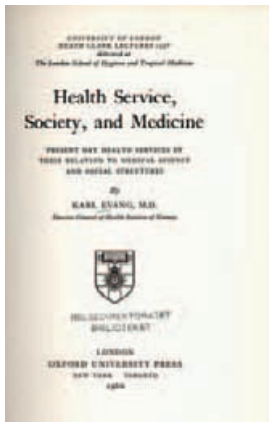


4. 1945-1972: Den evangske orden

Den vertikale dimensjon

Da norske myndigheter kunne ta fatt igjen etter den tyske kapitulasjon, var som nevnt mye avgjort hva angikk medisinalforvaltningen. Den gamle ekspedisjonssjef for Medisinalavdelingen, den 67-årige (15. mai) og formelt pensjonerte Theodor Thorsen, var nå effektivt utmanøvrert. Thorsen møtte, forteller Nordby, på Evangs kontor 25. mai 1945, og meddelte Evang at han ønsket å ta opp igjen sine funksjoner fra før krigen.²²⁷ Evang svarte at det ikke var mulig. Thorsens stilling var blitt overtallig. Evang kunne dog være behjelpelig med å finne andre oppgaver til ham. Han gjorde knapt noe forsøk på det. Thorsen, eller "Konthorsen", som Evang gjerne kalte ham, ble tatt vare på av Departementet. Han fikk fortsette som ekspedisjonssjef, dog uten avdeling, til han gikk av med pensjon i 1948.



I 1958 holdt Karl Evang de prestisjefylte *Heath Clark Lectures* ved Englands fremste folkehelseskole, The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Forelesningene ble siden trykket som bok og utgitt på Oxford University Press. Evangs etterfølger som helsedirektør, Torbjørn Mork, var ved The London School (1958-1960) da Evang holdt sine forelesninger. Mork arbeidet med sin doktorgrad. Han traff Evang i London og har ganske sikkert vært til stede da Evang gav sine forelesninger.

Alt var allikevel ikke endelig avgjort, selv om krigstidens avdelingsordning gjennom den kongelige resolusjon av 8. mai 1945 inntil videre ble beholdt, men under navnet Helsedirektoratet.²²⁸ Formelt fortsatte imidlertid Evang som medisinaldirektør, skjønt titelen helsedirektør stadig hyppigere ble brukt. I resolusjonen ble det forutsatt at ordningen skulle gjøres til gjenstand

227) Nordby, s. 149.

228) I et rundskriv fra Finansdepartementet, undertegnet av den ennå sittende finansminister, Paul Hartmann (1878-1974) og paraferet av ekspedisjonssjef F. G. Nissen, datert den 30.5.1945 heter det blant annet at "Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat."

for nærmere utredning. Evang satte derfor straks i gang med å foreta en slik og presenterte den for statsråden, sin legekollega, og endog SLF-kollega, Sven Oftedal (1905-1948),²²⁹ den 1. juli 1945. Denne utredning, kalt et ”P.M.”, hadde overskriften ”Sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen etter krigen”.²³⁰ Den var på 36 sider og var utførlig nok til at Regjeringen kunne fatte en beslutning. I ettertid har Evang føyet til på forsiden at P.M.et ”var tenkt enten som grunnlag for nærmere vedtak om saken eller som et diskusjonsgrunnlag”. Det var nok ment som det første. Det annet er føyet til av hensyn til det som skjedd.

Regjeringen og Oftedal så tilsynelatende nærmest bort fra notatet og oppnevnte like over ferien, i august 1945, et utvalg til å komme med forslag til organisering av den samlede helseforvaltning. Evang ble imidlertid formann, og fikk med seg i utvalget hovedstadens stadsfysikus Andreas Diesen. Han fikk også, interessant nok, med seg den ferske byråsjef i Justisdepartementets oppgjørsavdeling, juristen Karl A. Høvde (f. 1905): Jusens interesser skulle ivaretaes, iallfall i noen grad. Men som formann, og med hygienikeren Diesen med på ”laget” måtte nesten Evang, i det minste langt på vei, få det som han ville. Det har også statsråden visst. Vi tør ikke si hvorfor han valgte å gå veien om dette utvalget. Hvorom alt er, utvalget foreslo i sin innstilling, som forelå den 14. desember 1945, å beholde samlingen av avdeling og direktorat. Det foreslo også å beholde Direktørens direkte adgang til Statsråden.

Men det er åpenbart at Høvde ikke var fornøyd. I et særvotum henviser han til at prinsippspørsmålet om samling av helseforvaltningen var truffet ved den kongelige resolusjon av 8. mai 1945, men da

*spørsmålet er berørt i den foran siterte uttalelse fra Hjemmeledelsens utvalg hvor det såvidt vites ikke satt noen medisinal jurist, vil jeg forstå såvidt angår min oppfatning av spørsmålet uttale at jeg deler det syn som er uttrykt i ekspedisjonssjef Thorsens utredning på Den norske Legeforenings landsmøte i Stavanger 1938.*²³¹

Høvde ville altså helst ha gått tilbake til *status quo ante bellum*. Siden det altså ikke var mulig, er hans forslag å begrense integrasjonen så langt som mulig. Han vil derfor at Helsedirektøren, som ekspedisjonssjef, skal få som ”nærmeste rådgiver en jurist, som kan bli forelagt saker fra hvilket som helst kontor”. Langt på vei forsøker Høvde slik å ”dele” helsedirektørrollen: Når Helsedirektøren opptrer på Departementets vegne bør han støtte seg på sin

229) Oftedal praktiserte som lege i Stavanger fra 1933 til 1941, og satt samtidig (fra 1934) i bystyret for Arbeiderpartiet. Fra 1941 satt han i tysk fangenskap, først i Norge, så i Sachsenhausen i Tyskland. Han var sønn av tidligere stortingsmann og statsråd fra Venstre, Lars Oftedal (1877-1932). Faren var statsråd fra 1921 til 1926 og fra 1928 til 1931, to ganger som sosialminister (1921-22 og 1924-1926). Han hadde en del sammenstøt med Lægeforeningen om sykeforsikringen. Sven Oftedals farfar var den kjente teolog, politiker og presseman Lars Oftedal (sr.) (1838-1900). Han representerte Venstre (fra 1988 Moderate Venstre) på Stortinget i flere perioder og grunnla *Stavanger Aftenblad*.

230) Karl Evang, *P.M. Sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen etter krigen*. P.M.et er utarbeidet i mai-juni. Det finnes bl.a. i Evang-samlingen i Helsetilsynets bibliotek.

231) Uttalelse til Sosialministeren. Ad: reorganiseringen av sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen. Uttalelse avgitt 14. desember 1945. Det finnes bl.a. i Evang-samlingen i Helsetilsynets bibliotek. Sitatet er fra s. 10

juridiske rådgiver; ja, nesten la denne fatte beslutningen. Ekspedisjonssjef Thorsen vil slik nesten komme tilbake. Men Høvde går lenger. Denne halvveisdelingen av direktørembedet vil han gjøre helt tydelig videre nedover i Direktoratet. Han skriver i sitt særvotum, som han leverte til utvalget den 5. oktober:

Helsedirektoratet som blandet fagdirektorat og departementsavdeling bør bygges opp med to sideordnede avdelinger, en medisinsk eller faglig avdeling med sine fagkontorer og under en medisinsk avdelingsjef, og en juridisk-administrativ avdeling med sine juridiske kontorer og under en juridisk avdelingsjef...²³²

Høvde legger til slutt til at det er viktig at "direktoratets enkelte embets- eller tjenestemenns myndighetsområde og ansvar blir klart og utvetydig fastslått, både instruksmessig og ved direktoratets administrative oppbygning".²³³ Direktoratet skal ikke bare nesten deles, denne nestendeling bør sikres gjennom rettslige kauteler. Evang skulle tøyles ved hjelp av jusen.

Evang ønsket seg imidlertid et Direktorat som var helt integrert, hele veien ned, på legelige premisser og som hadde en myndighetsfleksibel "heis-status". Han ønsket seg dertil, og ettersom tiden gikk – i stigende grad, en vag instruks. Instruksen fra 1927 passet ham derfor godt. Evang ville jo også ha en lege, ikke en jurist, som nummer to. I P.M.et fra juli 1945 taler han om denne personen som en "sjefsekretær (lege)". I utvalgsinnstillingen kaller han denne sjefsekretæren "underdirektør". Evang trengte en slik for å sikre at Direktoratet var medisinsk ledet også når han var borte. Underdirektøren skulle imidlertid, da han kom i 1946, få en mindre linjepreget tittel, nemlig medisinalråd. Evang kunne forøvrig, som også utvalgsinnstillingen viste, tenke seg en lovråd, en juridisk konsulent.

Evang svarte ikke på Høvdets argumentasjon; han overhørte den demonstrativt. Han hadde makten.

En av Høvdets fagkolleger, den nå nokså ydmykete Theodor Thorsen, utdypet på en interessant måte Høvdets rettsstatlige argumentasjon mot Evangs langtdrevne fagstyreambisjoner i en dobbelkronikk i Morgenbladet 11. og 12. desember 1946. Evangs fagstyre innebar at helsevesenet skulle styres svært selvstendig, blant annet ved å ha budsjettinitiativet, mens Thorsen pekte på behovet for å styre det som en del av en helhetlig politikk. En jurist, fremholdt Thorsen, ville på en helt annen måte enn en medisiner være åpen for "andre statsformål og hensynet til hva statsbudsjettet som helhet kan bære".²³⁴ Evang svarte Thorsen i et innlegg i Morgenbladet 21.12.1946.²³⁵ Evang grep bare fatt i Thorsens fortolkning av historien,

232) *Ibid.*, s. 10-11.

233) *Ibid.*, s. 11.

234) Th. G. Thorsen, "Medisinalvesenets administrasjon", kronikk nr. II, *Morgenbladet* 12.12.1946.

235) Svaret har samme tittel som Thorsens kronikk, "Medisinalvesenets administrasjon". Evang skriver blant annet: "Ekspedisjonssjefen gir en sterkt sammentrengt og – formodentlig av den grunn – noe ufullstendig historikk og en tilsvarende gjennomgåelse av de anker som allerede i mange år hadde vært rettet mot den tidligere ordning av vår sentrale medisinaladministrasjons med en medisinsk og en juridisk sentralinstans og med et ytterst uklart forhold mellom dem".

spesielt det som skjedde under krigen, men overhørte, eller overså, ellers Thorsens mer prinsipielt rettede organisasjonsbetraktninger. Thorsen var nå forlenget ”nedkjempet”, og skulle snart pensjoneres.

Evang fikk det i denne omgang langt på vei som han ville. Høvdes ”rettsstatlige” argumenter falt på stengrunn, både i det ”nye” Finansdepartementet og i Regjeringen. Finansdepartementet sørget imidlertid for å ta bort både lovråden og andre deler av Evangs budsjett. Det ville tydelig underordne Evangs direktorat den overordnede økonomiske plan for samfunns(gjen)oppbyggingen. Evang reagerte også på dette, men oppnådde intet. Politisk kunne han ikke hamle opp med de nye selvbevisste planøkonomene. Men han oppdaget slik tidlig hvem utfordrerne var, rettsstatens jurister, skjønt det visste han, og planstatens økonomer. De sistes makt ble han snart klar over, og kom til å mislike. Når han i ikke liten grad vant frem i første omgang var det fordi han fikk politikerne med seg. Men gradvis kom støtten fra den kanten til å forvitne, og også politikerne havnet, som den tredje viktige gruppen, på hans ”svarteliste”. Fra da av, la oss si fra midt i 1950-årene, var han samtidig på defensiven.

Den nye ordningen, basert på Evang-utvalgets forslag, ble stadfestet gjennom kongelig resolusjon av 12. mars 1948.²³⁶ Fredag 14. mai, ble så Evang formelt utnevnt som *helsedirektør*. Det het i statsrådsbeslutningen: ”Konstituert medisinaldirektør Karl Evang utnevnes til helsedirektør”. I samme statsråd ble også de andre konstituerte embedsmenn i Direktoratet formelt utnevnt i sine stillinger.

*

Evangs direktorat ble i stor grad et nokså medikratiske organ. Det fikk det vi har kalt en heisstatus. Det ble et uavhengig direktorat i medisinske spørsmål og en departementsavdeling i politiske spørsmål. Evang klarte også å avvise alle forsøk på å gjøre premissene for heisstatusen klare. Han ville ha størst mulig frihet til selv å avgjøre hva som var medisinsk faglige og hva som var politiske saker. Da han tiltrådte som medisinaldirektør i 1938 gjaldt, som nevnt, en embedsinstruks gitt ved kongelig resolusjon 11. mars 1927. Den var nå foreldet, spesielt for så vidt som den forutsatte at Medisinaldirektøren stod utenfor Departementet. Samtidig gav den Medisinaldirektøren en så vidt vid og sterk stilling, at den, tolket i en ny, heispregert virkelighet, passet Evang bra. Den gav ham et vidt handlingsrom. Instruksens viktigste paragrafer hadde denne ordlyd:

§ 1. Medisinaldirektøren står direkte under det departement som det civile medisinalvesen hører under. Han skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alt som kan tjene til å fremme landets sundhets- og

236) Det fremgår av en protokollutskrift fra Det kgl. Statsråd-sekretariat, bifalt ved kongelig resolusjon av 12. mars 1948, at omordningen skjedde da. Protokollutskriften, som finnes i Helsetilsynets fjernarkiv, boksene for eldre organisasjonssaker, er undertegnet av Leif Østern. Denne dato bekreftes også av protokollen for utnevningen av Evang og de andre embedsmennene i Direktoratet, 14.5.1948. I et udatert notat Evang (åpenbart), etter anmodning fra Tollvesenets administrasjonskomité, siden skrev om Helsedirektoratets organisasjon og arbeidsområde, er datoen for omordningen, oppgitt som 12.5., men skrevet inn for hånd (etterpå).

medisinalvesen og skal treffe eller bringe i forslag de foranstaltninger, som i så henseende måtte ansees påkrevet.

§ 2. Han har å føre tilsyn med at de gjeldende bestemmelser om det offentlige sundhetsvesen gjennomføres, å bistå helse rådene med råd og veiledning, samt å føre tilsyn med apotekvesenet og med lægenes, tannlægenes og jordmødrenes virksomhet. Han har å foreta de i den anledning nødvendige inspeksjoner. Videre fører han tilsyn med statens medisinalanstalter i den utstrekning hvortil han finner grunn eller efter spesiell oppfordring fra departementet.

§ 3. Han sender inden fastsatte tid til departementet forslag til budgett for det civile medisinalvesens forskjellige poster, eller avgir sin uttalelse i de tilfelle hvor det påligger nogen annen å utarbeide forslag.

§ 4. Han har å avgi innstilling ved besettelse av civile lægeembeder og stillinger og ved meddelelse av apotekbevillinger. Han har til departementet å avgi forslag eller uttalelse om opprettelse av nye apotek og om enhver foranstaltning vedkommende medisinalvesenet, som han ikke selv kan treffe endelig beslutning om.

§ 5. (Om besettelse av underordnede legestillinger ved statens medisinalanstalter.)

§ 6. (Om autorisasjon av hjelpevaksinatorer.)

§ 7. (Om hans plikt til å fatte bestemmelser i henhold til diverse lover etc.)

§ 8. (Om hans plikt til å gi regler etter bestemte lover.)

§ 9. (Om plikt til å gi regler for utforming av legenes årlige medisinalberetninger.)

§ 10. (Om plikt til å foreta rettelser i gjeldende medisinaltakster.)

§ 11. Han utgir de årlige fortegnelser over eksaminerte eller autoriserte læger, tannlæger og dyrlæger.

§ 12. Han utfører for øvrig de gjøremål som lovgivningen har henlagt til medisinalstyrelsen, når noget annet ikke uttrykkelig er bestemt eller fremgår av sammenhengen.

§ 13. Han avgir besvarelser og erklæringer angående saker, hvis avgjørelse beror på sakkyndig skjønn eller innsikt.

§ 14. Han er departementets konsulent i saker vedrørende det civile medisinalvesen. Han har dessuten på begjæring å bistå de øvrige

regjeringsdepartementer med avgivelse av betenkninger, for så vidt det utkreves medisinal sakkyndighet.

§ 15. (Om plikt til å finne seg i endringer i instruksene.)

Samlingen av den sentrale helseforvaltningen i 1945 fikk altså sitt formelle grunnlag i 1948. Ved kongelig resolusjon av 12. mars 1948 ble Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opphevet (punkt 1). Videre i resolusjonen heter det

2. Medisinalavdelingens og Medisinaldirektoratets funksjoner overføres til Helsedirektoratet som skal være en avdeling av Sosialdepartementet og samtidig et direktorat med de oppgaver som tillå Medisinaldirektoratet. 3. Helsedirektøren utfører de funksjoner som tillå så vel den tidligere ekspedisjonssjefen for Medisinalavdelingen som Medisinaldirektøren. 4. I Helsedirektoratet opprettes 8 kontorer (som nevnes). 5. I helsedirektoratet opprettes følgende embeter (foruten embetet som Helsedirektør): 1 Medisinalråd, 1 Statens overlæge for hygiene. 1 Statens overlæge for tuberkulose. 1 Statens overlæge for psykiatri. 8 byråsjefer for de under punkt 4 nevnte kontorer. 6. Forretningsordenen for overlægene og byråsjefene i hygienekontoret, tuberkulosekontoret og kontoret for psykiatri, fastsettes ved instruks.

Siden resolusjonen innebærer en eksplisitt legitimering av Helsedirektoratets medikratiske oppbygning er det påfallende at instruksene fra 1927 ikke endres. Evang har hatt overoppsyn med utformingen av resolusjonen, men har altså ikke følt noe behov for samtidig å endre instruksene fra 1927, en instruks som jo på vesentlige punkter var i strid med den nye organisasjonsformen. Vi kan ellers konstatere at tre kontorer får en "statens overlege" som sjef. Kvalifiseringen "Statens" gir, som vi har sett, disse overlegene en slags opphøyet status og rolle. Den markerer overlegenes både institusjonelt overordnede og (faglig) selvstendige status og rolle. Etter hvert ble overlegene, særlig ettersom de ble flere, bare omtalt som overleger, men noen (av de tre) foretrakk, helt til titelen forsvant, å omtale seg som "Statens overlege for (av og til ble "i" brukt) ..." Den forsvant egentlig i 1972 (nesten 1970). Det het nemlig i statsrådsaken (nr. 160, 28.4.1972, s. 4) ved ansettelsen av Aud Blegen Svindland i det gamle embedet som "Statens overlege for hygiene" i 1972:

*Etter bestemmelse gitt ved kongelig resolusjon av 12. mars 1948 om organiseringen av Helsedirektoratet som avdeling av Sosialdepartementet, ble det i Hygienekontoret, Tuberkulosekontoret og Kontoret for psykiatri foretatt utnevnelser i embeter som **statens overlege for hygiene, tuberkulose og psykiatri.***

*I senere opprettet embete er det foretatt tilsvarende utnevnelse som **statens overlege for det offentlige legevesen.***

*Da det i 1970 også ble opprettet embete som overlege tilknyttet Sykehuskontoret, ble vedkommende imidlertid utnevnt som **overlege i Sosialdepartementet, Helsedirektoratet.***

Sosialdepartementet foreslår at man i nærværende sak og ved senere ledighet i overlegeembetene i Helsedirektoratet følger sistnevnte mønster, med utnevning som overlege i Sosialdepartementet, Helsedirektoratet.

I noen grad ble imidlertid allikevel den gamle, institusjonelle titelen brukt helt til delingen av Direktoratet i 1983. I en institusjonshistorisk artikkel, eller et foredrag, formodentlig fra 1983 eller senere, taler Torbjørn Mork om "Statens overlege i psykiatri – det tapte embete". Også han synes slik å ha antatt at titelen "Statens overlege" gjaldt helt til delingen av Direktoratet i 1983. Vi ser også at han brukte preposisjonen "i", noe som var vanlig, og ikke "for", som er det riktige: Overlegen var overlege *for* sinnsykevesenet, ikke *i* klinisk psykiatri på en bestemt institusjon.

Vi skal gå tilbake til instruksene, og mer alment, det evangiske medikrati som det utviklet seg, og som han, Evang, utviklet det.

Evang hadde selv, gjennom Socialistiske Lægers Forening, like før han ble utnevnt, tatt til orde for å endre instruksene. Nå, etter resolusjonen av 1948, skulle man tro han ville vært enda mer opptatt av å endre den. Det var han ikke. Han ble endog stadig mindre opptatt av det. Han så at en klarere, og for så vidt mer ajourført, instruks kunne gjerde ham inne, som juristene ønsket. Den første statsråd som tok opp instrukssspørsmålet var Aaslaug Aasland (1890-1962). Hun satte ned et utvalg, med Evang som medlem, for å se på alle instruksene i Direktoratet. Da intet så ut til å skje, purret hun, mot slutten av sin statsrådstid, i mars 1953. Evang unnskyldte seg med arbeidspress, men lovet at et utkast til instruks skulle foreligge før sommerferien. Fire år senere gjorde han det i et internt notat klart at han hadde lagt saken til side.²³⁷ Han hadde for lengst skjont at en instruks først og fremst ville binde. I sine kronikker i Morgenbladet, som vi ovenfor har nevnt, tok den ellers forsiktige Thorsen kraftig i da han mente at den styringsordning Evang var iferd med å innføre nærmest var et uttrykk for det nazistiske "fører-prinsippet".

Helsedirektørens stilling innebar altså at han hadde direkte tilgang til statsråden. Han måtte ikke gå via en juridisk ekspedisjonssjef, eller senere (1955), en juridisk (eller økonomisk) departementsråd. Høvdes forslag om å opprette en underdirektørstilling var et forslag om å få Evang inn i den departementale fold, og kanskje om igjen å dele Direktoratet. Selv om Høvde ikke vant frem, vant det syn han representerte allikevel etterhvert frem. Hans forslag var et forslag som antesiperte 1983. Men mye skjedde før.

237) Nordby, *op. cit.*, s. 204.

Doktor Gudmund Harlem (1917-1988) ble i 1955 sosialminister og han både kunne, og våget å, utfordre Evang. Han gjorde det blant annet ved å få opprettet en ekspedisjonssjefstilling for en jurist. Det skjedde i 1956, og stillingen gikk til Kaare Bjerkomp, byråsjefen i Budsjet- og personalkontoret siden 1950.²³⁸ Evang kunne ikke stanse Harlem, men han gjorde det han kunne for å begrense stillingens omfang; dog uten formelt å oppnå så mye. Men opprettelsen av stillingen var en prinsipiell utfordring, for så vidt som den bar i seg kimen til en ny deling av Direktoratet. Som vi har nevnt ønsket Evang i 1945 å få en lovråd. Lovråden skulle være nettopp det, en råd, eller en konsulent. Han skulle ikke inn i linjen; han skulle være i staben. En ekspedisjonssjef er en linjeleder, med direkte adgang til statsråden, og Bjerkomp fikk instruksfestet at han hadde slik adgang. Man kan si at Harlem nå fulgte Høvdets råd fra 1945, og vel så det. Bjerkomps status var formelt slik at han nesten kunne sees på som sideordnet med Evang, og som uttrykk for at Direktoratet var delt. Harlem utfordret endog Evang ved å *si* det: Det kunne bli aktuelt å flytte Direktoratet ut og la ekspedisjonssjefen få bli igjen i Departementet, men han nølte nå. Han husket den gamle ordningen og syntes heller ikke den var god.²³⁹

Bjerkomp fikk, som naturlig var for en ekspedisjonssjef, delta i møtene med statsråden, men kom aldri til å utfordre Evang ved å forsøke å innta en sideordnet posisjon. Den vennlige, diplomatiske og svært forsiktige Bjerkomp lot seg gjøre til en slags lovråd, ja, også en slags økonomiråd, for Evang. Evang kom også snart til å bruke ham meget aktivt, så aktivt at forholdet til byråsjefene ble mer distansert. Paradoksalt nok kom slik opprettelsen av ekspedisjonssjefembedet mer til å svekke enn styrke juristene, og ”byråkratene” generelt, i Direktoratet, iallfall slik de siste så det.²⁴⁰ Men for Evang ble Bjerkomp en nyttigere mann enn han hadde tenkt han ville bli. Evang fortsatte dog å irritere seg over at Bjerkomp hadde fått ”den misvisende tittel av ekspedisjonssjef”. ”Det ville”, mente han fem år etter utnevnelsen, ”være en fordel om dette kunne rettes opp i nogenlunde nær fremtid”.²⁴¹

Som ung medisinerstudent og sosialist hadde Gudmund Harlem nesten ukritisk sett opp til Evang. I kullboken fikk han denne devise: ”Evang var midlet, Evang var målet – alltid det samme gnålet”.²⁴² Han fulgte med Evang under flukten nordover, skjønt ikke til England, og Evang gav ham under krigen signaler om at han var ønsket i Helsedirektoratet etter krigen. Det gikk altså med Harlem som det under krigen var gått med flere andre av Evangs jevngamle legevenner fra Socialistiske Lægers Forening – som var blitt hans underordnede: De reagerte på hans kommanderende stil. Harlem

238) Bjerkomp ble først ansatt i Helsedirektoratet i 1946, som sekretær I. Bjerkomp var født i 1907 og var cand. jur. fra 1940.

239) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 206, med note 37.

240) Disse betraktninger bygger på samtaler med flere som arbeidet i Direktoratet på denne tiden, men spesielt på en samtale med Egil Danielsen 6.1.2009. Statsviteren Danielsen begynte i Direktoratet første gang i 1958, som saksbehandler, og etter engasjementer i Lønns- og prisdepartementet og Rasjonaliseringsdirektoratet kom han tilbake til Direktoratet som byråsjef (Sykehuskontoret) i 1971.

241) Karl Evang, ”Noen administrative problemer i Norge idag belyst ved eksempler fra helsesektoren”, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1961, s. 81-111; sitatet er fra s. 109.

242) Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986*, Oslo: Gyldendal, 1997, s. 20.

reagerte også på Evangs sterke sektororientering. Han var mye mindre av en medikrat enn sin indirekte læremester.

Som Evangs overordnede ville det dessuten nå for Harlem vært direkte ydmykende å la seg dominere av Evang. Han tok derfor igjen, på sin samtidige bestemte og vennlige måte. De tidligere statsråder hadde ikke kunnet hamle opp med Evang. Oftedal var svekket etter krigsfangenskapet og ville helst ut av politikken. Evang bidro nok til det siste. Den unge Direktørens voldsomme energi og virketrang bragte Oftedal på defensiven. Det var ubehagelig å merke Evangs kritikk for at han i budsjettssammenheng ikke slåss nok for helsevesenet, og av og til kunne han be Evang dempe seg.²⁴³ Allikevel kan man knapt si at forholdet mellom dem var dårlig.

Trond Nordby forteller at da Oftedal døde meldte Evang sin statsrådsinteresse for statsminister Einar Gerhardsen (1897-1987). Gerhardsen ble forskrekket over en slik demonstrasjon av personlige ambisjoner, og valgte istedenfor juristen Aaslaug Aasland. Hun var forberedt som konsultativ statsråd siden 1945 i Sosialdepartementet. Da Oftedal døde, og hun fikk overta Sosialdepartementet, var det først som ”bestyrer”; statsråd ble hun i 1951. Det var ennå ikke helt akseptert å ha en kvinne som statsråd. Aasland var, som Oftedal, ingen maktpolitiker, og i en tid da økonomisk og næringsmessig gjenoppbygging tok det meste av oppmerksomheten, var det vanskelig for henne å vinne frem med helsevesenets behov. Hun kom snart på defensiven. Evang var skuffet og viste det. Han gjorde knapt noe for å styrke hennes posisjon og selvtillit. Han tok seg til rette, innen de rammer han hadde. Aaslaug Aasland gikk av i 1953, kanskje etter eget ønske. Hun var da 63 og hennes kapasitet var redusert både av helsemessige grunner, hun var sterkt plaget av leddgikt, og av politisk svekkelse.²⁴⁴

Aaslands etterfølger, Rakel Seweriin (1906-1995), som hadde tatt artium og var blitt stortingsreferent, og var gift med en radikal lege, Alf Seweriin (1909-1961)²⁴⁵, fikk enda mindre til enn Aasland, og gav siden uttrykk for det selv. Hun hadde nølt med å ta på seg statsrådsvervet og kom aldri til å trives som statsråd.²⁴⁶ Helt umulig ble det da Gerhardsen igjen overtok etter

243) Kfr. Nordby, s. 166.

244) Den sterke LO-lederen på den tiden, Konrad Nordahl, gav uttrykk for at ”var det noen som burde skiftes ut så var det henne”. Kfr. K. Nordahl, *Dagbøker*, bind 1, 1950-1955, Oslo: Tiden, 1991, s. 105. Her sitert etter Hans Olav Lahlum, *Oscar Torp. En politisk biografi*, Oslo: Cappelen, 2007, s. 318. Lahlum opplyser (samme sted) også at Haakon Lie, i samtale med ham, har bekreftet at Aaslaug Aasland ble sett på som en svak statsråd.

