

# Diakonale sykehus i helsesektoren

av

Jan Erik Grindheim

Forskningsrapport 1/2007

Handelshøyskolen BI  
Institutt for offentlige styringsformer

Jan Erik Grindheim  
*Diagonale sykehus i helsesektoren*

Forskningsrapport 1/2007  
ISSN: 0803-2610

Handelshøyskolen BI  
0442 Oslo  
Telefon: 06600  
www.bi.no

Trykk: Nordberg hurtigtrykk

Rapporten kan bestilles fra våre hjemmesider [www.bi.no](http://www.bi.no),  
under Forskning/Forskningspublikasjoner

## Strategiske utfordringer og anbefalinger

### Videreføring av historiske roller

Private ideelle organisasjoner generelt og diakonale institusjoner spesielt har vært *pionerer* i utviklingen av nye helse- og sosialpolitiske tiltak i den norske velferdsstatens historie. Samtidig har staten brukt dem som *tjenesteytere* i et integrert system for produksjon av velferdsgoder og den *trede sektor* har spilt en langt viktigere rolle enn markedssektoren i Norge enn i andre land.

Denne utviklingen kan endre seg som følge av økte krav om administrativ og økonomisk effektivitet i helsesektoren, og økt internasjonalisering og muligheter for konkurranseutsetting og privatisering av det norske helsevesenet gjennom EØS-avtalen. Men, dersom vi ser på de politiske langtidsprogrammene og forvaltningspolitiske prioriteringene som ligger til grunn for denne rapporten, er det få tegn som tyder på at dette er aktuell politikk i de nærmeste fem årene.

Det er klare forskjeller blant de politiske partiene i synet på bruken av private *ideelle* versus private *kommersielle* aktører i helsesektoren. Høyre og Fremskrittspartiet mener at ideelle og kommersielle aktører må konkurrere på like vilkår i forhold til å produsere tjenester for det offentlige, mens de øvrige partiene ser de ideelle organisasjonene som et alternativ til kommersielle aktører for å demme opp mot økende privatisering.

### Verditilfang i en moderne og flerkulturell velferdsstat

I de intervjuene som ligger til grunn for denne rapporten sier et flertall av de spurte at de private ideelle organisasjonene har en viktig rolle i den norske velferdsstaten, som tjenesteytere og et mulig korrektiv overfor offentlig sektor, og at de også bør kunne ha dette i tiden fremover.

Samtidig understrekes det at når det gjelder de diakonale institusjonenes konkrete produksjon av tjenester innenfor de regionale helseforetakene, så konkurrerer disse på samme vilkår som offentlige og private kommersielle aktører og vil bli målt i forhold til hva de tilbyr i forhold til de regionale helseforetakenes "sørge for" ansvar og ingen andre kriterier.

Dette sies klart og mest entydig i intervjuene med de regionale respondentene, og vektlegges sterkest blant de forvaltningspolitiske aktørene blant disse. Deres argument er at fremtidige strategier må settes inn i en videre *forståelsesramme* som harmonerer med de begreper og konkrete planer som de regionale helseforetakene arbeider ut fra.

Spørsmålet de diakonale institusjonene må stille seg er om dette er mulig uten at det går ut over den ekstra dimensjonen det diakonale arbeidet tradisjonelt har hatt og forventes å ha i en moderne og flerkulturell velferdsstat, hvor offentlige tjenester ikke tilbys av offentlige institusjoner alene.

### **Muligheter**

Partipolitiske programmer og forvaltningsdokumenter på nasjonalt nivå sier at private ideelle institusjoner forventes å utgjøre et *verdimessig alternativ* til offentlige og kommersielle tjenestetilbud i årene som kommer.

### **Trusler**

Er dette mulig dersom de ideelle institusjonene regionalt skal tilpasse seg de overordnede målene som settes i et *foretaksbasert* helse- og sosialpolitisk system som det de fem regionale helseforetakene utgjør i Norge?

### **Anbefalinger**

I den nye foretaksmodellen kan private ideelle institusjoner bli redusert til rene iverksettere av offentlig politikk. Da vil de ikke lenger utgjøre noe reelt alternativ til offentlige og markedsbaserte aktører, og derved miste sine historiske og verdimessige fortrinn. Derfor bør de velge en strategi som innebærer *tilpasning* og *integrasjon* så vel som *særegenhet* og *autonomi*, spesielt i et samfunn som blir stadig mer globalisert og markedsorientert, flerkulturelt og verdipluralistisk.

### **Takk**

Takk til professor Jan Grund og førsteamanuensis Kåre Hagen ved Handelshøyskolen BI for verdifullt samarbeid om prosjektet og for gode kommentarer til teksten. Takk også til de som har latt seg intervjuet og ikke minst til prosjektgruppen, som hele tiden har presset på for forbedringer. Det er i møtet mellom praksis og teori gode forskningsprosjekter utvikles.

### **Forfatteren**

Jan Erik Grindheim har i 2006/2007 vært prosjektansatt ved Institutt for offentlige styringsformer, Handelshøyskolen BI, ved siden av å være førsteamanuensis i halv stilling ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, Høgskolen i Agder, forsker II ved Institutt for sammenliknende politikk, Universitetet i Bergen, rådgiver ved Oslo Teknopol IKS og redaktør av tidsskriftet Stat & Styring.

## **Innhold**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Strategiske utfordringer og anbefalinger</b>             | <b>3</b>  |
| <b>1. Introduksjon</b>                                      | <b>7</b>  |
| Avgrensning og definisjon                                   | 7         |
| Rapportens oppbygging og konklusjoner                       | 8         |
| Spørsmål og respondenter                                    | 11        |
| <b>2. Institusjonelle rammebetingelser</b>                  | <b>13</b> |
| Historisk perspektiv  | 14        |
| Verdier og normer   | 17        |
| Dagens situasjon og prioriteringer                          | 18        |
| <b>3. Integrasjon og interesser</b>                         | <b>24</b> |
| De politiske partiene om de ideelle organisasjonene         | 24        |
| Forvaltningens håndtering av de politiske prioriteringene   | 27        |
| Ideelle organisasjoner som initiativtagere og iverksettere  | 29        |
| <b>4. Konklusjon og anbefalinger</b>                        | <b>32</b> |
| <b>Primærkilder</b>   | <b>35</b> |
| <b>Referanser</b>   | <b>37</b> |
| <b>Appendiks I: Definisjoner fra Statistisk sentralbyrå</b> | <b>40</b> |
| <b>Appendiks II: Partiene om de ideelle organisasjonene</b> | <b>41</b> |

## **Figurer**

|   |    |
|---|----|
| Figur 1.1 De viktigste funnene i undersøkelsen          | 10 |
| Figur 2.1 De ideelle institusjonene og staten           | 14 |
| Figur 2.2 Hvordan forstå ulike velferdsmodeller         | 17 |
| Figur 2.3 Totale helseutgifter etter finansieringskilde | 21 |
| Figur 3.1 Institusjonenes tjenesteytende rolle          | 31 |
| Figur 4.1 Organisasjonenes normative rolle              | 33 |

## **Tabeller**

|  |    |
|--|----|
| Tabell 2.1 Løpende helseutgifter etter tilbyder  | 20 |
| Tabell 2.2 Nøkkeltall for Helse Sør, Vest og Øst | 22 |

## 1. Introduksjon

”Dette er en rent politisk sak,” sa lederen for Stortingets helse- og sosialkomité, Harald Nesvik fra Fremskrittspartiet, da han ble spurt om hvordan han og hans parti ser på de private ideelle institusjonenes fremtidige plass i det norske helsevesenet. Dette kommer også klart frem i gjennomgangen av de politiske partiprogrammene for perioden 2005-2009, og i de forvaltningspolitiske dokumentene som ligger til grunn for denne rapporten. Men det er mindre uttalt blant de ikke-politiske aktørene som er blitt intervjuet her, på nasjonalt og regionalt nivå.

Rapporten bygger på en undersøkelse utført for fire diakonale sykehus i Norge: Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diagonale Sykehus i Oslo, Modum Bad i Modum, og Haraldsplass Diagonale Sykehus i Bergen. Dette er de fire største diakonale institusjonene i Norge. De representerer en samlet omsetning på nærmere 2.5 milliarder kroner årlig og har mellom fire til fem tusen ansatte. Målet med undersøkelsen har vært å kartlegge og analysere de diakonale institusjonenes verdimeslige rolle og posisjon i det norske helsevesenet i dag og i årene som kommer. Bakgrunnen for dette er at de fire institusjonene har ambisjoner om fortsatt å spille en sentral rolle i driften og utviklingen av det totale pasienttilbudet innen norsk helsevesen, basert på det de selv mener er en særegen dimensjon i forhold til kvalitet og kompetanse som følge av deres ideelle diakonale målsetning.

Konklusjonen er at Helse Vest og Helse Øst har et mer bevisst forhold til de private ideelle organisasjonene og institusjonenes tilbud av tjenester enn det Helse Sør har. For de diakonale sykehusenes vedkommende er dette naturlig i og med at det først i juni i år ble klart at Modum Bad blir overført fra en direkte post på statsbudsjettet til Helse Sør sine budsjetter. Men det er også klart at Helse Øst, som har driftsavtale med to store diakonale sykehus, er det regionale helseforetaket som har det mest avklarte og best utviklede forholdet til de diakonale og andre private ideelle så vel som kommersielle sykehusene i sin region.

### **Avgrensning og definisjon**

Private ideelle organisasjoner og institusjoner som de fire diakonale sykehusene denne rapporten omhandler, har lange tradisjoner for utstrakt samarbeid med offentlige myndigheter i utviklingen av den norske velferdsstaten. Men forholdet mellom organisasjonene og det offentlige har variert over tid og i den forskningsmessige litteraturen har organisasjonene vært definert på forskjellige måter og ut fra varierende forskningsmessige paradigmer. Det har vært skrevet om et ”sivilt samfunn” eller en ”tredje sektor” av ikke-statlige og ikke-profittsøkende organisasjoner og bevegelser,

eller frivillige og allmenntilgode organisasjoner som er etablert uavhengig av statlig politikk eller markedsøkonomisk logikk.

