

2. 1809-1940: Drømmen om fagstanden

Vi skal i det følgende se på utviklingen av norsk helseforvaltning fra 1809, men særlig 1815, og frem til 1940, altså i (den for Norge nokså fredelige) perioden mellom Napoleonskrigene og Den annen verdenskrig. Vi skal konsentrere oss om de lange linjer. Det betyr blant annet at personene i hovedsak blir værende i bakgrunnen. Vi starter med den vertikale spesialisering, men siden den er så nært knyttet til den horisontale, vil vi komme inn på sider også ved den horisontale spesialisering her.

Den vertikale spesialisering

Fra medikrati til byråkrati – 1809-1857

Danmark-Norges første spesialiserte helseforvaltningsorgan var Collegium Medicum, opprettet i 1740. Det var kollegialt sammensatt; dets medlemmer, de fleste var leger, var medisinsk aktive. Medlemmene var altså forankret i klinikken, vidt forstått,¹⁰ men samtidig plassert i forvaltningen. Slik sett var organet medikratiske. Legenes problem var at de ikke som kollegiemedlemmer formelt kunne henvende seg direkte til Kongen, men måtte gå til Danske Cancellie. ”Heisen” gikk nedover, men altså ikke høyt nok opp, selv om det hyppig forekom at medlemmer, i første rekke livlegene, uformelt nådde frem til enevoldskongen. Det betød at ikke bare ansvaret for den politisk-strategiske oppgaven, men også for mange av de andre forvaltningsoppgavene formelt var plassert i et rent politisk-byråkratisk organ og at legene og deres collegium egentlig bare kunne spille en strategisk rådgivende rolle.

Slik forble det da Kollegiet, etter først å ha brutt sammen, blant annet på grunn av stridigheter mellom medisinerne og kirurgene, ble gjenopprettet som Sundheds-Collegiet i 1803. Slik forble det også da krigen gjorde at Norge fikk sitt eget Sundheds-Collegium den 27. juni 1809. I ramme 2.1. er tatt med første del av referatet fra det første møte i dette collegium.¹¹

10) Særlig tilhørte de Det medisinske fakultet ved Kiøbenhavns universitet eller var kongelige livleger.

11) Etter referat fra første møte i Sundheds-Collegiet. Referatprotokollen finnes i Riksarkivet, Kringsjå. Sundheds-Collegiets opprettelse og virksomhet er nærmere omtalt i Hans Petter Schjønsby, *Sundhedscollegiet 1809-1815*, Rapport fra Helsetilsynet nr. 1/2009. Kollegiet fikk sin formelle instruks 7. februar 1810.

Ramme 2.1: Kong Frederik VI's beslutning om midlertidig å opprette
Et norsk sunnhetskollegium:

Aar 1809 den 20. Juli sammentraaede Undertegnede ifølge det os allernaadigst meddelte Kongelige Commissorium saaledes lydende – Frederik den Siette – af Guds Naade Konge til Danmark og Norge etc.: Vor Gunst! Da det under nærværende Omstendigheder, formedelst Communicationens Vanskelighed og Posternes deraf følgende langsomme og usikre Gang, ikke er mulig for Vort Sundheds Collegium her i Staden, at føje de til Medicinalvæsenet og Sundheds Politiets Opretholdels udi Vort Rige Norge udfordrende Foranstaltninger, med tilbørlig Kraft og med den Hurtighed, som i mange Tilfælde er nødvendig, saa have vi allernaadigst besluttet, til dette Øiemeds Opnaaelse, indtil videre at anordne et Sundheds Collegium udi Vor Kiøbstad Christiania. Vi vilde derfor allernaadigst, at I strax sammentræde for at udgiøre et saadant Collegium, og da efter den Eder af Os nærmere allernaadigst meddelede Instruction, at have Tilsyn med alt til Medicinal Væsenet udi Vort Rige Norge henhørende. Og ville Vi i øvrig have Pharmaceuticus Schandorff udnævnt til dette Collegium, dog forbeholde Vi Os nærmere allernaadigst at bestemme den ham derfor tilliggende Gage. Derefter I Eder allernunderdanigst haver at rette. Befalende Eder Gud! Skrevet i Vores Kongelige Residentsstad Kiøbenhavn den 27. Juni 1809.

Etter adskillelsen fra Danmark i 1814 kunne i noen grad det norske kollegium henvende seg direkte til den politiske leder, Kongen, og også spille en mer aktiv forvaltningsmessig rolle. Det tok brått slutt i 1815, da Kollegiet ved kongelig resolusjon av 25. mai ble nedlagt og et Medicinal-Bureau opprettet i 3die Departement, Politidepartementet. Det skjedde, som professor Frederik Holst (1791-1871) mange år senere sa, ”uden at Mænd af faget bleve hørte”.¹² Fra 1. januar 1819 ble kontoret flyttet til Kirke- og Underviisnings-Departementet og fra 1. januar 1846 til det nyopprettede Departementet for det Indre, uten at det endret på så meget.

Byrådet var fra starten av ledet av en farmasøyt, Jacob Christlieb Schandorff (1775-1842). Schandorff, som hadde vært sekretær for Sunnhetskollegiet, ble leder for det nye medisinalkontoret, først som fullmektig, fra 20. mai 1816 som byråsjef. Han fikk med seg en fagkollega som fullmektig, Hans Christian Brasch, og (trolig) en jurist, Christopher Delphin, som kopist (Copiist ad interim).¹³ Schandorff ble sittende til sin død i 1842. Selv om de medisinske professorer virket i bakgrunnen, det het således i resolusjonen i 1815 at ”de medicinske Professorer bør gaa (Departementet) tilhaande med de Oplysninger som dette affordrer dem”, var ordningen utålelig for legene.¹⁴

12) Frederik Holst, ”Medicinalcollegiets Skjæbne”, i *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, b. 2, 1848, s. 498.

13) Brasch, som i likhet med sin sjef var dansk, hadde ikke minst som oppgave å besørge ”Revisionen af samtlige Regninger over til det offentlige leverede Medicamenter”. Kfr. Haagen Krog Steffens, *Den norske Centraladministrations Historie 1814-1914*, Kristiania: I. M. Stenersens Forlag, 1914, s. 24.

14) Sikkert etter *ibid*, s. 192.

Medisinen og sunnhetsvesenet var satt under fremmed administrasjon, i praksis en (stadig mer) juridisk administrasjon. I Norges første medisinske tidsskrift, *Eyr*, skrev Frederik Holst, tidsskriftets redaktør, i en lengre utredning om medisinalforvaltningen i 1836, indignert at i

I alle oplyste Stater ere Regjeringerne for mange Decennier siden kommet til den Erkjendelse, at Organisationen og Bestyrelsen af Medicinalvæsenet fordrer saa mangesidige og spesielle lægevidenskabelige Kundskaber, at Ingen uden at være opdragen og uddannet som Læge besitter de dertil fornødne Indsigter.¹⁵

Han føyet til, på vegne av sine kolleger rundt om i landet:

Men maa det ikke for den, der har nogen Agtelse for sig selv og for sit Fag, være en saarende Tanke at vide sig sat umiddelbar under en Auctoritet, der ei formaaer at bedømme hans vigtigste Handlinger? Og mon en saadan Controlleur kan stifte den rette Nytte?¹⁶

Ordningen var heller ikke tilfredsstillende for juristene. Inntil 1842 satt en farmasøyt som byråsjef, altså en sunnhetsmann, en mann som ikke kunne ansees som helt nøytral i forhold til sunnhetsvesenet. Dertil kom at han ledet et fagspesialisert kontor, noe som ikke var vanlig,¹⁷ og derfor (tildels) kunne rapportere direkte til statsråden. Det er ikke tilfeldig at Schandorffs etterfølger ble en jurist, han het Wilhelm Lexau Jürgensen, og at kontoret i noen grad ble gitt også andre oppgaver, skoleoppgaver. Slik ble det et mer normalt, og mindre spesialisert, kontor; det kunne underlegges ekspedisjonssekretæren. Legene hadde presset på for å få en lege inn i byråsjefstillingen, men mislyktes. Departementet henviste, nesten ydmykende, til at en hvilken som helst lege jo bare ville være tilstrekkelig kompetent på et lite område og således nesten like avhengig av ytre konsulenter som en juridisk embedsmann. Mer alment, og meget bastant, uttrykte Kirke departementet seg slik i et svarbrev til de utålmodige leger:

..i al Fald en væsentlig Deel af Forretningerne i dette Contoir, lige saa vel som i ethvert andet Contoir i Departementerne, henhører det Slags, til hvis Behandling der væsentligst udfordres administrativ Dannelselse og almindelig Forretningsdygtighed, uden at nogen speciel Indsigt i Lægevidenskaben dertil behøves.¹⁸

Legene mislyktes altså med å få byråsjefen, men de lyktes med å få sjefen for det nye Departementet for det Indre (1846),¹⁹ juristen Frederik Stang

15) "Om Nødvendigheden af et lægekyndigt Sundhedscollegium i Norge", *Eyr*, b. 8, hefte 4, 1836, s. 325.

16) *Ibid.*, s. 334.

17) Fagspesialiseringen skjedde ennå normalt på departementsnivå.

18) *Norsk Magazin for lægevidenskaben*, b. 8, 1844, s. 248.

19) Dette departement var det første norske moderniseringsdepartementet. Det kom nå fordi industrialiseringen begynte å gjøre seg gjeldende, og med den utbyggingen av den moderne infrastruktur. Den patriotiske tiden med forsvar for selvstendigheten var nå blitt historie og landet skulle bygges ut mer offensivt. Frederik Stang var, sammen med jusprofessor og stortingsmann Anton Martin Schweigaard (1808-1870), de fremste representanter for den nye tid i Norge. Stang ble sittende i Regjeringen embedsmannsstatstiden ut; Schweigaard satt på Stortinget som formann i den viktige næringskomiteen. Kfr. Rune Slagstad, *De nasjonale strateger*, Oslo: Pax forlag, 2001, s. 13-19.

(1808-1884), med på å foreslå et nytt sunnhetsskollegium, et organ som skulle være både innenfor og utenfor, men som skulle kunne be statsråden om å møte i kollegiet eller, ved dets leder, delta i statsrådsmøter. Forslaget bygget på innstillingen fra Medicinallov-Commissionen av 1834. Kommisjonen var ledet og ble dominert av Frederik Holst. Han ville ha tilbake et sunnhetsskollegium, bemannet av ”de meest oplyste Læger og Pharmaceuter” (Holsts uttrykk fra *Eyr*, 1833), og plassert utenfor departementet. ”Misgrebet” (Holsts uttrykk) fra 1815 måtte rettes opp.²⁰



Faksimilen viser første side av innstillingen med forslag til Lov om Medicinalvæsenet i Norge. Kommisjonen som utarbeidet innstillingen ble oppnevnt i 1934 og leverte sin (første) innstilling i 1844, den annen i 1847. Som det fremgår av faksimilen foreslo kommisjonen at et kongelig oppnevnt Medicinalcollegium skulle utgjøre overbestyrelsen for rikets sivile medisinalvesen. Kommisjonen bestod av juristen, senere h.r.assessor, Ulrik Anton Motzfeldt og medisinerprofessorene Magnus Thulstrup og Frederik Holst. Innstillingen er i første rekke professor Frederik Holsts verk. Innstillingen ble fulgt opp av statsråd i Departementet for det Indre, Frederik Stang, men Stortinget avviste, i 1848, det fremlagte lovforslag. Dog førte den del av innstillingen som omfattet karantevesenet til en ny lov.

Juristen Stang var en moderniserende nasjonsbygger, og ville gjerne slippe den nye tids eksperter til. Stortinget, som navnet på den norske nasjonalforsamling opprinnelig ble skrevet, gikk imidlertid ikke med på forslaget (1848). Ved å la makt gå ut av departementet gikk den indirekte også ut av Stortinget.²¹ Stang hadde også på en annen måte tatt skritt i medikratisert retning. I påvente av kollegieordningen utnevnte han i 1846 en lege, senere professor på Rigshospitalet, (Carl) Wilhelm Boeck (1808-1875), fra 1848 professor Andreas Conradi (1809-1868), som medisinsk konsulent. I 1850, etter skipbruddet for sunnhetsskollegieforslaget, ble ordningen utvidet og det ble utnevnt en medisinalkomite på tre leger. Conradi fortsatte og ble formann; i tillegg kom hans fakultetskollega Frans Chr. Faye (1806-1890) og senere stadsfysikus i Christiania (1859), Henrich Steffens (1809-1867).

Komiteen ble utgangspunkt for en revitalisering av ideen om et kollegiestyre og Stang foreslå å gjøre komiteen om til et Medicinalraad, et råd som også skulle ha ansvaret for det militære medisinalvesen. Da reagerte Stortinget,

20) Medicinallov-Commissionen ble oppnevnt i 1834 og kom med sin foreløpige innstilling 10 år senere, i 1844, og sin endelige innstilling i 1847.

21) Det ble også pekt på at å gjeninnføre en kollegial forvaltningsordning ikke bare var moderniserende. De politiske kritikere, som mange jurister, reagerte også på den ansvarsuklarhet kollegieordningen kunne skape.

det vil si, Gasje- og pensjonskomiteen, og satte en ”endelig” bom for den medikratiske kollegieideen, ved i stedet selv å bestemme at det skulle opprettes et embede i Indredepartement for en Ekspeditionschef for medisinalvesenet. Slik kunne man få en tydelig hierarkisk løsning, en løsning som både tiltalte mer kontrollorienterte stortingsmenn og de fleste jurister. Samtidig fikk man gitt en konsesjon til legene og de medikratiske hensyn: Den nye medisinalsjefen skulle være lege. Legen Christian Thorvald Kierulf (1823-1874) ble konstituert ved kongelig resolusjon av 12. oktober 1857, med tiltredelse 1. januar 1858. Medisinalkomiteen ble samtidig nedlagt. Kierulf ble endelig utnevnt fra juli 1860. For en viss tid senket der seg en større ro over de medisinaladministrative spørsmål. Men før vi forlater perioden må vi legge noe til. Spesielt skal vi se på endel av dragkampen innad i legestanden. Den var prinsipielt interessant. Ja, den var den mest interessante meningsutveksling om medisinaladministrative forhold i norsk medisin til denne dag.

*

Ikke alle leger resonnererte som Holst. Stortingskomiteen kunne registrere det, for debatten gikk livlig i Medicinsk Selskab. Uenigheten i standen gjorde det enklere for Stortinget å velge den løsningen det valgte. Noen leger hadde endog underhånden vært i kontakt med stortingsmenn. Deres kolleger så på dette som ukollegialt og påtalte det. Professor Conradi gjorde det under det følelsesladede møtet i Selskabet 14. oktober 1857 på denne måten: ”Spørger man nu, hvorfra vedkommende Committee (Gasje- og pensjonskomiteen) har faaet denne Mening, er det vel bekjent, at den er influeret af flere Læger her paa Stedet, som have meddelt sine egne individuelle Meninger”.²²

Frederik Holsts oppfatning var at medisinaladministrative beslutninger fordret innsikt i ”Statslægevidenskaben, eller Læren om lægevidenskabelige Grundsætningers Anvendelse i Statsforvaltningen”.²³ De som skulle lede måtte ha nærhet til denne vitenskap. Det kunne ingen ha som ble sittende på heltid i administrasjonen. De skulle også sitte der, men altså primært i pre/klinikken, ved kilden til den stadig utviklende vitenskap. De skulle ha en heisstatus, som vi har kalt det. De skulle tillike være et kollegium. Ingen kunne, mente Holst, beherske det ganske fag.

Mot slutten av dragkampen om kollegium og enestyre fikk diskusjonen i Selskabet også en nesten helt almen administrasjonsteoretisk karakter. Den rettet seg også mot juristene og politikerne. Kollektiviteten gav en ”grundi-gere og fleersidigere Behandling af Sagerne” enn enestyret, fremholdt således Holst i Selskabet i 1857. Han hevdet videre at kollektiviteten førte til mer ”Sindighed, Conseqvents og Styrke” i handlingene og at den forebygget ”Vilkaarlighed, Overgreb, Overmod og Vaklen” i handlingene.²⁴ Enn videre fremholdt han at der stiltes så mange krav til ledelsen av medisinalvesenet,

22) *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 2. r., 1857, s. 71.

23) Holst delte denne vitenskapen inn i to grener, ”Sundhetspolitie” og ”Retsmedicin”. Kfr. hans ”Medicinalcollegiets Skjæbne”, i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, b. 2, 1848, s. 506-07. Artikkelen er trykket i to deler, s. 489-515 og s. 537-57.

24) *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 2. r., 1857, referat fra møte i Medicinsk Selskab, 14.10.1857, s. 67.

at ingen enkeltperson kunne forventes å oppfylle alle: ”Jeg kjender tilvisse ikke Nogen, hvem en saa ansvarsfuld Post med Tryghed kan tilbydes..”²⁵

Mens Holst, og legeflertallet, betonte betydningen av nærheten til klinikken, og faren for at legene kunne bli ”fanget” av juristeriet hvis de gikk inn i forvaltningen, tok Jens Johan Hjort (1798-1873), tidligere brigadelege (til 1853) og rikshospitalslege og stamfar til et norsk legedynasti, og hans meningsfeller, utgangspunkt i staten som den viktige moderniseringsagent. Den medisinal modernisering måtte, og kunne bare, skje med utgangspunkt i staten. Hvis saksekspertene var plassert utenfor statsapparatet gjorde de det lettere for juristene å gjøre statsapparatet til sitt. Slik kunne nok en stat bygges, men når den skulle gjøre mer, når den skulle bli en drivkraft for utvikling, måtte den komme til kort, hevdet Hjort:

*Juristerne, der næsten bleve overordnede i al Administration, betragtede Staten som en Indretning, en Maskine, som de selv med kunstig Haand havde bygget og som de ligeledes, naar den gik istaae, maatte reparere. Man betragtede derfor ogsaa Staten som noget Stationært og havde liden Troe paa dens Udvikling i Form og Kraft.*²⁶

Hjort omtaler overgangen fra statsbygging til modernisering og nasjonsbygging som noe nesten organisk: ”..vor Stat fornegtede ikke sin organiske Natur og begynte snart at utvikle sig med større og større Kraft, saa at den sprængte al Skranke, man havde sat den.”²⁷ Det ble således, fremholder han ”mer og mer indlysende, at man i Spidsen for de forskjellige Administrationsgrene maatte sætte Mænd, der kunde forstaae, hvad Nationen tiltrængte, og fyldestgjøre dens Behov..” Juristene trodde først konsulenter, for eksempel Holsts konsulenter, var nok, ”men man maatte snart gaa over til Expeditionschefer og endeligen til Directører”.²⁸ Dette har skjedd, eller skjer, med havne-, fyr- og kanalvesenet, med postvesenet, med veivesenet, med skolevesenet, og altså med medisinalvesenet.

La oss summere opp og spisse Hjorts argumentasjon: For å utvikle (modernisere) medisinalvesenet, må medisinalstaten forankres i selve staten, den egentlige norske moderniseringskraft. Går ikke medisinen, ved dens representanter, inn i staten, på heltid og med full kraft, vil den ikke få det maktgrunnlag den trenger for å kunne lede utviklingen. Medisinen må ta sjansen på å tape noe av sin autonomi og eksklusivitet, og forsåvidt nærhet til pre/klinikken, for å nå de viktigste av sine mål. Å insistere på den kollegiale heisordningen er i lengden å insistere på å bli satt under administrasjon.

For Hjort betyr imidlertid ikke en viss legelig avstand fra pre/klinikken en helt generell avstand fra fagligheten. Man kan tale om flere former for faglighet. Man kan skille mellom den spesialiserte, analytisk funderte mikrokunnskap og den generaliserte, syntetiserende makrokunnskap. Det er den

25) *Ibid.*, s. 70.

26) Samme sted s. 74.

27) *Ibid.*

28) *Ibid.*, s. 75.

siste form for fagkyndighet som kreves av en leder, ikke den siste, kan vi si Hjort, om enn indirekte, hevder. Holsts argumentasjon kan vi si springer ut av et syn på faglighet som først og fremst noe spesialisert; noe som krever løpende nærhet til klinikken og helst også spesialforskningen. Blant leger flest har dette skillet mellom de to former for faglighet siden hatt liten plass. De aller fleste har tatt, og tar, utgangspunkt i spesialiseringsforståelsen som den eneste forståelse. De har tatt parti for Holst.

Når Hjort gikk inn for et rent ”innenforskap”, måtte han også gå inn for eneledelse. Kollektiv ledelse var der i staten bare på toppen, i regjeringen; og eventuelt i Stortinget. Eneledelsen gav, pekte Hjort på, en mer initiativrik, handlekraftig, enhetlig og ansvarsbevisst ledelse. Han understreket også hvor viktig det var at lederen (nesten) bare var leder, og ikke hadde lederoppgaven som et biverv.²⁹ Vi føyer et forsiktig ”nesten” til her, for Hjort nølte med å kreve at medisinalbestyrelsens leder ikke skulle kunne gies lov til å ha andre oppgaver, for eksempel å drive litt privat praksis. Holst grep selvsagt fatt i denne ”inkonsistensen” hos Hjort.

Da Kierulf, en lege med mangslungen sivil (bl.a. fra Rigshospitalet) og militær bakgrunn,³⁰ ble tilbudt embedet som ekspedisjonssjef, svarte han først etter noen nølen, ja. Kierulf hadde vært sekretær for Medicinalcomitéen fra 1855 og stod på legefertallets side i spørsmålet om medisinalforvaltningens organisering. I de omfattende diskusjonene i Selskabet i 1857, gjorde Kierulf sin tilknytning til Selskabet og standen tydelig. Han begynte med å si at han støttet Holst, og han anså måten stortingskomitéen ville ordne medisinalstyrelsen på ”for uheldig baade med Hensyn til den Form, hvorunder det skede, og med Hensyn til Sagens Realitet”. Han henviser til at han, ”förgjæves”, hadde forsøkt å påvirke komitéen. Han gav etter for anmodningen om selv å overta ekspedisjonssjefembedet etter at han skjønnte at det ville komme og etter at en annen, på Kierulfs henstilling, var spurt, og hadde svart nei.³¹ Han nevnte at han også antok at det snart ville bli klart at ekspedisjonssjefen ville trenge, og få, et ”Slags Medicinalraad”; dertil at han ville ”erholde Hjælp ved Ansættelse af overordnede Embedslæger”. Han nevnte også at han håpet at ”gode Bundsforvandte og Venner” ville ”bistaae mig med Raad og Daad”. Han setter, sier han, i den sammenheng, en spesiell lit til ”det medicinske Selskab”. Han opplyser også at han vil beholde, ”allenfals for det Første, en Deel av min medicinske Praxis”.³²

Om enn Kierulf nå ble departementsembetsmann, var det altså langt fra at han gav opp kontakten med den medisinske og kollegiale verden. Han ble ikke bare embedsmann; han forble også en klinisk lege. Han gjorde, kan man nesten si, i noen grad, embedet til et verv, til toppen i et medikrati. Etterhånden ble han imidlertid mer og mer embedsmann. Han kom, med sin embedsførsel, til å gi Hjort mer og mer rett.

29) *Ibid*, s. 77-80.

30) Han tjenestegjorde blant annet i 1849 under den dansk-tyske krig.

31) Kierulf var en relativt ung mann i 1857 (44 år) og kan ha følt at en senior burde spørres først, for eksempel Medicinalkomitéens formann, professor Andreas Conradi.

32) *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1857, s. 446-48.

Men nyordningen i 1858 hadde nok et større medikratiske potensial i seg enn legefertallet, og ikke minst Holst, hadde trodd. Holst hadde spådd at ordningen snart ville vise seg å bli mislykket.

Semimedikrati – 1858-1891

Men helt hierarkisk ren ble ordningen med ekspedisjonssjefen ikke. Den nye sjefen var plassert inne i Departementet, men hadde en viss selvstendig myndighet i medisinsk pregede spørsmål og hadde dessuten direkte adgang til Statsråden; han var ikke, som normen ellers var, underordnet ekspedisjonssekretæren.³³ Slik sett var han i en slags mellomstilling, både underordnet og selvstendig. Ordningen ble semimedikratiske, kan man si. Denne situasjonen ble ytterligere understreket i 1875, da Stortinget vedtok å gjøre ekspedisjonssjefsembetet om til et medisinaldirektørembete. Denne omgjørelsen falt også sammen med et lederskifte. Kierulf døde i 1874 og psykiateren Ludvig (Vilhelm) Dahl (1826-1890) ble fra 21. juli 1875 utnevnt til medisinaldirektør.

I den instruks Dahl fikk heter det i § 2:

Af de det civile Medicinalvæsen vedkommende Sager, som hidtil ere blevne afgjorte af Departementet, afgjør Medicinaldirektøren med selvstendig Myndighed dem, som Kongen til enhver Tid bestemmer, og udfærdiger i eget Navn og under egen Ansvar de dermed forbundne Expeditioner.

I § 3 het det:

I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Medicinaldirektøren ikke er bemyndiget til selvstændig at afgjøre, forestaar han under Departementschefen deres Behandling i og Expedition fra Departementet. (...)³⁴

Med denne omordningen ble der altså tatt et nytt skritt i en hierarkisk todelt retning. Et stadig mer opposisjonelt storting ville hatt en formell deling, men Regjeringen klarte å unngå det, blant annet med henvisning til de økte utgifter en deling ville medføre. Opposisjonen ville nå flytte Direktøren ut av Departementet, for å svekke Regjeringen.

Embedet som medisinaldirektør ble den 23. august 1878 flyttet fra det stadig mer overbelastede Indredepartementet til Justits- og Politi-Departementet. Formelt endret ikke det Medisinaldirektørens posisjon, men det plasserte ham i et mer juridisk og mindre moderniseringsorientert departement enn han hadde vært i. Flyttingen kan sees på som et forvarsel om det som skulle komme i 1891.

³³) s. 38. Vi skal også nevne av fra 6. juli 1861 ble karantenevesenet overflyttet fra Marinedepartementet til Indredepartementet.

³⁴) Kfr. SF 1876, 6, Indst. O. IV, s. 3.

Selv om Kierulf, da han tiltrådte, understreket at han ville holde kontakt med klinikken og sine kolleger, ble han i praksis primært ekspedisjonssjef og bare sekundært lege. Ekspedisjonssfsordningen var ikke mer enn semi-medikratiske.

Kollegieordningen, som den ble praktisert fra 1809 til 1815 og som den skulle ha vært praktisert etter Holst-kommisjonens forslag, innebar at kollegiemedlemmene primært var leger (i klinikk eller fakultet) og sekundært forvaltere. Kierulf ble primært forvalter og sekundært lege. Regjeringen, som Stortingets Gage- og Pensjonskommitté, hadde også forutsatt, da ekspedisjonssjefembedet ble opprettet, at den nye medisinalsjefen ville "blive nødsaget til ganske at renoncere paa privat Praxis".³⁵ Slik skulle det også i stor grad, men ikke helt, gå, selv om Kierulf ved tiltredelsen hadde hatt andre tanker. Den legelige leder av medisinalforvaltningen måtte, skjønnte han snart, i hovedsak nøye seg med å følge med i faget gjennom lesning, omgang med fagkolleger og inspeksjonsreiser. Men politikerne så at det kunne være vanskelig å få en dugelig lege til å gå ut av den vanlige legekarriere uten å kompensere ham skikkelig. For juristen var en departemental post en del av et naturlig karrriereløp, for legen var den et sidespor. Både Regjering og Storting så det derfor som nødvendig å lønne den nye ekspedisjonssjefen som ekspedisjonssekretær, altså godt over byråsjefen. Kierulf fikk 1 600 speciedaler.³⁶ Flere av hans etterfølgere tok allikevel, også av privatøkonomiske grunner, endel betalte faglige oppdrag.

At muligheten for å kombinere forvaltning og klinikk ble diskutert så utførlig i forbindelse med opprettelsen av ekspedisjonssjefembedet, viser at spørsmålet om å kombinere forvaltning og klinikk var aktuell. For saksbehandlende leger, og nå ble det etter hvert flere av dem, var det nærmest en selvfølge å opprettholde en viss praksis. For den karrierebevisste lege ville forvaltningen, uten en slik praksisadgang, være en blindvei. Departementene måtte derfor gå med på at leger kunne drive privat praksis. Arbeidstiden i departementene var på fem timer og det gjorde det mulig å ha (privat) praksis ved siden av. Ja, det var ikke uvanlig at leger hadde enda kortere arbeidstid, nettopp for å kunne opprettholde en viss praksis. Medisinaldirektør Gotfred Bentzen nevner i en "Forestilling" i 1892, der han anmoder om å få en egen sekretær (lege) og en teknisk assistent (ingeniør), at de fire leger han nå disponerer har "ca. 3 Timers Kontortid".³⁷

Da arbeidstiden i forvaltningen i 1899 ble utvidet til seks timer, reiste det problemer og Medicinaldirektøren, nå Michael Holmboe, argumenterte sterkt for at de helsefagansatte i Departementet, som tillike arbeidet for Direktoratet, det var etablert i 1891, måtte få fortsette med fem timers arbeidsdag. Han fremholdt at det var spesielt viktig for legene, men i noen grad også for farmasøytene, å holde kontakt med faget. Sentraladministrasjonen ville "i Længden være mindre tjent med saadanne

35) SF 1857, 8. del, s. 434.

36) SF 1857, 8. del, s. 435-436.

37) Sth. Prp. No. 47 (1892), Angaaende Bevilgning af Gager fort en Sekretær og en teknisk Assistent for Direktøren for det civile Medicinalvæsen, s. 5.

Læger, der stod fremmede overfor de Forhold under hvilke Lægerne har at Arbeide”, argumenterte han.³⁸ Det stilte seg anderledes med den ene juristen Holmboe hadde. Han skulle, i motsetning til de øvrige, ansettelsesmessig fortsatt sees på som en del av Medicinalafdelingen i Departementet.

Kierulf og hans kolleger i ”Selskabet” så på seg som det lille, halvfrie lands medisinske nasjonsbyggere. De mente, intenst, at uten politisk-administrativ makt, kunne de ikke lykkes. De mente altså også at de ikke kunne lykkes uten at de leger som skulle styre også måtte praktisere.

*

Den medisinske elite oppnådde noe i 1858; den overtok for første gang siden 1815 ledelsen av medisinalforvaltningen. Den oppnådde allikevel mindre enn den hadde ønsket. Drømmen, særlig for de mest akademisk orienterte medisinerere, mindre for (militær)kirurgene, var å bli en helt integrert del av forvaltningsstaten, en stat basert på de fire embedsstender, juriststanden, prestestanden, militærstendene og legestanden. Legene erfarte imidlertid at det ønsket ikke juristene. De var lenge, og ville gjerne forbli, ”overstanden”. De lot, eller måtte la, prestene og offiserene få fungere nokså selvstendig; de tillot ikke at legene fikk gjøre det. At de ikke gjorde det, skyldtes også frykten for at de andre, ekspanderende faggrupper, som filologer og ingeniører, kunne kreve det samme, og slik helt løse opp juriststyret.

Byråkrati og teknokrati – 1891-1940

Men også endel av det legeeliten oppnådde i 1858 skulle snart i noen grad gå tapt. Den halvmedikratiske ordningen ble opphevet i 1891, da direktøren ble flyttet ut av departementet og der ble opprettet et juridisk ledet medisinalkontor, etterhvert kalt avdeling, inne i Departementet. Justisdepartementet og juristene benyttet anledningen da Ludvig Dahl (1826-1890) døde i 1890.³⁹ Den nye direktøren, fra 1891 var det hygienikeren Gotfred Bentzen (1852-1937), ble imidlertid fysisk værende i Departementet. De fleste av hans ansatte ble også værende der, til 1899. De var også stadig ansatt i Departementet. Medisinaldirektørens posisjon forble imidlertid nokså sterk, utflyttingen til tross. Medisinaldirektøren, fra 1893-94 var det psykiateren Michael Holmboe (1852-1918), var rangert over byråsjefen og hadde nær omgang med statsråden. Holmboe ble konstituert i embedet den 21. desember 1893 og ble sittende til han døde i 1918. Han skulle komme til å bli en viktig sunnhetspolitisk reformator.

38) SF, 1898-99, 2b. Sth.Prp. No. 76, Angaaende Vedtagelse af et nyt Lønningsregulativ for det I Medicinaldirektørens Kontor tjenestegjørende Personale m.v., s. 2.

39) I den nye instruks for Medisinaldirektøren av 2. mai 1891 het det i § 1: ”Medicialdirektøren, der staar direkte under det Departement, hvorunder det civile Medicinalvæsen er henlagt, skal have sin Opmærksomhed henvendt paa alt, hva der kan tjene til Fremme af Landets Sundheds- og Medicinalvæsen og skal træffe eller bringe i Forslag de Foranstaltninger, som i saa Henseende maatte ansees paakrævet”. I § 2 gies Medisinaldirektøren plikt til å føre ”Indseende” med at offentlige bestemmelser gjennomføres og ellers veilede og føre tilsyn med sunnheitsvesenets institusjoner og personell. I § 3 pålegges han bl.a. å lage forslag til budsjett for det sivile medisinalvesen og til besettelse av en rekke stillinger. I § 4 gies han rett til å fatte endel, mindre viktige, beslutninger selv, som ansettelse av underordnede leger ved statssykehusene. I § 5 heter det at ”I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Direktøren ikke har at afgjøre, er han pliktig til at forrette som Departementets Konsulent. (...)”

Delingen av medisinalforvaltningen reflekterte en tendens i tiden. Den representerte en videreføring av den teknokratisk pregede utflytting av ”fagsaker” som skjedde fra 1840-årene av.⁴⁰ Den var slik sett en del av den almene moderniseringspolitikk. Samtidig lå det politiske motiver bak. Under den gradvise innføring av parlamentarisme ble opposisjonen på Stortinget mer og mer opptatt av å svekke Regjeringen, og en måte å gjøre det på var å flytte oppgaver ut av departementene. Utflyttingen av Medisinaldirektoriet, som det opprinnelig het, kom etter at parlamentarismen formelt var innført, i 1884, men den var allikevel også et uttrykk for et stortingsstyre som var ganske omfattende; ja, som forble omfattende, ikke minst på grunn av mindretallsparlamentarismen, helt frem til 1935 og til dels til krigen. Perioden 1884 til 1935 (1940) er ”politokratiets” glanstid.

Direktoriet ble altså flyttet ut i 1891, men ikke egentlig helt ut. Bruddet med den gamle ordningen var ikke radikalt. Direktørens nærhet til statsråden, og delvis også hans faglige selvstendighet i en del saker, gav ordningen et visst medikratiske islett. Både Medisinaldirektøren og de toneangivende leger var imidlertid misfornøyd med ordningen. De ble også, ettersom direktorat og avdeling ble mer adskilt, tiltagende misfornøyd. De var misfornøyd med at medisinske synspunkter ikke (i større grad) kunne bli fremlagt formelt og direkte for statsråden, men skulle fremmes av dem legene var mest skeptiske til, juristene.⁴¹ Dette ble spesielt tilfelle fra 1911 da Medisinalavdelingen fikk to kontorer og to byråsjefer, dr. juris Thorvald Boye og cand. jur. Thomas von Westen Angell. Det ble ytterligere forsterket i 1917 da Boye ble ekspedisjons-sjef. Angell etterfulgte forøvrig Boye i 1922 og ble selv etterfulgt av den meget selvbevisste Theodor Gerhard Thorsen i 1929. Medisinallovkommisjonen av 1898, med medisinaldirektør Michael Holmboe selv som formann, og Lægeforeningens generalsekretær, Rasmus Hansson (1859-1934), som sekretær, foreslo derfor i 1903 å styrke Direktoratet medisinsk, blant annet med to åremålsansatte ”medicinalraader”, én for ”almindelig Sundhedslære” og én for psykiatri. Kommisjonen mente også det burde gies adgang til å tilkalle en farmasøytisk sakkyndig i spørsmål som angikk apotekervesenet.⁴²

Igjen var det altså det gamle legeønske om en kollegial, og helst uavhengig, ledelse som ble bragt i forslag. Medisinens spesialisering hadde bare gjort dette ønske mer relevant, mente kommisjonen.⁴³ Men igjen stilte Departementet, altså juristene, seg avvisende. Departementet pekte på at alle andre direktorater hadde ”enebestyrelser”, en ordning vi skal kalle teknokratisk.⁴⁴

40) Knut Dahl Jacobsen har skrevet interessant om dette, med spesiell henvisning til landbruksforvaltningen. Kfr. hans *Teknisk hjelp og politisk struktur*, Oslo: Universitetsforlaget, 1964. Kfr. også Jan Debes, *Organisasjon – Realiteter og illusjoner i statsadministrasjonen*, Oslo: Universitetsforlaget, 1961, s. 240-250.

41) I noen mindre saker beholdt Medisinaldirektøren beslutningsmyndighet. Blant annet skulle han utnevne leger til underordnede stillinger ved Rigshospitalet og en del andre sykehus, forestå utgivelsen av den sivile medisinalstatistikk og bestemme etter hvilke retningslinjer de offentlige legers medisinalberetninger skulle utarbeides (§ 4 i instruksen for Direktøren).

42) Lægekommissionen av 1898, *Tillæggsindstilling. Angående Omordning af Medicinalstyrelsen*. Trykt sammen med hovedinnstillingen, *Om Omordning af det civile Lægevesen*. Kristiania 1903. Kfr. s. 29

43) Den gamle ordningen med at Fakultetets medlemmer skulle rådspørres bestod. I tillegg var fra 1866 de personlig privilegerte apotekere i Kristiania tilpliktet å bistå Direktoratet med råd. Det samme var fra 1893 tilfelle for hovedstadens stadsfysikus. Direktørene for statens asylter hadde også fra starten av en rådgivningsplikt overfor medisinalforvaltningen. Kfr. Andres A. Svalestuen, *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940*, *Norsk Arkivforum Skriftserie* 8, 1988, s. 57.

44) Kfr. Ot.prp. nr. 39, 1911, s. 98-99; St.prp. nr. 1, 1908, hovedp. VI, kap. 10, tit. 18-30; SF 1a 1911, s. 4.