245) Seweriin kom fra en arbeiderfamilie og ble som medisinerstudent tiltrukket av det sosialistiske legemiljøet. Han var redaktør av *Sosialistisk Medisinsk Tidsskrift* 1939-1940 og etter krigen (1946-1947) formann i Sosialistiske Lægers Forening. Han flyktet til England under krigen og ble sent i 1942 sekretær i Evangs medisinaldirektorat i London. Han satt i stillingen til april 1945 og fortsatte så i Helsedirektoratet frem til utpå nyåret 1946. Han ble gift med Rakel Solberg i 1936. Han var hennes annen mann; den første var journalisten og forfatteren, den tidligere Mot Dag-mann, Ernst Sørensen (1903-1972).

246) Kfr. Lahlum, *op. cit.*, s. 317. Lahlum baserer seg på protokoll fra landsstyremøtet 27.10.1953 og på Seweriins notater fra samme møte. Disse notater finnes i Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek, Seweriins personarkiv. Selv om Rakel Seweriin hadde nølt med å si ja til Torp, rivaliserte hun med sin forgjenger. Aaslaug Aasland fulgte også sin etterfølger nøye og gav, to år etter etterfølgerens tiltredelse, overfor Konrad Nordahl uttrykk for at Rakel Seweriin var ”en kvinne av halve sannheter”.

Torp i 1955. Gerhardsen og Seweriin hadde et kjølig forhold til hverandre.²⁴⁷ Aasland var varm og omsorgsfull, Seweriin kaldere og spissere; de mislyktes langt på vei begge to. Seweriin stod svakt i Regjeringen, og ble nedad helt overkjørt av den alltid like godt forberedte og offensivt argumenterende Evang.²⁴⁸ Det hemmet ikke Evang at han siden før krigen hadde hatt et godt forhold til Statsråden og hennes mann.²⁴⁹



2. august 1955: Rakel Seweriin, 49 år, går av som sosialminister og etterfølges av Gudmund Harlem. Seweriin hadde sittet to år som minister i Oscar Torps regjering, men Einar Gerhardsen, som nå for tredje gang ble statsminister ville ha "sin egen" mann i Sosialdepartementet. Det ble den da bare 38 år gamle legen. Harlem satt som sosialminister til 1961, da han ble forsvarsminister. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

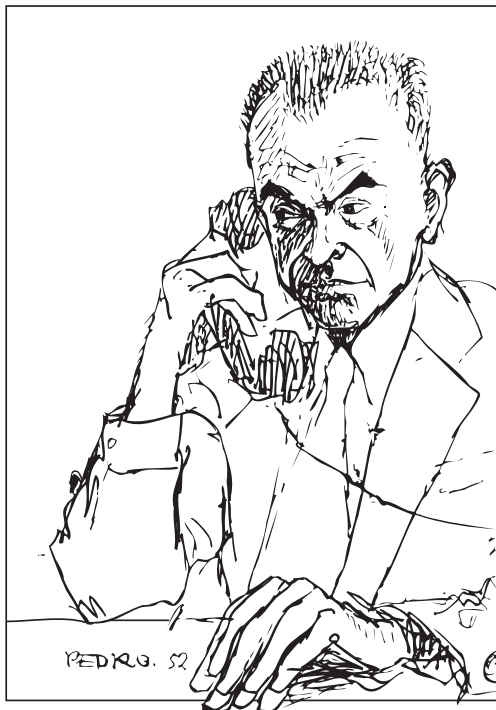
Harlem ble en større utfordring for Evang. Evang trengte en mann som Harlem for å nå frem oppover, men samtidig ble Harlem en utfordring i politikkkutformingen: Han, Evangs gamle elev og disippel, ville være sjef. Statsministeren var blitt bekymret for helse- og sosialpolitikken, etter en

247) Etter lang tids press gav Oscar Torp på nyåret 1955 etter og bad om avløsning som statsminister. Formelt startet det ved at Torp på sentralstyremøtet i Arbeiderpartiet 4. januar 1955 bad om å få bli løst fra vervet som statsminister. Torp hadde neppe ønsket å gå av, men hadde ikke lenger noe valg. Einar Gerhardsen *ville* tilbake som statsminister igjen. Sentralstyret innvilget enstemmig Torps ønske om å få gå av, men Rakel Seweriin, med støtte fra tre andre, krevde å få protokollført at hun fant statsministerskiftet unødvendig. Etter oppfordring fra Torp eller finansminister Trygve Bratteli frafalt de fire å få inn protokolltilførselen. Kfr. Hans Olav Lahlum, *Oscar Torp. En politisk biografi*, Oslo: Cappelen, 2007, s. 343. Rakel Seweriin skal ha ment at Einar Gerhardsen via andre, iallfall fra høsten 1954, skal ha arbeidet for å få bort Torp som statsminister. Kfr. Lahlum, s. 348. Kfr. også Finn Olstad, *Einar Gerhardsen. En politisk biografi*, Oslo: Universitetsforlaget, 1999, s. 298-299.

248) Kfr. Nordby, s. 208. Nordby har intervjuet så vel Seweriin som Harlem.

249) Forholdet fortsatte å være godt også etter at Rakel Seweriin var gått av som statsråd, går det frem av erindringerne til deres felles venn, Trygve Bull. Kfr. Trygve Bull, *På tvert*, Oslo: Cappelen, 1983, s. 34.

serie med svake ministre, og ønsket nå sterkere styring. Han tok sin nære venn, endog turkamerat, Gudmund Harlem, som han visste var pragmatisk og resultatorientert som han selv, og som han også kjente som en dyktig administrator. At han var lege gjorde ham bare enda mer nyttig, ikke minst i håndteringen av Evang, en person som ikke passet Gerhardsen godt. Harlem var oppmerksom på Evangs strategiske egenskaper og på de ukentlige møter (torsdager) han hadde med Evang, Bjørnsson og Bjerkomp, var han alltid både godt forberedt og ekstra observant. ”Jeg måtte være så på vakt for ikke å bli lur”, fortalte Harlem senere til en kollega. Harlem fortsatte overfor kollegaen: ”og jeg vennet meg til å se på Bjørnssons håndbevegelser for å finne ut av det”. Så la han til: ”Jeg drakk aldri kvelden før de møtene!”²⁵⁰ Evangs forhold til sin gamle beundrer, forble anstrengt.²⁵¹



Helsedirektøren runder 50.
Her i Pedros uforlignelige strek.
Gjengitt med tillatelse fra VG.

Evang hadde store planer da han tok fatt etter krigen. Han følte at han ble stanset av de tre første statsråder fordi de var for puslete. Så snudde det. Han fikk en sterk statsråd, Harlem, og til dels flere forholdsvis sterke statsråder, først Olav Bruvik (1961), så en kort tid Aase Bjerkholt (1963) (f. 1915) og deretter Olav Gjærevoll (1963) (1916-1994) (avbrutt av det borgelige mellomspill høsten 1963, med Kjell Bondevik (1901-1983)), og ble slik passet mer

250) Kjell Bjartveit, ”De 15 første årene – 40 år i den offentlige helseforvaltning”, kåseri holdt ved fylkeslegemøte, Statens helsetilsyn, Soria Moria, 26.11.1997, s. 6. Privat manuskript. Harlem fortalte dette til Bjartveit da de mange år etterat Harlem var gått av som statsråd satt sammen i et utvalg.

251) I intervju med Maren Skaset forteller Anders Chr. Gokstad at Evang, etter at Harlem var gått av, hadde betrodd ham at ”det (forholdet til Harlem) hadde vært vanskelig”. Kfr. Skaset, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (doktoravhandling), 2006, s. 52.

på. Det bidro til den politiske påpassing at den energiske, og politisk godt skolerte og bevisste, Bjørn Skau (f. 1929) satt som disse statsråders statssekretær.²⁵² Skau hadde forøvrig begynt i Sosialdepartementet som politisk sekretær allerede i 1959.

Evang fikk et godt forhold til Egil Aarvik (Kr.F.) (1965) (1912-1990), og fikk Aarvik med på mer i sykehuspolitikken enn ”godt” var, slik Finansdepartements embedsmenn så det, og slik snart også de sentrale politikere skulle komme til å se det. Den beskjedent utdannede, legmannskristne emissær og meget vennlige og omgjengelige Aarvik, ble både imponert og charmert av den rasjonalistiske akademiker Evang. I sine erindringer skriver han at Evang ”hadde en helt spesiell evne til klar og eksakt saksfremstilling. Hans veltalenhet var overveldende i den grad at han kunne kverve syn.” Han legger til: ”Som leder i Helsedirektoratet var han både avholdt og beundret. Jeg delte fullt ut beundringen og kom etter hvert også til å like mannen”.²⁵³

Kanskje forstod også Evang Aarvik bedre enn mange hadde trodd han ville gjøre? Evang var dattersønn av Nidaros-biskop Vilhelm Wexelsen (1849-1909), hadde stått sin fromme, men liberale, mor, Anna Beate, nær og hadde beholdt en liberal kristentro til et stykke ut i medisinerstudiet.²⁵⁴ Da Aarvik ble utnevnt, sørget Evang for å kjøpe inn Aarviks bøker og sende dem rundt i Direktoratet. En av dem hadde tittelen ”Vi gjemmer oss på bedehuset”. –Jeg må vite hvordan vår statsråd tenker, sa Evang.²⁵⁵ Han ville forberede både seg selv og sine medarbeidere.²⁵⁶ Forholdet til den borgerlige regjering ble allikevel noe anstrengt. Aarviks statssekretær til 1968, Kåre Kristiansen (1920-2005), var svært opptatt av å bruke embedsverket som et politisk redskap.²⁵⁷ Det ble vanskelig, ikke bare fordi Evang ville drive helsepolitikk selv, men også fordi Direktoratets dobbeltrolle gjorde at det formelt var vanskeligere å styre politisk. Kristiansen ble etterfulgt av Per Høybråten (1932-1990) i 1968, uten at det hjalp på departementsledelsens forhold til Evang. Også Høybråten var en styringsbevisst og ideologisk tydelig politiker, og, som Evang, ikke uten temperament.

Etter at Evang var gått av ble det også for almenheten tydelig at forholdet til statssekretærene hadde vært anstrengt. Evang kom i 1973 i en skarp offentlig polemikk med Høybråten. Polemikken fortsatte for så vidt med den nye

252) Bjørn Skau var aktiv i AUF, blant annet som nestformann (1952-58), og siden sykehussjef i Buskerud fra 1978 til 1986 og deretter direktør for Sentralsykehuset i Buskerud til 1993. I 1981 var han justisminister i Gro Harlem Brundtlands første regjering.

253) Egil Aarvik, *Smil i alvor. Fragmenter av et liv*, Oslo: Gyldendal, 1985, s. 140.

254) Morfaren, som i 1906 kronet kong Haakon og dronning Maud, var grundtvigianer. Slik sett var det ikke så underlig at Evang var tilsluttet den mest liberale kristne studenterforening, Norges Kristelige Studentforbund. Morfarens søster, Marie Wexelsen (1832-1911), skrev i 1859 julesalmen Jeg er så glad hver julekveld. Mormoren, bispinnen, Anna Beate Wexelsen (1874-1942), var prestedatter. Deres dattersønn, Karl Evang, gav gradvis opp sin barnetro, men meldte seg først ut av statskriken i 1934. Evangs mor, Anna Beate, hadde arvet farens og morens liberale kristentro, og hans tilknytning til Venstre (både stortingsmann og statsråd), mens faren, Jens Ingolf, som var jurist, sakfører, byråkrat og til slutt ble byråsjef, var ateist. Kfr. Nordby, *op.cit.*, s. 24. Etterat Evang hadde vendt kristendommen ryggen beholdt han en tydelig skepsis både til kristendom og kristne. Han fikk kristne medarbeidere i Direktoratet, men de merket at han var skeptisk til dem.

255) Fortalt av Kjell Bjartveit 7.11.2008. Hendelsen er omtalt også i Bjartveits kåseri, *op. cit.*, s. 6.

256) Kåre Olav Solhjell, *Tro og makt – Kristeleg Folkepartis historie 1933-2008*, Oslo: Det Norske Samlaget, 2008, s. 215.

257) Samtale med Stein Kåre Kristiansen (f. 1951), Kåre Kristiansens sønn, 31.10.2008.

helsedirektør, Torbjørn Mork. Høybråten, som Kristiansen, ville dele Direktoratet; ja, det ville egentlig også Aarvik – omenn ikke så lenge Evang satt.

Evang fikk et også et litt krevende forhold til sin siste statsråd, LO-mannen, Odd Højdahl (1921-1994) (A). Højdahl var mer økonomisk forsiktig enn Aarvik hadde vært, men kunne også fatte beslutninger litt brått, uten at han hadde hatt tid til eller interesse av, å høre de faglige argumenter for de ulike løsninger. Etter er møte hvor Højdahl, litt kjapt, hadde fattet en ”sjefsbeslutning” i et spørsmål som nok krevde noe mer sakkunnskap enn statsråden hadde, bemerket Evang overfor den tilstedeværende medarbeider fra Direktoratet: ”Dette er helseplanlegging på et høyt nivå”.²⁵⁸

Med årene ble Evang mer forsiktig oppover. Han var blitt satt på plass noen ganger og opptrådte etterhvert mer embedsmannsaktig. Han kom derfor knapt med vurderinger av statsrådene overfor sine medarbeidere. Hvis han gjorde det, var det på underfundige og humoristiske måter, som sitatet ovenfor er et eksempel på. Det bør legges til at Evang var nøye med ikke å gå utover sin embedsmannsrolle. Han gjorde sine synspunkter gjeldende overfor statsrådene, men var, iallfall langt på vei, lojal overfor dem og de beslutninger de hadde fattet. Libertas skal i femtiårene ha fulgt ham med argusøyne, men uten å kunne finne noe å ”arrestere” ham for.²⁵⁹ I spørsmål som gjaldt politikk mer alment, kunne han dog gjerne utfordre de regjeringer han var satt til å tjene. Spesielt gjaldt dette utenrikspolitiske spørsmål, først NATO-politikken og siden EEC/EF-spørsmålet. Han gikk også sterkt ut mot Regjeringens forslag om å opprette et universitet i Tromsø, et forslag kirke- og undervisningsminister Kjell Bondevik stod bak og var svært opptatt av. Evangs reaksjoner i denne sammenheng var nok noe dristige, for såvidt som de ikke minst gjaldt tanken om å la det nye universitet få et medisinsk fakultet. Ja, dette fakultetet var en særlig viktig begrunnelse for å opprette universitetet i nord. Det skulle være et tiltak for å bedre legerekutteringen til Nord-Norge. Statsråd Bondevik hadde også selv, meget bevisst, valgt ut den person som skulle lede forberedelsen av universitetsopprettelsen i nord, nemlig den allerede godt kjente indremedisineren Peter F. Hjort. Innad i Direktoratet fnøs Evang både av forslaget og av utnevnelsen av Hjort – ”han der Hjort”, som Evang av og til omtalte ham.²⁶⁰ Evang kunne av og til omtale det nye universitet i nord som ”dette akademiske koksverk”.²⁶¹ Han visste ikke da at han, ”på ettersom”, skulle få et engasjement som gjesteprofessor der.

I tabell 4.1. har vi gitt en oversikt over regjeringene og sosialministrene i Evangs tjenestetid som helsedirektør. Ministrene som virket i Norge under okkupasjonen er ikke tatt med. Som nevnt lå medisinalforvaltningen meste-parten av tiden under okkupasjonen under Innenriksdepartementet.

258) Opplyst av daværende overlege i sykehuskontoret, Sverre Harvei. Intervju 22.10.2008.

259) Opplysning gitt av Anders Evang i samtale den 27.10.2008.

260) Opplyst av Kjell Bjartveit, 6.11.2008.

261) *Ibid.*

Tabell 4.1: Norske sosialministre i Karl Evangs tid som helsedirektør, 1938-1972.

Regjer.	Partigr.-lag	Regj.tid	Sosial- minister	Minist.- tid	Minister- utdan.	Minister- fødested	Minister- levetid
Johan Nygaardsvold	A (mindretall/delv. koal. u. krigen)	1935-45	Oscar Torp Sverre Støstad	1936-39 1939-45	Håndv. Arbeider	Skjeberg Steinkjer	1893-1958 1887-1959
Einar Gerhardsen I	A, H, V, B, NKP	1945	Sven Oftedal	1945	C. m.	Stavang.	1905-48
E. G. II	A	1945-51	S. Oftedal Aaslaug Aasland	1945-48 1948-51	C. j.	Sandnes	1890-62
Oscar Torp	A	1951-55	A. Aasland Rakel Seweriin	1951-53 1953-55	Ex. Art.	Hoff	1906-95
E. G. III (mindret. fra 1961)	A	1955-63	Gudmund Harlem Olav Bruvik Aase Bjerkholt Olav Gjærevoll	1955-61 1961-62 1963 1963	C. m. Tekn. inst. Handels- skole C. real./ dr.philos.	Oslo Haus Oslo Tynset	1917-88 1913-62 1915- 1916-94
John Lyng (H)	H, Sp, V, Kr.F. (m.tall)	1963	Kjell Bondevik (Kr.F.)	1963	C. philol.	Leikanger	1901-83
E. G. IV	A (m.tall)	1963-65	O. Gjærev.	1963-65			
Per Borten	Sp, H, V, Kr.F. (flert.)	1965-71	Egil Aarvik (Kr.F.)	1965-71	Ungd.sk.	Børsa	1912-90
Trygve Bratteli I	A (m.tall)	1971-72	Odd Høydahl	1971-72	Jur. studier	Oslo	1921-94

Selv om Evang fikk mindre spillerom etter hvert, klarte ingen statsråd å føre tankene om deling av Direktoratet, og dermed fjernelse av Evang fra direkte tilgang til den øverste makt, frem til virkeliggjørelse. Innad og nedad stod Evang for sterkt. En del statsråder kunne stagge ham når han ville "diktere" dem. De kunne imidlertid sjelden diktere ham. Ingen av dem kunne måle seg med ham i intellektuell styrke og personlig "trykk", heller ikke Harlem. Arbeiderpartiet, hans parti, ja, det politiske miljø alment, ville derfor vente til Evang gikk av. Der kom signaler underveis om å oppheve Direktoratets og Helsedirektørens heisstatus, blant annet, som vi skal komme tilbake til, fra Forvaltningskomiteen (1970), men intet skjedde.

Medikratisert sett skal den medisinske ledelse i en stor og voksende organisasjon være kollegial, altså kollektiv. Vi har sett at de ledende medisinske ledere fra Kierulf og frem til mellomkrigstidens medisinaldirektører stod på

denne linje. På ett vis gjorde også Evang det. Han talte stadig om ”team-work” og gjennom sin legeledergruppe skapte han en slags kollegial ledelse, en legeledelse. Selve organisasjonen endret han ikke så meget; ja, han endret den påfallende lite. Som vi allerede har påpekt, førte Evang i hovedsak videre den helseavdeling Østrem hadde samlet og laget under krigen. Han fjernet Befolkningskontoret, men beholdt de øvrige kontorer. Østrem fagliggjorde i noen grad lederstillingene. Det arbeidet fortsatte Evang, men markerte det tydeligere enn Østrem hadde gjort. Han gav de medisinske ledere tittelen overlege, som Holmboe i sin tid hadde gjort med de to sinnssyke- og tuberkuloselederne, og til dels som Heitmann hadde gjort da han fikk disse tilbake, dog bare som inspektører. Ja, de ble ikke bare overleger, de ble, som vi har nevnt, ”Statens overlege *for* hygiene,” etc. Gjennom dette tillegget ble stillingenes faglige uavhengighet understreket.



Helsedirektør Karl Evang, 44 år (mars 1947). Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Men Evang måtte gå skrittvis frem. Det viste seg ved at han ikke fikk inn flere overleger i starten enn Østrem hadde hatt medisinske kontorsjefer, nemlig tre (av åtte i Evangs tilfelle, av syv i Østrems tilfelle). Evang lot den nå nokså tilårskomne, men erfarne og dyktige ”medisinaljurist”,²⁶² Olaf Lundamo (ansatt 1922), få fortsette som sjef for Legekontoret, selv om Medisinalråden, Evangs nestkommanderende, i stor grad kunne fungere også som en slags overlege for kontoret. Men med Medisinalråden, nestlederstillingen han fikk opprettet i 1946, kunne Evang starte med en legeledelse på fem, seg selv innbefattet. I 1961 kom så en lege inn som overlege og sjef for Legekontoret, nemlig Terje Due Strand (1920-1986). Året etter skjedde det samme i Sykehuskontoret og inn kom Tryggve Hauan (1909-2003); han ble imidlertid bare overlege, ikke Statens overlege for sykehus-

262) Kfr. Fredrik Mellbye, *Slit med helsa*, Oslo: Gyldendal, 1989, s. 157.

vesenet: En ny tid var i emning. Byråsjefene, juristen Thomas Amlie (f. 1895), som var utnevnt i 1953, og ikkeakademikeren Karl Berntzen, ”Lille-Ka’l” (f. 1904), som var konstituert i 1946, ble slik dyttet ned et hakk i sine kontorer. Evang hadde fra da av og i sine siste ti år som helsedirektør en syvhodet legeledelse; kfr. tabell 4.2.

Tabell 4.2: Legelederguppen i Helsedirektoratet, 1945-1972

Embede	Innehaver/ periode	Liv
Helsedirektør	Karl Evang 1938-1972	1902-1981
Medisinalråd	Jonn Caspersen 1946-1950 Jon Bjørnsson 1950-1977	1907-1969 1909-1987
Overlege, Legekontoret	Terje Due Strand 1961-1972	1920-1986
Overlege, Hygienektr.	Jon Bjørnsson 1946-1950 Fredrik Mellbye 1950-1972	1909-1987 1917-2003
Overlege, Ktr. for psykiatri	Wilhelm Hoffmann 1946-1948 Christofer Lohne-Knudsen* 1948-1974	1902-1955 1908-1985
Overlege, Tub.ktr./Ktr. for sosialmedisin	Otto Galtung (Hansen)* 1946-1974	1904-1981
Overlege, Sykehuskontoret	Tryggve Hauan 1962-1970 Sverre Harvei 1970-1973	1909-2003 1933-

Kilder: Norges statskalender; Norges Leger (1986).

*CL-K satte inn bindestreken i navnet sitt i 1974. Han fortsatte å arbeide i Direktoratet til 1976, men da ikke som overlege. Galtung tok bort Hansen i 1966.

I sitt notat fra slutten av krigen hadde Evang tenkt seg en adskillig mer omfattende fagledelse, med overleger for sinnssykevesenet, turberkulosevesenet og venerologitjenesten og inspektører for det offentlige legevesen, sykehusvesenet, folkeernæringen, skolelegevesenet, tannlegevesenet (en tannlege) og sykepleien, helsesøstertjenesten iberegnet (en sykepleierske). Hvis Direktoratet også fikk ansvaret for idretts- og friluftsvesenet, kunne enda en fagstilling komme på tale.²⁶³ Han fikk det altså ikke helt som han ville, heller ikke slik.

Denne legegruppen, supplert med de andre leger i Direktoratet, møttes som regel til lunch klokken 11, og holdt på til 11.30, av og til noe lenger. Her ble matpakkene spist. Deltagerne hadde med teposer. Evangs (evige) sekretær, frøken (Ambjørg) Foshaug,²⁶⁴ stod klar med vannkjelen. Lunchene fant sted på Evangs kontor; deltagerne satt rundt hans konferansebord. Evang residerte ved bordenden. Når han var borte, hvilken han ofte var, satt Bjørnsson på hans plass. Lunchsammenskomstene ble en slags fagmøter. Evang tok straks ordet, når han var tilstede, og beholdt det som regel. Bjørnsson kunne komme inn med noen skarpsindige kommentarer, avlevert på dvelende stavangersk. Også Mellbye kunne av og til smette inn, med noen stakkato

263) Kfr. Evangs *Utkast til en plan...*, *op.cit.*, del 2, s. 3-4.

264) Frk. Foshaug, hun ble bare kalt det, hadde vært Evangs sekretær lenge, men vi har ikke funnet ut når hun begynte. Hun var en ”institusjon” i Helsedirektoratet.

formulerte underfundigheter. De øvrige forholdt seg som regel tause. De lyttet til sjefens orienteringer om hva han hadde foretatt seg siste døgn og om tanker og planer han hadde. Undertiden kom han inn på ”gamle dager, og spesielt krigen. Da kunne lunchene trekke endel ut.”²⁶⁵

Disse lunchene utgjorde en fagpedagogisk institusjon. Evang lærte her opp sine medarbeidere, og det var meget å lære. Selv om det slik ble mye opplæring, ble lunchene aldri kjedelige. Medarbeiderne lyttet, lærte – og ble fascinert. Med sin skarpe, nesten metalliske stemme, sin stringente, godt poengterte, fremstillingsmåte, og sin intense tilstedeværelse, grep han sine tilhørere og medarbeidere på en slik måte at de aldri skulle glemme det. ”Seansene” hadde slik også en annen funksjon: De skapte, vedlikeholdt og bygget kultur. De gamle ledere var der og forble der, og var selv kultur-bærere. De yngre skulle ofte videre, i det offentlige legevesen, men ble gjennom de oppdragende luncher kulturelt endel av den evangiske orden. Endelig hadde, selvsagt, lunchene en tredje viktig funksjon: De bekreftet og forsterket Evangs autoritet. De fungerte nesten som de ”imponeringsløp” sjefshannen i mange dyreflokker hver morgen gjennomfører – for å markere og reetablere hierarkiet.

Men overfor én person virket ikke imponeringsløpet. Den eldste av Evangs overleger, Otto Galtung (Hansen), den eneste av dem han hadde samarbeidet med siden tredveårene, og den eneste som stod, eller hadde stått, ham forholdsvis nær politisk, fikk etterhvert nok. Den mest temperamentsfulle av Evangs ”kardinaler” holdt seg etterhvert borte fra telunchene. Til en av sine medarbeidere på Tuberkulosekontoret, Kjell Bjartveit, uttalte han: ”Jeg orker ikke å sitte inne og høre på disse kamintalene hans!”²⁶⁶ Betegnelsen Galtung brukte henviser til de taler, ”fireside chats”, president Franklin D. Roosevelt (1882-1945), foran kaminen (peisen) i det ovale kontor, holdt til det amerikanske folk. Galtung ble etter hvert som en vantro på et vekkelsesmøte: Han ble stående utenfor fortryllelsen, og undret seg over at andre lot seg rive med.

Bjartveit hadde begynt i Direktoratet i 1957, men allerede fra slutten av førtiårene var Galtungs forhold til Evang blitt distansert, skjønt de beholdt begge respekten for hverandre. For Galtung hadde imidlertid Evang for godt tapt evnen til å imponere og fortrylle, og endog skremme. Galtung var en utpreget fagmann, en mann som gikk i dybden, og lenge veide for og imot før han bestemte seg. Han kunne ”alt” som var å kunne om tuberkulose og styrte tuberkuloseomsorgen med en fast hånd. Han reagerte på Evangs tendens til å popularisere, og til å uttale seg faglig både om dette og hint. Denne reaksjonen var ikke uproblematisk for medikraten Evang, for han baserte jo nettopp sin autoritet på faglig grunnlag.

Evang brukte altså legelunchene også som imponeringsløp. Samtidig var lunchene en slags institusjonelle imponeringsløp: Møtene representerte

265) Vi baserer oss her på Kjell Bjartveits kåseri, *op. cit.*, s. 7, på samtaler med Bjørn Jøldal 15.10.2008, Sverre Harvei 22.10.2008 og Kjell Bjartveit 7.11.2008 og på Trond Nordbys Evang-biografi, *op. cit.*, s. 163.

266) Opplyst av Kjell Bjartveit i samtale 7.11.2008.

legenes imponeringsløp i forhold til resten av staben, men mest utfordrende gjorde de det i forhold til juristene. De representerte jo den andre store faggruppen. Men også overfor farmasøyter og tannleger virket naturligvis legelunchene status- og autoritetsunderstrekende. De markerte at der var noe nesten føydalt over Direktoratet. Vi skal komme tilbake til det.

De andre begynte etterhvert å reagere på de eksklusive lunchmøtene. Tidens atmosfære endret seg og slo inn i Direktoratet. Evang hadde gode antenner og registrerte det, og tilpasset seg. I løpet av høsten 1961 eller våren 1962, gjorde han lunchmøtene om til tverrfaglige luncher. Nå ble alle invitert til de ”oppdragende” luncher, og hver ble invitert en bestemt dag. Faggruppene ble blandet. Men møteformen endret seg ikke så meget, og Galtung lot seg stadig ikke friste til å komme.