En utfyllende diskusjon av hvordan organisasjoner og institusjoner som dette defineres og avgrenses i forhold til offentlige og markedsstyrte institusjoner finnes i den offentlige utredningen *Frivillige organisasjoner* (NOU 1988:17), som fremdeles er en autoritativ kilde på dette feltet. Andre publikasjoner er: Berven (2005), Eikås og Selle (2003), Gjerløw (2005), Grindheim (1994), Kuhnle og Selle (1991), Lorentzen (2003), Salamon et al. (1999), Selle (2006), Sivesind et al. (2002), Wollebæk, Selle og Lorentzen (2000), Wollebæk og Selle (2002).

Ut fra disse defineres private ideelle organisasjoner i denne rapporten som ikke-statlige og ikke-profittsøkende organisasjoner og institusjoner som er dannet med et spesielt formål uavhengig av statlige myndigheter eller markedsøkonomiske betraktninger.

### **Rapportens oppbygging og konklusjoner**

Rapporten er organisert i to deler. Den første har tittelen *institusjonelle rammebetingelser* og tar utgangspunkt i det mandatet som ligger til grunn for undersøkelsen. Dette settes først inn i en historisk og definatorisk sammenheng gjennom en kontekstuell idéhistorisk analyse. Deretter diskuteres det i forhold til ulike former for roller private ideelle organisasjoner har hatt og har i det sivile samfunn eller den tredje sektor i demokratiske politiske styringssystemer. Før det til slutt sees i relasjon til de behov og interesser det offentlige helse- og sosialvesenet gir uttrykk for i politiske og forvaltningsmessige dokumenter om den norske velferdsstatens fremtid. Konklusjonen i den første delen av rapporten er at de private ideelle organisasjonene

- historisk sett har spilt en aktiv rolle i utviklingen av den norske velferdsstaten i retning av det vi kan kalle en politisk kultur basert på ideen om en hierarkisk kollektivismen der staten blir sett på som et beskyttende og omsorgsstyrt fellesskap, eller det som bedre kan sies på engelsk å være et *caring collective*

Den andre delen er kalt *integrasjon og interesser*, og baserer seg på de politiske partiprogrammene, forvaltningspolitiske dokumentene og intervjuene som har vært gjennomført med oppdragsgivere og interessenter som bakgrunnsmateriale for rapporten. Det er viktig at den selvforståelsen av egne roller, verdier og normer som kommer frem her sees i sammenheng med de prinsippene som blir diskutert i første del, og at de fremtidige strategiene de fire institusjonene ønsker å utvikle med basis i denne rapporten settes inn i en videre forståelsesramme som harmonerer med de begreper og teorier andre aktører gir uttrykk for i offentlig politikk og



forvaltning. Konklusjonen i den andre delen av rapporten er at de private ideelle organisasjonene

- historisk sett har fungert som pionerer, interesse-forsvarere, velferdsforbedrere og tjenesteytere i utviklingen av den norske velferdsstaten
- samtidig som de alltid har arbeidet for at det offentlige må ha et hovedansvar for helse- og sosialtjenestene til befolkningen
- og derved har spilt en viktig rolle som initiativtager til en institusjonalisering av viktige deler av det norske helse- og sosialvesenet og dets utdanningssystem

Rapportens endelige konklusjon er sentrert rundt de *muligheter og trusler* private ideelle institusjoner står overfor i et foretaksorientert helsevesen hvor organisasjonene ønsker å opprettholde sitt alternative livssyn og tjenestegrunnlag, slik tilfellet er for de diakonale sykehusene i Norge. Anbefalingen i denne sammenheng er at

- sykehusene som enkeltaktører innenfor de regionale helseforetakene vil kunne virke som konkrete tjenesteytere med klart definerte roller
- disse rollene må utvikles i en form for samhandling med de regionale helseforetakene der ”sørge for” ansvaret står i sentrum på institusjonsnivået
- samtidig som forholdet til den individuelle pasient eventuelt utvikles langs en mer verdiorientert dimensjon

Det samme gjelder på samfunnsnivå, hvor de fire institusjonenes felles verdigrunnlag og organisatoriske fellesskap vil kunne fremstå som et alternativt sett av verdier, normer og interesser overfor offentlige myndigheter dersom dette er ønskelig for den diakonale bevegelsen som sådan. Det vil si at de enkelte sykehusene vil måtte fungere som selvstendige tjenesteytere i et offentlig helse- og sosialvesen, men som bevegelse vil diakonisaken kunne være et privat ideelt korrektiv overfor offentlig politikk og forvaltning på regionalt/lokalt så vel som nasjonalt nivå.

De viktigste funnene i undersøkelsen er referert i figur 1.1 på denne og neste side. Deretter kommer det også frem hva bakgrunnen for undersøkelsen var og hvilke spørsmål som ble stilt til respondentene. Disse ble delt inn etter et spesielt mønster (se nedenfor) og selve intervjuene hadde en åpen og

oppfølgende form, der respondenten kun fikk de tre spørsmålene som retningslinjer, og vil metodisk sett defineres som dybdeintervjuer.

*Figur 1.1 De viktigste funnene i undersøkelsen*

|                                       |  | FUNKSJONELL DIMENSJON   |   |
|---------------------------------------|--|---|---|
|                                       |  | POLITIKK  | FORVALTNING   |
| NASJONAL<br>TERRITORIELL<br>DIMENSJON |  | Høyre + FRP mener at private ideelle organisasjoner bør konkurrere om helse- politiske oppgaver på like vilkår med private kommersielle organisasjoner, mens de øvrige partiene ser de private ideelle organisasjonene som et alternativ til privatisering. | Det er forskjell på de institusjonene som har et definert sektoransvar og de som ikke har det mht. private ideelle institusjoner.   |
|                                       |  | Alle partiene er i sine programmer grunnleggende positive til private ideelle organisasjoner.   | De med sektoransvar bør videreutvikle sine tilbud på samme måte og med samme føringer som helseforetakene.<br><br>De øvrige må tilpasse seg dagens tenkning, som legger stor vekt på lokal forankring og nærhet til brukerne heller enn særegenhet og spesialisering. |

## FUNKSJONELL DIMENSJON

### POLITIKK

### FORVALTNING

### REGIONAL TERRITORIELL DIMENSJON

|   |  |
|---|--|
| <p>Her inkluderes de regionale helseforetakenes strategidokumenter i kildematerialet, og det fremkommer her og i intervjuer at de private ideelle organisasjonene generelt forventes å fungere som tilbydere av tjenester på lik linje med andre aktører.</p> | <p>De private ideelle institusjonene kan ikke på egen hånd definere sin plass innenfor de regionale helseforetakene, men må tilpasse seg disses overordnede "sørge for" ansvar. De må konkurrere på lik linje med andre private og offentlige aktører og tilby best mulig tjenester.</p> |
| <p>De regionale helseforetakene tenker også verdier, kommer det frem, noe som støttes av de forvaltningspolitiske respondentene i denne undersøkelsen. Derfor er kanskje ikke denne delen av de private ideelle institusjonenes tilbud så viktig.</p>         | <p>Her må det imidlertid legges til at de diakonale institusjonene kan ha en tilleggsdimensjon, som kanskje kan ha en positiv betydning, for eksempel ved palliativ behandling.</p> <p>Ingen av respondentene i helse vest eller øst vil likevel tillegge dette vekt i konkurransen.</p> |

### Spørsmål og respondenter

Målet med denne interessentanalysen har vært å få systematisk kunnskap om potensielle interessenters oppfatning av

- de diakonale sykehusenes ideelle profil
- de diakonale sykehusenes rolle som integrert del av den offentlige helsetjenesten
- særlige forventninger til diakonale institusjoner med bakgrunn i verdier og profil

Spørsmålene som ble stilt respondentene var

- Hvilken rolle kan diakonale sykehus spille i fremtidens helsevesen?
- Hvilke særlige utfordringer forventes de å engasjerer seg i?
- Hvilke utviklingstrekk må de være spesielt oppmerksom på i plan og strategiarbeidet?

De potensielle interessentene ble delt inn langs to dimensjoner, en territoriell og en funksjonell. Langs den territorielle dimensjonen gikk skillet mellom nasjonale og regionale respondenter, langs den funksjonelle mellom politikk og forvaltning. Det ble sendt henvendelse i form av e-post og telefon til 18 potensielle interessenter plukket ut etter skjønn fra de listene oppdragsgiverne fremla. Disse ble alle forsikret om at undersøkelsen ville ivareta full anonymitet, selv om det ikke var alle som bad om dette. Det var fire politikere på nasjonalt nivå og fire styremedlemmer på regionalt (her regnet som politiske i en utvidet definisjon av begrepet), og fire forvaltningsansatte på nasjonalt nivå og seks på regionalt. Det ble gjennomført 10 intervjuer. En av de potensielle respondentene var indisponibel i perioden og en ville ikke uttale seg. De siste seks var det ikke mulig å oppnå kontakt med innenfor fristen for skriving av rapporten. De ble purret flere ganger per e-post, telefon og sms i de tilfeller hvor mobilnummer ble oppgitt. Gitt at rapportens kildegrunnlag også er basert på de politiske langtidsprogrammene for 2005-2009 og en rekke forvaltningspolitiske dokumenter, vil ti dybdeintervjuer av denne typen likevel kunne gi et innblikk i de spørsmålene som her har vært reist og det totale datagrunnlaget være et godt utgangspunkt for de strategiske valgene de fire institusjonene skal gjøre i tiden som kommer.

## 2. Institusjonelle rammebetingelser

- Historisk perspektiv
- Verdier og normer
- Dagens situasjon og prioriteringer

Frivillige og private ideelle organisasjoner har spilt en sentral rolle i utviklingen av den norske velferdsstaten (Eikås og Selle 2003; Grindheim og Selle 1990; Kuhnle og Selle 1991; Lorentzen 1994; Lorentzen og Selle 2000; Selle 1996). I tråd med klassisk litteratur på feltet kan vi si at de har vært *pionerer, interesseforsvarere, velferdsforbedrere og tjenesteytere* i forhold til offentlig politikk og forvaltning (Douglas 1983; Kramer 1986; Salamon 1995). Men i motsetning til hva tilfellet har vært i toneangivende land som USA og Storbritannia, hvor frivillige og private ideelle organisasjoner ofte blir sett på som et ideologisk alternativ til den offentlige sektor, har de frivillige og private ideelle organisasjonene i Norge i stor grad arbeidet med heller enn mot offentlige myndigheter for økt offentlig engasjement på det helse- og sosialpolitiske området (Grindheim 1986; Hestetun 1985; Onarheim 1987).

