

1. Innledning

Et kort riss av utviklingen

Det første norske helseforvaltningsorgan, Det Kongelige Sundheds-Collegium, ble opprettet ved kongelig resolusjon den 27. juni 1809. Det ble opprettet som et midlertidig organ. Det var en del av den norske forvaltning som napoleonskrigene og blokaden av farvannene mellom Danmark og Norge gjorde det nødvendig å opprette. Sunnhetskollegiet var slik sett i prinsippet en forlengelse av den eldre dansk-norske helseforvaltning, som vi iallfall kan si går tilbake til dannelsen av Collegium Medicum i 1740.

Sunnhetskollegiet ble et midlertidig organ, men dets oppgaver ble ikke igjen overtatt av det danske Sunheds-Collegium, opprettet i 1803, og dets overordnede organ Danske Cancellie. Napoleonskrigene førte til at Danmark måtte avstå Norge til Sverige (Kielfreden 1813), men også til at Norge for de fleste formål, etter begivenhetene vinteren og våren 1814, ble innenriks-politisk selvstendig. I det selvstendige Norge var det ikke plass for enevoldstidens kollegiestyre, og Sunnhetskollegiet, som alle andre kollegier, ble avvirket. Det skjedde ved kongelig resolusjon av 25. mai 1815. Sunnhetskollegiets oppgaver ble overtatt av et Medicinal-Bureau som ble opprettet i det nye 3die Departement, et politidepartement. Byrådet ble i 1819 flyttet til Departementet for Kirke- og Underviisningsvæsenet.

De viktige milepæler i den videre utvikling er disse: I 1846 ble Medisinalbyrådet flyttet til det nye "moderniseringsdepartement", Departementet for det Indre. I 1858 fikk byrådet en ekspedisjonssjef som sjef, og for første gang var byrådets sjef en lege. Fra 1875 ble ekspedisjonssjefens tittel endret til medisinaldirektør. Direktøren fikk selvstendig myndighet i noen saker. Han ble altså slik både avdelingssjef og selvstendig fagdirektør. Fra 1891 ble Direktøren flyttet ut av Departementet. Siden 1878 var det blitt Justits- og Politidepartementet. Den utflyttede direktør fikk ansvaret for et medisinaldirektorat. I Departementet ble et medisinalbyrå værende igjen, et byrå som etter hvert ble kalt avdeling og i 1917 fikk en juridisk ekspedisjonssjef som sjef.

Under krigen (fra 1.7.1941) ble de to enhetene samlet i en helseavdeling, med Medisinaldirektøren som sjef, samtidig som den frie norske helseforvaltning fortsatte som en samlet enhet i London (Stockholm og Washington), med den "gamle" medisinaldirektør, Karl Evang, som sjef. Etter krigen fortsatte helseforvaltningen som samlet enhet under Evang, fra 8. mai 1945 kalt

Helsedirektoratet. Dette organ var, etter formell beslutning 12. mai 1948, delvis en avdeling i Sosialdepartementet, som medisinalforvaltningen hadde ligget under siden 1913, og delvis et ”selvstendig” fagdirektorat. Dets leder var i det første henseende ekspedisjonssjef, i det annet, helsedirektør. I 1983 ble Direktoratet flyttet ut og i virkeligheten delt. Storparten ble flyttet ut og fortsatte under navnet Helsedirektoratet. Den mindre del ble kjernen i en ny helseavdeling i Sosialdepartementet. På ett vis gikk man slik tilbake til ordningen som hadde virket fra 1891 til 1940. På et annet vis ble denne omorganiseringen den langsomme begynnelse på en mer dyptgående endring, en endring som skulle føre til en sterkere grad av spesialisering av helseforvaltningen.

Fagdirektoratet, altså Helsedirektoratet, ble gradvis omdannet til et tilsynsorgan, mens Departementet tok over stadig flere av de mest typiske direktoratsoppgaver. Direktoratets omdannelse til tilsyn ble formelt stadfestet fra 1994. Fortsatt forble imidlertid det tidligere direktorat i noen grad et direktorat. Omordningen ble bragt til en foreløpig konklusjon i 2002, da de resterende direktoratsoppgaver ble overført fra Helsetilsynet til det nye Helsedirektoratet, inntil våren 2008 kalt Sosial- og helsedirektoratet. I forbindelse med denne omordningen ble mange direktoratsoppgaver overført fra Departementet til det ”gjenoppfunne” direktorat. I tillegg ble forvaltningsoppgaver som var spredd på en rekke andre, små forvaltningsorganer, overført til Direktoratet. Fra 2002 var slik den gamle ordningen med en departementsavdeling, nå etter hvert med flere sådanne, ja, med et helt departement, og et fagdirektorat, på et vis gjenopprettet. Men samtidig var tilsynsoppgaven for første gang skilt ut. Statens helsetilsyn ble mer og mer et rent, stadig mer spesialisert og profesjonalisert, fagtilsyn for helsevesenet, fra 2003 også for sosialvesenet. I juni 2009 fortsatte denne sektorielle utvidelse i sosial retning, i det det ble bestemt at Helsetilsynet skulle ha tilsynsansvaret for barnevernet (fra 1. januar 2010).

Det bør nevnes at alle fagtilsynsoppgaver med dette ikke ble samlet i Helsetilsynet; tilsynet med legemidler og mat, og med ”stråler”, og med dem som hadde med legemidlene, maten og strålene å gjøre, ble liggende i andre organer. Omdannelsen av det gamle Folkehelseinstituttet (SIFF) til Nasjonalt folkehelseinstitutt, representerte også en sterkere grad av utskillelse, spesialisering og profesjonalisering av den epidemiologiske overvåkningsoppgaven, eller, om man vil, den samfunnsdiagnostiske oppgaven, og av noe av forvaltningen av den ”prekliniske” intervensjon (det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid).¹

I forbindelse med omordningene som tok til i 1983 skjedde det også en spesialisering på politisk nivå, en spesialisering som delvis er en forutsetning for den oppgavespesialisering som skjer på forvaltningsnivået. Den startet i 1992 (4.9.), da det kom en egen statsråd for helsesaker, og Sosialdepartementet ble omdøpt til Sosial- og helsedepartementet. Det fortsatte da det ble opprettet et eget Helsedepartement fra 2002, fra 2004 (1.10.) kalt

1) Dette er ikke hele bildet, som vi siden skal vise. Her har vi pekt på hovedlinjene i utviklingen.

Helse- og omsorgsdepartement. ”Glippen” med å opprette et Sosial- og helsedirektorat i 2002 ble ”rettet” da Direktoratet fra 1.4.2008 ble et rent helsedirektorat. Helsetilsynet bryter imidlertid stadig med denne tendens til helsespesialisering for så vidt som det er forblitt et sosialtilsyn. Vi skal komme tilbake til denne ”anomali” senere.

Vi starter den historiske beretning med å se på de lange linjer i utviklingen fra 1809 til 1940. Vi fortsetter så med å si litt om de viktige endringer som skjedde under krigen og redegjør deretter, mer utførlig, for utviklingen av det evangiske helseforvaltningsregime, altså perioden fra 1945 til 1972, Evangs viktigste tid. Videre omtales Torbjørn Morks regimes første tid, tiden fra 1972 til den vertikale delingen og utskillelsen av den politisk-strategiske oppgave i 1983. Utviklingen etter 1983 behandles i egne rapporter. I denne omgang omtales bare utviklingen av det som fra 1994 blir til Helsetilsynet. Vi ser her først på Direktoratets utvikling frem til 1994. Så tar vi for oss Helsetilsynets utvikling frem til 2002, altså til etableringen av Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Vi redegjør deretter for Helsetilsynets utvikling i perioden fra 2002 til 2009. Til slutt ser vi fremover og antyder noen perspektiver, dog uten å trekke konklusjoner hverken med hensyn til sannsynlighet eller ønskelighet.

På et senere tidspunkt vil vi fylle ut bildet og behandle også de andre helseforvaltningsorganenes utvikling etter 1983.

Styrings- og forvaltningsregimer, spesialisering og profesjonalisering

Vi skal se på utviklingen med utgangspunkt i tre prosesser, en vertikal og en horisontal spesialiseringsprosess og en profesjonaliseringsprosess. Vi skal vise at utviklingen i viktige henseender preges av nettopp det, spesialisering og profesjonalisering. Spesialiseringen kan sees på som en del av profesjonaliseringen, men vi skal allikevel her diskutere dem hver for seg, dog se på dem som ulike sider av samme sak. Generelt kunne vi altså tale om en profesjonalisering, eller *modernisering*: Teori, eller systematisert kunnskap, preger i stigende grad utviklingen. Utviklingen er imidlertid ikke entydig. At teori overtar for praktisk basert erfaring, eller ”sunn fornuft”, er nok hovedtendensen, men det er stadig slik at den sunne fornuft spiller en rolle, og mest tydelig gjennom politikken, den ”siste” sfære for legitim legmannsutfoldelse.