Jon Bjørnsson, medisinal-råd fra 1950 til 1977, ved sitt alltid ryddige skrivebord. Bildet er tatt 11. mai 1960. Bjørnsson var da 51 år. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

I tillegg til lunchmøtene var der mer formelle ledermøter. Her møtte overlegene, byråsjefene og selvsagt den medisinske og juridiske direktoratsledelse. Møtene fant sted fredag morgen fra 9 til 10. Evang orienterte selv først om hva som var skjedd og skulle skje. Spesielt brukte han tid på å redegjøre for de torsdagsmøter han, sammen med Jon Bjørnsson og Kaare Bjerkomp, senere Knut Munch-Søegaard (1923-2008), hadde hatt med Statsråden (og Statssekretæren). Etterpå lot han ordet gå rundt bordet og hvert kontor redegjorde for ting som kunne ha mer almen interesse. Evang kunne kommentere redegjørelsene, og der kunne undertiden være korte meningsutvekslinger. Fredagsmøtene var nærmere knyttet til beslutningsprosessene enn lunchmøtene, men heller ikke disse møter var formelle beslutningsmøter. De var først og fremst orienteringsmøter. De formelle

beslutningstagere, eller formelle beslutningsinnstillere (overfor departementsledelsen), var jo enkeltpersoner, enten Evang selv, eventuelt etter konsultasjon med de aktuelle medarbeidere, eller de enkelte kontorledere.

Fra tid til annen ble der holdt almannamøter. Når noen, det var alltid leger, hadde hatt et studieopphold i utlandet, fikk de en time til å redegjøre for det for resten av staben.

Omgangstonen i Direktoratet var under Evang lenge nokså formell, men i løpet av sekstiårene forsvant De-formen. Dog ble stort sett etternavn brukt. Når kolleger omtalte hverandre utad ble tittel brukt. Også tiltaleformen reflekterte imidlertid maktforholdene. Legelederne brukte etterhvert fornavn til hverandre.

Evang ledet på en svært tydelig og stram måte, men gav samtidig sine fagledere stor frihet innen de rammer han hadde trukket opp. Det fulgte av hans fagstyresyn: Hvis faglig innsikt skulle legges til grunn, måtte de faglige ledere selv ha vid beslutningsmyndighet. De enkelte kontorledere ble slik også en slags nasjonale fagledere. De kom således også til å få lov til å synes innen sine institusjonelle sfærer: Christofer Lohne-Knudsen innen psykiatrien, Otto Galtung (Hansen) innen tuberkuloseomsorgen, Fredrik Mellbye innen hygienearbeidet, og noe senere Terje Due Strand innenfor legeprofesjonen spesielt, men også innen helsepersonellsektoren mer alment, og Trygve Hauan og Sverre Harvei (f. 1933) innen sykehusvesenet. Som Evang gav sine fagledere stor fagstyrefrihet, gav også faglederne de fagutøvende ledd ute i helsevesenet betydelig faglig frihet. Også det fulgte av ideen om fagstyre.

Medisinalråd Bjørnsson kunne, som Evang, uttale seg mer generelt på vegne av Direktoratet, men gjorde det alltid på en langt forsiktigere måte enn Evang.

Overlegene var også kontorledere, men fikk altså fagtitler, titler som markerte deres uavhengighet og hva som var det viktigste grunnlag for deres autoritet. Mot slutten av Evangs epoke kunne også de andre faglederne bruke fagtitler: overapoteker og overtannlege. Det reflekterte profesjonsdemokratiseringen. Denne demokratiseringen strakte seg dog ikke så langt som til sykepleien. Der kom ikke noen oversykepleier(ske) under Evang, forsåvidt heller ikke under Mork. De øvrige kontorledere fikk byråkratiske, og linjepregede, titler, altså titler som byråsjef eller kontorsjef, siden også underdirektør.

Overlegenes spesielle posisjon ble også understreket ved at de var høyere gasjert enn byråsjefene: I 1972 var deres årsgasje på 82 580 kroner, mot byråsjefenes 62 840; overlegene tjente altså nesten en tredjedel (31,4 pst.) mer enn byråsjefene. I virkeligheten lå de enda høyere over byråsjefene, siden de som regel hadde inntektsgivende arbeid ved siden av å være direktoratsoverleger. Evang selv hadde en gasje på 95 960 kroner, mens medisinalråden fikk 89 030. Direktører i staten var normalt lønnet som ekspedisjonssjefer, med 85 460 kroner i året.

Som det fremgår av tabell 4.2 ble Evangs overlegegruppe, hans ”public health team”, etter hvert en stabil gruppe. Wilhelm Hoffmann i Psykiatrikontoret forlot ham allerede i 1948 og hans medarbeider fra før krigen, og hans første medisinalråd og stedfortreder, Jonn Caspersen, ”sviktet” ham i 1950; den første for å bli overlege på Gaustad, den annen for å bli sjef på Rikshospitalet. Tapet av Caspersen var følbart. De to andre i den opprinnelige legegruppen, Jon Bjørnsson og Otto Galtung (Hansen), forble lojale. Snart kom to nye til, som også skulle forbli lojale, Christofer Lohne-Knudsen (1948) og Fredrik Mellbye (1950). Disse fem, Evang, Bjørnsson, Galtung (Hansen), Lohne-Knudsen og Mellbye utgjorde altså den stabile, medisinske ledelse i mesteparten av Evangs direktørtid etter krigen. Som vi ser var de også nokså jevngamle. De var alle, bortsett fra Mellbye, født i århundrets første tiår – og døde, igjen bortsett fra Mellbye, i århundrets åttende tiår.



Fredrik Mellbye, overlege for hygiene fra 1950 til 1972, så stadsfysikus i Oslo til 1985. Her er han avbildet i forbindelse med sin 44-årsdag 15. februar 1961. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Om de fem politisk hadde ulike sympatier, bare Galtung hadde politisk stått Evang nær, delte de i mangt hans syn på det offentlige helsearbeid og på betydningen av å forankre det i medisinen, og spesielt den hygieniske medisinen. Alle Evangs legeledere hellet i borgerlig retning, mens Galtung holdt seg til ”Einar og Halvard” – han var en lojal sosialdemokrat.²⁶⁷ De var imidlertid alle medikrater, men altså mer prekliniske enn kliniske sådanne,

267) Galtung hadde sittet i skolestyret for Arbeiderpartiet i perioden 1946-1949 og var siden tilbudt ”sikker plass” på Arbeiderpartiets stortingsvalgliste i Oslo, men hadde avslått. Kfr. Kjell Bjartveit, *Hvit pest, svart tjære*, Michael 2007: 4: Supplement 7, s. 42. Når kolleger undertiden ”konfronterte” ham med hans fortid i Mot Dag protesterte han. ”Jeg var aldri med der. Jeg bare samarbeidet faglig med dem” (altså med Evang). Opplysning gitt av Kjell Bjartveit i samtale 7.11.2008, 10.7.2009.

og, kanskje derfor, mer planorientert enn de kliniske medikrater, særlig praksismedikratene, var. Evang og Galtung var tildels selvlærte folkehelsemedisinere, og hadde publisert faglig betydelige artikler av ernæringsfysiologisk og yrkeshygienisk karakter i sine unge år. Bjørnsson og Mellbye hadde tatt formell folkehelseutdannelse (MPH) ved den fremste av MPH-skolene, Johns Hopkins University; Bjørnsson i 1941, Mellbye i 1950. Terje Due Strand, som kom inn mot slutten av Evangs periode, men tidligere hadde vært i Direktoratet som assistentlege, hadde MPH-grad fra University of Toronto, også en av de fremste MPH-skoler.



Statens overlege for psykiatri 1948-1973, og en av Evangs "kardinaler", Christofer Lohne Knudsen, fotografert i november 1949.

Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Men de fems, eller seks', prekliniske orientering ble også et problem i deres, og Direktoratets, forhold til kjernen av deres profesjon. De fikk tildels et litt anstrengt forhold til profesjonens store flertall, de kliniske leger, og spesielt til de privatpraktiserende leger. De fikk dermed også et litt distansert forhold til den forening de alle tilhørte, Lægeföreningen. Spesielt var det tilfelle for Evang selv. I Lægeföreningen satt Odd Bjercke (1909-2005), generalsekretæren fra 1948 til 1976, altså storparten av Evangs tid, som den virkelige daglige leder og toneangivende person. Han kom fra den private side, og ble valgt til generalsekretær i konkurranse med den offentlige legen Aage Johansen (1901-1964).²⁶⁸ Han gjorde det, skjønt Foreningens president da var Evangs gamle kollega fra SLF, hygieneprofessor Axel Strøm. Det er interessant at selv overfor de offentlige leger fikk Evang og hans direktorat i noen grad vanskelig for å vinne helhjertet oppslutning. De var, de fleste av dem, mere klinikere enn hygienikere. Direktoratet ville at de skulle

268) Bjercke hadde, interessant nok, vært sekretær i Evangs direktorat et drøyt år i 1947-1948, altså like før han overtok som Lægeföreningens generalsekretær.

prioritere hygienearbeidet. Overlege Due Strand gjorde det klart for en gruppe distriktsleger på et møte i begynnelsen av 1960-årene. Distriktslegene fikk beskjed om, beretter distriktslege i Vik i Sogn fra 1957 til 1965 Knut Rein (f. 1919), at de bare var forpliktet til å utføre klinisk arbeid i ”den utstrekning det ikke kom til foretning for offentlig arbeid”.²⁶⁹ Møtets tema var distriktslegenes store arbeidspress.

Evang fortsatte, på medikratiske vis, å understreke betydningen av at legene var aktive nedover og ikke ble rene kontormennesker. Selv om han jo selv var et ”kontormenneske”, og drev saksbehandling og ikke (pre)pasientbehandling, så han ikke på seg som det. Han var lege, og forstod sitt ”kontorarbeid” som praksis innen ”administrativ medisin”. Med juristene forholdt det seg anderledes; de var kontormennesker, som ”Konthorsen” hadde vært det. Han understreket derfor hele tiden hvor viktig det var at legene drev en del ”inspeksjon”, men også at de deltok på fagmøter hjemme som ute; ja, det var også fint om de kunne drive litt praksis: De tilhørte først og fremst preklinikken, særlig den, og klinikken, ikke byråkratiet.

Selv reiste Evang meget, og både inspiserte, foredro og omgikk kolleger på høyt nivå ute, spesielt i WHO i Geneve. Han skrev også gjennom hele sin embedstid ikke så sjelden rent medisinske artikler om teknisk-hygieniske og sosial-hygieniske (han brukte gjerne betegnelsen sosialmedisinske) emner, både i ”Tidsskriftet” og i utenlandske tidsskrifter, blant annet det toneangivende *Journal of the American Public Health Association*. Det betydde mye for ham å kunne vise sine kolleger, og seg selv, at han holdt seg faglig à jour. Hans svært lojale stedfortreder, Jon Bjørnsson, var i mange år bedriftslege i Telegrafverket. De andre i Evangs kjernegruppe hadde også bierhverv, om enn gjerne noe mer ”abstrakte”: Galtung var lenge knyttet til Statens Attføringsinstitutt, Lohne-Knudsen var konsulent for Sentralsykehuset i Akershus og Aker sykehus og Mellbye, den største sosiale begavelsen blant dem, hadde et ”utall” av viktige verv, blant annet i organisasjoner og i Norges almenvitenskapelige forskningsråd.

Også de andre leger i Direktoratet kunne drive, og drev ofte, en eller annen form for medisinsk praksis, klinisk eller preklinisk. Den gamle, uformelle, ordningen om at leger kunne drive litt praksis, seks timer, i praksis en dag, i uken, stod ved lag. Ordningen ble sett på med irritasjon av de andre. De forstod ikke hvorfor det var viktigere for legene å holde seg faglig à jour på denne måten enn det var for andre. Spesielt reagerte den andre store gruppen, juristene, negativt. Nordby viser i sin Evang-biografi forståelse for dem: ”Det ville .. vært utenkelig at juristene drev egen advokatpraksis ved siden av”, skriver han, og man kan få inntrykk av at han, med tilslutning, refererer Bjerkomps etterfølger som ekspedisjonssjef, Knut Munch-Søegaard.²⁷⁰ Den tradisjonsrike ordningen representerte imidlertid en måte å forstå medisinalledelse på som brøt med den tradisjonelle juridiske styrings- og ledelses-

269) Knut Rein opplyste dette i et foredrag holdt 25. september 1990. Foredraget har han sendt Aina Schiøtz, som siterer fra det i sin bok *Doktoren – distriktslegenes historie 1900-1984*, Oslo: Pax, 2000, s. 378, note 31.

270) Nordby, *op. cit.*, s. 162.

forståelse. Legene så på ledelsen som faglig og interaktiv, juristene så på den som distansert og nøytral. Det bør også legges til at mens legene egentlig tilhørte pre/klinikken, og skulle fortsette med det, tilhørte juristene forvaltningen, eller ”andre” deler av rettsvesenet.

Men dette er bare en del av bildet, slik Evang, med rette, så det. I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i 1968²⁷¹ kommenterer Evang en tidligere artikkel av dosent ved Rikshospitalet Peter F. Hjort.²⁷² Hjort hadde i sin artikkel foreslått at det skulle opprettes et ”medisinsk fagråd” til hjelp i den faglige prioritering. De raskt økende utgifter til helsevesenet gjorde dette nødvendig, mente Hjort. Evang avviser forslaget og henviser til at Helsedirektoratet har bred kompetanse selv, men i tillegg aktivt bruker *hele* helsevesenet for rådgivende formål. Det har en rekke råd det bruker, som Statens ernæringsråd, Statens råd i strålehygiene og Spesialitetsnemnda for legemidler. Det benytter seg flittig av utredningskomiteer der relevante eksperter deltar. I tillegg konsulterer det stadig eksperter av alle slag, ved fakultetene, ved Rikshospitalet osv., avhengig av behov. Med andre ord, Helsedirektoratet er faglig en integrert del av helsevesenet. I sin åpningstale til fylkeslegene og stadsfysici i februar 1968 føyde han til at Hjorts forslag vidnet om ”en relativt beskjeden innsikt med hensyn til hvordan helseadministrasjon foregår her i landet”.²⁷³

La oss igjen vende blikket mot Direktoratet i vanlig forstand.

Legene i Direktoratet måtte altså, mente Evang, ha en form for ”heisstatus”, også slik at de hadde litt praksis i (pre)klinikken. Men ellers var han også opptatt av at *alle* som arbeidet i Direktoratet i noen grad skulle ta inn over seg den medisinske og helsefaglige virkelighet de var satt til å forvalte. De ”egentlige” byråkrater skulle bringes til å tenke litt medikratisk de også, og til å bli mer lydhøre overfor legenes vurderinger. Han hadde selv erfart, og visste som lege, at kontakt med (pre)klinikken både var saklig og motivasjonsmessig viktig. I sin forvaltningsplan fra forsommeren 1945 betoner han det siste hensynet og skriver at

*Det er meget få mennesker som ikke går trett og mister kontakt med livets realiteter hvis de ikke selv får ansvar innenfor et bestemt område, og ikke får anledning til ved selvsyn i marken å sette seg inn i saker som de avgjør.*²⁷⁴

271) Karl Evang, ”Perspektiver for helsetjenesten”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 88, nr. 13, 1968, s. 1305-1310.

272) Peter F. Hjort, ”Tanker om medisinen i fremtidens samfunn”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 87, nr. 20, 1967, s. 1311-1312. Artikkelen var basert på en tale Hjort holdt ved Oslo-universitetets årsfest 2.9.1967.

273) ”Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i februar 1968”, *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, september 1968. Vi har ovenfor henvist til Evangs generelle skepsis til Hjort, en skepsis som blant annet skyldtes Hjorts arbeid med å etablere Universitetet i Tromsø.

274) Evang, ”P.M. Sentraladministrasjonen...”, *op. cit.*, s. 35.

Evang markerte også sin medikratiske innstilling ved å bygge ut den medisinske stab. Som vi har sett overtok etter hvert leger alle kontorlederstillinger det var aktuelt for leger å overta. De øvrige innehadde en tannlege (Tannlegekontoret), en farmasøyt (Apotekkontoret), en jurist og sykepleier (Sykepleiekontoret, senhøstes 1971), en jurist (Økonomi- og personellkontoret) og en økonom (Utrednings- og planleggingsgruppen). I tillegg kom en arkitekt-enhet, ledet av en arkitekt. Den var nært knyttet til Sykehuskontoret. De tre første av disse ”andre” kontorene var altså også ledet av helsefagfolk, dog slik at sykepleieren tillike var jurist. Bare to av kontorene var ledet av ”ekte” forvaltningsfolk. Ellers satt der jo en jurist i ekspedisjonssjefstillingen, en stilling som Evang langt på vei hadde gjort til en (lov)rådgiverstilling.

Fra 1970 fikk Evang inn leger som nestkommanderende i de overlegede kontorene, og skjøv slik her de juridiske byråsjefer enda lenger ned. Disse leger fikk selv sagt fagtitlene assisterende overleger. Da han gikk av var det kommet fire assisterende overleger, dertil en spesiallege (1971). Da han startet etter krigen var et flertall av saksbehandlerne, nemlig 13 av 23, jurister; tre var leger, 5 farmasøyter mens to ikke hadde akademisk grad. Etter hvert kom der inn flere, skjønt ikke mange, leger. De ble i endel tilfeller fra 1948 kalt assistentleger; men de byråkratiske titler ble også brukt for leger. Mot slutten av Evangs tid forsvant titelen assistentlege, og inn kom titelen legekonsulent, en kombinert byråkratisk og legelig tittel, kan man si; den var dessuten en tittel som muliggjorde litt bedre gasjering. Ifølge Statskalenderen kom den inn fra 1968, men den ble benyttet også i femtiårene.²⁷⁵ Da Evang gikk av var det åtte legekonsulenter i Direktoratet. Der var samtidig 24 ”vanlige” konsulenter og 14 førstesekretærer; av disse var tre farmasøyter, én tannlege og én psykolog.²⁷⁶

Evangs direktorat var altså medikratisk, og helsefaglig styrt, først og fremst ved at legene, og noen få andre helsefagfolk, satt i de aller fleste lederstillinger. I 1946 innehadde leger alle stillingene over byråsjefs nivå. Det gjorde de inntil 1956, mens de i 1972 innehadde 12 (67 pst.) av 18 slike stillinger.

En viktig del av Evangs og Helsedirektoratets utøvende apparat, spesielt hva angikk preklinikken og primærklinikken, var den offentlige legeetat, fylkeslegene og distriktslegene. Hvordan fungerte ”heisen” gjennom dette apparat? Av Evangs medisinske kjernestab hadde få særlig erfaring fra legeetaten. Tryggve Hauan, en overlege Evang ikke hadde så lenge, hadde vært distriktslege nordpå, og fungert som fylkeslege i Troms fra 1939 til 1948. De øvrige hadde beskjedne erfaring fra etaten, fra ett til tre år, og fra begynnelsen av karrieren. Evang selv, og Galtung (Hansen) hadde ingen erfaring fra etaten. Evangs ”generalstab” var, av bakgrunn og innstilling, mer preklinisk og administrativt enn klinisk innstilt. Det skapte en viss avstand til etaten og etatskulturen, og mer til distrikts- og stadslegene enn til fylkeslegene og stadsfysiciene.

275) Der var iallfall legekonsulenter fra midten av femtiårene. Kjell Bjartveit (e-brev 24.7.2009) ble således ansatt i et vikariat som legekonsulent I i 1957. Der var da legekonsulenter også i andre kontorer, blant annet Hygienekontoret.

276) Opplysningene er hentet fra Norges statskalender for de aktuelle år.

Som vi har sett tidligere tok det lang tid for legene i medisinalforvaltningen å få bygget ut et kraftfullt lokalt folkehelselag. Først i 1912 kom loven som skapte et mer offensivt grunnlag for utbyggingen. Gjennom loven kom amtslegetillingene, mellomledet, samtidig som antallet distrikts- og stadsleger ble vesentlig øket. Amtslegene, snart kalt fylkesleger, begynte å komme i 1914, nordpå. Men stillingene var til å begynne med kombinerte stillinger. Fylkeslegene måtte også betjene et distrikt. Det bidro til at de kom i en virkelig heispreget rolle. De hadde kontakt oppover, til Direktoratet, men særlig nedover, til preklinikken og klinikken; de tilhørte jo både mellomnivået og distriktsnivået.

De lokale offentlige legene, distrikts- og stadslegene, hadde også en heispreget stilling. De var en slags lokale helseledere, gjennom sitt ordførerskap i Helserådet (tidligere Sundhedskommissionen), samtidig som de drev hygienisk arbeid og hadde klinisk praksis. Ja, deres stillinger var dobbelte i to betydninger. De var det hierarkisk (heisrollen), men de var det også ”horisontalt”: De pendlet mellom den hygieniske og den kliniske rollen. Fagutviklingen, og den almene samfunnsutvikling, gjorde at disse kombinerte rollene kom under press. Der kom krav om større grad av spesialisering. Denne truet i prinsippet grunnlaget for det tradisjonelle medikrati, fundert som det var på rollekombinasjon. Truselen gjaldt både den vertikale og den horisontale kombinasjon. Den pekte mot at den kliniske og hygieniske rolle skulle adskilles og at lederrollen og fagrollen skulle adskilles. For legene, og nå for Evang og Direktoratet, ble de to adskillelser sett under ett, men slik at den første var den viktige.

Distriktslegene og stadslegene burde, som stadsfysiciene, i større grad bli hygienikere. Det innebar at de måtte fritas fra kliniske oppgaver og at der måtte komme flere kliniske stillinger. Men det ville koste meget, så vekten ble istedenfor lagt på å fjerne klinikkoppgaven fra fylkeslegeembedene og å bygge disse ut med nye stillinger. Fylkeslegene burde bli heltids hygienikere og ledere, mente Evang, men slik at den første oppgaven var den primære. De skulle være *helseleger*, ikke *helseledere*. Som vi ser av tabell 4.3 skjedde også det etter hvert. Den første rene hygiene/lederstilling for fylkesleger kom høsten 1945. Igjen startet det nordpå. Gradvis ble alle stillingene gjort ”hele”. Målet ble nådd i 1961. Men mer skjedde. Fylkeslegekontorene ble gradvis bygget ut og spesialisert. Fra 1947 begynte det å komme stillinger for fylkeshelsesøstre, fra 1958 for fylkespsykiatere. Kontorutbyggingen skjød fart fra 1961, da det kom stillinger for assisterende fylkesleger; senere ble disse stillingene til to, én for administrasjon og én for sosialmedisinske oppgaver. Der kom også sosionomer. Slik ble fylkeslegene, som en slags regionale helsedirektører, knyttet nærmere til Evang og Direktoratet, men fikk samtidig litt større distanse til de lokale leger.

Tabell 4.3: Fylkeslegeetatens utvikling 1945-1972: År for innføring av fylkeslegeembeder og for innføring av selvstendige embeder

Fylke	Første innføring	Hele embed.	Fylke	Første innfør.	Hele embeder	Fylke	Første innfør.	Hele embed.
Troms	1917	1945	Møre og Romsdal	1918	1946	Vestfold	1923	1955
Nordland	1915	1945	Akershus	1920	1946	Buskerud	1923	1957
Finnmark	1914	1946	Sør-Trøndelag	1918	1948	Rogaland	1917	1960
Aust-Agder	1929	1946	Oppland	1918	1949	Hedmark	1918	1961
Vest-Agder	1916	1946	Nord-Trøndelag	1929	1950	Telemark	1925	1961
Hordaland	1916	1946	Østfold	1925	1954	Sogn og Fjordane	1918	1966

Kilde: *Fylkeslegeembedet*, innstilling til Sosialdepartementet, avgitt 3. august 1982, s. 20.

Fylkeslegenes tilknytning oppover ble forsterket ved at de i stigende grad kom til stillingene gjennom en amerikansk MPH-utdannelse og, ofte, en viss praksis i Direktoratet. På toppen av det hele kom det forhold at fylkeslegene etterhvert skyldte Evang sin karriereutvikling; de var hans, ofte nokså personlig bevisste, valg. Disse valgene *var* virkelig bevisste, for Evang ”plukket” medarbeidere på en personlig og nokså elitistisk måte. Han ville ha de mest folkehelseinnstilte, men blant dem de faglig beste; han likte ikke å måtte ta hensyn til fagforeningskriteriet ansiennitet.²⁷⁷ Men selv til fylkeslegene var der, særlig i begynnelsen, en viss distanse. De gamle fylkesleger hadde vært skeptiske til utnevnelser av Evang. De kunne ikke helt godta at en så ung, men også så rabulistisk, mann skulle bli medisinaldirektør.²⁷⁸ De holdt, og beholdt, en kritisk avstand til ham. Denne holdning smittet nok i noen, skjønt varierende, grad over på dem Evang senere selv kunne utnevne. Nordby peker også på at mange fylkesleger etterhvert ble preget av sine fylkers interesser og at det førte til uenighet med Evang.²⁷⁹

Evang hadde regelmessige møter med fylkeslegene, etter hvert minst to ganger pr. år. Møtene varte to dager. De ble av mange omtalt som ”generalstabsmøter”. Emnene på møtene var valgt både av Direktoratet og fylkeslegene. Evang møtte også fylkespsykiaterne og andre ved fylkeslegekontorene minst en gang i året. Han holdt dessuten årlige møter med

277) På et møte i den norske avdeling av Det Nordiske Administrative Forbund den 16. mars 1961 uttalte Evang at han var skeptisk til arbeidstagerorganisasjonenes innflytelse over forfremmelser; de la så ensidig vekt på ansiennitet: ”Ensidig avansment på dette grunnlag (ansiennitet), gir ikke tilstrekkelig mulighet for full utnyttelse av de folk som søker til sentraladministrasjonen og kan heller ikke antas å virke tilstrekkelig selektivt stimulerende når det gjelder rekruttering.” ”Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren”, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1961, s. 105. Artikkelen finnes på s. 81-111.

278) Kfr. Nordby, s. 165.

279) Nordby, s. 213.

distriktslegene, møter der ca. en tredjedel deltok ad gangen.²⁸⁰ I tillegg kom den mer løpende kontakt, gjennom post, telefon og reiser. Denne kontakt foregikk imidlertid spesielt gjennom legekantoret. Evang kjente selvsagt alle fylkesleger, men i noen grad også de fleste distriktsleger. ”Heisen” fungerte, men den knirket noe, enkelte steder. Hans bevisste rekrutteringspolitikk bar imidlertid etterhvert frukter. Hans medarbeidere i Direktoratet ble virkelig hans ”public health team” fra et nokså tidlig tidspunkt.

Etterhvert som han ble eldre og den offentlige legeetat ble fylt med personer som skyldte ham meget, og meget mer enn stillingen, ble den i noen grad hans utvidede folkehelselag. Men samtidig som dette skjedde, slet han med å få bygget ut det siste ledd i kjeden, lokalledet. Der kom gradvis flere distrikts- og stadsleger, men Evang syntes det gikk aldeles for sakte. Antallet leger i det siste, og viktigste, ledd i hans styringskjede økte bare med vel 19 prosent i løpet av den tiden han virket etter krigen. Tar vi med hele hans tjenestetid er økningen på vel 23 prosent. Forsåvidt som hele legestanden vokste med vel 140 prosent i tiden etter krigen, fremstår veksten som svært beskjeden. Distriktslegestanden, den egentlige bærer av den norske legekultur fra gammelt av, og den eneste virkelig ”særnorske” legestand, var iferd med å bli en liten minoritet i norsk medisin. Dens andel av hele standen gikk ned fra 17,6 prosent i 1946 til 7,3 prosent i 1972. Den var på 23 prosent i 1937, på 19 i 1910 og på 37 i 1872.²⁸¹

Tabell 4.4: Antallet lokale offentlige (statlige) leger, 1939-1972 (Evangs tjenestetid)

År	Stadsfysici	Stadsleger	Distriktsleger	Leger ialt
1939	11	22	344	377
1946	12	21	357	390
1956	14	22	372	408
1962	8	28	405	441
1972	4	28	433	465

Kilde: Aina Schiøtz, *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900-1984*, Oslo: Pax forlag, 2003, s. 455

Evang ville altså ha flere leger, og helst at hvert distrikt skulle ha en heltids leder og hygiesjef. Han ville at denne lederen skulle ha et større personale, alle samlet i et *helsehus*. I dette huset skulle det være plass for omreisende spesialister, helsestasjon for mor og barn, mentalhygienisk rådgivningskontor, helsesøster og jordmor. Huset skulle også tilby laboratorietjenester.²⁸² Evangs tanke var at utviklingen av de lokale helsehus skulle skje innen

280) Kfr. Karl Evang, ”Perspektiver for helsetjenesten”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 88, nr. 13, 1968,

s. 1309. Hele artikkelen finnes på s. 1305-1310.