Det er denne *samarbeidslogikken* som utgjør de institusjonelle rammebetingelsene for de private ideelle organisasjonenes rolle i det norske helsevesenet. Spørsmålet er om det fortsatt er plass til slike alternative organisasjonsformer, verdier og normer i et helsevesen som er styrt av en foretakslogikk innenfor det som med en samlebetegnelse for offentlig sektor kalles New Public Management (NPM) – eller nytt offentlig styringssystem på norsk.

Svaret avhenger av om de private ideelle organisasjonene kan finne en plass som konkrete tjenesteytere i et helhetlig offentlig velferdssystem hvor de samtidig kan forsvare sine grunnleggende verdier og interesser som diakonale eller andre former for normstyrte institusjoner i henhold til de verdiene som ligger nedfelt i den norske velferdsstaten i form av institusjonalisert solidaritet og en politisk kultur preget av det vi kan kalle *hierarkisk kollektivismen*. Det vil si at staten har det overordnede ansvaret for borgernes velferd, men at denne hierarkiske samfunnsoppbyggingen også har plass til frivillige og private ideelle organisasjonene fordi – eller så lenge – disse arbeider ut fra den samme verdimesige logikken om at fellesskapet har et institusjonelt ansvar for det enkelte individ, slik vi kan se av figur 2.1 neste side.

Figur 2.1 De ideelle institusjonene og staten

|             |             | INSTITUSJONELT NIVÅ                               |  |
|-------------|-------------|---|--|
|             |             | AUTONOMI  | INTEGRASJON  |
| INDIVIDNIVÅ | INTEGRASJON | Rolle i utviklingen av velferdsstaten (→ 1945)    | Rolle etter velferdsstatens utvikling (1945 →)   |
|             | AUTONOMI    | Rolle før velferdsstatens utvikling (→ 1890-1920) | Rolle i foretaksbasert helse- og sosialvesen, med markedslogikk og New Public Management |

### Historisk perspektiv

Den norske velferdsstatens første fase kan dateres til årene rundt 1890 til 1920. Dette var en tid preget av at nye helse- og sosialpolitiske krav og institusjonelle løsninger ble satt på den politiske dagsorden; ofte først på kommunalt nivå og iverksett av private ideelle organisasjoner, for senere å bli overtatt av statlige myndigheter og/eller nasjonale organisasjoner og interessegrupper som arbeidet for økt offentlig innsats på det helse- og sosialpolitiske området (Grindheim 1991).

Frivillige organisasjoner som Norges Røde Kors (stiftet 1865) og Norske kvinners sanitetsforening (stiftet 1896), spilte for eksempel en viktig rolle i kampen mot tuberkulosen, og i 1910 ble Nasjonalforeningen for folkehelsen mot tuberkulosen etablert for samme formål. De utdannet alle tre også sykepleiere, noe som ble et offentlig anliggende først fra 1912 av, og som opprinnelig hadde vært en del av den diakonale bevegelse og gjerning i og med at den første sykepleier i Norge Cathinka Guldberg allerede i 1868 hadde etablert Diakonissehuset under Foreningen for indre Mission i Christiania. Dette var den første private ideelle institusjonen som hadde en

driftsavtale mellom kommunen og indremisjonen (Jacobsen 2005), en modell som senere skulle bli en viktig del av den norske velferdsstatens utvikling (Eikås og Selle 2003).

I 1890 ble også Det norske Diakonhjemmet etablert og årene rundt århundreskiftet var en veksttid for frivillige og private ideelle organisasjoner, hvor ikke minst kvinnene fant sin politiske maktbasis ettersom de ble holdt utenfor i de politisk representative kanalene til kommunestyre og Storting (Berven 1999 og 2005). I politikken var det Venstre og senere Arbeiderpartiet som kjempet for sosiale reformer og nye velferdsordninger, men Venstre var som parti mest opptatt av næringsfrihet og Arbeiderpartiet av å forsikre arbeidende menn i industrien mot inntektsbortfall. Derved ble det primært kvinneorganisasjoner og kristne organisasjoner som kom til å sette sitt preg på utviklingen av det vi i ettertid har kalt den universalistisk baserte norske velferdsstatsmodellen (Grindheim – kommer).

Lederen for Norske kvinners sanitetsforening gjennom 37 år, Fredrikke Marie Qvam, forklarte dette med at kvinners kamp for likeverd i samfunnet måtte bestå av kampen for stemme- og representasjonsrett (rundt århundreskiftet var hun også leder for Norsk kvinnesaksforening og Landskvinnestemmerettsforeningen), så vel som utbyggingen av et offentlig helse- og sosialvesen, fordi dette var det eneste som kunne gi kvinnene en reell mulighet til å bestemme over egne liv. Men hun var også opptatt av at kvinners syn på samfunnet som fellesskap avvek fra mennenes, i og med at kvinner hadde en mer helhetlig og omsorgsrasjonell samfunnsforståelse som følge av deres biologiske rolle som mødre, og mente at staten av den grunn måtte opptre som en *mater familias* (Grindheim – kommer).

Den samme logikken, basert på en kombinasjon av individuell og institusjonell rasjonalitet, lå til grunn for den diakonale og andre kristne bevegelsers verdiforståelse i denne formative perioden for velferdsstatens utvikling. Og den gjør det fremdeles, for eksempel gjennom Haraldsplass Diakonale Sykehus sitt motto ”Kompetanse med hjertevarme”,<sup>1</sup> eller den verdiorienteringen Diakonihjemmet fremmer i ”ofte stille spørsmål om diakoni”.

Diakoni er det samme som nestekjærlighet sett ut fra en kristen forståelse. Det kan være å stille seg til disposisjon, å ha omsorg for andre, for eksempel ved å sørge for rettferdig fordeling av goder. Diakoni tar sitt utgangspunkt i Jesu omsorg for syke og utstøtte, slik det gjenspeiler seg i fortellingen om Den barmhjertige samaritan. Det betyr at de nestekjærlige handlinger som utføres på sykehuset, kan bidra til å synliggjøre Guds kjærlighet til

---

<sup>1</sup> Årsmelding 2005,  
<http://www.haraldsplass.no/archive/Internet/Fotoarkiv/aarsmelding05.pdf>

mennesker. Medisinsk behandling av god kvalitet er derfor også å forstå som nestekjærlighet.<sup>2</sup>

I velferdsstatens andre fase, fra ca. 1920 til ca. 1935, da de private ideelle organisasjonene på bred front begynte å samarbeide med offentlige myndigheter om å utvikle nye helse- og sosialpolitiske tiltak innenfor et universalistisk velferdsstatsregime, tok også Arbeiderpartiet opp tankegangen om at velferdsstaten ikke bare var til for enkelte grupper i samfunnet, men for samfunnet som helhet og at solidariteten med de svake i samfunnet måtte institusjonaliseres (Grindheim 1990).

Økning i offentlige utgifter som følge av arbeidsledighet, fattigdom og sosiale problemer i 1930-årene samt mer oppmerksomhet rundt hva som kunne oppfattes som et offentlig ansvar i denne sammenheng, skapte endringer i synet på det mange oppfattet som et veldedighetsbasert system for helse- og sosialtjenester styrt av frivillige og ideelt baserte organisasjoner, og tanken bak den universalistiske velferdsstaten ble institusjonalisert (Kuhnle 1983). Tredje fase kan tidfestes til tiden etter annen verdenskrig og frem til ca. 1980. Dette var en periode preget av det tverrpolitiske samarbeidet som hadde vokst frem under krigen og som ble kronet med det politiske Fellesprogrammet i 1945. Her ble det understreket at den fremtidige sosiallovgivningen måtte utvikles med sikte på å gjøre det gamle forsorgsvesenet overflødig gjennom etableringen av en felles trygdeordning for sykdom, uførhet, arbeidsledighet og alderdom. Staten tok økt ansvar for trygder og tjenester overfor sine borgere og Folketrygden ble innført av de borgerlige partiene med bred politisk enighet i 1967. Denne har siden dannet ryggraden i den norske velferdsstaten. Men dette førte også til at de private ideelle organisasjonene mistet makt og innflytelse, og med dette økte kritikken av velferdsstaten. Fra den politiske høyre- så vel som venstresiden ble den kritisert for å være for stor, omfattende og dominerende. Ikke bare stod velferdsstaten overfor uante økonomiske utfordringer i 1970- og 1980-årene, men også et ideologisk press fra de som mente at den hadde utviklet seg til en formynderstat og fjernet seg fra potensielle klienter (Hatland, Kuhnle og Romøren 2001).

Derved er vi fremme ved den fjerde og foreløpig siste fasen i den norske velferdsstatens historie. En fase preget av politisk press mot en sterkt institusjonalisert og politisert velferdsstat, som venstresiden i politikken siden slutten av 1970-tallet har kritisert for å være det teknokratiske storsamfunnets forlengede arm, mens høyresiden siden begynnelsen av 1980-tallet har ment er formynderisk og ikke lar seg finansiere uten at det går ut over det private næringslivet og den enkeltes frihet (Grindheim 1994).

---

<sup>2</sup> [http://www.diakonsyk.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=549&I=1571](http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=549&I=1571).



## Verdier og normer

Kritikken av velferdsstaten endte med at de to politiske retningene møttes i de politiske langtidsprogrammene og partiprogrammene som ble lagt frem på 1980-tallet, i en felles avvisning av den institusjonaliserte, sentraliserte og regelstyrte sosialdemokratiske velferdsstatsmodellen til fordel for en sterkere grad av deinstitutionisering, desentralisering og demokratisering der det sivile samfunnet av frivillige og private ideelle organisasjoner skulle fungere som en motvekt mot statlig ensretting og formynderi. Tanken var at frivillige og private ideelle organisasjoner ut fra deres grunnleggende differensierte verdisyn uttrykte en form for egalitær sekterisme, som kunne fungere som en ”trede sektor” mellom markedets konkurrerende individualisme og storsamfunnets hierarkiske kollektivismen.

