bli økonomisk lønnsomt for kommunene å la ”ferdigbehandlede” pasienter bli liggende i sykehus framfor å bygge ut lokale tilbud som sykehjem og hjemmebasert omsorg i tilstrekkelig grad.”*²²²

Jeg har redegjort for at samhandlingen mellom det kommunale og fylkeskommunale nivået ble nedprioritert. Dette stemmer overens med Nyhus-utvalgets analyser av samhandlingen mellom kommunale og fylkeskommunale tjenester. Utvalget konkluderte med at samhandlingen mellom forvaltningsnivåene hadde blitt nedprioritert i omstillingsprosesser der samhandlingen mellom forvaltningsnivåene hadde blitt vurdert opp mot hva som var mest funksjonelt for den enkelte tjeneste. *”Disse to hensynene vil i en del tilfeller stå i et motsetningsforhold til hverandre, og hensynet til behovet for samhandling med andre tjenester har i noen tilfeller vært nødt til å vike”.*²²³

Regjeringen framholdt innledningsvis i Sykehjemsreformen at samhandling mellom forvaltningsnivåene var en stor utfordring, og at reformen skulle legge til rette for å forbedre denne. Til tross for disse signalene ble samhandling mellom helsetjenesten i kommunen og sykehus nedprioritert i lovprosessen. Det var viktigere å arbeide for god samhandling mellom tjenester internt i kommunene.

4.3.3 Sykehjemsreformens negative samhandlingskonsekvenser kunne reduseres

Regjeringen erkjente at samhandlingsutfordringer i noen tilfeller hadde blitt nedprioritert, og at det måtte iverksettes tiltak for å redusere negative konsekvenser. *”I slike tilfeller vil det kunne være nødvendig å utvikle hensiktsmessige virkemidler for å oppnå tilstrekkelig*

²²¹ NOU 1986:4 Side 13.

²²² Ibid. Side 144. Utvalget viste til undersøkelse fra 1984 der 2200 pasienter var registrert som ferdigbehandlede i somatiske sykehus.

²²³ NOU 1982:10 Side 158.

samordning mellom tjenestene i kommunene og tjenestene i fylkeskommunene."²²⁴ Den tok derfor tak i utfordringene ved å oppnevne et eget utvalg som skulle utrede samhandlingsproblemene mellom forvaltningsnivåene. Utvalget fikk i mandat å legge fram forslag til løsninger på problemene. *"Siktemålet med arbeidet skal bl.a være å komme fram til konkrete samordningstiltak som sikrer en mest mulig tilfredsstillende behandling av klientene og en best mulig utnyttelse av eksisterende ressurser.*"²²⁵ Sosialkomiteen satte sin lit til utvalgsarbeidet. *"Komiteen regner med at den utvalgsinnstilling om samordningsproblemer som vil foreligge i løpet av sommeren, vil være et viktig bidrag til å løse problemene.*"²²⁶

Resultatet av utvalgsarbeidet ble NOU 1986:4 "Samordning i helse- og sosialtjenesten". Dette er en særdeles omfattende utredning som tilsynelatende gjennomgikk alt som hadde med samhandling å gjøre. Utredningen tok opp en rekke av de samhandlingsutfordringer som var reist i løpet av 1980-tallet, og ga en grundig analyse av tidligere arbeid med samhandlingsutfordringer og mente dette arbeidet hadde blitt nedprioritert. Dette skyldtes blant annet at kommunene hadde fått mange nye oppgaver som måtte prioriteres og *"Det har derfor vært hensiktsmessig å la det gå noe tid før samordningsspørsmålene ble nøyere utredet.*"²²⁷

Utvalget foretok grundige drøftinger og presenterte svært detaljerte samhandlingstiltak innenfor et vidt spekter av utfordringer som ivaretok både overordnende og praktiske forhold. I forbindelse med at utvalget drøftet hvilke tiltak som kunne utvikle kommunenes planleggingsverktøy til å ivareta samordning, ble det for eksempel foreslått at det burde avholdes drøftingsmøter mellom kommuner og fylkeskommuner. Forslaget inneholdt anbefalinger om når møtet skulle holdes, antall møter, hvem som skulle være deltakere og hvilke tema som skulle tas opp.²²⁸ Utvalget drøftet også overordnede problemstillinger og så blant annet på det sentrale statlige byråkatiets rolle. Det mente at det var behov for å forbedre organisering og struktur også på statlig nivå hvis samhandlingen mellom kommunalt og fylkeskommunalt nivå skulle forbedres. *"Noe som tyder på at den sentrale samordningen på dette området har vært mangelfull er de mange ulike planoppgavene vi har i dag, og at de dels har videreutviklet seg uavhengig av hverandre, dels vært prioritert ulikt over tid.*"²²⁹

²²⁴ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 22.

²²⁵ Ibid. Side 25.

²²⁶ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 6.

²²⁷ NOU 1986:4 Side 7.

²²⁸ Ibid. Side 122. Andre eksempler på utredningens inngående arbeid finnes på side 123 om veiledningsmateriell og på side 169 om hjemmebesøk.

²²⁹ Ibid. Side 126.

Behovet for en sentral samordning av planarbeidet ble understreket da utvalget fastslo at Sosialdepartementet måtte samordne sitt arbeid med planleggingsspørsmål. Utvalget slo også fast at Kommunal- og arbeidsdepartementet hadde et samordningsansvar for statlige tiltak overfor kommuner og fylkeskommuner, og viste til tidligere forslag om at Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sosialdepartementet burde samarbeide om planarbeidet for fylkeshelsetjenesten.²³⁰ Vi ser at Samordningsutvalget plasserte ansvar for samhandlingsproblemer mellom kommuner og fylkeskommuner også hos staten.

Da regjeringen la fram lovforslaget, ble ikke temaer som hadde med samhandling å gjøre drøftet på samme måte som i NOU 1986:4. Lovforslaget fulgte ikke opp verken planleggingsarbeid eller praktiske rutiner knyttet til kommunikasjon mellom forvaltningsnivåene. Rett nok ble Samordningsutvalgets forslag knyttet til plansystemer nevnt, men disse ble ikke realitetsbehandlet under henvisning til at forslagene ville bli vurdert senere når utvalgets utredning hadde vært ute på høring.²³¹ Lovforslaget var preget av en mer overordnet gjennomgang av temaer som berørte samhandling, noe som blant annet ble tydeliggjort i behandlingen av økonomiske ordninger: ”...de økonomiske ordningene skal sørge for at statstilskudd til henholdsvis den kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjeneste blir fordelt på en måte som fanger opp ulikheter i utgiftsbehov.”²³²

Forskjellen mellom utredningen og lovforslaget når det gjaldt fokus på samhandling ble godt dokumentert da betalingsordninger ble drøftet som tiltak for å forbedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Samordningsutvalget gjennomgikk ulike former for betalingsordninger mellom kommuner og fylkeskommuner for å forbedre samhandlingen. Mange mulige effekter av å innføre slike ordninger ble presentert og det ble foretatt en grundig drøfting av betalingsordninger og konsekvenser av disse. Samordningsutvalget var delt i spørsmålet om betalingsordning for ”ferdigbehandlede pasienter” i somatiske sykehus, og flertallet mente det ikke burde innføres slik betalingsordning fordi dette ville medføre flere ulemper enn fordeler. Mindretallet så på en ”betalingsordning som et viktig virkemiddel til å stimulere til utbygging av tiltak i kommunal regi.”²³³ Det foreslo derfor å innføre en pleietakst fastsatt av Sosialdepartementet som kommunene skulle betale for ferdigbehandlede pasienter i sykehus. Utvalgets drøfting av dette temaet var knyttet til praktiske forhold rundt

²³⁰ Ibid. side 128.

²³¹ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 45.

²³² Ibid. Side 45.

²³³ NOU 1986:4 Side 146. Mindretallet var Ellen Naglestad, førstekonsulent i Finansdepartementet. Utvalget bestod av 8 personer og et sekretariat på to personer. Alle var byråkrater i kommune- og statsforvaltningen.

betalingsordninger som for eksempel hvordan prisfastsettingen burde foregå. Det ble i liten grad tatt opp hvilke samhandlingskonsekvenser som ville kunne oppstå som følge av at en part i et samarbeid fikk økonomiske utlegg som straff for at den ikke var i stand til å ivareta sine forpliktelser.

Odelstingsproposisjonen tok også opp betalingsordninger som virkemiddel for å forbedre samhandling og viste til drøftingene som var utført i NOU 1986:4. Regjeringen tok imidlertid ikke stilling til dette når den la fram lovforslaget. ”*Departementet har sendt utvalgets innstilling på høring og vil vurdere forslagene om betalingsordninger mellom forvaltningsnivåer som ledd i oppfølgingen av innstillingen.*”²³⁴ Dette temaet gir slik sett et godt bilde av de to kildene. Regjeringen behandlet betalingsordninger overfladisk på en fjerdedels side i lovforslaget og tok ikke stilling til saken. Grunnlaget for Samordningsutvalgets forslag var en grundig drøfting på 32 sider og i tillegg fulgte som vedlegg et eget notat på 28 sider om bruk av betalingsordninger. Jeg vil derfor hevde at Stortinget fikk Sykehjemsreformen til behandling uten at det omfattende utredningsarbeidet fra Samordningsutvalget ble formidlet til det fra regjeringen.

4.3.4 Hvorfor ble ikke Samordningsutvalgets anbefalinger en del av lovprosessen?

NOU 1986:4 ble avgitt til Sosialdepartementet i januar 1986, tre måneder før regjeringen la fram odelstingsproposisjonen som lå til grunn for sykehjemsreformen. Regjeringen hadde derfor tilgang til utvalgets drøftinger og anbefalinger før den la fram lovforslaget. Den henviste da også til utredningen flere ganger²³⁵ i lovforslaget, og det er derfor underlig at den i så liten grad viderebrakte utvalgets anbefalinger til Stortinget. En av årsakene til at anbefalingene fra NOU 1986:4 var lite synlig i forslaget var at utredningen berørte mange områder innenfor helse- og sosialsektoren. Sosialdepartementet mente dessuten at utredningen foreslo tiltak som berørte mange av departementets avdelinger, og ”*Oppfølgingen av utredningen og utvalgets forslag til tiltak, krever derfor også en samordnet innsats fra departementets side.*”²³⁶ I følge Sosialdepartementet burde utvalgets anbefalinger derfor ikke bare sees i sammenheng med sykehjemsreformen, men også følges opp i sammenheng med Sosiallovutvalgets og HVPU-utvalgets utredninger. Dette tyder på at oppfølgingen av utredningen ble komplisert, og måtte ta hensyn til mange aktører.

²³⁴ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 47. Høringsfristen gikk ut etter at lovforslaget ble vedtatt i Stortinget.

²³⁵ Ibid. Se for eksempel side 6, 31, 45, 47 og 74.

²³⁶ Internt notat fra Plan- og utredningsavdelingen til departementets ledelse (10.02.86) Side 1.

Anbefalingene fra NOU 1986:4 ble ikke behandlet samlet verken i Sosialdepartementet eller i Stortinget. Oppfølgingsarbeidet ble splittet opp fordi departementet vurderte noen av utredningens anbefalinger til å være av en slik art at de kunne behandles administrativt og iverksettes umiddelbart. Dette var for eksempel å formidle samhandlingstiltak via veiledningsmateriell, etablering av forskningsprogram om samordningsspørsmål og etablering av en idé-bank for helse- og sosialsektoren.²³⁷ Da utredningen ble sendt på høring, ble det løftet fram noen områder departementet mente var spesielt viktige å få synspunkter på. Dette var for eksempel spørsmålet om innføring av betalingsordninger som er behandlet tidligere i dette delkapitlet.²³⁸

Vi ser at oppfølgingen av utredningens anbefalinger ble komplisert og den involverte mange aktører. Dessuten ble arbeidet oppsplittet, både gjennom den interne saksbehandlingen i departementet, og ved at forvaltningen løftet fram noen områder i utredningen som spesielt viktige. Dette kan ha bidratt til at det var vanskelig for departementet å samle alle tråder, og videreføre anbefalingene fra NOU 1986:4 til proposisjonen på den korte tiden som var til rådighet. De samhandlingsutfordringene som var av størst betydning, og vurdert som sentrale for lovprosessen, var dessuten sendt på høring. Høringsfristen ble etter henvendelser til departementet utsatt til 1. september 1986 fordi *”det for de aller fleste høringsinstansene er blitt mange større utredninger å forholde seg til på relativt kort tid”*.²³⁹ Dette medførte at forvaltningens arbeid med de viktigste spørsmålene ikke var ferdig da Stortinget fikk lovforslaget om flyttingen av ansvaret for sykehjemmene til behandling. Det var med andre ord flere årsaker til at samhandlingsutfordringene mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus heller ikke ved denne korsvei ble løftet opp og behandlet grundig av Stortinget. Jeg vil anta at hvis denne utfordringen hadde hatt større prioritet blant de folkevalgte på midten av 1980-tallet, ville arbeidet med Sykehjemsreformen blitt utsatt inntil regjeringen kunne legge fram en sak for Stortinget der høringen var innarbeidet.

4.4 Avinstitusjonalisering i eldreomsorgen

4.4.1 Ufullstendig analyse bidro til boliggyring av sykehjemmene

Det var stor enighet om å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene. Samtidig ble et tilsynelatende mer faglig og ideologisk spørsmål brakt på

²³⁷ Ibid. Side 6-8. Søk i Stortingets bibliotek og telefonsamtale med utvalgets leder, Bjarne Jensen, avklarte at utredningen ikke fikk en samlet behandling i Stortinget.

²³⁸ Høringsbrev Sosialdepartementet (1986) Side 2-5.

²³⁹ Brev til høringsinstansene (28.05.86)

banen. Politikerne var enige om å se nøye på sykehjemmenes rolle i helsetjenesten i forbindelse med sykehjemsreformen. *”Komiteen er av den oppfatning at når en avgjør hva sykehjemmet er, et ledd i institusjonshelsetjenesten eller et ledd i eldreomsorgen, avgjør en hvor ansvaret for sykehjemmet bør ligge”*.²⁴⁰ Det ble lagt opp til at sykehjemmenes rolle som sykehusenes forlengede arm skulle endres. Nå skulle det satses på *”å myke opp våre sykehjem slik at de blir virkelige hjem”*²⁴¹, og den sosiale funksjonen i sykehjemmene måtte styrkes. Regjeringen mente at det var forsvarlig å nedtone institusjonspreget og den kurative rollen til sykehjemmene fordi det som regel ikke var medisinske sykdommer som var årsaken til innleggelse i sykehjem. *”Som oftest er det pleie- og omsorgsbehovet som er så omfattende at heldøgnstilsyn er nødvendig.”*²⁴² Dette oppfatter jeg som at regjeringen mente at stort pleie- og omsorgsbehov først og fremst forutsatte boligfokus i sykehjemmene. Dessuten antydte regjeringen at det var ved sykdomstilstander at den enkelte trengte sykehjemsplass med institusjonsfokus.

Jeg ser framstillingen om boliggingjøring av sykehjemmene først og fremst som resultat av at lovprosessen i svært liten grad analyserte Eldres helsetilstand og hvilke behov for sykepleie og medisinsk behandling dette forutsatte. Brukerne av eldreomsorgen ble i stor grad omtalt som en ensartet gruppe. Under drøftingen av eldreomsorgens utfordringer var eldre med demens den eneste pasientgruppen som ble vurdert særskilt.²⁴³ Som grunnlag for å ta stilling i lovprosessen ble andelen eldre trukket fram, dessuten andelen eldre som bodde alene og pårørendes muligheter til å ivareta Eldres hjelpebehov.²⁴⁴ I lovforslaget ble sykehjemmenes funksjoner gjennomgått uten at pasientenes tilstand og behov ble drøftet.²⁴⁵ Regjeringen redegjorde heller ikke for at eldre kunne lide av ulike sykdomstilstander, og at disse kunne medføre forskjellig grad av ressurskrevende og spesialiserte tiltak fra helse- og sosialtjenesten. Det ble heller ikke tydeliggjort at disse behovene kunne ivaretas av ulike tiltak innen eldreomsorgen som hjemmehjelp, hjemmesykepleie, aldershjem, sykehjem og av sykehus. Jeg mener derfor at det er riktig å si at det ble gitt et unyansert og forenklet bilde på en komplisert virkelighet. Verken Sykehjemsmeldingen eller lovforslaget hadde gitt Stortinget tilstrekkelig innsikt i at det var Eldres sykdomstilstander som i mange tilfeller medførte behov for pleie- og omsorg. Som for eksempel ved hjerneslag som gir halvsidig

²⁴⁰ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 5.

²⁴¹ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 46.

²⁴² Ibid. Side 46.

²⁴³ Ibid. Side 38. Se også Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 36.

²⁴⁴ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 34-38. Se også Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 3.

²⁴⁵ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 24.

lammelse. Heller ikke at det var utøverne av pleie- og omsorg som iverksatte den medisinske behandlingen på pasienter som bodde i sykehjem.

Derfor var det ikke rart at bare en representant brukte taletiden til å kommentere at eldre var en uensartet gruppe og at deres behov for pleie og omsorg var høyst forskjellig. Innlegget ble ikke holdt av en hvilken som helst representant, men av Astrid Nøklebye Heiberg, statssekretær til sosialministeren, Leif Arne Heløe, og psykiater av utdanning. Hun kommenterte imidlertid ikke at mange eldre hadde behov for forskjellige typer medisinsk behandling, men slo fast at *”Der er derfor det er så viktig å se på eldrepolitikken som en del av den praktiske politikk i kommunene og ikke ensidig som en omsorgsoppgave for helse- og sosialvesenet”*.²⁴⁶ Når jeg trekker fram dette innlegget er det fordi det viser at selv autoriteter på helsepolitiske spørsmål ikke valgte å legge vekt på sammenhengen mellom eldres sykdommer og behovet for sykepleie. Det er også grunn til å tvile på om Stortinget skjønnte at grensen mellom eldres behov for pleie- og omsorgstjenester og medisinsk behandling verken var entydig eller enkel å plassere, og at den derfor vanskelig kunne brukes som styringssignal for politikerne som ville boliggyøre sykehjemmene.

Stortingspolitikkerne var ikke forelagt en drøfting som tydeliggjorde dette bildet da de skulle avgjøre sykehjemmenes framtidige rolle. Jeg mener derfor det er riktig å si at lovprosessen inneholdt en mangelfull analyse av hvilke behov for helsetjenester de eldre hadde, og av alle sider av sykehjemmenes oppgaver og ansvar. Regjeringen kom imidlertid med en klar anbefaling. *”Dersom sykehjemmene i framtiden skal bli tjenestelige som hjem, må de avinstitusjonaliseres og alminneliggjøres.”*²⁴⁷ Regjeringen fikk full støtte for forslaget og det var tverrpolitisk enighet om at *”Det må legges vekt på bofunksjonen”*²⁴⁸ i framtidens sykehjem.