281) Tallene gjelder alle leger, ikke bare de yrkesaktive. Førkrigstallene baserer seg på Tore Lindbekk, *Mobilitets- og stillingsstruktur for tre akademiske profesjoner*, Oslo: Universitetsforlaget, 1967, s. 242. De nyere samlede legetall er tatt fra Statistisk sentralbyrås historiske legestatistikk. Tallene for distriktsleger er hentet fra Hans Petter Nesvold, ”Det offentlige legevesen i Norge og dets forebyggende oppgaver”, s. 17-22, i Øivind Larsen, red., *Forebyggende medisin*, Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1975.

282) Kfr. Aina Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 333.

rammen av en ny lov; en lov som skulle erstatte den gamle Sunnhetsloven (1860) og den noe yngre loven om de offentlige legeforretninger (1912). Komiteer ble nedsatt og der ble utredet, men loven kom ikke i Evangs tid.

Forholdet var at den offentlige legetjeneste, Evangs viktigste redskap ute i samfunnet, ekspansjonen til tross, mer og mer kom på defensiven. Også det tæret på distriktslegenes lojalitet overfor ham. Men problemene skyldtes ikke bare at Direktoratet ”somlet”, og at det ikke fikk de midler det skulle til å opprette nye stillinger. Det skyldtes også at medisinen spesialisering drev legene inn i sykehusene og bort fra praksis. Legestanden vokste, men ikke raskt nok til å holde tritt med spesialisthelsetjenestens legebehov. Men hvorfor gikk legene i så store skarer til institusjonene? De gjorde det fordi fagutviklingen hadde gitt legene i hendene muligheter som revolusjonerte den virksomhet som tradisjonelt hadde gitt legen hans identitet, det kliniske arbeid. Men disse muligheter kunne først og fremst taes i bruk i den spesialiserte, institusjonaliserte klinikk. Den primære klinikk ble den enkle, mindre spennende, klinikk. Preklinikken, den hygieniske institusjon, fremstod som enda mindre spennende; ja, for mange bent frem som kjedelig og som bare halvmedisinsk.²⁸³

Kjernen i den evangske medisinalpolitikk var altså truet på den mest grunnleggende måte. Truselen skulle heller ikke gli over. Han skulle føre offensivt videre den politikk hans forgjengere helt tilbake til dansketiden hadde arbeidet for å styrke og utvikle, den politikk som hadde det offentlige legevæsen som kjernegruppe. Mot slutten måtte han erkjenne at han ikke bare hadde lyktes. Etter at han var gått av fikk han også se konturene av det som skulle komme. Det var noe helt annet enn han hadde tenkt seg. Han så at han ble stående igjen som den siste representant for det som hadde vært. I en stor artikkel i Aftenpostens aftensnummer den 6. januar 1976, spør han: ”Vil myndighetene ha en svekket helsetjeneste?” Det er en stortingsmelding om de sosiale tjenester som får ham til å spørre.²⁸⁴ Meldingen har store implikasjoner for helsetjenesten lokalt. I en artikkel dagen etter, der han fører sine resonnementer videre, omtaler han stortingsmeldingen som en ”Farlig stortingsmelding”. Vi skal komme tilbake til den.

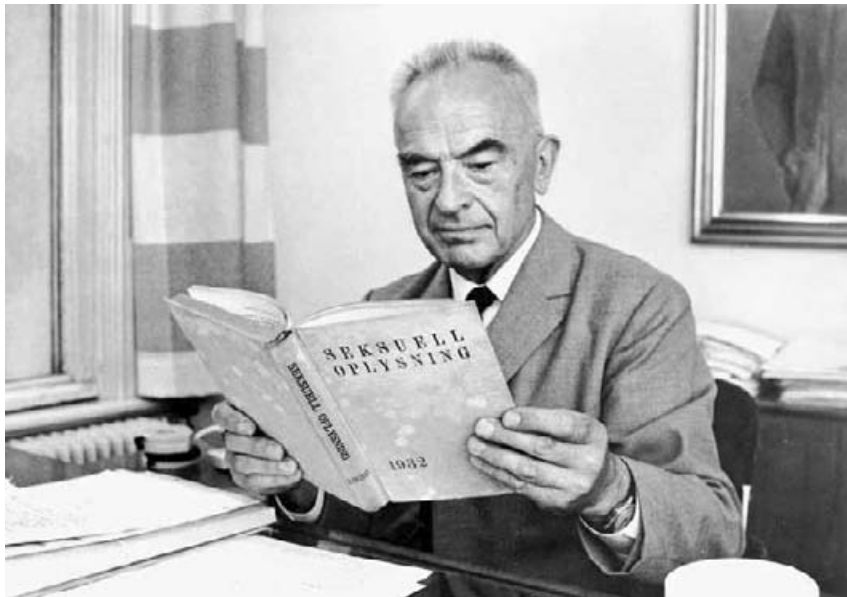
Evang som helsedirektør: noen tilleggsmomenter

Evang så på seg som en slags øverste, eller nasjonal, overlege. Han var overlege spesielt for preklinikken, men også for klinikken. I noen grad lå det nok i ham et ønske om å bli den samlede og samlende nasjonale overlege for et helt offentlig, planstyrt helsevesen. Han så for seg et helsevesen der penger ikke skulle spille en forførende og forstyrrende rolle på tilbudssiden. Hans sosialdemokratiske kollega i Sverige, Axel Højer (1890-1974), tenkte det samme, og forsøkte seg med sosialiserende fremstøt. Højer fikk ”krig” med sine kolleger i Läkarsförbundet, og dets iltre formann Dag Knutsson, og

283) I stigende grad ble det åpenbart at mye av det hygieniske arbeid krever vel så meget kjennskap til miljøet, og hvordan man kan gripe inn i det, som til individene og ”tradisjonelle” medisinske agens. Den ”gamle” hygienes suksess, knyttet til bekjempelsen av epidemiene, hadde dessuten gjort de forebyggende oppgaver mindre spektakulære.

284) *St.meld. nr. 9* (1975-76), Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat.

ble tvunget til å slå retrett. Han ble hjulpet til det av en pragmatisk statsminister, Tage Erlander (1901-1985). Evang antydet ikke engang at han kunne tenke seg en norsk sosialisering. Norsk medisin var vesentlig mer privat enn den svenske, og Evang visste at han ikke hadde noen muligheter for å nå frem med slike radikale tiltak. Hans kolleger ville stanse ham, og hans partifeller ville stanse ham. Han forsøkte seg derfor ikke.



Karl Evang var redaktør og medforfatter av *Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning*. Det kom ut fra 1932 til 1934. Evang skrev selv 13 artikler i tidsskriftet. I 1947 og 1951 kom det ut i bokform. Tidsskriftet var kontroversielt og gjorde straks Evang kjent. Første nummer av tidsskriftet ble trykket i 120 000 eksemplarer. Her minnes han gamle dager. Bildet er tatt av *Arbeiderbladet* 9. juli 1970. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Som vi har sett forsøkte han riktignok å avansere fra medisin til politikk, nemlig da Oftedal døde i 1948, men han ble kontant avvist, og forsøkte seg aldri mer. Han markerte seg nok flere ganger i budsjettkampen, av og til slik at det hørtes utad, men det representerte en noe mer akseptabel aktivisme på egen etats vegne. Men også i dette henseende ble han flere ganger satt på plass, og nesten på en endelig måte av sin gamle beundrer Gudmund Harlem (fra 1955).

Men om Evang ikke kunne få det helt offentlige helsevesen han i prinsippet kunne tenkt seg, kunne han gått ”løs” på det offentlige helsevesen, og det var mesteparten av helsevesenet, med Planen som utgangspunkt. Ja, selv det private helsevesen kunne han i noen grad ha lagt under ”planen”, siden det i så stor grad var offentlig finansiert, spesielt fra 1956. Han hadde også litt almene planer for de fleste deler av helsevesenet da krigen var slutt. Han

hadde også klart å skape det viktigste utgangspunkt for et offensivt styre, nemlig en samlet medisinalforvaltning, under hans lederskap.

Allikevel snudde han på lite. I hovedsak ble han en viderefører av den gamle helsepolitikk, endog en forsiktig viderefører. Vi har nettopp sett at hans forsøk på å modernisere lovene og planene for det offentlige legevesen ikke førte frem som han hadde tenkt seg. De ble ajourført i noen henseender, og vesenet ble noe bygget ut, men det var nesten alt. De nye lovene kom etter at han var gått av, og de representerte ikke det han hadde stått for, en videreutvikling av de gamle lover. De representerte nærmest et brudd med den gamle orden.

Arbeidet med å lage en landsplan for spesialisthelsetjenesten tok til fem-seks år før han tiltrådte. Den nye loven trådte i kraft vel to og et halvt år før han gikk av. Også hva den prekliniske politikk angikk måtte han nøye seg med de mindre fremskritt. For så vidt er det ikke så rart at han etter hvert resignerte noe; ja, nesten følte at ting begynte å gå i "gal" retning. I 1974 var Evang for siste gang med på et WHO-møte i Geneve. Disse møtene, ja den internasjonale virksomhet overhode, var antagelig det som personlig gav, eller hadde gitt, ham aller mest: På den internasjonale scene strålte han og ble møtt med beundring, skjønt også litt angst; han kunne være spiss. Han skrev hjem til sin hustru Gerda fra det siste møtet. Evangs elegante biograf Trond Nordby har fått adgang til Evangs brever og han siterer fra det brevet han sendte henne denne gang: "Den kontakt jeg får, og som kanskje på overflaten ser spennende og (ialfall) 'beskjeftigende' ut, mister mer og mer sitt innhold – med årene og erfaringene om deres overfladiskhet".²⁸⁵

At Evang ikke kom til å "revolusjonere" norsk helsevesen er for så vidt ikke så underlig. "Sosiologien" virker tungt; selv den sterkeste må i større grad bøye seg for den enn han kan forme den. Men han fikk for så vidt langt mer til enn de fleste kunne drømt om, hjemme som ute. Han skapte, iallfall i noen grad, det nye, samlede helsedirektorat og han ble en av de viktigste utformere av Verdens helseorganisasjon. Han ble en viktig, kulturskapende person i Norge fra midt i 1930-årene og nesten til hjerneslaget satte ham ut av spill i mai 1976.

Men at det gikk så sent på mange områder er neppe uten sammenheng med psykologi. Han kunne kanskje i større grad ha tatt de store sakene selv. Han kunne kanskje slik ha drevet dem frem i større tempo, og med mer konsekvens. Hans ideer var jo også mer evolusjonære enn revolusjonære. Han kunne se ut til å ha alle forutsetninger for å klare det. Han hadde en energi som var forbløffende, og som ofte fjettet dem han møtte. Han var skarpsindig og kjapp. Hans skrifter fra slutten av tyveårene og frem til han ble medisinaldirektør reflekterer, også de mest ideologiske av dem, intellektuell briljans. Han kunne blitt en stor professor, og ville antagelig ha løftet hygien og sosialmedisinen til prominens. Det hadde det vært behov for. De var fag som stod, og ble stående, svakt på Fakultetet i Oslo. På talerstolen fløt disse

285) Nordby, s. 278-279.

sidene ved ham, energien og skarpsindigheten sammen, og gjorde ham til en stor taler. Fredrik Mellbye, som stadig fulgte ham på møtene i Genève, sa i sin tale ved Evangs bære i 1981:

Når han talte ble det ganske stille, og han talte slik at tvers gjennom språkbarriere merket man det personlige engasjement, gleden, og også den ekte og dype fortvilelse, og av og til forargelse når emnet ga rom for det. Det var som å overvære uroppførelsen av en stor symfoni. Det gikk kaldt og varmt opp og ned av ryggen på oss som var hans landsmenn.²⁸⁶

Det var først og fremst i talen Evang eksellerte. Her var hans energi, hans skarpsindighet og hans formuleringsevne rene ressurser. Her brukte han hele seg selv, men her fornyet og inspirerte han også seg selv. I unge år hadde han nesten på samme måte kunne utfolde seg gjennom sine skrifter. I noen grad fortsatte han å gjøre det. Han fortsatte å like å skrive, og han skrev meget. Men det han skrev ble etter hvert mer preget av hastverk. Han ble mer erklærende og til dels springende. Tiden tillot ikke den detaljerte argumentasjon og det nitide arbeid med resonnementets linje og språkets form. Han ble også mer ordrik. Igjen var det tiden som ikke tillot ham å komprimere sine resonnementer i tette, slående formler.

I talene derimot forble han seg selv, i all sin storhet. Her spilte resonnementets oppbygning og dokumentasjonens nøyaktighet ikke den samme rolle. Her var energien og ”trykket” viktigere; og begge deler beholdt han. Han forble derfor en talende helsedirektør. Gjennom talene, for så vidt også samtalene, kom hans storhet aller tydeligst frem. Han kunne charmere hvem som helst i samtaler. Aftenpostens Olav Brandt, som fikk intervjuet ham i forbindelse med hans femtiårsdag den 19. oktober 1952, gikk nærmest henført bort fra intervjuet. Han avsluttet med å konstatere at Helsedirektøren er en ”strålende representant for norsk helsevesen”, men også ”et inciterende og hjertevennende menneske”.²⁸⁷ Medisinerstudenter og unge leger som av og til, litt overmodig, henvendte seg til ham med spørsmål og forespørsler ble tatt imot på en hjelpsom måte. De skulle aldri glemme Helsedirektørens generøsitet overfor dem. Foreninger og lag som henvendte seg til ham ble tatt åpent imot og fikk sjelden nei. Svært mange mennesker skrev brev til Evang, om personlige problemer, ikke minst problemer av seksuell karakter. Evang svarte dem alle. Han var uhyre arbeidssom, men også effektiv. Han hadde for eksempel en egen evne til raskt å finne de rette formuleringer. Det gjorde at han kunne bruke diktafon med stort utbytte. Hans damer, Ambjørg Foshaug og Turid Pramer, sørget for at brevene ble skrevet og sendt.²⁸⁸ Man kan kanskje si at den kontakt Evang slik hadde med kolleger, foreninger og

286) Fredrik Mellbye, *Slit med helsa*, Oslo: Gyldendal, 1989, s. 149.

287) Aftenposten 18.10.1952, s. 3.

288) Evangs sekretærer var svært viktige for ham. Frk. Foshaug var nærmest hans adjutant. Han satte pris på hennes bistand og i 1970, to år før han selv gikk av, sørget han for å forfremme henne til sekretær, altså til saksbehandler. Slik fikk hun ikke bare høyere lønn, men også høyere pensjon. Det var nok et uttrykk for hvor stor pris han satte på henne. Ambjørg Foshaug var født i 1904 og skulle også hun snart gå av. Opplysningene her har vi delvis fra Kjell Bjartveit (e-brev 24.7.2009).

folk flest var uttrykk også for at han hadde en heispreget rolle: Han fikk hele tiden erfaringer ”nedenfra”.

Det hører med til bildet at Evangs omfattende utadvendte aktivitet hyppig gikk utover Jon Bjørnsson, som på den korteste varsel måtte overta et oppdrag eller en oppgave for Evang. Kanskje var det derfor, skjønt ikke bare derfor, han en gang sa til sin overapoteker Bjørn Jøldal: ”Bjørn pass på så du ikke ender som nestkommanderende”.²⁸⁹

Som planlegger måtte han både ha gått mer i detalj og hatt de store, velgjennomtenkte og sammenhengende vyer. I sin ungdom hadde han hatt store og bestemte vyer, vyer som hadde praktisk identifiserbare implikasjoner. Han fant dem i marxismen, i en periode også litt i psykoanalysen, og, i stigende grad i sitt fag, først den ”naturlige” hygiene, siden også den ”sosiale” hygiene. De første kildene ble etterhvert mindre og mindre viktige, selv om han aldri gav tydelig uttrykk for det, og de andre viktigere og viktigere.

Møtet med ”public health”-miljøet i USA ble i så henseende avgjørende for ham. Det var her han fant premissene for sitt senere hygieniske og sosialmedisinske engasjement, premisser som i WHO-sammenheng ble utkrystallisert i det ”utvidede” helsebegrep.²⁹⁰ Dette begrep ble siden svært viktig for ham, og gjorde ham til en utpreget medikrat, dog først og fremst en preklinisk medikrat, til dels også en ”planmedikrat”. Han så tydelig implikasjonene av begrepet for medisinerutdannelsen, og bidro til at sosialmedisinen fikk en større plass i medisinerstudiet og til at det ble innført turnustjeneste for leger (1954). Han så også implikasjonene av begrepet for bemanningen av Direktoratet og til dels for utbyggingen av den offentlige legeetat. Han så i langt mindre grad hva begrepets implikasjoner var for helsepolitikken for øvrig.

Hans mangel på strategisk suksess kan slik sees på som en konsekvens av intellektuell usikkerhet, av tvisyn. Det passet da å overlate mye av planleggingen til andre, til komiteer og til overlegene i Direktoratet. Man kan kanskje tillate seg å tolke Mellbyes ord om at ”Karl Evangs interesse for den nitide fremtidsplanlegging var beskjedne”, som belegg for vår fortolkning. Det samme kan vi kanskje gjøre med Mellbyes og mange andres påpekning av at Evang gav sine medarbeidere stor frihet i yrkesutøvelsen.²⁹¹ Sosio- logien, det vil si den motbør han møtte i den rufsete og interesseinfiltrerte virkelighet, kan ha virket forsterkende på hans usikkerhet. Trukket i mange forskjellige retninger blir man lett stående stille.

Vi vil dog ikke presse poenget om usikkerhet langt. For publikum, både det fjerne og det nære, fremstod han jo alltid som klar og meningsbevisst. Han

289) Bjørn Jøldal i samtale 15.10.2008.

290) Ideen til definisjonen av helse kom fra den canadiske legen Brock Chisholm (1896-1971), et av medlemmene av den komiteen som skulle forberede dannelsen av Verdens helseorganisasjon, og senere organisasjonens første president. I WHOs forfatning kom definisjonen til å lyde slik: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of infirmity or disease”.

291) Mellbye, *op.cit.*, s. 147.

hadde i alle sammenhenger et svar, gjerne et skarpt svar. Antagelig beholdt han troen på Planen og på planstyret, og på det ovenfra, bevisst og rasjonelt integrerte, helt offentlige, gratis helsevesen. Usikkerheten kom etter hvert når det gjaldt konkretisering. Den kom på grunn av motstanden, interesse-mangfoldet og, etter hvert, sviktende krefter og mot. Men kanskje var han også, når alt kom til alt, mer en ideenes enn en detaljenes mann? Ja, kanskje hadde det endog vært slik allerede i hans yngre år? Nære medarbeidere av ham fra de senere år av hans embedstid, peker på at han meget raskt grep hovedpoengene i et sakskompleks, og gjerne nøyde seg med dem. En som samarbeidet nært både med ham, og siden hans etterfølger, Torbjørn Mork, sier at Evang ikke forberedte seg så grundig til møter og presentasjoner som Mork. Så snart Evang hadde grepet kjernen i en sak var han fornøyd. Mork gikk til bunns i sakene, nesten som om han skulle være saksbehandleren.²⁹²

Noen av dem som samarbeidet nært med ham mener han mot slutten nesten tapte interessen også for strategisk handling. Tryggve Hauan, Evangs sykehusoverlege fra 1962 til 1969, uttalte til Aina Schiøtz: ”Han (Evang) var ikke interessert i sykehusvesenet”.²⁹³ Utover i sekstiårene følte mange av de yngre distriktslegene at det samme var tilfellet med almenhelsetjenesten. En distriktslege, født i 1936, som Aina Schiøtz har intervjuet, peker på at Evang knapt var ærlig når han ute kunne tale om ”the unique Norwegian system” (distriktslegevesenet): ”Han brydde seg i realiteten ikke en døyt om oss”.²⁹⁴ Nordby tegner også bildet av en helsedirektør som alment kom mer på defensiven de siste ti årene. Men ikke alle så ham slik. På ”scenen” beholdt han sikkerheten og utstrålingen; for så vidt helt til slaget stanset ham. Men Evang var svært følsom i sitt forhold til andre. Han plasserte dem raskt på en av sine to ”lister”, den ene over personer han likte, den annen over personer han ikke likte. Det er ikke underlig at noen av dem som havnet på den annen liste kunne oppleve ham som uinteressert.

Selv om Karl Evang kunne tvile i endel helsepolitiske spørsmål, hadde han hele tiden bestemte oppfatninger om mange hygieniske og sosialmedisinske spørsmål. Han var fra starten av svært legebevisst, og ble en ivrig og meget interessebevisst formann for Yngre Lægers Forening (1934-35). Han ble, og forble, en medikrat. Leger skulle lede. De skulle lede helsevesenet, men de skulle også lede i klinikkene. Han fikk derfor et anstrengt forhold til legenes viktigste forvaltningsrivaler, juristene, forvaltningens skapere og svært lenge nesten ”eiere”, men også til legenes og juristenes overordnede, politikerne.

Hvis Evang hadde klare standpunkter la han ikke skjul på dem, og kunne lett komme på kant med dem som hadde andre synspunkter. Han var også ærekjær og selvbevisst, og tok igjen overfor dem som utfordret ham. Ble utfordringen direkte og preget av ironi, kunne han slå brutalt tilbake. Han glemte heller ikke dem som engang hadde utfordret ham.

292) Tidligere overapoteker Bjørn Jøldal i intervju 15.10.2008.

293) Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke*, op. cit., s. 340.

294) Aina Schiøtz, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*, Oslo: Det medisinske fakultet, doktoravhandling, 2000, s. 168. Kfr. også hele kapittel 7 i avhandlingen.

Under krigen kom Evang på kant med Leiv Kreyberg, patologiprofessoren som nå fungerte som sanitetskaptein i Canada. Evang ville styre Kreyberg, som på sin side gjorde det klart at oberstløytnant Evang ikke tilhørte Sanitetet og at han ikke ville ta imot noen ordre fra ham. De to hadde flere sammenstøt senere og marinelege Thorstein Guthe, som nå (1944) ledet Medisinaldirektørens kontor i Washington, berettet for Trond Nordby om et møte mellom de to. Nordby skriver at ”Guthe nødig ville gjengi de ordene som ble brukt”.²⁹⁵ Kreyberg hadde sittet i Evangs SLF-komité i 1938, men vennskapet var nå gått i stykker. Det forble nok slik. På et møte i Det norske medisinske Selskab 25. april 1962, om masseundersøkelser og cancer, møttes de to og Evang kunne ikke la være å benytte anledningen til å ta igjen med spesielt én av debattantene, professor Kreyberg. Etter å ha konstatert at det var mange som hadde gledet seg over hans ”verdifulle og vel utviklede kritiske sans”, ”når emne og sted var heldig valgt”, måtte han nå ta igjen med professoren. Denne gang var ”sak og tidspunkt... ikke så velvalgt”, og så føyet han til, før han kom til saken: ”Man føler seg også undertiden litt usikker på om Kreyberg er fullt klar over hvordan hans sterkt poengterte stil og ordvalg nødvendigvis må virke på andre, særlig dem det går utover”.²⁹⁶ ”Man” kunne nok gi uttrykk for den samme oppfatning om den som gav uttrykk for dette. Evang fornemmet neppe at han satt i glasshus. Det gjorde nok tilhørerne.

Med sin argumentasjonsstyrke og sin voldsomme energi utøvet Evang en sterk personlig innflytelse. Det var vanskelig der og da å mobilisere motforestillinger mot hans pågående argumentasjon. Folk, men særlig slike som ikke på forhånd var skeptiske til ham, ble revet med, og sa seg, henført, enige med ham. Etterpå kunne fortryllesen slippe taket og motforestillingene melde seg. Når folk var ”kommet til seg selv” igjen, altså hadde funnet tilbake til sine egne stemninger og meninger, ble møtet med Evang en episode, en episode nesten uten konsekvenser. Han kunne derfor selv av og til klage over at personer som hadde erklært seg enige med ham i et møte, og kanskje hadde lovet ham å følge opp enigheten i praksis, ikke så lenge etterpå skiftet mening.²⁹⁷ Evang så på slik oppførsel som svikefull. Han forstod ikke at han hadde ”førført” dem og at de etterpå fant tilbake til seg selv, den de først og fremst hadde å være tro mot.

Man kan nesten si at hans ”magi” kom til å virke mot sin hensikt. Selvbevisste mennesker reagerer på for stor selvbevissthet hos andre. De føler seg gjort små av den store og utvikler skepsis. Det kan bidra til å forklare hvorfor han etterhvert fikk det tungt. Vi har tidligere nevnt hvordan hans gamle kolleger fra SLF, som Hans Gabriel Dedichen, allerede under krigen reagerte på hans ”overdanige” stil. Evang hadde hatt tanker om å bruke sine gamle meningsfeller som diskusjonspartnere etter krigen. Det ble ikke til det. Han hadde skjøvet dem fra seg. Fredrik Mellbye la merke til hvordan Evangs avstand til hans ungdoms venner økte etter krigen: ”For meg som

295) Nordby, s. 103-104.

296) Karl Evang, ”Masseundersøkelser og cancer”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 82, nr. 16, 1962.

s. 1052. Hele artikkelen finnes på s. 1052-1056.

297) Kfr. Nordby, s. 166, også note 52.

politisk utenforstående var det eiendommelig, men også egnet til ettertanke, å iakttå hvordan kløften mellom dem økte, til dels også på det personlige plan”.²⁹⁸ Det tør nok være mer enn politiske grunner til at kløften økte.

Evang ble tidlig sjef. Det forsterket hans tendens til å se saker ovenfra; ja, til å forbli sjef av vesen. Hans ”forførerer” ble slik et distansert, ikke et nært, forførerer. Han fikk derfor knapt virkelig nære venner og medarbeidere. Trond Nordby mener Reidar Eker (1903-1996), som han møtte under studiene, og som siden ble direktør for Det norske radiumhospital, ble Evangs eneste varige venn.²⁹⁹ Han hadde nok, i sin faste overlegestab, et ”utmerket public health team”, men han holdt samtidig avstand til ”teams” medlemmer. Galtung (Hansen) var en tid en unntagelse. De arbeidet nært sammen i tredveårene, både faglig og politisk, i Socialistiske Lægers Forening, og var utvilsomt venner. De fortsatte å være venner etter krigen, men de gled etterhvert, som vi har sett, fra hverandre.



Karl Ingolf Evang, medisinaldirektør/helsedirektør 1938-1972. Evang er den som har sittet lengst som norsk medisinal- eller helsedirektør. Hadde det vært opp til ham, hadde han gjerne blitt sittende enda lenger. Han hadde imidlertid ikke noe valg; han måtte gå av da han fylte 70. Her er han malt av sin jevnaldrende Harald Dal (1902-1972), i forbindelse med at han i 1962 fylte 60 år. Dal var både en portrett- og landskapsmaler. I yngre år var han påvirket av blant annet Henrik Sørensen og kretsen rundt ham og malte farvesterkt. Fra midten av tredveårene begynner han å male mer ”geometrisk”. Bildenes strenge oppbygning gjør at billedflaten løses opp i fasetter og får et prisme- preget uttrykk. Lysspillet får slik en viktig rolle, som vi ser i portrettet av Evang.

298) Mellbye, *op. cit.*, s. 145.

299) Nordby, *op. cit.*, s. 24-25.

Den langvarige nærhet, og det yrkesmessige ”skjebnefellesskap” Evang og hans medledere fikk, kom dog til å sette sine spor. Mellbye bemerker i sine erindringer:

På slutten av vårt fellesskap i Helsedirektoratet betraktet jeg Karl Evang som en venn. Jeg hadde inntrykk av at følelsen var gjensidig. Jeg må uttrykke det på den måten, for vi gikk aldri inn på slike personlige forhold under våre samtaler. Det var mer en gjensidig følelse som vi merket under vårt daglige samvær.³⁰⁰

Mellbye har sikkert rett, også når det gjelder Evang. Samtidig var Evang opptatt av å beholde en viss distanse. Hans lederskap fordret det. Derfor kan nok også, som Nordby hevder, Mellbye ha virket utfordrende på Evang mot slutten. Mellbye var den av Evangs gamle stab som mest hadde beholdt virketragten og overskuddet. Mens de andre på mange måter ”grånet” ble Mellbye nesten mer vital og synlig. Evang kunne nok undertiden synes det ble i meste laget, mener Reidar Bang, gjennom mange år Budsjett- og personalkontorets leder.³⁰¹

Men andre steder, både ”nedad” i det norske helsevesen og til siden, i det internasjonale miljø, kunne hans utstråling virke og føre til en demonstrert begeistring og nesten kjærlighet. Reaksjonene utenfra ble særlig viktige for Evang. Etter WHO-møtet i 1962 skrev han hjem at det var en lettelse å komme i et miljø ”hvor min person er – grovt sett – gjenstand for velvilje, respekt og – til en viss grad – varme følelser”.³⁰² Det er ikke underlig at utlandet etter hvert ble et fluktsted for ham, og kanskje også vemodige møter med muligheter han selv hadde avvist på slutten av og like etter krigen.