Utfordringen i dag er at det er de samme frivillige og private ideelle organisasjonene som har vært med på å utvikle den hierarkisk kollektivistiske samfunnsmodellen som nå – gjennom den foretakslogikken som ligger til grunn for organiseringen av de norske helseregionene – står i fare for å miste sin egenart til markedslogikken i den konkurrerende individualismens New Public Management filosofi.

Figur 2.2 viser logikken i denne utviklingen og er ment som et idéhistorisk utgangspunkt for hvordan de frivillige og private ideelle organisasjonene må tenke strategisk på sin fremtidige rolle i det vi siden 1980-tallet har kalt det norske velferdssamfunnet fremfor den norske velferdsstaten.

Figur 2.2 Hvordan forstå ulike velferdsmodeller

|  |     | POLITISK MOBILISERING  |  |
|--|-----|--|--|
|  |     | LAV  | HØY  |
| BYRÅKRATISK<br>INSTITUSJO-<br>NALISERING | HØY | Fatalisme<br>(eneveldig styre)                                 | Hierarkisk kollektivismen<br>(sosial- og kristen-<br>demokratisk ideologi) |
|  | LAV | Konkurransbasert<br>individualisme<br>(liberalistisk ideologi) | Egalitær sekterisme<br>(sosialistisk ideologi)                             |

## Dagens situasjon og prioriteringer

Helse- og omsorg er blitt den moderne velferdsstaten og derved politikken viktigste felt. Det er innenfor det helse- og sosialpolitiske området de største politiske konfliktene står hver gang det er valg i Norge, enten dette er til kommunene eller til Stortinget. Grunnen er de store utgiftene helse- og sosialtjenestene utgjør i de offentlige budsjettene, og det faktum at vi i vår hverdag er blitt mer opptatt av helse- og sosialpolitisk trygghet og de muligheter for bedret helse som teknologiske og organisatoriske nyvinninger de senere årene har gitt oss. Spørsmålet er hvordan vi best kan organisere det fremtidige helsevesenet i Norge for at det skal kunne produsere tjenester av høyest mulig kvalitet til lavest mulig pris mest mulig effektivt. Slik New Public Management logikken krever. Samtidig som vi tilpasser helsetjenestene de økte kravene hver enkelt av oss stiller til valgfrihet mellom produsenter ut fra kvalitet og særegne verdisyn.

I følge regjeringen Stoltenberg må helse- og sosialpolitikken bygge på følgende permissier

- respekt for menneskelivet og menneskeverdet
- omsorg for svakstilte
- satsing på forebygging
- personlig ansvar for egen helse
- felleskapsansvar for et helsetjenestetilbud til alle

”Helse og omsorg har avgjørende betydning for menneskers livskvalitet. Regjeringen setter derfor pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Pasienter og brukere skal møtes med omsorg og respekt i helse- og omsorgstjenesten” (St. prp. nr. 1 2005-2006). Kjernen i dette er det som kalles ”fritt sykehusvalg” og det offentlige helsevesenets ”sørge for” ansvar, hvor regjeringen legger til grunn at behovet til den enkelte pasient skal være utgangspunkt for tjenestetilbudet. ”God samhandling i helsetjenesten skal sikre at alle opplever at tjenesten er til for dem, uavhengig av om det er helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten” (Ibid.). Dette kan best skje gjennom at

- det er et godt samspill mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- de regionale helseforetakene sørger for en spesialisthelsetjeneste der kvalitet, likeverdighet og tilgjengelighet er avgjørende
- alle skal ha trygghet for hvilke typer tjenester de kan motta ved sitt lokalsykehus
- private helsetilbud utnyttes i samspill med den offentlige helsetjenesten

Det siste punktet understrekes i utsagnet om at ”Frivillige og private aktører er viktige supplement og korrektiv til den offentlige helse- og omsorgstjenesten” (Ibid.). Og, som vi skal se senere i denne rapporten, er det bred enighet blant de politiske partiene om at private *ideelle* aktører skal likebehandles med offentlige aktører innen helsevesenet med hensyn til regulering og finansiering, mens det er klar politisk uenighet når det gjelder de *kommersielle* aktørenes rolle. I forholdet til de private aktørenes tjenestetilbud heter det fra Helse- og omsorgsdepartementet at

Helsepolitikken og spesialisthelsetjenesten er basert på at private aktører skal medvirke i spekteret av helsetilbud i Norge. Private tjenesteytere spiller en viktig rolle i det samlede tjenestetilbud, og utgjør både et supplement, et alternativ og en mulig utfordrer til de offentlige helseforetakene. Samlebegrepet ”private aktører” omfatter ideelle organisasjoner og institusjoner og øvrige virksomheter. Regionale helseforetak ivaretar sitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester ved totalavtaler og kjøp av tjenester fra private tilbydere og gjennom tjenester fra sykehus i egne helseforetak. God håndtering og utvikling av relasjon til private aktører er et prioritert område.<sup>3</sup>

På det finansielle området betyr dette at de regionale helseforetakene gjennom sitt ”sørge for” ansvar for spesialisthelsetjenestene har ansvaret for at statlige tilskudd brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for helsetjenesten, inkludert midlene overfor private virksomheter der dette ”kan bidra til bedre realisering av helsepolitiske mål” (Ibid.).

I 2005 utgjorde de statlige tilskuddene til spesialisthelsetjenestene ca. 65 milliarder kroner, mens de totale utgiftene til helseformål var 176 milliarder kroner, drøye 9 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP). Dette tilsvarer en gjennomsnittlig utgift per innbygger på nesten 38 000 kroner og er bort imot 17 000 kroner mer enn i 1997. Målt i faste 2000-priser vil det si en gjennomsnittlig vekst på 3,5 prosent per år, og sett i forhold til de totale offentlige utgiftene har andelen som går til helse økt fra nesten 16 prosent i 1997 til drøye 19 prosent i 2005 (Statistisk sentralbyrå 30. mai 2006). Tabell 2.1 neste side viser veksten i de løpende helseutgiftene etter tilbyder for perioden 1997-2003.

---

<sup>3</sup> <http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/organisering/042031-990095/dok-bn.html>.

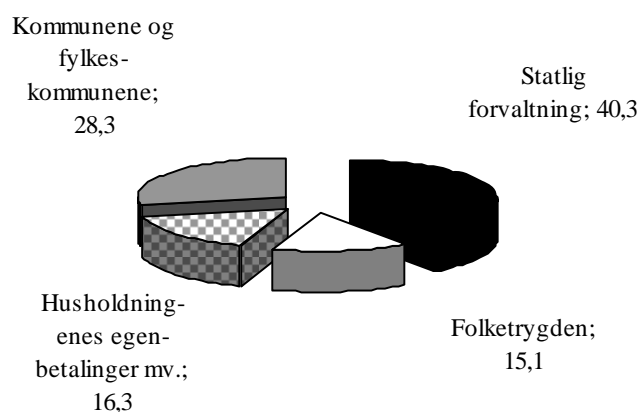
Tab. 2.1 Løpende helseutgifter etter tilbyder (prosent)

|   | 1997          | 2003           |
|---|---------------|----------------|
| <b>Løpende helseutgifter i millioner kroner</b>           | <b>88 369</b> | <b>149 312</b> |
| Somatiske sykehus   | 30,6          | 28,9           |
| Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling    | 6,9           | 7,7            |
| Spesialsykehus  | 1,7           | 1,4            |
| Sykehjem  | 16,5          | 17,5           |
| Legekontor  | 8,9           | 8,9            |
| Tannlegkontor   | 6,3           | 5              |
| Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell | 1,6           | 1,7            |
| Helsestasjon  | 1             | 0,9            |
| Røntgeninstitutt og laboratorier                          | 0,5           | 0,6            |
| Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester               | 6,5           | 8,6            |
| Ambulanse- og andre helsetjenester                        | 1,3           | 0,5            |
| Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene | 14,4          | 14,4           |
| Administrasjon av offentlige helseprogrammer              | 2             | 2              |
| Andre sekundære helseprodusenter                          | 1,7           | 1,7            |
| Resten av verden  | 0,1           | 0,3            |
| Subsidier til helseformål                                 | 0,3           | 0,2            |

Kilde: Statistisk sentralbyrå 30. mai 2006.

Helsetjenestene betales hovedsakelig med offentlige midler gjennom staten, folketrygden og kommunene, mens en mindre andel kommer fra husholdningenes egenbetalinger. I 2005 ble 83,6 prosent av helseutgiftene dekket av offentlige midler, og de fordelte seg som vist i figur 2.3 neste side.

**Fig. 2.3 Totale helseutgifter  
etter finansieringskilde 2003 (prosent)**



Kilde: Statistisk sentralbyrå 30. mai 2006.

Dette er en høyere andel enn i 1997, men andelen har vært nokså stabil de siste fem årene. Økningen skyldes at de totale helseutgiftene gjennomgående stiger mer enn offentlige utgifter for øvrig samt at andelen som er finansiert over offentlige budsjetter vokser gjennom perioden.

Sammenligninger med andre land med tilsvarende helseregnskap viser at Norge har relativt høye helseutgifter både per innbygger og som andel av BNP. Norge er også, sammen med de øvrige nordiske landene og Japan, blant de landene som har høyest andel av offentlig finansiering av helsetjenester. Det er hovedsakelig høyere utgifter til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie som skiller Norge fra andre land, men det er mulig at disse tallene vil endre seg når det i løpet av inneværende år innføres nye retningslinjer fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) for å sikre en enhetlig rapportering innenfor denne gruppen tjenester. Helseregnskapet i Norge er allerede i tråd med disse retningslinjene, men innarbeidingen vil kunne medføre endringer i nivået for andre land.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Se appendiks I for nærmere definisjon av helseregnskapet og definisjoner av ulike typer helsetjenester som benyttes av de regionale helseforetakene fra Statistisk sentralbyrå 2006.

