

Stortingsdebatten om sykehusreformen – Kleppa vs. Tønne

Åpner den nye loven om helseforetak for en privatisering av norske sykehus? Gjennomføres sykehusreformen uten en skikkelig saksbehandling? Dette var blant de mange spørsmål som ble drøftet under odelstingsdebatten 6.6. 2001. Debatten inkluderte en dialog mellom stortingsrepresentant og tidligere sosialminister Magnhild Meltveit Kleppa (Senterpartiet) og helseminister Tore Tønne (Arbeiderpartiet) som Tidsskriftet gjengir et uredigert utdrag fra.

Magnhild Meltveit Kleppa:

Dagen i dag er ein stor dag for dei som vil privatisera eit av dei aller viktigaste velferdsgoda i samfunnet vårt – sjukehusbehandlinga. I dag får Arbeidarpartiet, eller nærare bestemt Arbeidarpartiet si leiing, det som dei trur dei vil. Dei kallar det ei helsereform, dei kallar det ei sykehusreform – honnørord. Ord kan brukast til så mangt, og i dette tilfellet kan det visa seg at ordbruken inneber meir ei tildekking eller ei belysning av den prosessen som ligg i dagens lovforslag.

Mange trur at vi i dag får statlege sjukehus. Det er ei sanning med visse modifikasjonar. I same augneblinken som staten tek over som eigar, gir staten eigarskapen frå seg til sjølvstendige føretak, utan regional- eller lokalpolitisk forankring. Då blir resultatet sjukehus styrte som helsebutikker. Det er stor fare for at lønsemda, og ikkje pasienten, blir sett i høsetet. Det er ikkje sikkert at helsepolitikk lenger blir eit mål – det kan bli eit middel for å tena pengar, for å halda budsjetta. Patientane kan då bli ei potensiell inntektskjelde, det syter marknadsmekanismane i innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet for. Andre pasientar, med komplekse og samansette diagnosar som burde oppleve forbetringar i forhold til dagens situasjon, kan koma til å møta lukka dører. Dei fell utanfor prioriteringa på grunn av krav om lønsemd og budsjettbalanse. Dette er sjølv sagt ei «worst case»-beskriving, men som ei berømt dame har sagt før meg: Vi kjenner lusa på gangen. Det skal vera profesjonelle styre, dei lokale råda skal berre ha ein rådgivande funksjon. Brukargruppene har mista sine viktige kanalar for påverknad, lokale folkevalde er fråtekne innsyn i og ansvar for befolkninga si helse og innbyggjarane sitt behandlingsbehov. Helseoppgåvene skal i stor grad fordelast etter anbods- og konkurranseprinsipp – eg siterer frå Ot.prp. nr. 66,



kap. 4.19.3: «De regionale helseforetakene vil som oppdragsgivere kunne velge om anskaffelsen skal skje gjennom anbudskonkurranse eller gjennom konkurranse gjennom forhandlinger.»

Det er all grunn til uro. Det er all grunn til å forventa at ein om kort tid, kanskje berre eit par år, høyrer innlegg i denne salen der ein krev ytterlegare profesjonalisering av styra – eit nytt honnørord for dei som vil privatisera velferdstenestene våre. Då har ikkje økonomistyringa blitt slik som fleirtalet føreset i dag. Då vil dei same partia etter spørja krefter i sjukehusstyra som «verkeleg kan dette» med økonomistyring. Då treng vi å få private krefter inn; dei har ein heilt annan kompetanse, vil kanskje politikarar frå Framstegspartiet, Høgre og Arbeidarpartiet hevda. Då treng vi berre ei «lita» endring i den lova som i dag blir vedteken – men berre ei bittelita endring i fyrste omgang. Sjukehusa blir delprivatiserte, ja sjølv sagt under den magiske grensa på 50 pst. 50 pst. del-eigarskap vil kanskje heller ikkje vera nok for dei mest privatiserings-hungrige.