4.4.2 Boliggjøringen av sykehjemmene ga samhandlingsproblemer

Det er for øvrig verdt å merke seg at boliggjøringsdebatten falt sammen i tid med tydelige signaler om at det måtte rasjonaliseres med ressursene i den samlede helsetjenesten. Regjeringen drøftet ikke hvorvidt et mindre helsefaglig fokus i sykehjemmene ville medføre en billigere løsning for samfunnet eller om det kunne påvirke evnen til å ivareta syke eldre med utfordrende medisinske og pleiefaglige behov. Det ble heller ikke vurdert hvorvidt

²⁴⁶ Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 334.

²⁴⁷ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 30.

²⁴⁸ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 6.

samhandlingen med sykehusene i forbindelse med utskrivning av pasienter til sykehjem, kunne bli påvirket av avinstitusjonaliseringen.

I et tidligere kapittel i proposisjonen drøftet regjeringen Willoch II sykehjemmenes funksjonsområder. I denne sammenheng ble det slått fast at sykehjemmene etter intensjonen skulle være *”en ressurssterk institusjon som ved aktiv behandling og pleie kunne tilbakeføre flest mulig til sine hjem, og å bedre funksjonsfordelingen mellom sykehus og sykehjem.”*²⁴⁹ Regjeringen mente med andre ord at ved å legge vekt på sykehjemmene som institusjoner med behandlingsmuligheter kunne sykehjemmene bidra til å forbedre samhandlingen mellom sykehusene og sykehjemmene. Gjennom boliggyringsforslaget foreslo regjeringen med andre ord å endre institusjonspreget som man selv mente ga god samhandling. Dette tyder på at regjeringen var klar over at forslaget om boliggyring av sykehjemmene ville kunne medføre dårligere samhandling mellom sykehjemmene og sykehus. I det de boliggyrte sykehjemmene ble foreslått flyttet til kommunene la regjeringen reelt sett opp til at sykehjemmene ville bli dårligere i stand til å samhandle med sykehusene, enn de hadde vært tidligere under fylkeskommunal forvaltning og styrt av sykehusloven. Jeg mener derfor at regjeringen med åpne øyne la til rette for en dårligere samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene.

De politiske signalene om at sykehjemmene skulle boliggyres og ha mindre innretning mot kurativ virksomhet, oppfordret til en utvikling som ville kunne endre sykehjemmenes behandlingsfilosofi og funksjoner. Et større fokus brukt på sykehjemmenes funksjon som bolig, ville tilsvarende kunne redusere oppmerksomheten mot eldres sykdommer og den helsefaglige innretningen i sykehjemmene. Sykehjemsreformen ville ved en slik utvikling bidra til at sykehjemmene fjernet seg fra sykehusene, og gjøre samhandling vanskeligere. De ville også bli mindre i stand til å ivareta ressurskrevende pasienter som ikke lengre trengte sykehusopphold. Dette ville igjen kunne føre til at det ble større sprik mellom sykehusenes forventninger om hvilke pasienter som kunne skrives ut fra sykehuset, og det tilbudet kommunene var i stand til å tilby. En følge av en slik utvikling ville være at det ble vanskeligere å overføre pasienter mellom forvaltningsnivåene. Jeg vil derfor ta til orde for at politikernes ønske om å boliggyre sykehjemmene samtidig med at ansvaret for dem ble flyttet til kommunene, ville kunne bidra til at sykehjemmenes funksjon som sykehusenes forlengede arm ville bli bygget ned.

²⁴⁹ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 24.

Vi har sett at sykehjemsreformen en boliggingjøring av sykehjemmene og forsterket disse institusjonenes sosiale preg. Dette var i tråd med reformens intensjon om å etablere bedre samhandling mellom kommunale tjenester. Sykehjemsreformen kunne alternativt lagt vekt på at sykehjemmene i større grad skulle være et kommunalt redskap for å forbedre samhandlingen med de fylkeskommunale sykehusene. Dette kunne lovprosessen sørget for ved å legge opp til at sykehjemmene først og fremst skulle ivareta helsefaglige og kurative funksjoner som gjorde at sykehusene kunne avlastes.

4.4.3 Kompetansesammensetning i eldreomsorgen – av betydning for samhandling?

Selv om det ble lagt stor vekt på at sykehjemmene måtte boliggingjøres mente politikerne at sykepleietjenesten fortsatt skulle ha en viktig rolle. Sykehjemmene hadde ikke utviklet seg som ønsket og *”mangelen på fagutdannet personell i sykehjemmene må ta en del av ansvaret for denne situasjonen”*.²⁵⁰ Lovprosessen synliggjorde da også behovet for å heve kompetansen innenfor eldreomsorgen generelt og i sykehjemmene, og dette ble grundig gjennomgått i et eget kapittel. Regjeringen slo fast at den kommunale helsetjenesten var avhengig av riktig personalsammensetning og tilstrekkelig antall ansatte for å kunne ivareta sine oppgaver. Det ble påpekt at veksten i antall ansatte i helsetjenesten måtte skje innenfor eldreomsorgen, og at dette feltet hadde behov både for leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det synes imidlertid som om regjeringen distanserte seg fra utfordringen og ikke tok ansvar for å gjøre noe med situasjonen. Flere steder i lovforslaget understreket regjeringen at det var en kommunal og fylkeskommunal oppgave å sørge for at kompetansen innenfor eldreomsorgen var tilstrekkelig.²⁵¹

Selv om kompetansens betydning ble omtalt særskilt, var dette i mange tilfeller i vage og lite forpliktende vendinger. I lovforslaget var intensjonen at *”Departementet vil videre vurdere å sette i gang et forsøksprosjekt for å styrke videre og etterutdanningstilbudet til faglært og ufaglært personell på pleie- og omsorgssektoren”*.²⁵² Regjeringen foretok ikke en drøfting av hvilken betydning fagkompetanse i sykepleietjenesten hadde for samhandling mellom helsetjenesten i kommuner og i sykehus. Regjeringen viste til at: *”Både faglig og ikke-faglig pleie går inn under begrepet sykepleietjenesten i sykehjem.”*²⁵³ Dette tolker jeg dit

²⁵⁰ Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 4.

²⁵¹ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 53 - 59. I 1983 var det ansatt 3218 ufaglærte i sykehjemmene. Samme år var det opprettet 2338 sykepleieårsverk og 4593 hjelpepleieårsverk. Det ble antatt at ca. 20 % av disse to fagutdannede kategoriene ikke var besatt.

²⁵² Ibid. Side 64. Se også side 60.

²⁵³ Ibid. Side 32.

hen at regjeringen likestilte personell med og uten fagutdanning. Dernest antydte regjeringen at den som skulle arbeide i sykehjem ikke trengte helsefaglig utdanning. Rett nok framgikk det av lovforslaget at det var forskjell på pleie utført av sykepleier og ikke fagutdannet pleier *”ved den kunnskapsbakgrunn og forståelse en fagutdannet legger til grunn for sine observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger.. .”*²⁵⁴ Det ble imidlertid heller ikke i denne sammenheng drøftet om personell med og uten fagkompetanse burde ivareta ulike roller innenfor eldreomsorgen.

Regjeringens framstilling av saken kan imidlertid også representere en form for resignasjon overfor et stort rekrutteringsproblem innenfor sektoren. I 1985 var bare 78,8 % av alle utdannede sykepleiere yrkesaktive og halvparten av dem arbeidet deltid. Det ble dessuten anslått å være 3000 ubesatte sykepleierstillinger på landsbasis.²⁵⁵ Dette synspunktet ble støttet i stortingsdebatten hvor det ble understreket at det var stor mangel på kvalifisert personell i alle deler av eldreomsorgen. *”Klarer vi ikke å komme ut av dette problemet, klarer vi heller ikke å skape den eldreomsorgen vi ønsker.”*²⁵⁶ Regjeringen mente muligens at det måtte satses på pleiemedhjelpere uten fagutdanning fordi dette var en gruppe personell som var lettere tilgjengelig i arbeidsmarkedet, og de var billigere arbeidskraft enn høyskoleutdannet personell? Jeg finner det i alle fall rimelig å hevde at de folkevalgte sendte et tydelig signal om at ufaglærtes rolle i sykehjemmene var nødvendig. Dette gjorde de til tross for at debatten hadde synliggjort at mangelen på fagfolk bidro til å utvikle sykehjemmene i feil retning slik at pasientene ble passiviserte og forebygging vanskeliggjort.²⁵⁷ Det er grunn til å tvil på om de folkevalgte skjønnte betydningen av at alle som arbeidet innenfor eldreomsorgen burde ha fagutdanning.

Dette inntrykket ble forsterket ved at familienes rolle ble beskrevet som en viktig del av eldreomsorgen. *”Uansett om vi sakner muligheter til å fastslå omfanget av ulønnet familieomsorg for eldre, er det viktig å understreke at denne fortsatt vil utgjøre et vesentlig grunnlag for samfunnets evne til å gi hjelpetrengende eldre den pleie og omsorg de trenger også i framtida”.*²⁵⁸ Det ble differensiert lite mellom rollen til fagutdannet helsepersonell og familiemedlemmer. Uavhengig av om brukerne av eldreomsorgen var syke, trengte pleie, omsorg eller praktisk hjelp ble deres ”hjelpere” i stor grad omtalt i samme vendinger. I tillegg

²⁵⁴ Ibid. Side 32.

²⁵⁵ Ibid. Side 60. Det var utdannet 46243 offentlig godkjente sykepleiere, 36451 var yrkesaktive. Yrkesaktiviteten var gått ned med 5,7 % fra 1983. Antall deltidsarbeidende var 50,6%.

²⁵⁶ Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 339. Representanten Terje Granerud (A).

²⁵⁷ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 5. Se også Innst. O. Nr. 56 (1985-86) Side 4.

²⁵⁸ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 37.

framstilte lovprosessen kvinners omsorgsinnsats i hjemmene som en viktig del av eldreomsorgen og likestilt med de funksjoner helsetjenesten skulle ivareta: ”... *ensidig pleie- og omsorgsoppgaver i tradisjonell forstand som ofte assosieres med kvinners hovedinnsats i ulønnet omsorgsarbeid.*”²⁵⁹ Stortinget vedtok dessuten å innføre omsorgslønn, noe som var positivt fordi pårørendes innsats ble belønnet. Jeg mener imidlertid denne ordningen også bidro til å legitimerte den ufaglærte innsatsen i eldreomsorgen.²⁶⁰ Dette peker i retning av at de folkevalgte ikke hadde stor nok oppmerksomhet mot at den eldre befolkningen som bodde hjemme også kunne lide av sykdommer som krevde behandling og sykepleie. De var ikke en ensartet gruppe som først og fremst trengte praktisk hjelp og omsorg.

Det kan synes som om regjering og Storting langt på vei hadde en ide om at en stor del av utfordringene innenfor kommunenes eldreomsorg kunne løses av personer som ikke hadde fagkompetanse. Dette sier noe om politikernes holdninger til eldreomsorgen i 1985. Lovprosessen som førte til sykehjemsreformen presenterte et syn på kompetanse som samsvarte med boliggiøringen av sykehjemmene. Dette kan ha vært med på å fjerne sykehjemmene og den øvrige kommunehelsetjenesten fra sykehusene, og dermed ha vært med på å redusere mulighetene til å fremme samhandling mellom forvaltningsnivåene.

4.5 Kapasitetsproblemer forsterket utviklingen

Uavhengig av om sykehjemmene først og fremst skulle ha en sosialfaglig eller helsefaglig innretning ville de i mange tilfeller være det tjenestetilbudet som samarbeidet nærmest med sykehusene. Antallet sykehjems plasser ville derfor ha betydning for om sykehusene ble avlastet for pasienter som ikke lengre trengte sykehusinnleggelse, men et mindre ressurskrevende institusjonstilbud. Regjeringen redegjorde for at det hadde vært en omfattende utbygging av sykehjems plasser, men slo også fast at til tross for utbyggingen hadde dekningsgrad blitt lavere på grunn av en sterk økning i antall eldre.²⁶¹ Opposisjonen på Stortinget var imidlertid langt mer kritisk og mente at det ved utgangen av 1984 manglet 2000 sykehjems plasser for å nå samme dekningsgrad som fire år tidligere. ”*Det etterslepet vi nå har fått, sammen med de konsekvenser endringen i alderssammensetningen medfører, vil etter disse medlemmers syn by på utfordringer som langt overgår de vi tidligere har stått*

²⁵⁹ Ibid.

²⁶⁰ Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 5 og 14. Se også Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 333; representanten Anne Enger Lahnstein (Sp), side 339; Terje Granerud (A) og side 341; Arne Skauge (H).

²⁶¹ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 27. Dekningsgraden ble angitt i antall plasser pr. 100 innbyggere 70 år og over. Denne hadde sunket fra 6,6 i 1982 til 6,4 året etter.

overfor”.²⁶² Det ble ikke drøftet om kapasiteten på sykehjems plasser kunne påvirke samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og sykehus. Da Sykehjemsreformen innebar forslag om å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene til kommunene, ville imidlertid kapasitetsproblemene bli et kommunalt ansvar. Dette ville i sin tur kunne forsterke et klassisk samhandlingsproblem som følge av at det kommunale helsetjenestetilbudet ikke hadde kapasitet til å ta imot de pasienter sykehusene ville skrive ut. Den kommunale kapasitetsmangelen ble dessuten forsterket av at antallet aldershjems plasser samtidig ble redusert.²⁶³

Regjeringen koblet sammen den ideologisk forankrede argumentasjonen om boliggyøring av sykehjem og kapasitetsproblemene i sykehjemmene. Den mente at lokale og hjemmebaserte tjenestetilbud kunne være et alternativ til sykehjemsinnleggelse, og at flere pasienter enn tidligere burde få hjelp fra kommunenes tjenesteapparat hjemme i egen bolig. Regjeringen mente videre at kommunene ville bygge ut hjemmetjenestene når de fikk forvaltningsansvaret for sykehjemmene. ”Ved å samle ansvaret for både den primære helse- og sosialtjeneste på kommunenivå er kommunene blitt stimulert til en utbygging av de alternative tjenestene til sykehjemmene.”²⁶⁴ Kan det tenkes at regjeringen så for seg at flytting av forvaltningsansvaret for sykehjemmene til kommunene ville kunne medføre at kommunene kom til å etablere billigere tjenestetilbud enn sykehjem? Var i så fall dette en vurdering som også var vel så mye økonomisk fundert som helse- og sosialfaglig? Konsekvensene av å dreie ressursene mot mer hjemmebasert omsorg ble imidlertid ikke drøftet, og mitt kildemateriale gir ikke grunnlag for å svare på disse spørsmålene. Lovprosessen la imidlertid fram informasjon som tydeliggjorde at kommunens mulighet til å tilby døgnbasert og spesialisert helsetjeneste ville bli mindre ved en slik utvikling. Som redegjort for ovenfor vil en slik utvikling kunne føre til samhandlingsproblemer med sykehusene.

4.6 Statens syn på lovhjemlet rett til plass i sykehjem – av betydning for samhandling mellom forvaltningsnivåene?

Da sosialkomiteen behandlet sykehjemsmeldingen, understreket den at det var stort behov for sykehjems plasser og at kommunene måtte sørge for at behovet for plasser ble dekket når de skulle overta forvaltningsansvaret for sykehjemmene. Komiteen slo fast at alle hadde rett til

²⁶² Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 3.

²⁶³ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 26. Aldershjemmene hadde egentlig ikke ansvar for å ivareta helsetjenester, men i praksis var beboerne i aldershjemmene ofte hjelpetrengende, og aldershjemmene ble brukt som alternativ til sykehjem.

²⁶⁴ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 15. Komiteen avga sin innstilling 20. mai 1985.

helsetjenester i kommunen. *”Denne retten må også omfatte rett til plass i sykehjem når dette er nødvendig”*.²⁶⁵ Regjeringen Willoch II la et år senere fram odelstingsproposisjonen som ga lovgrunnlaget for å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene, og slo da fast at kommunene skulle pålegges en plikt til å yte sykehjemstjenester, men regjeringen mente i motsetning til sosialkomiteen, at retten til nødvendig pleie og omsorg ikke skulle medføre en rett til sykehjems plass for den enkelte pasient. Den var redd for at en slik rettighet ville kunne medføre en ensidig satsing på sykehjem på bekostning av hjemmebasert omsorg. Derfor understreket regjeringen *”Pasienten har ikke rett til å kreve sitt behov dekket i sykehjem eller boform for heldøgns pleie og omsorg”*.²⁶⁶ Lovforslaget ble behandlet etter stortingsvalget i 1985. Flertallet i sosialkomiteen²⁶⁷ var nå på linje med regjeringen, og mente at den enkelte ikke skulle ha en lovbestemt rett til sykehjems plass. Tilbudet om sykehjems plass, skulle som kommunenes øvrige pleie- og omsorgstjenester, være avhengig av lokale forhold, personellsituasjonen og kommunenes økonomi.

Mindretallet mente derimot at den enkelte ikke bare skulle ha rett til pleie og omsorg, men at *”denne retten også må omfatte rett til plass i sjukeheim eller boform for heldøgns omsorg og pleie når dette er nødvendig”*.²⁶⁸ Dette forslaget ble presentert som et bidrag til å sikre befolkningen rett til heldøgns omsorg i kommunene. Jeg redegjorde i forrige kapittel for at formuleringen i sykehusloven var annerledes enn i kommunehelsetjenesteloven når det gjaldtplikten til å yte helsetjenester. Staten stilte større krav til fylkeskommunene når det gjaldtplikten til å yte helsetjenester via institusjonshelsetjenesten, inklusive sykehjemmene, enn den gjorde til kommunenes tjenestetilbud. Jeg hevdet at dette førte til at pasienter som ikke fikk nødvendig hjelp i kommunene ble lagt inn på sykehus.

Vi har nå sett at Sykehjemsreformen ledet til en diskusjon om innbyggernes absolutte rett til plass i sykehjem. En slik rettighet ble avvist på tilsvarende måte som retten til helsetjenester i kommunene ble det i Kommunehelsetjenestereformen. Sykehjemsreformen medførte at sykehjemmene skulle lovreguleres gjennom lov om helsetjenesten i kommunene istedenfor gjennom lov om sykehus. Samtidig ble det som vi har sett stilt andre krav til sykehjemmene, noe som ble synliggjort av sosialministeren: *”Siden proposisjonen legger opp til at sykehjemmene bør få en annen faglig profil enn tidligere, vil jeg gå inn for at det gis*

²⁶⁵ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 7.

²⁶⁶ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 66.

²⁶⁷ Sosialkomiteen bestod av 22 representanter, 17 av disse var nye etter valget. Flertallet utgjorde 21 av representantene. Kilde www.stortinget.no.