Michael Holmboe, medisinaldirektør 1893-1918. Legen og psykiateren Holmboe er en av de mest innflytelsesrike norske medisinalpolitikere og –forvaltere. Han var blant annet formann for den store og viktige legelovskommisjonen av 1898, som førte til legeforsretningsloven av 1912, og var, sammen med bergenslegen Klaus Hanssen, arkitekten bak tuberkuloseloven av 1900. Holmboe er malt av Astri Welhaven Heiberg (1881-1967), en malerinne som særlig var kjent for sine aktmalerier av kvinner i naturen og for sine portretter. Hun malte blant annet kong Haakon VII og kronprinsesse Märtha. Han var barnebarn av dikteren Johan Sebastian Welhaven og niese av malerinnen Harriet Backer. Astri Welhaven gikk i lære hos sin tante. Hun var gift med arkitekten Christen Heiberg, en bror av maleren Jean Heiberg. Kunstnerisk tilhørte hun ikke klart noen av tidens (frem til mellomkrigstiden) dominerende retninger, den dekorative – som la vekt på fasthet og klarhet og var forbundet med Lysaker-kretsen, eller nyimpresjonismen, som la vekt på fargene, på det individuelle og på brudd med fortiden. Hun stod allikevel den siste nærmest.

Men legene var ikke bare misfornøyd med at de tapte den direkte kontakt med statsråden. De var også misfornøyd med at de tapte mye av styringsmyndigheten nedover. Etter instruksjonen av 2. mai 1891 beholdt Direktøren en del av sin direkte myndighet, men først og fremst i mindre saker, som ansettelser av underordnet personell i statlige institusjoner. Ellers måtte han innstille overfor Departementet og dets avdeling. Under diskusjonen om forenkling i 1920-årene foreslo Direktøren at han skulle få utvidede fullmakter, for å avlaste departementsavdelingen, men nådde ikke frem. Den nye instruksjonen for Medisinaldirektøren av 11. mars 1927 endret ikke på annet enn det som tiden gjorde det påkrevet å endre på.⁴⁵ Direktøren forble altså,

45) Instruksjonen blir nærmere omtalt nedenfor, i kapitlet om Karl Evangs embedstid (etter 1945).

etter delingen i 1891, ikke den kraftfulle leder av sunnhetsvesenet han selv ønsket å være og hans fagkolleger gjerne så at han var.

Der kom amtsleger i 1914, det vil si, de begynte ikke å bli utnevnt før i 1918. De ble forøvrig kalt fylkesleger fra 1919. Direktøren kunne imidlertid ikke bruke dem som han ønsket. De var utnevnt av, og stod formelt først og fremst under Departementet, men i en del henseender også amtmannen (fylkesmannen). Satt på spissen kan man si at sunnhetsforvaltningen var delt i to, ikke helt godt integrerte deler fra toppen og ned, men slik at den departementale, juridiske, hadde overtaket på den direktorale og medisinske (kfr. fig. 2.2 nedenfor). Legene, men også farmasøytene, var "fremmede fugler" i et juridisk-politisk landskap. Fremmedheten ble både bekreftet og bestyrket av det forhold at de karrieremessig vel så meget fikk tilhøre klinikken som forvaltningen. Noen ble, som vi skal komme tilbake til, sittende lenge som forvaltere, men de forble allikevel i sinn og skinn først og fremst leger.

*

Veksten i arbeidsmengden gjorde at det etter hvert ble behov for å dele både departementsavdeling og Direktorat, og til dels å opprette nye embeder og instanser. Begge organer fikk slik tre nivåer, organnivå, kontornivå og saksbehandlernivå. I 1911 fikk departementsavdelingen to kontorer, fra 1921 tre. Direktoratet fikk to kontorer i 1912. I tillegg kom der to, mer frittstående, overlegestillinger i 1914 og 1919; én for tuberkulose- og én for sinssykevesenet. De nye kontorene gjorde at Direktoratet fikk et nytt nivå, et nivå nr. to. Avdelingen fikk også et nytt nivå, men et nytt nivå nr. én. Byråsjef og jurist Edvard L. Esmarch hadde, som mindretall i legekommisjonen av 1898, foreslått å gjøre Medisinalavdelingens leder til ekspedisjonssjef. Forslaget ble tatt til følge i 1917. Dr. juris. Thorvald Boye, tidligere byråsjef (siden 1911) i avdelingen, ble utnevnt til det nye embedet. Med opprettelsen av dette embedet fikk avdelingen en sjef som kunne måle seg i status med Medisinaldirektøren. Det var viktig både for forholdet mellom avdeling og direktorat og for forholdet til sunnhetsvesenet forøvrig. Esmarchs forslag tør slik også ha hatt en maktpolitisk motivasjon. At han ikke fikk med seg legene i kommisjonen på sitt forslag, kan reflektere lignende motiver.

I 1913 ble medisinalforvaltningen lagt under Departement for Sociale Sager, Handel, Industri og Fiskeri, det gamle Handelsdepartement. Departementet ble i 1916 et rent Socialdepartement. Da Holmboe døde i 1918 og hygienikeren (Harald) Mathias (Mads) Gram (1875-1929) ble ny medisinaldirektør, tok igjen Lægeforeningen opp spørsmålet om å innføre en kollegial, og mer uavhengig, ledelse i Direktoratet. Apotekerforeningen foreslo samtidig at det skulle opprettes et eget apotekerdirektorat.⁴⁶ Det siste forslaget ble straks avvist, det første ble mer gradvis avvist, uten at det skjedde formelt.

Krisetidene i 1920-årene gav en mulighet for igjen å samle avdeling og direktorat. Den første forenklings- og sparekomité, nedsatt av Stortinget i

46) Kfr. Svalestuen, *op. cit.*, s. 66.

1922, foreslo i 1923 en samling, men for å spare, ikke for å gjøre medisinalforvaltningen mer medikratiske. Forslaget hadde dog et medikratiske potensial: Det innebar at ekspedisjonssjefembedet skulle fjernes og at Medisinaldirektøren skulle bli leder for den samlede enhet. Kommisjonen argumenterte imidlertid ikke bare sparepolitisk. Den fant det uheldig at den medisinske og den juridisk-økonomiske vurdering av sakene var delt og egentlig ikke på noe punkt ble systematisk sett i sammenheng. Kommisjonen uttalte således:

Det er medisinaldirektøren, som er chef for landets civile medisinalvæsen, og han bør også ha det nærmeste ansvar for dette. Men dette ansvar bør ikke alene være innskrenket til en saks rent medisinske side. Det bør omfatte sakens alle sider, også den økonomiske og juridiske.⁴⁷

Sosialdepartementet, eller Medisinalavdelingens byråkrati, argumenterte energisk imot nedskjæringsforslagene, men spesielt mot samlingsforslaget. Det pekte blant annet på at ved å gjøre fagpersonen til forvaltningsleder, ville man sette bukken til å passe havresekken. Der krevdes, mente Departementet, en "uinteressert" ekspedisjonssjef for å tøyte fagfolkernes ekspansive ressurskrav.⁴⁸ Juristene brukte forøvrig stadig dette, politisk fristende, argument mot legene. Legenes forankring i klinikken, som jo ville bli forsterket hvis de som administratorer skulle få en heisstatus, ville gjøre at de ble partiske utgiftsdrivere, påpekte juristene.

Også medisinaldirektør Gram var skeptisk, og pekte defensivt på at han ikke kunne ta ansvar for juridiske avgjørelser. Han så ikke kommisjonens ledelsespoeng. Han var grepet av medisinenes spesialisttenkning og falt derfor også for juristenes faglighetstenkning, en tenkning han dog så på som spesialistpreget, ikke generalistpreget. Dog foreslo han at det ble delegert mer beslutningsmyndighet til Direktoratet, altså til ham selv. Han argumenterte ikke så mye som leder, i kommisjonens forstand, som han argumenterte som en som "horisontalt" slåss med andre om revir. Samtidig ble det gamle forslag om en kollegial fagledelse reist. Det ble reist av overlegen for sinnsykevesenet, Karl Wilhelm Wefring (1867-1938). Direktøren siterte, og det er knapt tilfeldig, i sitt brev til Departementet om spareforslagene, sinnsykeoverlegens forslag om at han (overlegen) burde gå inn i en "kollegial medisinalstyrelse". Departementet bemerket til dette forslaget at det ville gjøre bibeholdelsen av ekspedisjonssjefembedet enda mer nødvendig:

..overfor en kollegial medisinalstyrelse – sammensatt av fagfolk – vil det være enn mer paakrevet at departementschefen ved sin side har en ekspeditionschef, som vil se mer uhildet – mer samfunnsmessig paa en sak enn fagfolk flest gjør.⁴⁹

47) Statens forenklings- og sparekomité, *Innstilling I*. Trykt i SF 1926, etter St.m. nr. 32. Sitatet er fra s. 92.

48) I brev til Finansdepartementet skrev Sosialdepartementet: "At sakene før de forelegges statsraaden faar en alsidig utredning, ledsaget av innstilling fra en "uinteressert" ekspedisjonssjef anseer man av stor nytte. Vil man legge en økonomisk maalestok her.... kan det sees at der ved avgjørelsen av en enkelt sak kan spares beløp, som er flerdobbelte av en ekspedisjonssjefs gasje". En slik argumentasjon gjorde inntrykk i et alment spareopptatt Finansdepartement, og i den tids spesielt spareopptatt departement gjorde den ekstra inntrykk. Sitatet er gjengitt etter Svaalestuen, *op. cit.*, s. 77.

49) Sitert etter Svaalestuen, s. 76.

Medisinaldirektøren slapp forøvrig også sinnssykeoverlegen til med den gamle legelige frustrasjon over legenes to tradisjonelle motparter, juristene og politikerne:

Da avgjørelsene som nævnt træffes i departementet og av jurister, følger det av sig selv at der ikke altid blir tatt fornødent hensyn til den spesielt sakkyndige uttalelse. Og det hænder også at politiske hensyn kan komme til at spille en avgjørende rolle i direkte strid mot sakkyndigheten. Det burde være alment anerkjent sak at alle helsespørsmål aldri måtte få lov til at bli inficeret av politisk smittestoff. Ellers kan følgene bli skjæbne-svangre.⁵⁰

Sinnsykeoverlegen, Karl Wilhelm Wefring, som Direktøren slik slipper til med sin argumentasjon, skulle fire år senere, i 1927, bli utnevnt til ny medisinaldirektør.

”Øksekomiteen” vant ikke frem med sitt samlingsforslag og delingen ble beholdt helt frem til Den annen verdenskrig. Derimot vant komiteen frem med endel av sine spareforslag. Det gikk spesielt utover Direktoratet, som vi skal komme tilbake til. Kritikken mot delingen, mot de ydmykende sparebeslutningene, og mer alment mot ”juristeriet” og tildels mot politikken, forstummet dog ikke. Snarere tiltok den. Norsk Hygienisk Forening bad i et brev senhøstes 1934 Sosialdepartementet om å nedsette en komité for å vurdere om det offentlige medisinalvesen og den sentrale medisinalforvaltning burde endres. Departementet avviste i begynnelsen av 1936 henstillingen, men den ble gjentatt i januar 1938.

Bare en måned etterpå kom en innstilling fra Socialistiske Lægers Forening, hvor det foresloes å opprette et eget helsedepartement eller, hvis det ikke var mulig, å samle avdeling og direktorat under medisinsk ledelse.⁵¹ Innstillingen fra SLFs komité ble fremlagt av Karl Evang (1902-1981), komiteens leder, på Lægeforeningens landsmøte i Stavanger senere samme år.⁵² Den unge, selvbevisste Evang avsluttet sitt kraftfullt fremførte foredrag med et resolusjonsforslag, et forslag som gikk ut på at landsmøtet skulle slutte seg til prinsippene i hans komites innstilling. Møtet gjorde det, enstemmig.⁵³

50) Sitert etter Svalestuen, s. 78.

51) Medicinalvæsenets centraladministration. Innstilling fra fra Socialistiske Lægers Forenings komité, *Socialistisk Medicinsk Tidsskrift*, 6. årg. nr. 1., Oslo 1938, s. 4-12. Siden også trykt. Trykt i Arne Bruusgaard og Trygve Gjestland, red., *Festskrift til helsedirektør Karl Evang på 60-årsdagen*, Oslo: Gyldendal, 1962, s. 201-216.. Kfr. også Karl Evang, ”Medicinalvesenets centraladministrasjon”, *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, 1938, s. 1319-1334. Medlemmene av SLFs komite var foruten Evang, hans mer eller mindre ideologiske frender Otto Galtung Hansen og Axel Strøm og de ellers mindre sosialistisk-politisk profilerte, men ellers profilerte nok, legene Johan Scharffenberg, Leiv Kreyberg, Martin Tesdal og Ørnulf Ødegård. Arne Bruusgaard var sekretær.

52) Evang var grunnlegger av og drivkraften i Socialistiske Lægers Forening i 30-årene. Han var foreningens formann fra 1931 til 1938.

53) Kfr. Karl Evang, ”Medicinalvesenet og centraladministrasjonen”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, årg. 58, 1938, s. 1319-1334. Resolusjonen hadde denne ordlyd: ”Den norske lægeforenings landsmøte 1938 tillater sig å henstille til Regjeringen å ta opp til drøftelse spørsmålet om en styrkelse av og omorganisering av den centrale medisinaladministrasjon etter følgende hovedlinjer: 1. Sterkere centralisering av helseoppgavene. 2. Mer hensiktsmessig avveining av forholdet mellom den medisinske og den juridiske fagkunnskap”.

Den sentrale person i Hygieneforeningen var forøvrig Evangs SLF-kollega, og formann i Yngre Lægers Forening (1936-1940), Axel Strøm (1901-1985). Legeoffensiven ble møtt med skepsis i Departementet, men da Theodor Gerhard Thorsen (1878-1958), avdelingens juridiske ekspedisjonssjef siden 1929, talte om saken på Lægeforeningens landsmøte uttalte han seg i forsiktede vendinger. Han tok nok hensyn til den endrede maktsituasjon. Arbeiderpartiet var kommet til makten i 1935. 20. mars 1938 døde medisinaldirektør Nils Heitmann (1874-1938), tuberkuloselegen som hadde overtatt som direktør etter Wefring fra 1931, brått⁵⁴ og da Thorsen talte på legelandsmøtet visste han at Karl Evang, den gang en knapt 36 år gammel assistentlege i Chefinspektoratet under Statens arbeidstilsyn, var én av seks ansøkere. De andre ansøkere var fylkeslegene Sverre Kjølstad (1887-1957), Buskerud, Ingolf Holst Grimsgaard (1896-1973), Oppland og Ole Thorstensen Kjos (1892-1977), Akershus; videre stadsfysikus Eyvin Baard Dahl (1895-1962), Stavanger, og kst. medisinaldirektør, kontorsjef Harald Christian Førre Bjelke (1900-1997).

Ny medisinaldirektør

Den 23. september 1938 utnevnte Regjeringen, med Oscar Torp (1893-1958) som sosialminister, Evang til ny medisinaldirektør, med formell tiltredelsesdato 1. januar 1939; kfr. ramme 2.2. og faksimile 2.1. Evang begynte dog den 1. desember 1938. Harald Christian Bjelke, som hadde begynt i Direktoratet som sekretær høsten 1931 og som ble kontorsjef i 1933, ble konstituert som medisinaldirektør 5. mars 1938. Bjelke hadde også fungert som medisinaldirektør fra februar til september 1936.

Heitmanns død gav Johan Nygaardsvolds arbeiderpartiregjering en uventet mulighet til å påvirke helsepolitikken gjennom embedsverket. Alle tidligere medisinaldirektører hadde vært borgerlig innstilt, omenn bare én, Karl Wefring, også hadde stått frem som politiker. Blant dem som ønsket å overta etter Nils Heitmann stod fire på den borgerlige side, dog uten å ha markert seg politisk. To, Karl Evang og Eyvin Dahl, stod til venstre, endog meget langt til venstre. Der var stor interesse i regjeringspartiet for å utnevne Evang. Enkelt var det imidlertid ikke. Han var ikke bare den yngste søker, han var påfallende ung til å overta et så prominent embede, ennå ikke 36 år.

Den som etter tradisjonelle kriterier pekte seg ut som den mest sannsynlige nye medisinaldirektør, var fylkeslege Sverre Kjølstad. Han var 51 år, hadde en meget god laud til embedseksamen (1913) og hadde siden i hovedsak virket som offentlig lege, fra 1932 som fylkeslege i Buskerud og distriktlege i Drammen. Han var Lægeforeningens visepresident i 1935/36 og dens president i 1936/37. Han hadde hatt endel medisinske verv og hadde dessuten hatt en lengre studietur til en rekke europeiske land, spesielt for å studere hygiene.

⁵⁴) Heitmann ble dårlig i Roma, da han var på vei til en leprakongress i Kairo. Han returnerte straks til Oslo, men døde samme dag som han kom hjem. Han døde av "hjertelammelse".

Også de øvrige fylkesleger, samt stadsfysikus Eyvin Dahl, den andre radikaler,⁵⁵ ble sett på som vel kvalifisert for stillingen, men ikke som så kvalifisert som Kjølstad. Grimsgaard og Kjos hadde en lignende praksisbakgrunn som Kjølstad, mens Dahl var kirurg og hadde i stor grad erfaring som privatlege. Blant de ”andre” kandidater, var legesønnen Bjelke den største utfordrer til Kjølstad. Han var, som Evang, ganske ung, 38 år. Han hadde endel sykehuserfaring og var spesialist både i pediatri og i lungesykdommer og tuberkulose. Kjos hadde vært sekretær i Medisinaldirektoratet fra 1931 til 1936, men Bjelke var den av søkerne som hadde lengst og tyngst erfaring fra Medisinaldirektoratet. Han ble ansatt i Direktoratet som sekretær høsten 1931 og ble kontorsjef der høsten 1933. Han var fra da av Direktoratets lege nummer to og fungerte som medisinaldirektør fra februar til september 1936 og fra 5. mars 1938.



Karl Evang var hovedstifter og redaktør for Socialistisk Medisinsk Tidsskrift, som kom ut fra 1933. Socialistiske Lægers Forening var stiftet året før, etter inspirasjon fra Tyskland, hvor Verein sozialistischer Ärzte var blitt stiftet i 1913. I starten hadde den norske foreningen vel 30 medlemmer. Ved krigens utbrudd var medlemstallet rundt 140. Tidsskriftet var organ også for de svenske og danske gruppene av sosialistiske leger. Tidsskriftet hadde annonser, om ikke mange. Faksimilen viser forsiden av det nummer hvor innstillingen fra Foreningens forvaltningskomité var trykket (s. 4-12).

Evang var altså den yngste søkeren, og utad den mest kontroversielle. Han hadde allerede markert seg i sin stand. Ja, som en skarpsindig ung mann hadde han allerede gjort det under studiet. Etterhvert som han ble opptatt av politikk, og gled mot venstre, lot han seg distrahere endel av politisk arbeid, dog ikke mer enn at han nær på fikk innstilling til embedseksamen i 1929. Han var slik den akademisk sterkeste av søkerne. Gjennom flere studier av arbeidshygienisk, ernæringsfysiologisk og sosialmedisinsk karakter, hadde han, etter endt utdanning, styrket sitt akademiske fortrinn overfor de andre ansøkere. Hans kliniske legerfaring bestod for det meste i privat praksis siden embedseksamen. Denne praksis ble dog avbrutt i drøyt ett år av kandidat tjeneste på Ullevål sykehus (1932-33). Fra 1937 var han assistentlege ved Chefinspektoratet under Statens arbeidstilsyn, samtidig som han fortsatte sin private praksis.

55) Dahl adskilte seg i stil fra de andre fylkesleger og stadsfysici. Han var en ”fargeklatt i det ellers så grå, kjedelige og litt pompose kollegium av fylkesleger”, sier Kjell Bjartveit (e-brev 24.7.2009). Bjartveit opplevde som ung konsulent i Helsedirektoratet Dahl på et fylkeslegemøte. Dahl hadde representert Arbeiderpartiet i Stavanger bystyre siden 1928 (*Norges Leger*, bind 1 1996). Under krigen gikk han lenger til venstre og meldte seg inn i Norges Kommunistiske Parti. Han var etter krigen førstemann på NKPs lokale liste ved stortingsvalget. Han unngikk å gå i ”Mot Dag-fella”, som han mente hans mer halvborgerlige medradikalere fra studietiden, blant annet Evang, hadde gjort. Dahl glemte ikke klassepolitikken. Han hadde imidlertid karrieren ut et godt forhold til Evang. (Opplysninger gitt av sønnen Eilif Dahl (f. 1945), i samtale 28.9.2009.)

Han hadde altså, i motsetning til konkurrentene, ingen erfaring fra det offentlige legevesen og egentlig bare utdannelseserfaring fra sykehus. Det ble imidlertid påpekt at han som assistentlege hos Chefinspektøren hadde reist land og strand rundt, og slik skaffet seg et godt inntrykk av helseforholdene de forskjellige steder i landet. Gjennom sitt arbeide med å utrede spørsmålet om den sivile medisinaladministrasjons plassering og organisering, et arbeid han utførte gjennom en SLF-komité (1938), hadde han også fått betydelig innsikt i medisinaladministrative forhold. Den meget energiske doktor Evang hadde også vært politisk aktiv fra studentertiden av, i Mot Dag og siden i Socialistiske lægers forening. Han var initiativtager til dannelsen av SLF og var Foreningens formann fra 1931 til 1938. Fra 1930 til 1931 var han formann i Det Norske Studentsamfund. Fra 1934 til 1936 var han formann for Yngre lægers forening. Fra 1932 til 1933 var han med på å utgi det snart nokså omstridte Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning. I 1938 ble han valgt inn i Bystyret i Oslo, for Arbeiderpartiet.

Ramme 2.2: Utnevnelsen av Karl Evang til medisinaldirektør – Nytt fra statsråd 23. september 1938:

Lægevesenet.

Assistentlæge ved Chefinspektoratet under Statens arbeidstilsyn, læge Karl Evang er konstituert som direktør for det civile medisinalvesen.

Ansettelsen voldte Regjeringen endel hodebry. Kjølstad og Bjelke ville, etter en normal vurdering, stått sterkest. Ble det lagt vekt på ansiennitet, stod Kjølstad klart sterkest. I Arbeiderpartiet var det imidlertid betydelig interesse for å få Evang som medisinaldirektør. Partiet hadde i 1935 overtatt makten, med Johan Nygaardsvold som statsminister, og var opptatt av å bryte opp det monopol de borgerlige partier, i praksis Venstre (særlig) og Høire, hadde på de høyere embedsstillinger. Nå hadde Partiet sjansen til å få inn en av sine i ett av de viktigste embeder i statsadministrasjonen. Denne mannen var tillike en usedvanlig dyktig, energisk og visjonær mann. Ja, om han enn manglet endel erfaring, og navnlig som offentlig lege, var han utvilsomt den skarpeste og mest lovende av søkerne. Det var til stor nytte for Sosialministeren, som etter valget høsten 1936 var Arbeiderpartiets formann, Oscar Torp, at Evangs sjef i Chefinspektoratet, direktør siden (etableringen i) 1915, Olai Lorange (1876-1965) gav Evang sin varmeste anbefaling. Torp rådførte seg ellers med endel fremstående leger, spesielt stadsfysikus i Oslo (siden 1930), Andreas Diesen (1881-1958), en lege som hadde arbeidet endel sammen med Evang, blant annen i Norsk Hygienisk Forening, i Folkehelseforeningen og i Mentalhygienisk forening. Diesen gav overfor Statsråden, som han hadde møte med like før utnevnelsen skjedde, at han anså alle seks søkere som kvalifisert for embedet, men at tre utmerket seg, Kjølstad, Bjelke og Evang.

Det kan se ut til at det for Torp og Regjeringen stod mellom de to yngste, Bjelke og Evang. Torp hadde fått et godt inntrykk av Bjelke som konstituert

medisinaldirektør. Bjelke var en charmerende herre – diplomatisk, morsom og med vide kulturelle interesser. Torp så også at Bjelke trivdes som medisinaldirektør og kunne tenke seg å fortsette som sådan. Bjelke samarbeidet meget godt med ekspedisjonssjef i Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet, Theodor Thorsen. Torp kunne nok tenkt seg å velge Bjelke, også for ikke å provosere Stortingets borgerlige flertall. Han visste jo at mange var skeptiske til Evang, omenn mer for hans sosialradikale holdninger enn for hans mangel på erfaring. Men han skjønnte samtidig at han av politiske grunner ikke kom utenom Evang. Bjelke forstod også at han hadde politikken imot seg, selv om han selv ikke hadde eksponert noen politisk tilhørighet. Bjelke var borgerlig innstilt, og det visste Torp. Som legesønn og ikke minst svigersønn av den meget kjente og innflytelsesrike forlagsbokhandler William N. Nygaard, tilhørte han en verden som var fjern for Torp og hans partikamerater.

Det trakk ut med utnevnelsen, så vidt lenge at det begynte å bli pinlig. Men saken var vanskelig for Regjeringen. Morgenbladet skrev således, da utnevnelsen var et faktum, at Evangs ansettelse ”har – det vet man – først funnet sted etter strid innen regjeringen”.⁵⁶ Ja, strid var det. Striden gikk endog etter alt å dømme til topps i Regjeringen. Den politisk moderate statsminister, og parlamentariker mer enn partikontormann, Johan Nygaardsvold, var skeptisk til å ta Evang. Etter hvert skjønnte imidlertid ”Gubben” at han ikke kunne sette seg imot å utnevne Evang.

Etter et møte, antagelig på ettersommeren 1938, drog Torp og Bjelke sammen bort i drosje. Da lente Torp seg over mot Bjelke og sa: ”Det blir Evang. Partiet har bestemt det.” Den alltid hensynsfulle statsråd ville gjerne varsle Bjelke på forhånd om hva som kom til å skje, og forsåvidt forberede ham på at han burde ta sikte på et av de to fylkeslegeembeder som nå stod ledige. Men Torp viste nok også med sin meddelelse til Bjelke at også han syntes valget hadde vært vanskelig. Bjelke satte pris på å få beskjed av Statsråden, men han ble svært skuffet.

I den regjeringskonferanse som fattet avgjørelsen om å utnevne Evang manglet en viktig person, statsminister Johan Nygaardsvold.⁵⁷

Bjelke valgte for øvrig Østfold, så ble ikke avstanden til ”byen”, det vil si til Oslo, for stor for hans hustru, Ellen Wiel Nygaard Bjelke (1900-1980). Bjelke ble utnevnt i det samme statsråd som Evang ble utnevnt til medisinaldirektør.

Bjelke fikk siden fra tid til annen kommentarer om at det var han som burde vært medisinaldirektør, men ville nødig snakke om saken. Han fikk et greit

56) Morgenbladet, *op.cit.* Bjelkes svigerfar, som han stod nokså nær, var forlagsbokhandler William N. Nygaard. Nygaard var en meget innflytelsesrik mann i den tidens Oslo og så nok gjerne at svigersønnen (for) ble medisinaldirektør. Om han ”trakk i noen tråder” vet vi ikke. Han snakket nok med noen, men de stod knapt arbeiderpartiregjeringen nær. Bjelke hadde for øvrig ikke markert seg politisk, men stemte borgerlig. (Erik Bjelke, telefonsamtale 4.2.2009.)

57) Harald Bjelke fortalte en hel del om ”begivenhetene” i 1938 til sin assistentlege fra 1953 til 1954 ved fylkeslegeembetet i Østfold, senere professor Jarle Ofstad (f. 1927). Opplysningen om Statsministerens rolle i utnevnelsessaken har vi fått av Ofstad i telefonsamtale 6.2.2009.

forhold til Evang. Evang besøkte ham også senere, trolig i femtiårene, i Moss.⁵⁸

Den nye medisinaldirektør: DR. KARL EVANG



Læge Karl Evang er i dagens statsråd konstituert som medisinaldirektør.

Dr. Karl Evang er i sjelden grad skikket for denne sin nye betydningsfulle stilling. Hans fremragende dyktighet må avtvinge beundring hos alle, selv hos hans bitreste politiske motstandere, og med energi og hjertelag har han gått inn for å løse de sosiale spørsmål. Trøst sine utge år har han hatt mange viktige hverv og påtatt sig svære oppgaver som han har arbeidet med uten å spate sig selv.

Den nye medisinaldirektør er født i Oslo i 1902, tok artium i 1922 og medisinsk embetseksamen i 1929. Han praktiserte i Oslo fra 1929-32, var så kandidat på Ullevål, og tok derefter op sin privatpraksis igjen i 1934. I de to siste år har han vært assistentlæge ved Statens arbeidssykehus.

Blandt dr. Evangs mange offisielle oppdrag kan nevnes at han blev medlem av den komité som Oslo kommune nedsatte i 1936 til undersøkelse av de forsorgsunderstøttedes ernæringsforhold. Denne komitéts formenn var stadsfysikus Diesen, mens professor Schütz, Toverud og dr. Evang var de øvrige medlemmer. Kostholdsundersøkelser har dr. Evang drevet i stor skala siden 1933 både blandt fiskere nordpå og blandt fiskere nordpå og blandt folk i Oslo og omegn, og samtidig har han i samarbeid med distriktlægene in-

tersøkt de hygieniske forhold og yrkessykdommer omkring i landet. Videre har han tatt del i det forberedende arbeid til omorganisasjon av Medisinaldirektoratet, og er medlem av landets civile luftvernbyrå, av bystyret, av Oslo kommunale sykehushusvalg, det kommunale barnahjemsvalg og representantskapet for Bølgreforeningen. Han var redaktør av Tidsskrift for seksuell oplysning, var med å stifte Sosialistiske lægers forening i 1931 og har vært med i styret hele tiden siden, likesom han er redaktør av sosialistisk medisinsk tidsskrift.



Den nye medisinaldirektør, dr. Evang, fotografert på egen utside sin bolig i Oslo i forbindelse med sin utreise.

Suspensjoner i Oslo brannvesen.

Fra Oslo brannvesen, mottok vi

Faksimile 2.1: Forsiden av regjeringsorganet Arbeiderbladet fredag 23. september 1938. Oppslaget stod nede til høyre på siden. Øverst på siden dominerte krisen i Tsjekkoslovakia (Tyskland krevde å få Sudetenland).

I noen henseender var utnevnelsen av Evang ikke noe stort brudd med tradisjonen. Han var, som de fleste av sine forgjengere, en utpreget fagstyremann, en medikrat. Hans 1938-innstilling var jo et tydelig uttrykk for det. Deltagerne på legemøtet i Stavanger det året oppfattet åpenbart også det. Evang talte som deres kollega. De, dog relativt få, som deltok i debatten etter hans, og ekspedisjonssjef Thorsens, foredrag på det alminnelige lægemøtet

58) Bjelke tiltrådte som fylkeslege fra 1939 og ble sittende i embedet resten av sin karriere. Hans far, som også het Harald Bjelke (1879-1923), fungerte som praktiserende lege i Larvik fra 1901. En del av opplysningene i dette avsnitt, bl.a. om Torps henvendelse til Bjelke, har vi fått av Bjelkes sønn, professor i medisin (em.) ved Universitetet i Bergen, Erik Bjelke (f. 1934), i telefonsamtale den 29.10.2008. Bjelkes opplysninger er delvis bekreftet og delvis utfylt av Jarle Ofstad i telefonsamtale den 6.2.2009; kfr. Forrige fotnote.

den 28. juni, støttet Evang. Evang fikk da også Lægemøtets tilslutning til sitt forslag til resolusjon i ”administrasjonsspørsmålet”.

La oss føye til at hygienikeren Evang også tilhørte tradisjonen innen helseforvaltningen forsåvidt som han var en ”helsemedikrat”, en sunnheitspolitimann, mer enn en *klinisk* medikrat; skjønt han var også i prinsippet det siste.

Evangs forgjengere siden Holmboe hadde, som vi har sett, vært politisk forsiktige, og ikke presset på for å samle avdeling og direktorat. Ja, de var, som vi har sett, i så henseende nærmest nølende. De ville bygge ut fagstyret på andre måter, men i første rekke ved å styrke Medisinaldirektoratet og ved å kollegialisere ledelsen av det. Evang ville ha politisk adgang, og gav tydelig og utålmodig uttrykk for det, tydeligere enn noen hadde gjort siden Frederik Holst. Holst fikk imidlertid ikke, som Evang, makt. Men ulik Holst, og mange av sine forgjengere, var Evang mindre opptatt av å kollegialisere ledelsen. Han ville ha en sterk og tydelig helsedirektør.

Det kunne lett ha gått med Evang som med Holst. Også han kunne (for)blitt en utenforstående kritiker. Hadde Torp valgt Bjelke, hvilket han altså, formodentlig, sterkt vurderte, kunne meget gått anderledes. Bjelke var nok også en medikrat, men en langt varsommere sådan enn Evang. Som sine forgjengere hadde han ingen tanker om å samle medisinalforvaltningen. På Lægemøtet i 1938 holdt han et lengre innlegg, etter ekspedisjonssjef Thorsen, og støttet, på en forsiktig måte, Thorsen. Indirekte angrep han slik Evang. Bjelke konkluderte slik:

Medisinaldirektørens arbeide bør alltid være politisk nøytralt, og jo friere hans stilling er, desto sterkere vil han stå som den ansvarlige rådgiver. Det som er sakens kjerne er instruksmessig å skape klare linjer mellom medisinalavdelingens og Medisinaldirektoratets virkeområder.

Han foreslo, i tråd med dette, å gå frem på denne måten:

1. *Å utbygge det nuværende lægekontor i Medisinaldirektoratet til 4 selvstendige kontorer, ledet av fagchefer som sammen kan danne en såkalt kollegial medisinalstyrelse med en av chefene som medisinaldirektør.*
2. *Regulativmessig å få fastslått at Medicinaldirektoratet er en selvstendig institusjon ved siden av Socialdepartementets medisinalavdeling, og at disse to institusjoner får hvert sitt bestemte virkeområde.⁵⁹*

Vi ser altså hvordan Bjelke foreslo reform, mens Evang ville ha ”revolusjon”. Bjelke ville styrke fagligheten i Direktoratet og han ville kollegialisere ledelsen. I debatten fikk, som nevnt, Evang all eksplisitt støtte. Han svarte også Thorsen på en nokså spiss måte. Bjelkes innlegg forbigikk

59) *Forhandlinger, 27. almindelige norske lægemøte, 1938, s. 71-72.*

han i stillhet. På det tidspunkt da møtet ble holdt foregikk jo den endelige regjeringsvurdering av de to konkurrenter til embedet som medisinaldirektør. Bjelke la imidlertid merke til stemningen på lægemøtet. Den gikk ikke i hans favør. Fru Ellen Bjelke, som for første, og siste, gang var med sin mann på et legemøte likte ikke atmosfæren. Der ble visket og tisket i krokene, men talen forstummet når hun kom forbi. Om det var mannen, og Evang, de snakket om, visste hun dog ikke.⁶⁰

Hadde Torp valgt Bjelke i 1938 ville Norge neppe fått det integrerte Helsedirektorat det fikk i 1945. Utviklingen ville antagelig ha fortsatt i det spor den var i, med et sakte voksende Direktorat og en overordnet avdeling. Som vi skal komme tilbake til senere kunne den evangske konstruksjon ha blitt avviklet da han gikk av i 1972, men avviklingen kom først i 1983. Regjeringen, også en arbeiderpartiregjering, valgte, etter meget tvil, en slags ”ny Evang” i 1972, istedenfor en ”ny Bjelke”.

Men la oss vende tilbake til Evang. Mens hans forgjengere som medisinaldirektører, iallfall i noen grad, var ”aristokratiske” medikrater, var han, eller – rettere – så han seg som, en ”folkemedikrat”. Fjerner man hans marxistiske jargon, finner man imidlertid at han først og fremst stod for en mer offensiv og intervenserende, og mer gjennomsekularisert,⁶¹ form for ”sunnhetspoliti” enn de hadde gjort.⁶² Ja, han overgikk dem egentlig hva gjaldt paternalisme. Han ville snarere arbeide *for* folket enn *med* folket. Han var en usedvanlig direkte talsmann for det som filosofen m.m. Ivan Illich (1926-2002) en generasjon senere, i ytterst kritisk øyemed, skulle gi betegnelsen, medikalisering.⁶³

Allerede før krigen fremstod altså egentlig Evang som en nokså paternalistisk helsemedikrat. Krigens opplevelser skulle imidlertid gjøre at han raskere oppdaget det enn han kanskje ellers ville gjort. Hans biograf, Trond Nordby, peker imidlertid på at Evang allerede i søskenflokk, han var nummer tre i en flokk på ti, var den selvsagte leder: Da faren, byråsjef Jens Ingolf Evang (1873-1914), allerede i 1914, døde henvendte moren, Anna Beate (1875-1954), ”seg i første rekke til Karl – som var den nest eldste sønnen, og innenfor rammene av de tradisjonelle kjønnsrollene fylte han på

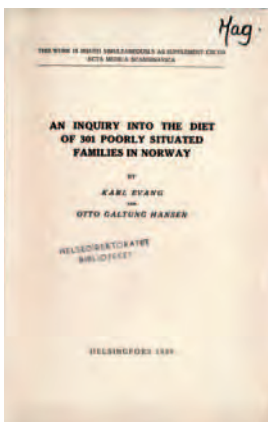
60) Opplysninger gitt av Erik Bjelke, Harald og Ellen Bjelkes sønn, i telefonsamtaler 29.10.2008 og 4.1.2009.
61) Vi tenker her først og fremst på hans nesten misjonerende rådgivningsvirksomhet på kjønnslivets område (Boken *Fødselsregulering* (1930), *Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning* (1932-35)) og i forlengelse av det, hans akseptering av provosert svangerskapsavbrudd.

62) Et spesielt tydelig trekk innen sunnhetspolitikken hadde i lengre tid rasehygiene vært. Sett fra en sunnhetspolitisk synsvinkel ble det viktig både å øke befolkningen og å foredle den. I Tyskland ble denne læren drevet langt, men i moderat form preget den sunnhetspolitiforståelsen i hele Europa. Også Evang tenkte rasehygienisk, men, som han understreket, på vitenskapelig grunnlag, ikke som i Tyskland, på ideologisk grunnlag. I heftet *Rasepolitikk og Reaksjon*, som kom ut i 1934 (Oslo: Fram Forlag), skrev han i siste kapittel, kalt ”Socialisme og rasehygiene” blant annet (s. 130) at ”Den tanke f.eks. å begrense antallet dårlige arvebærere, er en helt rasjonell tanke, som socialismen alltid har gått inn for. I det socialistiske plansamfund vil dette naturlig inngå som ledd i det forebyggende sundhetsarbeide.”