Profesjonaliseringen er knyttet til ulike typer teori, medisinsk og helsefaglig på den ene side og styrings-, ledelses- og forvaltningsfaglig på den annen side. Vi skal legge vekt på hvordan utviklingen preges av dragkamp mellom teoriene og deres representanter, men også mellom teorieregimene og det politiske legmannsregime. Før vi redegjør nærmere for dimensjonene vi skal ta utgangspunkt i, spesialisering og profesjonalisering, skal vi kort presentere de fire viktige styringsregimer – det som har utgangspunkt i medisinen, det medikratiske, de som har utgangspunkt i jusen og økonomikken, det rettsstatlige og det nyttestatlige og endelig det som har utgangspunkt i

folkeligheten, det politiske regime, ”politokratiet”. De tre første regimer representerer teorien og det profesjonelle, og slik sett det moderniserende. De representerer imidlertid ikke bare det moderniserende. De bærer, spesielt de to første, også noe tradisjonelt, eller noe legmannsaktig pseudoaristokratisk, i seg.

Etterhvert svekkes dette aristokratiske innslag og regimene blir i stigende grad modernistiske, omenn aldri helt modernistisk. Den aristokratiske verden bevarer sin tiltrekningskraft, om den enn får et tydeligere preg av narraktighet, snobberi og egeninteressestrev. Men om de tre regimer på ulike vis representerer moderniteten, representerer de også ulike måter å forstå og virkeliggjøre den på: De blir, og forblir, rivaliserende regimer. De i prinsippet lege politikere får, som den øverste makts representanter, både oppmannsrollen og en, til tider, teoriskeptisk, ja, nesten antiintellektualistisk, egenstyringsrolle.

Styrings- og forvaltningsregimene

Medikrati

Det medikratiske regime representerer styringsimplikasjonene av den medisinske teori, den klinisk medisinske og den profylaktisk og ”salutogene” medisinske. Kjernen i den medikratiske styringsordningen er at de som kjenner denne teorien, ja, har den i kroppen, leger, skal lede. De skal, idealistisk uttrykt, lede fordi de arbeider med utgangspunkt i et ”praktisk” basert verdimandat det er nokså almen oppslutning om, helse eller sunnhet. Verdimandater er praktisk basert for såvidt som det springer ut av den verdifornemmelse møtet med den syke skaper i legmannen liksåvel som i legen. Leger skal videre lede fordi det å gjøre dette verdimandat til virkelighet, direkte gjennom medisinsk tjenesteytelse, og indirekte gjennom organiseringen, finansieringen og ledelsen av denne tjenesteytelse, først og fremst er et medisinsk, eller indirekte medisinsk, spørsmål. Det følger videre av dette resonnement at de leger som skal lede ikke bør forlate klinikken (eller ”preklinikken”); da vil de etterhvert tape forutsetningene for å kunne styre og lede på en medisinsk fundert måte. De som skal styre og lede må derfor befinne seg i en ”heispreget” situasjon. De må samtidig være endel av (pre)klinikken og kontoret (det skal styres og ledes fra). Det må de hvis de skal forvalte hele helsevesenet, men det må de også hvis de skal lede en helseinstitusjon eller en klinisk avdeling.

Vi må differensiere denne beskrivelsen noe, og på en prinsipielt viktig måte. Denne medikratiske forståelsen av styring og ledelse baserer seg på en ”praktisk”, ikke en teoretisk, måte å forstå styring og ledelse på. Den praktiske måten å forstå på innebærer at styringen og ledelsen springer ut av en løpende ”samtale” med praksis, eller, om man vil, av mer eller mindre bevisst, men ikke systematisert, prøving og feiling. Denne måten å forstå på innebærer altså at styring og ledelse ikke kan gjøres til gjenstand for vitenskapeliggjørelse, og ”fanges” som teori, som dokumenterte prosedyrer og oppskrifter. Tradisjonelt har der vært et vesentlig innslag av praktisk

kunnskap også i medisinen. Legen har praktisert med utgangspunkt i en lære, en teori, men denne har til dels vært nokså almen og har ikke bare muliggjort, men krevet, praktisk tilpasning og skreddersyng. Slik har legen personliggjort sin kompetanse. Den har bestått av en mer eller mindre vel integrert og god blanding av teori og personlig preget erfaringskunnskap.

Med utviklingen av medisinen som teori blir vitenskapen mer og mer dikterende overfor klinikerne, og rommet for skjønn innsnevres. At noe er dokumentert betyr ikke at legen har erfart det, men at ”dobbeltblinde”, kontrollerte studier har vist det. Slik får man en teoribasert styring og ledelse innad i medisinen, en styring og ledelse som kan utvides i systemisk retning og gi grunnlag for helt almen institusjonell styring, en styring som da også er dokumentert av teoretikere. Også dette kan være en legelig styring og ledelse, og for så vidt medikratiske. Vi skal imidlertid omtale slik teoribasert styring og ledelse som planmedisinsk, eller planmedikratiske. Den impliserer en tydelig adskillelse av styrings- og ledelsesoppgaver, enten de er direkte eller indirekte klinisk styrende, fra kliniske oppgaver. En slik planmedikratiske styring og ledelse er imidlertid bare et skritt på veien fra legestyring og legeledelse til helt alment profesjonalisert styring og ledelse. Vi skal omtale det praktisk baserte legestyre som tradisjonelt medikratiske styre, og legge til at det fantes, og finnes, både i offentlige og ulike typer private varianter.

Det medikratiske regime er et regime begrenset til én sektor av samfunnet, den medisinalen. I den grad medisinalvesenet er offentlig, og i overordnet forstand vil det jo i betydelig grad måtte være det, kan man tale om en medisinalstat, eller medisinaldelstat. Medisinalstaten skal vokse frem nedenfra, og være forankret der, altså i medisinalvesenet og medisinen. De øvrige regimer vi skal omtale er ”ekte” styringsregimer og har slik almene implikasjoner for staten.

Rettsstat og rettsforvaltning (“jurokrati”)

Rettsstat betyr styre og forvaltning gjennom lover. Denne stat innebærer dermed også at det skal være styre ved de lovkyndige, altså jurister. Ideen om rettsstaten gjør slik jusen til statsvitenskapen. Drevet til sitt ytterste innebærer ideen at jurister også skal lage og vedta lovene. Slik sett impliserer den den amatørmessige politikks opphevelse. I mer modifisert forstand innebærer den at lover kan vedtaes av politikeramatører, etter at de er konsipert av lovkyndige: Når politikere bare vedtar helt almene lover hindres de i å opptre spesielt særinteresseopptatt eller på andre måter vilkårlig. Lovene bør imidlertid være mest mulig ”stående”, altså uforanderlige. Slik garanteres det som er rettsstatens viktigste verdi, forutsigbarhet.

Rettsstaten, eller juriststaten, kan utformes på ulike vis. Den vi nettopp har beskrevet er den historisk første. Den vokste frem i Vest-Europa i annen halvdel av det 18. århundre som en del av den almene modernisering og som uttrykk for ønsket om å temme det vilkårlige, kongelige statsstyre. Teorien om denne staten kom etterhvert til å fungere som en bremse for den stadig

mer demokratiserte stats utfoldelse. Vi kan se på teorien som en høyreliberal teori om rettsstaten. Den impliserte at samfunnet for øvrig, altså privat-samfunnet, skulle være den dynamiske del av samfunnet. Staten skulle spille en tilretteleggende og ordensoppretholdende rolle.

Rettstatsteorien fikk etterhvert en mer venstreliberal utgave. Etter denne kan staten også spille en mer aktiv rolle, men en rolle som ikke er ”vilkårlig” og interessepreget. Den aktive rollen skal være knyttet til tydelige mål, i siste instans til en almengjort samfunnsnytte. Teorien sier imidlertid samtidig at styret stadig skal være lovfundert og skje i regi av jurister. Under denne teoriutgaven taper imidlertid loven noe av sitt ”stående” og ”hellige” preg. Den får en mer instrumentell rolle. Loven kan derfor stadig endres, bare det skjer etter almene (prosessuelle) regler, som har et mer ”stående” preg.

Rettsstaten skal virke og er bygget opp langt på vei som en domstol. Den konkretiserer lover. Den gjør det selvsagt gjennom enkeltbeslutninger. Den gjør det imidlertid også gjennom forskrifter og andre regler og veiledninger; tidligere også kalt forordninger, reskripter, plakater og resolusjoner. I tillegg har det altså den, langt mindre hyppige, (politiske) rolle å utarbeide (forslag til) nye lover.