Når det gjelder forholdet til de private kommersielle sykehusene har det i følge SINTEF Helse vært en sterk økning i de regionale helseforetakenes bruk av private kommersielle sykehus i 2005. Dette gjelder både med hensyn til pasienter og i antall kroner. De fem regionale helseforetakene, som har et befolkningsgrunnlag som vi kan se av tabell 2.2 (neste side), oppga selv å ha brukt 140 millioner mer på private kommersielle sykehus i 2005 enn året før.<sup>5</sup> Det vil si en økning fra 740 til 880 millioner. Når det gjelder pasienttallet, var dette på 50 000 og omfattet også pasienter behandlet på de private ideelle klinikkene Feiring og Glitre, som nåværende regjering av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har sagt at den vil sikre gode driftsvilkår, mens det på lengre sikt er klart at *denne regjeringen har som uttalt mål å begrense bruken av private kommersielle sykehus.*

*Tabell 2.2 Nøkkeltall for Helse Sør, Vest og Øst*

|                               | Sør     | Vest    | Øst       |
|-------------------------------|---------|---------|-----------|
| Innbyggere                    | 895 388 | 948 479 | 1 654 156 |
| Senger per 1000               | 5,8     | 4,6     | 5,2       |
| Kr. per innbygger til sykehus | 15 500  | 12 500  | 13 200    |

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2006.

I Soria Moria-erklæringen, som utgjør de tre regjeringspartienes felles politiske plattform, heter det om forholdet mellom staten og de private kommersielle og ideelle sykehusene at

- sykehus eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige
- omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses
- ledig kapasitet i de offentlige sykehus skal utnyttes

<sup>5</sup> Til tross for prinsippet om fritt sykehusvalg på nasjonalstatlig nivå behandler de regionale helseforetakene i hovedsak pasienter bosatt i egen region, med unntak av Helse Sør. Radiumhospitalet og Rikshospitalet, som begge har landsdekkende og flerregionale funksjoner, er en del av Helse Sør til tross for at de ligger i Oslo. Derfor scorer denne regionene høyere på penger og senger per pasient enn de øvrige.

- avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små lokalsykehusene

Den rødgrønne regjeringen vil tilføre økte ressurser til forskning i helsesektoren og la sentral- og lokalsykehus spille en sterkere rolle i helsetjenesteforskningen i et samarbeid med universitetssykehusene. Det skal satses mer på oppfølgingen av pasientene i form av forebyggende og lindrende tiltak samt at det psykiske helsevesenet skal styrkes.<sup>6</sup> *Dette er politiske valg som taler til private ideelle organisasjoner og institusjoners fordel, og det er viktig å påpeke at det er bred politisk enighet om dette fra Sosialistisk venstreparti på den ene siden til Fremskrittspartiet på den andre.*

Utfordringen for den sittende regjeringen er at den neppe får trappet ned bruken av private kommersielle aktører i inneværende stortingsperiode, fordi de regionale helseforetakene etter anbudsrunder har inngått avtaler med disse aktørene for flere år frem i tid. De siste offisielle pasienttallene, fra utgangen av august 2005, viser at det ble behandlet bort i mot 28 000 pasienter ved private somatiske sykehus i de åtte første månedene av 2004. På samme tidspunkt i 2005 var det behandlet godt over 32 000 pasienter. Det ble behandlet 4,5 prosent flere pasienter ved somatiske sykehus i de første åtte månedene av 2005 enn i samme periode året før. Veksten var størst hos de private aktørene med 16,5 prosent, viser statistikk fra SINTEF Helse gjengitt i Aftenposten 2. januar 2006. I samme avis uttaler imidlertid kommunikasjonsdirektør Bjørg Sandal at Helse Vest arbeider "for å begrense aktiviteten både hos private og egne sykehus," fordi regionen økte forbruket av tjenester fra private kommersielle sykehus fra 149 millioner i 2004 til rundt 230 millioner i 2005. Men de vil også begrense aktiviteten innenfor somatiske sykehustjenester fordi signalene fra departementet er at blant annet psykiatri nå skal prioriteres.

Helse Øst økte sine innkjøp av tjenester fra private fra 349 millioner i 2004 til ca. 445 millioner i 2005, Helse Sør fra 52 millioner i 2004 til 55 millioner i 2005. Begge hadde et toppår i bruken av private i 2003, da kampen om å få ned ventelistene pågikk for fullt, mens Helse Midt-Norge hadde en voldsom økning fra 2003 til 2004, men brukte 40 millioner mindre igjen i 2005, det vil si 145 millioner i alt. Helse Nord er nøktern i bruken av private aktører med bare 8 millioner i 2004 så vel som i 2005 (Aftenposten 2. januar 2006).

---

<sup>6</sup> [http://odin.dep.no/smk/norsk/regjeringen/om\\_regjeringen/001001-990342/hov001-bn.html](http://odin.dep.no/smk/norsk/regjeringen/om_regjeringen/001001-990342/hov001-bn.html).

### 3. Integrasjon og interesser

- De politiske partiene om de ideelle organisasjonene
- Forvaltningens håndtering av de politiske prioriteringene
- Ideelle organisasjoner som initiativtagere og iverksettere

I den langsiktige avtalen Lovisenberg Diakonale Sykehus inngikk med Helse Øst i 2004 heter det at "Lovisenberg bidrar som diakonalt non-profit sykehus til et ønskelig mangfold innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten."<sup>7</sup> Sitatet illustrerer det som i denne rapporten menes med at de private ideelle organisasjonene kan virke som et verditilfang i et moderne og flerkulturelt velferdssamfunn hvor de institusjonene de eier drives etter de samme profesjonelle kriteriene som for private kommersielle og offentlige tjenesteytere, men der det bakenforliggende verdisettet er forskjellig.

Alle tjenester er verdibaserte, offentlige og private, spørsmålet er hvilke verdier vi legger til grunn for dem. *I regjeringen Stoltenbergs Soria Moria-erklæring kommer det klart frem at den nærer stor skepsis til de private kommersielle institusjonenes helse- og sosialpolitiske tjenester, mens de private ideelle er like høyt ansett som hos regjeringen Bondevik.* Dette er oppsiktsvekkende gitt den tradisjonelle skepsis venstresiden i norsk politikk har vist mot verdibaserte tjenester og private ideelle organisasjoner som har tilbudt slike tjenester tidligere. Men det gjør det desto mer interessant å studere den rollen disse organisasjonene og institusjonene er forventet å spille i den fremtidige utviklingen av det norske velferdssamfunnet.

I denne delen av rapporten skal vi se nærmere på dette forholdet og hvilke verdier som ligger til grunn for utviklingen av et integrert system for interesserepresentasjon i skjæringsfeltet mellom staten, markedet og den tredje sektor av frivillige og private ideelle organisasjoner og institusjoner i Norge. Det vil for det første si hvordan de politiske partiene ser på de private ideelle organisasjonenes rolle i den fremtidige utviklingen av det norske velferdssamfunnet; for det andre hvordan forvaltningen håndterer dette; for det tredje hvordan de fire institusjonene selv fremstår med sine verdier, normer og interesser i forholdet til den offentlige sektor og de utfordringene den norske helsesektoren står overfor.

#### **De politiske partiene om de ideelle organisasjonene**

Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad la 11. januar i år frem et bestillerdokument til de regionale helseforetakene hvor det ble prioritert å korte ned ventetiden for barn og unge innen psykisk helsevern og å bedre tilgjengeligheten til akuttpsykiatrien, samtidig som det ble slått fast at de

---

<sup>7</sup> Årsrapport 2004, [http://www.lds.no/stream\\_file.asp?iEntityId=6271](http://www.lds.no/stream_file.asp?iEntityId=6271)



regionale helseforetakene skal opprettholde et desentralisert sykehustilbud. Parolen var at ”ingen lokalsykehus skal legges ned”.<sup>8</sup>

Det ble også understreket at foretakene skal videreføre arbeidet med å forbedre arbeidsdelingen mellom sykehusene i regionene på en måte som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen, spesielt innen psykisk helsevern og i form av en tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere. Konklusjonen var at ”aktivitetsveksten skal være høyere innen rus og psykisk helsevern enn innen somatisk behandling” (Ibid.).

Dette er uttrykk for et verdivalg fra den sittende regjeringen som vektlegger økt politisk styring av de regionale helseforetakene gjennom bestillerdokumenter. Disse fungerer som en overordnet helsepolitisk prioritering fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, hvor de økonomiske og organisatoriske styringskravene formidles. Dette er positive signaler for de diakonale sykehusene, som i følge årsmeldingen fra Lovisenberg Diakonale Sykehus for 2004, vil ”søke å være en pionér i arbeidet med å ivareta utsatte og forsømte grupper i samfunnet.”<sup>9</sup> Utviklingen av behandlingstilbud til personer med demens og til rusmisbrukere med psykiske lidelser er blant sykehusets nye satsningsområder.

De diakonale institusjonene føyer seg her inn i en lang tradisjon i norsk helse- og sosialpolitisk historie hvor det ofte har vært private ideelle organisasjoner som har satt i gang nye helse- og sosialpolitiske tiltak for svake og utstøtte grupper i samfunnet, mens staten har spilt en langt mer passiv og ofte negativ rolle (Grindheim 1986). Og, som en av respondentene sa i forbindelse med Helse Vest, så kan de diakonale sykehusene generelt med sitt spesielle verdigrunnlag også fungere som pionerer og velferdsforbedrere i et fremtidig helsevesen hvor for eksempel palliativ og lignende former for medisinsk behandling får større plass – ”men de må likevel tilpasse sine tjenester den totalitet og de krav et moderne helsevesen stiller.” Mens en respondent i forbindelse med Helse Øst sa at ”det er imponerende hvordan Lovisenberg fokuserer på utsatte grupper i samfunnet, men de diakonale institusjonene konkurrerer likevel på like vilkår med andre aktører om en fremtidig rolle i de regionale helseforetakene.”

Dersom vi ser nærmere på de politiske partienes langtidsprogrammer for inneværende stortingsperiode, ser vi at det er bred politisk enighet fra høyre til venstre om at frivillige og private ideelle organisasjoner og institusjoner ikke bare er et nødvendig, men også ønsket, supplement til de offentlige institusjonene når det gjelder å tilby helse- og sosialtjenester i årene som kommer (se oversikt i appendiks II). Dette viser også det faktum at Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus begge har et klart definert sektoransvar innenfor Helse Østs ansvarsområde, mens

---

<sup>8</sup> Pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet 11. januar 2006.