63) Ivan Illich, *Medical Nemesis – The Expropriation of Health*, London: Calder & Boyers Ltd., 1975. Illich var på besøk i Oslo, trolig på ettersommeren 1975, i anledning utgivelsen av boken. Det var hans venn, Nils Christie som hadde invitert ham og holdt et seminar med ham i ”professorboligen” i sentrum, hvor Institutt for rettssoisologi holdt til. Evang var til stede, og trodde en stund at Illich, som han, etterlyste en mer radikal hygienisk og sosialmedisinsk medisin. Illich lot ham forstå at en slik medisin var enda ”verre”, altså mer avmektiggjørende, enn den spesialiserte kliniske medisin. Da Evang oppdaget hvordan han hadde misforstått Illich, ble han meget vred og forlot frysende seminaret. Vi, som skriver dette, var tilstede på seminaret. Evang kommenterte siden Illich’ bok i *Forskningsnytt*, nr. 3, 1976.

mange måter plassen etter den avdøde faren. Følelsen av å være mors utvalgte – når han attpåtil hadde en eldre bror – skjerpert fremdriften. Han ble den seierssikre. De yngre søsknene syntes han kunne bli for mektig alt da han bodde hjemme”.⁶⁴ Karl Evang hadde for øvrig fått farens navn som annet navn: Karl Ingolf. Han brukte ikke siden farsnavnet.

Men med det bilde ”den opplyste almenhet” hadde fått av Evang var utnevnelsen av ham dristig. Utnevnelsen skapte allikevel ikke umiddelbart særlig politisk ”støy”. Flere aviser, som Aftenposten, bare nevnte den nøytralt, mens Morgenbladet og Nationen reagerte negativt. Morgenbladet, trolig ved sin redaktør Olaf Gjerløw (1885-1949), pekte på at Evang var den yngste søkeren, at han hadde beskjeden administrativ erfaring og ennå ikke hadde nådd lenger enn til å ha underordnede legestillinger.⁶⁵ Det heter videre i lederen om ”Den nye medisinaldirektør”: ”Det tør sies at uten partifelleskapet og uten den særkvalifikasjon at han er formann og ledende ånd i Socialistiske lægers forening vilde dr. Evangs kandidatur neppe blitt tatt helt alvorlig”. Avisen pekte ellers på at hans syn på abortus provocatus gjorde ham svært omstridt. Nationens redaktør Thorvald Aadahl (1882-1962), som stod i skarp opposisjon til det arbeiderbevegelsen stod for, skriver⁶⁶ at ”Under den voldsomme spenning som nu behersker alle sinn” (krigs-truslene) ”er det ikke mange som optas av våre hjemlige begivenheter”, som embedsutnevnelser. Men redaktøren fremholder at det er urovekkende hvordan Regjeringens mange små beslutninger begynner å danne et mønster. Der slipper ikke til ”en visergutt uten omhyggelig politisk mentalundersøkelse”. Og hva medisinaldirektørembedet angår, skriver han: ”Der finnes ikke et menneske – ikke engang i arbeiderpartiet – som vilde tenkt på dr. Evang i forbindelse med ledelsen av hele vårt medisinalvesen, hvis han ikke som politiker hadde eid tilstrekkelig av røde blodlegemer”. Regjeringen har, avslutter redaktøren, ”bøiet sig for krefter som tenker mere på Folkets hus enn på folkets helse”.



Evang var en flittig forfatter hele sitt liv. I 1930-årene publiserte han flere arbeider innen ernæringsfaget, som dette, sammen med sin senere tuberkuloseoverlege, Otto Galtung (Hansen). Da arbeidet ble publisert hadde Evang allerede tiltrådt som medisinaldirektør.

64) Nordby, s. 21.

65) Morgenbladet, 24.9.1938, s. 4.

66) Nationen 24.9.1938, s. 9.

Arbeiderbladet gav utnevnelsen et solid oppslag på utnevnedagen, fredag 23. september 1938. Utnevnelsen fikk tre spalter på første side, nederst til høyre; kfr. faksimile 1. Nyheten ble heller ikke presentert nøytralt: ”Dr. Karl Evang er i sjelden grad skikket for denne sin nye betydningsfulle stilling”, het det innledningsvis i regjeringsorganet. Avisen fortsatte: ”Hans fremragende dyktighet må avtvinge beundring hos alle, selv hos hans bitreste motstandere, og med energi og hjertelag har han gått inn for å løse de sosiale spørsmål”. Avisens første side var ellers, selvsagt, preget av de krigstruende begivenheter i Sentral-Europa: Sudetområdet og Tysklands trusler mot Tsjekkoslovakia. Dagen etter, lørdag den 24., kommenterer avisen på lederplass kritikken fra Morgenbladet og Nationen.⁶⁷ Det er nok redaktøren selv, Martin Tranmæl (1879-1967), som skriver. Han omtaler Nationens kommentar som ”et ubehersket angrep på regjeringen” og Morgenbladets som ”et surt opstøt”. ”Fra den kant er det også det samme lorum-larum” om alder og medlemsbok, skriver Arbeiderbladets redaktør om Morgenbladets kommentar. Redaktøren fortsetter: ”Det må da være en fordel at en mann i så viktig og krevende administrativ stilling er ung. Vi trenger litt fornyelse og fornyelse i hele vår administrasjon. Åreforkalkning er overalt en fare og særlig på dette område”.

Christiania Nyheds- og Avertissementsblad, Morgenposten, eller ”Svæarta”, omtalte utnevnelsen saklig og nøytralt og bemerket til slutt i sin omtale at ”Den nye medisinaldirektøren er også sterkt idrettsinteressert og en av våre beste tennisspillere. I går vant han således arbeidermesterskapet ved å beseire A. I. F.s hittil beste spiller, Reidar Haanes”.⁶⁸

Evang var selv, skriver hans biograf Trond Nordby, overrasket over at der ikke kom flere negative reaksjoner på utnevnelsen. Til sin aldrende legebekjente, Karl Sandberg (1855-1949), som da bodde i Chicago, skrev han: ”Min utnevning var et hårdt slag, særlig for den kristelige reaksjon i landet, men bortsett herfra er den blitt godtatt med forbausende liten motstand”.⁶⁹ Han nevner at der nesten ikke er kommet kritikk over utnevnelsen fra leger, og antyder at det kan skyldes at de tror hans utnevning kan gjøre at legene endelig kan få satt juristene i Departementet på plass.

Det er riktig, der kom ingen formelle klager fra legehold på utnevnelsen av Evang. Men det tør nok være at de fleste kliniske leger, altså de fleste leger, ikke var så opptatt av hva Medisinaldirektoratet bestilte, ”prekliniske” orientert som det jo i stor grad var. Blant dem som var opptatt av forvaltningsspørsmål og helsepolitikk mer alment, var nok skepsisen til Evang betydelig. Det skulle vise seg etter krigen. Men han fikk også antydninger om det før krigen, som vi skal se.

67) Arbeiderbladet 24.9.1938, s. 4.

68) Morgenposten 24.9.1938, s. 4. Evang ble altså tennismester på utnevnedagen. A. I. F., Arbeidernes Idrettsforbund ble stiftet i 1924, i opposisjon til Norges Landsforbund for Idrett, som A. I. F. mente var for nasjonalistisk og militaristisk. Der ble arrangert adskilte idrettskonkurranser i mellomkrigstiden. A. I. F. var opptatt av å se på idrett også fra en helsemessig synsvinkel og la stor vekt på masseidrett; dog arrangerte også Forbundet vanlige konkurranser (A. I. F.-mesterskap), og det var en slik Evang vant. De to idrettsforbund gikk i 1946 sammen i Norges Idrettsforbund.

69) *Ibid.*, s. 90.

Etter en tid kom det også en politisk reaksjon på utnevnelsen av Evang. Den kom i forbindelse med Stortingets protokollkomités gjennomgåelse av regjeringsprotokollene et knapt år etter utnevnelsen. Protokollkomiteens flertall, (alle) de fem borgerlige medlemmer, konkluderte sin kritiske uttalelse slik:

Med forbigåelse av eldre, langt bedre kvalifiserte ansøkere burde derfor Karl Evang, som endog var den yngste ansøker, ikke vært konstituert som direktør for det civile medisinalvesen.

Mindretallet, Komiteens fire arbeiderpartimedlemmer, støttet derimot utnevnelsen og konkluderte slik:

Alt i alt hadde denne søker vist så særpreget interesse og så fremragende vitenskapelig og praktisk innsats i arbeidet med en rekke forskjellige viktige helsespørsmål at han i særlig grad må sies å ha kvalifisert sig for det embede han blev utnevnt til.

Komiteéns mindretall finner derfor at den utnevnte var den best kvalifiserte ansøker til dette embede og departementet har handlet rett ved å utnevne Evang til medisinaldirektør.⁷⁰

Protokollkomiteens delte innstilling førte til en ganske omfattende debatt i Odelstinget om ettermiddagen den 12. juni 1939. Debatten kom etter hvert til å engasjere langt flere enn bare Komiteens medlemmer. Dens tema ble etter hvert både Evangs kvalifikasjoner i forhold til de andre ansøkerne og hans verdimeslige og politiske holdninger. I noen grad gikk de to typer vurderinger over i hverandre, men det tør nok være at standpunktene mer reflekterte holdninger enn kvalifikasjoner, på begge sider av den politiske delingslinje. Ingen av de borgerlige representanter trakk Evangs kvalifikasjoner i tvil, selv om det ble henvist til at han var svært ung og hadde en snever erfaringsbakgrunn. Flertallet påpekte således at det ikke kan "sees at han har hatt noen anledning til å erverve sig synderlig kjennskap til lægeforholdene utover landet, og efter de foreliggende opplysninger må det antas at han heller ikke har hatt anledning til å erverve sig den nødvendige erfaring i administrativ stilling".⁷¹ Det er for så vidt typisk at det viktigste kvalifikasjonsargument for flertallet, direkte og indirekte, var ansiennitet. Mindretallet legger på den annen side all vekt på de saklige kvalifikasjoner, og trekker således frem hans glimrende eksamenskarakterer og hans betydelige forskningsinnsats: "Et embede av denne art kan ikke besettes efter rene ansiennitetsprinsipper. Det er ingen vanlig opprykningsstilling, men en stilling hvor kvalifikasjoner må spille den største rolle".⁷² Mindretallets, altså Arbeiderpartiets, fremste talsmann i odelstingsdebatten om innstillingen, Arnt F. Moss (f. 1880), som representerte byene i Buskerud og var kommunerevisor, utdypet utførlig mindretallets kvalifikasjonsvurderinger og avsluttet med å si:

70) SF, 1939, IV A, Innst. O., s. 20 og 21.

71) *Ibid.*, s. 20.

72) Begge sitater er fra SF, IV A, 1939, Inst. O., s. 20.

Jeg er derfor forvisset om at enhver som ser det fra det her nevnte standpunkt, vil innrømme at det er riktig. Ser man det på en annen måte, er det ut fra et politisk syn som bare ser en motstander uten hensyn til kvalifikasjoner.⁷³

Etter at statsråd Oscar Torp, saklig og rolig, hadde sagt mer om Regjeringens, og sine egne, motiver for å velge Evang, redegjorde Protokollkomiteens formann, Bondepartiets Andreas Maastad (f. 1881), gårdbruker fra Østfold, nærmere for flertallets vurderinger. Han grep fatt i Regjeringens og mindretallets kvalifikasjonsargumentasjon og sa, med et lite innslag av ironi, at

Nu nevnte både statsråden og hr. Moss hans store videnskapelige produksjon, og det har selvfølgelig de herrer bedre kjennskap til enn jeg, men det er kanskje særlig om denne hans videnskapelige produksjon at der har stått adskillig strid.

Maastad pekte ellers på at man ikke måtte sette kvalifikasjoner bare lik akademiske sådanne: ”Vi har lagt mer vekt på praksis og erfaring, som er nødvendige betingelser i en sådan stilling som denne”. For ham, og flertallet, stod derfor Kjølstad fremst, med Bjelke som en god nummer to. Maastad la ellers vekt på ”at det vil føles noget sårt for de eldre og vel kvalifiserte ansøkere som vi hadde til denne stilling, å bli forbigått”.⁷⁴

Etter Maastads innlegg tok meningsutvekslingen en ny vending. Den ble spissere. Den som bidro til det var den gamle statsminister for Venstre, skipsreder Johan Ludwig Mowinckel (1870-1943). Mowinckel vendte seg mot sine egne og forsvarte, med engasjement, utnevnelsen av Evang. Hans engasjement var påfallende også fordi han gav uttrykk for at Maastads innlegg var avbalansert og saklig. Han reagerte åpenbart som han gjorde fordi han, som statsminister i til sammen ca. 10 år, var gått lei av Protokollkomiteens årvisse kritikk av embedsutnevnelser. Han syntes den begynte å bli pinlig, i sin forutsigbarhet, og hadde nærmest helst sett at Protokollkomiteen ble nedlagt. Hans syn var at det var Regjeringens oppgave å vurdere ansøkerne, og at den i den sammenheng også kunne legge politiske hensyn til grunn:

Socialdepartementets chef har så store oppgaver på dette område som han gjerne vil løse, og som ligger nær hans politiske og sociale oppfatning, at det er meget naturlig og rimelig at han i denne viktige stilling – en av de aller viktigste som ligger under ham – vil søke en mann som han vet arbeider av fullt hjerte med ham og ikke mot ham.⁷⁵

Den gamle statsminister og selvbevisste bergenser provoserte ikke bare slik de borgerlige medlemmer av Protokollkomiteen, han legitimerte en mer politisk diskusjon om utnevnelsen av Evang. Maastad, og før ham Høyres Johan Undrum (1880-1940), hadde så vidt henvist til at mange av Evangs

73) SF, 1939, IV A, O.tid., s.

74) SF, IVA, 1939, O.tid., s. 610 (alle sitater fra Maastad).

75) *Ibid.*, s. 611.

arbeider var omstridte. Nå var det blitt legitimt å gi disse henvisningene ideologisk innhold. Kristelig Folkepartis skaper og leder, Nils (Andresson) Lavik (1884-1966), gjorde straks, på klangfullt landsmål (ikke nynorsk), det Lavik gikk først gjennom kvalifikasjonsmomentene, og mente, som Maastad, er erfaring burde være tillagt mer vekt, og i så henseende stod Kjølstad, ”langt, langt framum Evang”. Det var imidlertid en ting til han ”vilde nemna: Det er ikkje berre eit fleirtal i protokollnemndi som hev reagert på denne utnemningi, det er *ein stor lut av folket vårt*”. Etter å ha understreket at han ikke trekker Evangs faglige dyktighet i tvil, sier han:

*Men sumt av det han hev skrive er vågsamt, – eg brukar varsamme ord – det er **for** vågsamt. Det kann henda at doktor Evang hev gjort det frå ideelle grunnar – etter dei opplysningar eg hev fått, hev eg grunn til å tru det, og dette segjer eg for di eg ikkje vil gjera urett mot mannen – men når eg tenkjer på det denne mannen hev skrive i ”Tidsskrift for seksuell Oplysning”, so er der ting som synest å vera vanskelege å forsvara, både pdeagogisk set og medisinsk set. Dei seksuelle opplysningane som han kom med, hev **eggja** meirr enn opplysningane er verd, dei skapte ei seksuell påkjenning som vart for tung for den moralske makti hjå mang ein norsk ungdom. Eg tenkjer her m. a. på ein artikkel i det nemnte tidsskriftet – eg trur det var frå året 1933. Der gjev han millom anna råd og rettleiing og **uppskrifter** for ymse former, og ikkje so få heller, for seksuelt samliv. ... Ungdommen kjøpte det, og det var lese, og dei levde etter det.*

*...Riksstyret kan ikkje undrast over at det var folk som reagerte. Dei ottast og dei spurde: Kva skal det tyda når Riksstyret set ein **slik** mann inn i den øvste tilsynsstilling for lækjarstellet vårt;...*

Lavik sier til slutt at for den som skal bli medisinaldirektør er ikke faglige kvalifikasjoner nok:

*Det spørst òg etter pedagogisk visdom og pedagogisk takt i eit slik arbeid (som medisinaldirektørens). Det spørst òg – eg understrekar det – **etter pietet og etter vyrdnad for dei moralske verdiar som enno er høge og heilage for ein stor lut av folket vårt.**⁷⁶*

Etter Laviks innlegg meldte det seg så mange talere at Presidenten foreslo å redusere taletiden fra fem til to minutter.

Den første som tok ordet var Høires ledende mann og Stortingets president, Carl Joachim Hambro (1885-1964). Konstitusjonalisten gikk først og fremst løs på sin gamle rival Mowinckel, og for hans forsvar for politiske utnevnelser. ”Protokollkomiteen er vår konstitusjons vern mot alle diktaturlyster hos regjeringer”, hevdet han og henviste til at embedsmenn i Norge er uavsettelige. Godtar man politiske utnevnelser impliserer det, mente Hambro, at

76) *Ibid.*, s. 612 og 613. Alle uthevelser er Laviks.

embedsmenn må skiftes ut ved regjeringsskifter. Det skjer i ”visse stater”, men ”lar sig overhodet ikke forene med vårt system..”⁷⁷

Laviks partifelle, og medhordalending, Hans Svarstad (1883-1971), fulgte i sitt innlegg opp sin kollegas moralske advarsel. ”Det vilde”, hevdet han, ”vera ein fåre um det nye syn på seksualmoralen, nærare avgrensa: den nye moralen, skulde få studnad frå den autoritet og den makt som eit slikt embete (som medisinaldirektør) ber i seg”. Arbeiderpartiets Arnt Moss tok igjen ordet, og forsvarte Evangs tidsskrift, som han nevnte både han og herr Svarstad, hadde abonnert på fra starten av. ”Tidsskriftet har skaffet opplysninger som var nødvendige for å motarbeide vrangforestillinger som mange led under”, fremholdt han, og mente at det stod på solid faglig grunn og mer styrket enn svekket Evangs kandidatur til embedet som medisinaldirektør. Venstres medlem av Protokollkomiteen Ola Olson Dønheim (f. 1887), lærer og gårdbruker fra Møre og Romsdal, gikk imot sin partikollega Mowinckel og fremholdt at det ”minst priselege ved gjerninga hans” var hans arbeid for seksuell opplysning. Om Evangs tidsskrift uttalte han at ”eg trur det står ymse ting der som ein må seia er tilvising på unatur..”⁷⁸

Statsråd Torp tok atter ordet, og særlig for å arrestere Hambro, som ”han syntes hadde en evne til å trekke debatten ned som det ikke er hyggelig å høre på”. Torp fremholdt at det han, og formodentlig også Mowinckel, mente var at kandidatens samfunnssyn bare fikk spille en rolle når ansøkeres kvalifikasjoner var noenlunde like. Mowinckel kom tilbake og bekreftet det Torp hadde sagt, men kunne ikke dy seg for å bemerke at ”Det lyktes hr. Hambro i løpet av 5 minutter å dra denne debatt ned på det nivå som berettiget at jeg for min part sa at jeg nødig deltar i disse debatter”. Han hadde for øvrig lagt merke til at ”høre i stigende grad er efter venstre”. Hambro, Stortingets fremste polemiker siden han første gang møtte der, i 1919, svarte straks at Mowinckel rodde; han hadde aldeles ikke tatt de forbehold i sitt første innlegg som Torp nå hadde hjulpet ham med. Han la ellers til at ”Hr. Mowinckel får ha mig unnskyldt; når man skal svare på anførsler av den art som hans første innlegg, er man nødt til å stige ned på det nivå hvor taleren befant sig”.⁷⁹ Hambro hadde også et råd til statsråden, når det gjaldt å passe på hans nye medisinaldirektør:

Jeg vil .. henstille til socialministeren,....., også å dra omsorg for at han (dvs. Evang) ikke i større utstrekning enn andre av centraladministrasjonens embedsmenn deltar for aktivt i den politiske agitasjon. Det ville være utenkelig for nogen å forestille sig hans forgjengere, Heitmann eller Holmboe, virke som han har gjort efter sin utnevning.

Helt uten et politisk etterspill gikk altså ikke utnevnelsen av Karl Evang til medisinaldirektør. Hambro antydte jo også at der var flere som ville følge nøye med i Evangs gjøren og laden fremover: Evang ble ikke bare utnevnt av politiske grunner, han praktiserte på politisk grunn.

77) *Ibid.*, s. 613.

78) Sitatene fra Svarstad er fra *ibid.*, s. 614, fra Moss, s. 615 og fra Dønheim, s. 615.

79) Sitatet fra Torp er fra *ibid.*, s. 616-617, fra Mowinckel fra s. 617 og fra Hambro fra s. 618.

*

Evang kastet seg umiddelbart over sine nye oppgaver, men det var selvsagt begrenset hva han kunne få gjort på det drøye året som gikk før krigen brøt ut. Han hadde jo også det problem at departementsavdelingen stod i veien for ham. Han slapp ikke selv til politisk. Det var i første omgang lite han kunne gjøre med det, selv om han jo visste hva han skulle gjøre, og hadde et slags mandat til å handle. Han var, inntil videre, blokkert av ekspedisjonssjef Theodor Thorsen (f. 1878) og hans aldrende mannskap: Thorsen ble ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets lovavdeling i 1917, men for Medisinalavdelingen først i 1929, mens hans tre byråsjefer var utnevnt i 1913, 1922 og 1923.⁸⁰ Forsåvidt satt der også i Evangs eget Direktorat mange som mer representerte tradisjonen enn fornyelsen. Han hadde slik sett personproblemer både over seg, i Departementet, og under seg, i Direktoratet.

Som vi skal se hjalp skjebnen Evang i begge henseender. Nedad spilte snart skjebnen noen kort i hendene på ham. Der oppstod ledighet i flere viktige stillinger i Direktoratet. Evang grep sjansen. Han utnevnte, eller innstilte, leger han kjente, og som var unge, energiske og dyktige og hadde den rette, helst sosialistiske, innstilling. Som ny kontorsjef for legekantoret, etter Bjelke, utnevnte (innstilte) han Jonn Caspersen (1907-1969), en av de ferske sekretærene (fra 1937) i Direktoratet, og en han hadde fått stor sans for. Den utnevnelsen ble for øvrig påtalt av Protokollkomiteens borgerlige flertall.⁸¹ Som tuberkuloseinspektør innstilte han sin venn fra Sosialistiske Lægers Forening, Otto Galtung Hansen (1904-1981), selv om der formelt sett var en bedre kvalifisert søker.⁸² Som ny sekretær fikk han inn enda en av sine legelegte åndsfrender, Trygve O. Iversen (1902-1989). I tillegg lot han sekretær Lauritz Schmidt få den ledige stillingen som sjef for apotekkontoret. Dette var imidlertid en mer "normal" forfremmelse.

Ifølge Trond Nordby reagerte en del på de "politiske" ansettelsene. Hans sosialistkollega, sunnhetsinspektør i Oslo og snart (1940) professor, Axel Strøm (1901-1985) forsøkte endog å hindre at han ansatte Galtung Hansen. I et brev til Evang skrev Strøm blant annet at han "bestemt" ville fraråde Evang "å ansette G.H., hvilket jeg vet du tenker på". Han føyet advarende til: "Du er formodentlig fullt oppmerksom på at det blant store deler av vår lægestand – og publikum forresten også – næres adskillig mistillid til din evne til å foreta objektive ansettelser".⁸³ Strøm visste hva han snakket om.

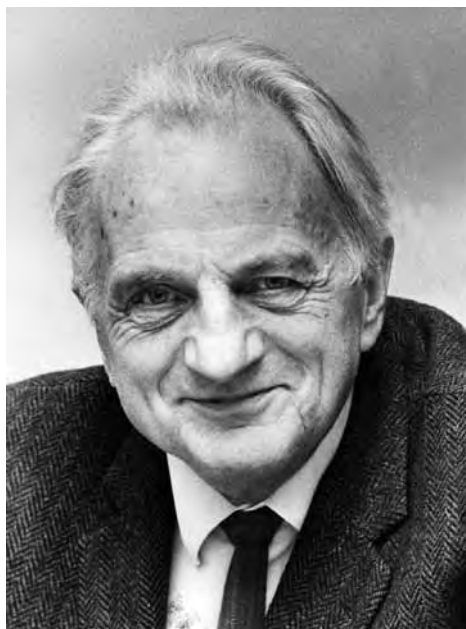
80) Theodor Gerhard Thorsen var født i Arendal 15. mai 1878. Hans far var språklærer og kommunerevisor. Thorsen ble cand. jur. i 1901, var dommerfullmektig 1902-05 og ble sekretær i Handelsdepartementet i 1905. Han ble byråsjef i Sosialdepartementets lovavdeling i 1913 og ekspedisjonssjef i avdelingen i 1917. Resten av karrieren var han i Sosialdepartementet, men fra 1945 uten avdeling. Han var da ekspedisjonssjef, og hadde som oppdrag å stå til disposisjon for Sosialministeren i spesielle saker. Han gikk av for aldergrensen i 1948. Thorsen ble fra 1910 og frem til krigen mye brukt i ulike komiteer, delegasjoner etc. Han var således medlem og formann (tre siste år) i den norske delegasjon til de internasjonale arbeidskonferanser, 1919-1928 og norsk representant i Det internasjonale arbeidsbyrås styre 1925-1928.

81) SF, IV A, 1939, Inst. O., s. 22. Flertallet mente at Caspersen var for fersk (34 år) og manglet relevant erfaring; og anbefalte, siden bare to av de seks ansøkerne var aktuelle og den ene av de aktuelle hadde svake eksamenskarakterer, at stillingen ble lyst ut på nytt. Det er imidlertid grunn til å anta at flertallets kritikk av denne utnevnelsen også hadde en "politisk" bakgrunn. De fleste politikere på borgerlig side var nå blitt ytterst på vakt overfor det Evang gjorde og sa.

82) Nordby, s. 93.

83) Sitert etter Nordby, s. 93. Brevet er datert 29.3.39.

Han hadde i 1936 etterfulgt Evang som formann i Yngre Lægers Forening og satt fra 1937 i Lægeforeningens sentralstyre. Han visste dessuten selvsagt at Evangs sterkeste konkurrent til direktørstillingen hadde vært Lægeforeningens forrige president (1936-37), fylkeslege Sverre Kjølstad (1887-1957) og han hadde også bedre sosiale antenner enn Evang. Men Evang hørte ikke på Strøms velmente råd. For ham var det viktigere å få et apparat han kunne drive ”vertikal” politikk gjennom enn å tilpasse seg en vag politisk-kollegial kultur. Men før han for alvor fikk startet med sitt reformarbeid kom krigen, og han måtte forlate sin post i Oslo. Han ble med Regjeringen til London.



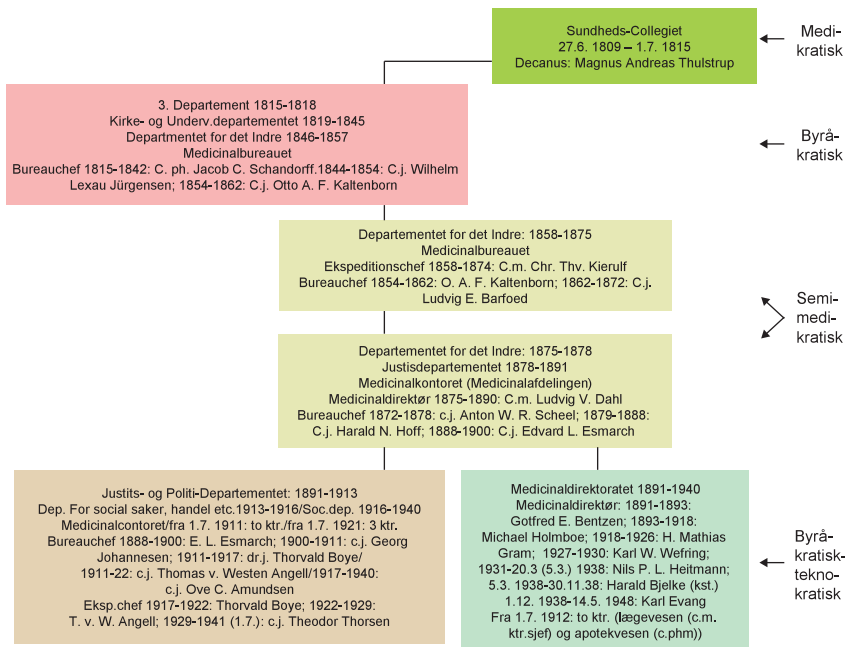
Otto Galtung (Hansen) samarbeidet med Evang fra 1930-årene av og ble etter krigen en av hans trofaste overleger. Galtung ledet Tuberkulosekontoret/Kontoret for sosialmedisin (1968) til 1974. Dette bilde er fra hans 70-årsdag, 30. oktober 1974. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Krigen betydde imidlertid ikke at arbeidet med å omordne forvaltningen etter mer medikratiske premisser ble forsinket. Evang selv medikratiserte i viktige henseender uteforvaltningen, mens de som tok over etter ham i Oslo på mange måter gjorde det samme her. Ja, de gjorde noe han knapt kunne ha klart selv, nemlig å få slått de to forvaltningsenheter sammen og å få fjernet ekspedisjonssjef Thorsen. De tyskinnsatte helsemyndigheter hadde gjort alt meget enklere for Evang da han skulle ta fatt igjen i Oslo i 1945. De løste hans ”oppoverproblem”.

*

I figur 2.1 har vi gitt en oversikt over utviklingen av den sentrale helseforvaltningens organisasjon fra 1809 til 1940 og over innehaverne av lederstillingene. I figur 2.2 vises måten helseforvaltningen var organisert på i januar 1940.

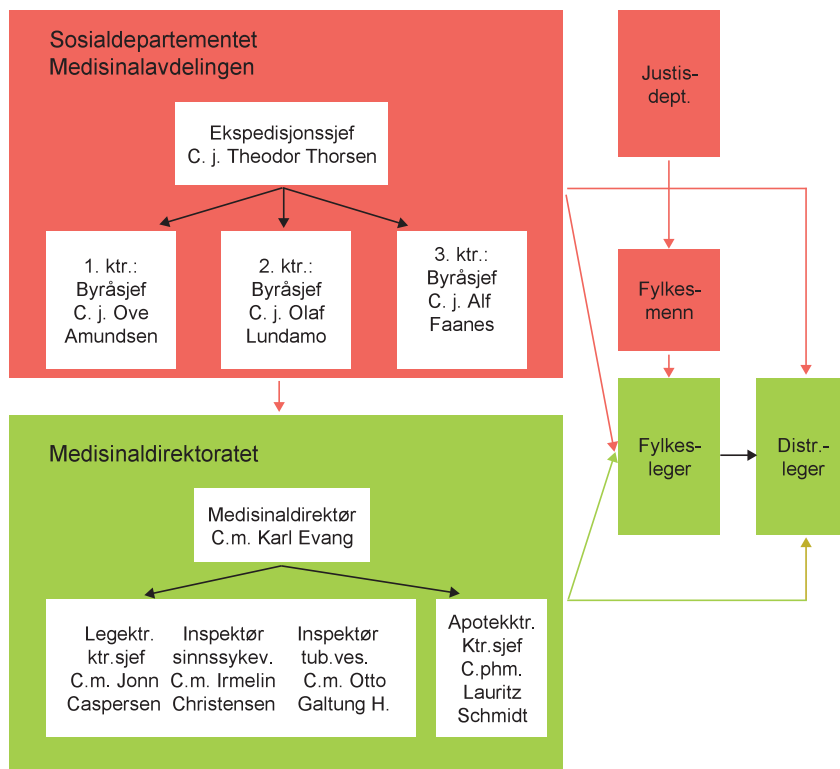
Figur 2.1: Den sentrale helseforvaltnings vertikale spesialisering 1809-1940



Kilder til denne figur og figur 2.2: Hovedkilden er det som fra starten av het Norges Hof- og Stats-Calender og som senere ble til Norges statskalender. Som kontrollkilder er også brukt de kildene som er oppgitt under tabell 2.1. Vi gjør oppmerksom på at tidspunktene for tiltredelser kan være litt usikre. Statskalenderen oppgir tidspunkt for konstituering eller utnevning, men denne kommer av og til før den reelle tiltredelse. Karl Evang ble for eksempel utnevnt til medisinaldirektør den 23. september 1938, med tiltredelse, ifølge den kongelige resolusjon, fra kommende årsskifte, men han tiltrådte fra desember 1938.

Selv om legene ikke lyktes i å få skapt en medisinsk helseforvaltning, betydde ikke det at de ble uten politisk-strategisk innflytelse. De ble de dominerende premissgivere for den sunnhetspolitiske stats- og nasjonsbygging, som forretningsdrivende, ”protoøkonomer”, (militær)ingeniører og andre teknikergrupper ble det for den øvrige moderniserende nasjonsbygging. De virket strategisk først gjennom kommisjoner og annen direkte påvirkning, siden, fra 1858, også innenfra, eller halvveis innenfra, som fra 1891.

Figur 2.2: Den sentrale sivile medisinalforvaltningen i Norge, 1940



Det er interessant at de store, både grundige og offensive, sunnhetspolitiske og sunnhetsadministrative innstillinger i all hovedsak ble utarbeidet av leger. Det gjelder den første planen for utbyggingen av det offentlige legevesen (1815), utarbeidet av Sunnhetsskollegiets (hele tiden fraværende medlem), landfysikus Hans Munk (1770-1848), men det gjelder spesielt de omfattende innstillingene fra medisinallovkommissjonen av 1834, fra sunnhetslovkommissjonen av 1858 og fra legekommisjonen av 1898. Den første innstillingen var nesten helt professor Frederik Holsts verk, den annens i betydelig grad ekspedisjonssjef Chr. Thorvald Kierulfs (som sekretær), mens den siste innstilling var preget av, men ikke ensidig utarbeidet av, medisinaldirektør Michael Holmboe. Det hører med til bildet at ledende leger var de viktigste drivkrefter bak innføringen av lover og andre ordninger for bekjempelse av en rekke store sykdommer, navnlig lepra (Carl Wilhelm Boeck, Daniel Cornelius Danielssen, Gerhard H. Armauer Hansen – 1850-årene, lov 1877) og tuberkulose (Klaus Hanssen, Michael Holmboe – lov 1900), og for utviklingen av sinnssykeomsorgen (Frederik Holst, Herman Wedel Major, Ole Rømer Sandberg – lov 1848). Tidlig i det 19. århundre var de endelig viktige både for innføringen og gjennomføringen av vaksinasjonsvirksomheten og utbyggingen av jordmorvesenet.

Legene spilte imidlertid en mindre offensiv rolle når det gjaldt innføringen av offentlig sykeforsikring. Ordningen, som ble vedtatt i 1909 og trådte i kraft i 1911, og som i første omgang omfattet arbeidere og deres familier, ble drevet frem mer politisk enn faglig. Det er også typisk at legenes medvirkning i dette tilfelle skjedde i regi av den ”politiske” del av medisinen, Lægeforeningen og ikke i regi av de nasjonsbyggende leger. Foreningen fikk endog sin generalsekretær, Rasmus Hansson (1859-1934), inn som medlem av den gruppe som forberedte den endelige utforming av forsikringsloven. Foreningen var primært opptatt av at finansieringen ikke skulle brukes som styringsmiddel overfor praktiserende leger.

Legene virket også som sentrale, ofte de mest sentrale, overvåkere, kartleggere, iverksetter og tilsynsutførere. Det skjedde i stor grad gjennom det offentlige legevesen, men ikke så kraftfullt som legeeliten fra starten av, altså under Sunnhetskollegiet, hadde håpet. Ikke var der før 1858 legekyn-dige personer i forvaltningen, og ikke lyktes legene, først gjennom Sunnhetskollegiet, med å få bygget ut legevesenet raskt nok og ikke fikk de opprettet stillinger som amtsleger. Linjen nedover var slik svært skjør; ja, *var* knapt noen linje. Der manglet også, eller først og fremst, hensiktsmessig lovgivning. Lenge ble ”sunnhetspolitiet” utøvet på grunnlag av den foreldede forordningen fra enevoldsstaten (1672).

Først fra 1860 kom der en ny sunnhetspolitilov, Sundhedsloven. Den gjorde linjen nedover noe tydeligere, og dens viktigste skaper, Chr. Thorvald Kierulf, var jo også den som en tid skulle forvalte den. Den var allikevel ikke helt medikratiske tilfredsstillende. Organisatorisk manglet stadig mellomledet, amtslegen, og distriktslegen var administrativt underordnet amtmannen og fagpolitisk måtte han i noen grad dele makten med legfolk (politikere) gjennom de nye Sundhedscommissionerne, fra 1912 helse-rådene.⁸⁴

Det medikratiske riktige ville vært en helt spesialisert sunnhetsforvaltning, med en nokså fri medisinaldirektør på toppen, amtsleger som mellomledd og distriktsleger som lokale eneledere. Men som vi har sett, selv om den nye Lov om de offentlige lægeforretninger av 26. juli 1912 både gjorde at det nå (fra 1914) kom amtsleger (fra 1918 fylkesleger)⁸⁵ og at distriktslegevesenet ble kraftig utvidet, fra 161 til 355 distrikter, forble det offentlige sunnhetsvesen splittet, og mer styrt fra Departementet enn fra Direktoratet. Loven var en frukt av arbeidet til Legekommissjonen av 1898, en kommisjon vi har sett var ledet av medisinaldirektør Holmboe og med Lægeforeningens generalsekretær (1900-1924), Rasmus Hansson (1859-1934), som sekretær. Det hjalp ikke. Loven førte ikke til at det ble etablert noen ekte medisinalstat.

84) I Lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger av 1912, § 2, het det: ”For ethvert lægedistrikt skal der overensstemmende med de i det følgende indeholdte regler ansættes en læge til utførelse av de offentlige lægeforretninger, derunder indbefattet hvervet som ordfører i distriktets helseraad.”

85) I 1891 fikk Sinnssykeloven av 1848 et tillegg som innebar at der i hvert amt skulle utpekes en lege til å ha et overordnet ansvar for behandling og forpleining av fattige sinnssyke. Denne legen ble også kalt amtslæge. Etter Lægeforretningsloven av 1912 forsvant denne stillingen.

Det tør være symptomatisk for situasjonen at selv om distriktslegene ble flere, og slik mer slagkraftige, tok også den nye lov fra dem en viktig kilde til lokal autoritet, deres embedsstatus. Loven gjorde dem til statlige tjenestemenn (inntil 1918 kalt bestillingsmenn); dog skulle de fortsatt utnevnes i statsråd. Selv om de slik beholdt noe av embedsstatusen, var tapet av denne status for mange ydmykende. Legene omtalte lenge statusspørsmålet som et ”honnørspørsmål”.⁸⁶

De stats- og nasjonsbyggende leger, fra ”urprofessorene”, kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769-1844) og anatomen og fysiologen Michael Skjelde-rup (1769-1852), over ”mellomgenerasjonsprofessor” (fra 1824) og hygieniker Frederik Holst (1791-1871), til annengenerasjonsprofessorene Christen Heiberg (1799-1872) (kirurg), Andreas Conradi (1809-1868) (indremedisiner) og Frans Chr. Faye (1806-1890) (obstetriker), lyktes ikke i å bygge opp en skikkelig medisinalstat, og i å gjøre den ”nye” staten til en stat preget av fire, nokså like-stilte stender.⁸⁷ Legene forble, måtte de, og dermed deres etterkommere, erkjenne, det fjerde, og avgjort minst utviklede, hjul på statsvognen.