Saksbehandlingen og ”domsavsigelsene” foregår ikke på den vanligste domstolsmessige måte, gjennom ”rettssaker”, med en kollektiv rett. Den foregår i prinsippet uten ”aktor” og ”advokater”. Alle saksbehandlere er ”dommere”. De behandler også sakene trinnvis og individuelt. Beslutningene, ”dommene”, felles til slutt av den siste saksbehandler. Denne befinner seg høyt oppe, eventuelt øverst, i det presist utformede hierarki statsforvaltningen er. Rettsstatens representanter skal altså være lovkyndige. De skal være ansatt, og forfremmes, på grunnlag av juridisk kyndighet. De skal være ansatt på fast lønn. De skal, mer alment sagt, være ansatt på slike premisser at de fatter beslutninger bare på grunnlag av sakens fakta og jusens krav. De skal, som ”andre dommere”, ha ”bind” for øynene. Etter at juristene selv hadde utviklet denne teori som juridiske prinsipper, utformet den tyske sosiolog Max Weber (1864-1920) den som sosiologisk og politologisk empirisk teori, en teori om byråkratiet.² Han utviklet denne teorien mot slutten av sitt liv; hans hovedverk kom ut posthumt.

Rettsstaten har en tydelig front ikke bare mot det diskresjonære politikerstyre, men også mot et fagstyre som medikratiet. For juristen er medikratiet et interessentstyre, et partisk styre. Partiskheten understrekes, mener juristen, ved at den medisinske leder både skal være en del av klinikken, hvor partiskheten skapes, og av forvaltningen, hvor lederen skulle heve seg over det partiske. Den medikratiske heisposisjon, for ledere så vel som for organer, er rettsstatlig uakseptabel.

2) Han var døpt som Maximilian Carl Emil Weber, og var eldste sønn av en liberal politiker og embedsmann, Max sr. og en moderat kalvinist, Helene. Hans teori om byråkratiet ble presentert i *Wirtschaft und Gesellschaft* (1921), del III, kap. 6. På engelsk: *Economy and Society* (oversatt og redigert av Guenther Roth and Claus Wittich), New York: Bedminster Press, 1968. På norsk: Egil Fivelsdal, red., Makt og byråkrati – essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier, Oslo: Gyldendal, 2000.

Nyttestat og nytteforvaltning ("økonokrati")

Nyttestaten, som vi, ukonvensjonelt, har valgt å kalle den, er en stat som er opptatt av å nå mål for samfunnsutviklingen, i første rekke samfunnsnytte, gjerne definert økonomisk. Spesialiserte deler av staten, der ulike spesialfag preger utviklingen, er ofte i stor grad målorientert, men orienteringen gjelder mål for disse delene. Det er tilfelle for de tekniske sektorer særlig, men gjelder i noen grad også helsevesenet, primærnæringene, skolen og utviklingshjelpen. I nyttestaten sees disse virksomheter på som nettopp delvirksomheter: Deres mål må integreres i et samlet og samlende samfunns-mål, et samfunnsnyttmål. Det er økonomikkens rolle å sørge for dette, altså å gjøre staten til en nyttestat.

Også denne staten finnes i to utgaver. I den første er statens rolle å bestemme rammebetingelsene og passe på at de, iberegnet konkurranse-reglene, overholdes. Tanken er i dette tilfelle at samfunnsnyttens nåes best ved at privatsfæren, med markedet som dets "offentlige" uttrykk, får virke mest mulig fritt – innen de offentlig skapte rammer. Etter den annen utgave skal staten være mer direkte styrende. Man kan si den reflekterer det syn at den ikke tror markedet, på grunn av markedssvikt av ulike slag, i seg selv er nok til å maksimere samfunnsnyttens; men til dels vil den også reflektere en noe annen forståelse av samfunnsnyttens enn tilfellet er for den første nytte-staten. Således vil den som regel forstå samfunnsnytte på en mer egalitær måte enn den første nyttestaten.

Den første statsutgaven er naturligvis rettsstaten. I dette tilfelle faller altså rettsstaten og nyttestaten langt på vei sammen. Begrunnelsen for dem kan imidlertid variere: Økonomenes begrunnelse for rettsstaten er først og fremst nytteorientert, eller utilitaristisk, mens juristenes er normativ-idealistisk, eller pliktetisk.

I den rettsstatlige nyttestaten trenger man først og fremst jurister, men de økonomer man trenger, for å gi tekniske råd om utformingen av ramme-betingelsene (markedsdannelsen), vil være få og de vil spille en underordnet rolle. Denne rettsstatlige nyttestaten vil selvsagt være byråkratisk bygget opp. I den andre nyttestatsutgaven, planstaten, ikke bare trengs økonomer, de blir de sentrale statsrepresentanter. Også i denne staten trengs jurister, for driften av planstaten må skje etter (instrumentelle) regler, og være organisert byråkratisk. Men den løpende, målorienterte planutvikling har forrang; den fører til stadige endringer i driftsreglene. Planutviklerne, de egentlige statsledere, kommer derfor over juristene, i stadig skiftende sammensatte planstabler og i strategiske ledergrupper.

Begge teoriene om nyttestatene har front mot den løpende, amatørmessige politikk. Etter teorien om den rettsstatlige nyttestat er problemet at den skjønsmessige politikk representerer et mulig element av (vilkårlig, interessepreget) inngripen som svekker markedenes virkemåte. Etter teorien om planstaten er problemet at den skjønsmessige politikk skaper måloppstyking og målforskyvning. Men etter disse teorier behøver ikke politikken og

det ”subjektive” helt forvises. Som for den juridiske rettsstatsteori kan en politikk begrenset til (forsiktig) lovgivning godtaes. For planteorien kan en politisk medvirkning når det gjelder å bestemme samfunnsnyttens (almene) innhold godtaes. Anderledes sagt: For både jurister og økonomer kan politisk medvirkning godtaes så lenge den forblir teori-preget; altså veiledet, av jurister og av økonomer. Det er ikke tilfeldig at premissgiveren for planstaten etter Den annen verdenskrig, økonomiprofessor Ragnar Frisch, mente at fagfolk (økonomer) kunne redusere behovet for politikk til et minimum, nemlig de siste, eller første, vurderingsspørsmål.

Rettsstatsøkonomene trenger medisinsk kompetanse for å utforme rammebetingelsene for helsevesenet, men i en underordnet rolle. De vil i stor grad gå imot medikratiet av samme grunner som rettsstatsjuristene.

Planstatsøkonomene trenger medisinsk kompetanse for å lage planene for helsevesenet, men medisinerens rolle forblir her underordnet. Å akseptere medikratiet er for planøkonomene å akseptere at staten formålmessig fragmenteres og å legge til rette for unødig politikk, altså dragkamp, mellom de ulike deler av staten.

En politisert stat (“politokrati”)

En politisert, eller politisk, stat er en stat preget av politikere. Politikerne kan ha blitt det i kraft av arv, som konger, i kraft av revolusjon, statskupp eller en annen form for ren maktkamp, som diktatorer, eller med utgangspunkt i mer eller mindre demokratiske valg. Vi skal ta utgangspunkt i det siste.

Politikere er ikke utdannet til å bli politikere. Som politikere har de i prinsippet ingen teoretisk bakgrunn. Sett fra et moderne-teoretisk utgangspunkt er de slik sett amatører, selv om en del politikere kan ha skaffet seg styringsrelevant teoretisk utdanning. Hva normative holdninger angår kan de variere meget, men spesielt viktige er gjerne, særlig i etablerte indirekte demokratier, deres velgeres interesser. Interessene kan være mange, men har gjerne et (økonomisk og geografisk) egeninteressepreg. De reflekterer også, omenn i varierende grad, kulturell og etnisk identitet. Slike interesser spiller en viktig rolle for politikere først og fremst fordi de først skal velges og så gjenvelges. Politikere fremstår slik som provinsielle amatører, i kontrast til de, i prinsippet, almeninteressesemotiverte styringsekspertene, juristene og økonomene. Politisk beslutningsfatning i nasjonalforsamlingen (Stortinget) og andre beslutningsfora, blir slik preget av polemikk, forhandlinger, tautrekning, alliansebygging og ”kjøp og salg” av stemmer (”hestehandel”), i kontrast til den, i prinsippet, analytisk pregede fagforvaltning. Disse amatørerne lærer også, men de lærer gjennom praksis, gjennom politisk deltagelse i valgkamper og i beslutningsfora. Slik sett er de som de gamle håndverkere; deres lærdom er basert på prøving og feiling, på gode råd og imitering av de mer erfarne, ikke på læring gjennom skolen.