²⁶⁸ Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 12. Mindretallet bestod av Magnar Sortåsløkken fra SV. Kilde www.stortinget.no.

dispensasjon fra gjeldende forskrifter gitt med hjemmel i sykehusloven".²⁶⁹ Kommunene skulle med andre ord slippe å rette seg etter de retningslinjene som fulgte av sykehusloven. Jeg mener dette også peker i retning av at det ble stilt mindre krav til hvilke rettigheter den enkelte skulle ha når det gjaldt lov hjemlet rett til plass i sykehjem etter at sykehjemmene ble overført til kommunene. Som vi har sett skjedde det også en endring i dette synet i løpet av Sykehjemsreformen.

Regjering og Storting var ikke opptatt av å foreta en grundig drøfting av retten til plass i sykehjem. Selv om temaet i liten grad ble behandlet i lovprosessen vil jeg likevel betrakte Sykehjemsreformen som et bidrag til at den enkelte som mente å ha rett til sykehjems plass fikk mindre støtte i helselovgivningen for dette synet enn tidligere. Staten hadde stilt større fordringer til fylkeskommunene om å gi den enkelte rettigheter når det gjaldt sykehjems plass, enn den gjorde til kommunene etter Sykehjemsreformen var iverksatt. Jeg vil derfor ta hevd at tendensen med at pasienter som trengte helsehjelp i kommunene ikke fikk dette, men istedenfor måtte legges inn i sykehus for å få behandling, ble forsterket gjennom Sykehjemsreformen. Som jeg har redegjort for tidligere er det neppe grunn til å tvile på at dette medførte samhandlingsproblemer mellom de to forvaltningsnivåene.

Samordningsutvalget hadde foretatt drøftinger av pasientrettigheter og kommet til samme konklusjon som Stortinget, men begrunnelsen var ikke den samme. Utvalget hadde gjennomført en grundig analyse av hvilke konsekvenser lovregulering av pasientrettigheter kunne ha ført til, og hvordan slike rettigheter kunne ivaretas. Det mente at *"Befolkningens rettigheter/krav og kommunesektorens plikter på helse- og sosialsektoren, kan oppfattes som lite reelle med mindre rettigheter og plikter gjenspeiler seg i at helse- og sosialtjenesten holder et minstenivå slik at befolkningen har den samme tilgang på tilbud landet over.*"²⁷⁰ Utvalget mente at én måte å regulere slike pasientrettigheter på, kunne være gjennom bruk av minstestandarder som skulle gi befolkningen rett til viktige deler av tjenestetilbudet. Dette ble imidlertid ikke anbefalt fordi *"det strir mot prinsippene for lokalt selvstyre at staten skal gi den type pålegg som minstestandard vil være*".²⁷¹ Samordningsutvalget tok så vidt jeg kan se til orde for at staten ikke burde detaljstyre kommunene, og støttet dermed synet om at kommunene ikke skulle pålegges å sørge for en absolutt rett til helsetjenester til den som hadde behov for dette.

²⁶⁹ Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 343.

²⁷⁰ NOU 1986:4 Side 109.

²⁷¹ Ibid.

Jeg betrakter dette standpunktet som et bidrag til å nedprioritere sykehjemmenes betydning som helsetjenestetilbud i den kommunale eldreomsorgen. Det er liten tvil om at presset på å bygge ut sykehjemsplasser også ble mindre som følge av at Stortinget ikke ga lovhjemlet rett til sykehjemsplass. Som vi har sett var det dissens i rettighetsspørsmålet, og Stortinget endret syn i løpet av lovprosessen. Ut fra målsettingen med reformen og tilgjengelige ressurser er det imidlertid vanskelig å se at Stortinget kunne gjort andre valg. I forrige kapittel så vi at lovprosessen knyttet til Kommunehelsetjenestereformen konkluderte med at helsetjenestene i kommunene ikke skulle medføre en absolutt rett til helsehjelp for den enkelte. Det ble gjort samme valg i begge lovprosessene, og jeg betrakter resultatet som en nedprioritering av befolkningens lovhjemlede rett til helsetjenester i kommunene. Dette bidro til at kommunene fikk dårligere forutsetninger for å bygge opp en kommunal eldreomsorg som kunne ivareta sitt ansvar i samarbeidet med sykehusene.

4.7 Ideologisk skifte og effektivisering i sykehusene forsterket konsekvensene av reformen

Vi har sett at Sykehjemsreformen bidro til at sykehjemmene fjernet seg fra sykehusene og utviklet seg i retning av å ikke lengre være deres ”forlengede arm”. Jeg vil i dette delkapittelet undersøke om sykehusene også endret seg i takt med sykehjemmene, og overtok de oppgaver og funksjoner sykehjemmene lot ligge.

Kommunene fikk økt ansvar for helsetjenester på 1980-tallet som følge av at fylkeskommunene la ned institusjonsplasser. Statsviteren og medisineren Maren Skaset forklarer denne ”deinstitusjonaliseringen” ved å vise til et ideologisk og behandlingsfilosofisk skifte. Særomsorgen fra etterkrigstiden hadde i løpet av 1970-årene blitt erstattet av kravet om integrasjon. Pasienter med spesielle behov skulle ha rett på samme liv som andre, og burde derfor integreres i lokalsamfunnet. *”Deinstitusjonalisering var også i tråd med målsetting om behandling på lavest mulig omsorgsnivå og ordninger som gav de billigst mulige tjenestene, uten at det gikk utover kvaliteten”*.²⁷² På 1980-tallet fram til 1992 bidro dette til at antallet institusjonsplasser innenfor fylkeskommunenes psykiske helsevern ble redusert fra 12 000 til 7400 uten at det ble bygd opp et alternativt tilbud. Dette medførte at kommunehelsetjenesten fikk større ansvar, og i følge Skaset hadde ikke kommunene verken kompetanse eller ressurser til å ivareta dette.

²⁷² Skaset (2003) Side 501.

Samtidig ble antallet sengeplasser redusert i de somatiske sykehusene, fra 21 793 senger i 1981 til ca.15 000 i 1990. Dette førte til at liggetiden for innlagte pasienter ble redusert og stadig større del av behandlingen ble utført på dagtid. *”Jo tidligere pasienter utskrives, framfor alt når det handler om eldre og kronisk syke, desto større del av behandlingen og rehabiliteringen må skje i kommunehelsetjenesten”*²⁷³ sier Skaset. Dette skjedde i en periode hvor kommunene var presset også på grunn av dårlig økonomi, noe som i seg selv var en drivkraft for krav om effektivisering i den kommunale forvaltningen.

Deinstitusjonaliseringen og effektiviseringene i sykehusene pågikk i samme periode som Sykehjemsreformen var oppe til debatt i Stortinget. Sykehusenes utvikling og konsekvensene av denne for helsetjenesten i kommunene, ble imidlertid ikke knyttet til Sykehjemsreformen. Rett nok ble fylkeskommunenes ansvar i eldreomsorgen behandlet i et eget kapittel, og i den sammenheng fastslo regjeringen at *”Det bør tilstrebes god faglig og kontinuerlig kontakt mellom kommune- og fylkeskommunehelsetjenesten”*.²⁷⁴ I denne sammenheng mente regjeringen at det var viktig å bygge opp geriatrisk kompetanse ved alle sykehus, og at sykehjemmene burde ha sin faglige tilknytning til geriatriske team fra sykehusene.²⁷⁵ For øvrig ble ikke sykehusenes ansvarsområder og deres utvikling drøftet i sammenheng med flyttingen av forvaltningsansvaret for sykehjemmene og endringene i sykehjemmenes rolle. Stortingets behandling av Sykehjemsreformen så heller ikke ut til å legge føringer for hvilken utvikling sykehusene skulle følge. Slik Skaset forklarer sykehusenes ”deinstitusjonalisering” og effektivisering på midten av 1980-tallet, virker det heller som om de to endringsprosessene pågikk uavhengig av hverandre – og pekte i motsatt retning. Sykehjemmene og helsetjenesten i kommunene skulle få et større sosialfaglig fokus gjennom avinstitusjonalisering og fokus på at eldre skulle bo hjemme så lenge som mulig. Sykehusene og den øvrige fylkeskommunale helse- og sosialtjenesten overførte samtidig oppgaver til kommunene, og forventet at disse skulle være i stand til å overta pasienter som trengte helsehjelp på et nivå som sykehusene tidligere hadde ivaretatt selv.

4.8 Ressursmangel – hva betydde det for samhandling

Som vi så i kapittel 3 mente Nyhus-utvalget at ressursmangel i helsetjenesten ville føre til samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommunene og sykehusene.²⁷⁶ I dette

²⁷³ Ibid. Side 503.

²⁷⁴ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 38.

²⁷⁵ Ibid. Kapittel 6. Se også Innst.O. nr. 56 (1985-86) side 6-7.

²⁷⁶ NOU 1982:10 Side 158.

delkapitlet vil jeg undersøke om regjeringen og Stortinget identifiserte ressursmangel som et problem under arbeidet med sykehjemsreformen. Så vil jeg undersøke om reformen kan ha påvirket kommunehelsetjenestens ressursituasjon slik at samhandlingen mellom forvaltningsnivåene ble påvirket. Ressurser i denne sammenheng handler både om økonomi, personell og kapasitet i sykehjemmene.

4.8.1 Dårlig økonomi, lite personell og for få sykehjemsplasser – hva så?

Det ble tegnet et dystert bilde av sykehjemmenes ressursituasjon på midten av 1980-tallet. I en situasjon da det var fokus på å effektivisere helsetjenesten og ”– å oppnå en rasjonaliseringsgevinst i kommunesektoren og på sentralt hold”²⁷⁷ ble det slått fast at veksten i utgifter hadde vært størst i sykehjemssektoren, og at sykehjemmene var en svært ressurskrevende del av helsevesenet.²⁷⁸ Til tross for signaler om at det ble brukt mye ressurser på sykehjemmene, var det likevel bred politisk enighet om at det var for få sykehjemsplasser.²⁷⁹

De folkevalgte var derfor innstilt på å forbedre sykehjemmenes økonomi, og en samlet sosialkomite understreket at sykehjemsreformen måtte følges opp slik at finansieringen av sykehjemsdriften ble sikret. ”Komiteen ber om at det blir vurdert enten å øke rammen for den kommunale helse- og sosialtjeneste, eller en egen ramme for kommunale eldreomsorgstiltak, alternativt en finansieringsordning mer direkte knyttet til de faktiske utgiftene.”²⁸⁰ Dette synspunktet ble imidlertid fremmet da prinsippvedtaket om å iverksette sykehjemsreformen ble gjort under behandlingen av Sykehjemsmeldingen. Hvordan forholdt så de folkevalgte seg til økonomi og kapasitet i sykehjemmene da lovendringene skulle vedtas?

Ti måneder etter at sykehjemsmeldingen var behandlet i Stortinget ble lovforslaget lagt fram, og nå var det ikke en like offensiv holdning til å øke de økonomiske rammene til helsetjenesten i kommunene. Regjeringen Willoch II understreket at helsetilbudet måtte innrettes etter de økonomiske rammene som var tilgjengelige, og regjeringen sendte ingen signaler om å øke de økonomiske rammene til helsetjenesten. Derimot skulle de økonomiske ordningene stimulere til valg av tjenestetilbud med bakgrunn i ”..samfunnsøkonomiske

²⁷⁷ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 13.

²⁷⁸ Ibid. Side 26. Sykehjemmene utgjorde 20% av utgiftene til helsesektoren totalt sett.

²⁷⁹ Innst.S. nr. 223 (1984-85) Side 6 og 7.

²⁸⁰ Ibid. Side 7.

kostnader ved ulike tiltak".²⁸¹ Jeg mener vi ser tegn til en skjerpet økonomisk politikk på det tidspunktet kommunene skulle overta forvaltningsansvaret for sykehjemmene.

Regjeringen Willoch II (H, KrF og Sp) la først og fremst stor vekt på å synliggjøre behovet for måtehold, og at landet måtte innrette seg etter den økonomiske situasjonen vi stod ovenfor. Opposisjonen (A og SV) mente at utbyggingen av eldreomsorgen ikke hadde fulgt behovsøkningen under Willochregjeringene, og at dette hadde ført til dårligere kvalitet på tjenesten. Situasjonen i somatiske sykehjem ble tallfestet: *"Ved utgangen av 1984 manglet vi nærmere 2000 plasser for å få samme dekningsgrad som i 1980"*.²⁸² Derfor måtte Stortinget sørge for at sykehjemsreformen bidro til at kommunene fikk økonomiske forutsetninger for å drive sykehjemmene.

De folkevalgte var imidlertid samstemte i sin bekymring for personellmangelen. Regjeringen mente at veksten i antall ansatte måtte komme innenfor eldreomsorgen²⁸³ og sosialkomiteen fulgte opp med at det må *"tas et krafttak for å utdanne nok personell"*²⁸⁴ slik at det ble gjort noe med underbemanningen i sykehjemmene. Sosialkomiteens leder, Gunn Vigdis Olsen-Hagen (A), mente at: *"Manglende pleiepersonell har ført til at hverdagen for dem det egentlig gjelder – de gamle – består i å vente og vente på at ingenting skjer."*²⁸⁵ "Personellet - eldreomsorgens viktigste ressurs" ble behandlet i et eget kapittel. Dermed ble personellmangelen behandlet løsrevet fra drøftinger av de økonomiske utfordringene, og det er ikke klart om de folkevalgte skjønnte hvilke utfordringer denne mangelen ville påføre kommunene når de skulle overta sykehjemsdriften.

4.8.2 Finansiering av sykehjem, fra utbygging til omfordeling

Sykehjemmene hadde fra 1970 blitt finansiert via kurlpengesystemet, som innebar at staten refunderte driftsutgifter etter gitte retningslinjer i tillegg til at det ble utbetalt særtilskudd. Sykehjemsdriften ble planlagt og utført, deretter dekket Staten store deler av utgiftene. Dette hadde gitt gode betingelser for sykehjemsdriften, og førte til at det ble betegnet som lønnsomt for fylkene å bygge ut sykehjem på 1970-tallet.²⁸⁶ Institusjonene i fylkeskommunene hadde

²⁸¹ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 45.

²⁸² Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 3. Den negative ressursituasjonen ble også tatt opp i Odelstingsdebatten. Se Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 331 G. V. Olsen-Hagen (A). Side 336 M. Sortåsløkken (SV).

²⁸³ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 53.

²⁸⁴ Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 9.

²⁸⁵ Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) Side 331. Samme synspunkt framkommer også på side 334, 339 og 351.

²⁸⁶ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 9. Staten refunderte 75% av driftsutgiftene og investeringsutgifter etter nærmere regler.

allerede rammefinansiering (se kapittel 3) som innebar at Staten bevilget en sum penger til driften av helseinstitusjoner ved starten av året, og deretter skulle tjenestetilbudet tilpasses rammene. Finansieringsordningen innebar at det ikke lengre var utført aktivitet i institusjonene som styrte hvor mye penger som ble overført fra Staten til fylkeskommunen. Nå måtte fylkeskommunen og institusjonene i større grad innrette aktiviteten etter de økonomiske ressursene de ble tildelt. Jeg vil hevde at dette førte til at økonomiske hensyn fikk større betydning i forvaltningen av sykehjemmene. Etter at arbeidet med Sykehjemsreformen var kommet i gang ble det så gjort enda en endring i kommunenes finansieringsordning. 1. januar 1986 ble rammetilskuddene for helse- og sosialtjenesten slått sammen slik at det skulle bli enklere å samordne tjenestetilbudene mellom helse- og sosialtjenestene.²⁸⁷

En av hensiktene med rammefinansiering var at kommunene og fylkeskommunene skulle få større mulighet til å prioritere selv hvordan de ville bruke sine inntekter. Men det var også en kjensgjerning at Staten ønsket bedre kostnadskontroll. Kommunene og fylkeskommunene skulle *”ha et klart ansvar for å overholde egen inntektsramme og tilpasse sine utgifter til inntektsgrunnlaget”*.²⁸⁸ Dessuten var det viktig: *”Å oppnå en rasjonaliseringsgevinst i kommunalsektoren, og på lokalt og sentralt hold”*.²⁸⁹ Jeg vil hevde at endringene i finansieringsordningene tydet på at Staten styrte i retning av å gjøre det mindre attraktivt å bruke dyre institusjonsplasser og få til en større satsing på hjemmebaserte tjenester. Rammefinansieringsordningen la til rette for samordning av helse- og sosialtjenesten internt i kommunene, noe vi har sett var et mål med reformen. Med dette bildet på plass skal vi se på hvordan finansieringsordningene av helsetjenesten ble endret i forbindelse med sykehjemsreformen.

4.8.3 Endringer i finansieringen av kommunehelsetjenesten som følge av Sykehjemsreformen

Utfordringen for Stortinget var å komme til enighet om en finansieringsmodell som sørget for at kommunene fikk økonomiske forutsetninger for å overta forvaltningsansvaret for sykehjemmene. Når kommunene skulle overta utgiftene fylkeskommunene hadde hatt til sykehjemsdriften, måtte Staten øke inntektene til kommunene tilsvarende.²⁹⁰ Dette medførte at *”Kostnadsnøklerne som ligger til grunn for rammetilskudd til kommunenes og fylkeskommunenes helse- og sosialtjeneste må endres som følge av endret*

²⁸⁷ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 45.

²⁸⁸ NOU 1987:25 Side 83.

²⁸⁹ St.meld. nr. 26 (1983-84) Side 5.

²⁹⁰ St.meld. nr. 68 (1984-1985) Side 59. Utgiftene til sykehjemsdriften var beregnet til 5,7 milliarder.

ansvarsfordeling".²⁹¹ Regjeringen kunne imidlertid ikke redegjøre for hvordan kostnadsnøkklene skulle utformes på dette tidspunktet. Den måtte evaluere sammenslåingen av rammetilskuddene til helse- og sosialtjenesten først. Regjeringen lovet å komme tilbake til finansieringen av kommunehelsetjenesten i kommuneøkonomiproposisjonen våren 1987. Stortinget var dermed i den situasjonen at de skulle vedta en omfattende reform uten at finansieringen av den var på plass. Dette skapte bekymringer og *"Komiteen vil understreke at en vellykket gjennomføring av denne reformen er avhengig av at departementet finner fram til kostnadsnøkler som avspeiler utgiftsbehovene best mulig"*.²⁹²

I tillegg til at det var betydelig usikkerhet rundt kostnadsnøkklene ble det gjort andre endringer i Sykehjemsreformen som jeg vil hevde økte usikkerheten knyttet til finansieringen ytterligere. Sykehjemspasienter hadde fram til reformen fått redusert pensjonen sin under opphold i sykehjem, mens beboere på aldershjem hadde betalt en del av oppholdet. Partiene var enige om at det måtte skje en harmonisering av ordningene. Reduksjon i trygdeytelsene for sykehjemspasienter skulle opphøre, og de skulle isteden betale en egenandel for institusjonsoppholdet. Statens merutgifter som følge av denne endringen ble beregnet til å utgjøre ca. 800 millioner kroner. Dette beløpet ble trukket fra rammeoverføringen til kommunene som skulle erstatte reduksjonene i inntekter gjennom å kreve egenbetaling fra sykehjemspasientene. Intensjonen var at egenbetalingen skulle kompensere reduksjon i rammen.²⁹³ Regjeringen drøftet ikke hvilke konsekvenser denne endringene ville kunne få for kommunenes økonomi. Egenbetalingen skulle imidlertid beregnes med utgangspunkt i en viss andel av inntekten til den enkelte sykehjemspasient. Inntektene varierte fra minstepensjon til inntekter utover trygden. Jeg mener det gikk klart fram at endringen medførte usikkerhet knyttet til hvilke inntekter kommunene ville kunne få fra pasientenes egenbetaling. Dette synspunktet ble styrket under Stortingets behandling av kommunenes budsjett for 1988. På dette tidspunktet hadde Sosialdepartementet sendt ut en forskrift for egenbetaling i sykehjem som hadde møtt sterk motstand. *"Det at kommunene ikke skal kunne ta betaling av avlastningspasienter fordi disse ikke er lenge nok innlagt på sykehjemmet, fører til at kommunene får store ekstraavgifter."*²⁹⁴

²⁹¹ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 51.