Sunnhetspolitikken, som sunnhetspoliti, spilte en rolle; epidemier skremte. Men en systematisk og offensiv utbygging av en et medisinalstatlig fundert sunnhetsvesen fikk vi ikke. Det vesen vi fikk ble også lenge mer et hygie-nisk, eller preklinisk, enn et klinisk vesen. Klinikken ble lenge bygget ut primært som en del av det prekliniske vesen. For øvrig ble den sett på som et privat anliggende, og innen utløpet av det 19. århundre var klinikken i de raskt voksende byene nesten helt privat, og dermed ikke et politisk anlig-gende. De vitenskapelige gjennombrudd i slutten av århundret endret noe på dette. Der ble behov for behandlingssykehus. Vi fikk imidlertid ingen nasjonal sykehuspolitikk før 1940, selv om et arbeid med en slik ble startet i Direktoratet i 1933-34.⁸⁸ De nye sykehusene, og vi unntar da de eldre, som Rikshospitalet med Fødselsstiftelsen, og asylene, samt en del mindre spesial-sykehus, vokste i hovedsak frem etter lokale og veldedige initiativ.

86) De fleste, men ikke alle, leger var opptatt av honnørspørsmålet, iallfall til ut i 1920-årene. De klagende leger fikk imidlertid ikke støtte fra Medisinaldirektøren, som jo var med på å fremme forslaget om statusend-ring. Kfr. Aina Schiøtz, *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900-1984*. Oslo: Pax forlag 2003. S. 56-59.

87) Fra starten av utgjorde professorene, og etter hvert den utvidede Christiania-elite knyttet til Det norske medicinske Selskab, det norske sunnhetsvesens viktigste arkitekter. De tre ”urprofessorer” spilte særlig en rolle i starten, men Thulstrup fortsatte å være nokså aktiv like til sin død i 1844. Den tredje ”urprofessor”, indremedisineren Niels Berner Sørensen (1774-1857), var den mest anonyme av de tre første norske medisi-nerprofessorer. Holst og de som var litt yngre enn ham ble snart de drivende krefter i den norske sunnhetsve-sensbygging. Men fra 1850-årene av, og særlig fra Kierulfs utnevning, gikk initiativet stadig mer over til de administrativt aktive leger. Fakultetsprofessorene var stadig viktige, men også stadig mindre viktige. De ble mer spesialiserte vitenskapsmenn og lærere.

88) Kfr. Sigurd Bus omfattende redegjørelse i det trykte skriftet *Sykehusene i Norge*, Oslo: Medisinaldirektoratet, 1940. Bu oppgir på s. 1 i skriftet at Sosialdepartementet, altså ikke Direktoratet, ”i 1934 tok opp spørsmålet om en mer planmessig ordning av sykehusforholdene i vårt land og sendte s.å., den 1. oktober, et rundskriv til fylkesmennene med anmodning om å skaffe til veie opplysninger om alle nåvæ-rende sykehus og sykehjem i landet, bortsett fra anstalter som tilhører Staten”. Et nokså omfattende materi-ale forelå sommeren 1935, men en anmodning i 1936 om å få midler til å nedsette en kommisjon til å behandle materialet, ble ikke imøtekommet. Medisinaldirektoratet tok da over arbeidet (formelt i 1937, reelt i slutten av 1938), men måtte først samle inn supplerende opplysninger før det kunne ta fatt på arbeidet med å analysere materialet. Direktoratet satte sekretær i reseptkontrollen, Sigurd Bu (f. 1885, a. 1928) til å arbeide med sykehussaken, og han var kommet et godt stykke, kfr. hans ovennevnte skrift, da krigen førte til full stans i arbeidet. Kfr. ellers Karl Evang, ”Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og det norske helsevesen”, *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, b. 65, 1945, s. 266-271; K. Evang, ”Norsk sykehuspolitikk”, Oslo: *Den norske sykehusforening*, 1946, særlig s. 8; K. Evang, ”Statens sykehuspolitikk”, *Meddelelser fra Den Norske Sykehusforening*, nr. 5, 1949, spes. s. 4.

Medisinalforvaltningen ble, med støtte fra de medisinske og farmasøytiske miljøer, pådriverne i sunnhetspolitikken. Vi har sett at frem til 1858 kunne ikke legene nå direkte frem til de endelige beslutningstagere, statsrådene og Regjeringen. De måtte gå via en ekspedisjonssekretær, en jurist. Fra 1858 endret dette seg, men stadig var, i de fleste tilfeller også statsråden jurist og endel av det administrative juristeri som styrte Norge. Etter forvaltningsstatens fall mistet juristene kontrollen over Regjeringen, men med delingen av medisinalforvaltningen i 1891 kom det igjen jurister (en byråsjef og over denne en ekspedisjonssekretær, fra 1899 kalt ekspedisjonssjef) imellom medisinalsjefen og statsråden. Juristene var, for så vidt gjennom hele tiden frem til 1940, av profesjonspolitiske grunner tilbakeholdne med å slippe pådriverne til.

Det spilte imidlertid også en rolle for dem at legene, nesten frem til århundreskiftet, liten støtte hadde i opinionen og dermed på Stortinget. Mot slutten av århundret (1886) ble, interessant nok, spørsmålet for alvor reist om å nedlegge distriktslegevesenet.⁸⁹ Embedsmannskritikeren og sparemannen Søren Jaabæk (1814-1894) var den fremste talsmann for forslaget om nedleggelse. Legeskepsisen i befolkningen, den hang igjen fra gamle dager, førte også til mange temperamentsfulle utfall mot legene etter århundreskiftet. De nye behandlingsmuligheter som kom på slutten av det 19. århundre, og utviklingen av en mindre brysk legestand, hadde gjort legene mer sosialt populære, men dannelsen av Lægeforeningen (1886) hadde samtidig gjort at legene fremstod som mer økonomisk selvbevisste.

Etter innførelsen av sykeforsikring i 1911 kom det til mange konflikter mellom de nye kredssygekasser og legene, og til dels til at forsikringens finansieringsordning (i 1920-årene) ble en politisk sak. Venstres sterke statsminister fra 1908 til 1910 og fra 1913 til 1920, ingeniøren og industrimannen Gunnar Knudsen (1848-1928), kalte i en tale i 1912 legene for ”kasselyndrere”.⁹⁰ Begge sparekomiteene (1922 og 1932) kom med forslag som reflekterte betydelig legeskepsis.

Medisinalforvaltningen ble flyttet fra departement til departement helt frem til 1913. Den var bare en del av en større, nokså heterogen forvaltning. Det reflekterer det forhold at sunnhetspolitikken ikke var så politisk sentral. Ingen statsråd var i grunnen spesielt opptatt av sunnhetspolitikken, selv om politikken ble viktigere etter århundreskiftet og særlig etter Den første verdenskrig. I det 19. århundre dominerte stats- og nasjonsbyggingen politikken frem til 1860-årene. Denne politikken ble, etter at amalgamasjonstrusselen var avverget (i løpet av 1820-årene) først og fremst forstått som en politikk for utvikling av næringsgrenene og infrastrukturen, og av utdannelsesvesenet. Der var strid om utdanningspolitikken, blant annet utfordret her de

89) Jaabæks initiativ førte til at distriktslegevesenets fortsatte eksistens ble mer utsatt. I 1893 vedtok endog Stortinget, mot Medisinaldirektørens råd, at distriktslegestillinger, inntil det var tatt stilling til distriktslegevesenets skjebne, skulle besettes gjennom konstitusjon. Etter Medisinallovkomisjonens innstilling (1903) tok imidlertid ingen opp forslag om å nedlegge distriktslegevesenet. Dog gikk sparekomiteene senere løs på distriktslegestillingene og en del stillinger ble inndratt, faktisk helt frem til krigen.

90) Kfr. Schiøtz, 2003, *op.cit.*, s. 185 og Tidsskrift for Den norske lægeforening, bd. 32, 1912, s. 580 ff. og s. 778.

snusfornuftige jurister teologene og de klassisk orienterte filologene, men tendensen var tydelig – utdannelsesvesenet skulle gjøres til en del av den almene moderniseringspolitikk.

Fra 1860-årene av kom spørsmålet om demokratisering og snart også om unionsoppløsning til å fange oppmerksomheten. Sunnhetspolitikken fikk mer systematisk oppmerksomhet i forlengelsen av demokratiseringen og av gjennombruddet for ”den nye, mer vitenskapelige, medisin”, altså fra omkring århundreskiftet. Den nye medisin gjorde de kliniske tilbud både mer attraktive og mer kostbare. Demokratiseringen gjorde at ”folk flest” fikk mer makt, makt til blant annet å kunne innføre sosiale forsikringsordninger, altså gjøre staten mer til en stat også for dem, til en velferdsstat. Men sunnhetspolitikken kom slik høyere opp på dagsordenen først og fremst hva angikk den økonomiske tilgjengeligheten til helsetjenester (”gratis” tjenester for noen), mindre hva angikk utbyggingen av selve vesenet, særlig den kliniske del av det.

Gjennom hele perioden frem til 1940 forble slik sunnhetspolitikken et lite sentralt politikkområde. Selv om det gjorde at legene kunne bygge opp medikratiske kliniske strukturer i ”ro og fred”, var det i et annet henseende også utilfredsstillende for dem: Det gjorde det vanskeligere for dem å vinne ressursmessig forståelse for de ønsker de hadde. Vi skal imidlertid se at når sunnhetspolitikken blir politisk viktigere, og den får større ressursmessig oppmerksomhet, blir det også et problem for legene. Det blir endog et stort problem.

Den horisontale spesialisering

1809-1891

I Sunnhetskollegiet var det en viss individuell spesialisering blant medlemmene, basert på deres fagtilknytning, medisin, farmasi og jus. Det reflekterer også det medikratiske ønske om kollegialt styre – på øverste nivå. Kollegiet fungerte også utpreget kollegialt, med en Decanus, stabskirurg og senere professor Magnus Andreas Thulstrup, som leder.⁹¹ Da forvaltningen ble flyttet inn i et departement opphørte denne spesialisering i hovedsak. Den horisontale spesialisering måtte helt vike for den byråkratisk vertikale; skjønt sjefen, Jacob Christlieb Schandorff var farmasøyt og ikke jurist. Jusen kom (evt.) inn på nivået over Schandorff, på ekspedisjonssekretærnivå; som fagleder rapporterte imidlertid Schandorff gjerne direkte til statsråden.

Også videre i perioden frem til delingen av forvaltningen i 1891 var den horisontale spesialisering av personlig, ikke av organisatorisk karakter. Spesialiseringen var først og fremst faglig basert, altså basert på fagene medisin, jus og farmasi. Denne spesialisering var imidlertid i noen grad også institusjonell og oppgavebasert. Legene tok

91) Kfr. Det Kongelige Sundheds Collegium for Norges Deliberations Protocol for perioden 20.7.1809 til 26.2.1810 og Resolutions Protocol for resten av perioden. Protokollene finnes i Riksarkivet, katalog 1112/01. Thulstrup fungerte storparten av tiden som Kollegiets dekanus.

seg særlig av de samfunnsdiagnostiske oppgavene, som det arbeidskrevende statistikkarbeidet (inntil juli 1925), og det som hadde med faglig kontroll og tilsyn å gjøre. De spilte imidlertid en stor rolle strategisk, men da som utenforstående fagfolk. Man kan si at forvaltningen uformelt fortsatte over i kommisjonsvesenet og rådgivningsvesenet. I stor grad fortsatte den slik særlig inn i Fakultetet. Denne ordningen ble mer formalisert under ”konsulentperioden” fra 1846 til 1857. Med utnevnelsen av Kierulf til ekspedisjonssjef fra 1858 ble denne halvformelle ordningen opphevet, men forvaltningen fortsatte å bruke leger, særlig fra Fakultetet, men også fra det offentlige legevæsen og etter hvert hospitalene, som midlertidige strateger. Hva iverksettelse og kontroll angikk, ble leger særlig brukt som medisinske revisorer (fra 1858). Juristene ble brukt til å konkretisere de strategier som ofte hadde sitt utspring i kommisjonene. Konkretiseringen skjedde, som vi har nevnt, gjennom lov- og forskriftsutforming og gjennom budsjettforberedelser. Farmasøytene tok seg av saker av alle slag som gjaldt apotekervæsenet.

I den lille forvaltningen gikk den vertikale og den horisontale spesialisering i stor grad over i hverandre. Sjefen, enten han var farmasøyt (1815-1842), jurist (1842-57) eller lege (1858-1891), var selv i mange saker den egentlige saksbehandler, og ledet som sådan også seg selv. I den forestilling medisinaldirektør Bentzen i 1892 sendte Departementet klager han over at han ”overbebyrdes med en saadan Mængde Detaljsager” at han hindres ”i at udrette det, han skal gjøre, at erhverve sig et Overblikk, følge med Udviklingen paa alle Omraader, saaat han kan gribe ind i rette Tid og virkelig blive en Leder for Sundhedsvæsenets Udvikling”.⁹²

Det er først etter 1945, når oppgavene blir av et helt annet omfang, at vi får et tydeligere, men slett ikke helt tydelig, skille mellom den hierarkiske og den horisontale spesialisering.

1891-1940

Delingen av forvaltningen i 1891 var først og fremst en vertikal deling, men for så vidt som Direktoratet fikk en viss selvstendig beslutningsmyndighet fikk delingen også et horisontalt preg. De juridisk og økonomisk pregede oppgaver ble liggende i Departementet, de medisinske, farmasøytiske og til dels teknisk pregede, ble liggende i Direktoratet. Etter hvert kom det imidlertid også en videre, og nå mer organisasjonsmessig synlig, oppgavespesialisering, i begge organisasjoner. Den kom etter århundreskiftet. Det reflekterer den betydelige både forvaltningsmessige og institusjonelle ekspansjonsperiode frem mot Den første verdenskrig og videre til 1920 (krisetidene startet høsten 1920).

I 1911 (1.7.) ble, som figur 2.1 viser, det gamle medisinalkontor i Departementet delt i to. Begrunnelsen var, som sagt, i første rekke kvantitativ; oppgavemengden hadde vokst betydelig: Fra 1898 til 1908 var antallet innkomne skriv øket med nesten 23 prosent og antallet utgående brev øket med 32 prosent. Departementet nevnte ikke kvalitative, altså faglige,

92) Sth. Prp. No. 47 (1892), s. 2.

grunner til ønsket om en deling. Det reflekterer det forhold at det arbeidet utpreget teknisk forvaltningsmessig og over et svært bredt saksfelt. Det første kontor fikk blant annet karantene Lovgivingen, tuberkulose Lovgivingen, sinnssykevesenet, apotekervesenet og det internasjonale sunnhetsarbeid. Det annet kontor fikk blant annet ansvaret for det offentlige legevesen, Rikshospitalet, lepraomsorgen, jordmorvesenet, sunnhets Lovgivingen og sunnhetsforskriftene og kvaksalver Lovgivingen. Begge kontorer fikk selvsagt en jurist som byråsjef. I 1921 ble det første kontoret delt i to. Tradisjonen med å utnevne jurister til departementsstillingene ble fortsatt. I 1918 ble det også opprettet et eget byggekantor, med en bygnings sjef (ingeniør). Det hang sammen med den omfattende sykehusbygging. Kontoret stod utenfor både Avdelingen og Direktoratet. Det ble nedlagt i 1927.

I 1912 (1.7.) ble Medisinaldirektoratet delt i to kontorer, etter kombinert faglige og institusjonelle kriterier. Det ene kontoret fikk ansvaret for lege- og sunnhetsvesenet alment, det annet for apotekervesenet. De fikk hver sin kontorsjef som kontorleder; i det første tilfelle var han selvsagt en lege, i det annet like selvsagt en farmasøyt. Legen, Herman Fredrik Scharffenberg (1848-1930), hadde før delingen (siden 1905) sittet som Medisinaldirektørens kontorsjef. Naturlig nok fungerte han også som Medisinaldirektørens stedfortreder.⁹³ Denne forsiktige utvikling i fagstyreaktig retning ble tydelig forsterket da det i 1914 og 1919 ble opprettet embeder som overlæge for to viktige særvesener, tuberkulosevesenet⁹⁴ og sinnssykevesenet.⁹⁵ Begge overlægene skulle, interessant nok, virke nokså selvstendig, men ble knyttet til Medisinaldirektøren som konsulenter. Sammen med Direktøren, og delvis kontorsjefene, kan man nesten si at de utgjorde en slags kollegial medisinalbestyrelse à la den legekommisjonen av 1898 hadde foreslått. Det bidro til å gi ordningen et medikratiske kollegialt preg at de to overlæger delvis var uavhengige: Fagfolk skal ikke stilles under mindre kompetente ledere, selv om også disse formelt kan være kolleger.

En del av konkretiseringen av de sunnhetspolitiske strategier bestod i prosjektarbeid, særlig knyttet til utbygging av nye (sykehus)institusjoner. Den tradisjonelle forvaltningen var ikke rustet til å ta seg av slikt arbeid. I 1892 ble det derfor ansatt en teknisk assistent, en ingeniør. Fra 1899 ble hans tittel teknisk konsulent. Arbeidet med institusjonsbyggingen vokste frem mot 1920 og i 1918 ble mye av arbeidet flyttet ut av Direktoratet og lagt til et eget frittstående kontor, Bygningskontoret. Kontoret ble først ledet av en ingeniør, siden av en arkitekt. Det ble nedlagt i 1929 og dets oppgaver

93) Scharffenberg forble resten av karrieren i Direktoratet; ja, han fortsatte også, som konstituert, etter at han i 1923 fikk avskjed. Han satt til våren 1928. Da var han nesten 80 år. Scharffenberg ble etter hvert svært opptatt av medisinalforvaltning og har skrevet mye og interessant om den i Tidsskrift for Den norske lægeforsking. Den både kunnskapsrike og sympatiske Scharffenberg gjorde seg etter hvert "uunnværlig" for Holmboe, og for så vidt for Holmboes to etterfølgere. Han fungerte som medisinaldirektør etter Holmboes død og inntil Mads Gram kunne tiltre. Herman Scharffenberg var en (meget) eldre bror av den "opprørske", og etterhvert svært kjente psykiateren og samfunnsdebattanten, Johan Scharffenberg (1869-1965).

94) SF 1914, bd. 1a, St. prp. nr. 1, h.p. VII, s. 27-29. At det kom en fagspesialisert stilling akkurat på dette område skyldes selvsagt tuberkuloses store folkehelsebetydning på denne tiden. Overlegen skulle blant annet føre tilsyn med tuberkulosesanatoriene, private som offentlige. Vi skal komme tilbake til det, under omtalen av tilsynsvirksomheten.

95) SF 1919, bd. 2 c, St. prp. nr. 207, om bevilgning av lønn til en overlæge for sinnssykevesenet; kfr. Innst. S. nr. 265 s. å. (bd. 6a1, s. 405-06) og videre SF 1920, bd. 1b, St. prp. nr. 1, h.p. VII B, tit. 12, s. 41-42.

flyttet til Statens bygningsinspektorat: Det bygningsfaglige ble viktigere enn det helseinstitusjonsmessig spesielle. Dette året forsvant også den tekniske konsulentstillingen i Direktoratet.

Det bør også nevnes, som ytterligere skritt i retning av faglig-horisontal spesialisering, at Direktoratet i 1908 hadde fått penger til å lønne en kjemiker ved Hygienisk institutt og i 1909 kunne ansette en egen apotekvisitator. Den første ordningen ble siden bygget ut og det ble opprettet et Medisinalstyrelsens laboratorium. Dette ble i 1929 kjernen i Statens institutt for folkehelse.⁹⁶ Denne utflyttede samfunnsdiagnostiske virksomheten fikk for øvrig også utøvende forebyggende oppgaver, bl.a. knyttet til vaksinefremstilling.

Ellers var det typisk at den gamle ordningen med bruk av konsulenter utenfor forvaltningen (1846-1857), altså med en utvidet horisontal spesialisering, ble ført videre og endog forsterket. Professorene måtte fortsatt være rede til, i all hovedsak uten godtgjørelse, å bistå Direktoratet med faglige råd. Siden 1866 hadde de personlig privilegerte apotekere i hovedstaden hatt plikt til å yte bistand i spørsmål angående apotekervesenet. Siden 1893 hadde Kristianias stadsfysikus plikt til å gi råd angående den alminnelige sunnhets- og sykepleie. Direktørene ved statens asyler hadde fra gammelt av en lignende plikt.

Departementets sunnhetsforvaltning representerte altså en pragmatisk horisontal spesialisering: Saksmengden var blitt uhåndterlig for én byråsjef. Begrunnelsen for oppdelingen viser altså at vertikale hensyn var viktigere enn horisontale, som vi kan vente når styringsspesialisters behov kommer først. For avdelingen kunne det imidlertid også være en fordel å ikke la forvaltningsspesialiseringen tydelig gjenspeile sunnhetsvesenets oppdeling: Det gav større kritisk distanse, et hensyn juristene i Departementet ofte henviste til, som vi har sett. Direktoratets oppdeling er anderledes. Den er tydelig faglig og institusjonell. De to kontorer som kom representerte de fra gammelt av klart adskilte deler av sunnhetsvesenet, det primære sunnhetsvesen og apotekervesenet. Denne linjen ble ført videre da de to overlegestillingene kom. Direktoratets organisering var altså mer nærhetsskapende og "representasjonspreget" enn departementsavdelingens. Sett fra Direktoratets medikratiske, og delvis farmakokratiske, synsvinkel var det imidlertid et problem at departementsavdelingen var anderledes organisert enn Direktoratet. Det fragmenterte kontakten og skapte avstand.

Som vi har nevnt, førte sparetiltakene til medikratiske tilbakeslag. Blant annet forsvant de to overlegestillingene, sinnssykestillingen i 1927 (da innehaveren, Wefring, ble medisinaldirektør) og tuberkulosestillingen i 1931 (da innehaveren, Heitmann, ble medisinaldirektør). Hovedtendensen er allikevel at den medikratiske, horisontale spesialiseringen etter hvert får økende betydning. De to overlegestillingene kom således nesten tilbake da det ble opprettet egne inspektørstillinger for sinnssykevesenet i 1936 og for

96) Også De animale vaksineinstitutt inngikk i SIFF. SIFF kom i den første tiden særlig til å være opptatt av infeksjonssykdommene, og spesielt de epidemiske sådanne. Det fikk slik i 1930-årene en utpreget mikrobiologisk forankring.

tuberkulosevesenet i 1939. Denne tendensen forsterkes under okkupasjonsstyret og føres videre etter frigjøringen.

Profesjonaliseringen

1815-1940

Den forvaltning som alment vokser frem i det nye, halvfrie Norge etter 1814 er preget av jusen, og den juridiske måte å forvalte på. Til å begynne med var forvaltningsmåten lite utviklet og systematisert og det subjektive skjønn fikk en betydelig plass. Etter hvert ble forvaltningsmåten systematisert og frem mot 1840-årene var, i de fleste henseender, det juridiske forvaltningsregime befestet. Den medisinsk-kollegiale sunnhetsforvaltning under Sunnhetskollegiet reflekterte mer fortiden enn fremtiden, og ble altså snart erstattet av en departementalt forankret forvaltning.

Den juridiske forvaltningsmåten er iverksettelses- og driftsorientert. Den går i hovedsak ut på å fatte enkeltavgjørelser på grunnlag av lover og forskrifter, altså regler, som allerede finnes. Den forutsetter altså at politikken, strategiene, er formulert som lover, eller konkrete bestemmelser, ikke som planer, målformuleringer eller verdiangivelser. Den er derfor, som domstolenes måte å fungere på, subsummerende. Forvaltningen utførte imidlertid ikke subsummeringsarbeidet helt som domstolene gjorde det, altså rettsstatsaktig. Den skulle ikke dømme rettslige subjekter, eller håndtere tvister mellom parter, men bedømme saker, altså fatte konkrete beslutninger. Som domstolene skulle den imidlertid være upartisk; den skulle ha ”bind for øynene”. Den representerte jo et oppgjør med den eneveldige, ofte vilkårlige, monarkiske styring.

Den opprinnelig øverste embedsmann i et departement var en ”Expeditionssekretær”: han ”ekspederte” sakene (brevene, beslutningene) fra departementet. Saksgangen startet ved at ekspedisjonssekretæren åpnet posten og fordelte sakene mellom kontorene. Byråsjefene fordelte så sakene videre til saksbehandlerne, som foretok den egentlige saksbehandling. Til slutten av århundret (1899) var saksbehandlerne fullmektiger, kopister og ekstraskrivere. Saksbehandlerne behandlet sakene og utarbeidet et forslag til ekspedisjon. Forslaget ble vurdert av byråsjefen og så, men mer reelt enn formelt, av ekspedisjonssekretæren, før det ble forelagt statsråden til beslutning.⁹⁷ Budsjettsaker, de var ennå først og fremst driftspregede enkelt-saker, ble i stor grad behandlet på samme måte.

Det bør nevnes her at etter hvert blir samfunnet så ”profesjonelt” at den opprinnelige ekspedisjonssekretærordningen sprekker og der kommer flere forvaltningsledere, mer eller mindre på siden av ekspedisjonssekretæren. De får tittelen ekspedisjonssjef. I 1899 trekkes konsekvensen av utviklingen og departementenes horisontale fragmentering aksepteres. Ekspedisjonssekretærtittelen forsvinner; på forvaltningstoppen i hvert departement blir

97) Vi bygger her på Edgeir Benum, *Sentraladministrasjonens historie. Bind 2. 1845-1884*, Oslo: Universitetsforlaget, 1979. Kfr. s. 315-316.

der sittende flere ekspedisjonssjefer. Men fragmenteringen ble selvsagt et tiltagende problem; enten måtte statsråden være ”ekspedisjonssekretær” eller så måtte departementenes fragmentering aksepteres. Det integrerende svar kom først for alvor fra 1955, i form av den nye ekspedisjonssekretæren, med titelen departementsråd.⁹⁸

*

Departementsbyråets bemanning og virkemåte gjorde at overvåkningsoppgaven ble tatt lite alvorlig. Byrået hadde ikke folk som kunne forstå og gjøre noe med de lite systematisk oppsatte medisinalberetninger fra de offentlige leger (og noen private). Byrået kunne dermed heller ikke reagere særlig sensitivt på endringer i sunnhetstilstanden. Det var ikke noe egentlig sunnhetspoliti. Der kom imidlertid reaksjoner når situasjonen ble ekstrem, som ved skremmende epidemier, skjønt da ikke først og fremst fra Medisinalbyrået, men fra myndighetene generelt. Svaret ble midlertidige karantene-, eller kolera- og leprakommisjoner. Det skal føyes til at der eksisterte et mer velinstitusjonalisert svar på en epidemitrussel, nemlig vaksinasjonsvesenet.

Den strategiske oppgave

Medisinalbyrået var også uten bemanning til å ta seg av de store strategiske spørsmål som meldte seg for et stats- og nasjonsbyggende land og for å føre tilsyn og vurdere resultatene av sunnhetsvesenets innsats. Resultatet var, som vi har sett, at det bygget seg opp en voksende frustrasjon blant ledende leger ved Fakultetet og ellers i hovedstaden.

Regjeringens svar ble til å begynne med å la disse oppgavene håndteres av utenforstående konsulenter og ved å utnevne midlertidige kommisjoner. Allerede i 1815 bad, som vi har sett, Regjeringen ikke Sunnhetskollegiet, men ett av dets medlemmer, landfysikus Hans Munk, om å utarbeide en plan for utviklingen av det sivile sunnhetsvesen.⁹⁹ Munk leverte sin plan allerede samme år, men den ble liggende i skuffene og aldri fremlagt for Stortinget. Utbyggingen av det sivile legevesenet skjedde istedenfor nokså ad hoc-preget, og uten særlig kraft, selv om der i 1836 ble vedtatt en plan for inndeling av de sivile legeembeder. Man kan si at også utbyggingen av jordmørvesenet og sykehusvesenet foregikk uten særlig plan og systematikk. Legene trykket i stigende grad på for å komme videre med utbyggingen av de ulike grener av sunnhetsvesenet. Trykket ble forsterket av at lignende trykk meldte seg på flere andre områder, særlig på de teknisk infrastrukturmessige, men også på skolens områder. Svaret fra Regjeringen, og juristforvaltningen, var nå ikke bare å utnevne utredningskommisjoner, som medisinallovkommisjonen av 1833, men også direktorater (og tilsvarende organer). Der kom imidlertid også rundt midten av århundret en slags ”indre” svar, i

98) Utenriksdepartementet hadde allerede i 1922 fått sin utenriksråd og Forsvarsdepartementet i 1952 sin forsvarsråd.

99) Munk var medlem av Sunnhetskollegiet, men av referatene fra Kollegiets møter (i Riksarkivet) fremgår det ikke at han har deltatt på et eneste møte.

å lage planer på ble derfor ikke strengt kalkulerende. Vi kunne kalle den verdiinstrumentell. Denne verdiinstrumentalitet, kombinert med et før-teoretisk forhold til styring, gjorde at den medisinske måten å forvalte på fikk et mer skipperskjønnaktig preg. Disse forhold fikk ytterligere en viktig konsekvens for den legelige form for forvaltning. Den gav den et tydelig aktivistisk eller moralistisk preg. Legenes planlegging var hele tiden preget av et ”trykk” for å øke innsatsen innen de ulike områder av sunnheitspolitikken. Det er derfor juristene stadig, gjennom hele perioden frem til 1940, henviser til legenes mangel på ”desinteressethet”, og argumenterer for at denne mangel gjør det nødvendig å holde legene på armlengdes avstand (fra ressursene).

Denne legelige ”rasjonalistiske moralisme” gjaldt ikke bare oppad, og økonomisk, den gjaldt også nedad, og kulturelt, spesielt på det helsefremmende og sykdomsforebyggende område. Som legene mislikte at ikke ulike helsehensyn fikk nok økonomisk prioritet i politikken, mislikte de at folk flest, det vil særlig si almuen, ikke gav helsehensyn nok oppmerksomhet i hverdagen. Den legelige iverksettelse av sunnheitspolitikken, fra Medisinaldirektøren og ned til den enkelte distriktslege, var derfor preget av en paternalistisk moralisering. Legene skrev, blant annet gjennom medisinalberetningene, nokså krast om almuens skittenferdighet, senere også om deres ufornuftige kosthold, og talte, i sunnhetskommisjonene og direkte overfor folk, med hevet pekefinger. Den store, og på mange måter svært sympatiske, bergenslegen, lepraoverlege Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) skrev i 1854, i et folkeskrift om lepra, slik om den vestlandske almue:

Urenlighed er en af Kystbefolkningens hæsligste Vaner. Den trænger igjennem allevegne. Det er ikke alene indeni Husene, man træffer denne Urenlighed; men alle Redskaber, Beklædningen, ja selve Legemet er paatrykt dens afskyelige Stempel. I Stuen, hvor hele Familien tilbringer Dag og Nat, hvor Maaltiderne holdes, hvor der mangen Gang koges, og hvor de vaade Klæder tørres, der træffer man på en Smuds, som paa mange Steder grændser til det Utrolige. Der feies sparsomt, og mange Uger, ja Maaneder kunne hengaa, udenat der vaskes. Alskens Ting samle sig herinde og udbrede, ved at henligge, en slem Lugt.¹⁰¹

Legenes ”forfølgelse” av de ulærte by- og bygdeleger, kvaksalverne, var uttrykk for den samme kombinasjon av sterk helseverdibevisthet og rasjonalisme. Men her kom også inn et element av standsinteresse. Skulle, som vi har nevnt, legene lykkes med å bygge opp medisinen som en statsstand, på linje med jusen og delvis teologien, måtte sunnhet og sunnhetsvesenet få en høyere oppmerksomhet, og andre grupper, som apotekere, tannleger, jordmødre og siden sykepleiere, måtte underordnes medisinen, eller de måtte, som kvaksalverne, forbys. Teologen, og den selvlærte sosiolog, Eilert Sundt (1817-1875) reagerte på legenes statsbaserte moralisering. Han fant den usosiologisk. Han argumenterte i sin bok om *Renlighedsstellet* for

101) D. C. Danielssen, *Den spedalske Sygdom, dens Aarsager og dens Forebyggelsesmidler*, Bergen, 1854, s. 12.

Her sitert etter H. O. Christophersen, *Eilert Sundt*, Oslo: Gyldendal, 1979 (1962), s. 320.

at skittenferdigheten mer var uttrykk for almuens sosiale og økonomiske situasjon enn bevisste valg, og mente at legene med sin moralisme mer støtte folk fra seg enn fikk dem i tale.¹⁰²

Legene så delvis, og etter Sundts mening, nokså paternalistisk-moraliserende, på sunnhetskommisjonene som et middel til å sivilisere almuen.¹⁰³ En del leger tok den oppgaven svært alvorlig og ble en slags lærere i sunnhetspleie, de fleste på måter Sundt reagerte på, men noen også på mer forståelsesfulle måter. Mange, kanskje de fleste, bare neglisjerte læreroppgaven.¹⁰⁴ Disse mange neglisjerte oppgaven av flere grunner. Noen gjorde det fordi de selv mislikte å bli styrt, andre fordi de heller ville bruke tiden til klinisk arbeid og atter andre fordi de fant den almene motstand mot mye av sunnheitsarbeidet ubehagelig. Medisinallovkommissjonen av 1898 konstaterte at ved utgangen av 1900, 40 år etter lovens ikrafttreden, var det fortsatt 150 av 550 sunnhetskommissjoner på landet som ennå ikke hadde vedtatt alminnelige sunnhetsforskrifter, mens mange herreder ennå bare hadde de ”temmelig primitive og ufuldstendige forskrifter, som indførtes i de nærmeste aar efter 1860”.¹⁰⁵

Det moraliserende innslag i den medisinsk pregede forvaltning fortok seg etter 1860 på én måte; det ble mindre sosialt og klassemessig preget. På en annen, og mer abstrakt rasjonalistisk, måte holdt det seg, og nesten tiltok. Det skyldtes det bakteriologiske gjennombrudd i 1870- og 1880-årene og siden nye gjennombrudd knyttet til ernæring. Etter århundreskiftet kan man tale om et voksende, lovstøttet, hygienisk trykk; ja, om ”medikalisering” av livet, som Ivan Illich en drøy generasjon senere skulle kalle det. Hygiene-trykket ble påtagelig i mellomkrigstiden. Stikkordene var lys, luft, mosjon og sunn mat. I noen grad ble det også rasehygiene. Karl Evang, den siste medisinaldirektør i perioden frem til 1940, vokste som lege opp i denne hygieneopptatte tiden, og ble preget av den, endog av rasehygiene.

Iverksettelse – saksbehandling

Den juridiske saksbehandlingsprosessen kom i stor grad til å bli beholdt gjennom hele perioden, enten sunnhetsforvaltningen var samlet eller delt. I det siste tilfelle, som i tiden etter 1891, forble saksbehandlingen rent juridisk i Medisinalavdelingen, mens den også fikk et mer medisinsk-pedagogisk innhold i Medisinaldirektoratet. Der utgikk således hele tiden en strøm av medisinsk baserte veiledninger, brosjyrer, plakater og annet fra Direktoratet.

Saksbehandlingen endret seg etter hvert noe. En konsekvensorientert, mer medisinsk basert, saksbehandling fikk større betydning. Der kom ikke

102) Eilert Sundt, *Om Renligheds-Stellet i Norge*, Christiania: J. Chr. Abelsted, 1869.

103) I fortalen til sin bok om renlighetsstellet skriver Sundt, med adresse til legene: ”Andre have skrevet tynde Hefter om, hvad Almuen forsømmelig undlader at gjøre i denne del af det huslige Stel – jeg har skrevet en hel Bog om, hvad Almuen beflitter sig på og virkelig gjør. –Andre have klaget over Ustellet, over Mislighederne i Stellet – jeg har stræbt at fatte og fremstille Stellet selv. –Andre have holdt sig til fremstikkende Exempler, særdeles uordentlige Huse eller usædvanlig skjødsløse Personer – jeg har samlet Hundreder og atter Hundreder af jevne Exempler, som svare til, hvad Mængden af Folket kjendes ved og med velberåd Hu holder over som en Regel.”

104) Kfr. Schiøtz, 2003, s. 85-95.

105) *Ot. Prp. Nr. 39* (1911), *Om utførelsen av de offentlige lægeforretninger*, s. 32.

mindre jus på den måten. Der kom mer jus, men den nye jusen var i større grad instrumentell, ikke direkte ”normativ”, og for så vidt sekundær i forhold til medisinen og sunnhetspolitikken. Juristene forsøkte imidlertid å bevare det juridiske maktvertak. Delingen av forvaltningen i en juridisk og en medisinsk del i 1891 var ett uttrykk for det. Den juridiske delen ble satt øverst. Men det å forvalte instrumentelle lover er noe annet enn å forvalte ”normative” lover. Det første krever saksinnsikt og instrumentell kompetanse. Departementsjuristene ble derfor i stigende grad avhengig av medisinsk bistand. Det er ikke tilfeldig at kritikken mot den jusdominerte forvaltning tiltok slik mot slutten av 1930-årene og nærmest gjorde den samlingen som kom uunngåelig. Juristene var saklig for ukyndige, og det var de i stigende grad.

De lot seg allikevel ikke uten videre ydmyke. De kunne ydmyke tilbake. Også legene var på sin måte sårbare. I sin faglige, verdi- og måldrevne, iver kunne de ofte handle på måter som ikke helt stemte med jusen. Sekretær i Medisinalavdelingen, juristen Kristian Lunde, bruker således i en rapport fra en studietur til Danmark i slutten av tredveårene, danskenes krav om at en embedslege må ha avlagt en særskilt eksamen, til å ”stikke” legene litt:

I Norge blev tidligere ofte unge og uprøvede læger ansatt i offentlig lægestilling, og resultatet var at de ofte var i villrede med sine plikter. Det er særlig administrativ trening og kjennskap til medisinallovgivningen lægene i almindelighet mangler. Mange feil og meget bryderi så vel for dem selv som for administrasjonen kunde undgås om de på forhånd måtte gennemgå et slikt bredt anlagt kursus (som i Danmark).¹⁰⁶

Vi har karakterisert legenes måte å forvalte på som verdiinstrumentell og skjønnspreget. Karakteristikken bør modifiseres noe. Verdiorienteringen og moralismen spilte en dominerende rolle, men samtidig ble der på noen områder, nemlig det sunnhetspolitimesige, utviklet noen presise diagnostiske indikatorer, indikatorer som også kunne brukes målinstrumentelt. De kvantitative indikatorene som kom var selvsagt dødelighets- og sykkelighetsindikatorer. Indikatorstatistikken ble først utviklet fra 1850-årene, men ble mer moderne profesjonell først fra slutten av 1870-årene. Den ble imidlertid ikke brukt som grunnlag for en mer målinstrumentell styring og forvaltning i perioden frem til 1870.