Men dette bilde, som dog preger mye av den politiske samfunnsforskning, er for ensidig. Teorien spiller en ikke ubetydelig rolle også i politikken. Politikken er organisert i partier, og partiene er delvis en slags

politikerskoler. Politikerne har stadig mer utdannelse og mange har en høyst styringsrelevant utdannelse. De valgte politikerne må daglig forholde seg til styringsekspertter, spesielt gjelder det regjeringspolitikkerne, men i stigende grad også parlamentspolitikere – gjennom de eksperter partiene ansetter. Det tilflytter dem på disse måter, direkte og indirekte, mye teori, og spesielt juridisk og økonomisk teori. Den er nok ofte nokså teknisk preget og knyttet til avgrensede saksforhold. Politikerne har imidlertid noe å knytte denne kunnskapen til, og kan slik fremstå som mer ”helhetlig” orientert og mer almeninteressemotivert. De har ideologiene. Disse er forenklete teorier om hvordan samfunnet virker og om hvordan det kan og bør styres. I betydelig grad er ideologiene kommet fra personer som tidligere fremstod som filosofer, men hvis etterkommere i dag er samfunnsvitere av ulike slag. Dette letter selvsagt ”amatørens” læring av dagens mest aktuelle teori. Ideologier er altså forenklete og ofte folkeliggjorte samfunnsvitenskapelige teorier. Man kan også si det slik: Teoriene er raffineringer av ideologiene.

Fagfolkene, ikke minst i forvaltningen, forsøker stadig å få politikerne til å lære mer og til å fagliggjøre sine teorier, mens politikerne hele tiden vegrer seg mot å gi for mye etter. De kan ikke bli rene ideologer, enn si teoretikere, for de skal jo stadig gjen/velges. Politikerne utøver derfor et stadig, men svingende, trykk på den profesjonaliserte del av staten, forvaltningen, for å fragmentere og provinsialisere den. Det er det samme som kommer til uttrykk når politikere sees på som pragmatikere mer enn som ideologer (og teoretikere), eller når statsviteren og økonomen Charles E. Lindblom, for et halvt århundre siden, i en minneverdig artikkel omtalte politikken som ”the science of muddling through”.³ Lindblom omtalte forøvrig, sammen med filosofen David Braybrook, noe senere politiske beslutninger i stabile demokratier som uttrykk for ”disjointed incrementalism”. Man kan ellers, mer alment, konstatere at statsvitere har vært tiltalt av dette forsiktig-pragmatiske syn på ”god” politikk som går tilbake til David Hume og Edmund Burke: Det rettfærdiggjør politikken som demokratisk-folkelig, altså praktisk basert, virksomhet. Slik sett har de gitt den teoriskeptiske amatørisme hva gjelder styring, en slags teori.

Det politiske regime er i praksis ikke et alternativ til det juridiske og det økonomiske regime. Det skal virke sammen med, men formelt ”over”, disse: Det er et overordnet, ”normativisert” beslutningsregime. Det politiske regime og forvaltningsregimene vil imidlertid i praksis både ”konkurrere” om innflytelse og posisjoner og de vil ofte overlape hverandre. Prinsipielt kan de også betraktes som potensielt almene. Rettsstaten og planstaten kan generaliseres; de har et apolitisk, om ikke antipolitisk, potensial. Men også den politiske stat kan generaliseres, altså gjøres helt ”praktisk” ”håndverkeraktig”. Det er ikke tilfeldig at mange statsvitere har understreket at forvaltningen fungerer langt mer ”politisk” enn jurister og økonomer vil ha det til, eller anbefaler; ja, at den *må* fungere svært politisk, eller normativt. Hvorom alt er, forholdet mellom de ulike ”stater”, eller regimer, vil svinge: det politiske regime vil i perioder ekspandere og ta over deler av forvaltningen og i

3) Lindblom, Charles E., 'The Science of Muddling Through', *Public Administration Review*, b. 19, 1959, ss. 79–88.

andre perioder trekke seg tilbake, og slippe fagregimene mer til. Det politiske regime og forvaltningsregimene kan imidlertid også ”ruste opp” parallelt. Det har skjedd etter Den annen verdenskrig i Norge: Det er blitt flere statsråder, men særlig stadig flere statssekretærer, politiske rådgivere og sekretærer. Vi ser også at politikere i økende grad går inn i overordnede forvaltningsstillinger og lederstillinger i offentlige virksomheter og foretagender av ulike slag; der tales i slike sammenhenger av og til om ”politiske utnevnelser”. I lokalpolitikken har politikerne tradisjonelt spilt en svært aktiv forvaltningsrolle og, gjennom fagkomiteer, til dels drevet nokså konkret saksbehandling.

De faglige regimer innebærer at praktisk og normativt skjønn skal reduseres mest mulig, og erstattes av presis lovkonsepsjon og lovanvendelse (subsumpsjon) (jus) eller presis planlegging og planverksettelse (økonomikk). Det politiske regime innebærer at det praktiske og normative skjønn bevares og tildels utvides. Politikere vil sette konkrete spor etter seg. Det er slike spor som sikrer gjenvalg og politisk status. Men der er en tvetydighet i politikken: Politikere, spesielt politikere med statsmannsambisjoner, vil gjerne også binde fremtiden, gjennom lover og planer, og kan slik komme til å styrke fagstyrene. Men ”partikularismen” står sterkt i politikken. Det ser vi særlig i USA, hvor endog lov- og planbeslutninger får geografiske eller andre ”interessetilføyelser”: Gjennom tilføyelene sikres mektige lovgiveres distrikter særfordeler (”pork barrel politics”).

Spesialisering og profesjonalisering

Vertikal spesialisering

Spesialisering betyr at arbeidsoppgaver stykkes opp og at den som utfører oppgavene får færre oppgaver å konsentrere seg om. Spesialisering betyr derfor (mer og mer) stordrift. Forvaltningen, som en del av staten, er i seg selv uttrykk for en vertikal (hierarkisk) spesialisering: Staten er plassert over andre, som styringsinstans. Innad er staten spesialisert både vertikalt og horisontalt. Alment kan vi si at det er den tiltagende horisontale spesialisering ute i samfunnet, spesielt i arbeids- og næringslivet, som driver denne utviklingen. Fagliggjøring av arbeid fører til horisontal spesialisering, som igjen fører til vertikal spesialisering. Horisontal spesialisering, oppstyking av arbeid, skaper behov for mer og mer samordning, og i stigende grad vil samordningsoppgaven bli spesialisert, og man får vertikal spesialisering. Anderledes sagt: den sentrifugale prosess, den horisontale spesialisering, skaper behov for en sentripetal prosess, en vertikal spesialisering, samtidig som den sentripetale utvikling også gir ny fart til den sentrifugale. Alle organisasjoner blir slik større, og større.

Ikke alle liker denne utvikling. De fag som i hovedsak befinner seg på produktivt nivå, ser på den vertikale spesialisering som truende: Den peker mot en faglighet som er anderledes, men i viktige henseender overordnet, deres egen. Det er derfor leger ”idealtypisk” vil se på den vertikale spesialisering som av begrenset verdi og som underordnet den horisontale: Legen, eller

legespesialisten, bør derfor lede, og ledelsen må sees på som i stor grad praktisk, som basert på sunn fornuft (bondevett, skipperskjønn). Men legen bør også lede fra en bare delvis spesialisert posisjon: Han må primært være medisinsk (klinisk) aktiv, og ha lederoppgaven som en tilleggsoppgave. Han må ha det vi kaller en "heisstatus".

Vi kan her for øvrig konstatere at medisinen ikke adskiller seg fra andre produktive fag: Ved at den stykkes mer og mer opp "ber" den om å komme under mer og mer styring og ledelse. Dens egen profesjonalisering undergraver dens autonomi, dens selvstyre. Vi skal derfor se hvordan den almene profesjonalisering (modernisering) vi omtaler gradvis undergraver den medikratiske baserte forvaltningen.

Legene har altså tradisjonelt ønsket at den vertikale spesialisering ikke skal være for rigid. De har ønsket en heisstatus for seg selv. Man kan si at en slik status også bidrar til å gjøre styringen og forvaltningen mer gjensidig, mer interaktiv. Styringen kan imidlertid også bli mer interaktiv uten at nivå-skillene gjøres diffuse, nemlig ved at de som styrer oppfører seg mer interaktivt. Vi skal se at utviklingen går i denne retning, dog med endel variasjoner: Man ser stadig eksempler på "nyautoritarianisme". Moderniseringen impliserer imidlertid at den mer interaktive lederstil får et mer personlig nøytralt preg. Vi kan føye til, moderniseringen impliserer overhode en mer ikkepersonlig hierarkisk virkemåte (lederstil).