²⁹² Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 8. Se også Forhandling i Odelstinget (10. juni 1986) side 342.

²⁹³ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 48-52. Se også Innst.O. nr. 56 (1985-86) Side 8. Statens overføring til kommunene ble da på 4,9 millioner kroner.

²⁹⁴ Forhandling i Stortinget (26.november 1987) Side 979.

Regjeringen var også oppmerksom på at overtakelsen av sykehjemmene innebar økte administrative oppgaver for kommunene uten at det ble framlagt kostnadsoverslag over dette.²⁹⁵ Det var også knyttet usikkerhet til ressursproblemer i forbindelse med at det ble diskutert om kommunenes økonomi skulle styrkes utover de inntektene fylkeskommunene hadde hatt til rådighet for å drive sykehjemmene. Men da loven ble vedtatt 10.juni 1986, var det enda et og et halvt år til reformens skulle iverksettes. Stortinget hadde fortsatt mulighet til å få på plass en god finansieringsordning som kunne sikre kommunene en forutsigbar og god økonomi slik at de kunne ivareta driften av kommunehelsetjenesten. Det er liten grunn til å tvile på at de økonomiske betingelsene var en forutsetning for å unngå samhandlingsproblemer med sykehusene. Men skjedde det?

4.8.4 Bekymringer for kommuneøkonomien helt fram til reformen ble iverksatt

Ny finansieringsordning og den økonomiske situasjonen ble behandlet i Stortinget en rekke ganger i perioden fram mot iverksettingen av reformen. Det ble raskt klart at det var en utfordrende sak å klare å skape trygge rammer for kommuneøkonomien i 1988. Våren 1987 slo regjeringen fast: *”Kommuneøkonomiens utgifter ser imidlertid ut til å øke sterkere enn inntektene.”*²⁹⁶ Da høsten kom, var regjeringen enda mer pessimistisk, og nasjonalbudsjettet for 1988 la grunnlaget for innstramminger. *”Norge er nå inne i den alvorligste økonomiske krisesituasjonen på mange år. Landet står overfor dyptgripende problemer med sterk svekkelse av utenriksøkonomien og et forbruksnivå vi som nasjon ikke har dekning for”*.²⁹⁷ Kommunalkomiteen hadde fått mange negative meldinger fra kommunene. Blant annet *”at kommunene mener at de forutsetningene de skal arbeide ut fra, er blitt radikalt endret i løpet av få måneder”*.²⁹⁸ Det kom videre fram at kommunene og Norske Kommuners Sentralforbund var svært negative til de økonomiske forutsetningene for 1988.

Under finansdebatten så det imidlertid ikke ut til at representantene først og fremst var opptatte av eldreomsorgen og ny finansieringsordning for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Temaer som rentepolitikk, skatteopplegget og moderasjon i neste års lønnsoppgjør gikk igjen i mange innlegg. Verken kommunalministeren, finansministeren eller statsministeren valgte å bruke av sin tilmålte tid til å kommentere utfordringene i

²⁹⁵ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Side 70.

²⁹⁶ St.prp. nr. 111 (1986-87) Side 19.

²⁹⁷ St.meld. nr. 1 (1987-88) Side 3. Det var også bred politisk enighet om at den økonomiske krisen var svært alvorlig under Finansdebatten. Se Forhandlinger i Odelstinget (4.-5. november 1982) Blant annet side: 338, 362, 374 og 431.

²⁹⁸ Forhandlinger i Stortinget (26.november 1987) Side 948. Lars Velsand (Sp).

eldreomsorgen. Jeg velger å tolke dette dit hen at regjeringen Brundtland II ikke først og fremst prioriterte dette området.²⁹⁹ Arbeidet med de nye kostnadsnøklerne og tilpasninger av rammefinansieringsordningen pågikk i hele perioden fram mot iverksettelsen av Sykehjemsreformen. Regjeringen hadde foreslått nye nøkler i mai 1987, men tydeliggjorde den gang at de hadde svakheter og måtte videreutvikles.³⁰⁰ 8. oktober redegjorde kommunalministeren for at det var gjort nye endringer i kostnadsnøklerne, og at det måtte arbeides videre med disse.³⁰¹ 26. november, en drøy måned før kommunene skulle overta driften av sykehjemmene, innrømmet kommunalministeren at det nye inntektssystemet fortsatt ikke var ferdigutviklet. *”Bakgrunnen er vel den at man har ønsket å se på kriteriene. Jeg kan bare bekrefte at systemet ikke tar hensyn til inntekter over et visst nivå, og at vi er i ferd med å se på dette”*.³⁰²

Jeg mener vi har sett en tiltagende tendens til at forutsetningene for å gi kommunene gode økonomiske rammer ble forverret fram mot tidspunktet for iverksettingen av sykehjemsreformen. Dette synspunktet ble tydeliggjort av kommunalkomiteens leder da han la fram kommunes budsjettammer for 1988: *”Norsk økonomi passerte en konjunkturtopp midt i året 1986,..”*³⁰³ Dette var samtidig med at lovforslaget som plasserte de juridiske og økonomiske rammene for sykehjemsreformen ble vedtatt i Stortinget. I perioden etterpå hvor regjeringen og Stortinget skulle legge de økonomiske forutsetningene for reformen, ble disse stadig dårligere. I tillegg finner jeg det rimelig å påstå at regjeringen fikk store problemer med å etablere kostnadsnøkler som kunne gi en forutsigbar størrelse på kommunenes rammebevilgning. Min analyse av Sykehjemsreformen har også vist at de folkevalgte identifiserte personell- og kapasitetsproblemer i sykehjemmene som en stor utfordring. Det er neppe grunn til å tvile på at disse utfordringene har bidratt til å øke samhandlingsutfordringene.

4.9 Konklusjon

Sykehjemsreformen skulle gjennom å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene bidra til styrking, utbygging og samordning av kommunal

²⁹⁹ Forhandlinger i Odelstinget (4.-5. november 1982) Kommunalminister William Engseth side 421-423, statsminister Gro Harlem Brundtland side 427-429, finansminister Gunnar Berge side 503-504.

³⁰⁰ St.meld. nr. 56 (1986-87) Side 27. Disse ble lagt fram i en egen stortingsmelding og ikke i kommuneøkonomiproposisjonen som planlagt p.g.a tidsnød før budsjettbehandlingen.

³⁰¹ Forhandlinger i Stortinget (8. oktober 1987) Side 44-45.

³⁰² Forhandlinger i Stortinget (26.november 1987) Side 983.

³⁰³ Ibid. Side 939, Kommunalkomiteens fungerende leder Thorbjørn Berntsen (A).

eldreomsorg. Samtidig ble sykehjemmenes innhold og funksjon, samt finansieringen av helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeskommunene endret. Dette skjedde i en periode der den norske økonomien var under sterkt press, det var mangel på personell og sykehjems plasser, og det var uklart om den nye finansieringsmodellen ville gi kommunene de inntektene de trengte for å drive sykehjemmene. Stortinget diskuterte ressursmangelen under arbeidet med Sykehjemsreformen, og var kjent med at den kunne føre til dårlig samhandling mellom helsetjenesten i kommunene og sykehus. Til tross for at slike samhandlingsproblemer var identifisert og innledningsvis i lovprosessen ble omtalt som viktige, ble de senere nedprioritert. Det ble igangsatt arbeid for å identifisere tiltak som kunne redusere de negative konsekvensene av problemene, men disse ble ikke forelagt Stortinget før lovendringene som førte til forvaltningsreformen ble vedtatt.

De folkevalgte skjønnte at prioriteringen av samordning mellom kommunale deltjenester ville føre til at samhandlingen mellom kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste ble dårligere. I arbeidet med lovprosessen ble det lagt opp til å redusere negative konsekvenser av den dårlige samhandlingen. Det ble foreslått tiltak, men disse ble imidlertid utsatt og ikke iverksatt i forbindelse med sykehjemsreformen.

Jeg mener det er holdepunkter for å si at lovprosessen inneholdt mangelfull analyse av hvilke behov for helsetjenester de eldre hadde, og av alle sider av sykehjemmenes oppgaver og ansvar. I dette bildet er det grunn til å hevde at de folkevalgte ikke hadde nok oppmerksomhet på at den eldre befolkningen kunne lide av sykdommer som krevde behandling og sykepleie. De eldre var ikke en ensartet gruppe som først og fremst trengte praktisk hjelp og omsorg.

Vi har sett at Sykehjemsreformen ble en anledning for myndighetene til å presenterte et nytt syn på sykehjemmenes rolle. Nå skulle sykehjemmenes sosiale funksjon og rolle som hjem styrkes i samarbeid med de øvrige kommunale helse- og sosialtjenestene. Det virket som om sykehjemsreformen ble gjennomført i en situasjon der regjeringen og Stortinget underdimensjonerte behovet for fagkompetanse i sykehjemmene. Det var ikke lengre samme forventning om at sykehjemmene skulle avlaste sykehusene og ta hånd om pasienter som ellers ville trenge sykehusopphold.

Jeg finner også grunnlag for å påstå at det ble stilt mindre krav til hvilke rettigheter den enkelte skulle ha når det gjaldt lovhjemlet rett til plass i sykehjem etter at sykehjemmene ble overført til kommunene. Jeg betrakter disse utviklingstrekkene som bidrag i å nedprioritere sykehjemmenes betydning som helsetjenestetilbud i den kommunale

eldreomsorgen. Dette kan igjen ha vært med på å fjerne sykehjemmene og dermed også den øvrige kommunehelsetjenesten fra sykehusene, noe som videre kan ha vært med på å redusere mulighetene til samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og sykehusene. Samtidig med sykehjemsreformen pågikk det endringsprosesser i sykehusene som også bidro til større avstand til kommunehelsetjenestens faglige og ideologiske plattform. De to endringsprosessene så ut til å pågå uavhengig av hverandre, og jeg har vist at dette kunne ha forsterket kapasitetsproblemene som medførte at helsetjenesten i kommunene ikke kunne ivareta de pasientene sykehusene ville skrive ut. Her lå en viktig årsak til samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i de to forvaltningsnivåene.

Forvaltningsansvaret for sykehjemmene ble overført til kommunene i en situasjon hvor det var betydelig usikkerhet om flere sider av finansieringen av reformen, noe som satte kommunene i en vanskelig økonomisk situasjon. I tillegg stod kommunene overfor store problemer når det gjaldt personell- og kapasitetsmangel i sykehjemmene. Jeg mener det må være liten tvil om at denne situasjonen kunne bidra til samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus.

5. Reformen i et nytt årtusen

Verken Bernt- eller Wisløff-utvalgets utredninger, som ble omtalt i innledningen, førte til at det ble satt i gang omfattende reformtiltak. Bernt-utvalgets (2004) anbefalinger er enda ikke fulgt opp i Stortinget.³⁰⁴ Wisløff-utvalget (2005) mente at store endringer i ansvars- og oppgavefordelingen ikke var løsningen på samhandlingsproblemene. ”*Utvalget foreslår ingen store reformer, men påpeker behovet for justeringer og mindre endringer i dagens hovedmodeller.*”³⁰⁵ Behovet for, og viljen til, å iverksette reformer i helsetjenesten var likevel til stede også i et nytt årtusen. Foretaksreformen ble i løpet av noen få måneder i 2001 gjennomført til store protester fra blant annet fagmiljøer og Stortingets mindretall. Reformen innebar at sykehusene ble overført til staten, og at sykehusene deretter ble organisert i foretak. Samhandlingsreformen er navnet på en stortingsmelding som ble lagt fram av regjeringen Stoltenberg II i juni 2009. Meldingen lanserer en omfattende reformprosess som skal føre til lovendringer og endringer i finansieringen av helsetjenesten. I dette kapitlet vil jeg undersøke hvilket syn regjering og Storting hadde på samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus i Foretaksreformen og Samhandlingsreformen. Hvilke grep har de eventuelt foreslått

³⁰⁴ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Side 57. Regjeringen planlegger å behandle forslagene fra Bernt-utvalget i 2010.

³⁰⁵ NOU 2005:3 Side 140. Se også side 131.

for å forbedre samhandlingen? Jeg vil også finne ut om det ble iverksatt eller foreslått tiltak som kunne ha påvirket samhandlingen mellom de to helsetjenestenivåene.

5.1 Foretaksreformen

Foretaksreformen ble iverksatt 01.01.02, der *”Reformens overordnede målsetting er at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientenes ståsted”*.³⁰⁶ For å nå målsettingen ville Stoltenbergs første regjering arbeide for å redusere ventetider og overbelegg i sykehusene, samt sørge for at alle fikk likeverdige helsetilbud. Regjeringen ville også tydeliggjøre ansvars- og rollefordeling, forbedre ressursutnyttelsen, samt styrke samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.³⁰⁷

Foretaksreformens målformuleringer har mange fellestrekk med de to store reformene på 1980-tallet (kapittel 3 og 4), noe som kan tyde på at norsk helsepolitikk har ligget fast over tid. Dette kan sees på som et sunnhetstegn. Stadige skifter i retning på arbeid med vanskelige utfordringer innenfor en krevende sektor, vil i alle fall kunne være en tvilsom strategi.

Men kan det ha en annen betydning at tre store helsereformer over 20 år hadde den samme målsettingen? Handler kanskje kontinuiteten i målformuleringer først og fremst om at de problemene regjeringen hadde til hensikt å finne løsninger på er varige, svært vanskelige og ikke lett lar seg løse? Kan det skyldes problemer som enda ikke er identifisert – eller løsninger som ikke er gitt høy nok prioritet? Eller er årsaken til at regjering og storting slet med de samme problemene i 2002 som i 1984 at løsningene som ble valgt, reformene, ikke har virket? Vil i så fall min analyse av Foretaksreformen bringe meg nærmere i å forstå hvorfor samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fortsatt er et problem når det tilsynelatende er gjort forsøk på å løse problemet siden 1970?

Foretaksreformen har betydning for samhandlingsutfordringer mellom helsetjenesten i sykehus og kommuner fordi den førte til at ansvaret for sykehusene ble flyttet fra fylkeskommunene til staten. Dermed måtte kommunene etablere nye samarbeidsforhold i sykehusspørsmål. Sykehusene skulle i tillegg organiseres som foretak, en organisasjonsform som ikke hadde vært benyttet i offentlige helsetjenester tidligere. Det ble nå gjort endringer i den hierarkiske nivåstrukturen som bygde på regionaliseringen av helsetjenesten. Sykehusenes eierskap og organisering ble flyttet lengre ”vekk fra” kommunene. Hvilken betydning fikk endringene i organisering, styringsstruktur og politisk ledelse for driften av

³⁰⁶ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Side 6.

³⁰⁷ Ibid. Se sidene 6-14.

sykehusene? Selv om det var sykehusene som ble reformert, er det naturlig å tenke seg at de folkevalgte i en slik situasjon også ville vurdere hvilke konsekvenser foretaksreformen ville få for helsetjenesten totalt sett.

Jeg vil forklare hensikten med foretaksreformen og redegjøre for hvordan samhandlingsspørsmål ble behandlet. Ble samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten prioritert, og ble det eventuelt foreslått tiltak? Hvordan har man i så fall tenkt seg at forslag til samhandlingstiltak skulle virke i praksis? Jeg vil også undersøke om det ble laget strukturer og styringssystemer som vanskeliggjorde samhandlingen.

5.2 Sykehusene skulle gjennomgå en organisasjons- og ansvarsreform

5.2.1 Hvorfor var det behov for en ny reform?

Da regjeringen Stoltenberg I la fram lovforslaget, begrunnet den foretaksreformen med at det fortsatt var økonomiske problemer i sykehusene til tross for stor ressursøkning.

Behandlingskapasiteten var for dårlig og pasienter stod i kø for å få sykehusbehandling, selv om det hadde vært stor vekst i pasientbehandlingen. Dessuten var det ikke nok helsepersonell, til tross for at det ble utdannet stadig flere. Det ble også pekt på uklare ansvarsforhold og dårlig ressursutnyttelse blant annet i form av at dyrt utstyr stod ubrukt i store deler av døgnet. Regjeringen betraktet disse utfordringene som et tegn på at *”... vi har organisatoriske og styringsmessige problemer i helsevesenet.”*³⁰⁸ Den mente at den fylkeskommunale forvaltningsorganiseringen ikke gjorde det mulig å nå helsepolitiske mål.

5.2.2 Sykehusene ble statlige helseforetak

Regjeringen foreslo å gjennomføre en organisasjons- og ansvarsreform som innebar at staten skulle overta eierskapet og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene og spesialisthelsetjenesten. Den fikk støtte fra Høyre (H) og Fremskrittspartiet (FrP) og gjennomførte en omfattende reform på svært kort tid. Lovforslaget ble lagt fram i april 2001, og allerede i juni samme år ble lovendringen og reformen vedtatt i Odelstinget og Lagtinget *”Gjennom dette vil staten komme i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten. Da samles både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.”*³⁰⁹ Staten skulle bruke sin styrkede styringsposisjon til å samordne ressurser mot prioriterte områder, og ved å ta grep om strukturelle utfordringer. Statliggjøringen av sykehusene var et sentralt

³⁰⁸ Ibid. Side 9.

³⁰⁹ Ibid. Side 21.

poeng fordi staten gjennom å samle all makt og myndighet i sykehusspørsmål kunne gjennomføre foretaksorganisering av sykehusene, ”*Dette tiltaket er i seg selv en viktig del av begrunnelsen for statlig eierskap.*”³¹⁰ Regjeringens forslag om å etablere foretaksorganisering innebar at fylkeskommunenes ansvar for sykehusene skulle overføres til fem regionale helseforetak³¹¹ som geografisk tilsvarte helseregionene slik de ble inndelt i 1975 (se kapittel 2).