Noe av den lokale iverksettelse skjedde fra sentrum, først helt integrert, men etterhvert, som vi har sett, litt spesialisert; kfr. overlegestillingene i psykiatri og tuberkulosemedisin. I hovedsak skjedde den imidlertid lokalt og i regi av distriktslegene, fra 1914 i noen grad også i regi av de nye amtslegene (fylkeslegene). Den var imidlertid i liten grad spesialisert som iverksettelse. Den kombinerte iverksettelse med kontroll og tilsyn. Vi skal derfor omtale den under neste avsnitt, om tilsyn.

106) Kristian Lunde, ”Medisinalforvaltningen i Norge og Danmark”, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1937, s. 231. Hele artikkelen: s. 226-237.

Tilsyn

Det vi har kalt den indre tilsynsoppgave var, som vi nettopp har påpekt, ikke skilt ut fra iverksettelsesoppgaven. Som kombinerte oppgaver spilte de imidlertid en viktig rolle. De gjorde ikke minst det fordi de hadde med sikringen av den medisinske styring over sunnhetsvesenet å gjøre. De var derfor i hovedsak rettet mot ”de andre”. De andre var legenes konkurrenter og utfordrere. Disse var delvis grupper legene, og dermed staten, aksepterte, og delvis grupper legene, og dermed i en viss grad også staten, ikke aksepterte.¹⁰⁷ Tilsynet med legene og etterhvert de institusjoner de kom til å dominere, sykehusene, var mindre spesialisert og profesjonalisert, og skjedde dessuten i stor grad i regi av standen selv, altså privat. Vi skal først, hva det indre arbeid angår, se på styringen av og kontrollen med de akseptable andre, så på kontrollen med de uakseptable andre og endelig på kontrollen med de medisinske kjernevirksomheter. De siste omfattet bestemte virksomhetsområder, eller institusjoner, som lepraomsorgen, sinnssykevesenet, tuberkulosevesenet og tildels legene selv.

Styringen og kontrollen med sykehusvesenet hører også med her, men vi skal ikke omtale den separat for denne perioden, selv om de alminnelige sykehusene for alvor blir endel av det egentlige sunnhetsvesen fra slutten av det 19. århundre. I noen grad vil vi imidlertid berøre sykehusenes situasjon i diskusjonen av kontrollen med legene. Hva angår institusjonene, vil vi i noen grad omtale den (semi-interne) kontroll som ble utøvet overfor pasientene. Vi skal avslutte avsnittet med å si litt om den ytre styring og kontroll. Her er stikkordet hygienearbeidet.

Tilsynet med ”de akseptable andre”: farmasøyter, jordmødre og tannleger

De aksepterte gruppene det ble ført tilsyn med var i første rekke farmasøytene og jordmødrene; etterhvert også tannlegene. Tilsynet med de første var hjemlet i medisinalforordningen av 1672, og skulle utføres av de nærmeste offentlige leger, under en form for overoppsyn av den tidens sunnhetskollegium, det medisinske fakultet ved Kiøbenhavns universitet, senere (også) av Collegium Medicum (1740), sunnhetskollegiene (1803-1809 (det danske), 1809-1815) og den formelle medisinalforvaltning (1815-).¹⁰⁸ Forordningen inneholdt tildels nokså konkrete bestemmelser om hvordan tilsynet skulle utføres og hvor hyppig det skulle utføres. Det het således i art. 26:

Ethvert Apothek skal aarlig engang strax efter Michaelis visiteres, i Kbhavn av 2 Facultatis Med. Doctoribus i Stadsphysici og Practici ordinarii Nærværelse, i de andre Byer og Stæder af Medicis approbatis i Stæderne, en eller flere, eller hvor ingen er, de Næstværende; og skal Apothekerne for Visitoribus lade frembære, see og examinere alle de Species, Varer og Medicamenter, som i Apotheket ere, ingen deraf paa Lofte, i Kjeldere eller Hule fordølge, men oprigtigen paa deres gode Tro

107) Når vi taler om ”indre” tilsyn taler vi altså om tilsynet ikke bare med dem som var ”innenfor” i betydningen offentlige godkjente, men også om alle dem som drev klinisk arbeid og som ofte kunne tenkt seg å være (mer) akseptert.

108) Allerede ved forordninger av 1619 og 1629 var det påbudt at det skulle være legelig visitasjon av apotekene i hovedstaden, fra 1645 også ellers i riket.

og samvittighed, alt hvis paaæskes og omspørges, forklare. Dersom noget af Visitoribus agtes og findes udyktig, forligget, gammelt og forglemt, skal de det uden al Gjenstridighed afskaffe og aldeles cassere og bortkaste; ...; det skal og uden den aarlige Visitation staae enhver Medico approbato frit for, naar han nogen Tvivl haver, at eftersee det som han agter at præscribere eller allerede har præscriberet, og dette, som i saa Maader efterspørges, skal ham uforment forevises og forklares, enten af Apothekeren selv eller deres Svende.

Ordningen reflekterer den fremvoksende medikratiske orden. Forordningen var blitt til etter press fra de ledende leger i Kiøbenhavn, særlig ved Fakultetet, og var særlig rettet mot farmasøytene, ”disse Pengeravne” som en lege i Nykøbing omtalte dem.¹⁰⁹ Legene var på den tiden (indre)medisinere og var derfor både avhengig av apotekerne og potensielt konkurranse-truet av dem: Medisintilvirkningen og forselgelsen av medikamenter kunne lett gli over i rådgivning, altså behandling. Thomas Bartholin (1616-1680) og hans kolleger kunne understreke at deres krav om kontroll særlig var motivert av hensynet til pasientenes sikkerhet. De hadde forsåvidt rett i at endel apotekere kunne ta seg litt til rette, og endog fuske med medikamenter. Det er imidlertid også åpenbart at legenes interesser spilte en rolle: De ville ha behandlingsmonopol. I 1672 var fortsatt ikke medisinen samlet. Forordningen inneholdt derfor også bestemmelser som forbød (barber)kirurgene å behandle innvortes sykdommer. Den gjaldt forøvrig i mange henseender i Norge helt til 1860, da Sundhedsloven kom, og endog til 1912, da Lægeforsørgningsloven kom.

Apotekerne var seg bevisst at forordningen av 1672 satte dem under fremmed kontroll. Den bevisstheten har knapt sluppet taket i dem siden, selv om den i løpet av den siste generasjon er blitt vesentlig svekket. Professor i farmasi ved Universitetet i Oslo, Arnold Nordahl, skrev i 1950 dette om den første dansk-norske medisinalforordning, forordningen av 1619:

Den 10. jan. 1619 vart såleis ein merkedag i tilhøvet mellom lækjar og apotekar som vi farmasøytar ser attende på med alt anna enn glede: Den dagen fekk apotekaryrket eit mindremannsstempel på seg. Farmasien vart ”ancilla medicinae” (dvs. tenestegjenta til medisinen) og kom under formynderskap av lækjarstanden.¹¹⁰

Kontrollen med farmasøytene var fra starten av mer enn bare formell. Etterhvert skulle den også få et visst intrafaglig preg. Farmasøyter passet på farmasøyter, om de enn gjorde det på medisinsk overvåkede premisser. En egen farmasøytisk visitasjon ble først innført i 1894, dog uten at det nå førte til noen endring i den kontroll embedslegen skulle utføre. I praksis innebar

109) Sitert etter Finn Erhard Johannessen og Jon Skeie, *Bitre piller og sterke dråper*, Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995, s. 18. Legenes kritikk mot farmasøytene var både faglig og moralsk. De kritiserte dem for å gå inn på legenes område, som de altså ikke behersket, og for ofte å opptre forretningsmessig kynisk.

110) Arnold Nordal, ”Farmasøyttopløringa i Norge”, *Veneficus*, nr. 5, 1950, s. 153. Her sitert etter Nic. Aagaard Sverre, *Et studium av farmasiens historie*, 2. utgave, ved Yngve Torud, Oslo: Norges Apotekerforening, 1982, s. 102.

imidlertid denne reformen at kontrollen og tilsynet med apotekene mer og mer ble intrafaglig, og at farmasien gradvis fremstod som en (mer) uavhengig profesjon. Dog må det sies at farmasøytene hadde spilt en ikke uvesentlig rolle nærmest fra starten av i Danmark og slik også i Norge. Professor og apoteker Hans Henrik Maschmann (1775-1860) satt i Sunnhetskollegiet (1809-1815), og farmasøyten Jacob Schandorff var sekretær for Kollegiet. Da det ble opprettet et medisinalkontor i Tredje departement i 1815 ble, som vi har sett, Schandorff sjef for det, og satt som sådan til sin død i 1842. Siden var der, med unntagelse av noen tiår rundt og etter midten av det 19. århundre, stort sett hele tiden farmasøytiske inspektører knyttet til medisinalforvaltningen. Der var seks farmasøyter i Medisinaldirektoratet da Den annen verdenskrig brøt ut.

Det farmasøytiske tilsyn er egentlig det tilsyn som først ble systematisert og profesjonalisert, ja, egentlig det eneste som ble profesjonalisert i perioden frem til 1940. Endel av farmasøytene i Direktoratet ble etter hvert også kalt apotekvisitatorer. Kontrollen var forøvrig på dette område ikke bare faglig; den var også økonomisk. Direktoratet fikk en egen reseptkontroll.

Forordningen av 1672 ble, som vi har nevnt, langt om lenge, erstattet av andre lover, som Sunnhetsloven av 1860 og, hva farmasøytene angikk, Apotekerloven av 1908. Den siste lov endret dog ikke på det faktum at apotekerne (farmasøytene) stadig, om enn i synkende grad, stod under et medisinsk overoppsyn.

*

Forordningen av 1672 gjaldt ikke jordmødrene, selv om også de representerte en mulig trusel mot legenes kontroll over fødslene. Det skyldtes at jordmødrene ennå stod under en annen, og sterkere akademikerstands, kontroll, prestenes. Prestekontrollen begynte å glippe under stats- og nasjonsbyggingen utover i det 18. århundre. Legene ivret for å se på fødslene som et medisinsk anliggende og ble hjulpet av de statsbyggende monarkers behov for å øke befolkningmengden. Faglig kontroll med fødslene ble dermed viktigere enn moralsk-teologisk kontroll. Statens og legenes interesser kom slik til å trekke i samme retning. Den nye kontrollen kom med en forordning av 1714. Med "klinikkens fødsel" (Foucault)¹¹¹ i siste halvdel av det 18. århundre ble medisinenes kontroll over jordmoryrket ytterligere styrket: Jordmødrenes utdanning ble lagt til den nye Frederiks hospital (1757). En ny jordmorforordning, eller et reglement, kom i 1810. Det ble kalt "Gjordemoder-væsenets Indretning og Bestyrelse for begge Riger, Kiøbenhavn undtagen". Etter dette reglement skulle jordmødre være undervist av nærmeste kirurg eller lege og stå under overoppsyn av stifts- og landfysici. Det mer løpende tilsyn skulle utføres av de vanlige offentlige leger, altså etter 1830 (1836) distriktslegene, om nødvendig bistått av den juridiske øvrighet. Den første

111) Michel Foucault, *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris: Presses universitaires de France, 1963.

helt norske jordmorlov kom i 1898 (19.12.).¹¹² Etter denne lov ble tilsyns-ansvaret overført fra den aktuelle embedslege til Sunnhetskommissjonens ordfører; i praksis innebar det ofte ingen forandring.

*

Odontologien vokste frem som en mer moderne profesjon i løpet av det 18. århundre, i stor grad, som for kirurgien, med Frankrike som det ledende land. Faget, og yrket, fikk imidlertid ikke, som farmasien og den obstetriske pleie, et eget legalt grunnlag. Yrket ble tillatt i kraft av kvaksalverforordningen av 1794, § 6, som gav behandlere som hadde demonstrert kyndighet på et bestemt område, adgang til å praktisere, dog bare i vedkommendes hjemdistrikt.¹¹³ Det var leger som skulle bedømme tannlegenes kyndighet, og slik sett kom også de under medisinsk tilsyn og kontroll. Formelt ble de under medisinsk kontroll helt til det kom egne lege- og tannlegelover i 1927.

I mellomtiden hadde odontologien gradvis revet seg løs fra medisins kontroll og ble etterhvert en egen, stadig mer selvstyrt, profesjon. I 1893 ble Statens poliklinik for tandsygdomme opprettet og en egen tannlege-utdanning startet. Fra 1904 ble det krevet artium for opptagelse ved denne utdannelsen og i 1909 ble poliklinikken akademisert og gjort om til Norges tandlægehøyskole. Høyskolen ble under Den annen verdenskrig en periode lagt under Universitetet i Oslo, men fortsatte som egen høyskole etter krigen. Skolen ble et fakultet under Universitetet i Oslo i 1959.

Tannmedisinen skulle altså, som det første helsefag, glippe ut av legenes kontroll. Det var til å leve med for legene, for leger og tannleger konkurrerte i liten grad om pasientene, og tannmedisinen kom snart til å fungere som et rent medisinsk-akademisk fag, nærmest som en hvilken som helst medisinsk spesialitet. Der utviklet seg altså et slags odontokrati. Før krigen ble imidlertid den offentlig-formelle kontroll med tannlegene utført av de offentlige leger, fylkeslegene og distriktslegene. Den var nokså enkel, og slett ikke profesjonalisert.

Etterhvert kom det nye grupper til, som gangkoner o.l., etterhvert sykepleiere, og fysioterapeuter, som alle ble sett på som akseptable grupper, og forsåvidt grupper som i stigende grad kom under en viss, men langt fra systematisk, medisinsk kontroll. Etterhvert som legene gikk inn på sykehusene ble imidlertid sykepleierne i viktige henseender underordnet, og slik kontrollert, av legene der. Der kom intet formelt sykepleietilsyn før Den annen verdenskrig.

112) Jordmoryrkets fremvekst og utvikling er nærmere omtalt i Kristina Kjærheim, *Mellom kloke koner og hvitklede menn – Det norske jordmorvesen på 1800-tallet*, Oslo: Seksjon for medisinsk historie, 1980. (Nynorsk utgave, Det norske samlaget, 1987.) Se også Ida Blom, *Den hårde dyst*, Oslo: Cappelen, 1987.

113) Paragrafen (6) hadde denne ordlyd: "Skulde nogen, som ikke er egentlig Læge, have erhvervet sig udmærket Kundskab og fortrinlig Duelighed i en eller anden enkelt Deel af Lægekunsten, eller i at helbrede en eller anden Sygdom, da kan han, naar han med Amtmandens og Physici Vidnesbyrd godtgjør, at besidde fornævnte Egenskab, vente igjennem Cancelliet at erholde Tilladelse til at practisere, dog blot i det District, han boer, og at hans Ret til at foreskrive Lægemedler indskrænkes til de Dele, han har beviist sig at være kyndig udi".

Tilsynet med ”de uakseptable andre”: kvaksalvere

I tillegg til kontrollen, og tilsynet, med de akseptable andre, kom altså kontrollen, ikke tilsynet, med de ”uakseptable” andre. De uakseptable ble også offisielt omtalt som sådanne, altså som kvaksalvere. Blant almuen, og ikke bare den, kunne endel av dem bli omtalt som ”kloke” kvinner og menn, eller bygdeleger. De øvrige utgjorde en broget gruppe, forsåvidt både hva kyndighet og moral angikk. Endel av dem var omstreifere av ulike slag; noen også utlendinger.

Legene ønsket som sagt et videst mulig monopol, og forsøkte å få staten til å se at også den var tjent med det: Befolkningspolitikken krevde det, argumenterte legene. De fikk etter en tid, en ganske lang tid, lite entusiastiske myndigheter med på det. Men den kvaksalverforordning som kom i 1794 var hverken så omfattende eller så streng som legene hadde ønsket. Den ble håndhevet gjennom de offentlige legers overvåkning, og eventuelt gjennom rettsvesenets oppfølging. Men almuen mislikte forbudet mot de legebehandlere og oppsøkte dem i langt større grad enn de gjorde de både kostbare og ofte noe nedlatende legene. Legene rapporterte om kvaksalveriet i sine medisinalberetninger, og anmeldte noen av dem, gjerne de mest populære og dyktige, altså deres leieste konkurrenter.

Med demokratiseringen fra 1814, men særlig fra 1830- og 1840-årene, økte presset for å få fjernet kvaksalverforordningen, som det gjorde for å få fjernet den teologiske konventikkelplakaten.¹¹⁴ Bondepolitikkerne, med Ole Gabriel Ueland (1799-1870) og Søren Jaabæk (1814-1894) i første rekke, forsøkte gjentagne ganger å få modifisert kvaksalverforordningen. De fikk flertall for forslag både i 1863 og 1869, men vedtakene ble nektet sanksjon. Endelig i 1871 ble en noe liberalisert kvaksalverlov vedtatt, og fikk sanksjon. Denne loven ble noe modernisert i 1936. Etter disse lover var det for ufaglærte forbudt å kalle seg lege og å utøve visse former for legevirksomhet. Men allerede da loven av 1871 ble vedtatt, ble kvaksalveriet knapt nok kontrollert, som også legerrepresentanter på Stortinget fremholdt. Privatlege, men tidligere distriktslege, Henrik Lassen (1818-1890) fra Stavanger fremholdt således i et innlegg i Odelstinget at legene nok var de første til å bryte forordningen av 1794, forsåvidt som de jo var pålagt å sende inn beretning om kvaksalvere i sine distrikter, ”men Lægerne undlode det i Almindelighed af Hensyn til Opinionen og for ikke at vække Spetakkel, uagtet det visselig mange Gange havde været riktigst at anmelde Vedkommende”.¹¹⁵

Det hører med til bildet at det særlig var de dyktigste og mest populære bygdeleger som ble anmeldt, og gjerne anmeldt av de offentlige leger. Et

114) Om bygdelegenes rolle, se Olav Bø, *Folkemedisin og lærd medisin : norsk medisinsk kvardag på 1800-talet*, Oslo: Det norske samlaget, 1972. Konventikkelplakaten ble innført i 1741. Den forbød legfolk å holde religiøse møter (konventikler) uten sogneprestens tillatelse. Den var særlig rettet mot pietistisk innstille, og ofte nokså pågående, legpredikanter. Den ble blant annet brukt mot Hans Nielsen Hauge (1771-1824). Plakaten ble opphevet i 1842.

115) Sitert etter Bø, *ibid.*, s. 137.

eksempel er Mor Sæther (1793-1851), som praktiserte midt i hovedstaden noe før midten av det 19. århundre.¹¹⁶

Vi har omtalt jordmorreglementet av 1810 som et middel for leger til å kontrollere jordmødre. Reglementet hadde imidlertid et dobbelt sikte, for gjennom jordmødrene ville legene også hindre at legfolk opptrådte som obstetriske kvaksalvere. I stortingsdebattene i 1860-årene ble jordmorreglementet nevnt som nok et eksempel på hvordan det å hjelpe den som var i nød, kunne føre til straff.

Tilsynet med institusjonaliserte tjenester: lepraomsorgen, tuberkuloseomsorgen og sinnssykeomsorgen

De tjenestegrener vi har kalt de institusjonaliserte, var tjenester som tidligere hørte under fattigvesenet og bare i noen grad var preget av medisinen. De gjaldt de permanent, eller iallfall langvarig, syke. Tjenestene for dem som ble akutt syke, av svært smittsomme sykdommer skal vi ikke omtale nærmere her: De var midlertidige, og var fra gammelt av knyttet til karantenevesenet.¹¹⁷

De to eldste av de institusjonaliserte tjenester var lepraomsorgen (leproseriene) og omsorgen for de sinnssyke. Omsorgen for de radesyke var nå iferd med å forsvinne, men mot slutten av det 19. århundre skulle det komme en ”ny” sykdom som skapte en egen omsorg, tuberkulosen. De to gamle omsorgene, lepra- og sinnssykeomsorgen, ble etterhvert lagt tydeligere inn under medisinen og ble slik modernisert. Det skjedde rundt midten av århundret, altså på det tidspunkt da det norske samfunn for alvor ble modernisert. Den nyere omsorgen, tuberkuloseomsorgen, kom så sent, nemlig rundt århundreskiftet, at den i hovedsak ble bygget ut under medisinsk styring og kontroll. Samtidig begynte behovet for en lepraomsorg å svinne.

Hva medisinsk styring og kontroll skulle innebære var ikke i alle henseender åpenbart.

For alle disse omsorger ble nemlig spenningen mellom medisinenes to verdiforankringer, den klinisk-individuelle og den folkehelsemessige, påtagelig – og profesjonssplittende. Etter den første forankring skulle de enkelte pasienters interesser settes først. Det gjorde bruk av tvang om ikke uakseptabel, så svært problematisk. Mange praktiserende leger inntok en tid en slik, liberal,

116) Mor Sæther var fra Solør. Hennes pikenavn var Anna Johannesdotter Wiger. Hun fikk navnet etter mannen, Ole Sæthren, som var pedell ved Anatomikammeret. Hun hadde, blant annet på grunn av mannens arbeid, fått tilgang på en del medisinsk litteratur, og så til mange i høye posisjoner i den tidens Christiania. Henrik Ibsen leide hos henne en tid og hun forsøkte å hjelpe Henrik Wergeland da han lå på det siste. Hun ble siste gang stilt for retten i 1842.

117) Fra det 18. århundre ble det i de viktigste havnebyer i Danmark og Norge opprettet midlertidige karantenekommisjoner når farlige epidemiske sykdommer, spesielt pest, truet. Ved forordning av 8. februar 1805 ble det opprettet slike kommisjoner i de havner ”hvor Skibe fra fremmede Lande kunne ankomme”. Forordningen ble i 1848 erstattet av Lov om Kvarantainevæsendet (12. juli – virksom fra 1849). Den krevde at der skulle opprettes karantenekommisjoner i alle ”ved Søen beliggende Kjøbsteder”, samt andre steder hvor det måtte ansees nødvendig. Kommisjonene fikk en magistratperson som formann. Da Sunnhetsloven kom i 1860 ble karantenekommisjonene i hovedsak identiske med de legeledede sunnhetskommisjoner, dog forsterket med en tolloffisiant og en sjøkyndig. Kommisjonene trådte i funksjon forbindelse med koleraepidemier, som i 1830-årene, og siden i 1850-årene. Man nølte imidlertid med å innføre karantene fordi det truet handelsfriheten, en frihet som stod ideologisk sterkt rundt midten av århundret.

holdning. Den kliniske medisin er, etter sin natur, borgerlig (-paternalistisk). Etter den annen forankring ble bruken av tvang, ikke minst tvangsmessig institusjonalisering og isolering, ikke bare akseptabel, men anbefalingsverdig. Den prekliniske medisin er etter sin natur i stor grad offentlig; den har et betydelig juridisk-byråkratisk innhold – derav betegnelsen ”sunnhetspoliti”. Den ligger ideologisk den byråkratiske jus, eller rettsstatligheten, nær. Dette sunnhetspolitisynet fikk økende tilslutning, spesielt når det gjaldt lepra og tuberkulose. Etter det bakteriologiske gjennombrudd i 1870- og 1880-årene fremstod de (somatisk) syke ikke bare som sosialt og økonomisk byrdefulle for samfunnet, men også som (skremmende) (smitte)farlige. Lepraloven, som kom i 1877, og ble revidert i 1885 var preget av det restriktive folkehelsehensynet.¹¹⁸ Det samme var Tuberkuloseloven, som ble vedtatt i 1900.

Ingen av disse lover inneholdt egentlig i særlig grad bestemmelser om tilsyn med vesenene og de personer som legemliggjorde dem. Lovene var så folkehelseorientert at de bestemmelser om tilsyn som fantes, og de fantes først og fremst i Tuberkuloseloven, i hovedsak gjaldt pasientene og deres pårørende; de representerte et semiintern tilsyn. Lovene gjorde helsepersonell, og sunnhetskommissjonene, til nettopp sunnhetspoliti. Lovene var hva vi i dag, etter Ivan Illich, ofte kaller medikaliserende. De innebar ”ledelse av liv” – ”the management of lives”.

Lepraloven av 1877 (og 1885) inneholdt en bestemmelse (§ 2) om at fattigforsørgede spedalske i regelen skulle ”indlægges i offentlige Pleie- eller Helbredelsesanstalter”. I 1885 kom det en bestemmelse til (§ 3) som sa at ikkefattige personer som ikke fulgte pålegg fra sunnhetskommissjonen om å leve ”i betryggende Afsondring fra sin Familie og øvrige Omgivelser”, skulle innlegges, om nødvendig med politiets bistand (§ 5).

Tuberkuloseloven var mer detaljert. Mens lepraen mot slutten av århundret var i tilbakegang, og institusjoner for spedalske ble nedlagt eller brukt for andre formål, var tuberkulosen virkelig iferd med å bli en truende folkesykdom. Det het i noen paragrafer i Tuberkuloseloven:

§ 2. Enhver Læge har, første Gang han faar under Behandling noget Tilfælde af saadan Sygdom, at give Meddelelse derom til Sunhedskommissionens Ordfører. Det samme gjelder de Tilfælde, som han allerede har under Behandling ved Lovens ikrafttræden.

§ 5. Hvor den Syge ikke behandles af Læge, har Sundhedskommissionens Ordfører enten selv eller ved en anden dertil antagen Læge at føre det hygieniske Tilsyn i den Udstrækning, som det enkelte Tilfældes Art og Forholdene for øvrig gjør paakrævet

Paa samme Maade har han at overtage det hygieniske Tilsyn, hvor den behandlende Læges Anvisninger ikke efterfølges.

118) Der forelå et forslag til lepralov i 1854, men det ble aldri til lov. Forslaget var blant annet preget av den tids vanligste medisinske syn på lepra, som også en arvelig sykdom. Etter forslaget skulle derfor spedalske forbys å gifte seg.

§ 6....

Dersom den Syge eller hans Omgivelser undlader at følge de af Sunhedskommissionen givne Forskrifter, og det som følge heraf viser sig umulig at skaffe den Syge en til Modarbeidelse af Sygdommens Udbredelse nødvendig Pleie, kan Sunhedskommissionen beslutte hans Indlæggelse paa Sygehus..

Personelltilsynet forsvant dog ikke helt med dette, som vi ser. Det ble imidlertid et tilsyn med at personellet oppførte seg tilstrekkelig sunnhetspolitimessig, ja, nesten politimessig. Dette tilsyn skjedde i regi av de overordnede medisinalmyndigheter, men var lite systematisert. Medisinalmyndighetenes rolle var viktigst på utviklings- og ledelsessiden. Det var særlig denne utviklings- og rådgivningsrollen overlegen for lepraomsorgen fikk. Stillingen som lepraoverlege ble opprettet i 1854. Ove G. Høeg (1814-1863), bosatt i Trondhjem, ble utnevnt i stillingen og satt i den til sin død i 1863.¹¹⁹ I 1858 kom der en overlegestilling til. Den gikk til Timandus J. Løberg (1819-1892), lege ved Pleiestiftelsen for Spedalske No. 1 i Bergen.¹²⁰ Høegh fikk fra da av ansvaret for Nordvestlandet og det nordenfjeldske, mens Løberg fikk ansvaret for resten av Vestlandet og Sørlandet. Da Høegh døde fikk Løberg ansvaret for hele landet. Løberg satt til 1875, da han ble utnevnt til direktør ved Rigshospitalet og Fødselsstiftelsen i Christiania. Løberg ble så etterfulgt av den siste lepraoverlege, leprabasillens oppdager (1873), Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912).¹²¹

Hva tuberkuloseomsorgen angikk, fikk de sentrale medisinalmyndigheter ”overlegeansvaret”. Spesielt var det tilfelle da Michael Holmboe ble medisinaldirektør i 1893. Holmboe var forøvrig en av Tuberkuloseovens to fedre. Den annen ”lovfader” var den prominente bergenslegen Klaus Hanssen (1844-1914), bror av Gerhard Armauer Hansen. Senere, i 1914, kom der imidlertid, som vi har sett, et embede som overlege for tuberkulosen. Vi har også sett at dette embede, av sparehensyn, forsvant i 1931, men kom tilbake i 1939, som et inspektørembede. Men som sagt, hva tilsynet angikk var medisinalmyndighetene mer opptatt av det semi-interne og eksterne enn det interne sådanne.

Så vel lepra- som tuberkuloseomsorgen gav medisinalvesenet og legene en rolle som ordensmakt, altså som en del av rettsvesenet, endog politiet, som gikk endel utover det som var folkehelsemessig, for ikke å tale om klinisk, motivert. Dette var i enda større, og mer kontroversiell, grad tilfellet med sinnssykepleien. Man kunne ikke hevde at sinnssyke, eller sinnssvake, som de ble kalt i første halvdel av århundret, var smittefarlige. Noen av dem, dog

119) Høegh, som var fra Solør og Odalen, hadde hatt all sin praksis nordpå til han i 1864 nedsatte seg i Trondhjem. Han var en av relativt få leger som ble stortingsmann (1851 og 1854, for Finnmarken, og i 1862-63 for Trondhjem).

120) Også Løberg ble en av de mer alment kjente leger på sin tid og var stortingsmann for Bergen i 1865-66, 1871-73 og 1874-76. Han var dertil i fem år formann i Bergens Communebestyrelse.

121) Overlegenes oppgaver ble beskrevet i en instruks fra 1858. Etter denne fikk overlegene ansvaret for årlig å utferdige en beretning om situasjonen hva angikk spedalskheten (den samfunnsdiagnostiske oppgave), å komme med forslag til spedalskhetens bekjempelse (den politisk-strategiske oppgave), å delta i bestyrelsen av pleiestiftelsene for spedalske (iverksettelsesoppgaven), å spre kunnskap om spedalskheten blant almuene (ivretsettelsesoppgaven) og å føre tilsyn med de spesielle leprakommisjoner som ble opprettet fra 1857 (kontroll- og tilsynsoppgaven).

relativt få, var farlige, ofte også for seg selv, men altså ikke smittefarlige. De få farlige kunne man, på et vis, gi en medisinsk begrunnelse for å sperre inne. Det fordret dog at man på faglig grunnlag kunne avgjøre hvem som var, eller egentlig ville fortsette å være, farlige. Det kunne man sjelden. Men mange sinnssyke var til stor genanse for mange, både pårørende og andre, og der var slik et sterkt ønske om å fjerne dem fra ”normalsamfunnet” – for den tid de måtte være sinnssyke. Kunne medisinen gå med på å ta imot dem i sinnssykeinnretningene og (de kommende) asylene, mot deres vilje, hvis det hverken kunne begrunnes folkehelsemessig eller klinisk? Det var i hvert fall vanskelig. Man kunne nok, som vi har nevnt, forsvare tvangsinternering når de sinnslidende kunne være til fare for seg selv. Til nød kunne man begrunne den med at den kunne være til beste for pasienten – som altså ikke innså sitt eget beste. Gitt det faglige standpunkt den tids psykiatri stod på, og langt på vei visste den stod på, var imidlertid det en tvilsom begrunnelse. I alle tilfeller, skulle medisinen ha kontroll over sinnssykevesenet måtte den ha kontroll ikke bare over behandlingen, men også over innskrivelsen i institusjoner, altså over portnerfunksjonen. Den kunne bare slippe inn mennesker den selv fant sinnssyke, og gjerne, åpenbart sinnssyke. Men det var også av betydning at medisinen hadde kontroll over premissene for utskrivelsen, eller egentlig, over premissene for bestemmelsen av pasientenes ”utgangstilstand”. For medisinen gjenstod der ett kinkig spørsmål, spørsmålet om tutelet når pasienten selv ikke ønsket innleggelse og behandling.

For medisinen var det (klinisk) ideelle at pasienten var herre over sin egen skjebne i så henseende, men siden en sinnslidende ofte nettopp ikke var herre i eget ”hus”, krevdes der en alternativ ”herre”, altså en som kunne legitimere den tvang som skulle utøves. De nærmeste pårørende var de, ikke bare almenmoralisk, men også medisinsk-moralisk, nærmeste til å ha tutelet¹²² overfor en pasient: Klinisk skulle legen arbeide primært på pasientens, og sekundært på pasientens pårørendes, premisser – ikke på en tredjeparts. I praksis stod imidlertid nettopp slike tredjeparter klar til å ta pasientansvaret, navnlig fattigkommisjonene og ordensmyndigheten. De var begge svært interessert i å bruke sinnssykehusene for sine formål, altså som oppbevaringssteder for sosialt krevende eller farlige sinnslidende. I så henseende tenkte de imidlertid knapt heller folkehelsemessig. Der ble derfor en dragkamp om tutelespørsmålet da Sinnssykeloven ble konsipert.

Sinnssykepleien var inntil midten av århundret i hovedsak en ikkemedisinsk styrt fattigpleie, men også en del av ordensvesenet.¹²³ Tutelmyndigheten lå altså hverken hos den lidende eller hos hans pårørende. Den lå

122) Tutel kommer av latin *tutela*, til *tutus*, trygg, sikker. I jusen brukes uttrykket om vergemål, omsorg, ansvar, for eksempel for umyndige eller sinnslidende. Tutelets rolle i sinnssykeomsorgen frem til begynnelsen av det 20. århundre er utførlig og interessant drøftet av psykiateren Paul Winge (1857-1920) i hans store (livs)verk *Den norske sinnssygeret historisk fremstillet*, Kristiania: I kommisjon hos Jacob Dybwad, 1913, kap. 3. (I serien Videnskapsselskapets skrifter, Naturvidenskapelig klasse 1912, nr. 10.). Winge, sønn av sinnssykelegen Peter Winge (1818-1902), var en av de ledende norske psykiatere fra slutten av det 19. århundre og frem til sin død. Han er trolig den mest rettsvitenskapelig lærde i norsk psykiatris historie.

123) Kari Jørgensen har redegjort utførlig for utviklingen av sinnssykevesenet i Norge i perioden 1820 til 1920 i avhandlingen *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*, Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskapen, Universitetet i Bergen, 1998 (Rapport nr. 63 (1998)).

hos myndighetsorganer, i første rekke fattigvesenet. I fattigkommisjonene dominerte presten og lensmannen. Institusjonene for sinnslidende, gjerne kalt dollhus, tok seg, i stor grad av mange av de sosialt vanskelige sinnsyke, mens andre, og langt de fleste, ble sendt rundt på legd eller var i en eller annen form for privatpleie. I dollhusene hersket vanligvis en kombinert økonom og vokter, vanligvis med hård hånd. Han hadde lite å fare med faglig, og var av varierende sosial og moralsk status. Med moderniseringen rundt midten av århundret, kom sinnssykeomsorgen i større grad under medisinsk styring og kontroll. Dog fortsatte privatpleieordningen, nå tildels også som en mer asylpreget ordning, gjennom sinnssykekoloniene.¹²⁴ Der kom altså en bevegelse fra en nesten dyster rettsstatlighet til et mer optimistisk medikrati. De lidendes interesser fikk en mer fremtredende plass. Legene nådde imidlertid ikke så langt som de mest ambisiøse blant dem hadde håpet. Aller mest ambisiøs var den ennå ganske unge legen Herman Wedel Major (1814-1854).¹²⁵

Den iherdige medisinske nasjonsbygger, Frederik Holst, hadde i 1825-1827 ledet en kommisjon som hadde sett på den tidens sinnssykevesen og foreslått omfattende fagliggjørende reformer.¹²⁶ Forslagene ble lagt til side. I 1848 ble Major utnevnt til konsulent i sinnssykespørsmål for Departementet for det Indre. Han samarbeidet som sådan også med Departementets medisinalkomite. Major var langt mer ambisiøs enn Holst hadde vært, og forsåvidt forble. Major ønsket at det skulle komme en overlegestilling for sinnssykepleien, men det sparebevisste Stortinget sa nei til det. Overlegeordningen, som altså ble benyttet i lepraomsorgen, er en utpreget medikratiske ordning, og en slags videreutvikling av den gamle ordning med at det medisinske fakultet i noen grad var medisinalforvaltningen.

Selv om Stortinget sa nei til Majors ønske om en overlegestilling, kom det allikevel en lignende ordning: Direktørene ved de asyl, som etter hvert skulle komme, ble også gjort til Departementets konsulenter og inspektører. Majors tanke var at overlegen skulle ta initiativ til en faglig og moralsk oppbygging av sinnssykepleien og føre tilsyn med at denne oppbygging ble tatt vare på.

Der var en viss uenighet leger imellom om hvordan den faglige institusjonalisering av sinnssykepleien skulle ordnes. Frederik Holst (1827) hadde villet ha en todeling av anstaltene, mens Major ville stille alle anstalter på samme nivå. Loven som kom i 1848 var utformet av Major og foreskrev ingen todeling. I praksis ble det imidlertid slik. Øverst fikk man de nye asylene, som i størst mulig grad skulle være helbredelsesanstalter. De ble statseide, og som sådanne mer adskilt fra sinnssykeinnretningene, som gjerne var eid

124) Koloniene innebar at noen tok flere i pleie. Koloniene kunne etter hvert utvikle seg til å bli en slags asyl. 125) Herman Major var sønn av en irsk innvandr, Robert Major (d. 1839). Herman Major var ferdig utdannet lege i 1842. Etter et opphold ved en kjent klinikk i Slesvig, og etter en privatfinansiert studietur til England, Tyskland og Belgia i 1843, fikk han i 1844 statlig stipendium for å studere sinnssykepleie i utlandet, mot å utarbeide en plan for opprettelse av en helbredelsesanstalt for sinnssyke i Norge.