Den vertikale spesialisering representerer altså en utskillelse av styrings- og forvaltningsoppgaver fra den produktive virksomhet, fra forebyggingen, behandlingen og omsorgen i vårt tilfelle. Men ettersom styrings- og forvaltningsoppgavene skilles ut blir også de spesialisert. Man får slik en horisontal spesialisering av vertikale (hierarkiske) oppgaver. Det skaper igjen behov for et nytt styringsnivå, for å koordinere styringen på første styringsnivå. Slik fører også den vertikale spesialisering til at det blir stadig flere styringsnivåer. På toppen, på det siste vertikale spesialiseringsnivå, må det alltid være noen som kan foreta den endelige, overordnede samordning. Det kan være én person, og blant ledelsesteoretikere mener mange at det bør være én, men det kan også være en gruppe, for eksempel et styre eller et kollektiv av lederne på nest høyeste nivå.

Horisontal spesialisering

Den horisontale spesialisering er i hovedsak av to slag, en institusjonell, eller sektoriell, og en funksjonell. Vi kan også si at den første i vårt tilfelle i stor grad er medisinsk og helsefaglig, eller knyttet til typen av helseproblemer og helseutfordringer, mens den annen er styrings-, ledelses- og forvaltningsfaglig. I noen grad vil de to former for spesialisering gå over i hverandre, som vi snart skal se.

Helseforvaltningen er i seg selv institusjonelt basert. Den befinner seg på toppen av helsevesenet, som andre departementer befinner seg på toppen av andre vesener eller (private) sektorer. En videre institusjonell organisering

av departementet betyr at der lages enheter, f. eks. avdelinger, for den helsefremmende og uhelseforebyggende virksomheten, for almenhelsevesenet, for spesialisthelsevesenet, for tannhelsevesenet og for apotekervesenet. Forsåvidt som disse vesener i stor grad reflekterer den helsefaglige arbeidsdeling, vil helsefagenes representanter foretrekke en institusjonelt definert forvaltning: En slik gjør det lettest for dem å ”være i heisen”. De kjenner den tjeneste de skal bestyre bedre enn noen, og styringen må baseres på ulike, pragmatisk integrerte, styringsmåter. At det må styres pluralistisk, og derfor pragmatisk, gjør at legene (helsefagfolkene) ikke vil bli så eksponert for en styringspraksis de ikke behersker. De vil også unngå at styringsmiljøet blir utsatt for styringsfaglig ”imperialisme”.

Den funksjonelle spesialiseringen er gjerne knyttet enten til forvaltningsoppgavene, altså til styringen som sådan, eller til styringsfagligheten. Det har vært, og er, en tendens til at det særlig er det siste som skjer. Man får slik for eksempel spesialiserte former for styring knyttet spesielt til jusen, lovstyring, og økonomikken, mål- eller resultatstyring, men også styring knyttet til bruken av teknisk kompetanse. Man kan slik få faglige stordriftsfordeler: jurister og økonomer kan samles i større miljøer og på den måten raffinere sin styring og forvaltning. En slik ”horisontal” styrings- og forvaltningsspesialisering kan imidlertid skape det problem at de ulike styringslinjer ikke blir godt (nok) samordnet. Som vi har nevnt ovenfor betyr det at der må skapes helhet på nivået over. Spørsmålet er hvem som skal skape denne helhet.

Ingen av styringsfagene anerkjenner et annet som det helhetlig styrende fag. Opprinnelig hadde jusen overtak som styringsfag. Etter 1945 har i stigende grad økonomikken, spesielt ”venstreøkonomikken”, men i perioder også ”høyreøkonomikken”, hatt overtaket. Det reflekterer det moderne samfunns overgang fra idealistisk (deontologisk) til utilitaristisk normativitet, som vi har nevnt. Hvorom alt er, til syvende og sist ender samordningsansvaret utenfor, eller ovenfor, fagligheten, nemlig i politikken, legmannssfæren. I et spesialisierende og profesjonaliserende samfunn betyr det altså at den ender i den sfære som er på defensiven. Men det er ikke tilfeldig at det idag bygges opp utdannelsesstilbud som skal se all fagligheten i sammenheng, og slik i prinsippet kan komme til å utfordre politikken.

For næringslivet har der lenge vært en slik, riktignok fagaggregatpreget, utdanning, nemlig siviløkonomutdannelsen (”business administration”). I USA oppstod det en variant av denne utdannelsen ved endel handelshøgskoler i tiden etter Den første verdenskrig, nemlig utdannelser i ”hospital administration”. Disse utdannelser ble gitt av handelshøgskoler. I løpet av etterkrigstiden ble disse utdannelser til mer almene helseadministrative utdannelser. I Europa vokste slike utdannelser først for alvor frem fra 1980-årene av.

Vi bør legge til at den institusjonelle spesialiseringen etterhånden er blitt mer og mer preget av den funksjonelle prinsipp. I siste instans kan man si at den institusjonelle spesialisering er en spesialisering etter det

den amerikanske administrasjonsteoretikeren Luther Gulick (1892-1993) i mellomkrigstiden omtalte som klientprinsippet.⁴ Prinsippet innebærer at klinikken skal organiseres etter pasientgrupper. Det aller mest klientpregede ville være å ha bare én klinikk(type), for eksempel en (almen)praksis. Medisinens utvikling har imidlertid ført til en stigende medisinsk spesialisering. Den mest klientpregede måte å organisere den spesialiserte del av klinikken på, ville være å gjøre det med utgangspunkt i lidelse eller det organsystem lidelsen er knyttet til. Men etter hvert har medisinen kommet til å spesialisere seg stadig mer funksjonelt, altså etter diagnostisk eller terapeutisk funksjon (oppgave). For så vidt var dette endog en spesialisering som startet svært tidlig, faktisk i Middelalderen, nemlig spesialiseringen i medisinsk og kirurgisk retning.

I vår tid er imidlertid denne funksjonelle medisinske spesialisering drevet meget lenger, og har i tiltagende grad gjort spesialleger til konsulenter. Denne form for spesialisering er en spesialisering som peker utover den tradisjonelle medikratiske måten å organisere (pre)klinikken på og er mer forenlig med den styringsspesialisering vi har redegjort for: "Scientific management" og "scientific medicine" har ideologisk meget til felles, som vi skal se. Vi skal også se at den siste i økende grad vil måtte tilpasse seg den første. Det var også det som skjedde da håndverkene, og siden ingeniørkunsten, ble tilpasset den nye, kapitalbaserte, ledelse: Den industrielle revolusjon er minst like meget en ledelsesrevolusjon som en teknologisk revolusjon. Ledelsesrevolusjonen er dog tilpasset teknologiens logikk.

*

Alment vil vi altså se en utvikling i horisontal forvaltningsspesialisering der det tradisjonelt medisinsk forankrede institusjonelle prinsipp etterhvert viker for ulike funksjonelle prinsipper, særlig de styringsfaglige. De siste vil både være knyttet til de ulike styringsfag, særlig jus (rettsstatlighet) og økonomikk (nyttestatlighet), men etter hvert også til de ulike styringsoppgaver, som samfunnsdiagnostikk, planlegging etc. Det skal imidlertid ta lang tid før vi for alvor får en slik spesialisering. Fullt ut får vi den heller ikke. Det vil si, vi har ikke fått en slik ennå. Det henger sammen med at en institusjonell organisering gir helseinstitusjonene en større grad av helhet i styringen og forvaltningen. Til syvende og sist gir en slik organisering også, i hvert fall i prinsippet, pasientene en mer genuint helhetlig omsorg.

4) Luther H. Gulick III spondret mellom organisering etter formål, etter prosess, etter klienter og etter geografi (sted). Som vi har sett kan inndelingskriteriene i noen grad presiseres i ulike retninger og kan slik fremstå som ikke alltid distinkte. Man kan si at det første kriteriet er lagt til grunn for styringen av helsevesenet som sådant: Helsevesenet er bygget opp rundt formålet helsefremme, og forvaltningen av dette vesen har vært lagt til et eget direktorat eller en egen departementsavdeling; i nyere tid til et eget departement. Geografi spiller en implisitt rolle, for så vidt som forvaltningen gjelder for (helsevesenet i) "området" Norge. Vårt kriterium institusjonell organisering reflekterer Gulicks klientprinsipp, mens vårt kriterium oppgave, eller funksjon, reflekterer Gulicks kriterium prosess. Gulick la frem sine tanker i en samling av artikler han i 1937 utgav og redigerte sammen med kollegaen Lydal Urwick. Kfr. deres *Papers on the Science of Administration*, New York: Institute of Public Administration, Columbia University, s. 15-30. Like etter krigen la Herbert Simon frem et papir der han grep fatt i de "klassiske" prinsippenes, og ikke bare inndelingsprinsippenes, uklarhet og, påstod Simon, inkonsistens. Simons kritikk fikk stor innflytelse og bidro til å diskreditere Gulicks og den klassiske teoriens prinsipper. Kfr. Herbert A. Simon, "The Proverbs of Administration", *Public Administration Review*, årg. 4., nr. 1, 1946, s. 16-30. De klassiske prinsippene har siden fått en renessanse. Gulick anbefalte forøvrig ikke ett av kriteriene som alment bedre enn de øvrige.