<sup>9</sup> [http://www.lds.no/stream\\_file.asp?iEntityId=6271](http://www.lds.no/stream_file.asp?iEntityId=6271)

Haraldsplass Diakonale Sykehus er universitetssykehus for indremedisin og kirurgi innen Helse Vest med lokalsykehusstilbud i indremedisin til deler av Bergen lokalsykehusområde med til sammen 120 000 innbyggere.<sup>10</sup> Modum Bads nye status i forhold til Helse Sør er foreløpig ikke avklart på samme måte. I alle fire tilfellene uttrykkes det likevel støtte til den virksomhet disse sykehusene driver blant samtlige av respondentene, men i to av intervjuene ble det understreket at de diakonale institusjonene bør legge mindre vekt på sine særegne verdier og interesser, og mer på hvilken rolle de skal ha innen et helhetlig regionalt helseperspektiv. Som en av respondentene sa:

Jeg ser ikke den historiske misjonen i dag. Nå er de helt på linje med offentlige sykehus. Det er mulig at de har potensial for nytenkning, men det er i dag vanskelig å se variasjoner i hvilke oppgaver de skal kunne ivareta. De er kanskje litt mer lydhøre overfor nye grupper og behov i samfunnet og litt raskere til å tilpasse seg disse enn offentlig sektor, men om dette har noe å si for det totale tilbudet de leverer er vanskelig å si.

Her er det imidlertid delte meninger blant respondentene på regionalt nivå og det ville også være i strid med de nasjonale prioriteringene som kommer frem i de politiske langtidsprogrammene dersom disse sykehusene skulle fjerne seg fra sine grunnleggende alternative verdier; for eksempel som i Modum Bads tilfelle, der sjelesorg er et tilbud som pasientene har i tillegg til de profesjonsstyrte tjenestene denne institusjonen må tilby som del av et integrert helseforetak, eller som når Lovisenberg sier at de ønsker ”å være en pionér i arbeidet med å ivareta utsatte og forsømte grupper i samfunnet.”<sup>11</sup>

Dette illustrerer et grunnleggende problem de fire institusjonene står overfor med hensyn til å omsette den nasjonale velvilligheten og vektleggingen av deres alternative rolle som tjenestetilbydere i et verdippluralistisk velferdssamfunn til regionalt nivå hvor tjenestene tross alt tilbys og hvor det er viktig for de enkelte institusjonene å bli integrert i de regionale helseforetakenes fremtidige strategiske satsninger. På det nåværende tidspunkt ser dette uproblematisk ut, men som det ble påpekt i et av intervjuene er fremtiden mer usikker fordi det kommer til å tvinge seg frem en strukturasjonalisering med hensyn til antall institusjoner og sengeplasser i de fem regionale helseforetakene, slik vi har sett i andre land.

---

<sup>10</sup> Haraldsplass Diakonale Sykehus er ansvarlig for Bergenhus, Åsane, og Arna bydeler i Bergen, samt kommunene Lindås, Meland, Radøy, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Samnanger og Osterøy.

<sup>11</sup> Årsmelding 2004, [http://www.lds.no/stream\\_file.asp?iEntityId=6271](http://www.lds.no/stream_file.asp?iEntityId=6271)

### **Forvaltningens håndtering av de politiske prioriteringene**

Det generelt positive synet på den tredje sektor kommer også klart frem i hvordan forvaltningen på nasjonalt nivå ser på de diakonale sykehusene og andre private ideelle organisasjoners tilbud av helsetjenester, for eksempel i følgende pressemelding fra Nærings- og handelsdepartementet om kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner 30. januar 2004

Regjeringen vil sikre stat og kommuners mulighet til å samarbeide med ideelle organisasjoner. Regjeringen har derfor i dag vedtatt å innføre et midlertidig unntak for plikten til å gjennomføre åpen konkurranse ved kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner. Endringen i forskriften får virkning umiddelbart.

- De ideelle organisasjonene står overfor særlige utfordringer i konkurransen med kommersielle leverandører av helse- og omsorgstjenester. Slike organisasjoner tar et viktig samfunnsansvar for å dekke omsorgsbehov, sier nærings- og handelsminister Ansgar Gabrielsen.

- Jeg ser en risiko for at kravet om åpen konkurranse ikke i tilstrekkelig grad ivaretar samfunnsmessige engasjement fra ideelle organisasjoner. Det forhold at flere avtaler med ideelle organisasjoner blant annet innen rusomsorgen, utløper i nær fremtid har aktualisert spørsmålet om hvordan prosedyrereglene i innkjøpsregelverket skal håndteres. Derfor har regjeringen bestemt å innføre et midlertidig unntak fra anskaffelsesregelverket, slik at stat og kommuner kan velge om de vil kjøre ordinær konkurranse eller å forhandle direkte med ideelle organisasjoner. Det vil bli igangsatt et arbeid for å sikre balansen mellom hensynet til effektiv konkurranse og det viktige arbeidet frivillige organisasjoner utfører, sier Gabrielsen.

Pressemeldingen fra daværende nærings- og handelsminister Ansgar Gabrielsen kom som et svar på et forslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen, Olav Gunnar Ballo, Kristin Halvorsen og Sigbjørn Molvik fra Sosialistisk Venstreparti om å gi norske kommuner anledning til å inngå kontrakter med frivillige organisasjoner om helse- og sosialtjenester uten anbudsutsettelse. Bakgrunnen var at det eksisterende regelverket ikke tillot at kommunen kun henvendte seg til ideelle organisasjoner i tilfeller hvor de ønsket å konkurranseutsette helsetjenester, men at slike bestillinger måtte ut i åpne anbudsrunder. I vurderingen bak lovforslaget het det at

Denne begrensningen bør opphøre fordi kommunens politiske flertall selv bør bestemme hvem de vil invitere til å utføre offentlige

tjenester. Når heller ikke EØS-avtalen og tjenstedirektivet er til hinder for at kommunen selv avgjør de viktigste anskaffelsesprosedurene for helse- og sosialtjenester, bør de norske anskaffelsesreglene endres til å være frivillige for kommunene.

Det er de ideelle organisasjonene som gjerne kommer til kort når helse- og sosialtjenester disse organisasjonene tidligere har drevet for det offentlige, blir konkurranseutsatt. De ideelle organisasjonene, som f.eks. menigheter, har som oftest ikke ressurser til å hamle opp med kommersielle selskaper som underbyr på pris fordi de kommersielle selskapene ønsker å etablere seg permanent i markedet.

«Den tredje sektor» representerer på mange måter en egenverdi i seg selv, og noe fundamentalt annet enn kommersielle, private storbedrifter som presser seg inn i helse- og sosialsektoren. Ideelt drevne institusjoner vil ofte ha høy troverdighet i befolkningen, noe en virksomhet der avkastning til eierne er det overordnede målet, lett vil kunne mangle. «Den tredje sektor » vil i realiteten ikke være en konkurrent til det offentlige, og er ikke en del av den tiltakende kommersialiseringa i samfunnet.

Dersom institusjoner drevet av frivillige, ideelle organisasjoner legges ned, er det ikke bare en nedleggelse av et tilbud det er snakk om. En taper også årevis av dugnadsinnsats og motivasjon fra enkeltmennesker og frivillige, som har ønsket å gjøre noe for sine medmennesker. På denne måten går viktige verdier tapt, og det kan bli svært vanskelig på nytt å stimulere til innsats for disse verdiene.

Samfunnsøkonomisk er det også uheldig dersom den frivillige innsatsen innen de ideelle organisasjonene forsvinner fordi virksomheten legges ned etter en anbudskonkurranse. Det samfunnsmessige tapet blir særlig stort der innslag av frivillig gratisarbeid er omfattende.

Ideelle organisasjoner eier ofte selv lokalene eksempelvis sykehjem og rusinstitusjoner drives i. Forutsetningen for at kommunen kan konkurranseutsette driften, er derfor at den inngår en langsiktig leieavtale med den ideelle organisasjonen. Hvis organisasjonen deretter taper anbudskonkurransen, blir den sittende igjen som en ren eiendomsbesitter. Forslagsstillerne vil i denne sammenheng vise til lederen av Stiftelsen Diakonissespsykehuset Lovisenberg som uttaler:

«Når Diakonissespsykehuset<sup>12</sup> driver eldreomsorg, er det fordi vi har et engasjement og formål med dette. Vi vil ikke reduseres til bare eiendomsbesittere» (Næringskomiteen, Dok. Nr. 8:11 (2003-2004).

Dette viser hvor integrert de private ideelle organisasjonenes tjenester er i forvaltningen av helsevesenet når både Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet understreker viktigheten av at deres tilbud er et supplement til offentlige institusjoners tjenestetilbud.

Det er likevel de regionale helseforetakene som bør fremstå som de viktigste interessentene for oppdragsgiverne i denne rapporten. Disse har ansvaret for tilbudet av spesialisthelsetjenester for befolkningen i de fem helseregionene. De regionale helseforetakene eier også de offentlige sykehusene i regionen, samtidig som de inngår kontrakter og avtaler med ikke-offentlige aktører som for eksempel de private ideelle sykehusene.

### **Ideelle organisasjoner som initiativtagere og iverksettere**

I flere av intervjuene som ble gjort for denne rapporten kommer det frem at lokal forankring og nærhet til brukerne vil bli mer viktig i årene som kommer enn det som kalles spesialiserte tilbud. Men også her er det delte meninger, spesielt på regionalt nivå.

- Et syn er at de diakonale institusjonene bør videreutvikle sine tilbud på samme måte og med akkurat samme føringer som de offentlige helseforetakene innad i de regionale helseforetakene.
- Et annet syn er at de bør legge mer vekt på sine særegne verdier som livssynsbaserte institusjoner fordi dette er et tilbud mange mennesker etterspør.