Med eitt vedtak kan så det statlege ansvaret for sjukehusdrifta og spesialisthelsetenesta privatiserast. Nok er ikkje nok – jamfør ei rekkje debattar om statleg eigarskap, der staten blir nemnd som ein gjenstridig eigar som dei profesjonelle styremedlemene helst må unngå. Fristillinga frå forvaltninga er eit av dei viktigaste prinsippa for denne helsereforma, har helseminister Tore Tønne gjenteke fleire gongar. Eit lokaldemokrati som kan synast brysam, blir borte. Fakkeltoga i Egersund og i Narvik blir ikkje lenger så synlege eller så plagsame. Ordføraren kan gå til sengs utan bekymring; ho kan ikkje gjera så mykje frå eller til dersom det blir snakk om nedlegging av lokalsjukehus.

Fristilte føretak har litt ulike resultat å visa til når det gjeld tenester for folk, særleg i distrikta. Det er ein tankevekkjar at akkurat i dag, på denne tida, avgir kommunalkomiteen ei stortingsinnstilling om distrikts- og regionalpolitikk, samtidig som lov om helseføretak, med dei følgjene det kan få for distrikta, blir vedteken i Odelstinget. Eg viser til det som har skjedd i NSB og Posten etter at dei vart juridisk sjølvstendige særlovsselskap i 1996. Langsiktig fagleg tenking og samfunnsnyttige omsyn har måtta vika for kortsiktige grep for betre «inntening». I fyrste omgang fekk mange betre posttenester. I desse dagar blir det meldt at følgjene av Post i Butikk er innsnevring av

tenestetilbodet, men det inneber ikkje særleg høglydt sjølvkritikk frå dei som var ivrigast etter å få denne modellen.

Senterpartiet er ikkje nøgd med dagens tilbod i Helse-Noreg. Sjukehusa treng ei betre organisering internt. Det er òg behov for meir samhandling mellom sjukehusa. Ein gjennomgang av dei arbeidsoppgåvene som skal utførast i avdelingane i sjukehusa slik at rett person kjem på rett plass, er heilt nødvendig. Den samla kompetansen må nyttast betre enn i dag. Det må bli tilført tilstrekkeleg støttepersonell slik at både legar, sjukepleiarar, hjelpepleiarar og omsorgspersonell i større grad blir gitt høve til å ta direkte del i pasientbehandlinga, og ikkje blir belasta med tilleggsfunksjonar som har andre målsetjingar enn omsorg for pasienten. Og så trengst det nok meir midlar, det kan det ikkje vera tvil om.

For meg ser det ut som om sjølve pasientbehandlinga har blitt sett til sides i denne saka. Den ser ikkje ut til å vera nærmare drøfta, heller ikkje andre land sine dyrekjøpte erfaringar. Det ein best kan samanlikna med, er den modellen for sjukehusdrift som New Zealand innførte i 1993. Den reforma, blir det sagt, har gitt dyrare og dårlegare helsetenester, og i siste nummer av *British Medical Journal* står det at New Zealand no prøver å stilla klokka tilbake til tida før 1993.

I Senterpartiet undrar vi oss over at Regjeringa går så fort fram i denne saka, vi undrar oss over at Regjeringa ikkje vil ta seg tid til ein grundig offentleg debatt. Kvifor ikkje diskutera erfaringane frå andre land som England, New Zealand, Sverige eller Spania når lov om helseføretak betyr så store endringar for helsestellet vårt, som med eitt vedtak i dag blir lyfta ut av lokal- og regionalpolitisk forankring?

Ved nærmare ettertanke ser vi at det ikkje er rart at Regjeringa vel hurtigtempo i denne saka. Ei gjennomdrøfting, meir tid til refleksjon og ein breiare demokratisk prosess ville heilt sikkert stikka nokre kjeppar i hjula for Regjeringa. Solide organisasjonar som er politisk nært Regjeringa, har prøvd nær sagt med alle midlar å bremsa tempoet og varsla om faresignal for framtida. Men dei har møtt døve øyre. At Framstegspartiet og Høgre frydar seg i dag, er det ingen som undrar seg over. Dei har vunne ein ideologisk siger over Arbeidarpartiet i dag. Vi blir stadig minte om at ideologiane er døde, men marknadsideologien ser ut til å leva og ånda òg i dag.

Helsetenester er ikkje som andre varer. Det er ikkje gitt at styringsprinsipp som fungerer på andre område, vil fungera i helsesektoren. Det er vel ganske sikkert at bedriftsøkonomiske prinsipp ikkje vil gi meir helse for pengane.