Men Evangs reaksjoner demonstrerer også belastningene med den ”suverene” ledelse: Slik ledelse kan gi respekt og kanskje en litt vag beundring, men den gir sjelden den konkrete og ekte bekreftelse også ledere trenger. De får mye imponert bekreftelse, men mindre kjærlighet.

Legenes selvstendighetsbevissthet og krav om at autoritet måtte springe ut av faglig innsikt, gjør at det er vanskelig å lede leger, også for andre leger. Dette kan ha bidratt til de problemer Evang fikk med autoriteten nedover, altså i forhold til fylkesleger og distriktsleger. Det bidro nok også til at han var forsiktig med sine egne overleger. Men mest forsiktig var han nok i forhold til sine kolleger ved sykehusene, særlig de mest spesialiserte sådanne. Han slåss iherdig for å få mer ressurser til sykehusene, men ”styrte” egentlig ikke sykehusene og deres administrerende overleger. Heller ikke fylkeslegene gjorde for øvrig det.

300) Mellbye, *op. cit.*, s. 145.

301) Samtale med Reidar S. Bang, 25.11.2008.

302) Sikkert etter Nordby, s. 210.



Karl Evang i avgangsåret: Han skulle gjerne ha fortsatt, men aldersgrensen var absolutt, også for ham. Foto: Arild Hordnes / NTB / Scanpix.

Den faglige styringen begrenset seg til den medisinske og Direktoratet kjente, den prekliniske, og i noen grad den primærkliniske. Overfor sykehus-spesialistene var Evang og hans folk forsiktige; overfor dem hadde de minst å fare med. Typisk nok var det først i 1962 det kom en overlege til sykehuskontoret, Tryggve Hauan. Tidligere var kontoret ledet av en "byråkrat". Hauan, som aldri lot seg "fjetre" av Evang, ble også bare værende i fem år. Han gikk så, som hans første medisinalråd, Jonn Caspersen, til Rikshospitalets direktørembede, og ble erstattet av krefregisteroverlege Sverre Harvei. For Evang kan forholdet til sykehuskollegene ha blitt et tiltagende problem, selv om han aldri viste det. Utviklingen gav dem stadig mer status, mens det Evang stod for, det prekliniske, stadig tapte status. Typisk nok ble den sosialmedisin han etter krigen hadde bidratt til å få inn i medisinstudiet etter hvert et lite og isolert lavstatusinnslag i studiet. Han hadde tenkt den etter hvert skulle komme til å gjennomsyre hele studiet.

Den horisontale dimensjon

Departementsavdeling og Direktorat ble altså samlet under krigen og fortsatte som samlet enhet etter krigen. Men mens enheten under krigen var samlet som avdeling ble den etter krigen samlet som Direktorat. Det markerte faglighetens forrang. Det markerte imidlertid også at enheten hadde en dobbelstilling; det var tillike et sekretariat for statsråden og et selvstendig fagdirektorat. Det hadde fått en utpreget heisstatus. "Heisen" fungerte også forholdsvis bra nedover. Utgangspunktet for det var den utpreget helsefaglige sammensetning av direktoratsledelsen. Direktoratet representerte like meget en fortsettelse av pre/klinikken inn i forvaltningen og politikken som den representerte et politisk og forvaltningsmessig utgangspunkt for

styring av pre/klinikken. Det utgjorde det øverste styringsledd i det som var et nokså gjennommedikratisert helsevesen.

Man kan si at den vertikale spesialisering, nettopp på grunn av Direktoratets heisstatus, var ufullstendig, og bare semimoderne. Man kan også si at den horisontale spesialisering Direktoratet fikk var semimoderne. Den førte videre den form for oppgavespesialisering som preget det gamle Medisinaldirektorat, nemlig den institusjonelle. Som vi snart skal se, var der, som under krigen, også et funksjonelt innslag, men det var bare det, et innslag. Det gjaldt Budsjett- og personalkontoret, i 1967 omdøpt til Økonomi- og personalkontoret. Dette innslag fikk imidlertid etterhvert større betydning, og kom slik til å bli en voksende utfordring for ”institusjonskontorene”.

Ja, omdøpningen av Budsjettkontoret representerte nesten et lite regimeskifte; et regimeskifte som dog var ”varslet” med opprettelsen av økonomiinspektørstillingene i 1954 og 1961. Den betydde at det fornyede Økonomikontoret overtok meget av økonomistyringsansvaret fra institusjonskontorene. Institusjonskontorene mistet dermed også litt av sitt institusjonelle og medikratiske preg. De ble utfordret som ”interessentkontorer”. Økonomikontoret, som tidligere bare hadde hatt budsjettansvaret for statspsykehusene, ble mer av et ”internt” finansdepartement. Ja, man kan nesten si at en finansdepartementsfunksjon ble plassert inn i Direktoratet – tildels med det formål å svekke Direktoratets interessehevende rolle i forhandlingene med Finansdepartementet. Det ble ytterligere styrket ved opprettelsen av den økonomisk orienterte Utrednings- og planleggingsgruppen i 1971.

Finansdepartementets grep om Helsedirektoratet, som Sosialdepartementet generelt, ble forøvrig ytterligere styrket ved utnevnelsen av økonomen Jan Madsen (f. 1925) til ekspedisjonssjef for planlegging i Sosialdepartementet i 1971. Madsen kom fra Finansdepartementet. Han var ikke, som en del andre økonomer, ”utplassert” der, men den mektige finansråd Eivind Erichsen (1917-2005)³⁰³ trodde Madsen kunne bidra med en ”viss nøkternhet” i Sosialdepartementet.³⁰⁴ Vi skal komme tilbake til det.

Jusen ble ikke samtidig flyttet ut. Økonomikontoret ble ikke tillike et juskontor. Ei heller kom der et eget juskontor. Jusen ble beholdt i kontorene. Hvert kontor hadde sin egen juridiske byråsjef og sine egne juridiske saksbehandlere. Dog kan man si at ekspedisjonssjefen (1956) og underdirektøren

303) Eivind Erichsen var i 1952 blitt ekspedisjonssjef i Økonomiavdelingen i Finansdepartementet. Da juristen Friedrich Georg Nissen (1887-1969), den gamle finansråd, i 1957 gikk av for aldersgrensen, stod det mellom Erichsen og den noe eldre jurist, Sigurd Lorentzen. Lorentzen var sjef for Finansavdelingen. Også Lorentzen var en ”tung” ansøker. Finansministeren, sosialøkonomen Per Kleppe, var imidlertid ikke i tvil. Han ville ha en sosialøkonom, for å ”modernisere” Finansdepartementet. Erichsen var den eneste sosialøkonom i sjefstilling, og nå gikk han altså helt til topps. Man kan si at med Erichsens utnevnelse fikk nyttestatligheten et endelig gjennombrudd i statsforvaltningen. Erichsen ble sittende til han ble pensjonert i 1986. Han ble etter hvert statsforvaltningens kanskje mektigste mann. Om utnevnelsen, kfr. Per Kleppe, *Kleppepakke*, Oslo: Aschehoug, 2003, s. 112. Lorentzen ble siden departementsråd i Samferdselsdepartementet (1960-1972) og til slutt (1972) høyesterettsdommer. Det bør ellers nevnes at ”utplasseringen” av økonomer fra Finansdepartementet, ikke var ensidig. Å ha tjenestegjort i Finansdepartementet, og særlig Finansavdelingen, gjorde en person tiltrekkelig i andre departementer, som i forvaltningen for øvrig. Dyktige FD-økonomer ble slik også lokket til andre departementer. Finansdepartementet kunne da også oppleve at folk som kom fra Departementet ikke bare ble lydige FD-medspillere, men like gjerne dyktige ”spillere” på sitt nye departements vegne. De la imidlertid egentlig sjelden fra seg sin forankring i nyttestatstenkingen.

304) Opplyst av Jan Madsen i samtale 20.11.2008.

(1961) i noen grad spilte en juridisk koordinerende og dermed tverrgående rolle. Men også jusens logikk er slik at den lett blir fanget av helhets- og selvsagt, konsistenskrav. Den tradisjonelle medisinaljusen var institusjonell, men den som lå økonomikken nærmest, forsikringsjusen (trygdejusen), ble nå trukket med i utviklingen mot økende styringsprofesjonalisering. De offentlige forsikrings- og understøttelsesprogrammer ble gradvis samlet i ett program, Folketrygden. Det skjedde, etter nesten tyve års utredning, i 1966, med virkning fra 1967, dog slik at syketrygden først ble tatt med fra 1971.

Men presset på organisasjonsformen var selvsagt større fra økonomisiden. Økonomi hadde alltid vært en kilde til dragkamp og spesiell oppmerksomhet, men på en forholdsvis enkel og lite faglig preget måte. Det nye var at økonomistyringen i staten i løpet av de første etterkrigsårene ble tatt ut av juristenes hender og profesjonalisert. Mens den gamle økonomiforvaltningen var preget av ”ufaglig” dragkamp om bevilgningene på den ene (og ”planleggende”) side, der budsjettbalanse hele tiden var det overordnede hensyn, og kontroll med pengebruken på den annen (og iverksettende), var den nye økonomiforvaltningen mer ”dynamisk” og profesjonelt resultatbevisst. Den var planøkonomisk.³⁰⁵ Evang så dette – han var alltid nysgjerrig på det nye – men om han så de mulige implikasjonene av det for organiseringen av Direktoratet, er mer tvilsomt. I et notat til statsråden fra desember 1962 skriver han at

avdelingen <dvs. det kontor han ønsker skal bli Økonomiavdelingen>... i første rekke får med den økonomiske kontroll å gjøre: driftskontroll, investeringskontroll, kurlpengesaker, økonomiske fellessaker, det kontinuerlig løpende budsjettarbeid og den totale rammekontroll når det gjelder den del av statsbudsjettet som går gjennom Helsedirektoratet.³⁰⁶

På tradisjonelt vis understreker han ordet ”kontroll”, men opprømsingen av ”kontrolltiltak” er nokså tilfeldig, og vidner om at han mer fornemmer enn forstår hva som skal komme. Samtidig understreker han i fortsettelsen, på en måte som gir inntrykk av at han iallfall aner at en ny tid er i anmarsj:

De som behandler sakene i fagavdelingene må være under instruksjon om å samarbeide med Økonomiavdelingen om alle saker, slik at Økonomiavdelingen til enhver tid har full oversikt over de økonomiske problemene, både større og små.³⁰⁷

Satt på spissen innebærer disse ord at de institusjonelt organiserte kontorer ikke kan fungere helt institusjonelt. Evang gir her nesten ”Økonomiavdelingen” en rolle nettopp som Finansdepartementets lokale representant, eller kanskje like meget ”fagmotpart”. Han ble samtidig mer og mer oppgitt over Finansdepartementets kontroll med ham og hans saker,³⁰⁸ men denne

305) Kfr. Einar Lie, *Ambisjon og tradisjon. Finansdepartementet 1945-1965*, Oslo: Universitet i Oslo (doktoravhandling), 1995.

306) P.M. til Sosialministeren fra Helsedirektøren. HELSEDIREKTORATETS ORGANISASJON mm., 5.12.1962 (KE/TP), s. 4.

307) *Ibid.*, s. 5.

308) Hans opptatthet av økonomi økte også etter at han var gått av. Det samme gjorde hans irritasjon over Finansdepartementet. Kfr. Karl Evang, *Helse og samfunn*, Oslo: Gyldendal, 1974, s. 303-304.

kontrollen gjorde nok også at han selv ble mer oppmerksom på ressursidens betydning. Han kunne således også fra tid til annen sukke over hvor komplisert økonomien var: Det beløp Direktoratet disponerer er

fordelt på et utall underposter på de mange forskjellige fagområder, dels kan det dreie seg om driftsutgifter, dels om ugifter til nyanlegg og bygg, til vedlikehold, til starting av helt nye virksomheter o.s.v. En slik spredning av beløpet over så mange fagfelter og virksomhetsgrener gjør den økonomiske kontroll og oversikt særlig byrdefull.³⁰⁹

Evangs svar var altså å styrke økonomikompetansen i Direktoratet.

Omdøpingen av Budsjett- og personalkontoret til Økonomi- og personalkontoret, og styrkelsen av Kontoret, representerte altså et lite skritt i styringsmoderniserende retning. Forut for denne styrkelsen av Økonomikontoret hadde det imidlertid vært en dragkamp. Det startet med at Sosialdepartementet hadde bedt om penger til et trygde-ekspedisjonssjefsembede. Finansdepartementet hadde svart med at Rasjonaliseringsdirektoratet først måtte se på Departementet og mulighetene for rasjonalisering. Helse-direktoratet ble tatt med i det oppdrag Rasjonaliseringsdirektoratet fikk. Evang ønsket rasjonaliseringsbistand. Han fikk mer enn han bad om. Arbeidet startet med en "grovanalyse" våren 1963, fortsatte med intervjuer og en omfattende "runde" med Evang. Evang nesten druknet rasjonaliseringsfolkene i notater. Rasjonaliserernes diagnose var klar og utfordrende:

Arbeidsfordelingen mellom kontorene er stort sett basert på et "klientellprinsipp". Dette innebærer at helseadministrasjonens ytre ledd bare skal ha ett kontor å forholde seg til uansett sakens art. Dels er imidlertid også et funksjonelt syn lagt til grunn (for eksempel ved opprettelsen av Budsjett- og personalkontoret). Men prinsippene er ikke konsekvent gjennomført.

I enkelte tilfeller er det sykdommens art som er grunnlaget for spesialiseringen (kontorene for psykiatri, tuberkulose og tannlegekontoret). I andre tilfeller dominerer virkemidlene (legekontoret, hygienekontoret, sykehuskontoret). Noen enhetlig behandling av budsjett- og personalsaker skjer ikke i dag. Hvert av kontorene er i virkeligheten "selvforsørgende" på dette felt.³¹⁰

Folkene fra Rasjonaliseringsdirektoratet konstaterte så at den bestående ordning hadde "visse positive sider", blant annet ved at institusjonene "sikkert" får "en mer personlig preget kontakt med direktoratet".

Det bestående system har imidlertid også svakheter. Fagkontorene er sterkt belastet ved behandlingen av administrative detaljsaker. Dette svekker deres planleggingskapasitet og muligheten for å konsentrere en

309) Karl Evang, "P.M. til Sosialministeren fra Helsedirektøren", *op.cit.*, s. 2-3.

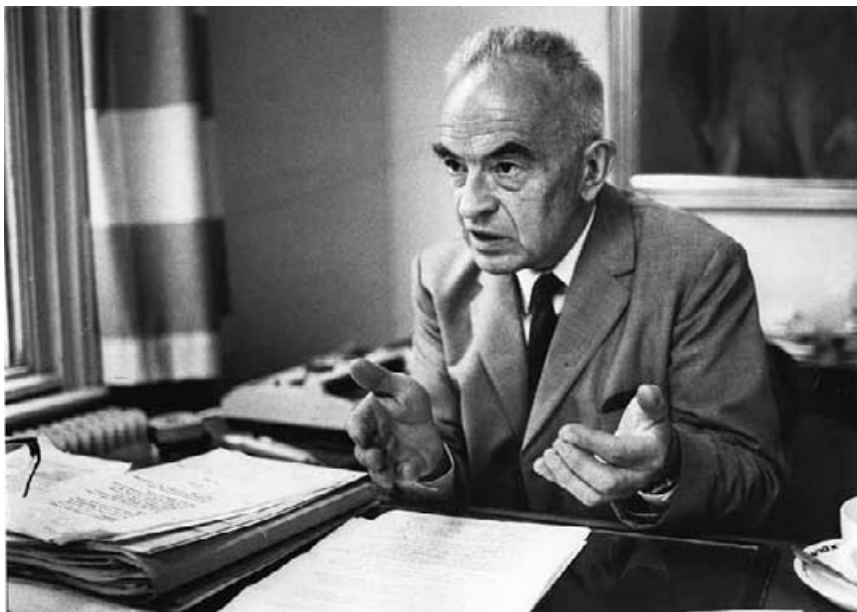
310) Administrasjonsordningen i Sosialdepartementet – del II Helsedirektoratet, R-dir. 003.2 JD-TB/GS S43 15/12-64, s. 3 (begge sitater).

*større del av innsatsen på det rent fagmedisinske felt. **Budsjett- og personalsaker er i realiteten også faglige spesialiteter. Siden slike saker ikke kan være hovedsaker for fagkontorene, svekkes direktoratets mulighet for effektiv innsats på disse områder.***

Rasjonaliseringsdirektoratet legger ikke skjul på at det mener Helse- direktoratet er modent for en større omordning, i hovedsak etter funksjonelle prinsipper. Den tar derfor utgangspunkt i det det ser som Direktoratets fremtidige styringsoppgaver:

*Helsedirektoratet må i framtiden legge stor vekt på de planleggende, rådgivende og kontrollerende funksjoner. Framtidfunksjonene vil nødvendiggjøre en mer **enhetlig behandling av administrasjons- funksjonene.**³¹¹*

Men rasjonaliseringsfolkene våget ikke å ta konsekvensen av sine almene råd og konkluderte med at det, ”På det nåværende tidspunkt” ikke anses ”aktuelt å foreta en ytterligere innskrenkning av kontorantallet”.³¹² Dets råd var altså det nokså ”ufarlige”, nemlig å bygge ut og profesjonalisere det gamle Budsjettkontoret. Evang hadde ”skremt” dem fra å røre ved hans institusjonelt baserte kontorer, de medisinsk ledede ”heiskontorene”. Forslaget om å bygge ut Budsjettkontoret, og blant annet gi det fire seksjoner, ble altså tatt til følge. Rasjonaliseringsdirektoratets forslag var imidlertid et forvarsel om hva som skulle komme.



Karl Evang ved sitt skrivebord 9. juli 1970, ivrig forklarende. Her ikke bare ser vi hans intensitet, vi føler den. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

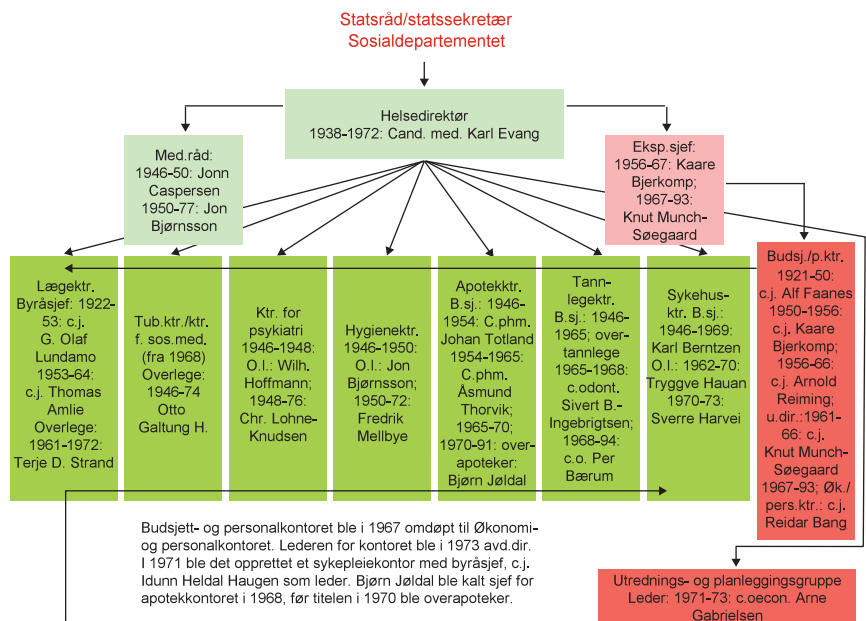
311) *Ibid.*, s. 7.

312) *Ibid.*, s. 10.

Samtidig med dette, nokså puslete, ”regimeskifte” fortsatte, om enn forsiktig, den institusjonelle spesialisering. Dette, samt veksten i Økonomi- og personalekontoret, gjorde at Evang mot slutten av sin direktørtid forsøkte å få gjort kontorene om til avdelinger, og i noen grad å få seksjonert disse. Allerede i notatet til Sosialministeren av 5. desember 1962 skriver han at det var blitt nødvendig å lage et ”avdelingslevel”; Evang tydde etter krigen stadig til anglismer. Han ville beholde de gamle, hovedsakelig institusjonelt definerne enhetene, men altså som avdelinger, og med helsefagsjefer i alle avdelinger bortsett fra i ”Økonomiavdelingen”. Tannlege- og apotekeravdelingene skulle imidlertid, som Økonomiavdelingen, ha en avdelingsdirektør som sjef. Fagtitlene skulle bort for tannlegene og apotekerne. Han fikk ikke sine avdelinger, men reelt ble det kontoret som nå ekspanderte sterkest både i størrelse og betydning, Økonomi- og personalekontoret, en slags avdeling, med seksjoner. Kontoret fikk en underdirektør, ikke en avdelingsdirektør, i 1967. Året før kom det en økonomiseksjon og året etter en personalseksjon.

I figur 4.1 har vi skjematisk presentert Helseidirektoratets organisasjon i årene 1946 til 1972, med vekt på den horisontale spesialisering.

Figur 4.1: Helseidirektoratet 1946-1972



Vi har farvet de institusjonelt organiserte, og helsefaglig styrte, organisasjonsenheter grønne, og de funksjonelt organiserte, i stor grad på tvers fungerende, og administrativt styrte organisasjonsenheter, lyserøde. De øverste, direktoratomfattende stillinger har vi gitt lysere farver, avhengig av om de primært er institusjonelt eller funksjonelt orientert. Selv om medisinalråden

og ekspedisjonssjefen (for Evang: ”lovråden”)³¹³ egentlig hadde konsulentstillinger (stabsstillinger), spilte de også en viss direkte ledende rolle. Medisinalråden gjorde det da, men gjerne slik at det var en arbeidsdeling med Direktøren, overfor helsefagkontorene, og ekspedisjonssjefen overfor Budsjett- og personalkontoret, men i noen grad også overfor juristene i institusjonskontorene. Her bør det imidlertid legges til at Evang gav inntrykk av at også medisinalråden og ekspedisjonssjefen gikk inn i linjen, med den første som nr. to og den annen som nr. tre. Øverst til venstre på konseptarkene, brettete A3-ark, var det således trykt en tabell som viste saksgangen og dermed linjen, fra saksbehandler og oppover.³¹⁴ Sist stod det statsråd, nest sist helsedirektør og så videre, medisinalråd, ekspedisjonssjef osv. Evang ville også at sakene skulle gå den veien; ingen sak skulle normalt nå ham uten at den først hadde vært innom Bjørnsson. Samtidig var det slik at Bjørnsson hadde en konsulentpreget tittel, ikke en hierarkisk tittel; han var *medisinalråd*. Bjerkomp og Munch-Søegaard hadde hierarkiske titler; men som ekspedisjonssjefer hadde de selvstendig adgang til statsråden, og skulle for såvidt vært plassert ikke under, men ved siden av Evang (i et halvt delt direktorat).

På toppen er de politiske ledere markert med rød skrift. Farvene gjør at vi bedre ser hvor sterkt institusjonelt organisert Direktoratet er i denne perioden. Vi kan også si at betoningen av det institusjonelle prinsipp understrekes av at sjefene for de ”grønne” kontorer var lønnet over sjefen for de to røde enhetene. Overlegene var forøvrig lønnet litt over overtannlegen (1965-) og overapotekeren (1965-), men da Evang gikk av var det bare et lønnstrinn igjen i forskjell.

Vi skal til slutt føye til noe hva angår hovedkontorenes institusjonelle preg.

Legekontoret hadde fra starten av ansvaret for legevesenet, i første rekke det offentlige, og sykepleie- og jordmorvesenet (m.m.). Psykiatrikontoret hadde ansvaret for det psykiatriske helsevesen, innbefattet åndssvakevesenet, Sykehuskontoret for det alminnelige sykehusvesen, Tannlegekontoret for det offentlige tannlege- og tannhelsevesen og Apotekkontoret for apotekerveesenet og legemiddelforsyningen. Hygienekontoret, som et helsefremmende

313) Kfr. diskusjonen ovenfor om hvordan Evang i 1956 ble pådyttet en ekspedisjonssjef, istedenfor den lovråd han hadde bedt om.

314) Konseptarkene hadde denne tabellen i øverste venstre hjørne; kfr. nedenfor. Saker som gikk fra Helsedirektoratet, på Helsedirektoratets papir, ble enten undertegnet av Helsedirektøren, eller av en annen som hadde fullmakt til å undertegne, med då på fullmakt. Saker som gikk fra Departementet ble undertegnet av alle andre enn Statsråden etter fullmakt.

Journalnr.		
Arkivnr.		
Saktittel:		
Behandlet av	Dato	Sign.
Saksbehandler		
Byråsjef		
Overlege		
Ekspedisjonssjef		
Medisinalråd		
Helsedirektør		
Statsråd		
Ekspedert		

og sykdomsforebyggende orientert kontor, hadde et noe mindre enhetlig institusjonelt ansvar. Det var opptatt av hygieniske tiltak rettet mot ulike miljøer, av ernæringen (og næringsmiddelkontrollen), av tiltak mot smittsomme sykdommer og kontrollstasjoner for mor og barn. I stor grad arbeidet Hygienekontoret, som Legekontoret, gjennom de offentlige leger. Tuberkulosekontoret hadde ansvaret for tuberkuloseomsorgen, en relativt distinkt institusjon. Vi kan altså konstatere at disse institusjonelt baserte kontorene var det på en profesjonspreget måte. Legene hadde fire kontorer knyttet til fire, forholdsvis distinkte (sett av) medisinske institusjoner. Ett av dem hadde endog et profesjonsnavn, Legekontoret. Det var ikke kalt kontoret for primærhelsevesenet. Ellers hadde altså tannlegene og farmasøytene hvert sitt kontor. De siste var imidlertid underlagt en viss legelig styring.

Sykepleien hadde ikke et eget kontor fra starten av. Den var plassert i Legekontoret. Etter hvert fikk den imidlertid en mer uformell seksjon i Legekontoret, og ble med det i noen grad gjort til en egen institusjon, eller sektor, som de andre helsefagene. Det startet med at det ble ansatt en sykepleieinspektør i 1949. I 1967 ble inspektørstillingen gjort om til en byråsjefstilling for, som det nå het, ”sykepleieadministrasjonen”. Et eget sykepleiekontor kom i 1971. Den adskillelse og frigjørelse av sykepleien fra medisinen som skjedde i pre/klinikken hadde altså sin parallell i den sentrale helseforvaltning. Dog bør det nevnes at de to sykepleieledere som virket under Evang, Gunvor Rørstad (1949-) (f. 1911) og Idunn Heldal Haugen (1967-) (f. 1928), begge hadde juridicum, i tillegg til sykepleierutdannelse. Det hører imidlertid med til historien at juristene mer så på de to som sykepleiere enn som jurister. Evang stilte seg positiv til etableringen av et sykepleiekontor. Han hadde foreslått et slikt i forbindelse med vedtagelsen av sykepleieloven i 1948,³¹⁵ men ikke nådd frem med sitt forslag. Evang forble imidlertid en medikrat, og den etterhvert ”frigjorte” sykepleieadministrasjon måtte, som tannlege- og apotekeradministrasjonen, finne seg i å være plassert under medisinsk ledelse.

I all hovedsak skjedde det altså bare en beskjeden videre institusjonell kontorspesialisering i løpet av Evangs tid. Den var dog viktig nok, både maktmessig og symbolsk: Sykepleien ble delvis adskilt fra medisinen på administrativt nivå. Det hører imidlertid med til bildet at apotekernes og tannlegenes status ble hevet og deres kontorer i noen grad gjort mer uavhengige av medisinen. Der skjedde altså under Evang en viss institusjonell demedikratisering. Etableringen av Økonomiavdelingen i 1967 representerte dertil en særlig viktig funksjonell demedikratisering. Den evangske orden var altså, allerede under Evang, i noen grad i oppløsning, og ikke helt uten Evangs egen medvirkning. Det tør være uklart om han så hva som skjedde, når vi ser bort fra det som skjedde da Gudmund Harlem ”dyttet på” ham ekspedisjonssjefen i 1956.

315) Sykepleierne hadde arbeidet for å få en egen lov siden dannelsen av Norsk Sykepleierskeforbund i 1911, men fikk den altså først i 1948. Loven gir blant annet sykepleiere med tre års offentlig godkjent utdannelse enerett til å bruke titelen ”offentlig godkjent sykepleier”. Utdannelsen av psykiatriske sykepleiere og jordmødre ble samtidig gjort til sykepleiespesialiteter (gitt i de siste åtte måneder av den treårige utdannelsen). Utdannelsen var knyttet til sykehus, men fra 1960, da loven ble revidert ble sykepleierutdannelsen administrativt adskilt fra sykehusene og (fra 1962) mer teoribasert (og mindre praksisbasert).

La oss også legge til at om kontorene ytre sett stort sett forble de samme gjennom Evangs tid, vokste de betydelig. Fagstaben var i 1946 på 39³¹⁶, i 1972 på 84. Dertil kom at der skjedde en videre (horisontal) spesialisering innad i kontorene, en spesialisering som gjorde den institusjonelle integrering av virksomheten vanskeligere.