”*De regionale helseforetakene vil være statens instrument for å oppfylle formålsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven.*”³¹² De skulle være ansvarlige for at befolkningen fikk spesialisthelsetjenester når de trengte det, og for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk ut fra overordnede politiske retningslinjer og styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Før foretaksorganiseringen kunne iverksettes måtte det vedtas en ny lov, lov om helseforetak (foretaksloven), som hadde likhetstrekk med statsforetaksloven. Foretakslovgivningen la det lovmessige grunnlaget for at de regionale helseforetakene kunne etablere egne rettssubjekt, helseforetak, som kunne bestå av et eller flere sykehus, underlagt det regionale helseforetaket. Helseforetakets rolle var å ivareta de praktiske sykehustjenestene, og sørge for at det regionale helseforetaket kunne ivareta ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

Foretaksorganiseringen var en ny form for organisering og ledelse av offentlig virksomhet, ”*Dette innebærer at de blir organisert i egne rettssubjekter og således ikke er en integrert del av den statlige forvaltning.*”³¹³ Staten skulle eie de regionale helseforetakene 100 prosent, og disse skulle igjen eie helseforetakene. Foretaket³¹⁴ skulle være en organisasjonsform som hadde likhetstrekk med aksjeselskap, men staten var ansvarlig for de regionale helseforetakene og deres økonomi. Dette innebar at foretakene ikke kunne gå konkurs. Det ble lagt opp til at foretakene skulle få større frihet i den daglige driften innenfor områder som arbeidsgiveransvar og egen økonomi, enn det forvaltningsorganiseringen åpnet for. Foretaksreformen medførte at den politiske styringen og det overordnede ansvaret for sykehusene ble endret slik at Stortinget og de 19 fylkestingene ikke lenger delte ansvaret for sykehusene. Den politiske styringen av sykehusene ble lagt til statlig nivå med Storting og regjeringen.

³¹⁰ Ibid. Side 21.

³¹¹ Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen 01.07.07. Fra denne dato er landet delt inn i fire regionale helseforetak.

³¹² Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Side 47.

³¹³ Ibid. Side 21.

³¹⁴ Lovforslaget benytter begrepet foretak som et fellesbegrep for regionalt helseforetak og helseforetak.

5.3 Samhandlingsperspektiv i foretaksreformen

Da forslaget til foretakslov ble lagt fram var det helt klart at regjeringen Stoltenberg I hadde erkjent at samhandling mellom forvaltningsnivåene var et problem det måtte gjøres noe med. Samhandlingsutfordringene ble tydeliggjort da bakgrunnen for reformen ble gjennomgått, *”Befolkningen som trenger helsetjenester, vil stadig bli eldre og mer pleietrengende, noe som krever godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, spesielt pleie- og omsorgstjenesten.”*³¹⁵ Dette var ett av fem områder hvor regjeringen mente helsetjenesten måtte forvente spesielle utfordringer i nærmeste framtid. I tre av disse var samhandling mellom helsetjenesten i kommunene og sykehusene et sentralt tema. Dette tyder på at samhandlingsproblemer ble sett på som omfattende, og at det ble lagt stor vekt på å gjøre noe med dem i arbeidet med reformen. Regjeringen mente at organiseringen av sykehusene måtte legge til rette for et godt samarbeid med helsetjenesten i kommunene. Men den tok også ansvar for denne utfordringen selv og slo fast at *”Den statlige helsepolitikken har et særskilt ansvar i forhold til å samordne og styrke samarbeidet mellom de ulike delene av helsetjenesten.”*³¹⁶ Her ble samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten brukt som eksempel.

Betydningen av å løfte samhandlingsutfordringen og gjøre denne til et prioritert område av foretaksreformen ble tilsynelatende understreket enda en gang da den ble presentert som et satsingsområde for reformen. Flere pasientgrupper, blant annet eldre pasienter, ble omtalt som grupper med behov for behandlingstilbud på tvers av forvaltningsnivåer. Regjeringen mente at foretaksreformen skulle bidra til bedre struktur i sykehussektoren, og at dette blant annet skulle forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten. Da regjeringen presenterte sine tiltak for å gjøre noe med problemet, virket de imidlertid ikke like gjennomtenkte og viktige. Tiltakene var praktisk rettet, noe som tyder på at løsningen på samhandlingsproblemet ble lagt nær det operative nivået. Nye tekniske løsninger, veiledning, telemedisin, ambulante tjenester og sykestuer som kunne avlaste sykehusene, ble ramset opp som aktuelle grep for å løse problemene.³¹⁷ Tiltakene fikk heller ikke en grundig behandling, men ble bare kort presentert uten at det ble foretatt vurderinger av ulike sider ved dem.

Regjeringen foreslo at det burde vurderes å la de regionale helseforetakene få større strategisk ansvar for samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Sosialkomiteen var mer

³¹⁵ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Side 14.

³¹⁶ Ibid. Side 31.

³¹⁷ Ibid. Side 32. Se også side 46.

tydelig: *”Samordningsoppgaver mellom tjenestenivåene med større ansvar hos regionale helseforetak for at samarbeidet med førstelinjen ivaretas.”*³¹⁸ Men sitatet viser til en av flere oppgaver som ble ramset opp, uten at de ble nærmere redegjort for. Med utgangspunkt i regjeringens formulering, ”strategisk ansvar”, vil jeg anta at det er tenkt at det regionale helseforetaket skulle overta den rollen fylkeskommunene hadde hatt; et overordnet ansvar for å planlegge og legge til rette for at samhandlingen ble ivaretatt. Den praktiske siden av samarbeidet ville i så fall ligge i det enkelte sykehuset. Presiseringen av at ansvaret skulle ligge i de regionale helseforetakene, kan selvfølgelig også bety at regjeringen og Sosialkomiteen mente at det overordnede ansvaret for samhandling først og fremst skulle ligge på administrativt plan i foretaksstrukturen, og i mindre grad hos de folkevalgte?

Regjeringen la ikke fram noen tiltak rettet mot staten, verken mot Helse- og omsorgsdepartementet eller regjeringen og Stortinget. Heller ikke ble det foreslått tiltak som tydet på at det først og fremst var politikere og forvaltning i kommuner som måtte ta ansvar og iverksette endringer av overordnet strategisk betydning. At regjeringen rettet tiltakene mot den praktiske utøvelsen av helsetjenesten, tolker jeg slik at det var her den mente de viktigste samhandlingsutfordringene lå. Dermed ble det ikke satt fokus på overordnet struktur og styringssystemer som staten var ansvarlig for, heller ikke på praktiseringen av systemene som fram til reformen hadde blitt ivaretatt av kommunene og fylkeskommunene, og som deretter skulle overtas av de regionale helseforetakene og foretakene. Med andre ord var det på operativt nivå, helsetjenesten i sykehusene og kommunene, det skulle gjøres endringer for å forbedre samhandlingen. Jeg betrakter dette som en nedprioritering av samhandling fordi løsningen av problemet ikke retter seg mot de sterkeste virkemidlene, som lov og forskrifter samt økonomiske tiltak styrt fra sentrale myndigheters side.

Vi har sett at regjeringen erkjente at det var samhandlingsproblemer mellom helsetjenesten i sykehus og kommuner, og at den ville legge til rette for å bedre denne. Jeg vil imidlertid hevde at regjeringen Stoltenberg I ikke gikk grundig til verks når den pekte ut retningen for arbeidet med disse utfordringene. En viktig høringsinstans som Oslo kommune mente også at samhandlingsproblemene ikke reelt ble prioritert. Den kritiserte regjeringens oppfølging av samhandlingsproblemene mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten: *”Oslo kommune ser også at ”intensjonene er gode” men mener reformen ikke er svar på*

³¹⁸ Innst.O. nr.118 (2000-2001) Side 7.

*utfordringene knyttet til "ansvarspulverisering og ansvarsfraskrivelse" som pasientene opplever.*³¹⁹

Til tross for at Sosialkomiteen berørte temaer som jeg mener hadde betydning for samhandling, bar heller ikke komitéinnstillingen preg av at samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten var et veldig sentralt tema. Jeg tolker i alle fall komiteen dit hen da den drøftet mangler ved spesialisthelsetjenesten. Den mente det var et "sykdomstegn" ved den norske spesialisthelsetjenesten at pasienter måtte sendes til utlandet for å få nødvendig sykehusbehandling. Løsningen på dette var å vurdere utnyttingsgrad av bygninger og utstyr, og bruken av personellet, slik at kapasiteten kunne forbedres i sykehusene. Sosialkomiteen vurderte imidlertid ikke kommunehelsetjenestens rolle i denne sammenheng. Dette kan virke rart da kapasitetsspørsmål i sykehusene, i form av korridorpasienter og ventelister ved flere anledninger, var knyttet nettopp til at kommunehelsetjenesten ikke var i stand til å ivareta pasienter som kunne fått hjelp der. Hvis kommunehelsetjenesten i større grad kunne avlaste sykehusene, ville disse fått frigjort kapasitet til å ta hånd om pasienter som nå ble sendt til utlandet. Det er neppe grunn til å tvile på at Sosialkomiteen ville ha benyttet denne anledningen til å komme inn på viktigheten av samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, hvis dette hadde vært et tema den var opptatt av.

5.4 Forårsaket foretaksreformen strukturer eller styringssystemer som gjorde samhandling vanskelig?

Vi har sett at lovprosessen knyttet til foretaksreformen foregikk svært raskt. I løpet av et par hektiske måneder etter at lovforslaget var lagt fram ble det vedtatt av Stortinget. Dette står i sterk kontrast til de to reformene på 1980-tallet som er behandlet i kapittel tre og fire. Det ble ikke foretatt utredninger eller avgitt noen stortingsmelding forut for Foretaksreformen. Regjeringen la i tillegg fram en odelstingsproposisjon som i liten grad foretok grundige drøftinger av aktuelle spørsmål. Mindretallet³²⁰ i Sosialkomiteen hadde det samme synspunktet da den behandlet saken. Det framholdt at regjeringens lovforslag var mangelfullt. Det var ikke foretatt samfunnsanalyser eller regionalpolitiske vurderinger, og problemene i sektoren var beskrevet uten at årsaken til disse var drøftet. KrF, Sp og SV var også svært kritisk fordi regjeringen iverksatte foretaksreformen uten å ha vurdert effekten av andre pågående endringsprosesser av betydning for sykehussektoren. Mindretallspartiene kritiserte

³¹⁹ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Side 68.

³²⁰ Fra KrF: Åse Gunhild Woie Duesund og Are Næss. Fra Sp: Ola D. Gløtvold, og fra SV: Olav Gunnar Ballo.

også saksbehandlingen fordi de mente at utfordringene foretaksreformen skulle løse kunne vært ivaretatt på andre måter. De mente at en statlig forvaltningsmodell burde vært utredet samtidig med foretaksmodellen, og hevdet at det ikke var eierstrukturen, ”*men utfordringer innen ledelse og intern oppgavefordeling, og mangelfulle bevilgninger i forhold til sykehusenes oppgaver og folks forventninger, som er hovedårsakene til problemene i sykehussektoren*”.³²¹ Jeg vil argumentere for at lovprosessen har bidratt med få og lite grundige kilder, noe som har gjort det vanskelig å analysere reformens betydning for samhandling mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus.

5.4.1 Foretaksorganiseringen førte til mindre folkevalgt styring

I det videre arbeidet vil jeg likevel utdype spørsmålet om det var særlige trekk ved, eller endringer som fulgte av, foretaksorganiseringen og statliggjøringen av sykehusene som kunne forventes å påvirke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Jeg vil ta utgangspunkt i synspunktene som framkom i stortingsdebatten, hvor et tydelig mindretall argumenterte mot foretaksorganiseringen.

I denne saken utgjorde Kristelig Folkeparti (KrF), Senterpartiet (Sp) og Sosialistisk Venstreparti (SV) mindretallet i Stortinget. De tre partiene mente at det var et viktig prinsipp at det var lokalt politisk ansvar for velferdstjenester, og at regjeringens forslag om foretaksorganisering ville ”*ta strukturspørsmål av vidtrekkende regionalpolitisk betydning ut av folkevalgt styring*”.³²² Jeg tolker dette dit hen at mindretallet var bekymret for at foretaksorganiseringen vil føre til at politikere ikke lenger ville få innvirkning på hvordan overordnede og viktige rammer for helsetjenesten skulle ivaretas. Mindretallet trakk sine bekymringer til foretaksorganiseringen enda lengre og hevdet at den påvirket demokratiet: ”*Disse medlemmer vil påpeke at regjeringen har lagt fram en framtidig organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten med et betydelig demokratisk underskudd. Disse medlemmer mener at indirekte politisk kontroll ikke er tilfredsstillende når det gjelder institusjoner av en så stor samfunnsmessig verdi.*”³²³ Dette synspunktet delte det med flere av høringsinstansene. Dette gjaldt blant annet flere fylkeskommuner og fagorganisasjoner.³²⁴ Kan det tenkes at det ble mindre folkevalgt styring over sykehusene, og i så fall at endringer i styringsstrukturen kan ha påvirket samhandlingen mellom helsetjenestene i kommunene og sykehus?

³²¹ Innst.O. nr.118 (2000-2001) Side 18.

³²² Ibid. Side 18.

³²³ Ibid. Side 18.

³²⁴ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Se side 68 og 75.

KrF, Sp og SV knyttet sine bekymringer for manglende lokaldemokrati direkte til områder som hadde med samhandlingsutfordringer å gjøre. *”Disse medlemmer mener at det er en fare for at den foreslåtte organisasjonsmodellen vender oppmerksomheten bort fra primærhelsetjenestens behov. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at helse- og sosialtjenestene ikke er sett i sammenheng.”*³²⁵ Dette utsagnet tolker jeg dit hen at Sp, KrF og SV mente at foretaksorganiseringen ville kunne føre til at behovene til helsetjenesten i kommunene fikk mindre oppmerksomhet, med andre ord dårligere betingelser som følge av foretaksreformen. Dette ville i så fall kunne gi som resultat at kommunehelsetjenesten ville bli dårligere i stand til å ivareta sine oppgaver i behandlingsskjeden. Jeg har tidligere redegjort for at situasjoner hvor kommunehelsetjenesten ikke er i stand til å ta imot pasienter som er ferdigbehandlet i sykehusene, kan resultere i korridorpasienter i sykehusene, som igjen er et uttrykk for samhandlingsproblemer. Derfor mener jeg mindretallets synspunkt, slik det ble framsatt i sosialkomiteen, antyder at foretaksreformen vil kunne bidra til en utvikling i retning av dårligere samhandling mellom helsetjenestene i kommuner og sykehus.

En tilsvarende vurdering ble foretatt av Kjell Magne Bondevik (KrF), som mente at samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ville kunne bli dårligere på grunn av foretaksreformen: *”... med sykehusstyrer uten en politisk forankring og forvaltningsnivåer som har ansvar for henholdsvis primærhelsetjenesten og sykehustjenesten, som det er stor avstand mellom.”*³²⁶

Høyre mente derimot at statlig overtakelse av sykehusene ville bidra til bedre samhandling: *”Det er nødvendig å samle det politiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten for å unngå spill og ansvarsfraskrivelse mellom forvaltningsnivåene.”*³²⁷ Dette ville legge til rette for bedre koordinering og mer effektiv ressursutnyttelse, mente partiet. Lignende synspunkter kom også til uttrykk i odelstingsdebatten. Representanter fra FrP og helseministeren uttalte at statlig eierskap ville få slutt på ansvarsfraskrivelsen og svartepersillet mellom forvaltningsnivåene.³²⁸

Vi ser to forskjellige vurderinger av hvilke konsekvenser foretaksreformen ville få for samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Jeg mener mindretallets synspunkter best sannsynliggjør konsekvenser for samhandlingen. Det la vekt på at

³²⁵ Innst.O. nr.118 (2000-2001) Side 19.

³²⁶ Forhandlinger i Odelstinget (6. juni 2001) Side 681.

³²⁷ Innst.O. nr.118 (2000-2001) Side 22. Særuttalelse i Sosialkomiteen.

³²⁸ Forhandlinger i Odelstinget (6. juni 2001) Side 672 John I. Alvheim (FrP), side 677 helseminister Tore Tønne (A) og side 684 Carl I. Hagen (FrP).

foretaksreformen kunne føre til at kapasiteten i de to helsetjenestenivåene i mindre grad ble sett i sammenheng. Derneft at en slik utvikling ville være vanskeligere å korrigere, fordi den lokalpolitiske styringen og kontrollen av spesialisthelsetjenesten ville bli redusert som følge av foretaksreformen. Mindretallet pekte også på at foretaksorganiseringen ville kunne ta oppmerksomhet vekk fra kommunehelsetjenesten, noe jeg vurderer som et bilde på at kommunehelsetjenestens behov ville kunne bli nedprioritert og redusere dens evne til å oppfylle sykehusenes forventninger når de ville skrive ut pasienter. Jeg vil hevde at flertallets argumentasjon ikke holder. Staten ville ganske sikkert kunne ivareta en overordnet styring av helsetjenesten, og samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og sykehus uten å overta eieransvaret for sykehusene. Stortinget ville kunne styre via lovgivning og budsjett, mens regjeringen blant annet benyttet forskrifter og rundskriv uavhengig av om helsetjenestene ble styrt som foretak eller forvaltningsorganisasjon.

5.4.2 Ny styringsstruktur for sykehusene

*”Ved forvaltningsorganisering er det lagt til rette for en sterk og direkte styring fra overordnet politisk organ.”*³²⁹ Regjeringen slo fast at i forvaltningsorganisasjoner kunne overordnet politisk organ utøve direkte styring og ledelse, også når det gjaldt den løpende driften. Den foreslo å gå bort fra denne styringsfilosofien, blant annet fordi den mente foretaksorganisering ville legge til rette for at det enkelte sykehus skulle få mer ansvar for daglig drift. Samtidig ville det ikke bli direkte innblanding fra overordnet nivå, noe som kunne ført til at autoriteten til lokal ledelse ble undergravd. Eierstyringen skulle nå konsentrere seg om overordnede forhold. Foretaksorganiseringen skulle være regjeringens virkemiddel for *”å oppnå en ønsket styringskultur mellom eier og virksomhetsledelse, og som en støtte for nødvendig ledelsesautoritet innad i virksomheten.”*³³⁰

Daglig drift av sykehus handler først og fremst om å undersøke, behandle og pleie syke mennesker. Vi har sett at regjeringen ønsket at det enkelte sykehus skulle få større selvstendig ansvar for pasientene. Jeg betrakter regjeringens lovforslag dit hen at forhold som har med den praktiske oppfølgingen av pasientene å gjøre i mindre grad burde styres fra overordnet politisk nivå. Det følger av dette at foretaksorganiseringen kunne føre til at overordnet politisk organ fikk færre muligheter til å påvirke hvordan sykehusene ivaretok samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Medførte foretaksorganiseringen endringer i

³²⁹ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Side 23.