Dei nye honnørorda no er bestillarrolle og utførarrolle. Felles kjenneteikn for modellane er lukka føretaksmønster, slik som helseføretaka som blir vedtekte i dag, auka del av stykkprisfinansiering, aukande byråkratisering, aukande ventelister og privatisering – fyrst av støttefunksjonar og mindre sentrale tenester, så av pleie og omsorg og etter kvart av kompliserte medisinske tenester – aukande barrierar for dei med kompliserte lidingar eller store omsorgsbehov, raskare utskriving og større byrder på 1.-linetenesta, auka press på personale, færre pleiarstillingar, aukande brukarbetaling.

Eg vil seinare koma tilbake til resten av innlegget mitt, men berre seia til slutt at det ikkje er eit mål for meg å få rett i mine spådommar – eg skal vera glad dersom eg tar feil. Men eg er uroleg i forhold til det vedtaket som blir gjort i dag.

Tore Tønne:

Den sak Odelstinget nå behandler, atskiller seg fra de fleste andre saker, ikke bare på grunn av dens størrelse, men også på grunn av kompleksitet og konsekvenser. Saken omfatter hele spesialisthelsetjenesten i Norge, med et hundretalls store og små enheter, om lag 100 000 ansatte og samarbeidsrelasjoner til hele den øvrige helse- og sosialsektor. Den griper inn i og endrer forutsetningene for styring og ledelse av de største og mest komplekse organisasjoner vi har i det norske samfunn – organisasjoner preget av et krevende samspill mellom ulike profesjoner og mellom mennesker og teknologi – som skal levere noen av de viktigste og mest avanserte tjenester til hele befolkningen. Saken vil ha umiddelbare og langsiktige konsekvenser for ansvar og ansvarsutøvelse, for rollefordeling mellom ulike aktører, og for mulighetene til videre utvikling av en av de viktigste sektorer i samfunnet. Alt i alt har den dermed meget stor betydning for alle pasienter og potensielle pasienter, dvs. for hele befolkningen, som skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, økonomi, etnisk tilhørighet, bosted osv. Det er dette hele denne saken dreier seg om. Men selv om saken er meget omfattende, er den selvsagt ikke altomfattende i den forstand at den tar for seg absolutt alt som må endres og forbedres i norsk helsevesen. Enkelte har forsøkt å gjøre et poeng ut av dette, ved å etterlyse alle nødvendige tiltak som *ikke* er behandlet i den fremlagte proposisjonen. Det er for øvrig de samme som samtidig hevder at proposisjonen er altfor omfattende og komplisert.

Like selvsagt som at en slik sak ikke kan omfatte absolutt alt, er det at et vedtak om å

endre eier- og organisasjonsforhold ikke vil føre til en umiddelbar løsning på alle problemer i sektoren. Det har vært understreket hele tiden. Fra enkelte hold er det likevel anført nærmest som et ankepunkt mot forslaget. Man kan jo bli fristet til å spørre om hva slags vedtak det er som skulle ha slike effekter. Men det forhold at en ikke kan forespeile umiddelbare løsninger på alle problemer, kan vel heller ikke være et argument for ikke å gjennomføre noen tiltak. Den eierskaps- og organisasjonsreform som er foreslått, skal først og fremst etablere bedre forutsetninger for at vårt samfunn kan møte utfordringene, og dermed bedre løse problemene som preger helse- og sykehussektoren.

Hvis jeg skulle trekke frem noen forhold som er av stor betydning for disse forutsetningene, vil jeg først peke på klargjøringen av ansvaret for sykehussektoren. Den mest umiddelbare virkning av denne saken er at dette ansvaret samles på statens hånd, repre-



sentert ved helseministeren, og underlagt Stortingets demokratiske kontroll. All erfaring viser at oppsplitting av ansvar er kime til uklarhet om ansvar og gir mulighet for å skyve ansvar mellom forskjellige aktører. Dette har vært et gjennomgangsproblem i sykehussektoren, hvor eieransvaret er fordelt på 19 forskjellige fylkeskommuner samt staten, og dessuten er splittet på en kunstig og komplisert måte mellom ansvar for selve eier-