Profesjonaliseringen

Overvåkning av helsetilstandsutviklingen og tilbudsutviklingen

Som vi har sett var overvåkingen av helse- og sykdomstilstandens utvikling, og av dødelighetsutviklingen, den "første" av de forvaltningspregede oppgaver, overført til det statistisk spesialiserte fagmiljøet i Statistisk sentralbyrå i mellomkrigstiden, til forvaltningslegenes ergrelse. Også oppgaven med å holde oversikt over noen sider ved tilbudssidens utvikling, altså personell- og institusjonstilbudene, var overført til Statistisk sentralbyrå. Men denne statistikken var ikke nok som grunnlag for medisinalpolitikk og medisinalforvaltning.

Der krevdes på behovssiden først og fremst data om sykkelighetens sammenheng og utvikling. Spesielt krevdes der data om de mest sykdomsutsatte grupperes sykkelighet, altså barns og ungdoms, mødres og eldres, altså de grupper som er i de raskeste endringsfasene (generasjons- og degenerasjonsfasene) i livet. Med til disse utsatte gruppene hørte også mennesker med alvorlige kroniske lidelser og ulike typer funksjonshemninger og, om enn etter krigen i synkende grad, de fattige. Denne overvåkingen krevde også at overvåkerne, distriktslegene, og de som skulle bruke overvåkingens resultater, medisinalforvalterne, hadde dypere sykdomskunnskap, det vil si, kunnskap om etiologi, forebygging, behandling og prognose, altså var leger.

På tilbudssiden krevdes der også en kompetanse som gikk utover den statistiske. På den ene siden krevdes der kunnskap for å kunne bedømme tilbudssituasjonen (ressurssituasjonen), det vil si i hvilken grad der var mangel på personell, utstyr og institusjonsplasser. På den annen side krevdes der kunnskap for å kunne forstå og se implikasjonene for ressurstilførselen av den medisinske og medisinsk-teknologiske utvikling. Også dette krevde medisinsk kompetanse, både hos dem som var ute i "marken", distriktslegene, og hos medisinalforvalterne på fylkes- og statsnivå.

Det var i første rekke gjennom distriktslegenes medisinalberetninger at mye av den grunnleggende sykkelighets- og tilbudssideinformasjon ble hentet inn. Der ble imidlertid også gjennomført mer spesifikt rettede helsetilstandsundersøkelser der opplysninger ble ført på egne skjemaer. Dette gjaldt spesielt to av de utsatte gruppene, spedbarna og skolebarna. Slike undersøkelser ble startet rundt og etter Den første verdenskrig, og fulgt opp etter den siste krig.

316) For 1946 omfatter det fire i Kontrollaboratoriet for farmasøytiske spesialpreparater. Tallene er basert på Norges statskalender.

Medisinalberetningene var opprinnelig nokså ”idiosynkratisk” utformet. Etter hvert fikk de en stadig fastere form, og et mer standardisert, tildels kvantitativt preg. De beholdt imidlertid det ”personlige” preget også etter 1945. Det bidro til å gi dem mer ”trykk”. Statistikk gir et representativt og ”riktig” bilde, men ”innramningen”, kasuistikken, bidrar til at mottageren får veiledning og hjelp til å prioritere; ja, til å vurdere de mer presise informasjonenes pålitelighet, gyldighet og (lokale) alvorlighet. Dette gjelder så vel behovssiden (sykelighetsforholdene) som tilbudssiden (bemanningsforholdene og ressursituasjonen ellers). Vi bør føye til at den informasjon, av og til nokså kasuistisk og emosjonelt farvet, som Direktoratet fikk gjennom de faste fylkeslege- og distriktslegemøtene, men også gjennom løpende kommunikasjon med fylkes- og distriktslegene, spilte en rolle.

I tillegg til den informasjon som slik ble innhentet, og så sendt Direktoratet, eller skapt gjennom møter og andre kontakter, var ikke den eneste Direktoratet baserte sin politikk og forvaltning på. Det skaffet seg også informasjon selv, gjennom mer eller mindre systematisk inspeksjon. Som vi har sett ble titelen inspektør brukt i 1930-årene om direktoratsleger. Den ble også brukt etter krigen, om andre enn leger. Det understreker at for overlegene og de andre helsefaglederne til Evang, spilte inspeksjoner, eller besøk, hos de praktisk arbeidende helsefagutøvere stadig en viktig rolle, ja, kanskje en økende rolle. På ett område, det farmasøytiske, var inspeksjonen og revisjonen svært viktig. I 1946 var det to apotekvisitatorer i Direktoratet. En tredje kom til i 1964 og en fjerde i 1970. De brukte meget av sin tid til å reise rundt til apotekene, men når de var i Direktoratet fungerte de som vanlige saksbehandlere. Inspektørene, det vil si kontorlederne eller deres medarbeidere, hadde imidlertid flere oppgaver enn bare den informasjonsinnhentende. De drev også iverksettelse, gjennom en slags spaserende ledelse, og tilsyn og kontroll, eller, en slags mindre formell evaluering.

Overvåkingen var ikke skilt ut som egne oppgaver for enheter eller personer, hvis vi ser bort fra statistikkinnsamlingen, som var flyttet til SSB, og apotekvisitasjonen. Den foregikk som en av flere oppgaver helsefagfolkene i Direktoratet hadde. Som vi har antydnet foregikk den også til dels integrert med andre oppgaver. Kontorene fungerte slik typisk institusjonelt. Hva gjelder innholdet i overvåkningsvirksomheten endret den seg ikke prinsipielt i løpet av Evangs tid. Den ble preget av den relevante fagutviklingen, men metodisk endret den i liten grad karakter. Den kvantitative og det vi kunne kalle kvalitative (historiebaserte) overvåkning ble for eksempel ikke systematisk sett i sammenheng. Det var også noe tilfeldig hvordan den ble utnyttet i neste fase, i planleggingen av nye tiltak.

Som vi har nevnt ble det ansatt en økonomiinspektør allerede i 1946. Der kom en til i 1961, før disse stillingene ble ordinære stillinger i det nyorganiserte Økonomikontoret. Disse inspektører spilte mer en iverksettende og kontrollerende rolle enn en overvåkningsrolle.

Hva tilbudsutviklingen angikk var den på ingen måte systematisert, men spesielt overlegene, overapotekeren og overtannlegen så det som en naturlig

forpliktelse å følge med innen sine fag. De gjorde også det, blant annet gjennom omfattende kontakt med klinikken og preklinikken. Når det så kom til fagpolitikkutvikling og faglig veiledning – det var særlig slik fagpolitikkutviklingen ble iverksatt, brukte de også flittig andre fagfolk. Vi skal legge til at Evang selv fulgte ivrig med i den medisinske utvikling, så langt han maktet, men spesielt var han opptatt av at hans fagledere fulgte med på sine fagområder. Kunnskapsovervåkingen var altså personlig preget. Den systematiske og ”upersonlige” overvåkning av tilbudsutviklingen, med meta-studier og kunnskapsoppsummeringer, tilhørte fortsatt fremtiden.

Planlegging

Planleggings- og strategiutviklingsoppgaven, den ”neste” forvaltningsoppgaven, var heller ikke skilt ut som en egen oppgave, hverken i Direktoratet eller i kontorene, før helt mot slutten av Evangs regjeringstid. Den spesialiserte utrednings- og planleggingsgruppen kom først i 1969. Den fikk som leder en sosialøkonom. For første gang fikk altså en representant for den nye, offensive ”planstaten” en representant inn i Direktoratet. Økonomiinspektørene var ikke sosialøkonomer; for så vidt heller ikke akademikere. Det hører med til bildet at de som hadde et overordnet ansvar for det som måtte være av planlegging som også hadde med seg ressursiden, ekspedisjonssjefen og siden underdirektøren, alltid var jurister, altså utpreget ikke-planleggingsorienterte styringsfagfolk.

Økonomene kom som en ny gruppe, og med en ny, teoritung måte å tenke på. Han hadde hatt en viss forståelse for det han skjønte var den nye faglige inspirator for økonomene, John Maynard Keynes. Keynes var jo planøkonomisk orientert, og det tiltalte ham i prinsippet.³¹⁷ Men han satte seg aldri inn i Keynes tenkning, eller økonomikkens logikk for den saks skyld. Møtet med økonomene i det ”nye” Finansdepartementet ble ikke positivt og han utviklet etterhvert betydelig skepsis overfor økonomene. Han erfarte allikevel at de var viktige, og ville bli viktigere, og endte med å slippe dem, eller én av dem, til i hans eget hus.³¹⁸

Der ble selvsagt drevet planlegging, forberedelse av ny politikk og nye tiltak, i Direktoratet også før utredningsgruppen ble etablert. Den overordnede, politikkkutviklende planlegging, var det i første omgang Evang selv som stod for. Han oppfattet slik planlegging som den overordnede funksjon, og som en funksjon som dermed lå til hans embede, iallfall å sette igang. For så vidt ble for ham en egen ”politisk” planleggingsavdeling nærmest overflødig. Det samme gjaldt for øvrig den indre planlegging: Innad var planene først og fremst rutinene og tradisjonene. Skulle det planlegges endringer var det altså en oppgave først og fremst for ham, selv om han erfarte, som vi har sett, at Rasjonaliseringsdirektoratet alltid stod klar til å ”bistå” ham. Generelt kan man kanskje si, at gjennom ham, Evang, var planleggingsoppgaven på et vis skilt ut og spesialisert.

317) Kfr. Karl Evang, *Helse og samfunn, op. cit.*, s. 296.

318) *Ibid.*, s. 303.

Evang lanserte planer for det meste, og gjorde det nærmest kontinuerlig. Hans planer kom som notater, som tidsskriftartikler og som foredrag. Noen var mindre og enklere, andre ganske omfattende, om enn ikke fullt utarbeidede. De var som regel nokså overordnede, men kunne også i en del henseender være ganske konkrete, men mer hva gjaldt det medisinske enn det rent styringsmessige og ledelsesmessige, som vi skal si mer om senere.

Hans planer hang godt sammen. De var uttrykk for en imponerende velgjennomtenkt og konsistent visjon, en stor "Plan", selv om de også inneholdt vage punkter: Han tenkte seg et helsevesen som hele tiden var faglig à jour, som på dette grunnlag var opptatt av å maksimere helseutbyttet (gjennom preklinisk innsats) og minimere uhelseforhold (klinisk innsats). Hva det siste angikk mente han en fri tilgjengelighet (gratis tjenester) for alle var viktig for å oppnå størst mulig grad av uhelseminimering. Disse ambisiøse mål forutsatte et "automatisk" virkende finansieringssystem; han gikk derfor også inn for det, selvsagt for klinikken, men egentlig også for preklinikk.³¹⁹ Preklinikk som klinikk tenkte han seg organisert på en rasjonell, planmessig måte, det vil blant annet si nivådifferensiert,³²⁰ helst som et integrert offentlig vesen. Hans Plans vaghet reflekterte av og til usikkerhet hos ham selv, en usikkerhet som kunne skyldes hans egen mangel på innsikt i et bestemt saksforhold, og av og til politisk forsiktighet. Vi skal nedenfor komme tilbake til ytterligere sider ved hans plantenkning.

Evangs mange planer, utkast til planer, og ideer til planer, var imidlertid ikke omfattende og grundige nok til at de kunne legges direkte til grunn for ny lovgivning, for "operasjonelle" planer og prosjekter og for konkrete beslutninger. Hans ofte "høyttente" planer og planbidrag, av og til påheftet politiserende finter, for eksempel til Finansdepartementet, fikk derfor status som en slags preplanlegging. De skulle legge premissene for den konkretiserende planleggingen. Hans planer kunne ha vært bearbeidet videre umiddelbart i Direktoratet, av ham selv og av andre, men i stor grad ble de, på statstradisjonell vis, sendt ut av huset, til et par "ytre" runder. Først ble de sendt, som mandater, til såkalte utredningsutvalg eller -komiteer. Det var politisk nødvendig å gjøre det slik. Det var, kan man si, en måte å slippe (korporative) politikken til på, litt før den, etter parlamentarisk-demokratiske prinsipper, skulle slippes til. Det var også, som vi skal komme tilbake til, en måte å slippe de spesielt interesserte parter til på tidlig i beslutningsprosessen; de ble gjerne representert i utvalgene.

Direktoratet, og Evang, la ikke bare premisser for den planlegging som skjedde i disse utvalgene gjennom utformingen av utvalgenes mandater; de foreslo også hvordan utvalgene skulle være sammensatt og furnerte hyppig utvalgene med sekretærhjelp. Representanter for Direktoratet ledet imidlertid sjelden utvalgene. Mot slutten av og i etterkant av Evangs tid ledet dog medisinalråd Jon Bjørnsson et helsepersonellutvalg nr.

319) Han pekte på at hvis bare klinikken var "automatisk" finansiert ville preklinikkene uvegerlig bli liggende på et nivå langt under det faglig mulige og normativt ønskelig. Kfr. bl.a. hans bok fra 1974, *Helse og samfunn*, op.cit., s. 304-305.

320) Han antesiperte LEON-tenkningen (at tjenester skal tilbys på det Laveste Effektive Omsorgsnivå, som ble så viktig noen få år etter at han var gått av).

to; det så på sykepleierne og tilsvarende personellgrupper. Vi erindrer at medisinaldirektør Holmboe selv i sin tid ledet den mest omfattende planlegging noe utvalg har foretatt i norsk medisinalforvaltningshistorie, Medicinallovkommissionen af 1898. Direktoratet og Evangs forhåndsplanlegging, men også deres ”overvåkning” av selve planleggingsarbeidet, bidro til at innstillingene knapt kom som ubehagelige overraskelser. Etter at innstillingene kom ble de sendt til uttalelse til de mest berørte grupper; interessepolitikken kunne slik, i en ny omgang, få spille en rolle. Til slutt bearbejdet så Direktoratet utvalgsinnstillingen, enten direkte som en lovproposisjon, med tilknyttede budsjettforslag, eller som en stortingsmelding, før den kom som en lovproposisjon og som budsjettforslag. Direktoratets, eller snarere Evangs, preplanlegging ble altså fulgt av en delvis politisert ytre planlegging, med en påhektet politisk remissrunde, før den endelige planutforming skjedde i Direktoratet.

Da Evang tok fatt høsten 1938 stod de strategiske utfordringene i kø, som han selv ofte påpekte. De ble enda større etter krigen, med et nedslitt helsevesen i et nedslitt land. Spesielt var det behov for å lage planer, som ikke minst skulle materialiseres gjennom lover, budsjetter og eventuelt (nye) finansieringsordninger, for de to basale grener av helsevesenet, primærhelsevesenet og sykehusevesenet (spesialisthelsevesenet). Utvalget som skulle lage planer for primærhelsevesenet begynte sitt arbeid i 1951 og leverte sin innstilling i 1956. Utvalget som skulle ta for seg sykehusvesenet startet sitt arbeid i 1957 og kom med sine innstillinger i 1959 (psykiatri) og 1963 (somatikk).

Det første utvalg skulle ikke minst utarbeide forslag til en lov som kunne erstatte både Sunnhetsloven av 1860 og Lægeforretningsloven av 1912. Det annet utvalg skulle utarbeide forslag til landets første sykehuslov(er), med tilhørende finansieringsordning. Et tredje viktig utredningsutvalg ble nedsatt noe senere, i 1963, og kom med sin innstilling i 1967. Dette utvalg laget planer for tilgangen på og disponeringen av den viktigste ressurs for hele helsevesenet, personellet. Utvalget ble opprettet fordi personellmangelen hadde holdt seg stor og var iferd med å bli en alvorlig hemsko for den videre utvikling av helsevesenet. Nevnes her bør det også at tannhelsevesenet, som ikke ble tatt med i den sykeforsikringsordning som ble vedtatt i 1909 og satt ut i livet i 1911, etter krigen fikk offentlig oppmerksomhet. I 1946 ble et utvalg nedsatt for å vurdere om den mer beskjedne skoletannlegetjeneste fra tiden like før Den første verdenskrig nå skulle utvides og omformes til et mer ambisiøst offentlig tannhelsevesen for alle barn og all ungdom (opp til 18 år). Utvalget kom med sin innstilling i 1947.

Det første utvalget fikk som formann stadsfysikus II i Oslo, Trygve Iversen, en hygieniker og sosialmedisiner som hadde arbeidet hos Evang før krigen (kfr. ovenfor) og delte mye av hans plantanker. Av de øvrige fem komiteemedlemmer var fire leger. Dette utvalget var altså ekstra medikratisk preget i sin sammensetning. Utvalget fikk også et mandat preget av Evangs tenkning. Det neste utvalget, Sykehusordningskomiteen, var et langt mer ”alment” utvalg. Det fikk en politiker som formann, nemlig stortingsrepresentant og

fabrikkarbeider fra Rjukan, Harald Selås (Ap) (1908-1986). Selås hadde sittet i Sosialkomiteen fra 1945, men fra 1950 satt han i Industrikomiteen. Av ni medlemmer var det to leger. Finansdepartementet hadde en representant i utvalget. Evangs direktørvenn og mektige sjef for Rikstrygdeverket, Finn Alexander (1909-1994) satt også i utvalget. Direktoratets byråsjef i sykehuskontoret, Karl Bentzen, var utvalgets sekretær og den som første storparten av innstillingen i pennen. Helsepersonellkomiteen hadde tidligere departementsråd i Sosialdepartementet (1955-1962), juristen Agnar Kringlebotten som formann.³²¹ Utvalget hadde seks medlemmer, fire av dem var helsefagfolk. Lege i Helseinspektoratet Odd Zakariassen (1927-2008) var sekretær, inntil han tidlig i 1964 ble utnevnt til fylkeslege i Møre og Romsdal. Formannen var siden i stor grad også sekretær. Tannhelseutvalget hadde tannlege Jacob Ramm (1890-1982) som formann og ellers hele ti medlemmer til. Fem av medlemmene var leger og tannleger; en av legene var Gerda Evang, Helseinspektørens hustru. Av de øvrige seks var to stortingsmenn og tre byråkrater.

Utvalgene var altså litt ulikt sammensatt. Det første og det siste hadde den mest medikratiske profil. De øvrige var mer sammensatte, og slik sett ”politisk” preget. Alle utvalgene, som utvalg i den tidligere periode, gjorde godt og grundig dokumentarisk arbeid; deres analyser var meget omfattende. Dokumentasjonsarbeidet ble gjerne foretatt i samarbeid med Direktoratet. Mot slutten av perioden ble i noen grad ytre utredningskapasitet benyttet; en del av planleggingen ble slik flyttet enda lenger ut. Politikkutviklingen var grundig og utførlig begrunnet. Den var faglig sikker, spesielt hva jusen angikk, men i økende grad også hva økonomikken angikk. Interessemangfoldet kom til syne her og der, men enigheten dominerte i alle utvalg, skjønt mest i tannhelseutvalget.

Man kan se på denne tradisjonstunge bruken av utvalg som saklig og faglig begrunnet. Medisinalforvaltningen hadde ikke mulighet for å ha en stor nok planleggingsstab til å kunne håndtere alle mulige planleggingsbehov. Men utvalgsbruken var også politisk motivert. På den ene siden representerte utvalgene en måte å styrke Direktoratets ”heisstatus” overfor helsefagmiljøene på. På den annen side representerte utvalgene en måte å slippe til på et tidlig tidspunkt de viktigste interessenter i byråkrati, fagmiljøer og samfunn ellers, til på; slik inkludering gav interessentene mulighet for å påvirke, men også myndighetene en mulighet for å ”binde” og ”ansvarliggjøre” interessentene.

Arbeidsmåten var imidlertid ofte tidkrevende. Tannhelseutvalget brukte bare et drøyt år, men Primærhelseutvalget trengte fem år, Helsepersonellutvalget tre og et halvt år og Sykehusordningsutvalget to (psykiatri) og fire (somatikk) år. Det videre arbeid, med remissprosess og proposisjonsutarbeidelse i Direktoratet, trakk en god del ut. Det gikk raskt med

321) Hordalendingen (Masfjorden) Agnar Kringlebotten var en meget erfaren departementsembetsmann. Han hadde det meste av sin karriere i Sosialdepartementet. Han begynte der som sekretær i 1919, ble byråsjef i 1928 og ekspedisjonssjef i Trygdeavdelingen i 1939, før han ble Departementets første departementsråd. Han hadde et stort antall styre- og komiteverv. Han var også politisk aktiv og satt i Bærum herredstyre for Venstre fra 1934 til 1947, fra 1938 som medlem av formannskapet og som varaordfører og ordfører (1945).

tannhelseproposisjonen; den kunne legges frem i 1949.³²² Det gikk til dels svært sakte med de øvrige. Der kom en lov om psykisk helsevern i 1961, men sykehusloven ble først vedtatt i 1969, helt på slutten av Evangs tid. Enda saktere gikk det med bearbeidelsen av de to resterende innstillinger. De skulle føre frem til en ny lov for primærhelsetjenesten, men førte i Evangs tid bare frem til noen lovendringer i Legeforretningsloven (1960 og 1968) og Sunnhetsloven, og i fremleggelsen av en kort stortingsmelding. I denne meldingen, Om helsetjenesten utenfor institusjon, ble det også vedgått at Iversen-utvalgets innstilling var lagt til side: ”Sosialdepartementet kom.. etter hvert til den oppfatning at det var mer hensiktsmessig å se dette lovutkastet i en noe videre sammenheng”.³²³ Forholdet var, som vi skal komme tilbake til, at grunnlaget for Evangs helsevesen, distriktslegevesenet, nå var iferd med å bli sett i et annet, langt mindre medikratiske lys.

Den sene fremdriften i planleggingen på disse sentrale helsepolitiske områder har nok noe med utvalgene å gjøre, men den har nok mer med Direktoratet og Evang å gjøre. Evang presset ikke spesielt på; den energiske og rastløse mannen satt nesten og ventet. Iversen-utvalgets innstilling ble endog etterlyst i Stortinget i 1954, etter tre års arbeid. Det vil si, Evang ventet knapt. Han var stadig engasjert med noe, med WHO eller med andre oppgaver. Han fortsatte med sin offentlige ”forhåndsplanlegging”, altså med å skrive artikler og holde taler, men lot utrederne og sine medarbeidere ta den tid de trengte. Han ”unnskyldte” seg av og til med at Direktoratet hadde så meget å gjøre; det var alltid overbelastet. Han henviste ikke minst til arbeidet med syke-trygden, Folketrygden og annen sosiallovgivning.

Men kanskje spilte den almene politiske utvikling den største rolle: Det ble tiltagende vanskelig for ham å vinne frem med sin Plan. Han ble mer og mer en fortidens mann, og følte det nok selv også. Vi skal komme tilbake til denne ”storpolitikken”, altså til hvordan tendenser i omgivelsene slo inn over ham og hans direktorat. Her skal vi avslutte med å bemerke at hans største problem hele tiden hadde vært at han ikke bare ville være en embedsmann. Han ville være en slags kombinert helsedirektør og helseminister; altså virkelig være en ”heisperson” oppover. Når han i praksis i synkende grad fikk være det, smuldret etter hvert hans motivasjon og drivkraft bort. Som vi har bemerket tidligere: Sammenlignet med Genève og den internasjonale arena forøvrig, fortonte Norge og arbeidet her seg som smålig og provinsielt for ham.

Evang var, som rasjonalist og tidligere kommunist, positivt innstilt til planlegging. Han henviste fra tid til annen til hvordan det ”som fortjener å bli kalt helseplanlegging startet i Sovjet-Unionen etter den russiske revolusjon som et ledd i den samlede økonomiske og sosiale planlegging”. Han føyer til at han er ”gammel nok til å kunne erindre meget klart hvordan hele planleggingsprosessen i Sovjet-Unionen ble gjort narr av og ble ledd ut i hele den

322) *Ot.prp. nr. 75* (1949), Om lov om folketannrøkt. SF 1949, 3.

323) *St.meld. nr. 85* (1970-71), Om helsetjenesten utenfor institusjon. Her sitert etter Aina Schiøtz, 2003, *op. cit.*, s. 335.

vestlige verden på den tid”. Han fortsetter: ”Nå antar jeg det er meget få land som føler nasjonalt ansvar som unnlater å arbeide ut ”5-årsplaner””.³²⁴

Han beholdt nok en viss kjærlighet for det han også, nesten ”avideologiserende”, omtalte som den ”slaviske” modell,³²⁵ men ble aldri, som vi har sett, noen ”Planlegger”. Han forsøkte aldri å ta initiativet til utarbeidelsen av noen norsk femårsplan for helsevesenet. Han så at en slik plan måtte inngå i en større samfunnsplan, altså være underordnet denne. For ham betydde det å komme under nyttestatens, altså Finansdepartementets, forvaltning. Han ønsket slett ikke det. Han ønsket, som han siden (1974) skrev, en planlegging som gitt ”nedenfra og opp”, ikke ”ovenfra og ned”. Det var hans medikratiske innstilling som slo igjennom og i praksis ble langt viktigere enn hans sentimentalt forankrede ”kommunisme”. At planleggingen skulle skje nedenfra, betydde at den skulle ha fagmiljøene, ekspertene, som utgangspunkt. Det vil skje i økende grad: Etter hvert som samfunnene på denne måten blir ”teknikalisert”, vil nødvendigvis en rekke avgjørelser måtte løftes ut av den politiske sfære og føres over til fagfolkene”.³²⁶ Men denne fagliggjørelse av avgjørelsene skjer for ham rent for sakte.

La oss føye til: Hvis planlegging skulle skje ”nedenfra”, altså som et svar på fagutviklingen, som han ønsket, måtte ”*planleggingsprosessen .. bli kontinuerlig*”³²⁷ (KEs kursivering). Han oppførte seg nesten slik selv, som forhåndsplanlegger. Han tok imidlertid ikke innover seg at den løpende planlegging opphever planen; den gjør planlegging til løpende beslutningsfatning, altså til noe som ikke er planlegging.

Evang ønsket å samle all helserettet virksomhet under sitt Direktorat, og beklaget (i 1953) at skolehelsetjenesten, idretten og deler av utdannelsen av helsepersonell var lagt under andre forvaltningsinstanser. Han ville drive en virksomhetsmessig integrert helseplanlegging, med utgangspunkt i en ”generalstab”, dog ikke med utgangspunkt i en dikterende generalstab, som den militære betegnelse kunne gi inntrykk av, men altså med utgangspunkt i en interaktiv planlegging og ledelse. Man kan så spørre hvordan han så for seg at all sektoriell planlegging og styring skulle samordnes. Var han ikke både fortsatt så meget av en kommunist og så meget av en rasjonalist at han så at selv en interaktiv sektorplanlegging pekte mot en ”interaktiv” (nasjonal) helhetsplanlegging? Så han ikke at den gjorde det såvel hva angikk helsevesenets overlapping og interaksjon med andre sektorer som hva angikk fordelingen av samfunnets samlede ressurser? Kanskje gjorde han i noen grad det, for han viser undertiden at han ser disse ”store sammenhenger”.

324) Karl Evang, ”Forhåndsplanlegging av helsearbeid”, *Tidsskrift for Den norske lægeforsning*, b. 86, nr. 1, 1966, s. 15.

325) I sitt foredrag ved åpningen av det som skulle bli den Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, 1. august 1953, uttalte han om den ”slaviske” modellen at ”Samfunnets ansvar går her i prinsippet lenger når det gjelder varetakelse av individenes helse enn under noen av de andre systemer. Det synes som om systemet under de sosiale og økonomiske forhold som hersker i disse land har gitt store resultater med *relativt* lave omkostninger”. Foredraget ble trykket under titelen ””Public health” – sosial og administrativt medisin”, *Tidsskrift for Den norske lægeforsning*, b. 73, 1953, s. 767-777. Sitatet er fra s. 769.

326) Evang, *ibid.*, s. 774.

327) Evang, ”Forhåndsplanlegging..”, *op. cit.*, s. 16.

Han avviste allikevel den store plan. Han mente at den sektorielle tilpasning og ressursfordelingsspørsmålene måtte avgjøres etter argumentasjon og dragkamp, altså politisk: Helsemyndighetene må fortsatt, planutvidelsene til tross, ”være forberedt på å slåss for sin andel av nasjonalinntekten, sin del av politikernes gunst og av de bevilgende myndigheters velvilje, sin del av publikums støtte”.³²⁸ Han gjør altså helsemyndighetene til et ”politisk” organ, og seg selv til en slags politiker. Han måtte gjøre det. Hadde han sluppet plantenkningen helt til, og fordrevet nesten all politikk, ville han ha gjort seg selv og sine fagfolk til ”konsulenter” og ikke besluttere. For å redde medikratiet måtte han i noen grad omfavne politikken. Men selv innen sin egen sektor ble altså Evang aldri noen Planlegger, og Direktoratet aldri noe planleggingskontor. ”Karl Evangs interesse for den nitide fremtidsplanlegging var beskjeden”, som vi har sett Fredrik Mellbye konstaterte i sine erindringer.³²⁹

Evang så at ideen om Planen også innebar at planleggingen burde spesialiseres organisatorisk, altså i noen grad adskilles fra de øvrige forvaltningsoppgavene. Han konstaterer at ”helseplanlegging er blitt klarere avgrenset og definert som en egen funksjon”.³³⁰ Han ser også at når det skjer er ikke veien lang til å koble den fra den øvrige helseplanlegging og til ”den alminnelige økonomiske og sosiale planlegging”.