Vertikal og horisontal spesialisering: mot en "industrialisert" styring og forvaltning

Det er industrialiseringens logikk som i stigende grad har kommet til å prege vestlige samfunns økonomiske utvikling siden annen halvdel av det 18. århundre. Denne logikk kom først til å revolusjonere varefremstillingen. Siden har den i stigende grad snudd om primærnæringene og stadig flere av de tertiære næringer. Den er nå iferd med å revolusjonere en av de største, og raskest voksende, av de tertiære næringer, helsevesenet. Men det stanser ikke der, for også den "kvartære" næring, ledelses- og administrasjonsnæringen, blir mer og mer preget av industrialiseringens logikk. Denne "næring" ble tidligere sett på som innslag i de tre første næringer. Spesialiseringen av "næringen" gjør at det blir stadig mer aktuelt å omtale den som en næring. I utgangspunktet stod jo denne næring for industrialiseringen, og gjorde det på en måte som i seg selv ikke var spesielt industriell. Etter hvert har imidlertid den industrielle logikk også kommet til å prege mye av den styrings- og forvaltningsmessige, den ledelsesmessige og administrative, virksomhet: Den er blitt teknifisert, og gjerne med økonomikken som utgangspunkt (planutvikling) og jusen som (subsummerende) virkemiddel.

Industrialisering av forvaltningen krever ikke bare at de ulike forvaltningsoppgaver identifiseres, men også at de defineres tydelig og brytes ned i mindre operasjoner og at kravene til operasjonsutførelsen mest mulig standardiseres. Forsåvidt impliserer industrialisering at forvaltningen som organisasjon mest mulig gjøres til en maskin, i ytterste konsekvens befolket av (data)maskiner.⁵ Vi skal ikke her gå inn på operasjonaliserings- og standardiseringsspørsmålene. Det er tilstrekkelig her å se på den grovere oppgavesammensetningen og hvordan oppgavene er knyttet til hverandre, altså kan sies å utgjøre en prosess, om enn en nokså rufsete prosess.

"Først" i styrings- og forvaltningskjedene kommer, kan man si, et knippe av *medisinske* oppgaver, knyttet til behovs- og etterspørselssiden og til tilbudssiden. Oppgavene knyttet til behovs- og etterspørselssiden er samfunnsdiagnostiske og samfunnsprognostiske. Den samfunnsdiagnostiske oppgaven er i stor grad av epidemiologisk-statistisk karakter og omtales ofte som den epidemiologiske *overvåkningsoppgaven*: Stikkordene for denne oppgaven er selvsagt sykkelighets- og dødelighetsforholdene. Sammen med den prognostiske oppgaven kan man si den diagnostiske oppgaven kommer først i forvaltningssyklusen fordi den er (det stadige) utgangspunktet for befolknings-, helse- og sykdomspolitikken. Tilbudsideoppgaven går på den ene side ut på å skaffe oversikt over hvilke prekliniske og kliniske tilbud som finnes. Slik er den altså intervensjonssdiagnostisk. På den annen side

5) Etterkrigstidens største administrasjonsteoretiker, med meget mer, Herbert A. Simon (1916-2001), så for seg at administrative organer i stigende grad kunne automatiseres. Simon var først opptatt av hvordan mennesker løser oppgaver. Han kom til at de, som begrenset rasjonelle, bruker tommelfingerregler, "heuristikker". Han ble etterhvert stadig mer opptatt av å studere disse tommelfingerregler, og via kognitiv psykologi endte han i 1960-årene i informatikken og i arbeidet med å utvikle kunstig intelligens. Arbeidet med både kunstig intelligens og med administrativ automatisering gikk saktere enn Simon hadde tenkt, men det går fremover, og det i en slik grad at det er vanskelig å avskrive muligheten for iallfall en viss grad av administrativ automatisering. Den er kommet et godt stykke der forvaltningen gjelder penger, som i finansinstitusjonene og skattevesenet, men det som skjer her viser at muligheten for at maskiner (maskinprogrammer) kan utformes slik at de kan drive med "subsumpsjon" er til stede. Om Simons tidligere arbeider om automatisering av beslutningsfatning og problemløsning, se *The Sciences of the Artificial*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 1969.

går tilbudssideoppgaven ut på å skaffe oversikt over hvilke tilbud som kommer til å finnes i en nær eller fjern fremtid. Slik er den intervensjonsprognostisk. Vi bør føye til at den kunnskapsoppsummerende rolle tilbuds- overvåkingen kan få, og i nyere tid holder på å få, gjør den både mer normativt rådgivende og i neste omgang direkte styrende. Ettersom det slik opprettes organer for å ivareta denne oppgaven vil de kunne fungere også nedover, altså iverksettende, og slik bli en del, og til dels en nokså selvstendig del, av iverksettelsesorganisasjonen.

De etterspørselsorienterte oppgaver gir altså premisser for hva det kan og bør gjøres noe med, mens de tilbudsorienterte oppgaver gir premisser for å bestemme, eller foreskrive, hva som medisinsk kan og bør gjøres.

De neste oppgavene er de *politisk-strategiske*, eller *planleggende*. De går ut på å gjøre de medisinske og helsefaglige analyser og forslag om til politiske programmer, spesielt gjennom planer, planer som så konkretiseres gjennom lover og budsjetter. Det hele kan, eller skal, starte, men gjør det ikke alltid, med strategiutvikling. Strategier er mer almene ideer eller visjoner. De konkretiseres som planer og programmer. Planleggingen kan sees på som en forvaltningsoppgave; den innebærer å forberede de endelige politiske beslutninger. Samtidig er den gjerne satt igang på politisk nivå, for eksempel av departementets statsråd, som mer eller mindre konkret strategitenkning. Statsråden kan igjen være blitt påvirket av debatten i sitt eget parti eller i den almene politiske debatt. Planprosessen går så over i en endelig *politisk beslutningsprosess*, som kan være preget av lange diskusjoner, medieoppmerksomhet og tautrekning. Prosessen avsluttes ofte formelt med en avstemning; i Norge i Stortinget, det aller øverste politiske beslutningsorgan. Beslutningsprosessen, det overordnede utgangspunkt for styringsprosessen, er slik kollektiv, til dels svært kollektiv, selv om prosessen i noen grad styres av et mindre kollegium, Regjeringen, og spesielt én person, Statsråden.

Det tredje sett av oppgaver er de *iverksettende*, eller, som de også idag kalles, *oversettende*.⁶ Ofte omtales disse oppgaver som forvaltning. Man kan derfor si at de utgjør den mest typiske forvaltningsoppgave. Det er imidlertid ikke noe klart skille mellom de politisk-strategiske og de iverksettende oppgaver, eller mellom ”oppstrøms-” og ”nedstrømsoppgavene”. Generelt kan vi dog si at nedstrømsvirksomheten preges av en økende grad av konkretisering av de tidligere fattede politiske beslutninger. Denne konkretiseringen er sjelden rent teknisk og nøytral. Særlig i første omgang vil der gjerne inngå et betydelig innslag av verdimeessig avklaring og også skjønn hva angår virkemiddelsammensetningen.⁷ ”Politikken” vil derfor være en del av

6) Man kan langt fra alltid tale om en mekanisk iverksettelse av klare beslutninger. Ofte dreier det seg om en oversettelsesprosess, der det må utøves skjønn og gjøres nye utredninger og kanskje forhandles før de overordnede politiske beslutninger, av og til langt om lenge, blir til forvaltningspraksis og endelig til konsekvenser ute i samfunnet.

7) Vi skal også se på det å sertifisere, autorisere og akkreditere fagpersoner og institusjoner som endel av iverksettelsesprosessen, selv om sertifiseringen av institusjoner også kan gå over i det inspiserende og reviderende. Alment vil vi dog si at iverksettelsesprosessen gradvis går over i evalueringsprosessene. De siste kan sees på som en fortsettelse av de første, også i den forstand at de evaluertes (iverksetteres og helsetjenesteyteres) bevissthet om at de blir tittet i kortene påvirker deres adferd.

iverksettelsesprosessen, men ettersom vi kommer nedover i denne prosessen, tynnes politikken gradvis.