beslutningene og ansvaret for finansieringen. Dette blir det nå slutt på. Jeg har registrert at mellompartiene og SV i sin merknad sier at Stortinget nå «vil måtte forholde seg til helseministeren» i alle saker underlagt politisk styring. Ja, det var liksom meningen, det. Hvem andre skulle Stortinget egentlig forholde seg til i slike saker? Det andre forhold som jeg vil trekke frem, er at denne eierskaps- og organisasjonsreformen innebærer langt bedre forutsetninger for nasjonal samordning, f.eks. av anskaffelser, investeringer og ressursbruk. Dermed blir også mulighetene til å utlikne de store og til dels uakseptable forskjeller i behandlingstilbud i landet, f.eks. mellom landsdeler, ja sågar mellom sykehus i samme landsdel og helseregion, bedre. Jeg sier ikke at dette vil skje av seg selv, nærmest automatisk av lovvedtaket, men forutsetningene etableres. Igjen vil jeg understreke at det blir helt tydelig hvem som har ansvaret for at dette skjer. Det uheldige har jo vært at disse store forskjellene har fått bestå gjennom lang tid, til tross for målet om likeverdighet i tilbudene og uten at noen har kunnet stilles til ansvar. De bedre forutsetninger for samordning vil også gi forutsetninger for bedre utnyttelse av ressursene i sektoren. Jeg har lagt merke til at enkelte ser på effektiv ressursutnyttelse i denne sektoren som et

uttrykk for bedriftsøkonomisk tankegang og markedsliberalisering. Jeg synes det er ganske utrolig og viser etter mitt syn at de verken ønsker å forholde seg til effektiv ressursbruk eller til de begreper, som f.eks. bedriftsøkonomi, som vi bruker i denne sammenheng. Representanten Meltveit Kleppa uttrykte nylig at ord kan brukes til så mangt. Det er riktig det, jeg synes hun selv demonstrerte det på en fortreffelig måte.

Vi ligger på topp i verden når det gjelder å bruke ressurser i norsk helsesektor. Det bør vi også gjøre. Men vi bør da også ha som ambisjon å være i fremste rekke når det gjelder å få mest mulig ut av disse ressursene. Noe annet er en sløsing med fellesskapets ressurser. Det vil jeg betegne som direkte uetisk. Men få ut i form av hva? Selvsagt ikke i form av et overskudd til fordeling til eierne, slik forholdet vil være og skal være innenfor bedriftsøkonomisk tenkning. Nei, få det ut i form av mer, bedre, mer likeverdige, kvalitetsgode tjenester til befolkningen.

Loven fastlegger at staten som eier skal organisere sitt eierskap i regionale helseforetak og helseforetak. Dette er viktig av mange grunner, bl.a. fordi det gir en klar og ryddig rollefordeling mellom eier og eieransvar, styre og styreansvar og ledelse og ledelsesansvar. Det gir også klare rutiner og spilleregler for det viktige samspillet mellom disse. Når man også legger stor vekt på ledelse og organisering i sykehusene, mener jeg man bør også tillegge denne rollefordelingen og rolleforståelsen langt større vekt enn hva det har vært mulighet og tradisjon for i forvaltningen. Norsk offentlig forvaltning er meget god når den driver med forvaltning, men jeg tror nok de fleste vil være enig i at den virksomhet som utøves ved sykehusene, ikke er en forvaltning og derfor heller ikke bør organiseres som det.

Dette er ikke det samme som fristilling. Jeg la merke til at representanten Kleppa demonstrerte ordbruken ved å hevde at jeg gjentatte ganger har pekt på at det er fristilling fra forvaltningen som er viktig. Jeg vet ikke hvor hun har det fra. Jeg bruker aldri det begrepet. Jeg tror ikke hun vil finne det i den proposisjonen som er fremlagt heller.

Jeg har lest de merknader som er kommet også fra mellompartiene og SV i denne saken. Jeg synes de er ganske sterke i å beskrive hvilken svartedaude som vil ramme land og folk dersom en endring som det som her foreslås, blir gjennomført. Jeg bruker ikke tid på å gå nærmere inn på det, men jeg synes det er ganske sterkt når man sågar trekker andres menneskesyn inn som noe som ligger bak et forslag om å organisere på denne måten. Jeg skal ikke trekke sammenlikningene til Harald Hårfagre lenger enn det som er gjort her tidligere. Bare en ting: Jeg tror at han i en slik situasjon ikke ville ha trukket seg tilbake og bedt om videre utredninger og høringer før han hadde gått videre. ○

☞ Se også side 2139