³³⁰ Ibid. Side 23.

styringsstrukturen slik at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus ble påvirket? Jeg vil besvare spørsmålet ved å analysere hvordan overordnet styring av norsk helsetjeneste blir ivaretatt innenfor forvaltningsorganisering og foretaksorganisering. I analysen vil forvaltningsorganisering være knyttet til mitt kjennskap til styringen av kommunehelsetjenesten. Min forståelse av foretaksorganisering er hentet fra regjeringen Stoltenbergs lovforslag om foretaksorganisering av sykehusene.

Jeg har videre tolket den statlige styringen av kommunehelsetjenesten ut fra en mer allmenn betraktning. Styringssignalene fra regjering og storting til kommunehelsetjenesten, ble tolket og tilpasset en kommunal virkelighet gjennom de prosesser der kommunestyret og den kommunale forvaltningen utførte sitt direkte ansvar for at det ble tilbudt kommunehelsetjeneste til befolkningen. Med dette mener jeg at statlige prioriteringer og normer ble tolket og kommunisert videre til lokale tjenesteutøvere i sykehjem og hjemmesykepleie, etter at kommunepolitikere ga disse en lokal kommunal tilpasning ut fra behov og muligheter. På tilsvarende måte ble helsepolitikken påvirket av den kommunale forvaltningen blant annet når denne utarbeidet retningslinjer og utførte budsjettarbeid. Gjennom slike prosesser ble statlig helsepolitikk bearbeidet og gitt en lokal kommunal farge, som kan ha en annen nyanse enn nabokommunens. Tilsvarende prosesser foregikk innenfor spesialisthelsetjenesten fram til sykehusene ble foretaksorganisert i 2002. Her hadde imidlertid den fylkeskommunale politiske ledelsen og forvaltningsapparatet bearbeidings- og tilpasningsrollen.

Da forslaget om å foretaksorganisere sykehusene ble lagt fram i 2001, fikk de en ny ”kommandolinje” med flere organisasjonsnivå og annerledes struktur enn de hadde hatt tidligere. Dette markerte også et skille til den kommunale styringsstrukturen. Etter at den statlige helsepolitikken var utarbeidet, ble denne bearbeidet gjennom tre nivå før den ble iverksatt i sykehusene. De overordnede nasjonale helsepolitiske føringene fra regjering og storting ble gitt et mer praktisk uttrykk gjennom vedtekter til de regionale helseforetakene. ”Videre kan departementet i foretaksmøtet fastsette generelle og spesielle instruksjoner for styret i regionale helseforetak.”³³¹ I denne delen av styringsstrukturen ble det lagt opp til at Sosial- og helsedepartementet skulle ivareta den praktiske tilretteleggingen. Vedtektene og instruksene lå så til rette for den videre styringen av foretakene som foregikk i styrene. Styrenes oppgaver var blant annet: ”.. ansvar for en tilfredsstillende organisering av

³³¹ Ibid. Side 44. Foretaksmøtet er obligatorisk del av styringsstrukturen. Eier, i praksis ved statsråd, utøver her den øverste myndigheten i foretaksorganiseringen. Se side 50 og 202-204.

*foretakets samlede virksomhet. Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet. Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.*³³² Vi ser at styrene i henhold til forslaget fra regjeringen blant annet fikk ansvar for *budsjett og planer for foretakets virksomhet*, noe som ville være med på å styre hvilke prioriteringer foretakene skulle gjøre.

De statlige styringssignalene ble bearbeidet og gitt lokale tilpasninger både av styrene og administrasjonene i fem regionale helseforetak. Deres oppdrag var ”å sørge for at befolkningen i helseregionen får den tilgang til viktige helsetjenester i henhold til juridiske og politiske beslutninger.”³³³ Foretaksorganiseringen la videre opp til at sykehusetjenesten skulle utføres av helseforetak som var egne foretak med egne styringsorganer. Helseforetakene hadde, på samme måte som de regionale helseforetakene, styret og administrasjoner som bearbeidet og prioriterte slik at sykehusene i det enkelte foretak til slutt fikk sine rammer for å utøve sykehusdrift.

Vi har sett at foretaksorganiseringen førte til endringer i sykehusenes styringsstruktur. Dette førte til at den overordnede nasjonale helsepolitikken fra regjeringen og Stortinget følger ulike ”kommandolinjer” i den forvaltningsorganiserte kommunehelsetjenesten og de foretaksorganiserte sykehusene. Kommunehelsetjenesten mottok styringssignaler som hadde sin opprinnelse i overordnet nasjonal helsepolitikk etter at disse var bearbeidet og prioritert i kommunestyret og i den kommunale forvaltningen. Endringen i styringsstrukturen i spesialisthelsetjenesten som følge av foretaksreformen, førte til at sykehusene mottok sine styringssignaler etter at de var påvirket av flere nivå enn i den kommunale forvaltningsmodellen.

Først har departementet en mer aktiv rolle gjennom ivaretagelse av eieransvaret for foretakene. Deretter inngår både styret og administrasjoner i de regionale helseforetakene og helseforetakene når disse prioriterer aktiviteter og økonomi innenfor sine respektive områder. Dette kan føre til at de overordnede helsepolitiske prioriteringene i større grad kan være utsatt for tolkinger og påvirkninger i sykehusene enn i kommunene. I så fall vil dette kunne bidra til at for eksempel ansvars- og oppgavefordelingen ble oppfattet på ulike måter i

³³² Ibid. Side 211.

³³³ Ibid. Side 47.

kommunehelsetjenesten og sykehus. En slik situasjon vil kunne føre til samhandlingsproblemer mellom helsetjenestene i de to forvaltningsnivåene.

Styremedlemmene i de regionale helseforetakene og helseforetakene ble, med unntak av ansattes representanter, utpekt av henholdsvis foretaksmøtet og styret i det regionale helseforetaket. Lovforslaget inneholdt ikke bestemmelser om kvalifikasjonskrav til styremedlemmene, men styrets oppgaver ble redegjort for og her ble det slått fast at *”Styret har således et spesielt ansvar for at det gjennomføres betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse og økonomi, og med ressursbruk”*.³³⁴ Jeg vil hevde at dette peker i retning av at det ville bli utnevnte styremedlemmer med annerledes bakgrunn og funksjon enn lokalpolitikere. Derfor var det grunn til å anta at styremedlemmene i foretakene ville bidra med andre prioriteringer av overordnede politiske styringssignaler enn lokalpolitikere i kommunene. Det er grunn til å antyde at dette ville kunne påvirke hvordan de to nivåene oppfattet at ansvaret for ulike oppgaver skulle fordeles.

5.4.3 Planlegging av helsetjenester

Rammefinansieringen av sykehus og kommunehelsetjeneste la opp til at kommuner og fylkeskommuner skulle ha muligheter til å gjøre lokale prioriteringer innenfor gitte økonomiske rammer. Men de skulle ikke gjøre dette uavhengig av hverandre. Det var forutsatt at kommunene og fylkeskommunene skulle tilpasse respektive helsetjenester til hverandre ved å samarbeide i planleggingsarbeidet.³³⁵ Dette la til rette for at de to forvaltningsnivåene kunne etablere samarbeid om oppgaver innenfor helsetjenesten. Foretaksorganiseringen la også opp til at kommunale politiske myndigheter skulle få anledning til å komme med innspill til planprosessen i de regionale helseforetakene. Dette var imidlertid begrenset til å gi råd i prosesser som handlet om behov, prioritering og samarbeid med øvrige helse- og sosialtjenester.³³⁶ Det er positivt at det ble presentert en intensjon om at kommunene skulle få komme med innspill i forhold til spørsmål som hadde med samhandling mellom helsetjenester i sykehus og kommunene å gjøre. Jeg mener imidlertid at det er grunn til å hevde at lokalpolitikernes mulighet til påvirkning av sykehusene gjennom forvaltningsmodellen, ga en langt sterkere kommunalpolitisk innvirkning på spesialisthelsetjenesten, enn de innspill som kunne gis gjennom planprosessen i de regionale helseforetakene. Det er liten tvil om at foretaksmodellen bidro til å redusere mulighetene for samarbeid om oppgavefordeling som lå

³³⁴ Ibid. Side 212.

³³⁵ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) Side 42-43.

³³⁶ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) side 50-51.

i forvaltningsmodellen. I dette lå det også en antydning om forverring av samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus.

5.4.4 Finansiering av sykehustjenester

De tre mindretallspartiene tok også opp andre områder av reformen som jeg mener har betydning for samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. De mente at ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) måtte utredes i forbindelse med reformforslaget. KrF, Sp og SV hevdet at fristillingen av sykehusene i foretak ville forsterke faren for at ISF-ordningen (se kapittel 1) ville føre til at pasienter med sammensatte og langvarige lidelser ville bli nedprioritert for sykehusbehandling. Disse pasientene ville være ”ulønnsomme” for sykehusene, og derfor kunne de raskt bli utskrevet slik at belastningen på kommunehelsetjenesten ble større.³³⁷ Dette temaet er utredet tidligere i oppgaven, og jeg har da argumentert for at utviklingstrekk som fører til raskere utskrivning fra sykehus kan føre til at kommunene ikke klarer å ta i mot pasienter som fortsatt trenger helsetjenester. Dette kan lett føre til at pasientene blir kasteballer og opplever samhandlingsproblemer som skyldes et system hvor kapasiteten til ulike aktører ikke er tilpasset hverandre.

5.5 Ny reform på tegnebrettet – Samhandlingsreformen ble lagt fram i 2009

I innledningen av oppgaven så vi at helseministeren lovte en ny reform med kraftfulle samhandlingstiltak i form av lovendringer og finansiering. Men i stedet for å legge fram en odelstingsproposisjon som planlagt i april 2008, ble reformen presentert i en stortingsmelding, og i følge helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen (Ap) var dette fordi: - ”Vi vil sikre bred politisk behandling...”³³⁸ 19. juni 2009, i underkant av ett år etter at en ny helsereform var lansert, ble meldingen lagt fram. Regjeringen Stoltenberg II la i denne opp til at samhandlingstiltak i form av lovproposisjoner,³³⁹ og gjennom ny finansieringsmodell, skulle legges fram i 2010. Etter dette forslaget skal ny finansieringsordning bli iverksatt i 2012. Hvor vidt samhandlingsreformen i 2009 får samme skjebne som tidligere reformer, utredninger og meldinger med gode intensjoner om å forbedre samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og sykehus, er det for tidlig å si noe om. Men om det nå ikke er mulig å si om Samhandlingsreformen i 2009 blir ytterligere utsatt, eller nedprioritert til fordel for

³³⁷ Innst.O. nr.118 (2000-2001) Side 35.

³³⁸ Dagbladet nett. Bjarne Håkon Hanssen ble sitert (02.03.2009)

³³⁹ Lovsaker ble tidligere behandlet i Odelstinget og Lagtinget. Lovbehandlingen ble endret 1. oktober 2009. I dag er det slik at lovsaker må behandles to ganger i Stortinget. Kilde: www.stortinget.no

andre gode formål, vil stortingsmeldingen i det minste være en anledning til å undersøke regjeringens syn på samhandling. Er samhandlingsproblemene fortsatt omfattende, og hvilken problemforståelse har dagens regjering? Har den analysert dagens utfordringer opp mot tidligere reformer og den påvirkning disse har hatt på samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus? Er samhandlingsproblemene i 2009 viktige å få gjort noe med, og hvilke løsninger foreslås i så fall?

5.5.1 Hvordan forstås samhandlingsproblemer i 2009

*”Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge”.*³⁴⁰ Dette var en sentral del av oppsummeringen etter at statsråd Hanssen hadde reist rundt i helse-Norge. Det var også grunnlaget for å sette i gang arbeidet med samhandlingsreformen. Regjeringen lot det ikke være tvil om at samhandling fortsatt var et problem i helsetjenesten, og for enkelte pasientgrupper, som eldre og pasienter med innslag av kroniske sykdommer, var problemene store. Den var dessuten redd for at samhandlingsutfordringene ville bli enda større: *”Den demografiske og epidemiologiske utviklingen gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.”*³⁴¹ Grunnlaget for denne påstanden er økningen i antall eldre, økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer, og feil knyttet til innleggelse og utskrivning av pasienter. Regjeringens bekymringer knyttet til innleggelse og utskrivning har sin bakgrunn i en framskriving av omfanget på utskrivingsklare pasienter og unødvendige sykehusinnleggelser. Denne peker i retning av at antall liggedøgn i sykehus for pasienter som kan behandles utenfor sykehus, kan komme til å øke fra 550 000 i dag til 900 000 i 2030.³⁴² Med dette antyder regjeringen, som i reformene på 1980-tallet, at kommunehelsetjenesten har en sentral rolle i å bidra til at samhandlingsutfordringene ikke blir enda større.

Regjeringens problemforståelse er i tillegg til den demografiske utviklingen også knyttet til at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke blir godt nok ivaretatt i dagens system. Den knytter, som tidligere regjeringer, dette til oppsplittingen av ansvar og oppgaver på to forvaltningsnivå: *”Vi har rettighets-, finansierings-, beslutnings, brukermedvirknings- og prioriteringsbestemmelser rettet inn mot henholdsvis spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, men vi har i liten grad systemer som er rettet inn mot pasientenes*

³⁴⁰ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Hentet fra forordet i meldingen.

³⁴¹ Ibid. Side 43. Se også side 21.

³⁴² Ibid. Side 43.

*samlede behov.*³⁴³ Det er i liten grad systemer som er innrettet mot pasientenes samlede behov, og aktørene måles og belønnes for sin innsats innenfor eget ansvarsområde.

Den siste hovedutfordringen regjeringen vektlegger spesielt, er at helsetjenestene i for liten grad har fokusert på å forebygge og begrense sykdomsutvikling. Det blir slått fast at hvis kommunehelsetjenesten hadde iverksatt tiltak på dette området, ville behovet for spesialisthelsetjenester blitt redusert. Regjeringen hevder i denne sammenheng at mange pasienter blir behandlet i sykehus som kunne fått bedre og billigere behandling i kommunehelsetjenesten. Den mener dette blant annet kan skyldes strukturelle mangler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som har som resultat at: *”en del pasienter blir klassifisert som utskrivingsklare, men blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud.*³⁴⁴

Regjeringen tar på en måte også selvkritikk på vegne av staten som myndighetsorgan når den legger deler av ansvaret for samhandlingsproblemene mellom kommunehelsetjenesten og sykehus på systemnivå. Denne forståelsen var ikke tydelig i Kommunehelsetjenestereformen og Sykehjemsreformen. I disse prosessene var problemforståelsen i stor grad knyttet til svakheter ved det kommunale nivået. Men jeg mener likevel å se en relativt klar tendens til at samhandlingsproblemene også i 2009 blir forklart først og fremst med at kommunene ikke har gjort jobben sin. Derfor har sykehusene blitt belastet med pasienter som i utgangspunktet ikke trengte sykehusinnleggelse, og med pasienter som må bli værende i sykehuset fordi kommunene ikke kan ta dem i mot. Hvorvidt utviklingstrekk i sykehusene kunne hatt betydning for samhandlingsproblemene ble tilsynelatende viet liten interesse. Foretaksreformen ble så vidt jeg kan se ikke omtalt i det hele tatt, til tross for at sykehusorganiseringen som fulgte av reformen, har skapt mye offentlig debatt i perioden det ble arbeidet med den nye stortingsmeldingen. Vi har også sett at den forrige Stoltenberg-regjeringen hadde en klar intensjon om at Foretaksreformen skulle bidra til å forbedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. I et kapittel om organiseringen av spesialisthelsetjenesten ble det rett nok nevnt at den i 2002 ble overført til staten, og at den deretter ble organisert som foretak.³⁴⁵ Hvilken betydning denne reformen fikk for kommunehelsetjenesten og samhandlingen mellom de to helsetjenestenivåene, ble imidlertid ikke behandlet. Kan dette ha en sammenheng med at regjeringen ikke ønsker

³⁴³ Ibid. Side 22.

³⁴⁴ Ibid. Side 23.

³⁴⁵ Ibid. Side 111.

søkelys på foretaksorganiseringen nå? Det er i alle fall neppe grunn til å tvile på at regjeringen mener at spesialisthelsetjenesten ikke skal spille den viktigste rollen i å løse samhandlingsproblemene med kommunehelsetjenesten.

5.5.2 Hvordan skal samhandlingsproblemer løses?

Regjeringens forslag til løsninger ligger innenfor fem områder. To av disse områdene er knyttet til kommunal sektor, og disse to fikk betydelig grundigere behandling enn de andre. Det første av disse handler om at den framtidige kommunale helsetjenesten skal få nye oppgaver *”som hhv. er å betrakte som en oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.”*³⁴⁶ Regjeringen redegjør til dels detaljert når den peker på hvilke områder kommunene skal iverksette tiltak innenfor. Som eksempel vil jeg nevne at de blir bedt om å skaffe seg bedre oversikt over helsetilstanden til innbyggerne, utvikle lærings- og mestringstilbud, sørge for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et helhetlig perspektiv i forebyggende arbeid, samt iverksette kompetanseoppbygging innen blant annet ernæring og samfunnsmedisin.

Det andre området hvor regjeringens tiltak er spesielt innrettet mot kommunene er knyttet til forslag om å ta i bruk økonomiske insentiver. Den vil *”foreta en sterkere integrering av finansieringssystemet”*, som innebærer at kommunene vil bli gitt et medansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenesten, og for å dekke utgiftene for utskrivingsklare pasienter.³⁴⁷ Første del av forslaget innebærer at 20 % av tilskuddene fra staten til de regionale helseforetakene skal overføres til kommunene. Ordningen foreslås iverksatt i 2012, og på samme tidspunkt får kommunene betalingsplikt for pasienter som sykehusene har definert som utskrivingsklare: *”Innretningen på finansieringsordningene skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv”*.³⁴⁸

³⁴⁶ Ibid. Side 26. Se også side 97.

³⁴⁷ Ibid. Side 31. Wisløff-utvalget vurderte den samme finansieringsmodellen, men var skeptisk til den fordi kommunene ville kunne komme til å måtte finansiere virksomhet som de ikke hadde innvirkning på. Dessuten ville det kunne bli vanskelig å iverksette ordningen fordi den ville kreve omfattende kommunesammenslåinger. Se NOU 2005:3 Side 121. Nyhus-utvalget diskuterte også en betalingsordning der kommunene skulle betale for ferdigbehandlede pasienter i sykehus. Utvalget anbefalte ikke en slik ordning fordi dette ville kunne gi for sterkt fokus på økonomiske forhold på bekostning av faglige vurderinger. Dessuten ville det kunne bli en sovepute slik at det ikke ble lagt tilstrekkelig vekt på samordning mellom nivåene. Se NOU 1982:10 Side 168. Heller ikke Samordningsutvalget ville ha betalingsordninger. Blant annet fordi dette kunne føre til at pasienter ble sendt hjem før det ble etablert tilfredsstillende tilbud i kommunen. Se NOU 1986:4 Side 145.