Det fjerde og femte sett av oppgaver er knyttet til *kontrollen* av iverksettelsen. Denne gjelder i første omgang en kontroll med dem som skal iverksette politikken lokalt. I neste omgang gjelder den kontroll med dem, institusjoner og fagpersoner, som preklinisk og klinisk skal yte tjenester til samfunn og pasienter. Det er denne siste form for kontroll man gjerne omtaler som *tilsyn*. I Norge var det lenge slik at de lokale iverksettere i noen grad også var pre/kliniske tjenesteytere: De skulle slik i prinsippet både kontrolleres, som iverksettere, og føres tilsyn med, som pre/klinikere. Ja, de skulle også i noen grad selv utføre tilsynet, av seg selv. Vi taler her om distriktslegene. Det tilsyn vi her har nevnt kan vi også se på som et ”indre” tilsyn. Arbeidet for å fremme folkehelsen skjer også gjennom forskjellige former for styring, fra den juridiske til den pedagogiske, av borgere og ulike (andre) ”miljøansvarlige”, bl.a. kommuner og bedrifter. Denne styringen kan også følges opp med tilsyn. Vi skal omtale dette tilsyn som et ytre tilsyn.

Vi skal i det følgende konsentrere oss om det indre tilsyn, men i noen grad også berøre det ytre. Tradisjonelt er ordet ”tilsyn” også brukt i betydningen ”ha omsorg for”. Således ble det i det 19. århundre, og litt inn i det neste, talt om at det offentlige legevesen hadde tilsyn med ulike pasientgrupper, delvis sykdomsbaserte – som de spedalske, de sinnssyke og de tuberkuløse, og delvis økonomisk basert – som de fattige. Man kan si at der også i disse tilfeller kunne komme inn et element av kontroll og tilsyn, eller oppsyn: De syke ble i noen grad ikke bare hjulpet, men passet på – de spedalske og tuberkuløse fordi de var smittefarlige og de sinnssyke fordi de kunne være farlige for seg selv eller andre. Som vi forstår kan denne form for kontroll og tilsyn gå over i den hygieniske kontroll og tilsyn: De mer eller mindre farlige syke var en del av omgivelsene for andre, ikke-syke. Vi kan se på den del av disse omsorger som har preg av kontroll og tilsyn som semi-intern og semi-ekstern: En del av de kontrollerte pasienter kan nesten ha det å være syk som hovedbeskjeftigelse og får mye av sitt liv definert av sin sykdom. De lever i mange tilfeller mer i helsevesenet enn i det ”vanlige” samfunn. Den kontrollpregede omsorg kan for øvrig sees på som en del av den videre ”medikaliseringspolitik”. Som sådan blir den også en del av iverksettelsespolitikken. Vi skal si litt, men ikke meget, om denne form for kontroll og tilsyn. Vi skal spesielt gjøre det med referanse til det 19. århundres annen halvdel og det 20. århundres første del.

Sett fra en forvaltningssynsvinkel kommer selvsagt tilsynet ovenfra. Man kan imidlertid også tale om et slags tilsyn nedenfra, altså fra pasientene, og et utenfra, fra medier og opinion mer alment. Som etterspørre av kliniske tjenester spiller pasienter også en overvåkende, tilsynspreget og vurderende rolle. De gjør det taust, gjennom sine valg, bortvalg og omvalg, av behandlere, og de gjør det talende, gjennom ros og ris.⁸ Risen kan i noen tilfeller

8) Den tysk-amerikanske økonom Albert Hirschman (f. 1915) har sondret mellom de to misnøyereaksjonene som henholdsvis en exit- og en voice-reaksjon. Han omtaler dem også som økonomiske (markedspregede) og politiske reaksjoner. Kfr. hans bok *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge: Harvard University Press, 1970.

komme som offentlig kritikk, endog som søksmål. I en del tilfeller kommer den som klager, til den institusjon eller fagperson pasienten er misfornøyd med, eller til den offentlige institusjon som måtte ha klagebehandlingsmyndigheten. I Norge har det vært tilsynsmyndigheten. Den behandling som så følger er ikke, strengt tatt, et tilsyn, men en vurdering og et ”ettersyn”, som kan resultere både i en pedagogisk oppfølgende og irettesettende behandling og en domstolslignende behandling. I begge tilfeller kan man si at denne behandlingen er reaktiv, mens det egentlige tilsyn, basert på inspeksjoner eller en slags løpende overvåkning, er aktivt, til dels endog proaktivt.

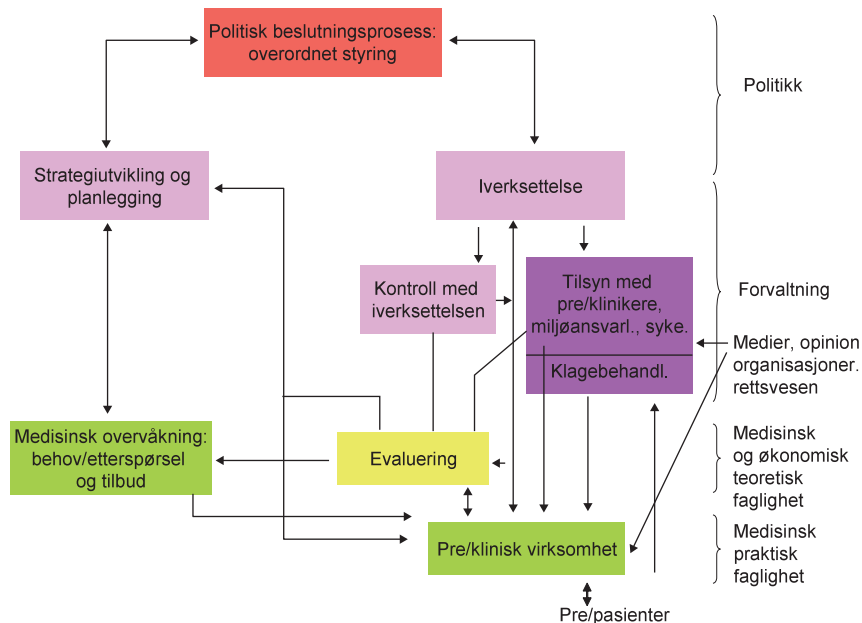
Pasientenes ”tilsyn” og vurdering har som en slags parallell det mer sporadiske tilsyn som skjer gjennom mediene og en del interesseorganisasjoner, for eksempel pasientorganisasjoner. Pasientenes tilsyn kan i spesielle tilfeller resultere i søksmål. Selv om disse former for tilsyn og vurdering i stor grad er amatørpregede og kasuistiske, kan de av og til spille en stor rolle. De kan også spille en rolle ved at de kan påvirke måten det ”ordinære” tilsynet ovenfra skjer på. De kan endelig spille en rolle ved at de virker direkte inn på beslutninger på politisk nivå. Vi har ikke illustrert denne påvirkningen i figuren nedenfor.

Det sjette og siste sett av oppgaver er knyttet til *vurderingen av resultatene*. Disse oppgavene lar seg ikke alltid klart skille fra de kontrollerende oppgavene: Kontrollørene vurderer jo også resultatene av politikken og får slik premisser for å justere eller endre den. Ellers foregår det alltid mye uformell resultatvurdering, basert på politikeres og forvalteres kasuistiske inntrykk, eller interessegruppers rapporter og mediers undersøkende eller mer tilfeldige journalistikk. I nyere tid er det imidlertid blitt vanligere å vurdere resultater på en forskningspreget måte. Slik resultatvurdering omtales gjerne som *evaluering*. Men med evalueringen beveger vi oss gjerne utover de typiske forvaltningsoppgaver. Ordet evaluering innebærer at vurderingsoppgaven er blitt profesjonalisert og gjerne flyttet ut av forvaltningen. Forvaltningen bestiller evalueringer. Den utfører dem ikke selv. Forvaltningen bruker så evalueringens funn og konklusjoner. Konklusjonene blir, sammen med resultatene av den medisinske overvåkning – som evalueringen til dels går over i, premisser for neste omgang med politikk, og ringen er sluttet; det vil si, forvaltnings- og styringsprosessen fortsetter jo å ”rulle”.

Kontroll-, tilsyns- og vurderingsoppgavene ligner hverandre i en del henseender. Med ”prosedyriseringen” og ”kodingen” av så vel forvaltningspraksis som pre/klinisk praksis, med utviklingen av presise resultatmål, og med utviklingen av registrerings- og overvåkningsteknologien, eller om man vil, transparensteknologien,⁹ kan disse oppgaver etterhånden komme til å bli samlet.

9) Se Charlotta Levay og Caroline Waks, red., *Stråvan efter transparens*, Stockholm: SNS Förlag, 2006.

Figur 1.1: Styrings- og forvaltningssyklusen: en oppgaveoversikt



Måten oppgavene er knyttet til hverandre på, altså hele styrings- og forvaltningssprosessen, er skjematisk illustrert i figur 1.1. Til venstre har vi oppstrømsprosessen, til høyre nedstrømsprosessen. For å illustrere at prosessene preges av mye overlapping og interaksjon, er en del prosesser illustrert med piler som peker i begge retninger: Der er ”hvirvler” i ”strømmene”.