Evang konstaterer:

*Dette kan under uheldige omstendigheter lede til det tragiske resultat at den sakkyndige helseadministrator og andre fagkyndige med spesialisert innsikt på helseområdet gradvis kuttes ut av bildet, eller reduseres til en rent rådgivende funksjon, mens ”heldags helseplanleggere” etterhvert etablerer seg som en slags ny spesialitet i den administrative medisin.*³³¹

Som vi har sett fikk Evang til slutt en egen planleggingsgruppe, ledet av en ”fremmed”, en økonom, men han kunne ikke la den få for stor betydning. Det ville undergrave de institusjonelt baserte, og integrert virkende, fagkontorer, kjernen i hans medikratiske oppbygde helseforvaltning.

La oss avslutte dette avsnitt med å trekke en almen slutning: Å spesialisere forvaltningsoppgavene organisatorisk ville være uttrykk for en styringsmessig modernisering, men samtidig en demedikratisering. Evang så det siste klart, og gikk derfor ikke inn for det, selv om han opprettet en liten planleggingsgruppe. Han argumenterte forøvrig slik at han kanskje ante også det første.

*

328) Evang, *ibid.*, s. 16.

329) Fredrik Mellbye, *Slit med helsa, op.cit.*, s. 147.

330) Evang, ”Forhåndsplanlegging...”, *op.cit.*, s. 15.

331) *Ibid.*, s. 16.

Vi har nevnt at fagkontorlederne var institusjonelle ledere og ikke hadde spesialisert hverken planleggingsoppgaven eller de andre forvaltningsoppgavene. For dem gikk slik overvåkingen (av helsetilstanden), utvikling av planer og iverksettelse av planer og ideer, ja kontroll med iverksettelsen med, meget over i hverandre. De kom allikevel i varierende grad til å interessere seg for selve planutviklingen. Det hang sammen med at den ”store” planlegging gjerne skjedde halvt eksternt, gjennom utredningsutvalg, men også med forskjeller i legning. For de fleste ble planlegging i en del henseender nesten en slags løpende ledelse. Den som kanskje var aller mest opptatt av planlegging var Tuberkulosekontorets leder, Otto Galtung. Galtung ble mindre avhengig av utvalg enn de andre, tuberkuloseomsorgen ble i spesielt stor grad ”hans”. Han tok slik helt kommandoen over utbyggingen av Statens skjermbildeundersøkelser, undersøkelser som var startet av tyskerne under krigen (1943), og gjorde ”Skjermen” til en mønsterinstitusjon. Da streptomycin kom i 1947 varte det ikke lenge før han var i gang med å kontrollere bruken av medikamentet, for å forebygge resistensutvikling. Han fikk satt i gang storstilte tuberkulinundersøkelser; blant annet ble alle folkeskolebarn pirquetprøvet hvert år fra 1951 og syvendeklassinger ble BCG-vaksinert. Utover i femtiårene så han at sanatorieæraen gikk mot slutten og satte i gang etableringen av mer almene lungeavdelinger ved de somatiske sykehus. I 1962 fikk han opprettet Statens tuberkuloseregister, med sosialøkonomen Hans Th. Waaler (f. 1926) som første leder. Galtung trengte dette register for å kunne drive rasjonell planlegging.³³²

Styring, ledelse og iverksettelse

Evang var altså også politiker, og påvirket den øverste, den politiske prosess, så godt han kunne. Et nesten dramatisk uttrykk for det er hvordan han, under regjeringen Borten, lyktes i å få sosialministeren, Egil Aarvik, med på en finansieringsordning for sykehusene (Sykehusloven, 1969) som langt på vei gjorde sykehusfinansieringen ”automatisk”, som praksisfinansieringen var det. Han vant frem i dragkamp med det ellers så mektige Finansdepartement. Dets statsråd, professor ved Norges Handelshøyskole, Ole Myrvoll (1911-1988), måtte gi tapt for legpredikanten Aarvik, og hans ”bakmann”, helsedirektør Evang. Evang burde kanskje skjønt at seieren ville bli midlertidig, for han var forbløffet over at han, i første omgang, lyktes i den grad han gjorde. Den gunstige finansieringsordningen ble gradvis forlatt frem mot midten av syttiårene; for alvor skjedde det fra 1980, da sykehusene fikk en rammefinansieringsordning. Senere fortalte han i et radiointervju at han i 1969 trodde han hadde skutt gullfuglen.

Evang ble altså en viktig deltager også i den politiske prosess. Som leder av iverksettelsen av de endelige politiske beslutninger var han i prinsippet (igjen) forvaltningsmann. Mange beslutningers fullmakts- og rammepreg, betydde imidlertid at han kunne være litt politiker også i denne del av forvaltnings- og beslutningsprosessen. Det ble han. Han hadde knapt noe

332) En nærmere omtale av Galtungs rolle som institusjonsplanlegger og -bygger innen tuberkuloseomsorgen finnes i boken *Hvit pest. Svart tjære*, Michael, 2007: 4, supplement 7, skrevet av Galtungs medarbeider i Direktoratet gjennom flere år (1959-1963) og senere (1968) leder av Statens skjermbildefotografering, Kjell Bjartveit.

valg, men han utnyttet nok valgene mer aktivt enn de fleste av forvaltningsdirektørene. Han gjorde det imidlertid ikke på en dirigerende måte. Som vi har sett gav han sine medarbeidere stor frihet til å utøve skjønn. Det gjaldt også iverksettelsen. Men de visste alltid hvor de hadde ham. Som Fredrik Mellbye siden påpekte i samtale med Trond Nordby: ”Vi arbeidet hele tiden innenfor hans langsiktige mål”.³³³

Selve iverksettelsen var altså ingen ”mekanisk” iverksettelse, en tradisjonell saksbehandling, som vi tidligere har beskrevet den. Den var ikke bare, og ofte heller ikke primært, juridisk subsummerende. Den var i mange tilfeller dynamisk målrettet, selv om den også måtte være juridisk godtagbar. Iverksettelsen skjedde derfor i stor grad gjennom lagarbeid, eller som Evang alltid kalte det, ”teamwork”. Som klinikken var også nå forvaltningen spesialisert, og den samlede oppgaveløsning måtte derfor bli kollektiv. Organiseringen av arbeidet i institusjonelt baserte kontorer bidro til det. Var kontorene blitt spesialisert etter fag og funksjon, og altså iverksettelsen organisert i en egen enhet, ville samordningen, lagarbeidet, blitt det som med et informatisk inspirert uttrykk kalles serielt: de ulike sider ved saken ville blitt belyst etter hverandre. Som det nå var, fikk man en ”parallelt” samarbeid; alle sakens sider ble, iallfall i prinsippet, behandlet samtidig. Legene måtte høre på og ta hensyn til juristene og juristene måtte høre på og ta hensyn til legene; ennå var det i første rekke disse yrkesgrupper det dreide seg om, når vi ser bort fra de andre helsefagsspesialistene. ”Mitt inntrykk”, sa han i en tale i 1961, ”er at det så vel for jurister, som for leger, apotekere, tannleger, sykepleiere og andre fagfolk, er en vesentlig berikelse å kunne arbeide sammen”. Han føyde til:

Særlig overbevisende virket det på meg at enkelte av de eldre jurister – ikke alle – som vi hadde overtatt fra Sosialdepartementets medisinalavdeling, etter noen års arbeid under det nye system spontant erklærte at de fant denne nye arbeidsform langt mere givende, interessant, ja enkelte brukte endog uttrykket inspirerende, enn det system med mere eller mindre ”vanntette skott” som man hadde hatt tidligere.³³⁴

Systemet med ”vanntette skott”, altså det gamle system, innebar en større grad av oppgavespesialisering enn det nye system. Det nye system representerte slik sett intet moderniseringsfremskritt. Men Evangs forsvar for det integrerte system er både interessant og godt: Det som fascinerer legen, den (pre)kliniske dramatik, vil også kunne fascinere juristen, hvis han eller hun bare åpner seg for den.

Det (iverksettende, men ikke bare iverksettende) lagarbeid Evang så positivt omtalte var imidlertid ikke egalitært. Det var et ledet, altså hierarkisk, samarbeid, der legen, eller tannlegen eller apotekeren, var den overordnede og juristen den underordnede. Det betydde for så vidt også at kontakten oppover, til sist til politikerne, var forbeholdt legene, og særlig Evang selv. Selv om juristene nok trivdes med lagarbeidsformen som sådan, kan nok det

333) Nordby, *op. cit.*, s. 165.

334) Begge sitater: Karl Evang, ”Noen administrative problemer...”, *op. cit.*, s. 108.

inegalitære i samarbeidet ha irritert. For Evang var det selvsagt at det måtte være slik, altså motsatt av hva det var under den gamle ordning og som det stadig ellers var i forvaltningen, nemlig at juristene satt øverst og med kontakten med statsråden. Fredrik Mellbye viste mer forståelse for juristenes situasjon og synspunkter: ”Legene og juristene var helt avhengige av hverandre..” Han bemerker at det drøyet lenge før juristene fikk sin ekspedisjonssjef og skriver, i sine erindringer, at det ”medførte at vi søkte den juridiske kompetanse blant våre juridiske kolleger som nok hadde kompetansen, men slett ikke en lønn som stod i forhold til den. Legene følte det ubehagelig”. Vi har ikke funnet spor av at det siste også gjaldt Evang. Ei heller er det mange spor av at Evang er fascinert av og begeistret for sine jurister; han nevner dem, etter det vi kan se, aldri med navn.

Mellbye nevner at Evangs andre, og siste, ekspedisjonssjef, Knut Munch-Søegaard, var en ”medisinaljurist av betydelig format”. ”Det er ikke få leger han, uten deres vitende, har fått ut av vanskeligheter som var uløselig knyttet til selve legeyrket”.³³⁵ La oss ellers legge til at også medisinalråden hadde stor innsikt i og respekt for jusen og juristene, og at det i betydelig grad bidro til å balansere forholdet mellom leger og jurister. Bjørnsson var intellektuelt grepet av jusen og representerte på mange måter et medisinsk-juridisk lagarbeid i seg selv. Evang gir aldri inntrykk av på den måten å være intellektuelt fascinert av jusen. Han var og forble en lege. Det er ikke tilfeldig at to av hans fire barn, (Karl) Anders (f. 1935) og Turid (1937-2007), ble leger. De ble ikke dyttet inn i medisinen, men det lå en uttalt forventning om at de burde tenke alvorlig på den som livsvei. –Av og til ble det nok sagt også, beretter Anders.³³⁶ Det er neppe tilfeldig at Evang offentlig ”alltid” omtalte sin hustru som *dr.* Evang. Hun var tre år yngre enn ham, men de hadde truffet hverandre på gymnasiet (hun gikk to klasser under ham). De ble kjærestere under medisinerstudiet, i 1926.³³⁷

Laget kan ikke selv lede; det må ledes av ett av dets medlemmer. For Evang var altså det legen, men en lege som var spesialist i det han som regel omtalte som (sosial og) administrativ medisin, ikke medisinsk administrasjon. Ofte brukte han dog den engelske betegnelsen ”public health”. For ham omfattet faget offentlige tiltak for å fremme en helsefunksjon, forebygge uhelseutvikling og redusere uhelseomfanget i et samfunn. Det var altså det han kalte et ”applisert” fag.³³⁸ Det omfattet ”bruddstykker fra flere medisinske spesialiteter og fra medisinenes grunnvitenskaper, men i tillegg til det også bruddstykker av sosiologien, den politiske vitenskap og økonomisk vitenskap, ingeniørkunsten osv.”³³⁹ Slik sett var ikke faget rent medisinsk, men tenkte han seg dette faget som et slags aggregatfag eller som et integrert fag, der medisinerne integrerte ”fremmedfagbrokkene” i det nye faget?

335) Mellbye, *op. cit.*, s. 156.

336) Opplyst i samtale 27.10.2008.

337) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 29.

338) Kfr. Karl Evang, ””Public health” – sosial og administrativ medisin”, *op. cit.*

339) *Ibid.*, s. 768.

Han tenkte seg nok faget som et integrert fag, men får ikke klart frem hvordan integrasjonen skal skje og hvorfor den er medisinsk. Mest utførlig går han inn på spørsmålet i en tale han holdt ved det skandinaviske møte av offentlige leger i Larvik 25. august 1950.³⁴⁰ Her definerer han faget, altså ”public health”, i hovedsak på en oppramsende (aggregert) måte. Faget består for ham av disse delfag:

1. *Læren om forholdet mellom helsetilstanden og sosiale og økonomiske kår (“Helsesosiologi”), under dette kommer inn viktige avsnitt av ernæringslæren, yrkemedisinen og bolighygiene (de tre viktigste miljøfaktorer), osv.*
2. *Læren om nettverk av medisinske **institusjoner** og andre medisinske organer som det moderne samfunn betjener seg av.*
3. *Læren om medisinallovgivning og andre lover og regler som utgjør nødvendige ledd i det moderne samfunns helsearbeid.*
4. *Læren om de spesielle tiltak for fremme av helse og forebygging av sykdom.*
5. *Læren om tilbakeføring av syke til normalt liv (attføring).*
6. *Læren om de medisinske minus-varianter i samfunnet (arvelig belastede, skadede, vanføre, gamle, døve, blinde, osv.) og deres varetagelse.*
7. *Læren om helsearbeidets økonomiske struktur.*
8. *Epidemiologien i den utvidede forstand av dette ord.*
9. *Befolknings- og helsestatistikken. Spesialister i public health må stadig og intenst være innstillet på **masseobservasjoner og masse-målinger** av sykdomsopptreden like intenst som klinikerer vil interessere seg for sin kasuistikk.*
10. *Samordning av de forskjellige grener av den medisinske virksomhet. Dette er særlig viktig. Det er selvsagt ikke hensikten at en spesialist i public health samtidig skal være spesialist på alle medisinske felter. Han kan likeså lite som noen annen gjøre krav på å være encyclopedist. Så spesialisert og i mange henseender oppsplittet som den medisinske og sosialmedisinske virksomhet i samfunnet nå er blitt, trenges det imidlertid avgjort at noen følger med i den samlede virksomhet, søker å danne seg et bilde på hvert enkelt sted av om de forskjellige ledd på en **hensiktsmessig måte griper inn i hverandre**, om noe ledd er overbetonet mens andre frister en altfor kummerlig tilværelse, osv. Det er spesialisten i public health som etter den definisjon jeg her anvender har denne vanskelige og viktige oppgave.³⁴¹*

De ni første ”lærene” presenterer han for så vidt nokså uavhengig av hverandre, selv om de ”ikkemedisinske” fag han nevner, som jus og økonomikk, representerer noen av de (styrings)redskaper Evangs spesialist i praksis må bruke. Anderledes sagt: Evang sonderer ikke prinsipielt mellom styrings- og ledelsesfag og anvendt prekliniske og kliniske fag. Hans siste delfag fremstår imidlertid som et overordnet fag, altså et styrings- og ledelsesfag. Ja, det fremstår som det overordnede styrings- og ledelsesfag: Det er

340) Talen er trykket i *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, årg. 3, nr. 2, 1950, s. 1-12.

341) K. Evang, *ibid.*, s. 2-3.

samordningsfaget. Han ser imidlertid ikke på dette som et fag i seg selv. Det blir en skjønsmessig basert *virksomhet*. Dermed blir rasjonalisten Evang stående på det prinsipielt sett ikkeintellektualistiske standpunkt at styring og ledelse i siste instans forblir en erfarings- og fornuftsbasert virksomhet. Faglige premisser kommer alene inn knyttet til den virksomhet som skal styres og ledes, altså den medisinske. Det er slik sett typisk at han, og leger flest, også idag, omtaler medisinen som ”faget”, mens ledelse og administrasjon er noe annet, noe ikkefaglig. Men i tillegg ville han nok ha sagt at iallfall jusen, kanskje også økonomikken, representerer en slags faglighet, men da en spesialisert, ikke en overordnet, faglighet, altså en styringsfaglighet. Samordneren kan ikke være juristen eller økonomen; han eller hun må være medisineren, den person helsevesenets virksomhet bygger på. Disse, bare halvt moderne, standpunkter skulle altså etter hvert bli utfordret, igjen.



En hustrig høstdag i 1968: Helselederen på vei til arbeid, men vesken med tennisutstyret må også være med. Den gamle A. I. F.-mester (Arbeidernes Idrettsforbund) glemte ikke gamle kunster. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Evang reiser i foredraget også spørsmålet om hospitalsadministrasjon er et eget fag eller tilhører ”public health”. Han konkluderer med at ”det er meget som taler for” at hospitalsadministrasjon, ”når det gjelder samordning av,

d.v.s. den *overordnede* administrasjon av medisinske anstalter”, egentlig tilhører ”public health”. Han ser at kirurgene vil protestere. De ser på seg som de naturlige sykehusledere, men det er allerede blitt ”en offentlig hemmelighet” at de ikke egner seg mer enn andre sykehusspesialister. Hvis ikke hospitalsadministrasjon blir en del av ”public health”, fremholder han, ”tror jeg legestanden må avfinne seg med at utviklingen går i retning av at administrasjon av sykehusene tas vekk fra dem og føres over til særlige sykehusadministratorer som ikke er leger”. ”Personlig” ser han på det som ”meget farlig”.³⁴²

I den grad han forstår ”public health” som et *samordningsfag*, er hans standpunkt naturlig. Men hans argumentasjon mot å slippe de kliniske spesialister til som samordnere (ledere) kunne nesten liksom vel vært rettet mot å slippe de prekliniske spesialister, ernæringseksperter, hygienikerne av ulike slag eller epidemiologene, til som samordnere – også i preklinikken, men selv sagt særlig i klinikken. Ja, det naturligste, gitt hans premisser, ville jo være å si at klinikerne burde lede klinikken og hygienikerne etc. preklinikken. Han ser antagelig ikke det, og ved aldri helt å ta innover seg samordning som en *faglig* utfordring, får han ikke skapt et faglig offensivt ledelsesmiljø i medisinen. Når så ledelses(r)evolusjonen når medisinen utover i 1970-årene, står den faglig utsatt til. Man kan nesten si at ”public health”, som han og hans kolleger ellers i Vesten forstod faget, eller fagene, altså medisinsk (hygienisk), ble en hindring for at det medikratiske prosjekt kunne føres vellykket over i det ”supermoderne” helsevesen og samfunn.

De leger han selv satset på i Norge fikk, de fleste av dem, anledning til å dra ut, lenge bare til USA, siden også til England, for å få en ”public health”-utdannelse. Men en utenlandsk utdannelse var ikke nok. Der trengtes også et hjemlig, eller iallfall nordisk, tilbud, for å få utdannet mange nok. Her hjemme klarte han ikke å få i gang mer enn et tremåneders kurs for offentlige leger, det såkalte ”Bygdøy-kurset”. Det kom i gang i 1948, og skulle fortsette lenge etter at han var gått av. På nordisk basis var han imidlertid med på å få i gang en utdannelse som etter hvert skulle bli en full MPH-utdannelse. Den nordiske utdannelsen ble etablert i Göteborg i 1953, ved det som skulle bli Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Evang talte om samordning, men altså ikke om *samordningsfag*. Han er også i påfallende grad taus om ledelse, eller ledelse som fag. Han bruker knapt ordet, og slett ikke som et faglig ord. I en engelskspråklig artikkel, skrevet i 1966, viser han dog at han også kjenner til ledelsesfaget. Han nevner at det er utviklet for økonomiske organisasjoners formål, og der kan være til nytte. Han ser at faget i noen henseender kan ha relevans også for helsevesenet, men understreker så at helsevesenets formål ”is not one of economy”. Gradvis blir han så mer kritisk og ser, helt riktig, den fare det nye faget representerer for medikratiet:

342) K. Evang, *ibid.*, s. 4.

It seems to be the goal of management experts to split up the health services in the largest number of small, administratively independent units, headed by nonmedical administrators, and with medically trained persons full-time or – mostly – part-time as advisers.

Han avslutter, nokså spisst og, overfor sine kolleger, advarende:

Besides the administrative lawyer (den gamle rival), the administrative doctor therefore has a series of new competitors; the specialist in administration, per se, the economist, the planner, the coordinator, the "coordinator of planning," and so on ad infinitum. These new variations of Parkinson's law seem to be spreading.³⁴³

Kanskje ante han hva som var iferd med å komme, men reagerte konservativt, og med ironi mer enn argumenter?³⁴⁴ Igjen kan vi konstatere at han slik kan ha latt sjansen til å "fange" fremtiden for sitt prosjekt ha gått fra seg.

*

Direktoratets iverksettelse av helsepolitikken forble slik under hele Evangs tid et medisinsk ledet, men hele tiden noe snevert, lagarbeid. Lagarbeidet omfattet helsefagfolkene og juristene, og fungerte nok slik i mange henseender godt, som Evang selv sier. Men skjevheten i forholdet mellom fagene skapte også problemer, problemer som skulle bli større i neste periode. Sneverheten, særlig mangelen på økonomisk sakkynndighet, var et åpenbart problem, og nok et problem som skulle vokse.

Iverksettelsen var i Evangs periode i stor grad begrenset til det å fatte beslutninger; det var naturlig for juristene og i stor grad også for helsefagfolkene. De siste var imidlertid mer resultatorientert enn de første, og det skjedde derfor også en viss grad av oppfølging, enten direkte eller via fylkeslegene. Hvor pågående denne oppfølgingen var, varierte imidlertid en del fra område til område, ikke minst avhengig av hvem kontorlederne var. Man kan, igjen, si det reflekterer en nokså "praktisk" forståelse av ledelse.

Kontroll og tilsyn

Heller ikke tilsynsoppgaven var, som det vil ha fremgått, på noen måte skilt ut og spesialisert under Evangs medikratiske regime. Hvert "institusjonelle" kontor kontrollerte på sin, skjønnsmessige, ikke metodiske, måte. Også hva tilsyn angikk var altså Evangs direktorat bare premoderne.

343) Begge sitater er tatt fra "The Position of the Medically Trained Person in the Administration of Health Services", *American Journal of Public Health*, Vol. 56, No. 10, 1966, s. 1724-1725. Hele artikkelen finnes på ss. 1722-1733.

344) Peter F. Hjort, som diskuterte planene om medisinerutdanning i Tromsø med Karl Evang i Medicinsk Selskab i slutten av sekstiårene, sier at Evang var meget skarp i sin avvisning av planene. "Han var norgesmester i ironi". Opplyst av Hjort i samtale 30.10.2008. Det er fristende å føye til at som ved en skjebnens ironi skulle Evang selv, etter at han var gått av som helsedirektør, bli utnevnt til sosialmedisinsk (gjeste)professor i Tromsø.

Som før krigen var det offentlige tilsyn i hovedsak kollegialt preget. Fylkeslegen førte et visst tilsyn med distriktslegen, men et tilsyn som gjerne kombinerte det iverksettelseskontrollerende og det egentlige fagtilsyn. Dette tilsyn var imidlertid basert på det vi kunne kalle lite systematisert ”løpende observasjon”, og den kjennskap den gav. Men dette tilsyn var også preget av vennskap – eller det motsatte. Distriktslegene ble imidlertid påvirket, både som iverksettere av politikk og som (meta)klinikere, av kontrollen og tilsynet, om det var aldri så uformelt: Fylkeslegen og, høyere oppe, Direktoratets folk, hadde kontroll over distriktslegens videre karriere i det offentlige legevesen.

Kontrollen ovenfra, og for så vidt like meget fra Foreningen som fra Direktoratet, med sykehusene og sykehuspersoenlet var beskjeden. Spesialiseringen skapte større kompetansemessig og statusmessig avstand mellom sykehuslegene og andre leger, fylkeslegene iberegnet; det gjorde tilsyn og kontroll fra de siste overfor de første vanskelig. Kollegialt begynte man etter krigen imidlertid å få en kontroll ”den andre veien”, av spesialister overfor almenleger: De første kunne i økende grad se de siste i kortene, og sende mer eller mindre tydelige signaler tilbake. Det må dog nevnes at en del fylkesleger fikk en viss autoritet også overfor sykehusene.

De offentlige leger, og over dem, Direktoratet, skulle drive et mer systemisk tilsyn, blant annet gjennom inspeksjoner, både overfor helsepersonell og institusjoner, i tillegg til overfor ”kvaksalveriet”. Dette skjedde, som før, gjennom apotektilsynet, og for så vidt også gjennom kontrollkommisjonene ved de psykiatriske institusjoner. For øvrig var det imidlertid ikke systematisert. Det skjedde ikke etter bestemte, tilsynsfaglig pregede metoder. Det skjedde mer skjønnsmessig, og litt vilkårlig. Det moderne, systematiske tilsynet lå ennå et stykke inn i fremtiden.

Det tilsyn, eller ”ettersyn”, som fikk mest oppmerksomhet, var klagene, eller besværingene som de tidligere også ble kalt, og behandlingen av dem. Pasienter klager mer. Etterhvert tilpasses så lovgivningen så det blir mer å klage på og lettere å klage.

Pasienter kunne, da Forvaltningsloven var trådt i kraft (1970), klage på underordnede leger til deres overordnede, eller til disses arbeidsgiver.³⁴⁵ De kunne dog ikke formelt klage på overordnede leger eller arbeidsgivere. Psykiatriske pasienter (eller deres pårørende) kunne også klage blant annet beslutninger om tvangsinnleggelse inn for kontrollkommisjonene for de psykiatriske sykehus; grunnlaget fantes i Lov om psykisk helsevern § 8. Pasienter kunne også klage på medisinsk behandling til Sivilombudsmannen (1962); noe som dog svært sjelden skjedde.³⁴⁶ Vi har ikke oversikt over omfanget av slike, myke eller harde, pasientreaksjoner.

345) Siden man knapt kunne si at leger opptrådte på vegne av forvaltningsorganer, skulle det meget til for at slike klager resulterte i noe.

346) Kfr. NOU, 1976: 1, *Leger og tannlegers rettigheter og plikter*, s. 124.

Viktigst for moderniseringen av klagebehandlingen var imidlertid lege- og tannlegelovene. Lægeloven (og Tannlægeloven) av 1927 ble noe revidert i 1957, etter forarbeid av Direktoratets legekantor. Direktoratet hadde villet føye til flere ”styrende” bestemmelser, men etter motstand fra Lægeforeningen begrenset det seg til å foreslå én ny bestemmelse, nemlig om at leger for kortere eller lengre tid kunne frataes retten til å forskrive alle eller enkelte grupper av bedøvende midler (tilføyelser til § 5). Spesielt viktig er det at begrepet ”forsvarlighet” nå ble brukt. I den nye § 5a, kom det til å hete: ”Dersom det er skjellig grunn til å anta at en leges forskrivning av bedøvende midler må anses som uforsvarlig legevirkosomhet, kan departementet etter forgjeves å ha advart ham, bringe saken inn for Kontrollrådet for legers forskrivning av bedøvende midler”. Kontrollrådet ble oppnevnt i forbindelse med denne lovrevisjonen og kom til å bestå av to (”høyesterettsdommerkvalifiserte”) jurister, som formann og nestformann, og to leger. Det fikk ytterst få saker til behandling i resten av Evangs tid.³⁴⁷

Ved at begrepet forsvarlighet ble innført, ble i virkeligheten viktige premisser lagt for den senere omfattende profesjonalisering både av den egentlige tilsynsoppgaven (overfor de offisielt godkjente behandlere og institusjoner) og av klagebehandlingen. Begrepet ble i 1957 brukt på en nokså avgrenset måte. Men introduksjonen av begrepet nærmest pekte mot en generalisering: Hvorfor skal leger bare passes på med hensyn til en bestemt form for u/forsvarlighet og ikke med hensyn til alle former for u/forsvarlighet. Man kunne også spørre hvorfor et domstolslignende organ, Kontrollrådet, og ikke fagforvaltningsorganet Helsedirektoratet, i slike tilfeller skulle vurdere u/forsvarlighetsspørsmålet. Lovendringen i 1957 var sånn sett bare en forberedelse for den nye loven som etter hvert ”måtte” komme. Den kom i 1980. Da kom der selvsagt også en ny lov for tannleger.