³⁴⁸ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Side 102. Se også side 30-32.

Regjeringen håper at dette skal inspirere kommunene til i større grad å iverksette tiltak i den kommunale helsetjenesten, i stedet for å måtte betale sykehusene for dyrere tilbud. Like mye som inspirasjon, mener jeg at forslaget også innebærer et klart element av merbelastning for kommunene. Hvis kommunene skal kunne ivareta et økt ansvar og flere oppgaver, forutsetter det at kommunene får tilført tilstrekkelige ressurser til å bygge opp og iverksette lokale tilbud i god tid før 2012. Det er neppe lurt å følge samme prosess som i de to reformene på 1980-tallet, hvor kommunene fikk flere oppgaver uten at Stortinget samtidig sørget for at det fulgte tilstrekkelige ressurser. Samtidig er det grunn til å anta at det også i framtiden vil være vanskelig å sikre kommunene tilstrekkelige ressurser i samsvar med hva det krever å overta nye oppgaver. Dernest blir det opp til sykehusene å bestemme når pasientene er utskrivingsklare, og disse får dermed et overordnet forhold til kommunene gjennom å kunne pålegge dem betalingsforpliktelser. Forholdet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten kan neppe sees på som likeverdig med en slik ordning. Det har også klare likhetstrekk med betalingsforskriften³⁴⁹ som ble iverksatt i 1999, og som allerede etter nærmere bestemmelser pålegger kommunene å betale sykehusene døgnpris for ferdigbehandlede pasienter.³⁵⁰

Et tredje område hvor regjeringen mener tiltak skal iverksettes er ved å forbedre pasientforløpet, som handler om at tiltakene de ulike aktørene i helsetjenesten skal bidra med, må være tilpasset og overlappende hverandre. Dette skal bidra til at pasienten får et sammenhengende helsetjenestetilbud. Blant tiltakene er å lovfeste en plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en kontaktperson. Så vidt jeg kan se sier ikke regjeringen eksplisitt at dette skal være et kommunalt ansvar, men understreker at pleie- og omsorgstjenesten i dag ikke har koordinatrorolle på samme måte som pasientansvarlig lege i sykehus.³⁵¹ Jeg vil derfor hevde at regjeringen antyder at den nye funksjonen som pasientkoordinator skal ligge i kommunene.

Det fjerde området jeg vil nevne er forslaget om at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda mer spesialisert retning. Dette forslaget tar imidlertid også opp at kommunehelsetjenesten har sviktet. Stortingsmeldingen beskrev igjen en utvikling der spesialisthelsetjenesten ikke kan ivareta sine funksjoner godt nok fordi den må overta

³⁴⁹ Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (1999)

³⁵⁰ Regjeringen introduserte BEON-prinsippet som er et nytt navn på LEON-prinsippet. På samme måte som på 1980-tallet blir prinsippet blant annet knyttet til finansiering av helsetjenestene. Se St.meld. nr. 47 (2008-2009) Side 109. Se også sidene 15 og 69.

³⁵¹ Ibid. Side 25-26 og 47-53.

oppgaver fra kommunehelsetjenesten. I framtiden skal kommunene i større grad overta ”sine” oppgaver slik at spesialisthelsetjenesten får bedre mulighet til å rendyrke oppgaver av spesialisert karakter.³⁵²

5.6 Konklusjon

Samhandlingsproblemene mellom kommunehelsetjenesten og sykehus ble omtalt som omfattende, og det ble lagt stor vekt på å gjøre noe med dem i arbeidet med foretaksreformen. Det viste seg imidlertid at både regjeringen og Stortinget ikke først og fremst prioriterte å løse disse problemene. Tiltakene som ble foreslått var rettet mot lokale forhold, og sterkere virkemidler som anvendelse av økonomi og juss hadde ingen plass i løsningsforslagene. De folkevalgte var først og fremst opptatt av å gjøre noe med statens utfordringer med ansvarsforhold, styringsstruktur og eierskap innenfor en modell der 19 fylkeskommuner hadde spilt en sentral rolle.

Min analyse av foretaksreformen tyder på at reformprosessen førte til at kapasiteten og oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus i mindre grad ble sett i sammenheng. Samtidig kan reformen ha ført til at kommunehelsetjenestens behov har blitt nedprioritert, noe som i så fall ville redusere tjenestens muligheter til å ivareta sin rolle i en sammenhengende helsetjeneste. Det er neppe grunn til å tvile på at begge disse utviklingstrekkene kan ha redusert mulighetene til å forbedre samhandlingen. Jeg har også oppsummert med at endringene i sykehusenes styringsstruktur ville kunne få en negativ innvirkning på samhandlingen mellom helsetjenestene i de to forvaltningsnivåene. Foretaksorganiseringen førte til at nasjonal helsepolitikk ble påvirket gjennom flere ledd og av en annen type aktører enn det som er tilfelle i den kommunale forvaltningsmodellen. Det synes som en rimelig slutning at forståelsen av ansvar- og oppgavefordeling av denne grunn kunne ha blitt oppfattet på forskjellige måter. I dette ligger det forutsetninger for samhandlingsproblemer.

Foretaksreformen brakte også med seg en bekymring for at det ville bli færre muligheter for en samordning av planarbeidet i de to helsetjenestenivåene, noe som reduserte mulighetene for å unngå samhandlingsproblemer. Dernest større fare for at den innsatsstyrte finansieringen av sykehus ville bidra til at enkelte pasientkategorier vill bli raskere skrevet ut av sykehuset. Dette ville i så fall gi større belastning på kommunehelsetjenesten, noe som er en sannsynlig årsak til samhandlingsproblemer.

³⁵² Ibid. Side 33.

Min analyse av stortingsmeldingen, som lanserer en ny samhandlingsreform, viser at regjeringen løfter samhandlingsproblemene opp som en svært sentral utfordring, og den frykter at disse utfordringene kunne bli enda større. Jeg mener for øvrig å se en relativt klar tendens til at samhandlingsproblemene blir forklart med at kommunene ikke har ivaretatt sitt ansvar og sine funksjoner innenfor helsetjenesten. Når regjeringen peker på de områder hvor det skal iverksettes tiltak for å forbedre samhandlingen, synes jeg det er ganske entydig at disse først og fremst legges til kommunalt nivå. Kommunene skal få nye oppgaver, og de skal tilføres ressurser slik at de blir bedre i stand til å ivareta sitt ansvar. Det ligger imidlertid ikke bare frivillighet bak regjeringens forslag, kommunene blir tvunget inn i nye roller gjennom forslaget om lovendringer og nye finansieringsordninger. Jeg vil derfor hevde at det er en rimelig slutning at regjeringen la mye av ansvaret for å forbedre samhandlingsproblemene på kommunene. Det er i alle fall tydelig at den ikke knytter Foretaksreformen opp mot samhandlingsproblemer. Det ble ikke drøftet hvorfor den ikke bidro til å løse problemene som intensjonen var, eller om den kunne ha hatt innvirkning på dem. Det er neppe grunn til å tvile på at regjeringen mener at spesialisthelsetjenesten ikke skal spille den viktigste rollen når samhandlingsproblemene med kommunehelsetjenesten skal løses.

6. Samhandlingsproblemene ble nedprioritert - manglende likeverdighet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus?

I innledningen stilte jeg følgende spørsmål. "Hva er årsaken til at samhandling mellom helsetjenesten i kommuner og sykehus fortsatt defineres som et sentralt problem i 2009 når man helt siden 1970 har vært opptatt av å løse dette problemet? Hvordan har dette problemkomplekset blitt oppfattet i helsereformer de siste 30 årene? Har man i arbeidet med reformene vært klar over hvilke tiltak som kunne iverksettes for å løse samhandlingsproblemene, og i hvilken grad er det prioritert å iverksette slike tiltak? Har storting og regjering lagt premisser som gjør at god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus blir vanskeliggjort?"

Oppgaven har vist at det har vært betydelig oppmerksomhet knyttet til samhandlingsproblemer i helsetjenesten, og tilsynelatende stor vilje til å gjøre noe med problemene i de reformene jeg har lagt til grunn for oppgaven. Men selv om både skiftende regjeringer og Stortinget hadde oppmerksomheten rettet mot samhandlingsproblemer både i kommunehelsetjenestereformen og sykehjemsreformen, var det ikke problemene mellom kommunehelsetjenesten og sykehus som først og fremst fikk oppmerksomhet. Min analyse av

de to reformprosessene tyder på at det først og fremst ble lagt vekt på å forbedre samhandlingen mellom ulike tjenester på kommunalt nivå, som helse- og sosialtjenestene. Dette var en viktig begrunnelse for å legge ansvaret for distriktshelsetjenesten til kommunene, og for å flytte forvaltningsansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene. I de to reformprosessene på 1980-tallet skjønte regjering og storting at de måtte prioritere mellom ulike hensyn. Hvis det ble iverksatt tiltak for å forbedre samhandlingen mellom de kommunale deltjenestene, ville samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus kunne bli forverret. Våre folkevalgte prioriterte i begge disse tilfellene å iverksette tiltak som forbedret samhandlingen innen det enkelte forvaltningsnivået.

Det ble imidlertid også lagt vekk på at samhandlingsproblemene mellom helsetjenestene i kommuner og sykehus var viktige å løse, og aktørene i lovprosessene la opp til det skulle bli iverksatt tiltak i forbindelse med reformprosessene. Så viste det seg at arbeidet med å finne løsninger på problemene stadig ble utsatt, og forskjøvet fra det ene leddet i lovprosessen til det andre. Stortinget fikk de to kommunale reformene på 1980-tallet til behandling uten at det ble foreslått konkrete tiltak for å forbedre samhandlingen mellom helsetjenesten i kommunene og i sykehus. Dette var medvirkende til at samhandlingsproblemene mellom helsetjenestene i de to forvaltningsnivåene fortsatt ble definert som et problem etter reformene.

I arbeidet med foretaksreformen ble det på samme måte som i de to kommunale reformene fra 1980-tallet, redegjort for samhandlingsproblemer mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. De folkevalgte hadde også i 2001 som intensjon å bidra til å forbedre samhandlingsproblemene, men da loven ble vedtatt i Stortinget var det ikke samhandling som var i fokus. Det var statens utfordringer med eierskap og styringsstruktur det ble prioritert å finne løsninger på.

Jeg vil derfor hevde at det er en rimelig slutning at en viktig grunn til at samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus fortsatt defineres som et sentralt problem, er at skiftende regjeringer og storting ikke har prioritert å gjøre noe med disse problemene i situasjoner hvor det har vært mulig. Jeg mener reformprosessene hvor Stortinget har endret lover og vedtatt nye, samt gjort endringer i finansieringen av helsetjenesten har vært anledninger hvor det kunne vært iverksatt kraftfulle grep for å forbedre samhandlingen mellom helsetjenesten i de to forvaltningsnivåene.

Jeg har også vist at kommunehelsetjenesten og sykehusene har blitt reformert hver for seg, til forskjellige tider, og langt på vei uavhengig av hverandre. Utredninger og politiske

diskusjoner om viktige styringssystemer, som organisering og finansiering av helsetjenestene, er gjennomført for et av forvaltningsnivåene av gangen. Og selv om regjeringene og Stortinget har vært opptatt av samhandlingsproblemene mellom de to helsetjenestenivåene, har reformprosessene i liten grad analysert hvilke konsekvenser reformen i det ene nivået har fått for det andre, og for samhandlingen mellom dem. Dette kan ha medvirket til at samhandlingsproblemer har fått utvikle seg.

Fram til 1970-tallet ble sykehus drevet både av kommuner, fylkeskommuner, staten og private. Ansvaret for helsetjenestene utenom sykehus var ikke formelt plassert. Sykehusloven som ble iverksatt i 1970 ryddet opp i ansvaret for sykehusene. Arbeidet med å få på plass en samlet og overordnet styring av helsetjenesten, ble fulgt opp med forslaget om å regionalisere helsetjenesten på midten av 1970-tallet. Regionaliseringen innebar at Stortinget vedtok retningslinjer for den videre utviklingen av helsetjenesten, som skulle organiseres i en hierarkisk nivåinndelt struktur av tjenestetilbud. Kommunene skulle ha forvaltningsansvaret for distriktshelsetjenesten, fylkeskommunene for de fleste sykehusene, og ansvaret for de mest spesialiserte sykehusene skulle fylkeskommunene ha i fellesskap innenfor regioner. Da kommunene fikk forvaltningsansvar for helsetjenester i 1984 ble nivåstrukturen formelt etablert. Dermed var også samhandlingsproblemene som skyldtes at ulike forvaltningsnivå hadde ansvaret for helsetjenester en realitet. Det er neppe grunn til å tvile på at disse problemene ble forsterket i 1988 da ansvaret for sykehjemmene ble flyttet fra fylkeskommunene til kommunene, og ved Foretaksreformen som førte til at ansvaret for sykehusene ble flyttet fra fylkeskommunene til kommunene i 2002. Jeg har påvist at det ikke ble iverksatt systematiske tiltak for å håndtere samhandlingsproblemene i disse reformprosessene.

6.1 Spesialister og kommuner – ulike forutsetninger for å utføre helsetjenester?

Denne oppgaven har vist at de to kommunale reformprosessene på 1980-tallet ble gjennomført i en periode hvor Norge var inne i en vanskelig økonomisk situasjon. Jeg har redegjort for at reformene ble vedtatt i Stortinget uten at finansieringen av dem var på plass. Da den kommunale økonomien i utgangspunktet var vanskelig, skapte reformprosessene stor bekymring for at kommunene ikke ville få fullfinansiert de nye oppgavene. Jeg har også argumentert for at kommunehelsetjenesteloven ikke ga kommunenes innbyggere en absolutt rett til helsetjenester eller plass i sykehjem. Kildematerialet jeg hatt tilgang til er vanskelig å tolke annerledes enn at det ikke først og fremst var pasientenes behov som var avgjørende,

heller ikke fagfolks vurderinger, men den enkelte kommunes økonomi som skulle ligge til grunn for hvilke helsetjenester kommunene skulle tilby til den enkelte.

Det kan se ut som om våre folkevalgte ikke hadde tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot at den eldre befolkningen i kommunene kunne ha sykdommer som forutsatte at den kommunale eldreomsorgen måtte ivareta behov for sykepleie og medisinsk behandling. Jeg har antydnet at skiftende regjeringer og Stortinget underdimensjonerte behovet for fagkompetanse i eldreomsorgen. Samtidig går det fram av mine analyser at helsetjenesten i kommunene så ut til å få et større sosialfaglig innslag gjennom et sterkt fokus på avinstitusjonalisering av eldreomsorgen. Derfor er det liten grunn til å tvile på at de to reformprosessene bidro til at den kommunale eldreomsorgens betydning som helsetjenestetilbud ble mindre. Vi ser at staten på den ene siden overførte flere oppgaver og mer ansvar til kommunene, på den andre mener jeg å se en klar tendens til at den ikke fulgte opp med rammebetingelser som gjorde det mulig for kommunene å ivareta oppgavene. Det kan også se ut som om foretaksreformen bidro til at kommunehelsetjenestens behov ble nedprioritert, noe som i så fall har redusert tjenestens muligheter til å ivareta sin rolle i en sammenhengende helsetjeneste.

Kan det tenkes at det var viktigere å flytte oppgaver til kommunene av distriktpolitiske hensyn, enn av helsepolitiske og helsefaglige grunner? Har overføringen av ansvaret for helsetjenester til kommunene først og fremst vært viktig for å bidra til desentraliseringspolitikken, og for å ivareta lokaldemokratiske hensyn? Er i så fall dette en forklaring på at sykehjemmene fikk et mindre ressurskrevende og helsefaglig innhold da de ble en del av *kommunehelsetjenesten*?

Jeg har henvist til litteratur som framholder at sykehusene gjennomgikk endringsprosesser som var initiert av den medisinsk-tekniske utviklingen og krav om effektivisering av sykehusdriften, i samme periode som de to kommunale reformprosessene pågikk. Dette gjorde at sykehusene i større grad ble spesialiserte, og de tok i bruk nye og avanserte behandlingsmetoder. Dermed kunne liggetiden i sykehusene reduseres, og den førte også til at pasienter kunne få utført undersøkelser og inngrep på dagtid. Jeg har argumentert for at blant annet eldre mennesker vil kunne ha behov for helsetjenester utover den tiden som var avsatt i sykehuset, og at den kommunale eldreomsorgen i slike tilfeller ville få et medansvar for pasientene. Utviklingen førte til at stadig flere pasienter ble utskrevet fra sykehuset med en forventning om at kommunehelsetjenesten skulle overta ansvaret. Det er

neppe grunn til å tvile på at sykehusene utførte stadig mer avanserte *spesialisthelsetjenester* på 1980-tallet.

Jeg vil hevde at det er liten grunn til å tvile på at den kommunale helsetjenesten utviklet seg i en annen retning enn sykehusene, og fikk en standard og kapasitet som gjorde det vanskelig å møte de behovene sykehusene hadde når de ville overføre pasienter. Sykehusene som var spesialistene i helsetjenestespørsmål definerte i stor grad når kommunene skulle overta ansvaret for pasientene. Med overføringen av ansvaret for pasienter fulgte også flere oppgaver, og det ble stilt krav til kommunenes kompetanse og kapasitet. Min analyse tyder på at kommunenes manglende likeverdighet med sykehusene i helsetjenestespørsmål kan ha bidratt til at det i stor grad var sykehusene som definerte når kommunene skulle bli belastet med oppgaver og økonomiske forpliktelser. Jeg har også antydnet at de ulike forutsetningene de to helsetjenestenivåene har hatt, var medvirkende til samhandlingsproblemene mellom dem. Det er også rimelig å anta at forskjellen i de to helsetjenestenivåenes utvikling, kan ha medført at oppfatninger av utfordringer og muligheter har blitt vurdert forskjellig. Kan det også tenkes at behovet for samhandling har blitt oppfattet forskjellig i de to nivåene? Er det i så fall mulig å se for seg at dette er en årsak til at det er gjort lite konkret for å løse samhandlingsproblemene?