Som vi har påpekt flere ganger er det særlig de oppgavene som finner sted under politisk nivå, det røde nivå, som er preget av faglighet. Den oppgaven som lettest lar seg industrialisere er iverksettelsen, den øverste lillafarvede oppgaven til høyre i figur 1.1. Det er særlig siste del av iverksettelsesprosessen som egner seg for industrialisering. I noen grad lar også kontrollen, tilsynet og endog klagebehandlingen seg i noen grad industrialisere. Det samme er tilfelle for overvåkningsoppgavene nederst til venstre i figuren. Strategiutviklingen er en mer kreativ oppgave; dog går den gradvis over i den mer teknisk pregede planlegging, altså det, i siste instans, å lage planer for industrialisering. Den politiske beslutningsfatning er det lite industrielt over. Den er preget av en blanding av ideologianvendelse, skjønnsutøvelse og dragkamp mellom representanter for konkurrerende interesser og ditto verdier.

Medisinen og helsefaglighetens verden befinner seg i utgangspunktet i bunnen av figuren, i de grønne boksene, men også i den gule, for evaluering (kombinert medisinsk og økonomisk). Medikratiet krever at medisinen strekker seg oppover og i betydelig grad ”erobrer” de overordnede prosesser og organer og gjør dem til en slags indirekte medisinske prosesser og organer. Den juridiske og økonomiske faglighet hører særlig til i de lyserøde

boksene; den første på begge sider, men særlig på den høyre side, den annen først og fremst på venstre side (planlegging), og til dels nede i midten (det gule). Toppen utgjør så ”politokratenes” arena.

Nederst til høyre i figuren har vi plassert den oppgave forvaltningen har som formål å styre og forvalte, det å yte helsetjenester.

Spesialiseringen og den indre forvaltningsstyring og forvaltningsledelse

Forvaltningsorganene styrer og forvalter ikke bare helsevesenet. Innad styrer og forvalter de sine egne ansatte og de enheter disse er knyttet til. Det apparat som skal styre og forvalte helsevesenet må også selv styres og forvaltes (ledes). Forvaltningslederne er derfor ikke bare eksterne forvaltere, de er også interne forvaltere (ledere). Ja, denne interne forvaltningsoppgaven kommer i en viss forstand forut for den eksterne: For at der skal bli forvaltet utad og nedad (i helsevesenet) må det først forvaltes (ledes) innad. Samtidig er det slik at forvaltningens eksterne forvaltning er den primære oppgave: Forvaltningens formål er knyttet til den. Satt på spissen, forvaltningen er (i prinsippet) til for helsevesenet (og befolkningen), ikke for dens ansatte (sentralt og lokalt). Den interne forvaltning starter derfor med de behov som er knyttet til den eksterne forvaltning, fortsetter med en politisk-strategisk og en iverksettende prosess og avsluttes med en evaluerende prosess, før forvaltningen går videre i neste syklus.

Den indre forvaltningsledelse omtales idag offisielt gjerne som etatsstyring. De to former for forvaltning går imidlertid i praksis svært mye over i hverandre. Den spesialisering og profesjonalisering vi omtaler er først og fremst eksternt begrunnet, men den har samtidig interne virkninger. Den er altså også personalpolitikk og personalforvaltning. Vi bør legge til at denne interne forvaltningspolitikken ikke bare er rettet mot ansatte som enkeltarbeidstager, men også som representanter for faggrupper. Som vi skal se er denne delen av den interne forvaltningspolitikken spesielt viktig, men også preget av at den interne og den eksterne politikk og forvaltning går spesielt mye over i hverandre. Vi skal derfor i stor grad omtale de to former for forvaltning (spolitikk) under ett.

Spesialiseringen og profesjonaliseringen preger også, og i stigende grad, den interne forvaltning. Utgangspunktet for spesialiseringen er organenes øverste ledelse, men i stigende grad standardiseres og fagliggjøres utøvelsen av ledelsen eller forvaltningen, og der kommer egne organer for indre forvaltning, ofte kalt administrasjonsavdelinger e.l.

Det hører enn videre med til bildet at profesjonaliseringen av forvaltningen fører til at der kommer personer eller organer for intern tjenesteytelse, først hva angår sekretærhjelp og driftsteknisk bistand, siden også for andre former for intern tjenesteytelse, blant annet knyttet til intern informasjon og informatikk. Denne tjenesteytende virksomhet ytes gjerne fra de samme

avdelinger eller kontorer som står for den interne personalforvaltning. Slik tjenesteytelse blir imidlertid i stor grad også ytt utenfra.

Den indre ledelse og forvaltning har i prinsippet en sirkulær form, à la den primære styrings- og forvaltningsprosess (kfr. fig. 1.1.).

Spesialiseringen og forholdet til omgivelsene

Helseforvaltningsorganene er ellers, og i stigende grad, engasjert i samhandling og samarbeid med andre forvaltningsorganer, men også med eksterne leverandører av ulike slag, med almenheten (informasjonsoppgaver) og med et mangfold av interessenter (interesseorganisasjoner). Dette arbeidet er knyttet til de ulike ”vanlige” forvaltningsoppgaver, særlig planleggingen og verksettelsen, men, som nevnt, også i noen grad til den indre ledelse.

Også her skjer det en tiltagende spesialisering og profesjonalisering. Den er i hovedsak av faglig-funksjonell art og vil derfor etterhvert bidra til å svekke det institusjonelle prinsipp for organisering av forvaltningen. At den faglig-funksjonelle måten å organisere på (horisontalt) innad blir viktigere, er slik en begynnelse på en organisering som vil gjøre helseforvaltningen mindre (helse)distinkt.

Forvaltningsorganene er ikke bare organisert helt horisontalt og ”likeverdig” i forhold til hverandre. Der skjer også en styring og forvaltning på tvers. Noen departementer har således i en del henseender en hierarkisk posisjon i forhold til andre. Det gjelder selvsagt Statsministerens kontor, men ellers gjelder det spesielt Finansdepartementet. Også Justisdepartementet og dets lovavdeling har viktige overdepartementale oppgaver. Ellers er gjerne alle departementer, og deres underordnede organer, i varierende grad en slags interne ”interessenter”, og driver en viss grad av ”kamp” for sine sektorer og interesser. Vi skal også komme litt inn på det.

Profesjonalisering

Som sagt er begge former for spesialisering uttrykk for profesjonalisering. De er særlig uttrykk for de ytre, nesten formelle, sider ved profesjonaliseringen. Under overskriften profesjonalisering, skal vi se nærmere på det saklige innholdet i profesjonaliseringen. Vi skal spesielt se på hvordan faginnholdet i forvaltningen endrer seg, altså hvordan det preges av de ulike fagene og av politikken og hvordan innholdet i de enkelte fags teori og praksis endrer seg. Hva angår det siste er det mest påfallende hvordan medisinen etterhvert tilpasser seg styringsvitenskapene, først jusen, så, men først etter 1945, økonomikken. Den gjør det knapt på en bevisst integrerende måte. Snarere gjør den det litt defensivt og simplistisk, mer eller mindre motvillig. Vi skal se at også jusen etterhvert tilpasser seg økonomikken, det styringsmessig mest ambisiøse og mest ”moderne” fag. Både jusen og økonomikken tilpasser seg medisinen, men på en mer integrerende måte enn medisinen tilpasser seg dem. Det er mye av grunnen til at de styringsmessig kommer mer og mer på offensiven overfor medisinen.

*

Det ligger i det vi har sagt at vi ser på utviklingen som noe som på mange måter går ”av seg selv”, som modernisering. Moderniseringen representerer en institusjonalisert dynamikk. Dens fremste representanter er de ulike fagmiljøer, særlig de medisinske, de juridiske og de økonomiske. Men en mer legmannspreget politisk logikk, med politikere som de drivende aktører, spiller altså også en viktig, omenn svingende, rolle. Politikerne bruker fagene og fagfolkene, men styrer dem også i viktige henseender, dog slik at politikere i stor grad ”underkaster” seg fagene og fagfolkene: De våger ikke, og evner ikke, å gå imot deres argumentasjon. Men politikken og politikere representerer samtidig en egen utviklingslogikk, og den spiller en offensiv rolle, også overfor fagene og fagfolkene. Denne logikk er stats- og nasjonsbyggingslogikken, en logikk som har preget særlig Vest-Europas utvikling siden renessansen, og som i nyere tid særlig er knyttet til oppbyggingen av velferdspolitikken; ja, delvis til statens omdannelse til en velferdsstat. Krefter og de lange linjer spiller slik en dominerende rolle i vår fremstilling. De bestemmer allikevel sjelden i siste instans. Der er rom også for aktører, kollektive som individuelle, til å spille en viktig rolle. Vi skal derfor også slippe gruppene og, ikke minst, personene til.