Fra forskningsgruppen som står bak denne rapporten (professor Jan Grund og førsteamanuensis Kåre Hagen samt undertegnede) har det i denne sammenheng også vært spurt om dette kan bli et økende behov i årene som kommer gitt at Norge blir et mer flerkulturelt samfunn og tegn tyder på at også troende fra andre religioner enn kristendommen, som ligger til grunn for den diakonale virksomheten, ønsker seg livssynsbaserte tjenester heller enn såkalte verdinøytrale offentlige tjenester. Dette har imidlertid ingen av interessentene som er blitt intervjuet respondert på. Det samme gjelder et spørsmål fra forskningsgruppen om en fremtidig tilpasning til den økte internasjonaliseringen og globaliseringen som i dag skjer innen helse- og sosialsektoren, og som spesielt innen Det europeiske økonomiske

---

<sup>12</sup> I det originale dokumentet fra Næringskomiteen står det Diakonissespsykehuset, mens det riktige navnet er Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg.

samarbeidsområdet (EØS) vil kunne endre rammebetingelsene for de private ideelle institusjonenes rolle i Norge.

Dersom vi går tilbake til den historiske utviklingen av den norske velferdsstaten er det ikke tvil om at frivillige og private ideelle organisasjoner og institusjoner har opptrådt som *velferdspionerer* og *velferdsforbedrere* nettopp fordi de har hatt et annet *verdisyn* enn det offisielle statlige, spesielt for marginaliserte grupper i befolkningen som rusmisbrukere og andre moralsk stigmatiserte individer. Dette kommer også frem i dagens verdiorientering blant de fire sykehusene, for eksempel i handlingsplanen for Diakonhjemmet Sykehus 2006

**Verdigrunnlag:** Den kristne nestekjærlighetstanken er grunnlaget for sykehusets kjerneverdier: Respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet.

**Virksomhetsidé:** Diakonhjemmet Sykehus er et diakonalt non-profit sykehus som skal yte førsteklasses helsetjenester til pasienter i et helhetlig perspektiv.

**Samfunnsrolle:** Diakonhjemmet Sykehus skal som privat sykehus være et likeverdig alternativ innenfor rammen av det offentlige helsevesen, og skal utvikle og tilby helsetjenester preget av verdibevissthet, kvalitet og effektivitet.

De fire sykehusene har en klar verdiorientering langs samme dimensjoner, men måten de er integrert på i de to (snart tre) regionale helseforetakene gjør at de utøver sin supplerende rolle i et offentlig helsevesen på forskjellige måter. Sett i forhold til de overordnede retningslinjene for de regionale helseforetakene og deres egne strategiske fokus, skulle det være rom for at den underliggende verdien som ligger i den diakonale gjerning ikke bare kan, men også bør, opprettholdes selv om disse sykehusene medisinsk og organisatorisk sett forventes å følge de profesjonskriteriene og etiske verdiene som kreves av et moderne sykehus. Bakgrunnen for denne påstanden finner vi blant annet i Helse Øst sin strategiske fokus for perioden 2007-2010. Her heter det at arbeidet i Helse Øst er basert på gjennomgående suksesskriterier

- økt tilgjengelighet og likeverdig tilbud
- økt kvalitet og større pasienttilfredshet
- bedre ressursutnyttelse og effektivitet
- større valgfrihet og bedre kapasitetsutnyttelse

Det gis ikke noen definisjon på hva som menes med valgfrihet i denne sammenheng, men dersom valgfrihet skal bety noe i et genuint pluralistisk

samfunn må det bety noe mer enn bare å kunne velge mellom likestilte helseforetak i en offentlig, en markedsstyrt og en ideell sektor. Det må bety at det er en reell forskjell på de tre, altså at de ideelle institusjonene tilbyr behandling knyttet til alternative verdisyn sammenlignet med de offentlige og de kommersielle. At denne behandlingen må følge universelle regler for god medisinsk etikk og profesjonalitet er en selvfølge, men spørsmålet er om denne kan og bør være basert på andre verdier, normer og interesser enn de som kjennetegner offentlige og kommersielle foretak.

Dersom dette er tilfelle, kan de frivillige og private ideelle organisasjonene og institusjonenes tjenestetilbud i et fremtidsrettet helse- og sosialvesen *sees på som en forlengelse av de roller disse organisasjonene har hatt historisk, som pionerer, velferdsforbedrere, interesseforsvarer og tjenesteytere i forhold til en offentlig sektor* hvor deres virksomhet kan være strengt regulert gjennom for eksempel de regionale helseforetakenes bestillerdokumenter og/eller der de kan ha en mer selvstendig og uavhengig rolle som et verdibasert supplement til en mer verdinøytral offentlig sektor eller en kommersielt basert markedssektor, slik figur 3.1 nedenfor viser. *Dette er et paradoks de enkelte institusjonene og diakonien som bevegelse må ta opp til en mer grunnleggende diskusjon.*

Figur 3.1 Institusjonenes tjenesteytende rolle

|                     |     | OFFENTLIG REGULERING |                    |
|---------------------|-----|----------------------|--------------------|
|                     |     | LAV                  | HØY                |
| ORGANISASJONS-ROLLE | HØY | Velferdsforbedrer    | Tjenesteyter       |
|                     | LAV | Pioner               | Interesseforsvarer |

## 4. Konklusjon og anbefalinger

Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Modum Bad må finne sin plass i et fremtidig foretaksbasert helsevesen gjennom å ivareta sine grunnleggende verdier slik disse kommer frem i deres diakonale institusjonsarv. Som enkeltaktører må de tilby pasientene et verdibasert helsetilbud som er forskjellig fra de tilbud de offentlige og private kommersielle foretakene gir, men da må de også klargjøre for seg selv og sine oppdragsgivere på en bedre måte hva deres særegne verdier er.

Innenfor de regionale helseforetakene vil de private ideelle institusjonene kunne virke som konkrete tjenesteytere med klart definerte roller, men disse rollene må i følge respondentene i denne undersøkelsen i større grad enn tidligere utvikles i en form for samhandling der de frivillige og private ideelle organisasjonene og institusjonene generelt og de diakonale sykehusene spesielt, innses at de er en del av et overordnet hele som har klart definerte strategier for hvordan de regionale helseforetakene skal utvikle seg for å gi (1) økt tilgjengelighet og likeverdige tilbud, (2) økt kvalitet og større pasienttilfredshet, (3) bedre ressursutnyttelse og effektivitet, og (4) større valgfrihet for den enkelte pasient og bedre kapasitetsutnyttelse

De fire sykehusene kan på regionalt/lokalt så vel som nasjonalt plan virke som velferdsforbedrer og interesseforsvarer for spesielle grupper i samfunnet, og for verdier som ikke nødvendigvis ligger nedfelt i de regionale helseforetakenes statutter eller i de overordnede nasjonalpolitiske føringene i det som kalles det norske velferdssamfunnet. Dette er en rolle de har vært vant til å spille som velferdspionerer og tjenesteytere i den norske velferdsstatens historie. Som sådan vil de også kunne virke som et privat korrektiv overfor statlige prioriteringer eller mangel på slike, selv om også den offentlige sektor selvsagt er verdibasert.

På 1980-tallet ble det snakket og skrevet om å bevege det norske helse- og sosialvesenet fra en velferdsstatslogikk til en velferdssamfunnslogikk. Dette kan være et godt begrepspar å ta frem igjen i en videre diskusjon av de fire institusjonenes rolle som tjenesteytere i et foretaksbasert helsevesen. Koblet til det mer overordnede spørsmålet om verdier, normer og interesser i forholdet mellom den offentlige sektor og private ideelle organisasjoner og institusjoner, eller mellom det vi kan kalle et sivilt samfunn av organisasjoner og individer overfor det offentlige, vil det også være interessant å se den globale og ikke minst europeiske utviklingen mot mer overstatlighet i tenkemåter rundt dette enn tilfellet er i dag, slik det er forsøkt illustrert i figur 4.1 neste side.



Figur 4.1 Organisasjonenes normative rolle

|              |     |                                 |                                 |
|--------------|-----|---------------------------------|---------------------------------|
|              |     | LEGITIMITET                     |                                 |
|              |     | LAV                             | HØY                             |
| EFFEKTIVITET | HØY | Privat                          | Offentlig → privat<br>korrektiv |
|              | LAV | Privat → offentlig<br>korrektiv | Offentlig                       |

Figur 4.1 viser at de fire sykehusene kan fungere som tjenesteytere i et offentlig helse- og sosialvesen, samtidig som de som bevegelse opererer som et privat korrektiv overfor offentlig politikk og forvaltning på regionalt/lokalt så vel som nasjonalt nivå. Dette vil kunne gi høyere institusjonell effektivitet i tilbudet av offentlige tjenester gjennom de regionale helseforetakene sett i et New Public Management perspektiv, samtidig som det kan bedre de regionale helseforetakenes totale legitimitet gjennom at valgfriheten for den enkelte pasient blir større.

Selv om de diakonale institusjonene må tilpasse seg den foretaksbaserte tankegangen som ser ut til å ha festet seg med høy grad av tverrpolitisk enighet i forhold til organiseringen av det fremtidige helsevesenet i Norge, er det et svakhetstegn for det norske demokratiet dersom de private ideelle organisasjonene abdiserer i sin rolle som *pionerer*, *interesseforsvarere*, *velferdsforbedrere* og *tjenesteytere* i forhold til offentlig politikk og forvaltning.

Det kan derfor foreslås følgende anbefalinger:

- De private ideelle institusjonene må tilpasse seg de politiske signalene som gis av den nåværende regjeringen om å vri avtalene med faste leverandører av helsetjenester fra kommersielle til ideelle aktører innen helseforetakene og ta dette inn i sine strategiplaner.

- Bakgrunnen for denne utviklingen er den lange tradisjonen vi har i den norske velferdsstaten for et utvidet samarbeid mellom frivillige og private ideelle organisasjoner på den ene siden og det offentlige på den andre. Denne tradisjonen må de diakonale institusjonene ta vare på gjennom å definere sin plass innenfor det som ser ut til å være gode, men diffuse, rammebetingelser.
- Det kommer samtidig klart og entydig frem i samtlige av de intervjuene som ligger til grunn for denne rapporten det paradokset at en slik utvikling avhenger av at de private ideelle institusjonene forstår hvordan et moderne foretaksorganisert helsevesen fungerer og tilpasser sine verdibaserte tjenester til det ”sørge for” ansvaret de regionale helseforetakene har i den norske helsesektoren.