6.2 Stat og kommune – en sterk og en svak part?

Litteraturen jeg har lagt til grunn for oppgaven er opptatt av to forskjellige sider av forholdet mellom forvaltningsnivåene. Schiøtz, Benum og Sejersted er særlig opptatt av desentraliseringen på 1970-tallet. Det skulle satses på distriktsutbygging, og oppgaver og ansvar skulle overføres til kommunene, som skulle dekke innbyggernes behov for helsetjenester. Denne forståelsen var også i samsvar med tidens politiske intensjoner om at helsetjenesten skulle regionaliseres. Dette forutsatte at det laveste nivået i behandlingsskjeden, distriktshelsetjenesten, måtte rustes opp før det ble overført oppgaver og ansvar fra sykehusene. Jeg mener å ha påvist at det ikke er tvil om at oppgavene ble forflyttet til kommunene. Derimot synes det å ha vært liten vilje til å legge til rette for at kommunene skulle bli i stand til å ivareta de nye oppgavene.

Grønlie, Fimreite og Flo er særlig opptatt av hvordan staten har styrt kommunal sektor stadig sterkere, noe som nærmest har gjort kommunene til forvaltningsorganer for staten. Forskningen viser også til at staten hadde sviktende tillit til at det kommunale nivået hadde vilje og evne til å løse sine oppgaver. I følge Grønlie kan denne utviklingen forklare at staten

overtok stadig flere velferdsoppgaver, blant annet sykehusene. Forslagene til løsninger av samhandlingsproblemer mellom kommunehelsetjenesten og sykehus, som ble presentert i Samhandlingsreformen, var i stor grad rettet mot kommunene, og de var delvis svært detaljerte. Et av de sentrale løsningsforslagene innebærer at kommunene skal få overført 20 % av tilskuddene som i dag går fra staten til de regionale helseforetakene. Regjeringen foreslår videre at kommunene fra 2012 skal få betalingsplikt for pasienter som sykehusene har definert som utskrivingsklare. Dette viser hvordan staten styrer kommunene, og pålegger dem nye oppgaver.

Men den viser også til et annet trekk ved forskningen som jeg mener er viktig for samhandlingsspørsmålet. Jeg har hevdet at forskningen til Grønlie, Fimreite og Flo bidrar til å forstå hvordan det er skapt et over- og underordningsforhold mellom kommunene og staten. Jeg mener å ha vist at utviklingen av dette over- og underordningsforholdet har bidratt til en negativ utvikling av samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Jeg mener regjeringens forslag om at de statlige sykehusene skal kunne pålegge kommunene en betalingsplikt, demonstrerer nettopp dette poenget. Wisløff-utvalget har også hevdet at det var en ubalans i forholdet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Utvalget mente at kommunenes interesser og muligheter måtte styrkes, slik at det ble større grad av likeverdighet mellom partene. En styrking av kommunene var viktig for å skape god samhandling mellom de to forvaltningsnivåene.³⁵³ Kan det tenkes at styrkeforholdet mellom kommunene og staten må endres for å forbedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus? Er det i så fall kun aktuelt å korrigere dette styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene gjennom graden av statlig regulering, eller kan det tenkes at det kommunale nivået må gjøres mer robust?

6.3 Hva så med reformen vi venter på?

Forslaget til ny samhandlingsreform som ble lagt fram sommeren 2009 kan se ut til å følge den samme trenden som tidligere reformer, det legges stort sett vekt på at reformtiltak skal iverksettes i det ene av forvaltningsnivåene. I stortingsmeldingen synes jeg det er ganske entydig at det i liten grad legges vekt på sykehusenes rolle når samhandlingsproblemer skal løses. Det er først og fremst kommunene som skal reformeres. Regjeringen ser ut til å forvente, på samme måte som på 1980-tallet, at ved å gi kommunene flere oppgaver og mer ansvar, samt legge opp til at de skal få tilført mere ressurser, vil kommunene bli i stand til å

³⁵³ NOU 2005:3 Side 108.

øke kapasiteten i sin del av helsetjenestene. Dette skal bidra til at flere av kommunenes innbyggere får tilbud om helsetjenester i kommunene. Regjeringen forventer at økt kapasitet i kommunehelsetjenesten skal kunne bidra til at pasienter ikke blir unødvendig innlagt i sykehus, og at de i større grad vil kunne ta imot pasienter sykehusene vil skrive ut. Det ser ut som om regjeringen legger opp til at Samhandlingsreformen skal benytte noen av de samme virkemidlene som de to reformene på 1980-tallet. Kan det tenkes at erfaringene også blir de samme som den gang?

7. Kilder og litteratur

Offentlige utredninger

NOU 2004:13 *En ny arbeids- og velfredsforvaltning*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Oppgave- og ansvarsfordeling. Finansieringsordning*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 1979:10 *Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 1997:2 *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste

NOU 1986:4 *Samordning i helse- og sosialtjenesten*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 1982:10 *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2004:17 *Statlig tilsyn med kommunesektoren*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU 1987:25 *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering* Oslo, Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor.

NOU 1992:1 *Trygghet-Verdighet-Omsorg*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Stortingsmeldinger

St.meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjeneste utenfor sykehus*, Oslo, Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen*, Oslo, Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 26 (1983-84) *Om et nytt inntektssystem for kommunene og fylkeskommunene*, Oslo. Kommunaldepartementet.

St.meld. nr. 68 (1984-1985) *Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste*, Oslo, Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 56 (1986-87) *Om endringer i inntektssystemet for kommuner og fylkekommuner*, Oslo, Kommunaldepartementet.

St.meld. nr. 1 (1987-88) *Nasjonalbudsjettet 1988*, Oslo, Finans- og tolldepartementet.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestreing, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*, Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*, Helse - og omsorgsdepartementet.

St.meld.nr.9, (1974-75) (1974) *Sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen*. Oslo, Sosialdepartementet.

Proposisjoner

Ot.prp. nr. 36 (1967- 68) *Om lov om sykehus m.v*, Oslo, Sosialdepartementet.

Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) *Om lov om helsetjeneste i kommunene m.v. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)*, Oslo, Sosialdepartementet.

Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) *Om lov om helsetjeneste i kommunene m.v. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)*, Oslo, Sosialdepartementet.

Ot.prp. nr. 48 (1985-86) *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover. (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste)*, Oslo, Sosialdepartementet.

Ot.prp. nr.10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m*, Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven)*, Oslo, Helse-og-omsorgsdepartementet.

Ot.prp.nr.36 (1980-81) (1981) *Om lov om helsetjeneste i kommunene m.v. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)*, Oslo, Sosialdepartementet.

St.prp. nr. 111 (1986-87) *Om kommuneøkonomien 1988, generelt tilskudd til kommunene og fylkeskommunene i 1988 m.v. (Kommuneøkonomiproposisjonen)*, Oslo, Kommunal og arbeidsdepartementet.

St.prp. nr.1 (2006-2007) *Nasjonal helseplan (2007-2010)*, Helse-og-omsorgsdepartementet.

Innstillinger fra Sosialkomiteen

Innst.O. XV (1968-69) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om sykehus m.v*, Oslo, Sosialkomiteen.

Innst.O. nr. 7 (1982-83) *Innstilling fra sosialkomiteen om 1. Lov om helsetjenesten i kommunene, 2. Lov om endringer i lov om sosial omsorg, 3. Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)* Oslo.

Innst.O. nr. 56 (1985-86) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 Om helsetjenester i kommunene og i andre lover. (Ot.prp. nr. 48)* Oslo, Sosialdepartementet.

Innst.O. nr.118 (2000-2001) *Innstilling fra Sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)*, Oslo, Sosial- og helsedepartementet

Innst.S. nr. 236 (1974-75) *Innstilling fra Sosialkomiteen om sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen. (St. meld. nr. 9)*, Oslo, Sosialdepartementet.

Innst.S. nr. 223 (1984-85) *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste. (St. meld. nr. 68)*, Oslo, Sosialkomiteen.

Referat og beslutninger fra forhandlinger i Odelstinget

Besl. O. nr. 6 (jfr. innst. O. nr. 7) (1982) *Vedtak til lov om helsetjenesten i kommunene* Oslo, Odelstinget.

Besl.O.nr.48 (1969) *Vedtak til lov om sykehus. (jfr.innst.O.XV)*

Forhandlinger i Odelstinget (4.-5. november 1982) *Innstilling fra sosialkomiteen om 1. Lov om helsetjenesten i kommunene, 2. Lov om endringer i lov om sosial omsorg, 3. Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene). (Innst. O. nr. 7, jfr. Ot. prp. nr. 66 for 1981-82)* Oslo, Stortingstidende.

Forhandlinger i Odelstinget (6. juni 2001) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m (Innst. O. nr. 118 (2000-2001), jf. Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)*, Oslo, Stortingstidende.

Forhandlinger i Odelstinget (6. mai 1975) *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen (Innst. S. nr. 236, jfr. St. meld. nr. 9)*, Oslo, Stortingstidende.

Forhandlinger i Stortinget (8. oktober 1987) *Endringer i inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene. Innstilling fra kommunal- og miljøvernkomiteen om endringer i inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene (Innst. S. nr. 264 (1986-87), jf. St. meld. nr. 56 (1986-)87*, Oslo, Stortingstidende.

Forhandlinger i Odelstinget (10. juni 1986) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten) (Innst. O. nr. 56. jf. Ot. prp. nr. 48)*. Oslo, Stortingstidende.

Forhandlinger i Stortinget (26.november 1987) *Innstilling fra kommunal og miljøvernkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 1988 vedkommende Kommunal- og arbeidsdepartementet og Miljøverndepartementet (Budsjettinnst. S nr. 5, jf. St.prp. nr. 1 og St.prp. nr. 1. Tillegg nr. 5)* Oslo, Stortingstidende.

Forhandlinger i Odelstinget (1982-83) *Innstilling fra sosialkomiteen om 1. Lov om helsetjenesten i kommunene, 2. Lov om endringer i lov om sosial omsorg, 3. Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)* Oslo, Stortingstidende, 127. ordentlige stortingsforhandlinger. 8. del.

Arkivmateriale

Brev til høringsinstansene (28.05.86) *NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten - forlengelse av høringsfristen*, Oslo, Arkiv Helse- og omsorgsdepartementet. Omslag merket: 5856/86. 014 SIH, Sos.dept.

Høringsbrev (1979) *NOU 1979:28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*, Oslo.

Høringsbrev Sosialdepartementet (1986) *NOU 1986:4 Samordning i helse og sosialtjenesten - høring*, Oslo, Arkiv Helse- og omsorgsdepartementet: Omslag merket 1986/86, 014 Sos.dept.

Høringsnotat (1979) *Utkast til lov om distriktshelsetjenesten*, Oslo.

Høringsuttalelse fra Oppland Fylkeskommune ved sykehussjefen og Oppland fylkes sykehusnemnd (1979a) *NOU 1979:10 og NOU 1979:28 samt utkast til lov om distriktshelsetjenesten* Oslo, Arkivboks merket D-0657 fra Helse og Omsorgsdepartementets arkiv; Sosialdepartementet, Administrasjons-, trygde-, plan- og helseavdelingen.

Høringsuttalelse fra Stadsfysikus i Oslo (1979b) *NOU 1979:10 og NOU 1979:28 samt utkast til lov om distriktshelsetjenesten*, Oslo, Arkivboks merket D-0657 fra Helse og Omsorgsdepartementets arkiv; Sosialdepartementet, Administrasjons-, trygde-, plan- og helseavdelingen.

Høringsuttalelse fra Norske Kommuners Sentralforbund (1979c) *NOU 1979:10 og NOU 1979:28 samt utkast til lov om distriktshelsetjenesten* Oslo, Arkivboks merket D-0656 fra Helse og Omsorgsdepartementets arkiv; Sosialdepartementet, Administrasjons-, trygde-, plan- og helseavdelingen.

Høringsuttalelse fra Møre og Romsdal fylkeskommune ved fylkesutvalget (1979d) *NOU 1979:10 og NOU 1979:28 samt utkast til lov om distriktshelsetjenesten*, Oslo, Arkivboks merket D-0658 fra Helse og Omsorgsdepartementets arkiv; Sosialdepartementet, Administrasjons-, trygde-, plan- og helseavdelingen.

Høringsuttalelse fra Fylkeslegen i Nordland (1979e) *NOU 1979:10 og NOU 1979:28 samt utkast til lov om distriktshelsetjenesten*, Oslo, Arkivboks merket D-0656 fra Helse og Omsorgsdepartementets arkiv; Sosialdepartementet, Administrasjons-, trygde-, plan- og helseavdelingen.

Høringsuttalelse fra Finansdepartementet (1980) *NOU 1979:10 og NOU 1979:28 samt utkast til lov om distriktshelsetjenesten* Arkivboks merket D-0655 fra Helse og

Omsorgsdepartementets arkiv; Sosialdepartementet, Administrasjons-, trygde-, plan- og helseavdelingen.

Internt notat fra Plan- og utredningsavdelingen til departementets ledelse (10.02.86)
Oppfølging av utredningen til samordningsutvalget for helse- og sosialtjenesten (1986:4), Oslo, Arkiv Helse- og omsorgsdepartementet: Omslag merket 1986/86, 014 Sos.dept.

E-post

Alvik, Anne (mail 19.02.2008) *Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten og LEON*, Seniorrådgiver ved Senter for helsetjenesteforskning (HELTEF) og Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Konstituert helsedirektør og leder for Helsedirektoratet på 1990-tallet.

Vandeskog, Gerd (Mail 14.02.2008) *LEON*, Seniorrådgiver Helse og omsorgsdepartementet. (Underdirektør i Sosialdepartementet på 1980-tallet)

Internettsteder

Dagbladet nett. Bjarne Håkon Hanssen ble sitert (02.03.2009) *Hanssen utsetter sin store helseplan*, NTB, fra
http://www.dagbladet.no/2009/03/02/nyheter/innenriks/regjeringen/helse_norge/5111155/.

Declaration of Alma Ata (1978) *World Health Organization*, fra
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

Foredrag av helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Oppfølgingsmøte KS og HOD (13.11.08) *Samhandlingsreformen*, Helse- og omsorgsdepartementets nettside, fra
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Portrettbilder/Ekspertutvalget/2008%2011%2013%20%20HOD%20og%20KS.pdf>.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (1999), Oslo, Lovdata.no, fra
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19981216-1447.html>.

Pressekonferanse (02.08.08) *Bjarne Håkon Hanssen varsler ny samhandlingsreform i april* Oslo, Helse- og omsorgsdepartementets nettside, fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2008/bjarne-hakon-hanssen-varsler-ny-samhandl.html?id=524848>

Volven Nasjonal database for helsetjenestens felles metadatagrunnlag. (2007a)
Primærhelsetjeneste., KITH. (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) fra
<http://www.volven.no/begrep.asp?id=1257&catID=12>.

Volven Nasjonal database for helsetjenestens felles metadatagrunnlag. (2007b)
Spesialisthelsetjeneste., KITH. (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) fra
<http://www.volven.no/begrep.asp?id=1270&catID=12>.

www.regjeringen.no (2009) *Statssekretærer ved stasministerens kontor (6. januar 1956 -)*, Oslo, Informasjon fra regjeringen og departementene, fra http://www.regjeringen.no/nb/om_regjeringen/tidligere/oversikt/departementer_ambetter/sekretarhos-den-norske-regjerings-forman.html?id=410093.

Avis og tidsskrift

VG (22.10.08) *Samhandling: Alle vil, da får vi det til*, Kronikk, Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen.

Sykepleien 10/07 (2007) *Sykepleiere, en nøkkelgruppe for bedre samhandling*, Tholens, Barth.

Annet

Innstilling om sykehusordningen. Innstilling II (1963) *Sykehusordningskomitèen*, Oslo.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial - og helsetjenesten 2005-2015 (2005)...og *bedre skal det bli!*, Oslo, Sosial-og-helsedirektoratet.

Sosial-oghelsedirektoratet. (2007) Innsatsstyrt finansiering. *Finansieringsordninger*. .

Litteratur

Benum, Edgeir (1998) Overflod og fremtidsfrykt: 1970-. I Helle, Knut (red.) *Aschehougs Norgeshistorie* Oslo, Aschehoug.

Berg, Ole (2005) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel.*, Oslo, Tidsskriftes skriftserie. Den norske lægeförening.

Bruusgaard, Dag og Borchgrevink, Christian F. (2006) Bygging av allmennmedisin som akademisk fag. I Lindbæk, Morten og Straand, Jørund (red.) *Allmennmedisinske spor. Fra Utrøst til Soria Moria. Festskrift til Per O. Hjortdahl 60 år*. Oslo, Unipub forlag.

Byrkjeflot, Haldor og Grønlie, Tore (2005) Det regionale helseforetaket - mellom velferdslokalisme og sentral styring. I Opedal, Ståle Harald og Stigen, Inger Marie (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på helsereformen*. Oslo, Fagbokforlaget.

Christensen, Karen (2005) The modernization and power in Norwegian Home care services. I Dahl, Hanne Marlene og Eriksen, Tine Rask (red.) *Dilemmas of care in the Nordic welfare state : continuity and change*. Aldershot, Ashgate.

Erichsen, Vibeke (1996) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. , Tano Aschehoug.

Fimreite, Anne Lise (2003) *Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett! : om lokalt folkestyre og rettigheter*, Bergen, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

- Fimreite, Anne Lise og Flo, Yngve 3/2002 *Den besværlige lokalpolitikken*, Nytt Norsk Tidsskrift.
- Flo, Yngve (2000) *Mellom stat og sjølvstyre : fylket i norsk styringsverk etter 1945*, Bergen, LOS-senteret.
- Gilje, Nils og Grimen, Harald (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*, Universitetsforlaget.
- Grønlie, Tore (1996) Tiden etter 1945. . I Danielsen, Rolf (red.) *Grunntrekk i norsk historie. Fra vikingtid til våre dager*. 1. utgave utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Grønlie, Tore (2004) Fra velferdskommune til velferdsstat. Hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans. . *Historisk tidsskrift*.
- Heløe, Leif Arne og Ånstad, Hans (2007) Striden om kommunehelsetjenesteloven: Hvor ble det av forbyggingen? *Michael*. Det norske medisinske selskap.
- Kjeldstadli, Knut (1999) *Fortida er ikke hva den en gang var : en innføring i historiefaget*, Oslo, Universitetsforl.
- Rasmussen, Ørnulf (1987) Fordeling av helsetjenester. I Siem, Harald, Berg, Kåre og Grünfeld, Berthold (red.) *Samfunnsmedisin i praksis. Oslo Helseråd i 80 - årene. Festskrift til Fredrik Mellbys 70 - årsdag*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Schiøtz, Aina (2003) *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*, Universitetsforlaget.
- Sejersted, Francis (2005) *Sosialdemokratiets tidsalder : Norge og Sverige i det 20. århundre*.
- Skaset, Maren (2003) Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985. I Schiøtz, Aina (red.) *Folkets helse - landets styrke 1850 - 2003*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Skaset, Maren (2006) I gode og onde dager...De norske legene og staten 1945-2000. *Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Det medisinske Fakultet*. Oslo, Universitetet i Oslo.
- Vike, Halvard et al (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.*, Gyldendal Akademisk.