126) *Beretning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til Forbedring i Aaret 1925 naadigst nedsat Kongelig Commission*, Christiania 1825. Innstillingen ble trykket i 1828. Før Gaustad Sindsygeasyl stod ferdig var der seks sinnssykeinnretninger i landet: Christiania Byes Sindsyge-Indretning, Den med Oslo Hospital forenede Sindsyge-Indretning, Christiansands Sindsyge-Indretning, Stavanger Byes Sindsyge-Indretning, Bergens Byes Mentalsygehus og Den med Trondhjems Hospitals forenede Sindsyge-Indretning. Kfr. Winge, *op. cit.*, s. 245.

av stiftelser. Så kom de øvrige institusjoner, sinnssykeinnretningene, som i større grad ble pleieinstitusjoner – i praksis særlig for inkurable sinnssyke. Også disse skulle imidlertid ledes medisinsk. I tillegg kom så, på laveste nivå, den omfattende privatpleien. Den var og forble en rent leg pleie, men altså ikke en del av kvaksalveriet. Den ble offentlig godkjent og delvis finansiert, og den stod under legelig kontroll og tilsyn. At den slik ble godkjent, reflekterte økonomiske nødvendigheter, men var også et uttrykk for sinnssykefagets lave standpunkt. Det var for legene noe helt annet å benytte seg av jordmødre til fødende enn å benytte seg av ofte nokså fattige legfolk til å ta seg av enda fattigere sinnssyke.¹²⁷

Det første asyl, eller ”fristed”, som kom, var Gaustad Sindssygeasyl. Det kom etter forslag fra Major. Hans forslag ble tatt til følge i 1850, og asylet stod ferdig høsten 1854.¹²⁸ Det ble åpnet et år senere. Major var tiltenkt asylets direktørstilling – han hadde allerede flyttet inn i direktørboligen, men da asylet stod ferdig sa han fra seg stillingen, formelt av helbredsgrunner, men kanskje mer av politiske grunner: Han fikk det ikke helt som han ville. Han ble også kritisert for ekstravaganse, blant annet hva gjaldt direktørboligens utforming. Major var av en følsom, men intens, natur, og motgangen han møtte, ikke minst hos Statsråden, den mektige og envise Frederik Stang, kan ha gjort at han tapte motivasjonen til å fortsette. Hans avskjedsansøknin er skrevet i vrede.¹²⁹ Major emigrerte til USA. Det vil si, han nådde aldri frem. I tett tåke kolliderte den hjuldamper han reiste med, med et annet skip og forliste, og han, hans familie og flere andre slektninger, omkom. Da Major dro ble amtsfysikus i Bratsberg, Ole Rømer Sandberg (1818-1883), utnevnt til Gaustad asyls første direktør. Han ble sittende til 1882.

Rammen om den faglige institusjonalisering av sinnssykepleien var Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848. Også loven var Majors verk.¹³⁰ Major hadde lyktes i å gjøre loven forholdsvis medikratiske, også hva angikk det moralske rettighetsmessige, men spesielt hva angikk asylpleien. Et asyl skulle således ”bestyres af en i eller nær ved samme (Asyl) boende og af Kongen specielt dertil autoriceret Læge...” (§ 3). Denne lege skulle ha kontroll over ”Optagelsen” av sinnssyke i asyl:

§ 9. Når Nogen som Sindssyg forlanges optagen i et Asyl, bør Asylets Læge undersøge om hans Tilstand er saadan, at Optagelsen er hensigtsmæssig for ham selv eller nødvendig for den offentlige Ordens og Sikkerheds Overholdelse. I Tilfælde af, at nogen Vedkommende maatte

127) I noen grad kom sinnssyke i pleie hos forholdsvis fattige mennesker fordi de kunne gi disse sårt tiltrengte inntekter.

128) Arkitekt for asylet var Majors svoger, Ernst Schirmer (1815-1887).

129) Formelt begrunnet Major sin emigrasjon med helbredshensyn; noen mente han selv var rammet av sinnslidelse. Spesielt Johan Scharffenberg har fremholdt denne forklaringen på at han gav seg. Kfr. Johan Scharffenberg, ”Herman Majors tilbaketræden fra Gaustad”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 36, 1916, s. 167-170. Paul Winge har funnet Scharffenbergs teori plausibel, mens Randi Haukeland, hvis mormor Sophie Schirmer, var datter av Majors yngste søster, Mimi, argumenterer sterkt og godt for den ”politiske” forklaring. Kfr. hennes ”Herman Wedel Major”, i Nils Retterstøl, red., *Gaustad sykehus 140 år*, Oslo: Universitetsforlaget, 1995, s. 38-64.

130) Den ble først erstattet av en ny lov i 1961.

være utilfreds med Lægens Bestemmelse i saa Henseende, kan denne fordres undergiven Controlcommissionens Afgjørelse.

Likeledes skulle legen ha kontroll over utskrivelsen:

§ 12. Naar en Sindssyg er af Asylets Læge erklæret helbredet, og Underretning derom i Overensstemmelse med § 14 er meddelt Controlcommissionen samt de Personer eller Autoriteter, der have foranlediget hans Optagelse, kan han ikke længere holdes i Asylet.

Det heter videre i loven:

§ 13. Enhver Sindssyg kunne udskrives saavel af offentlige som private Asylter, naar saadant af dem, der have at iagttage hans Tarv, eller have foranlediget Optagelsen, maatte forlanges, med mindre han er optagen efter Øvrighedens Forlangende, eller hans Udtrædelse af Asylets Læge antages at ville medføre Fare enten for ham selv eller for den offentlige Sikkerhed, i hvilke Tilfælde Vedkommende kunne æske Controlcommissionens Avgjørelse.

Det bør også nevnes at Major hadde fått inn bestemmelser om forpleiningens innhold som skulle sikre en faglig-moralsk god behandling. Det het i § 4: ”I ethvert Sindsygeasyl skal der drages Omsorg for, at Patienterne kunne føre et selskabeligt Samliv og stadig kunne sysselsættes”. I § 20 het det at ”Ingen Sindsyg maa forvares sammen med Forbrydere”.

Men selv om Major fikk inn bestemmelser som skulle sikre legen kontroll over både innleggelse og utskrivelse, og over ordningen av forpleiningsforholdene, var det ikke nok. De som stod utenfor, som regel fattig- og ordensmyndighetene – rettsstatligheten, kunne anke legens medisinske beslutninger både om innleggelse og utskrivelse til asylets kontrollkommissjon. Loven gav ikke legen den absolutte ledelse av asylet og sikret heller ikke de lidende mot at tutelet ble plassert hos tredjeparter. Den plasserte egentlig kontrollkommissjonen over ham, som en overbestyrelse, og gjorde det dermed også lettere for tredjeparter å overta pasientkontrollen. Det skulle snart også vise seg at denne overordning kom til å gjelde ordningen av forpleiningsforholdene. Den både styrende og kontrollerende kommissjonen skulle ha tre medlemmer, hvorav minst én lege; undertiden var der imidlertid to leger i kommissjonen – som tilfellet var for Gaustad helt frem til 1925. De to øvrige var normalt en jurist og en forretningskyndig. I de fleste kommissjoner stod på den måten de juridisk baserte styringshensynene sterkere enn de medisinske faghensynene. Kommissjonene hadde for øvrig gjerne en svært stabil sammensetning; mange satt i tiår. Slik økte kyndigheten i kommissjonene – mens habiliteten svant hen. Hver kommissjon skulle ha en egen instruks.¹³¹

131) Kfr. Anna-Kirsten Austad, ”Gaustad asyl reiser seg”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *Gaustad sykehus gjennom hundre år*, Oslo: trykt hos J. Chr. Gundersen, 1956, s. 34-35. (Hele artikkelen, s. 39-120.)

Major visste at uten en lov som gav legene makten, og som presiserte premissene for deres maktutøvelse, ville presset på asylene og andre institusjoner for å spille en ordensmessig og fattigforsorgspreget rolle, en rolle som truet pasientenes interesser, bli uimotståelig. Han arbeidet derfor iherdig for å få en lov og for å påvirke dens innhold. Han oppnådde mye, men altså ikke nok. Hans ”motstandere” fikk en ankemulighet og betydelig innflytelse over kontrollkommisjonene. Den utnyttet de og etter bare noen få år var også Gaustad Sindssygeasyl i noen grad blitt det alle andre institusjoner alltid hadde vært, og fortsatte å være – den nye loven til tross, en nokså begredegelig, og til dels fengselsaktig lukket, oppbevaringsinstitusjon. Paul Winge viser, med imponerende dokumentasjon og skarpsindige resonnementer hvordan ulike departementsinstanser gradvis, og på finurlig vis, fikk uthulet de bestemmelser i loven som gav legen makt, en makt han skulle bruke til å beskytte pasientene mot tredjepartsinngripen i deres skjebner. Winge henviser til hvordan Kirkedepartementet i en skrivelse til stiftamtmanden i Kristiansand i 1865 hadde fremholdt

at man antager, at om der end tidligere kunne være Anledning til Tvivl i nævnte Henseende, formenes dog denne at være hævet ved den nye Fattiglovs § 55, der med Bestemthed gaar ud fra, at det er Fattigkommissionen, der har at overtage Omsorgen for samtlige Kommunerne vedkommende Sindssyge.¹³²

Winge konstaterer at ”Uagtet sindssygeloven var uforandret, udleverede altsaa departementet de fattige sindssyge til fattigvæsenet;..” Rundt 1890 var ”Henved 90 procent af landets sindssyge .. bragt ind under fattigvæsenets tutel”.¹³³

Den ordning Major delvis hadde fått istand gjennom Sinnssykeloven innebar at hensynet til legene og til pasientene i stor grad trakk i samme retning: De pålegg fagmyndighetene fikk gjennom loven skulle beskytte pasientene, men samtidig var påleggene uttrykk for den moderne, humaniserte fagligheten. Den gikk, som vi har sett, ut på både at pasientene skulle behandles på en moralsk måte, altså med respekt (”morsalsk behandling”), og at de skulle aktiviseres (”arbeidsterapi”). Påleggene var slik like meget medisinske som rettslige. Men ved at de også ble gjort rettslige, og Major, langt mer enn gamle Frederik Holst (d. 1871) var seg svært bevisst hvor viktig det var, fikk legene midler i hendene de kunne bruke i sitt forsvar for pasientene og sin egen faglighet; det vil også si, de fikk midler i sin kamp mot, de andre, ellers nokså jusbevisste og juspregede, myndigheter. Som vi har sett var midlene for svake. Legene kom på defensiven og det samme gjorde dermed de sinnslidende. De institusjoner som var oppnevnt for å sikre pasientenes rettigheter, kontrollkommisjonene, ble delvis bestyrelsesorganer og kom i stor grad, med departementenes først stilltiende, så mer aktive, tilslutning, til å bidra til å svekke pasientenes rettigheter – og legenes muligheter for å praktisere sitt fag som de hadde (hatt) intensjoner om. Også

132) Sitert etter Paul Winge, *Den norske sindssygeret historisk fremstillet*, Kristiania: I kommisjon hos Jacob Dybwad, 1913, s. 157. (I serien Videnskapsselskapets skrifter, Naturvidenskapelig klasse 1912, nr. 10.)

133) *Ibid.*, s. 158.

Gaustad Sindssygeasyl ble, som vi har sett, etterhvert pådyttet flere pasienter enn det hadde plass til og ble snart en nokså dyster institusjon.¹³⁴

Middelbelegget holdt seg litt under antallet offisielle plasser inntil ut i 1870-80-årene, men begynte så, og særlig fra 1880-årene av, å overstige plassantallet.¹³⁵ Det ble slik mindre og mindre mulig å behandle ”moralsk” og aktiviserende. Siden legene knapt hadde andre midler – de viktigste var den første tid medikamentene morfin og opium, samt den ”sykdomsdistraherende” ”derivasjonsbehandlingen” og i noen grad badebehandling, ble resultatene lite oppmuntrende.¹³⁶ Det tør være talende at selv Gaustad, med 300 pasientplasser den første tiden og så 330, frem til 1926,¹³⁷ hadde en legestab som bare omfattet direktøren, en reservelege og en assistentlege; i tillegg kunne det komme noen kandidater.¹³⁸ Det øvrige ”pleiepersonell” bestod alene av utdannede ”Vogtere” og ”Vogtersker”. De så også slik ut der de vandret rundt med et svært nøkkelknippe hengende i et metallkjede rundt livet. De ble først fra 1911 kalt pleiere. I 1900 innførte Asylet et kort utdanningskurs; i 1913 ble det utvidet til et årskurs.¹³⁹

Man kan altså si at det ikke minst var presset utenfra som hindret legene i å gjøre det de hadde ønsket å gjøre og var blitt forpliktet til å gjøre. Ja, presset utenfra dyttet dem (lenger) inn i, eller beholdt dem inne i, det ”umoralske” og det passiviserende og disiplinierende. I noen grad ble også det disiplinierende regime legitimert: Det førpavlovianske (negative) betingingsregime ble i noen grad fremstilt som faglig velbegrunnet. Begrunnelsen ble i stigende grad somatisk. Den tyske, klassifiserende psykiater, Emil Kraepelin (1855-1926), ble den toneangivende mann innen sinnssykepleien. Kanskje kan man i noen grad også se på denne utviklingen innen psykiatrien som et uttrykk

134) Mekaniske tvangsmidler, som tvangsstol, tvangstrøye og håndbøyler ble brukt inntil 1882, mens isolasjon og et alment disiplinpreget regime fortsatte. Kfr. Ørnulf Ødegård, ”Den medisinske virksomhet”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 143-145. (Hele artikkelen: s. 121-158.)

135) I perioden 1856 til 1865 var middelbelegget 24 prosent under plassantallet, i neste tiårsperiode var det 8 prosent under og i perioden deretter 3 prosent under. ”Underbelegget” har imidlertid sammenheng med personalmangelen. Siden holdt middelbelegget seg, med unntagelse for perioden 1926-1935 (det har sammenheng med utbyggingen og utvidelsen av plassantalet) rundt plassantallet eller oversteg dette, dog aldri meget – før etter krigen. Opplysningene er hentet fra Johan Bremer og Ørnulf Ødegård, ”Statistikk”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 189. (Hele artikkelen: s. 179-192.)

136) Kfr. Nils Retterstøl, ”Gaustad sykehus – historien fra planleggingen frem til kommuneovertagelsen i 1985”, i Nils Retterstøl, red., *op. cit.*, s. 16-37. Se spesielt s. 26-27. Derivasjonsbehandling er en behandling som går ut på å forsøke å derivere, eller ”avlede”, sykdomsprosesser til andre organer. På Gaustad ble det således gitt irriterende salver for å avlede sinnssykdommer til huden. Badebehandling var til dels en tvangsbasert behandling, som ”sengebehandling”: Pasientene ble ”bundet” til sengen og badekaret, ofte ganske lenge.

137) Det formelle antall plasser var 300 fra starten av. Det ble økt, noe vilkårlig – for der skjedde ingen utbygging, til 330 i 1876. Der skjedde så ingen videre økning før midt i 1920-årene. Etter en større utbygging økte da antallet plasser til 519 i 1926 og til 523 i 1936. Kfr. Bremer og Ødegård, *op. cit.*, s. 179 og 189. Kfr. også Retterstøl, *op. cit.*, s. 24.

138) Reserverlege nr. to kom først i 1928. Asylet hadde ellers i overordnede stillinger en forvalter, en kasserer, en prest (bistilling fra 1919), en overvokterseke (”matrone” – oversykepleierske), en overvokter (oversykepleier), en gårdsbestyrer, en oldfrue og en husholderske. Kfr. Ørnulf Ødegård, ”Overordnet personale på Gaustad gjennom 100 år”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 170-174. (Hele artikkelen, s. 159-175.)

139) Kfr. *ibid.*, s. 28.

for hvor effektivt presset utenfra var: Legene måtte legitimere det det førte til, for sin egen faglig-moralske selvfølelsses skyld.¹⁴⁰

I de første nesten tre tiår ble Gaustad sindssygeasyl utsatt for lite kritikk fra kommisjon, øvrighet ellers og pressen. Det eksterne ”tilsyn” var, kan man si vennlig. Det begynte å endre seg fra 1880-årene. Det førte til at det i 1900 ble oppnevnt en ekstraordinær kommisjon til å se på forholdene ved Gaustad. Kommisjonen kommer også med kritikk, men ikke alvorlig. Sandbergs etterfølger som direktør (1882-1911), Axel Lindboe (1846-1911), forsvarer seg, litt såret, med å henvise til de økonomiske forhold. Han kunne ikke gjøre mer enn økonomien tillot. Han får støtte av medisinaldirektør og selv psykiater, Michael Holmboe, som peker på at det er urimelig å sammenligne asylforholdene i Norge med forholdene i andre, rikere land – hvor det er nok asylplass. Departementet istemmer Holmboes syn.¹⁴¹

En kjent ungarsk psykiater vurderte i 1903 Gaustad og fant det slett hva angikk bygningsmessig, hygienisk og terapeutisk forfatning.¹⁴² Heller ikke han tok hensyn til hva landets økonomi kunne bære. Men det er fristende å føye til: de begrensninger økonomien har lagt på psykiatrien, samt det øvrige presset utenfra, er forblitt psykiatriens (onde) skjebne. Dens autoritære veier er kanskje vel så meget en defensiv reaksjon som en offensiv aksjon. Psykiatrien er i så fall i mange henseender mer et offer enn en ”skyldig”. Dog behandles den fortsatt mer som det siste enn det første. Vi skal se at denne spenningen, spenningen mellom rollene som offer og skyldig, settes på spissen når tilsynsoppgaven senere gjøres mer uavhengig.

I 1875 overtok psykiateren Ludvig Dahl som medisinalsjef (medisinaldirektør). Dahl hadde arbeidet ved Gaustad som reservelege fra starten av og til 1861. To år senere ble han formann for Controllcommissionen for Oslo Sindssygeasyl og i 1868 medlem av Controllcommissionen for Gaustad Sindssygeasyl. Han tok initiativ til etableringen av Rotvold Sindssygeasyl og ble selv dets første direktør, i 1871. Han var også aktiv som fengselslege. Hans karriere illustrerer hvor tett integrert det fornyede norske sinnssykevesen var, og hvor meget Dahl som medisinaldirektør ikke var spesielt habil som den øverste tilsynsmann for asylvesenet. Han tilhørte et nettverk av fagfolk som mer var opptatt av å bygge og drive sinnssykevesenet enn av å føre en nærgående kontroll med at det forholdt seg til de strenge og, situasjonen tatt i betraktning, altfor strenge, normer Majors sinnssykelov inneholdt. Dahl, som hans forgjenger og etterfølgere, reiste endel på inspeksjonsreiser, men det var mer som pådriver og rådgiver enn som inspektør. Utad mer forsvarte enn refset den tidligere asyldirektør sine pressede kolleger.

140) Amalie Skram (1846-1905), som selv hadde fått erfare det københavnske Kommunehospital 6. avdeling som pasient, skriver i *Professor Hieronymus* med bitende satire om professorens disiplineringsregime. Professorfiguren var i virkeligheten avdelingens sjef, og Danmarks fremste psykiater, professor Knud Pontoppidan (1853-1916). Boken kom ut i 1895, og vakte, sammen med den samtidig utgitte *Paa Sct. Jørgen*, betydelig oppmerksomhet.

141) Kfr. Ørnulf Ødegård, ”Den medisinske virksomhet”, *op. cit.*, s. 134-137.

142) Kfr. *ibid.*, s. 24.

Kontrollen med privatpleien forble svak, men ble noe styrket ettersom ressursituasjonen tillot det.¹⁴³

Major hadde, som nevnt, foreslått at det skulle opprettes et eget overlegeembete for sinnsykevesenet. Det kom ikke og asyldirektørene måtte spille også denne, konsulentpregede, overlegerollen. I 1891 kom det til en bestemmelse i Sinnsykeloven om hvordan utgiftene til behandling av fattige sinnsyke skulle fordeles.¹⁴⁴ I den nye § 2 het det:

Undersøgelsen af, hvorvidt en fattig Sindssyg tiltrænger særegen Behandling eller Forpleining efter § 1, bliver i alle tvilsomme Tilfælde at udføre af en for ethvert Amt af Amtmanden med Medicinalstyrelsens Approbation, dertil antagen Læge.

Gjennom denne lovendringen kom der slik det som av og til ble omtalt som amtsleger, men altså var amtssinnsykeleger. De kom til å spille en økonomisk motivert kontrollerende, mer enn en faglig tilsynspreget, rolle. Ordningen falt bort da Legeforretningsloven kom i 1912, og Norge fikk ”egentlige” amtsleger (fylkesleger). Som vi har nevnt, ble det imidlertid i 1919 utnevnt en egen nasjonal overlege for sinnsykevesenet. Han fikk så vel konsulentpregede som tilsynspregede oppgaver. Overlegeembetet ble, av sparehensyn, inndratt i 1927, da overlegen, Karl Wefring, ble medisinaldirektør. Wefring ble slik, på et vis, både medisinaldirektør og overlege for sinnsykevesenet. Da tidene var blitt bedre, kom overlegeembetet tilbake, men som inspektørembede. Det skjedde i 1936. Etter krigen ble det, som tuberkuloseembetet, igjen gjort til overlegeembete – ja, til *Statens* overlegeembete.

”Egentilsynet”: Tilsynet med leger

Tilsynet med leger (som enkeltpersoner) kom i en annen stilling enn de former for tilsyn vi så langt har omtalt. Leger skulle i prinsippet passe på seg selv, også i den forstand at de skulle holde seg faglig à jour. Der skulle, medikratiske sett, også være en påpassing ”utenfra”. Den skulle imidlertid være godartet, uformell og komme fra ”siden”. Den skulle være kollegial og pedagogisk, og tildels ta form av ”videreutdanning”: Det første medisinske tidsskrift, *Eyr*, kom fra 1826 til 1837, og ble i 1840 fulgt av det mer faglig ambisiøse *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. Fra slutten av 1820-årene kom der medisinske leseselskaper, selskaper som fra 1831 (Bergen) og 1833 (Christiania) ble til legeföreninger. Den sistnevnte forening ble fra 1847 først til Det medisinske Selskab i Christiania så til Det norske medisinske Selskab i Christiania.¹⁴⁵ Den første ble i 1911 til Det Medicinske Selskab i Bergen. Også andre steder kom der legeföreninger. I 1886 samlet så nesten alle norske leger seg i Den norske lægeförening, en forening som dog vel så

143) Rasmus Hansson redegjør for privatpleien i ”Norges medisinalvesen – dets styre”, i *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, b. 51, 1931, s. 183-188. Hele artikkelen: s. 180-183. Artikkelen er endel av en lengre redegjørelse om utviklingen av norsk medisinalforvaltning, og som gikk over flere numre.

144) Lov om Forandring i og Tillæg til Lov af 17de August 1848 om Sindssyges Behandling og Forpleining, 27. juni 1891, No. 2.

145) Navneendringen skyldtes frykt for at utlendinger skulle tro at selskapet var svensk. I 1906 ble ”i Kristiania” sløffet.

meget ble en standsforening som den ble en fagforening: Den ble snart den samlende forening for den norske legestand. Som standsforening kom den til å legge betydelig vekt såvel på standens fagutvikling, blant annet gjennom *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (1888),¹⁴⁶ og gjennom det ansvar den fra 1918 tok som ansvarlig for spesialistutdannelsen, som på standens ”etikktutvikling” og etikkovervåking.

Denne gradvise ”fortetning” av legefelleskapet var et uttrykk for et forsøk på å gi det større styrke og slagkraft enn det løser og mer uformelle fellesskap legene hadde hatt tidligere. Det er imidlertid viktig at fortetningen nå skjer på mer demokratiske premisser enn tidligere. Den gamle ”fortetning” var forankret i de overordnede embeder, særlig professoratene, men i stigende grad også i det elitepregede medisinske selskap i hovedstaden. Den nye sprang i større grad ut av fellesskapet av offentlige og private praktiserende leger, altså de mest ”menige” leger. Selv om også eliten gikk inn i Foreningen, og til dels en tid kom til å prege den, var det åpenbart at med dannelsen av den almene legeforening, hadde man fått en mer nedenfra-og-opp-preget forening. Det ble mer og mer synlig ettersom den fikk sitt sekretariat, med en sterk generalsekretær, først Rasmus Hansson (1900-1924),¹⁴⁷ så Jørgen Berner (1925-1948).¹⁴⁸ Mer og mer synlig ble det også at Lægeforeningen fikk et interesseinnslag. Mens legestanden tidligere så på seg som representerende en integrert ”del” av helheten, spesielt den embedsstatlige helhet, ble den nå også, og i stigende grad, en del som konkurrerte med andre ”deler” i et stadig mer pluralistisk og like meget privat som offentlig samfunn. Det gjorde den også gjennom en stigende grad av formell indre disiplinering og kontroll.

Professor i indremedisin ved Rikshospitalet, Peter F. Holst (1861-1935), gav, i sin minnetale over asyldirektør Axel Lindboe (1846-1911), på en elegant måte uttrykk for den tid som nå var forbi, og som Lindboe hadde representert:

*Jeg tror han omfattet Det Medicinske Selskab med – jeg vet ikke om jeg kan si et slags venerasjon, som var den tid egen til hvilken han hørte, en tid da korpssånden uten skrevne lover var våken, en tid der i visse måter aksentuerte både lægens forpliktelser og privilegier skarperne enn nu.*¹⁴⁹

Det uformelle, paternalistisk sammenholdte, fellesskap ble erstattet av det formelle, demokratisk-byråkratisk ledede, fellesskap. De gamle lederes stille

146) Tidsskriftet kom igang ved at Foreningen overtok *Tidsskrift for praktisk Medicin*, startet i 1881 av tre leger i hovedstaden, M. Skjellderup (1834-1902), Fr. Stabell (1832-1899) og C. Boeck (1845-1917). De tre tilbød Foreningen å overta deres tidsskrift og det skjedde altså fra 1888. Samtidig skiftet tidsskriftet navn til *Tidsskrift for den norske lægeforening*. Bergensforeningen etablerte sitt eget tidsskrift, *Medicinsk Revue*, i 1884.

147) Rasmus Hansson (1859-1934), var bondesønn, født i Gjerpen. Han ble ferdig lege i 1888 og virket så som fattiglege inntil han begynte i Lægeforeningen. Hansson var en ytterst dynamisk mann og ble på mange måter den nye Foreningens skaper. Hans forgjengere satt bare kort tid på sine poster: Vilhelm Uchermann (1852-1929) (sekretær), fra 1886, Hagbart Strøm (1854-1912) fra 1890 (fra 1893 gen.sekr.), Peter (Peder) Aaser (1848-1923) fra 1896 og altså Hansson fra 1900.

148) Jørgen Haslef Berner (1883-1964) ble lege i 1910. Han begynte som fabrikk- og distriktslege, ble så privatlege og avsluttet sin kliniske karriere som sykehuslege (Ullevål sykehus). Han ble spesialist i indremedisin i 1922.

149) Sitert etter Ørnulf Ødegård, ”Overordnet personale på Gaustad gjennom 100 år”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 163. (Hele artikkelen, s. 159-175.)

makt, utøvet fra oven, virket ikke lenger. Den virket ikke innad, men den virket heller ikke utad. For mange leger begynte å opptre for ”privat”, det vil si for konkurranseorientert; ikke minst gjaldt det de stadig flere privatleger: I 1841 var privatlegeandelen 31, i 1864 44, i 1875 46 og i 1910 58 prosent.¹⁵⁰ Men det var også en del leger som lot seg friste eller presse til å delta i ”omvendte” auksjoner over kommunale (fattig)legeposter. Begge grupper truet standens sosiale og økonomiske posisjon. Der krevdes derfor disiplinerende tiltak overfor dem. De kom i form av kollegiale regler. Etter noen års engasjert diskusjon vedtok Lægeforeningen sine første kollegiale regler i 1891.¹⁵¹ Syv år senere, i 1898, kom de forpliktende takster, den såkalte normaltariff. Vi bør føye til at problemene de ”oppfinnsomme” leger skapte for sin stand, ble forsterket mot slutten av det 19. århundre på grunn av et voksende legeoverskudd.

Den nye, mer formelle, indre styring i standen virket. Den hadde imidlertid, nettopp derfor, en del konsekvenser utad som var truende for standen: Foreningens politikk fremstod som egeninteressesmotivert, kartellaktig som den var. Det ble ikke bedre da sykeforsikringen for arbeidere (og deres familier) kom i 1909 (og trådte i kraft i 1911). Lægeforeningen hadde fått Regjeringen og Stortinget med på at de takster de nye kretssykekassene skulle refundere utgifter etter, var de takster Foreningen selv hadde vedtatt. Da forsikringen begynte å virke, steg utgiftene raskere enn forutsatt og myndighetene reagerte. Sterkest reagerte, som vi har sett, statsministeren (1913-1920), Venstres Gunnar Knudsen, med sin tale (1912) om legene som ”kasseplyndrere”.¹⁵² Legestanden fremstod snart slik mer som en interessent i samfunnet enn som en bærer av et selvsagt helhetsansvar. Fra 1918 kom en annen, noe spesiell sak til, som også skapte bry for legene i forhold til samfunnet, nemlig deres adgang til, under alkoholforbudet, å skrive ut ”brennevinsresepter”.¹⁵³

150) 1841: *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, b. 3, 1841, s. 106-07, som bygger på Kirke- og undervisningsdepartementets oversikt over autoriserte, men både eksaminerte og ueksaminerte, leger i Norge. 1864: *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, b. 18, 1864, s. 861-65, som igjen har hentet dem fra Eger, *Læge- og Pharmaceut-Kalender for Norge etc.* (Arendal: J. S. Fabritius's Forlag), 1864. 1875: Statistisk Centralbureaus *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge*, 1875, s. XXXI. 1910: Tore Lindbekk, *Mobilitets- og stillingsstruktur innenfor tre akademiske profesjoner*, Oslo: Universitetsforlaget, 1967, s. 242. For alle årene gjelder tallene alle registrerte leger, også ikke yrkesaktive. Siden vi har telt som private alle som det ikke er oppgitt praksissted for, kan nok privatandelen være noe for høy for de tre første år.

151) Reglene påla leger en del plikter av faglig-etisk, men også av ”økonomisk”, art: Leger skulle ikke opptre (for) konkurrerende i forhold til hverandre, eller samarbeide med kvaksalvere. De ble håndhevet på den måten at der kunne klages til foreningen over uetisk og ukollegial opptreden. Medlemmer kunne i verste fall bli ekskludert fra foreningen. Kfr. Jørgen Berner, *Den norske lægeforening 1886-1936*, Oslo: Den norske lægeforening, 1936, s. 235-260.

152) I talen, holdt ved et amtsstingsmøte i Buskerud, uttalte han at ”Lægerne ødelægger arbeidet for at fremme sociale reformer ved at ’plyndre’ kredsdygekassene”. Sikkert etter Aina Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke. 1850-2003*, Oslo: Gyldendal, 2003, s. 185. Kfr. også *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 32, 1912, s. 580 ff og s. 778. Gunnar Knudsen hadde sittet som medlem av Arbeiderkommisjonen av 1885 og siden fulgt nøye med i arbeidet med innføring av de ulike offentlige forsikringsprogrammer, spesielt sykeforsikringen.

153) I 1919 vedtok Lægeforeningens forretningsutvalg å ta denne appell inn i ”Tidsskriftet”: ”På grunn av den ansvarfulle særstilling hvori lægene i henhold til sin jus practicandi står: å kunne forordne alkohol til medisinsk bruk, mens statsmakten for øvrig har vedtatt landsforbud for de sterkere alkoholika – og fordi misbruk av denne rett utvilsomt har funnet sted fra mindre nøieregnende lægers side, til stor skade for standens anseelse – vil Den norske lægeforenings styre herigjennem rette en inntrengende appell til alle medlemmer om å vise stor aktsomhet under utøvelse av denne rett. Ingen ærekjær læge og standsfelle må ved forskrivning av spirituosa eller spirituøse blandinger la sig lede av utenforstående hensyn, men bare av sin egen samvittighet, samfunnets gagn og sin egen stands ære”. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 39, 1912, s. 591.

Legenes måte å agere på, gjennom Lægeforeningen, hadde utvilsomt noe økonomisk interessepreget over seg. Men omgivelsene, Statsministeren og skipsrederen Knudsen medregnet, tolket nok også Foreningen på en for ensidig kapitalistisk måte. De fleste legene var ennå sterkt preget av de gamle aristokratiske og moralsk forpliktende idealer og så på for eksempel priskonkurranse som uttrykk for kapitalistisk-egoistisk smitte, en smitte som i neste omgang lett kunne føre også til kvalitetskonkurranse, altså kvalitetsforringelse. Legestandens motvilje i Norge, som i andre land, mot å slippe investorer inn i sunnhetsvesenet, og mot å ”industrialisere” klinikken, var uttrykk for den samme kapitalistisk-skeptiske holdningen. Men legene ble altså forstått nokså ensidig av mange og det politiske svar ble i økende grad å temme egentilsynet og til dels å erstatte det med et tilsyn utenfra, et offentlig et. For så vidt som også det siste i stor grad ville måtte bli utført i regi av (offentlige) leger, turde det imidlertid ikke bli for truende for legene, mente mange. Det ble det heller ikke på lenge ennå. Men en begynnelse er alltid prinsipielt viktig. Den sår et korn, og prosesser settes i gang som etter hvert kan bli ganske dyptgripende.

Dannelsen av Lægeforeningen i 1886 kan altså sees på som et svar på et behov for å gjøre noe med et tiltagende standsproblem: stadig flere leger, kunne det se ut til, sviktet faglig og moralsk. Dette truet legenes tause pakt med det omgivende samfunn om å leve opp til standens (hippokratiske-inspirerte) idealer. Standen organiserte seg og begynte å spille en indre forvaltningsmessig rolle. Den etablerte en standsstat, en forening. Det skulle gjøre statlig intervensjon unødvendig. Men slik gikk det ikke. Allerede tidlig i det nye århundre dukket spørsmålet om mer statlig regulering av legeyrket opp. Gradvis kom den også, om den enn i hele perioden frem til 1940 var moderat og godartet, og for så vidt halvveis intern: Den skjedde i stor grad i regi av leger, dog offentlig ansatte sådanne. Den virket også inn på den legelige indre justis: Trusselen om offentlig kontroll og tilsyn førte til gradvis strengere foreningskontroll.

To lover, som kom i første del av det 20. århundre, er av spesiell betydning i vår sammenheng. Det gjelder Lægeforretningsloven, som kom i 1912, og Lægeloven (og Tannlægeloven) som kom i 1927.

Spesielt sett fra et tilsynssynspunkt representerte den gamle, lite formelt avklarte, ordningen et problem. Den innebar selvsagt at tilsynsoppgaven ikke var spesialisert på toppen, i Medisinaldirektoratet: Planleggerne og iverksetterne var også inspektører. Men enda mer problematisk var det utover i legeetaten. Der var ikke kommet amtsleger, som i noen grad kunne ha en slags uavhengighet i forhold til dem de skulle kontrollere. Der var stadsfysici i de gamle stiftsbyene, men ellers ikke lokale, overordnede offentlige leger. Der var bare distrikts- og stadslegene, som altså befant seg i den situasjon at de både skulle kontrollere seg selv, som klinikere, og eventuelle andre, private leger – deres konkurrenter.

Med Lægeforretningsloven av 1912 ble spesialiseringen av kontrollen og tilsynet ført lenger. Loven erklærte (§ 7) at der skulle være amtsleger i hvert

amt, bortsett fra i Kristiania (Oslo) og Bergen, hvor de gamle stadsfysici skulle spille amtslegens rolle. Amtslegen skulle ”føre et overordnet tilsyn med amtets medicinal- og sundhøvsvesen undtagen i de byer, i hvilke stadsfysikat er opprettet, og skal derhos for det hele amt overta de i lov nr. 2 av 27de juni 1891 § 2 omhandlede lægefóretninger”. Henvisningen til loven av 1891 gjelder sinnssykepleien. Tilsynsspesialiseringen var imidlertid høyst moderat, for så vidt som det tok tid før amtslegeembedene kom og, ikke minst, for så vidt som de ble kombinert med distriktslegestillinger. Den var også moderat siden der ikke stod noe i loven om hva tilsynet skulle ha som mål eller gå ut på. Slik hadde det forøvrig fra starten av vært gjennom den instruks Medisinaldirektøren hadde: I § 2 i instruks fra 1891 var det ramset opp hvem Direktøren skulle føre tilsyn med, blant annet ”Lægernes, tandlægernes og Gjordemødrenes Virksomhed”, men ikke gitt premisser for hvordan tilsynet skulle føres.

Med loven av 1912 var imidlertid en viktig prosess satt i gang, en prosess som pekte frem mot en full adskillelse av den legelige del av tilsynsoppgaven fra den kliniske utøvelse av legeyrket, ja, endog mot en adskillelse av tilsynsoppgaven fra enhver arbeidsgiveroppgave, og mot en profesjonalisering av tilsynsvirksomhetens utførelse.

Det bør nevnes her at der allerede fantes et grunnlag for å drive en viss form for tilsyn med leger, nemlig det vi kunne kalle den mer almene lovgivning, i første rekke straffe- og erstatningslovgivningen. Politi og rettsvesen kunne selvsagt intervensere overfor leger, som alle andre, for brudd på straffeloven. Men her taler vi knapt om tilsyn i vanlig faglig forstand. I forbindelse med utarbeidelsen av den alminnelige borgerlige straffelov av 1902 ble spørsmålet tatt opp om å få en egen ”doktorparagraf” (§ 388), en paragraf om straff for leger og jordmødre som nektet å yte hjelp. Forslaget kom opp fordi der fra slutten av det 19. århundre var kommet en del ”besværingar over lægers undladelse af at tilse syge”.¹⁵⁴ Det het i forslaget: ”Læger og jordmødre, som inden omraadet for sin praksis i tilfælde, hvor deres hjælp er paatrængende nødvendig, uden skjellig grund negter denne eller undlader betimelig at yde samme, straffes med bøder”.¹⁵⁵ Straffelovkommissionen af 1893 hadde pekt på at legenes behandlingsprivilegier gjorde det rimelig at de ikke i ”paatrængende tilfælde unddrog sig fra at følge kaldelsen til sygesengen”.¹⁵⁶

154) Kfr. innstillingen nevnt i neste fotnote, s. 20-24.

155) Det het videre i paragrafen: ”Det samme gjælder apotekere, som under saadanne omstændigheder negter at udlevere lægemidler”. Nærmere om paragrafens skjebne og hvordan den gav premisser for det påfølgende arbeid med en egen legelov, kfr. *Indstilling fra Den kongelige lægelovkommission, Forslag til lov om læger og tandlæger, Jordmødres og apotekeres regres til fattigvæsenet, Kvaksalverlovgivningen*, Kristiania: Socialdepartementet, 1908, særlig s. 8 ff. Det skal føyes til at det under debatten om saken kom frem at offentlige leger måtte antaes å ha en behandlingsplikt. Den fulgte, mente jurister, av premissene for deres utnevning: De skulle, i tillegg til sine offentlige oppgaver, også yte publikum legehjelp. Det ble antatt at kommunale leger hadde den samme plikt, selv om det ikke var uttrykkelig sagt i forbindelse med deres ansettelse. Kfr. ovennevnte innstilling, s. 18.