## Primærkilder

Aftenposten 2. januar 2006, artikkel av Anne Hafstad og Sir Gedde-Dahl:  
"Flere får hjelp på private sykehus"

Diakonhjemmet (2006): "Ofte stilte spørsmål om diakoni".  
[http://www.diakonsyk.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=549&I=1571](http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=549&I=1571)

Haraldsplass Diakonale Sykehus' Årsmelding 2005, Årsmelding 2005,  
<http://www.haraldsplass.no/archive/Internet/Fotoarkiv/aarsmelding05.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2006): "Regjeringserklæringen følges opp i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene", pressemelding nr. 1, 11. januar 2006

Helse- og omsorgsdepartementet (2006): "Statlig finansiering av de regionale helseforetak".  
<http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/organisering/042031-990095/dok-bn.html>.

Intervjuer med politikere og ansatte i de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet, valgt etter skjønn fra liste med forslag fra oppdragsgiverne. 18 personer ble forespurt om dybdeintervjuer. Det ble gjennomført ti slike ut fra hvem som var villige og hadde mulighet til å delta.

Lovisenbert Diakonale Sykehus Årsmelding 2004,  
[http://www.lds.no/stream\\_file.asp?iEntityId=6271](http://www.lds.no/stream_file.asp?iEntityId=6271)

NOU 1988:17 *Frivillige organisasjoner*. Finans- og tolldepartementet

Nærings- og handelsdepartementet (2004): "Kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner", pressemelding nr. 4, 30. januar 2004

Næringskomiteen (2004): "Gi kommuner anledning til å inngå kontrakter med frivillige organisasjoner", Dok. Nr. 8:11 (2003-2004)

Partiprogrammene for 2005-2009 for Fremskrittspartiet, Høyre, Venstre, Kristelig folkeparti, Senterpartiet, Arbeidspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rød Valgallianse og Kystpartiet

Regjeringen Stoltenbergs Soria-Moria erklæring (2005).  
[http://odin.dep.no/smk/norsk/regjeringen/om\\_regjeringen/001001-990342/hov001-bn.html](http://odin.dep.no/smk/norsk/regjeringen/om_regjeringen/001001-990342/hov001-bn.html).

Statistisk sentralbyrå om helseutgifter og finansiering (2006)

Statistisk sentralbyrå om helseforetakene (2006)

Strategiplaner for de tre regionale helseforetakene, Vest, Sør og Øst,  
varierende år

St. prp. nr. 1 2005-2006

## Referanser

Berven, Nina (1999): *Fra legitimitet til gammeldagshet: En analyse av det skiftende politiske rommet for brede helse- og velferdsorganisasjoner*. Hovedoppgave i sammenliknende politikk ved Universitetet i Bergen

Berven, Nina (2005): *National politics and cross-national ideas: Welfare, work and legitimacy in the United States and Norway*. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies

Douglas, James (1983): *Why Charity? The Case for a Third Sector*. Beverly Hills: Sage

Eikaås, Magne og Per Selle (2003): "Voluntary organizations and the Norwegian welfare state: From mutual trust to contracting?" I *Civil society in the Baltic Sea Region*. Aldershot: Ashgate

Gjerløw, Berit Øksnes (2005): "Frivillige organisasjoner – kanal for folkelig engasjement". Tale av statssekretær Gjerløw på "Norge – Russlandutstillingen. Frivillige organisasjoner og folk til folk samarbeid", St. Petersburg 8. juni 2005, <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/bondevikII/kkd/taler/043011-090377/dok-bu.html>

Grindheim, Jan Erik (1986): *Velferd eller veldedighet? En analyse av alkoholistsorgens utvikling i Norge*. Hovedoppgave i sammenliknende politikk ved Universitetet i Bergen

Grindheim, Jan Erik (1990): "Universalism, Individualism and Altruism". In 1990 *Spring Research Forum*. Washington: Independent Sector

Grindheim, Jan Erik og Per Selle (1990): "Voluntary Social Welfare Organisations in Norway: A Democratic Alternative to a Bureaucratic Welfare State?". *Voluntas* No. 1, Vol. 1.

Grindheim, Jan Erik (1991): "Kommunene og de frivillige organisasjonene". I Anne-Hilde Nagel (red.): *Velferdskommunen: kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater

Grindheim, Jan Erik (1994): "Towards a 'New State' in Social Policy: Changing Perceptions of the Norwegian Welfare State". In B. Bucar and S. Kuhnle (eds.): *Small States Compared. The Politics of Norway and Slovenia*, Bergen: Alma Mater

Grindheim, Jan Erik (1996): "Metadon. Politisk kultur og behandlingsstrategier i Norden". I *Nordisk Alkohol Tidsskrift*, Vol. 13, No. 5-6, pp. 240-252

Grindheim, Jan Erik (kommer): *War, Women & Welfare. Political Origins of the Norwegian Welfare State 1890-1920*. Upublisert manus

Hatland, Aksel, Stein Kuhnle og Tor Inge Romøren (2001): *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hestetun, Per Arne (1985): *Velferdsekspansjon og organisasjonsendring: Ei analyse av frivillige organisasjonar si rolle i arbeidet mot tuberkulosen*. Hovedoppgave i sammenliknende politikk ved Universitetet i Bergen

Jacobsen, Asle P. (2005): *Fra sinnelag til system – om å benytte verdier i ledelse av diakonal praksis*. Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni ved Universitetet i Oslo

Kramer, Ralph (1981): *Voluntary Agencies in the Welfare State*. Berkeley: University of California Press

Lorentzen, Håkon (1994): *Frivillighetens integrasjon: Staten og de frivillige velferdsprodusentene*. Oslo: Universitetsforlaget

Lorentzen, Håkon (2003): "Velferdskommunen og de frivillige organisasjonene. Dugnad, engasjement og velferd". Institutt for samfunnsforskning Notat KOU 2003:2, internettversjon ISF AR 2003:1

Lorentzen, Håkon og Per Selle (2000): "Norway: Defining the Voluntary Sector". Rapport Institutt for samfunnsforskning 14-2000

Kuhnle, Stein (1983): *Velferdsstatens utvikling. Norge i komparativt perspektiv*. Bergen: Universitetsforlaget

Kuhnle, Stein og Per Selle (red.) (1991): *Government and voluntary organization: A relational perspective*. Aldershot: Avebury

Onarheim, Gunnar (1988): *Ei analyse av frivillige organisasjonar sitt arbeid for funksjonshemma*. Hovedoppgave i sammenliknende politikk ved Universitetet i Bergen

Salamon, Lester A. (1995): *Partners in Public Service: Government-Nonprofit Relations in the Modern Welfare State*. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Salamon, Lester M., H. K. Anheier, R. List, S. Toepler, S. W. Sokolowski & associates (1999): *Global civil society: dimensions of the nonprofit sector*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Center for Civil Society Studies

Selle, Per (1996): *Frivillige organisasjoner i nye omgjevnader*. Bergen: Alma Mater

Selle, Per (2006): "Sivilsamfunnet og bistandspolitiske utfordringer". I *Nye roller for frivillige organisasjoner i utviklings samarbeidet*. Utredning fra utvalg oppnevnt av Utenriksdepartementet, overlevert 15. juni 2006

Sivesind, Karl Henrik, Håkon Lorentzen, Per Selle og Dag Wollebæk (2002): "The Voluntary Sector in Norway. Composition, Changes, and Causes. Institutt for samfunnsforskning Rapport 2002:2

Wollebæk, Dag, Per Selle og Håkon Lorentzen (2000): *Frivillig innsats*. Bergen: Fagbokforlaget

Wollebæk, Dag og Per Selle (2002): *Det nye organisasjonssamfunnet: demokrati i omforming*. Bergen: Fagbokforlaget

## **Appendiks I: Definisjoner fra Statistisk sentralbyrå**

### **Regionale helseforetak**

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenestene, som ble organisert under fem regionale helseforetak (RHF). Staten overtok eierskapet av de fylkeskommunale sykehusene og institusjonene, mens RHFene inngikk driftsavtaler med sykehus og institusjoner eid av stiftelser, samt en del kommunale institusjoner.

### **Spesialisthelsetjenesten**

Omfatter somatiske og psykiatriske sykehus og institusjoner, rusbehandling, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

### **Somatiske sykehus**

Er "vanlige" sykehus, altså ikke-psykiatriske. Med dagopphold forstås planlagte innleggelser uten overnatting. Behandlingen som gis er mer omfattende enn poliklinisk behandling.

### **Helseutgifter**

Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Utgiftene kan finansieres både av offentlige og private kilder, inklusive husholdningene. Som helseutgifter regnes eksempelvis husholdningenes kjøp av briller og ortopedisk utstyr, legemidler, tannhelsetjenester, legetjenester, forbruk av fysioterapi og andre helsetjenester, folketrygdens refusjoner i forbindelse med bruk av helsetjenester samt det offentliges utgifter (netto) til drift av sykehus og primærhelsetjenesten mv. Også offentlige utgifter til helseforebyggende tiltak og administrasjon av helsetjenester er inkludert. Likeledes inkluderes utgifter til drift av private sykehus mv. utover det som dekkes over offentlige budsjetter. Helseutgiftene omfatter også deler av utgiftene til pleie- og omsorgsformål. Ifølge de internasjonale retningslinjene skal dette gjelde den delen av pleie- og omsorgsutgiftene som kan spesifiseres som helserelaterte. Det betyr at omsorgstjenester som for eksempel praktisk bistand til eldre og funksjonshemmede ikke regnes som helseutgifter. Tilsvarende skal helseutgifter som er en del av rusmiddelomsorgen regnes med. De viktigste kildene for å beregne helseutgiftene er offentlige regnskaper, regnskap fra offentlige helseforetak og fra private sykehus. Utgiftene er definert i henhold til internasjonale retningslinjer gitt i "A System of Health Accounts" (OECD 2000).



**Appendiks II:  
Partiene om de ideelle organisasjonene**