156) Straffelovkommissionen af 1893, som først foreslo paragrafen, henviste til lovforslag i Østerrike (særlig) og Ungarn. Det må dog føyes til at intet land på dette tidspunkt hadde innført egne bestemmelser om legers behandlingsplikt. Kommisjonen påpekte forøvrig at jordmødre og apotekere allerede hadde en plikt til å hjelpe. Hvorfor skulle ikke leger, som var enda viktigere for folks helbred, ha det? Sitatet er tatt fra Lægelovkommissionen, *op. cit.*, s. 9.

Fra legehold, blant annet fra en legeforeningskomité, ble det imidlertid reagert på forslaget, som var utenlandsk inspirert.¹⁵⁷ Det ble pekt på at det var galt å tvinge en lege til å måtte yte sine tjenester til enhver tid og under enhver omstendighet, uten engang å ha garanti for å få betaling. Engstelige og lunefulle pasienter kunne, med hjemmel i loven, komme til direkte å bli en plage for leger, ble det fremholdt. Endelig representerte forslaget, mente legekomiteen, en insinuasjon om at leger ikke til vanlig var tro mot sitt kall. Forslaget var altså ærekrenkende. Pliktfølelsen kom innenfra og burde ikke flyttes ut, kan man si. Da loven ble behandlet i Stortinget fikk doktorparagrafen ikke flertall.

Forslaget, og debatten rundt det, gjorde imidlertid at spørsmålet om kontrollen og tilsynet med legenes virksomhet ble aktualisert. En undergruppe av Lægelovkommissionen av 1898, oppnevnt i 1904, laget en første innstilling til en lov om legers og tannlegers rettigheter og plikter (felles lov). Gruppen bestod av juristen, tidligere byråsjef, E. L. Esmarch (formann), kontorsjef og lege Herman Scharffenberg og distriktslege B. Marius Müller (1841-1908), med den senere første ekspedisjonssjef for medisinalvesenet, juristen Thorvald Boye, som sekretær. Gruppen presenterte sin innstilling i 1908. Lovforslaget var forholdsviss medikratiske, men innebar allikevel at et prinsipielt skritt var iferd med å bli tatt: Også legene skulle nå plasseres under et offisielt tilsyn. Tilsyn skulle ikke lenger bare gjelde "de andre".

Det ble ikke foreslått at legene skulle gies offentlig autorisasjon, men det ble alvorlig vurdert, blant annet fordi det kunne være på sin plass å kreve en form for vandelsattest før en lege fikk praksislisens og fordi det etterhånden kunne bli aktuelt å kreve en viss praksistjeneste etter eksamen før praksislisensen ble tildelt. Men da Fakultetet i 1905 gikk imot å endre autorisasjonsforholdene, og der ble stor strid om spørsmålet i legestanden forøvrig,¹⁵⁸ ville ikke Kommisjonen komme med forslag om en endring. Sertifiseringen skulle bli liggende hos Fakultetet, skjønt på visse, ovenfra bestemte, premisser: "Ret til at udøve lægevirksomhed har enhver, som har bestaaet medicinsk embedseksamen her i riget og har udført den praktiske tjeneste, som bestemmes av kongen, samt aflagt løfte om at udøve virksomheden overensstemmende med ære og samvittighed" (§ 1). Det ble videre foreslått tatt inn flere paragrafer som gav grunnlag både for et faglig, faglig-moralsk og økonomisk-moralsk tilsyn av legers og tannlegers virksomhet. I § 14, den viktigste fagparagraf het det: "Naar en læge eller tandlæge paa grund af sindssygdøm eller aandelig svækkelse ansees vedvarende uskikket til at udøve sin virksomhet, kan retten ved dom frakjennnes ham". Paragrafen var ikke drastisk, og den gav den endelige offentlige myndighet til domstolene, ikke til medisinalforvaltningen. Den var dog et viktig skritt i en mer ambisiøs tilsynspolitisk retning. Ellers foreslo Kommisjonen i § 14 at legen skulle få plikt til å yte øyeblikkelig hjelp ved "ulykkestilfælde eller barnsnød" og i § 7 at de gamle meldeplikter knyttet til pasienter med "epidemiske

157) Komiteens betenkning er trykket som *Dok. nr. 1* for 1901/1902 (SF). Komiteen hadde blant annet som medlemmer Lægeforeningens generalsekretær Rasmus Hansson og den rettskyndige psykiater Paul Winge.

158) Kfr. Per Haave, "Da legene skulle autoriseres", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, nr. 24, 2007, s. 3267-3271.

eller smitsomme sykdomme” skulle beholdes. Det ble naturlig nok også foreslått å ha en bestemmelse om taushetsplikt (§ 12). Det gamle sparsommelighetskravet, knyttet til behandling for offentlig regning, ble det foreslått å føre videre (§ 3).

Men forslaget, som ble lagt frem i 1908, ble lagt til side. Det hastet nå mer med å få vedtatt og satt ut i livet loven om legefóretningene, samt loven om sykeforsikring. Legelovarbeidet ble så tatt opp igjen i 1920, etter initiativ fra Sosialdepartementet, med Medisinaldirektøren som pågående premissgiver. En ny, stor lovkomité, ledet av byråsjef, og snart ekspedisjonssjef (1922), juristen Thomas Angell, ble nedsatt. Der satt fem prominente leger i komiteen, deriblant medisinaldirektør Gram og to professorer. Juristen, sekretær og snart kontorsjef, Alf Faanes (f. 1881), var komiteens sekretær. Komiteen kom med sin innstilling i 1921. Den startet langt på vei på nytt. 1908-forslaget var allerede blitt foreldet. I lovproposisjonen, som kom i 1924, het det at ”De nugjeldende bestemmelser herom (om legeordningen) finnes spredt i forskjellige til dels meget gamle lover. De er på vesentlige punkter mindre svarende til nuværende forhold, likesom der mangler positive bestemmelser, som nu ansees nødvendige eller ønskelige.”¹⁵⁹

Medisinaldirektøren hadde spesielt ønsket at komiteen, hvor han selv ble medlem, skulle vurdere spørsmålet om ”Lægers licentia practicandi, særlig om der som betingelse for å oppnå denne skal forlanges en særskilt autorisasjon av centraladministrationen foruten bestått eksamen”.¹⁶⁰ Spørsmålet var stadig omstridt blant leger – det stod om standens autonomi, mente kritikerne – men komiteen foreslo nå å overføre den endelige autorisasjonsmyndighet til statsmyndighetene. Medisinaldirektøren dyttet også ellers på i ”formaliserende” retning. Han ville således at komiteen skulle vurdere om ”man skal lovfeste forhold som nu ikke uttrykkelig er fastsatt ved lov eller dermed likestillet bestemmelse”. Men også ellers gikk komiteen videre på den juridiske ”moderniseringsveien”, og som en del av den, ”tilsynsveien”.

Den borgerlige koalisjonsregjering ledet av Abraham Berge (1851-1936) (FV) la komiteinnstillingen til grunn for den lovproposisjon den i april 1924 fremmet. Komiteinnstillingen hadde da vært sendt til uttalelse til blant annet Lægeforeningen og Fakultetet. Begge hadde innvendinger, spesielt mot autorisasjonskravet. På Stortinget fikk næringskomité nr. 2 proposisjonen til behandling. Der satt, som nestleder, den kraftfulle legen Sveder Bang (1868-1931). Han var sterkt imot mange av bestemmelsene i lovforslaget og mente saken var for omfattende til å bli behandlet på slutten av en sesjon. Han fikk Odelstinget med seg og saken ble utsatt. Utsatt ble den også året etter da regjeringen Mowinckel (I) fremla proposisjonen på nytt.¹⁶¹ Først våren 1926 kunne komiteen legge frem en innstilling i saken.¹⁶² Bang forsøkte fortsatt å få avvist proposisjonen, men nå vant han ikke frem og loven ble vedtatt 5.

159) *Ot.prp. nr. 28, 1924, SF 1924, 3a, s. 1-2.*

160) *Innstilling til 1. Lov om lægers rettigheter og plikter. 2. Lov om tannlegers rettigheter og plikter, Avgitt av det av Sosialdepartementet den 14de juni 1920 nedsatte utvalg, Kristiania: Sosialdepartementet, 1921, s. 1.* Innstillingen er trykt i SF 3a, 1924, som vedlegg til *St.prp. nr. 28.*

161) *Ot.prp. nr. 10, 1925, Om utfærdigelse av lov om lægers rettigheter og plikter m.v., SF 3a, 1925.*

162) *Innst. O. XIII, 1926, Innstilling fra næringskomite nr. 2 angående lov om lægers rettigheter og plikter m.v.*

april og gitt sanksjon den 29. april 1927. Nå ble den også vedtatt uten at Lægeforeningen gjorde noe nummer av det. Hansson var gått av som generalsekretær og Berner, hans etterfølger, hadde et avslappet forhold til den nye loven.

Mange leger, også i Fakultetet, hadde støttet tanken om en legelov. Der var ikke lenger noe standsinternt grunnlag for å forsøke å stanse staten. Flere så også, som stortingsmann Karl Wefring, sinnsykeoverlegen og snart (sommeren 1927) den nye medisinaldirektør, at det å passe på leger i lengden kanskje var enklere for staten enn for standen.¹⁶³ Noen mente også at legene lettere kunne opprettholde befolkningens tillit til dem hvis de var godkjent og passet på av staten enn av Fakultetet og seg selv. Det er imidlertid interessant at legene i så pass stor grad følte at de ikke hadde noe valg. De hadde tidsånden mot seg. Å argumentere mot loven var å argumentere oppoverbakke. Det var å argumentere for en ”inhabil” selvkontroll. Slik skulle det også, mer og mer, bli etter krigen. Legenes forståelse av, tro på, og evne til å forsvare den medikratiske orden skulle gradvis forvitne. Angrepene på det tradisjonelle medikratiet utenfra hadde sin parallell i en forvitring innad.

Den nye loven representerte, sammen med Legeforretningsloven av 1912, viktige skritt i avmedikratiserende retning. Kontroll- og tilsynsmyndigheten ble flyttet over fra standsorganer, Fakultet medregnet, til de alminnelige offentlige myndigheter. Legene skulle ikke lenger bare være tilsynssubjekter, men også tilsynsobjekter. Loven gikk ikke spesielt langt, men den representerte et prinsipielt ”gjennombrudd” for tilsynssosialiseringen.

En del gamle, mer eller mindre kodifiserte, regler, for eksempel om plikt til å sende inn medisinalberetninger, om opplysningsplikt om pasienter med visse smittsomme sykdommer og om taushetsplikt, ble ført videre i den nye loven. De viktige nye bestemmelsene gjaldt autorisasjon, behandlingsplikt og, spesielt, betingelser for tap av autorisasjon.

I og med den lov var det altså ikke nok for en norsk lege bare å være ”examineret”. Han eller hun måtte til like være autorisert av Sosialdepartementet. I den nye lovs første paragraf het det blant annet:

1. *Rett til å utøve lægevirksomhet og kalle sig læge har: den som har bestått medisinsk embedseksamen her i riket og derefter har fått autorisasjon som læge av vedkommende regjeringsdepartement;*
2. *den som.. (åpnet for leger utdannet andre steder).*

I § 2 het det:

- For å få autorisasjon må ansøkeren godtgjøre:*
1. *at han har medisinsk embedseksamen;*

¹⁶³) Kfr. Haave, *op. cit.*, s. 3269.

2. *at han har utført den praktiske tjeneste som Kongen til enhver tid setter som betingelse for å kunne utøve lægevirksomhet;*
3. *at han fører en hederligandel.*
Videre må han skriftlig avgi løfte om å ville utøve lægevirksomheten overensstemmende med hva ære og samvittighet krever.
4. *Departementet kan ikke nekte autorisasjon, med mindre der foreligger de samme grunner, som kan medføre tap av en meddelt autorisasjon; se § 16.*

Inngangen til yrket skulle altså nå kontrolleres av staten, men i praksis var jo staten i dette tilfelle Medisinaldirektøren, altså en standsmann. Vi legger ellers merke til at vilkårene for autorisasjon både var faglige og moralske (hederligandel og legeløfte), og slik at de moralske i større grad enn de faglige nå ble forankret utenfor standsorganer (vandelsattest, dog ble den personlige ære og samvittighet beholdt). Allikevel vil vi si at loven innebar at en utvikling var satt i gang som innebar at så vel fagligheten som moralen begynte å bli forankret utenfor legene både som personer og som stand.

Videre i den nye loven ble det i § 3 tatt inn en bestemmelse om at der kunne kreves en spesiell autorisasjon for å utøve ”nærmere angitte undersøkelses- og behandlingsmåter, som kan medføre fare for den sykes liv eller helbred og til hvis anvendelse det er nødvendig å ha en særlig utdanning utover den, som forlanges for å få medisinsk embedseksamen...” Ellers inneholdt også loven noen administrative bestemmelser, som til dels representerte videreføring av gamle bestemmelser (kfr. ovenfor). Viktigere er imidlertid bestemmelser av fagetisk og økonomisk-etisk art om hvordan leger i bestemte situasjoner skulle forholde seg. I § 7 kom det slik inn pålegg ikke så ulike de pålegg som tidligere var foreslått tatt inn i straffeloven. Det het nå:

Enhver læge plikter på anmodning uoppholdelig å yde den lægehjelp han evner personlig eller ved stedfortreder, når han efter de foreliggende opplysninger eller sitt kjennskap til sykdomstilfellet må anta, at lægehjelp er påtrengende nødvendig i anledning barnsnød, sværere ulykkestilfelle, forblødninger, forgiftninger, eller andre sykdomstilstander efter Kongens nærmere bestemmelse.

I § 13 kom denne bestemmelse inn:

Enhver læge skal ved sine reiser, forskrivning av lægemidler og øvrige forordninger iaktta den sparsomhet, som er forenlig med de sykes og det offentliges tarv.

For så vidt som vilkårene for autorisasjon (§ 2) inneholdt to generelle etiske bestemmelser, kan man si den første av disse bestemmelser, kanskje også den annen, var overflødige. De innebar to konkretiseringer av de generelle etiske bestemmelser, og tok således enda mer av det etiske vurderingsgrunnlag ”ut” av legenes hoder. De gjorde den personlige etikk mer til upersonlig jus. For å sette det enda mer på spissen kan vi si at de kodifiserte mer av ”mistilliten” til leger. Vi skal dog legge til at innføringen av

sykeforsikring i 1909 (1911) innebar en begynnende ”sosialisering” av finansieringen av legehjelp. Det gjorde at legene mistet en viktig tilskyndelse til å være sparsommelige: Å være kravstor på anonyme skattebetaleres (premiebetaleres) bekostning er lettere enn å være det på bekostning av pasienter, særlig lite bemidlede pasienter. Vi har ovenfor nevnt statsminister Knudsens karakteristikk av legene som ”kasseplyndrere”.

Men vel så viktig som autorisasjonsbestemmelsene, og de spesielle kravene til etikk, var nok bestemmelsen i § 16 om tap av autorisasjon. Etter tidligere lovgivning var legens praksisrett en rett som bare kunne taes fra ham hvis han hadde begått alvorlige brudd på straffeloven. Nå kom der inn en bestemmelse som gjorde at leger kunne avautoriseres, om enn i første rekke midlertidig, hvis de viste seg uskikket til å praktisere. Det het i paragrafen:

Dersom en læge på grunn av sinnssykdom eller sjelelig svekkelse eller på grunn av misbruk av sterke drikke eller bedøvende midler anses uskikket til å utøve sin virksomhet, kan retten hertil frakjennes ham ved dom for den tid tilstanden varer.

Bestemmelsen er ikke drastisk. Som den var formulert skulle det svært meget til før en lege kunne bli fratatt lisensen til å praktisere. Legen måtte ikke bare opptre litt uforsvarlig. Han måtte opptre svært uforsvarlig. Han kunne heller ikke frataes praksisretten gjennom medisinal-administrativ beslutning. Der krevdes en domstolsbeslutning.¹⁶⁴

For legene var det umulig å argumentere imot en bestemmelse om uskikkethet som grunnlag for tap av praksisrett. Det var også umulig å argumentere imot at det var domstoler som skulle fatte beslutninger om slike tap. Hadde i noen tilfeller Medisinaldirektøren, eller Departementet, fått retten til å suspendere legers praksisrett, kunne nok Lægeforeningen ha protestert, men knapt når det var domstolene. Standens problem var jo at den ikke selv alltid klarte å holde orden i egne rekker. Den uformelle overvåkingen og korrigeringen fungerte for dårlig og Foreningens sådanne var utilstrekkelig. Lægeforeningen kunne for eksempel ikke straffe leger på andre måter enn ved å ekskludere dem fra Foreningen – men siden foreningsmedlemsskap ingen betingelse for praksisrett var, hjalp ikke det. Det hadde så vidt vært tale om å innføre legekamre med obligatorisk medlemsskap, etter tysk mønster, men å gjøre det ble aldri seriøst vurdert. Legene måtte derfor godta at staten kunne ta fra dem levebrødet hvis de viste seg uskikket til å utføre sitt yrke. For så vidt lå det for dem også en betryggelse i det. Det var til stor skade for standens anseelse hvis uskikkede leger fikk fortsette å praktisere.

I loven tales det om uskikkethet. Begrepet forstås svært mildt. En lege må nærmest være gal eller intoksikert for å bli sett på som uskikket. For så vidt kunne man ha ventet, når der nå kom en bestemmelse om lisensfratagelse, at den omfattet mer, for eksempel også åpenbar faglig eller etisk svikt. Men

¹⁶⁴ Loven inneholdt for øvrig en bestemmelse om straff for overtredelse av lovens bestemmelser, eller forskrifter gitt med hjemmel i loven. Det het (§ 20) at overtredelser ”straffes med bøter eller med fengsel inntil 3 måneder, forsåvidt strengere straff ikke er fastsatt i den almindelige straffelovgivning”.

tiden var ennå ikke moden for det. Legens status, og tiltroen til betydningen av det legelige selvstyre, var fortsatt for sterk til at en utvidet suspensjonsbestemmelse kunne komme på tale. Det skulle ennå ta en generasjon før begrepet 'forsvarlighet' 'finnes opp' og legevesenet, som tannlegevesenet, ja, til slutt alle helsefagutøvere, i større grad bli underordnet retts- og nyttestaten.

Etter Lægeforretningsloven av 1912, § 10, kunne også Kongen "avskædige en stadslæge eller distriktslæge, naar han viser sig ute av stand til at utføre de forretninger, som tilligger stillingen, eller han trods advarsel, blir ved med at vise et utilbørlig forhold i tjeneste eller liv". I dette tilfelle taler man dog mer om en kontroll som følger av arbeidsgiverens styringsrett enn om en kontroll med en prinsipielt fri profesjonells yrkesutøvelse.

Der står intet i Legeloven (og Tannlegeloven) av 1927 om hvordan tilsynet med legers (og tannlegers) yrkesutøvelse skulle foregå, og eventuelt følges opp — utover det strafferettslige. Det tilsyn som foregikk var i noen grad rutinisert, men i beskjeden grad profesjonalisert. Det skjedde før 1912 i regi av distriktslegene (stadslegene, stadsfysiciene), og til dels Medicinaldirektøren og hans medarbeidere, etter 1912 etter hvert også i regi av amtslegene. Tilsynet var, som det tilsyn vi har omtalt ovenfor, basert på inspeksjoner og beretninger, men var før amtslegene kom, både enkelt og variabelt. Det ble mer rutinisert da amtslege (fylkeslegene) kom. I 1912-loven ble amtslegene gitt ansvar for å "føre et overordnet tilsyn med amtets medicinal- og sundhedsvæsen undtagen i de byer, som har stadsfysikat" (§ 7). I instruksene, gitt ved kongelig resolusjon av 26. juni 1914 (med endring av 11. mars 1931) het det at amtslegen fører "tilsyn med de i amtet virkende lægers, tandlægers og øvrige medicinalpersonales utøvelse av deres kald og indsender aarlig til medicinaldirektøren en fortegnelse over dette personale" (§ 2, tredje ledd). Dette tilsyn, som de andre former for tilsyn skal han foreta gjennom inspeksjoner. Det heter i instruksens § 9:

Han skal efter nærmere avtale med amtmanden foreta en aarlig reise omkring i amtet og bør herunder saavidt mulig søke samlet de inspektioner, som paahviler ham, som tilsynshavende ved amtets medicinal- og sunnhetsvæsen.

Tilsynet var ikke nærgående og strengt. I mange tilfeller var det like meget kollegialt og pedagogisk, altså medikratiske, som det var byråkratisk-rettsstatlig. Det gjorde at personlige forhold, gode som mindre gode, kunne spille en rolle. Men tilsynet, som den mer almene ledelse, hadde en virkning ikke minst ved at det kunne være karrieremessig viktig for legene, som annet helsepersonell, å gjøre et godt inntrykk på amtslegen og i siste instans Medisinaldirektøren. Dette var selvsagt særlig viktig for de offentlige leger, men ikke uten betydning for de private heller; mange krysset "grensen". Tilsynet med leger på sykehusene var mer distansert. De underordnede sykehuslegene var, eller var på vei til å bli, spesialleger og ble mer passet på av sine overleger enn av amtslegene. Overlegene passet i hovedsak på seg selv hva fagligheten angikk.

1927-loven fikk, som nevnt, en bestemmelse (§ 13), som gav grunnlag også for et økonomisk tilsyn med leger. Denne bestemmelsen ble skjerpet når det gjaldt legenes forhold til syketrygden, for så vidt som der i 1930 ble tatt inn en bestemmelse i Syketrygdloven om at kretssykekassene kunne pålegges å ansette kontrolleger. Lægeforeningen bidro forøvrig til å få denne bestemmelsen til å virke ved å oppnevne fylkesvise kontrollnevnder. Noen legers litt uvorne bruk av kassene truet legenes forretningsmessige frihet.¹⁶⁵

Vi har ovenfor nevnt at leger også kunne komme under tilsyn og kontroll nedenfra, både ved at pasientene valgte og valgte bort leger, og ved at de sa fra hvis de var misfornøyd. Si fra kunne de i ytterste fall gjøre ved å reise erstatningssøksmål mot leger. Det var imidlertid ikke enkelt, hverken personlig eller juridisk. Personlig var det vanskelig på grunn av den autoritet leger hadde; spesielt gjaldt det de såkalte husleger. Juridisk var det vanskelig fordi der ikke fantes et godt lovgrunnlag for å saksøke leger. Heller ikke 1927-loven hjalp i særlig grad i så henseende. Den gav et grunnlag for å saksøke leger som nektet å yte påtrengende nødvendig hjelp, men altså ikke et godt grunnlag for å saksøke med påstand om dårlig behandling. Allikevel kom der søksmål, først svært få, etter hvert noen flere. Resultatet var at domstolene måtte fastsette hva gjeldende rett var. De måtte gjøre det med utgangspunkt i erstatningsrettens normer. Utgangspunktene ble da, først om legen var skadevoldende (faktum), så om legen hadde opptrådt uaktsomt. I begge tilfeller lå bevisbyrden hos den saksøkende.¹⁶⁶

De færreste søksmål førte frem, men etter hvert økte antallet saksøkere som vant frem. I tillegg økte antallet dissenser ved frifinnelsesdommer. Høyesterettsadvokat Dagfinn Dahl studerte på slutten av og rett etter krigen i hvilken grad pasienter siden århundreskiftet slik hadde utfordret sine leger eller deres arbeidsgivere.¹⁶⁷ Han fant åtte saker som var ført helt til Høyesterett. De var fra 1903, 1914, 1916, 1919, 1933, 1935, 1936 og 1937. Ikke i noen av disse sakene ble en lege dømt til å betale erstatning, men i de to siste, medisinsk ikke interessante, tilfeller ble arbeidsgivere gjort det. I den første og annen sak ble legen enstemmig frifunnet, i sak nummer tre ble legen frifunnet med 6 mot 1 stemme, i sak nummer fire ble legen frifunnet med sifrene 5-2, i sak nummer fem, som gjaldt et sykehus, ble sykehuset enstemmig frifunnet og i sak nummer seks ble to leger og en arbeidsgiver frifunnet med 5 mot 2 stemmer. Dahl har, fra tiden 1930 til 1942, funnet 11 dommer fra lavere rettsinstanser som involverte leger, i to tilfeller også deres arbeidsgivere. I ett av tilfellene (1938) ble legen, en kjent øyenlege i Oslo, idømt erstatningsansvar. Denne saken gjaldt en person som hadde fått en glassplint i øyet. Han ble, mente retten, feilaktig behandlet – splinten ble ikke funnet og fjernet – og tapte synet på det skadede øye. I de andre saker ble legen frifunnet. I seks saker som bare involverte arbeidsgivere kom det to frifinnende og fire fellende dommer.

165) Kfr. Jørgen Berner, *op. cit.*, s. 241-254. Både Berner, Lægeforeningens generalsekretær fra 1925 til 1948, og Rasmus Hansson, forgjengeren, var svært opptatt av at syketrygden ikke ble et utgangspunkt for unødig styring av legene, eller for eksklusjon av leger fra trygdepraksis, og så at hvis ikke leger opptrådte økonomisk forsvarlig, ville deres faglig-økonomiske frihet trues.

166) Kfr. Dagfinn Dahl, "Lægens rettslige ansvar", *Tidsskrift for rettsvidenskap*, 1946, s. 260.

167) Kfr. Dahl, *op cit.*, s. 241-266.

Dahls undersøkelse viser altså at søksmål mot leger i denne perioden nesten aldri førte frem. Der hvor søksmålet førte frem, som i saken mot øyenlegen – ført for Oslo byrett, var feilen legen hadde begått både utpreget medisinsk og åpenbar. Samtidig viser undersøkelsen at tendensen til å saksøke leger økte gjennom perioden. Men, som Dahl påpeker, søksmålene forteller ikke hele historien om denne form for pasientkontroll med legene. Delvis som svar på den økende tendens til å saksøke leger, hadde leger i stigende grad begynt å forsikre seg. Dette legeforsvar gjorde det samtidig lettere, og mer fristende, for pasientene å klage leger inn for forsikringsselskaper istedenfor domstoler: ”Insurance breeds claims”, heter det på engelsk-amerikansk. Dahl har sett på ett selskaps portefølje og funnet at ved utløpet av 1944 hadde det forsikret 356 leger og 221 tannleger. I perioden 1932 var der anmeldt 24 skader som gjaldt leger og 54 som gjaldt tannleger, dertil 80 som gjaldt sykehus. Hans tall, fra bare ett selskap, gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om tendensen, men selv er han ikke i tvil om at tendensen peker oppover. En del avisoppslag fra 1930-årene peker i samme retning. Et selskap oppgav at det i 1938 hadde mottatt 6-7 erstatningskrav fra pasienter, mens det et tiår tidligere bare kom ett krav i året. Representanten for selskapet la til at de klagende pasienter sjelden vant frem. Noen av kravene nærmet seg for så vidt også utpresning, la han til.¹⁶⁸

Det er ikke bare slik at forsikring ”skaper” krav, forsikring kan også bidra til å gjøre domstolene mer tilbøyelige til å komme med fellende kjennelser: Legen er jo forsikret. Dahl kommenterer også denne mulige virkning av forsikring, men uten å kunne trekke noen konklusjon.

*

Utgangspunktet for det eksterne tilsynet, eller tilsynet med de miljøansvarlige, var selvsagt de reguleringer som gjaldt de miljøansvarliges måte å håndtere sine miljøer på. De miljøansvarlige var delvis privatpersoner. De var ansvarlige for sine private hjem og de produksjonsmiljøer som ofte var knyttet til dem, som gårder og verksteder. Med fremveksten av mer adskilte produksjonsmiljøer, med flere ansatte, fikk man arbeidsgivere som miljøansvarlige instanser. Fra gammelt av hadde man miljøansvarlige som bruks- og gruveeiere. Fra midten av det 19. århundre ble fabrikkere stadig viktigere som miljøansvarlige subjekter. Det samme ble dem som stod i spissen for anleggsvirksomhet, altså vei-, jernbane- og havneutbygging, ofte offentlige instanser. Den siste gruppen av miljøansvarlige instanser omfatter dem som er ansvarlige for de almene miljøer, lokale og sentrale offentlige myndigheter, altså dem som samtidig står for all regulering og alt tilsyn med at reguleringene etterleves. Ettersom samfunnet ble modernisert og byene vokste, ble myndighetene stadig viktigere som miljøansvarlige instanser.

Der var ulike miljøreguleringer fra gammelt av, spesielt fra sunnhetspolitiets gjennombruddstid, altså annen halvdel av det 18. århundre, men den mer offensive moderne regulering kommer først med Sunnhetsloven av 28. april

168) *Arbeiderbladet* 5.12.1938, s. 5.

1860. Gjennom Sunnhetsloven ble der innført lokale sunnhetskommisjoner, fra begynnelsen av det 20. århundre kalt helseråd. De skulle utarbeide forslag til lokale forskrifter miljøansvarlige instanser hadde å forholde seg til. Forslagene til forskrifter gikk så til kommunebestyrelsen, før de endelig ble gitt kongelig approbasjon (§ 4). I neste omgang skulle sunnhetskommisjonene iverksette forskriftene de selv hadde utarbeidet og i siste omgang føre tilsyn med at forskriftene ble fulgt. Iverksettelsen var enkel; den bestod i offentliggjørelse av forskriftene, men også mange steder – avhengig av hvor aktiv formannen i kommisjonen, som regel distriktslegen, var – i mer pågående og pedagogisk gjennomtenkte opplysningstiltak. Tilsynet foregikk i det alt vesentlige gjennom inspeksjoner og observasjoner, dog i stigende grad kombinert med mer presise målinger av miljøenes tilstand. Tilsynet, eller kontrollen, med tilsynet skjedde først og fremst gjennom beretningene sunnhetskommisjonenes formenn var forpliktet til å sende inn til Medisinalbestyrelsen. Etter at Lægeforretningsloven kom, ble tilsynet med tilsynet styrket gjennom opprettelsen av amtslegeembedene.

Sunnhetsforskriftene ble etter hvert både mer omfattende og mer konkrete. Det reflekterte kunnskapsutviklingen og veksten i hygieniske ambisjoner. Det gamle hygieniske regime var preget av en miasmatisk og natur-holistisk forståelse av miljøet. Det nye, som særlig begynte å gjøre seg gjeldende ett til to tiår etter Sunnhetslovens vedtagelse, var preget av en kontagionistisk og, mer alment, reduksjonistisk måte å forstå miljøet og mennesket på. Det førte til at forskriftene kunne bli mer faglig-teknisk konkrete og mer omfattende. Det førte i neste omgang til at tilsynet i større grad kunne baseres på presise fysisk-kjemiske og mikrobiologiske målinger og analyser. Det var det som gjorde at Medisinaldirektoratet i 1908 begynte å lønne en kjemiker ved Hygienisk institutt, en ordning som etter hvert ble bygget ut og førte til etableringen av Medisinalstyrelsens laboratorium og i 1929 til opprettelsen av Statens institutt for folkehelse (kfr. foran).

I tråd med den vitenskapelige utvikling ble hygienikerne stadig mer ambisiøse og der oppstod, særlig etter århundreskiftet, et ganske sterkt hygienisk ”trykk”, eller et medikaliseringstrykk, i samfunnet. Stikkordene ble lys, luft og renhet – nesten sterilitet. Ytterligere et stikkord ble trygghet: miljøene skulle gjøres fysisk mindre farlige. Det prekliniske, eller hygieniske, trykk gikk dessuten over i det halvt kliniske. Det gjorde det gjennom det nye ernæringsregimet: maten skulle være sunn, som en slags salutogene medisiner. Det gjorde det også gjennom det nye ”gymnastikkregime” (fysisk aktivitet) og endog det nye rasehygieniske regime (førdle det som i nyere tid er kalt den humane kapital).

Der kom folkelige reaksjoner på dette vitenskapelig baserte hygieniske trykk. Det var for mange som om det gamle øvrighetstrykk, i regi av jurister og i noen grad prester, ble erstattet av et mer moderne, faglig-borgerlig trykk – og i dette tilfelle legemliggjort av legen, den nye, mer sekulære, tids prest: Når himmelen ikke lenger i samme grad var målet, ble det viktigere å leve lenge og godt her. Bare legen var da til hjelp. Etter hvert ble legen hjulpet av at folk flest, gjennom et ekspanderende og sekulariserende

utdannelsesvesen, ble gjort mer, om aldri helt, mottagelige for det hygieniske budskap. Analysen kunne i større og større grad erstatte moraliseringen og trusselen om straff.¹⁶⁹

*

I løpet av tiden fra slutten av det 19. århundre og frem til Den annen verdenskrig skjedde det viktige endringer i tilsynsvirksomheten. Det ”opprinnelige” tilsyn skjedde i regi av leger, om enn primært offentlige sådanne, overfor ”alle” andre. Tilsynet med leger var i all hovedsak et uformelt egentilsyn; dog et egentilsyn som etter hvert ble formalisert gjennom Lægeföreningen (etter 1886). Det første tilsyn ble gradvis gjort mer alment og mindre legelig. Også det annet tilsyn ble, særlig fra begynnelsen av det 20. århundre, gjort mer alment og mindre rent legelig. Det ble i forsiktig grad ”sosialisert”, kan man si. Slik skjedde det en dobbel, om enn moderat, demedikatisering av tilsynet. Det skjedde også en begynnende profesjonalisering av tilsynet, for så vidt som det var juridiske hensyn som bragte de medikratiske over på defensiven. Denne profesjonalisering hadde imidlertid ikke bare rettsstatens representanter som initiativtagere. Publikum, eller pasienter, spilte også en tilskyndende rolle: De begynte i større grad å saksøke leger, og for så vidt også andre helsefagfolk og deres arbeidsgivere.

Vi har ellers sett at utviklingen av tilsynet med særomsorgsvesenene, blant annet sinnsykevesenet, hadde en mindre tydelig utvikling. Her stod den store spenningen mellom hensynet til de syke og hensynet til samfunnet for øvrig. Bak det første hensyn kunne stå både leger og jurister, mens leg-samfunnet, med en viss både medisinsk og juridisk støtte, stod bak det annet. De første hadde fra gammelt av vært på defensiven, men fikk, etter hvert som samfunnets økonomiske evne ble bedre, voksende støtte. Dette førte imidlertid ikke uten videre til en mer medikratiske preget omsorg. Som vi har påpekt begynte både den lege og den juridiske kritikk av sær-omsorgen generelt, og psykiatrien og psykiaterne spesielt, å gjøre seg gjeldende rundt århundreskiftet.

Spesialiseringen og profesjonaliseringen: noen tall

Sunnhetsforvaltningen var svært lenge liten og ”puslete”, som vi ser av tabell 2.1. Den omfattet stort sett bare to-tre personer til ut i 1870-årene.¹⁷⁰ Men fra den tiden ekspedisjonssjefstillingen ble omgjort til en direktørstilling, i 1875, og den samlede medisinalforvaltning oversteg 10, begynte en

169) I Sunnhetsloven, § 26, er det bestemmelser om straff for den som bryter påbud gitt gjennom lokale forskrifter. Det heter: ”De Forskrifter, som i Kraft af denne Lov gives av Communebestyrelser med kongelig Approbasjon eller af Sundhedscommissioner, skulle paa behørig Maade kundgjøres i vedkommende By eller District, og blive Overtrædelser deraf saavel som af den i § 14 indeholdte Bestemmelse at straffe med Bøder samt i Mangel af disses Vedtagelse efter Forelæggelse at paatale ved Politiet”.

170) I 1845 måtte legene og andre med interesse for medisinalforvaltningen svelge en nedlatende, men symptomatisk, kommentar fra Kirkedepartementets juridiske ekspedisjonsskretær, altså medisinalvesenets øverste administrative embedsmann, Christian Birch-Reichenwald (1814-1891). Han skrev i forbindelse med diskusjonen om Holst-kommisjonens ambisiøse innstilling: ”En Bureauchef og en Fuldmægtig er et forholdsvis stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger”. Sikkert etter Svalestuen, *op. cit.*, s. 23. Birch-Reichenwald skulle siden bli blant annet statsråd (1858-1861). Ja, som statsråd var han, som en som stod Kongen (Carl XV, konge 1859-1872) nær, i virkeligheten en slags statsminister i Christiania. Han gikk av da han kom på kant med Kongen.

jevn vekst, en vekst som bare ble avbrutt i 1920-årene, spareårene. Men selv ved periodens utløp, i 1940 (1939), omfattet ikke medisinalforvaltningen mer enn 25 personer på leder- og saksbehandlerplan. Taes kontorassistentene med kommer vi opp i 40.

Tabell 2.1: Medisinalforvaltningens bemanning, ledere og saksbehandlere, 1816-1939

Stilling	1816	1842	1850	1860	1870	1878	1890	1892	
	M.bur. Pol.dep.	M.b. Kirked.	M.b. Indred.	M.k. Indred.	M.k. Indred.	M.k. Indred.	M.k. Justisd.	M.k. JD	Med. dir.
Eksp.sj./ dir.				1	1	1	1		1
Byråsjef	1	1	1	1	1	1	1	1	
Saksbeh.	2	4	2	2	2	9	12	10,5	2
Tilsammen								11,5	3
Tilsammen	3	5	3	4	4	11	14	14,5	

Stilling	1903		1910		1920		1930		1938-39	
	M.avd. JD	Dir.	M.a. JD	Dir.	M.a. SD	Dir.	M.a. SD	Dir.	M.a. SD	Dir.
Sjef		1		1	1	1	1	1	1	1
Byråsjef/ ktr.sjef	1	2	2	3	2	3 (+2)	3	2 (+1)	3	4
Saksbeh.	5	7	7	8	7	5	4	4	10	6
Tilsammen	6	10	9	12	10	9 (+2)	8	7 (+1)	14	11
Tilsammen	16		21		19 (+2)		15 (+1)		25	

M.bur. er forkortelse for Medicinal-Bureau, M.k. for Medicinalkontor.

Kilder: 1816: Norges Hof- og Stats-Calender, 1816, s. 92. Esmarch (kfr. nedenfor) oppgir en ekstraskriver for 1816 og 1842. Denne er ikke tatt med her. 1842 og 1850: Svalestuen, s. 10 og 21. 1860: Svalestuen. 1870: Norges Hof og Stats-Calender (1871). 1878 og 1890: Svalestuen, s. 42. 1892: Svalestuen, s. 49-50. Se også L. Esmarch, *Det civile Lægevesens udvikling efter 1814*. Bilag 2, II til Tillægsindstilling angående Ordning af Medicinalstyrelsen, til Indstilling fra den kongelige Lægekommission af 1898. Trykt som vedlegg til *Ot.prp. nr. 39* (1911), *Om udførelsen af de offentlige Lægeforretninger*, SF 1911, b. 3b. Tallene for 1850-1870 er nokså usikre. Vi har i hovedsak brukt Statskalenderen for disse årene, men her er ikke saksbehandlerne fordelt på kontorene. Vi har "gitt" Medisinalkontoret saksbehandlere etter en skjønnsmessig vurdering. Tallene er antagelig litt for lave. Tallene for 1903 er tatt fra Medicinallovkomisjonens innstilling, *Tillægsindstilling Angående Omordning af Medicinalstyrelsen*, Bilag 2, II, s. 15 og 18. (Hele innstillingen er trykket i SF 1911, 3b, som vedlegg til *Ot.prp. nr. 39* (1911)). Tallene for perioden 1910 til 1939 er delvis tatt fra Norges statskalender (alle tall for Direktoratet), delvis fra Statens forenklings- og sparekomité, Innstilling I (1923) (trykt i SF 1926, etter *St.m. nr. 32*), delvis fra Svalestuen og delvis fra Socialistiske Lægers Forenings komités innstilling "Medisinalvæsenets centraladministrasjon" (trykt i Arne Bruusgaard og Trygve Gjestland, red., *Festskrift til helse-direktør Karl Evang på 60-årsdagen*, op. cit., s. 201-216). De tre siste kilder er brukt for tallene for Medisinalavdelingen. Sparekomiteen oppgav tall for 1914 og 1922. Disse er brukt sammen med opplysninger fra Svalestuen for å beregne tallene for 1910, 1920 og 1930. For 1939 for Avdelingen er brukt tall tatt fra den sistnevnte kilde, s. 212. Disse tallene gjelder 1938.

Tabell 2.2: Medisinalforvaltningens bemanning, etter fagbakgrunn, 1816-1939

Stilling	1816 M.bur. Politi	1842 M.b. Kirke	1850 M.b. Indre	1860 M.k. Indre	1870 M.k. Indre	1878 M.k. Indre	1890 M.k. Justis	1892	
								M.k. JD	Med. dir.
Ledere	Farmasøyt: 1		C.j.: 1	C.m:1 c.j.: 1	C.m:1 c.j.: 1	C.m:1 C.j.: 1	C.m:1 c.j.: 1	C.j:1	C.m:1
Saksbeh.	Frm:1 c.j:1	Frm:1 c.j:2 a:1	C.m:1 c.j:1	C.m:1 c.j: 1	C.m:1 c.j:1	C.m:3 frm:2 c.j:2 a:2	C.m:5 frm:2 c.j:2 a:3	C.m:4 frm:2,5 c.j:4	C.m:1 ing:1
Leger til- sammen			1	2	2	4	6	4	2
Farmas. tilsammen	2	1				2	2	2,5	
Jur. tils	1	2	2	2	2	3	3	5	
Andre		1					3		1

Stilling	1903		1910		1920		1930		1938-39	
	M.avd. JD	Dir.	M.a JD	Dir.	M.a SD	Dir.	M.a SD	Dir.	M.a SD	Dir.
Ledere	C.j:1	C.m:2 ing:1	C.j: 1	C.m:3 ing:1	C.j:3	C.m: 2 (+2) frm:1 ing:1	C.j: 4	Cm:2 (+1) frm:1	C.j:4	C.m:4 frm:1
Saksbh.	C.j:5	C.m:3 frm:3 c.j.:1	C.j:7	C.m:3/ frm:4/ c.j:1	C.j:7	C.m:3 frm:1 c.j:1	C.j:4	Frm:3 A: 1	C.j:9	C.m:1 frm:5
Dr. tils.		5		6		9 (+2)		2(+1)		5
Frm. tils		3		4		2		4		6
Jur. tils.	6		8	1	10	1	8		13	
Andre		1		1		1		1		

Kilder: Tallene baserer seg på samme kilder som for tabell 2.1, og er derfor usikre, særlig hva angår årene 1850, 1860 og 1870. Også 1878-fagfordelingen er litt, men ikke mye, usikker.

Medisinalforvaltningen var, som tabell 2.2 viser, i hele perioden frem til Den annen verdenskrig preget av en utpreget dobbel faglighet. På den ene side stod legene, med farmasøytene som underordnede partnere, og på den annen, juristene. Der kom inn en tekniker, en ingeniør, i 1892, uten at det spilte noen særlig rolle for fagbalansen. Mest interessant er det at det tok slik tid før ”nyttestaten” ble representert i forvaltningen. Det skjedde for første gang da en økonomiinspektør ble utnevnt i 1924, midt i sparetiden.¹⁷¹ Han ble knyttet til Avdelingen og utnevnt for å bidra til økonomisering, men den

171) Kfr. Svaalestuen, *op. cit.*, s. 86.

mer offensive, målstyrende økonomifaglighet hører etterkrigstiden til, og for så vidt ikke bare hva angår sunnhetsvesenet og sunnhetsforvaltningen. Den første økonomiinspektøren (til 1940) var offiser; hva den neste var er uklart.

I den meget beskjedne medisinalforvaltningen som eksisterte frem til 1875, var forholdet mellom medisinalpersonene og juristene nokså jevnt; dog gav det selvsagt de første et visst overtak at de i 1858 fikk sjefposten. Men etter 1875 får medisinalfolkene et kvantitativt overtak, et overtok som forsterkes av at de første har Direktøren og de andre en byråsjef som øverste representant. Dette overtak svekkes dog noe ved at det er todelt, det omfatter både leger og farmasøyter. Hvorom alt er begynner det samlede medisinale overtak å svekkes med delingen i 1891. I 1920-årene, får juristene et lite kvantitativt overtak. Kvalitativt er det også viktig at Avdelingen fikk en ekspedisjonssjef som sjef. Han kunne på en helt annen måte enn byråsjefen(e) balansere Direktøren. Denne relative styrkelsen av juristene må sees i sammenheng med den økonomiske krisen; legene er, sammenlignet med juristene, utgiftsdrivere. Den kan imidlertid kanskje også sees på som uttrykk for den økende profesjonelle bevissthet om styring og forvaltning.

Gjennom hele perioden ble der i beskjedne grad gjort økonomisk forskjell på de ulike faggrupper, eller for den saks skyld, de ulike personer. Lønnen var knyttet til stillingen og "personavhengigheten" var i all hovedsak ansiennitetsbasert. Slik sett kan man si at avlønningen var preget av rettsstatens "upersonlige" prinsipper. De øverste ledere kunne dog få, og fikk ikke så sjelden, personlige tillegg. I 1891 var årsgasjen for en ekspedisjonssekretær kr. 5 400, for en byråsjef kr. 3 400, for en fullmektig kr. 2 000 og for en kopist kr. 1 500. Medisinaldirektøren var avlønnet med kr. 6 400, pluss kr. 800 i personlig tillegg. Direktøren var altså avlønnet godt over den høyeste embedsmann i departementene, og dobbelt så generøst som sin motpart i Justisdepartementet, byråsjefen for Medisinalkontoret.¹⁷² I 1930 var ekspedisjonssjefsgasjen på kr. 11 700, byrå/kontorsjefsgasjen på kr. 7 650, sekretærgasjene på kr. 4 950 (I) og 3 600 (II); dertil kom eventuelle ansiennitetstillegg (2-4). Medisinaldirektøren fikk 12 600.¹⁷³ Der fant altså sted en liten sammentrengning av lønnskalaen i løpet av en drøy generasjon, men vi ser at Medisinaldirektøren stadig er plassert over ekspedisjonssjefene.¹⁷⁴

Disse gasjene var for øvrig de samme ved tiårets slutt. Det hører med til dette bilde av forvaltningens godtgjørelse at titlene var rettsstatlige, ikke fagstatlige. Også legene og farmasøytene var i hovedsak byrå- og kontorsjefer, og fullmektiger, kopister og ekstraskrivere — fra 1899 sekretærer. Medisinallederen var imidlertid en unntagelse, også titelmessig. Noen skritt i medikratisk retning ble det tatt da der kom to overlegestillinger. Ellers skal det nevnes at legelige saksbehandlere i 1800-årene (henimot delingen) også kunne omtales som medisinalrevisorer og farmasøyter, etter århundreskiftet som apotekvisitatorer.

172) Sth. Prp. No. 1 – Hovedpost III (1891-92), SF 1891, 1a, s. 12-13. Vi skal legge til at dette året var Rikshospitalets direktør gitt kr. 4 800, hovedstadens stadsphysicus kr. 3 200, distriktsleger kr. 1 500 (Nord-Norge: kr. 2 000) – og statsministrene (i Kristiania og Stockholm) kr. 20 000 og statsrådene kr. 12 000.

173) *Norges statskalender* 1931 og 1939.

174) *Norges Statskalender*, 1931.

Vi skal ellers nevne at forvaltningen i slutten av 1800-årene begynte å engasjere kontorister, ofte ”damer”, som det gjerne het i de første personaloversiktene. Med omordningen av personalpolitikken i 1899 ble disse kontoristene, som før var kalt renskrivere og journalførere, gitt titelen assistent (I og II); i 1930-årene ble også titelen (kontor)fullmektig tatt i bruk for disse. I 1903 hadde Avdelingen tre assistenter (”damer”) og Direktoratet én (”dame”).¹⁷⁵ Antallet var øket til 4 og 3 i 1914, til 7 og 3 i 1923,¹⁷⁶ og til 9 og 6 i 1938.¹⁷⁷

Medisinalforvaltningen var altså storparten av tiden frem til 1940 svært liten. Det gjorde den selvsagt også personlig preget. Det bidro til det at mange satt lenge i stillingene. Den første sjef, byråsjef og farmasøyt Jacob Schandorff, satt i 27 år, hvis vi regner fra 1815 (da han ble fullmektig), 33 år hvis vi regner fra det tidspunkt han ble sekretær for Sunnhetskollegiet. De to neste sjefer var jurister (Wilhelm L. Jürgensen og O. A. F. Kaltenborn) og satt i 10 (1844-1854) og åtte (1854-1862) år. Den siste måtte se at der kom en ny sjef i 1858, ekspedisjonssjef Chr. Thv. Kierulf. Kierulf satt i 18 år og hans etterfølger, L. V. Dahl, i 15 år. De to juridiske byråsjefer satt i 8, 10, 6, 9 og 12 år; kfr. figur 2.1. Dahl ble etterfulgt av Gotfred Bentzen, som gav seg etter to år, mens Bentzens etterfølger, Michael Holmboe satt i hele 25 år. Holmboes etterfølgere Gram, Wefring og Heitmann, satt i åtte, tre og syv år. De juridiske ledere, byråsjefene, satt etter delingen (egentlig fra 1888) og frem til 1911 (to kontorer) i 12 og 11 år. Ekspedisjonssjefene (fra 1917) satt i fem, seks og 11 år. På nivået under direktør og ekspedisjonssjef var det også betydelig kontinuitet. Byråsjef Ove Amundsen satt fra 1917 og frem til Den annen verdenskrig og kontorsjef Herman Scharffenberg fra 1905 til 1923, i praksis til 1928.

Svært generelt kan vi si at perioden fra 1815 til 1918, altså i et drøyt sekel, preges av fire personer og personligheter, en farmasøyt og tre leger: Jacob Schandorff, Chr. Thv. Kierulf, Ludvig V. Dahl og Michael Holmboe. De 16 årene mellom den første og den annen preges av en viss uro og styringsuklarhet; ellers har disse herrer kontroll (vi ser også bort fra årene 1891-1893). Etter Holmboes død i 1918 inntreer ny uro, med hyppigere skifte av medisinaldirektør, kamp for å begrense nedbygging og en god del defensivitet. Holmboe hadde nesten, med sitt statusmessige overtak på avdelingslederen, med sin etter hvert lange fartstid, og med sin personlige autoritet, kunnet forlenge det overtaket legene hadde hatt i medisinalforvaltningen siden Kierulf. Holmboes død, de hyppige direktørskifter og det at Avdelingen fikk ekspedisjonssjef, endret maktbalansen, og skapte større spenninger mellom Direktorat og Avdeling, spenninger som etter krigen førte til Evangs utmanøvrering av Theodor Thorsen og samling av medisinalforvaltningen.

175) *Tillæggssindstilling angaaende Omordningen af Medicinalstyrelsen, Bilag 2, II, op. cit.*, s. 15 og 18.

176) Statens forenklings- og sparekomité, *Indstilling I*, s. 84, 87, 89 og 91. Innstillingen er trykket i SF 1926, etter

St. meld. nr. 32.

177) Sosialistiske Lægers Forenings komité's innstilling om Medisinalvæsenets centraladministrasjon, *op.cit.*, s. 206 og 212.

Danskfødte **Jacob Schandorff** var en lojal, ærekjær og pliktoppfyllende embedsmann, men ingen strateg på medisinalvesenets vegne. Strategene satt på og rundt Fakultetet og Rigshospitalet, og fremst av dem var Frederik Holst og Jens Johan Hjort. Om noe gjorde de etter hvert Schandorff til enda mer av en litt distansert embedsmann. Men andre sysler absorberte nok Schandorff mer enn arbeidet. I unge år var han engasjert i kunst og litteratur; etter at han giftet seg med den fromme, og meget sterke, (Andrine) Maria Lasson (1784-1848) i 1816 kom hans interesser til å gå i religiøs retning.¹⁷⁸

Chr. Thv. Kierulf var den første store strateg av medisinallederne. Han var en meget aktiv deltager i Medicinsk Selskab, reiste hele livet meget rundt i Europa for å se og lære og var en flittig fagskribent. Han hadde vært sekretær for Indredepartementets medisinalkomité, og var slik sett vel forberedt for sin gjerning. Kierulf var svært preget av det kall han følte han hadde som den første medisinske medisinalsjef og som en bygger av det norske sunnhetsvesen. Han er fremfor noen Sunnhetslovens far. Med den som utgangspunkt kunne han også arbeide mer kraftfullt nedover, gjennom distriktslegene. Kierulf var som medisiner først og fremst opptatt av hygiene og epidemiologi, som vel halvparten av sine etterfølgere. Han var dyktig, rettsindig og pliktoppfyllende, og vant tillit hos de fleste. Han var lett å omgås.¹⁷⁹

Ludvig Dahl, som overtok da Kierulf døde, og som hadde tjenestegjort som fullmektig under denne fra 1864 til 1868, var psykiater og satt som direktør ved Rotvold asyl, hans eget verk, da han overtok etter Kierulf. Han forble også, som Kierulf, faglig aktiv og reiste meget. Han ville holde seg à jour. Han hadde allikevel ikke Kierulfs strategiske interesser og ble nesten overveldet av den vitenskapelige revolusjon som veltet inn over medisinen fra 1870- og 1880-årene av. I stedet for å la seg inspirere av revolusjonen til ny satsing ble han mer skeptisk og forsiktig. Kraftfull av vesen som han var, kom han slik til å spille en noe konserverende rolle. Hans temperament kunne undertiden løpe av med ham, også skriftlig. Han forskrekket mang en gang de forsiktigere juristene. Rasmus Hansson beretter at en juridisk departementsembetsmann fortalte ham, ti år etter at det hadde skjedd, at Dahl engang hadde notert på en leges ansøking til en distriktslegestilling: ”Jeg vet, at mannen drikker. Må ikke ansettes som distriktslæge. Dahl”.¹⁸⁰ Han var som ”Brand”, legger Hansson til, ”det som du er, vær det fullt og helt og ikke stykkevis og delt”. Det er ikke så underlig at Dahl er den av sine forgjengere den etterhvert stadig mer historieinteresserte Torbjørn Mork oftest henviste til.

178) Han var fra 1822 til sin død kasserer og styremedlem i Det norske Bibelselskab. Hans kone etablerte i 1827 barnehjemmet Eugenias stiftelse (oppkalt etter kong Carl Johans dronning), og sammen skjenket de 20 000 speciedaler, en meget stor sum på den tid, til stiftelsen. De var barnløse. Kfr. omtale av de to i *Norsk Biografisk Leksikon*. Oslo: Aschehoug, 1954, b. XX, s. 286-288.

179) Fr. Grøn har omtalt ham, noe kort, i *Norsk Biografisk Leksikon*, b. VII, 1936 (Oslo: Aschehoug), s. 306-307. Man får ellers et inntrykk av ham ved å lese referatene fra møtene i Medicinsk Selskab (Norsk Magazin for Lægevidenskaben) fra midt i 1850-årene.

180) Rasmus Hansson, ”Norges civile medisinalvesen – dets styre”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 50, 1930, s. 1424. Hele artikkelen: s. 1422-1434. Artikkelen er endel av en serie på flere artikler om utviklingen av norsk medisinalforvaltning.

Det var ventet at Dahls etterfølger skulle bli bergenslegen Klaus Hanssen, lepraforskeren Gerhard Armauer Hanssens bror. Han hadde den gang en av landets største indremedisinske praksiser, tjente godt og hadde en hånd med i meget av det som skjedde i Bergen. Den både veltalende og kraftfulle Hanssen var sett opp til av sine kolleger over hele landet og var fra starten av en sentral person i Lægeforeningen. Men det ble ikke Hanssen. Regjeringen spurte ham, og tilbød endog å sette opp gasjen fra 6 400 til 9 600 kroner. Men Klaus Hanssen sa nei, av hensyn til sin økonomi. Rasmus Hansson, Lægeforeningens mektige generalsekretær i nesten et kvart sekel, mente også Medisinalavdeling og juristene var noe som skremte dyktige leger:

Justisdepartementets medisinalkontor (som selyfølgelig styrtes av en juridisk byråchef) var ikke synderlig lydhørt for gjennomførelsen av reformer... Byråchefen (og hans underordnede jurister) var den store bøigen, som man meget vanskelig kom forbi. Vedkommende byråchef fant nokså lett vedkommende statsråds øre – sparetanken feiret ofte triumfer i den tid også. Departementsjusen likeså.¹⁸¹

Da Klaus Hanssen avsto å ta over embedet som medisinaldirektør gikk budet til overlege ved epidemiavdelingen på Ullevål sykehus, **Gotfred Bentzen** (1852-1937). Bentzen sa ja, selv om Regjeringen trakk tilbake sitt tilbud (gitt til Hanssen) om gasjeforhøyelse, og dertil flyttet Direktoratet ut av Departementet og opprettet en juridisk ledet medisinalavdeling i Departementet. Bentzen var meget opptatt av hygiene, og underviste en tid etter professor Ernst Lochmanns (1820-1892) død, i faget. Også psykiatri interesserte ham, så han var meget vel faglig kvalifisert til å overta som medisinalsjef. Men den både dynamiske og kreative Bentzen fant snart arbeidsbetingelsene umulige. Han hadde få til å bistå seg i sitt arbeid og han møtte stadig ”veggen” hos juristene i Medisinalavdelingen. Høsten 1893 søkte han derfor stadsfysikatet i Kristiania, og fikk det. Han ble i fysikatet resten av sin yrkesaktive tid, til 1926.

Da Bentzen sa opp sitt embede, henvendte Justisministeren, Francis Hagerup (1853-1921), seg først til stadsfysikus i Trondhjem siden 1890, Marius Bøckman (1846-1928). Bøckman svarte nei, men henviste samtidig til sin bekjente, **Michael Holmboe** (1852-1918), som da var reservelege ved Rotvold sinnsykeasyl utenfor Trondhjem og (psykiatrisk) amtslege for Søndre Trondhjems amt. Hagerup, som selv hadde tatt første avdeling medisin før han gikk over til jusen, tok straks kontakt med Holmboe. Holmboe svarte ja og han ble utnevnt før jul 1893. Han ble sittende i embedet til sin død, i 1918.

Michael Holmboe er den andre av de tre store i norsk medisinalforvaltnings historie – de to andre er Kierulf og Evang. Holmboe var, som Dahl, psykiater. Han hadde imidlertid et videre perspektiv enn Dahl, og gikk også grundig inn i hygienen. Som sine legelige forgjengere var han faglig aktiv, reiste mye og opprettholdt kontakt med praksis (åndsvakeomsorgen i

181) *Ibid.*, 1427.

Kristiania), også som medisinaldirektør. Holmboe var, som Kierulf, strateg, og som ham arbeidet han grundig og uten å gjøre for mye vesen av seg. Han fikk mye til. Vedtagelsen av tuberkuloseloven i 1900 og legeforretningsloven i 1912¹⁸² var hans største suksesser. Gjennom sine strategiske initiativ og sin oppfølgende utholdenhet, og gjennom sine diplomatiske evner og sin stillfarende verdighet, gav han embedet som medisinaldirektør tyngde og anseelse. Han fikk også et godt forhold til juristene i Medisinalavdelingen. Fredrik Grøn skriver at han ”i sin embedsførsel (var) en forsiktig, undertiden kanskje litt vel forsiktig, administrator, men av alle respektert for sin store rettsindighet og utrettelige virkelyst, parret med en betydelig arbeidskraft og takt.”¹⁸³

Holmboe tok embedet som medisinaldirektør uten å få den gasjeforhøyelse Hanssen var stilt i utsikt, men med sine psykiatriske bigeskjefter tjente han 1 200 kroner ekstra og kom slik opp i en samlet årslønn på 7 600 kroner, godt under hva mange klinisk aktive leger i byene tjente.

Vi skal legge til at Holmboe var den siste av medisinaldirektørene som ble bedt om å ta embedet. Alle hans etterfølgere ble utnevnt etter åpen utlysning og konkurranse. Det var imidlertid da Holmboe ble utnevnt nokså vanlig at utnevnelser skjedde på den mer ”personlige” måte, skjønt ikke så spesialisert som gjennom dagens ”hodejakt”.

De tre neste medisinaldirektører satte, som vi har nevnt, mindre spor etter seg. Gram var hygieniker, Wefring psykiater og Heitmann hygieniker og tuberkuloselege. Slik fortsattes altså den regelmessige vekslingen mellom hygienikere og psykiatere i direktørposten, inntil den ble brutt med hygienikeren Evangs komme.

Den elegante og korrekte (**Harald Mathias (Mads) Gram** (1875-1929), Holmboes etterfølger, fikk embedet etter utlysning. Han ble utnevnt den 29.11.1918. Der meldte seg tre ansøkere, men epidemilege og dosent Mads Gram ble foretrukket. Departementet la ved valget av Gram vekt på ”hensynet til den offentlige hygiene, avvergelsen av de farlige farsotter, samt bekjæmpelsen av de almindelig forekommende epidemiske og smittsomme sykdomme”. Det var det grunn til nå: Spanskesyken hadde skremt også myndighetene. De ønsket derfor ”en praktisk og videnskapelig utdannet epidemiolog”.¹⁸⁴ Det var Gram. Hva gjaldt det vitenskapelige hadde han skrevet en lærebok i mikrobiologi.

182) Denne lov var ett av resultatene av arbeidet til Lægelovkommissionen af 1898, som Holmboe selv ledet.

183) *Norsk Biografisk Leksikon*, b. VI, 1934, s. 262-263.

184) SF 1919, 6b, *Indst. O. IV*, 1919, s. 50.



Harald Mathias Gram, medisinaldirektør 1918-1926. Han ble gjerne kalt Mads, etter slektens "stamfar", sogneprest i Fron Mads Nielsen Gram (d. 1601). Gram var bakteriolog og hygieniker, ble statens epidemi- og karantenelege i 1909 og dosent i medisinsk bakteriologi ved Universitetet i Oslo i 1915. Han trivdes ikke helt som medisinalpolitiker og forvaltningsmann i en sparetid og gikk i 1926 over i hovedstadens stadsfysikat. Gram er her malt av Agnes Hiorth (1899-1984), en malerinne som særlig ble kjent som portrettmaler. Hun malte flere medlemmer av kongefamilien, blant annet Kong Haakon VII og kronprins Olav. Hun sees på som nyimpresjonist. Hun hadde et avdempet farvevalg og malte med lette penselstrøk.

Gram var, som professor Francis Harbitz (1867-1950) sa i sin minnetale over ham, "en meget stilfull og representativ skikkelse utad". Han var ærekjær, arbeidssom og preget av en sterk rettferdighetssans. Han kom imidlertid ikke til å trives som medisinaldirektør. Med de sparetider som nå kom ble politikken for ham for ubehagelig og han følte han ikke fikk utrettet det han ønsket. Han forlot allerede i 1926 direktørstillingen. Han gjorde som Bentzen hadde gjort i 1893, han overtok (1927) stadsfysikatet i hovedstaden; ja, han overtok det etter Bentzen, men døde to år etter (av hjerneslag), bare 54 år gammel.

Karl (Wilhelm) Wefring (1867-1938), Grams etterfølger, var nokså forskjellig fra sin forgjenger. Han var mindre av en teoretiker og mer av en praktiker. Han visste nok i større grad enn Gram hva han gikk til. Han hadde allerede vært overlege for sinnssykevesenet endel år. Han var dessuten ikke bare lege, han var også politiker. Han var i mange år medlem av formannskapet i Løiten og i årene 1899-1901 dets ordfører. Han satt i

amtstinget i Hedmark, var med i alskens komiteer og deltok i frivillig arbeid, blant annet i Nationalforeningen mot Tuberkulosen. Han var aktiv i Lægeforeningen og ble Foreningens president i 1914-1915. Han var varmann på Stortinget i 1910-1912, og ordinær representant i periodene 1916-1918 (Hedmark) og 1925-1927 (Oslo). Wefring, som var blitt sinnssykeoverlege i 1919, vekslet så i flere år mellom dette embedet og embedet som forsvarsminister. Tre ganger var han forsvarsminister (i perioden 1920-1926). Han ble utnevnt til medisinaldirektør den 1. juli 1927.



Karl Wilhelm Wefring, medisinaldirektør 1927-1930. Wefring var psykiater og ble i 1919 utnevnt til overlege for sinnssykevesenet. Wefring var også politiker og satt i mange år på Stortinget, først som uavhengig representant, siden som representant for Frisinnede Venstre. Han var tre ganger forsvarsminister. Som Gram gikk også han trett av sparepolitikken og gikk i 1930 over til Rikshospitalet som dets direktør. Her er han, stolt, malt av sin sønn, Gunnar Wefring (1900-1981). Det skjedde i 1934, altså noen år etter at han var gått av. Gunnar Wefring var i første rekke landskapsmaler, men malte også portretter. Hans stil var naturalistisk, og preget av sterk farvebruk. Hans malerier hadde også noe konstruktivistisk over seg.

Wefring var en praktiker og organisator, og fikk meget til. Han visste hvordan beslutninger ble fattet i politikken og i samfunnet ellers, og det utnyttet han. Han arbeidet energisk for å gi Direktoratet tilbake noe av den makt det hadde tapt, blant annet på grunn av sparepolitikken, og klarte i noen grad det. Men den ekskvverdige og fredsæle Wefring kunne også være utålmodig og ergre seg over sine "bikolleger", politikerne. Han var og ble ingen typisk "partisk" politiker. Da han først ble valgt inn på Stortinget var

det som uavhengig representant. Siden kom han til å representere det minst ”politiske” parti, Frisinnede Venstre. ”Han var et jern til å arbeide”, skriver Stian Erichsen d.e. (1867-1953), en tid en av Lægeforeningens fremste menn, i sin nekrolog over sin gamle studiekamerat.¹⁸⁵ Erichsen syntes Wefring burde holdt frem i Direktoratet; det var der han passet best. Men sykdom tok hans krefter og familien krevde at han tok hensyn til det. I 1930, 63 år gammel, overtok han derfor direktørstillingen på Rikshospitalet etter Christian Sinding-Larsen (1866-1930). Men denne stillingen var ingen sinekyrestilling og den plikttoppfyllende Wefring måtte strekke seg lenger enn godt var.



Nils Petter Løberg Heitmann, medisinaldirektør 1931-1938. Heitmann var tuberkuloselege og ble i 1914 overlege for tuberkulosevesenet. Da Wefring gav seg som medisinaldirektør overtok Heitmann og ble sittende til han, nokså brått, døde våren 1938. Her er han malt av en av mellomkrigstidens store malere, Jean Heiberg (1884-1976), i 1934. Heiberg kom fra en prominent medisinsk familie. Han var sønn av Hjalmar Heiberg (1837-1897), professor i patologi (1870) og sønnesønn av Christen Heiberg (1799-1872) – ”Christen kniv” kallet – professor i kirurgi og oftalmologi fra 1836. Heiberg ble i 1935 professor ved Statens kunstakademi. Sammen med Henrik Sørensen utgjorde han kjernen i en krets som preget norsk bildende kunst frem til rundt 1950. Heiberg var påvirket både av Matisse og Cezanne. Heiberg omtalte seg en tid som figurmaler, men etter hvert laget han stadig flere friluftsbilder.

Wefrings etterfølger, tuberkuloselegen **Nils Peter Løberg Heitmann** (1874-1938) ble utnevnt (konstituert) den 14. november 1930, og tiltrådte som

185) Morgenbladet 4.10.1938, s. 5. Stian Erichsen hadde studert sammen med Wefring.

medisinaldirektør den 1. januar 1931. Heitmann var en mer spesialisert medisiner enn Wefring. ”Hans store interesse var og forblev tuberkulose-arbeidet”, sa professor Johan Holst (1892-1953) i sin minnetale over Heitmann.¹⁸⁶ Heitmann var aktiv i Nationalforeningen mot tuberkulosen og ble i 1914 overlege for tuberkuløse sykdommer. Slik kom han i kontakt også med det medisinaladministrative arbeid, og da Wefring forlot medisinaldirektørembedet i 1930 var han ikke uinteressert i å rykke opp. Skulle han fortsette å arbeide administrativt måtte han også gjøre det; sparepolitikken førte jo til at overlegetillingen hans var blitt inndratt. Heitmann var akademiker av innstilling, som Gram, om han enn ikke, som Gram, gikk inn i vitenskapen. Denne innstillingen viste seg også i en viss forsiktighet. Han var ingen ”politiker” eller ideolog. Han var en saklighetens mann og en diplomat i all sin fremferd.

Alle medisinaldirektørene fra 1891 var smidigere og mer pragmatiske enn den kraftfulle og ofte steile Ludvig Dahl hadde vært. Det passet den nye tid, hvor Medisinaldirektøren måtte underordne seg Departementet og ikke kunne regne med å ha direkte adgang til Statsråden. Ja, nyordningen kan nok også i noen grad ha vært motivert av erfaringene med Dahl. Samtidig var nå Regjeringen opptatt av å unngå å få utfordrende medisinaldirektører; ja, den var generelt opptatt av å unngå de altfor markante direktører.

Ordningen av fagetatene var blitt et problem. De begynte, som vi har sett, å bli det midt i det 19. århundre og fortsatte å være det. Med demokratiseringen etter 1884 (stemmerett for menn fra 1898/for kvinner fra 1913) ble problemet forsterket: Legmannsstyret ble nå vesentlig styrket, samtidig som den mer moderne stat, ”nyttestaten”, var mer avhengig av fagfolkene enn noen gang. Politikerne, særlig til venstre, ville stramme inn styringen av fagetatene og begynte fra århundreskiftet å trekke direktorater inn i departementene. Utviklingen var slik alment den motsatte av den vi fikk på det medisinalområde. De såkalte riksdirektører reagerte først negativt på innflyttingen av direktorater i departementene, men etterhvert ble reaksjonene mer delte: Ingen ordninger så ut til å være gode for alle, fagfolkene, juristene – altså ekspedisjonssjefene, og politikerne. Men riksdirektørene var alment misfornøyd med den innflytelse de fikk og det kom til endel åpne konfrontasjoner mellom noen direktører og deres politisk foresatte.¹⁸⁷ Medisinaldirektørene var alle medikrater, om ikke like bevisste, og like stridbare sådanne, som Ludvig Dahl, og gjorde derfor ikke spesielle anstrengelser for å endre måten medisinalforvaltningen var organisert på. Michael Holmboe

186) Kfr. Øivind Larsen, red., *Norges leger*, Oslo: Den norske lægeförening, 1996, bind II, s. 607. Talen er i sin helhet gjengitt i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1938, s. 554-555.

187) Forut for opprettelsen av Landbruksdepartementet i 1900 protesterte landbruksdirektør Jonas Smitt mot å få sitt direktorat inkorporert i Departementet og selv bli underordnet en ekspedisjonssjef. Han ble ikke mildere stemt etterhvert og følte det ille at ekspedisjonssjefen skulle gi ham ordre om hvordan han skulle bestyre sitt kontor (brev av 29.1.1912). Han irriterte seg også over å få sine skrivelser ”underkastet et stilistisk revisjon især hvis han ikke kan indse at forandringene er forbedringer”. Enda mer satte Sjøfartsdirektøren saken på spissen. Hans embede var opprettet i 1903, i Handelsdepartementet. Direktøren rapporterte direkte til Statsråden, men forholdet mellom de to ble snart betent og i 1911 måtte Direktøren gå – ”paa grund av at sjøfartsdirektøren gjentagende har voldt forstyrrelse i administrationen ved ikke at utvise skyldig lojalitet og ved at reise unødige kompetansekonflikter med andre embedsverk, ...”. Noen år senere gikk det galt mellom Telegrafdirektøren og Statsråden i Handelsdepartementet. Det endte med at Direktøren gikk (1929); han ville ikke ha ekspedisjonssjefen mellom seg og Statsråden. Om disse sakene, kfr. Jan Debes, *Organisasjon*, op. cit., s. 240-249.

lot det, gjennom Medisinallovkommissjonen av 1898, skinne igjennom at han syntes ordningen som ble innført i 1891 var hensiktsmessig. Da Sparekomiteen av 1922 foreslo å samle medisinalforvaltningen, uttalte medisinaldirektør Gram seg imot det. Wefring uttalte i 1930 at han savnet en større adgang til muntlig å ta opp saker med Statsråden, men la ellers til:

Øvrig mener jeg at den nåværende ordning gir en mer allsidig behandling enn om der ble foretatt en hel sammendragning av departementets medisinalavdeling og direktoratet.¹⁸⁸

Medisinaldirektørene var imidlertid, som leger flest, på vakt overfor juristene: Mistroen til juristene gikk tilbake til ”begynnelsen”. Den var, spesielt, en arv fra Frederik Holst. Med Evangs tiltredelse som medisinaldirektør skulle arven få ny næring.

*

Hvorom alt er, sosiologi er i det lange løp viktigere enn psykologi. Uroen i 1840-årene kan sees i sammenheng med det politiske hamskifte i landet på den tiden. Nasjonalstatsforsvaret hadde lykket og en romantisk patriotisme måtte vike for en kraftig og mer nøktern moderniseringsoffensiv. Legene forsøkte å utnytte denne offensiven, og vant etter hvert delvis frem, gjennom støtten fra den ene av de to store moderniserere i den tidens Norge, Frederik Stang. Men den medikratiske visjonen var og er ikke bare en moderniseringsvisjon. Den har, som vi har sett, også noe tradisjonalistisk og fagaristokratisk over seg. Den ”løsningen” som ble valgt fra 1858, og den reflekterte ikke bare moderniseringsideer – den reflekterte også en før-demokratisk interessepolitikk – var derfor ikke tilfredsstillende for legene. Den var for teknokratisk.

Uroen i 1920- og 1930-årene kan på en ikke helt ulik måte settes i sammenheng med et nytt politisk hamskifte. Demokratiseringen fragmenterte staten og styringen i land etter land i Europa. I mange land førte den til beslutningskrise og en antipolitisk stemning. Også i Norge ble skepsisen til politikk og politikere sterk, og der kom rop etter en sterk mann, for å gjøre slutt på den kaotiske politikken; både Christian Michelsen (1857-1925) og siden Fridtjof Nansen (1861-1930) var kandidater til den politikkopphevende rollen som sterk mann.

Politikken og politikerne kom enda mer på defensiven da situasjonen økonomisk ble alvorlig etter den første politiske katastrofe i denne politikkenes krisetid, Den første verdenskrig. Men krisetiden ble også en tid for forberedelser til en ny moderniseringsoffensiv. Mellomkrigstiden ble dessuten en tid for vitenskapelige gjennombrudd, blant annet for en ”ny” fysikk (kvanteteorien) og for en forening av Darwins utviklingsteori og Mendels arvelighetsteori (”den store syntesen”), for en rasjonalistisk forening av arkitektur og teknologi – som blant annet skapte den nye byen (Mies van der Rohe

188) Sitert etter Theodor G. Thorsen, ”Medisinalvesenets administrasjon”, *Morgenbladet*, 11.12.1946.

(1886-1969), Le Corbusier (1887-1965)) – for en planlagt økonomisk og sosial utvikling (John Maynard Keynes (1883-1945)), for en vitenskapelig styrt bedrift (Frederick W. Taylor (1856-1915) og ”scientific management”), og for et mer kunnskapsbasert liv; ja, for et samfunn og et liv bygget på sekulær og nøktern rasjonalisme.¹⁸⁹ Etter den neste katastrofe politikken skulle resultere i, Den annen verdenskrig, var det derfor duket for en ny moderniseringsoffensiv.

Som Kierulf hadde fått en mulighet i 1858, skulle nå Karl Evang få en i 1945. Da han ble utnevnt til ny medisinaldirektør senhøstes 1938, knapt 36 år gammel, var han allerede godt forberedt. Hans ”sosialistiske” komiteutredning var kommet i februar samme år, og fremstod nå nærmest som planen for hans virke som landets øverste medisinalsjef. Men som Kierulf ikke var noen ren moderniserer var heller ikke Evang det. Også Evang hadde mye av den tradisjonelle medikrat i seg, kanskje mer enn han selv var oppmerksom på, selv om han av noen er blitt satt inn i en nokså teknokratisk sammenheng.¹⁹⁰ Han var nok medikrat på sin svært personlige, delvis sosialistiske måte, men han var allikevel, vil vi hevde, i stor grad en bærer av den medikratiske arv. I en viss forstand var han derfor dømt til å ”mislykkes”. Hans ”eventyrlige” psykologi var ikke nok til å veie opp for den tunge sosiologi.

Evang fikk ikke gjort så meget før krigen brøt ut og han måtte flykte. En del av den plan han hadde lagt for medisinalforvaltningen allerede før han ble medisinaldirektør, skulle imidlertid bli satt ut i livet av det styre tyskerne satte inn etter okkupasjonen. Vi skal komme tilbake til det. En del gjorde han også selv, i og fra London, som vi snart skal se.

189) På helseområdet førte dette blant annet til en sterk betoning av å gjøre omgivelsene, ikke minst hjemmene, hygieniske (”sterile”), på fysisk fostring og på sunt kosthold, men for så vidt også på rasehygiene (ordet er tidstypisk).

I Sverige var ekteparet Alva (1902-1986) og Gunnar Myrdal (1898-1987) usikre på om man i så henseende kunne stole på den ”amatørpregede” private familie og tok til orde for en slags ”sosialisering” av familien, altså en profesjonalisering av ”familielivet” i offentlig regi.

190) Kfr. Nordby, *op.cit.*, og Rune Slagstad, *De nasjonale strateger*, Oslo: Pax, 2001.