I Helsedirektørens instruks av 1927 stod det i § 2 at han skal ”føre tilsyn med ... lægenes virksomhet. Han har å foreta de i den anledning nødvendige inspeksjoner”. Om premissene for tilsynet stod der intet, og hverken Evang eller hans to forgjengere, Heitmann og Wefring, fulgte opp denne bestemmelsen på noen systematisk måte. I all hovedsak forholdt de seg til de klager som kom inn fra publikum. Legelovutvalget av 1971 opplyser at Direktoratet årlig mottok ca. 150 klager; halvparten gjaldt leger. Det sies ikke hvilket tidsrom det dreier seg om, men mest sannsynlig gjelder det begynnelsen av 1970-årene, altså Evangs siste år og noe etter. Klagene gjaldt forskjellige ting, både behandleres adferd og forholdene på (psykiatriske) sykehus. Klagene ble behandlet av de aktuelle fylkesleger før Helsedirektøren tok stilling til dem. Helsedirektøren fant at de fleste klager ikke gav grunnlag for å rette kritikk mot behandlere eller sykehus. I noen få tilfeller anbefalte Helsedirektøren den klagende å ta kontakt med behandleren eller sykehuset for å vurdere å reise erstatningskrav. I enkelte andre tilfeller anbefalte Helsedirektøren den klagende å ta kontakt med advokat for å vurdere hvordan saken kunne forfølges videre. Helsedirektøren gjorde altså ikke meget selv, eller gjennom fylkeslegen, overfor dem kritikken var rettet

347) Kfr. *ibid.*, s. 122.

mot. I noen tilfeller kunne dog han, eller fylkeslegene, gripe inn på en mer kollegial og veiledende måte. De hadde jo knapt noe formelt grunnlag for å gjøre det anderledes heller. Domstolene kunne gjøre noe (reaktivt). En del, og etter hvert litt flere, saker, for eksempel av ertstatningsrettslig art, ble reist.

Kvaksalvertilsynet, altså tilsynet med de ”andre”, med konkurrentene, var en oppgave de offentlige legene fortsatte å ha, også under Evang. Men også dette tilsynet var noe tilfeldig, og nok i noen grad ubehagspreget for legene. Rasjonalisten Evang mislikte imidlertid kvaksalveriet sterkt og reagerte hvis saker kom opp i pressen eller han fikk kjennskap til at legpersoner tok syke i kur på lovstridige måter.

Legeforeningens parallelle ”tilsyn” ble også bygget noe ut etter krigen og fikk et bredere formelt grunnlag. Der kom stadig nye typer regler. I 1961 ble de samlet i ett, større regelsett. Samtidig ble der opprettet et Råd for læge-etikk. Fylkesavdelingene fikk egne kontrollnevnder. I perioden 1962 til 1970 behandlet Etikkrådet 161 saker, bare 12 gjaldt klager over feilaktig behandling. De fleste av klagesakene kom i de siste årene.³⁴⁸

Det er interessant at komiteen som utarbeidet forslaget til nye foreningsregler også omfattet medisinalråd Jon Bjørnsson: I mange henseender arbeidet de to sentrale medikratiske organer, Foreningen og Direktoratet, sammen. Ja, i denne komiteen gikk alle tre sammen, fordi også Fakultetet i Oslo var med, nemlig ved den ”mangestedsnærværende” professor Axel Strøm, Evangs venn fra SLF-årene.³⁴⁹

Etter krigen fortsatte Lægeforeningen også den økonomiske kontrollpraksis den hadde startet i 1930-årene, under generalsekretær Jørgen Berner (1883-1964). Hans etterfølger fra 1949, Odd Bjercke, var svært opptatt av legenes ”økonomiske adferd”, og fortsatte samarbeidet med trygdeetaten – helt opp til den myndige trygdedirektør Finn Alexander. Alexander var streng når det gjaldt bruken av takstene, men Bjercke var nok like streng. I en samtale med Maren Skaset uttalte han at ”det var vår oppgave å sørge for at standen oppførte seg pent”. Han fortsatte med å påpeke at Foreningen ”Alltid holdt styr på standen, og det har ikke vært mulig å forvente en mild behandling av Legeforeningen hvis de (altså legene) først hadde gjort noe galt”.³⁵⁰

Lægeforeningens utbygging av tilsynsvirksomheten skjedde i noen grad for å forebygge en for omfattende ”sosialisering” av tilsynet. Bjerckes strenghet er et uttrykk for det: Det var en forutsetning for at legene skulle få beholde en betydelig grad av autonomi, også når det gjaldt ”styringen” av legene, at de passet på hverandre. Det skulle skje uformelt rundt omkring i klinikken, men det måtte også, og i økende grad, skje formelt, gjennom legenes organisatoriske ”hode”, Lægeforeningen. Samtidig begynte det, og spesielt etter 1957 (loven), å bli klart at ”tilsynssosialiseringen” på denne måten ikke

348) Her referert etter NOU 1976: 1, s. 125. Tallene er hentet fra en artikkel av Axel Strøm, Etikkrådets formann, i *Tidsskrift for den norske lægeforening*, nr. 8, 1970.

349) Kfr. Maren Skaset, *op. cit.*, s. 97.

350) Maren Skaset, *op. cit.*, s. 96.

ble mer enn utsatt. Legene kunne kanskje ”trøste seg” med at den sosialisering som de så komme, skulle skje i regi av et forholdsvis medikratisk organ, Helsedirektoratet. Opprettelsen av Kontrollrådet var imidlertid et varsel om at slik ville det ikke nødvendigvis gå: Juristene ”lukket” nå om ikke ”blod” så (ny) makt. Dessuten var jo også Helsedirektoratet som medikratisk organ i noen grad kommet under attack: Det startet, som vi har sett, med dr. Harlem i 1956.

Tilsynsvirksomheten og delvis klagebehandlingen ble altså i beskjeden grad spesialisert og profesjonalisert under Evang. Tilsynsvirksomheten var kanskje den oppgave som ble aller minst profesjonalisert. De gamle, usystematiske og praksispregede kollegiale kontroll- og tilsynsformene, men også de noe mer institusjonaliserte tilsynsformene man hadde gjennom de psykiatriske kontrollkommisjonene og legemiddelkontrollen, levde i stor grad videre. Direktorat og legeforening arbeidet i noen grad sammen, uten at arbeidsdelingen var klar. Fakultetet (i Oslo) spilte også en viss rolle. Hva tilsyn angikk kan man altså konstatere at Evangs Direktoratet i nesten påfallende grad mer var en del av det gamle medikratiske regime enn av det nye, ”postmedikratiske”, og styrings- og tilsynsmoderniserte, regime. Dog spilte også Helsedirektøren en viss reaktiv rolle.

Det er neppe tilfeldig at Evang i tale og skrift ytret så lite om tilsyn. Det var ikke, ser det ut til, en oppgave som engasjerte ham meget, selv om han kunne reagere skarpt og offentlig i en del saker. Dog berørte han på en interessant måte spørsmålet i et notat han skrev i USA under krigen. Han henviser til den omfattende faglige og tekniske utvikling og sier at det gjør at legen ikke lenger kan sitte for seg selv. Han må samarbeide og han må finne seg i å bli kontrollert av det offentlige:

*Den enkelte individuelle lege som ukontrollert av alle driver sin egen lille legebudrift helt etter eget skjønn, er derved kommet i en vanskelig stilling. Ingen enkelt lege kan lenger beherske det hele felt, men må nødvendigvis, om han skal utføre **forsvarlig** (vår uthevelse) medisinsk arbeid, inngå som ledd i et ”team-work”. De representanter for legestanden som har ønsket å påskynne den pågående utvikling, har derfor pekt på at hvis legestanden søkte å sette seg imot utviklingen, måtte resultatet bli at standen satte seg selv utenfor og mistet innflytelsen over sine egne arbeidsvilkår.³⁵¹*

Vi bør legge til at han etter krigen var meget streng i sitt ”politiske” ”ettertilsyn”, altså i vurderingen og behandlingen av leger som hadde samarbeidet med okkupasjonsmakten under krigen. Streng var for øvrig også Lægeforeningen. Myndighetene ellers, og domstolene, var betydelig mildere.³⁵²

351) Karl Evang, *Norsk helsestell og norske helseproblemer*, notat, Washington D. C., mai 1943. Notatet finnes i Helsetilsynets Evang-samling.

352) Kfr. Aina Schiøtz, 2003, *op. cit.*, s. 298-305.

Spesialiseringen og profesjonaliseringen: noen tall og litt om den indre ledelse i Helsedirektoratet

Som andre departementale organer var Helsedirektoratet delt inn i tre forholdsvis distinkte fagsjikt, den øverste ledelse, byråsjefene og saksbehandlerne; i tillegg kom det kontortekniske personale. Det tallmessige forhold mellom de tre fagsjikt endret seg noe, men ikke meget i løpet av Evangs tid; kfr. tabell 4.5. Det øverste sjikt utgjorde 14 prosent av fagstaben i 1946, sank til 10 prosent et knapt tiår senere, men økte så og var på 21 prosent i 1972. Mellomsjiktet omfattet rundt 20 prosent i førtiårene og sank så gradvis, til 12 prosent i 1970, men gikk litt opp igjen, til 12 prosent i 1972. Saksbehandlersjiktet utgjorde omlag to tredjedeler av fagstaben i 1946. Det økte så og nådde en topp i 1955 på nesten tre av fire fagansatte. Siden gikk andelen litt ned, til 64 prosent i 1972. Man kan si at der skjedd en viss "proletarisering" av fagstaben frem til annen halvdel av femtiårene: Saksbehandlerstabens bemanningsandel vokste mens begge de to ledergrupenes bemanningsandel gikk tilbake. Siden er utviklingen gått den andre veien. Saksbehandlerandelen er gått noe tilbake, mens særlig sjefsandelen er gått opp. Ytre sett er på denne måten opprykksmulighetene blitt noe bedre, men mer til de(t) øverste sjikt enn til sjikt nr. to (tre).

Men siden Direktoratet var så flerfaglig, må vi differensiere bildet etter fag. I tabell 4.6. har vi gjort det for de to største gruppene i Direktoratet, legene og juristene. Som vi ser er bildet nokså forskjellig for de to grupper. Med unntagelse av året 1955, og delvis 1960, var det for legene flere lederstillinger enn saksbehandlerstillinger. For juristene var det motsatt for alle år, dog ble andelen opprykksstillinger etter hvert litt høyere og var til slutt i perioden på 37 prosent. Forskjellene mellom de to toneangivende faggrupper forsterkes av at legenes opprykksstillinger var toppstillinger, mens juristenes opprykksstillinger først bare var mellomlederstillinger og siden ble to topplederstillinger. Ser man interesse-byråkratisk på situasjonen, gjør en slik situasjon de underordnede legene lite underdanige; de kunne jo rykke opp "uansett" hva de sa og gjorde. Ja, deres muligheter for å gjøre karriere var enda gunstigere enn direktoratstallene forteller. De hadde også et attraktivt marked utenfor forvaltningen, nemlig i den offentlige legeetat. For saksbehandlerjuristene var karrieresituasjonen langt mer usikker, og for så vidt klassisk byråkratisk. Deres sannsynlighet for å rykke opp i Direktoratet var brukbar, men ikke bedre enn at de måtte strekke seg en del for å komme videre, bl.a. vise lydigheit.

Tabell 4.5: De ulike hierarkiske sjikts andeler av fagstaben i Helsedirektoratet, 1946-1972. Prosent (antall).

	1946	1948	1955	1960	1965	1970	1972
Øverste ledere	14 (5)	12 (4)	10 (5)	15 (8)	19 (10)	20 (17)	21 (18)
Byråsjefer	20 (7)	21 (7)	17 (8)	13 (7)	13 (7)	12 (10)	14 (12)
Saksbehandlere	66 (23)	68 (23)	73 (35)	71 (37)	68 (36)	67 (56)	64 (54)
Tilsammen	100 (35)	101 (34)	100 (48)	99 (52)	100 (53)	99 (83)	99 (84)

Kilde: Norges statskalender. Tallene gjelder litt ulike tidspunkter på året. For de to første år gjelder de slutten av året, for 1950 for mai det året, og for resten av årene til og med 1970 for 31.12. Tallene for 1972 gjelder for 1.1. det året. Personer som har vært i permisjon på registreringstidspunktet er ikke telt med. For 1972 er arkitekt nr. 2 regnet til byråsjefssjiktet; han ble lønnet som byråsjefer. Apotek- og økonomiinspektører er regnet med til saksbehandlersjiktet. De var gasjert lavere enn byråsjefene og på nivå med konsulent I.

Tabell 4.6: Fordelingen av leger og jurister etter hierarkisk sjikt, 1946-1972. Prosent (antall).

		1946	1955	1960	1965	1970	1972
Leger	Sjefer	63 (5)	42 (5)	50 (6)	70 (7)	63 (12)	60 (12)
	Byråsjefer	-	-	-	-	-	-
	Saksbehandlere	38 (3)	58 (7)	50 (6)	30 (3)	37 (7)	40 (8)
	Tilsammen	101 (8)	100 (12)	100 (12)	100 (10)	100 (19)	100 (20)
Jurister	Sjefer	-	-	9 (2)	9 (2)	7 (2)	7 (2)
	Byråsjefer	24 (4)	24 (5)	17 (4)	22 (5)	30 (8)	30 (8)
	Saksbehandlere	76 (13)	76 (16)	74 (17)	70 (16)	63 (17)	63 (17)
	Tilsammen	100 (17)	100 (21)	100 (23)	101 (23)	100 (27)	100 (27)

Kilde: Som tabell 4.5.

Trond Nordby skriver i sin Evang-biografi at sammenslåingen av avdeling og direktorat, og legenes okkupasjon av nesten alle toppstillinger, førte til at mange jurister "fikk sine karrierer ødelagt". Avdelingsjuristene følte at den for dem "fastlåste situasjonen" skapte "nær sagt menneskelige tragedier". Nordby nevner også at mange sluttet i løpet av de første årene.³⁵³ Det er for så vidt riktig, men det var noe som skjedde nokså umiddelbart, og til dels som en følge av det som skjedde under krigen. Av de 13 juridiske saksbehandlerne i Direktoratet i 1946 var bare tre "gamle". Men det neste året sluttet det bare fire, og én av disse rykket opp til byråsjef. Saksbehandlere "skal" ikke sitte lenge, så dramatisk kan vi ikke si denne avgangen var. Heller ikke senere tyder tallene på at de juridiske saksbehandlere følte at deres situasjon var for "fastlåst". I 1955 var tre av 16 juridiske saksbehandlere ansatt før 1950, og én før 1946 (nemlig 1930). Avgangen i løpet av 1954 var imidlertid på bare fire. Bildet endrer seg ikke vesentlig mot slutten av perioden. Av 23 juridiske saksbehandlere i 1965 var to ansatt før 1960, og

353) Nordby, *op. cit.*, s. 154.

fra 1964 til 1965 sluttet hele 11 jurister.³⁵⁴ Av 17 jurister i 1972 var to ansatt før 1967, og 10 før 1970, mens bare fire jurister sluttet i løpet av 1971.

Det var en viss frustrasjon blant juristene over de begrensede karriereutsikter i Direktoratet, men tallene tyder på at det ikke var altfor vanskelig for dem å komme seg ut. De var ikke ”låst” til medisinalforvaltningen. De juridiske byråsjefer var egentlig mer låst. De hadde investert en del i Direktoratet og hadde til å begynne med ingen interne opprykksmuligheter; siden fikk de to. De som fikk disse to stillinger ble imidlertid sittende lenge, så byråsjefene måtte ut for å komme seg videre opp. Kaare Bjerkomp, den første ekspedisjonssjef, satt, som vi har sett, fra 1956 til 1967, mens den annen, Knut Munch-Søegaard (1923-2008) satt resten av Evangs tid, og for så vidt også mer enn hele Torbjørn Morks tid (til 1993). Da Munch-Søegaard overtok som ekspedisjonssjef i 1967 hadde byråsjefene håpet, som de gjorde da Bjerkomp ble ekspedisjonssjef i 1956, at deres stilling skulle bli styrket. Men selv om Munch-Søegaard var en tydeligere og mer offensiv embedsmann enn forgjengeren, forble han også først og fremst Evangs, og siden Morks, og Bjørnsons mann. Han hadde nok mere kontakt med byråsjefene enn Bjerkomp hadde hatt, men hans posisjon nær de to på toppen gjorde at disse nesten alltid henvendte seg til ham og ikke til byråsjefene når de hadde ”byråkratiske” spørsmål.³⁵⁵ Han var også svært lojal overfor de to på toppen. Ekspedisjonssjefembedet fortsatte altså, som vi nevnt, å trykke stillingen for byråsjefene litt ned, og slik i noen henseender å gjøre juristenes og andre ”byråkraters” posisjon i Direktoratet svakere. Ekspedisjonssjefene bidro på den måten snarere til å styrke enn til å svekke legestyret i Direktoratet.



Knut Munch-Søegaard, ”en medisinaljurist av betydelig format”, som overlege Fredrik Mellbye sa. Her er ”Munchen” avbildet 22. november 1960. Han var da byråsjef i Psykiatrikontoret (siden 1957). Han ble underdirektør i 1961 og overtok i 1967 ekspedisjonssjefembedet etter Kaare Bjerkomp. Han ble en viktig medarbeider, og tennispartner, for Evang, og var i mange henseender Torbjørn Morks nærmeste medarbeider gjennom hele Morks direktørtid. Foto: Aftenposten / Scanpix

354) Ytterligere fire var ute en stund, men kom siden tilbake som byråsjefer.

355) Opplysningene her baserer seg på samtaler med flere, men i første rekke med Egil Danielsen, 6.1.2009.

Ser vi på de andre grupper er situasjonen slik: Farmasøytene hadde fra begynnelsen av en byråsjefstilling og fra 1946 til ut 1950-årene fire til seks saksbehandlerstillinger. Helt mot slutten var det syv begynnerstillinger for farmasøytene og stadig bare én opprykksstilling; denne var dog nå en topplederstilling (overapoteker). Situasjonen for saksbehandlerfarmasøytene var altså mer ”trøstesløs” enn for juristene; den ble endog stadig mer trøstesløs. De fleste satt imidlertid også svært kort i sine, for de fleste nokså spesialiserte, stillinger, og forsvant så ut. De tilhørte mer apotekervesenet enn apotekerforvaltningen.

Tannlegene hadde en gunstigere situasjon med stort sett én begynner- og én opprykksstilling hele perioden igjennom. For tannlegene var det på den annen side knapt noe eget fagmiljø; tannhelseforvaltningen var byråsjefen, og siden overtannlegen, og han satt lenge.

Gruppen ”andre” er svært heterogen. Den omfatter både akademikere og personer uten, eller uten full, akademisk utdanning. De siste er i flertall. Ikke-akademikernes opprykksmuligheter var svært begrensede, men Karl Berntzen ble byråsjef i Sykehuskontoret i 1946, og satt lenge, helt til 1969; han kom også, som Sykehusordningskomiteens sekretær, til å spille en viktig strategisk rolle. Det hører med til bildet at mange av de ”nye” akademikere som kom inn helt mot slutten av Evangs periode gikk rett inn i overordnede stillinger. I 1969 ble, som vi har nevnt, en sosialøkonom konstituert som sjef for den nye Utrednings- og planleggingsgruppen; andre økonomer var der ikke i Direktoratet. Året etter kom der en overarkitekt og fra 1972 nok en arkitekt. Den siste ble lønnet over saksbehandlernivå, og skulle etterhvert erstatte den første som overarkitekt.

Tabell 4.6 mer enn antyder hvordan Helsedirektoratet var legestyrt. Medisinaldirektoratet var også legestyrt, men det hadde i en del henseender Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet over seg – og Avdelingen og dens juridiske sjef stod formelt og ofte i praksis mellom Medisinaldirektøren og Sosialministeren. Nå var de juridiske embeds- og tjenestemenn plassert under den medisinske ledelse. Det ble ytterligere understreket ved at legene dominerte linjen. På toppen satt Evang, og til dels, hva mye av den indre forvaltning angikk, Bjørnsson. De fikk fra 1956 en juridisk ekspedisjonssjef å forholde seg til og fra 1961 en juridisk underdirektør. Den første ble imidlertid langt på vei, som vi også har sett, Evangs konsulent, eller ”lovråd”. På samme måte var det i kontorene: De fleste var ledet av overleger, etter hvert også en overtannlege og en overapoteker, og kontorenes tradisjonelle ledere, byråsjefene, ble en slags lovkonsulenter for overlegene, overtannlegen og overapotekeren.

Legestyret var altså formalisert gjennom hierarkiets oppbygning og gjennom avlønningsordningen. Det ble forsterket av at unge leger som kom inn gjerne fikk en rask karriereutvikling, mens andre, særlig juristene, ofte måtte nøye seg med en utvikling på saksbehandlernivå, eller å forlate Direktoratet. Det ble også forsterket gjennom to viktige andre privilegier. Legene ble, ofte nokså raskt, gitt stipendium for å dra til USA, siden også

England, for å ta en magistergrad i folkehelsevitenskap (MPH). Andre fikk ikke denne mulighet. I tillegg hadde, som vi har sett, legene adgang til å ta lønnet arbeid utenfor Direktoratet en dag i uken (egentlig seks timer). Kulturen i Direktoratet ble preget av det. ”Hjemme hos oss pleide jeg å si (om Direktoratet) at først er det Gud, så er det legene, så er det legene, så er det legene og deretter kommer alle vi andre”, forteller overapoteker (fra 1965) Bjørn Jøldal.³⁵⁶

Nederst i Evangs forvaltningspyramide var det altså betydelig bevegelse inn og ut. Det gjaldt for alle grupper, også legene. På toppen var situasjonen den motsatte: Lederne ble stort sett sittende og sittende. Vi har sett at det var tilfelle for de mektigste blant dem, legene. Evang hadde med seg Jon Bjørnsson, Otto Galtung (Hansen), Christofer Lohne-Knudsen og Fredrik Mellbye mesteparten av sin embedstid etter krigen. Overlegene på lege- og sykehuskontorene kom først i 1961 og 1962, og i det siste kontoret ble der også et skifte (i 1970). I disse kontor var det allikevel stor kontinuitet for så vidt som byråsjefene satt lenge. Det gjaldt særlig Karl Berntzen i sykehuskontoret. I legekantoret hadde Evang tre byråsjefer; den første satt til 1953 (fra 1922), den annen til 1964, mens den siste fortsatte lenge etter Evangs tid. Kontinuitet var det også i tannlege- og apotekerkantorene. Tannlegesjefen, Sivert B. Ingebrigtsen (f. 1897) satt, først som byråsjef, så som overtannlege, fra 1946 til 1968, altså nesten hele Evangs etterkrigsperiode. I apotekerkantoret var det tre sjefer; den første satt fra 1946 til 1954, den annen fra 1954 til 1965 og den siste resten av perioden og endog i 19 år til. Flest skiftninger var det i Budsjett- og personalkantoret. Kontoret hadde tre byråsjefer frem til 1966, men fra 1961 var kontoret ledet av en underdirektør. Den første rykket opp til ekspedisjonssjef i 1967 (Knut Much-Søegaard), mens den neste satt langt utover Evangs tid. Som vi har påpekt, satt de juridiske ekspedisjonssjefer lenge; Evang hadde bare to.

Evangs direktorat var altså preget av en påfallende stabilitet på ledernivå og mer normal, og forholdsvis høy, ”gjennomtrekk” på saksbehandlernivå. Det forsterker inntrykket av et topptungt, og godt integrert, direktorat. Ikke alle ledere fant seg like godt til rette med Evang, men Mellbys påstand om at han følte at der etterhvert hadde utviklet seg et (uuttalt) vennskap mellom dem, tør nok være representativ for mange i ledergruppen. Den som blir sittende lenge får jo også interesser i organisasjonen; den blir mer og mer hans eller hennes (historie). Mobiliteten på saksbehandlernivå kan knapt sees på som uttrykk for at organisasjonen bare var lederne og at Direktoratet hadde en ”undertrykkende” klassestruktur. Nokså mange av saksbehandlerne brukte Direktoratet som et springbrett for videre karriere i helsevesenet, men til dels også (for juristene) i andre deler av forvaltningen.

Det var ”spennende” å arbeide i Direktoratet, under Evang, men også under en del av kontorlederne; en del av de siste fikk selv en nesten legendarisk status. Det skal også taes med at helt mot slutten ble nivået like under toppen bygget ut, skjønt særlig for leger. Der kom en

356) Fra samtale med Bjørn Jøldal 15.10.2008.

utrednings- og planleggingsgruppe med en økonom som sjef (1969) og der kom fire assisterende overlegestillinger (1970) og en spesiallegestilling (1971). Selv om ”fortiden” nå var på vei ut, var også noe av fremtiden på vei inn. Også aldersfordelingen forteller noe om det. I 1946 var toppledergruppens medlemmers gjennomsnittsalder på 41,2 år og byråsjefsgruppens (én stilling var ledig) på 50,9 år, men på 45,4 år hvis vi holder utenom de to byråsjefene som hadde sittet siden begynnelsen av 1920-årene. Lederne var altså ganske unge; de var omtrent jevngamle med saksbehandlerne. I 1946 var de sistes gjennomsnittsalder 40 år. To av saksbehandlerne var godt over 60 år og tar man bort dem, blir gjennomsnittsalderen 37,7 år. Når vi ser bort fra de få, litt eldre, byråsjefene, bestod faktisk Direktoratet både på toppen og bunnen av folk i slutten av tredveårene og begynnelsen av førtiårene.

Ved utløpet av 1970 var gjennomsnittsalderen for topplederne, de assisterende overleger medregnet, på 49,3 år. Holder vi utenom de nye ”nesten-topplederne”, blir gjennomsnittsalderen 52,1 år. Byråsjefene hadde i 1970-71 en gjennomsnittsalder på 51,7 år. Saksbehandlerne hadde dette år en gjennomsnittsalder på 45,5 år. Evangs ”utgangsdirektorat” var altså noe eldre enn hans ”inngangsdirektorat”. I 1940-årene var Direktoratet klart på den unge siden, i 1970 var det, om ikke like klart, på den eldre siden. Allikevel kan man knapt si at Direktoratet som forvaltningsdirektorat var blitt uvanlig ”grått”. Det spilte imidlertid en rolle at de gamle, og virkelige, makthaverne, de fem som hadde sittet der siden krigen, eller 1950 (Mellbye), og som i 1970 var på vei ut, hadde en gjennomsnittsalder på 62 år. Der var en betydelig avstand mellom disse og de yngre, også sosialt. Å ta kontakt med dem, innebar nærmest å søke audiens.



Meddelelsesbladet for Helsedirektoratet kom ut med sitt første nummer i april 1948. Bladet, eller heftet, var trykket i A-5-format og var et organ for meddelelser nedover i etaten. Det kom til og med 1952 ut to ganger i året, siden stort sett bare én gang i året. Det siste nummer kom ut i november 1973. Det var det første og siste nummer under den nye helsedirektør, Torbjørn Mork. Han skrev i siste nummer av Meddelelsesbladet at det snart ville komme et nytt blad, med ”en mer interessant lay-out”.

Vi har sett at så vel Evang som Direktoratet som medikratiske organ, etter hvert kom mer på defensiven. Dette skyldtes også indre forhold, ikke minst den vedvarende medikratiske ledelsen av Direktoratet. Ja, det skyldtes også at de viktigste medikrater etter hvert var blitt eldre. De to viktigste, Evang selv og Bjørnsson, var født i 1902 og 1909. Men det var nok vel så meget trykket utenfra som bragte Direktoratet på defensiven. Trykket gjaldt både helsepolitikken og forvaltningspolitikken. Vi skal snart si mer om det.

Før vi gjør det skal vi se på ytterligere noen tall for organisasjonen. Vi skal se på hvordan Direktoratets faglige sammensetning utviklet seg, altså hvilket innhold profesjonaliseringen hadde.

Tabell 4.7: HelseDirektoratets faglige sammensetning, 1946-1972. Ansatte i lederstillinger og saksbehandlerstillinger. Prosent (antall).

	1946	1948	1950	1955	1960	1965	1972
Leger	23 (8)	18 (6)	21 (9)	26 (12)	24 (12)	19 (10)	24 (20)
Jurister	49 (17)	56 (19)	57 (24)	46 (21)	45 (23)	43 (23)	33 (27)
Farmasøyter	17 (6)	15 (5)	12 (5)	8 (4)	8 (14)	13 (7)	10 (8)
Tannleger	3 (1)	3 (1)	2 (1)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	2 (8)
Andre akade- mikere	- (-)	- (-)	- (-)	4 (2)	4 (2)	- (-)	8 (7)
Andre	6 (2)	9 (3)	7 (3)	16 (8)	16 (8)	21 (11)	23 (19)
Tilsammen	98 (35)	98 (35)	99 (42)	101 (51)	101 (51)	100 (53)	100 (83)

Kilde: Norges statskalender. For de tre første årene gjelder tallene midt i årene. Fra 1955-1965 gjelder de pr. 31.12. For 1972 gjelder de pr. 1.1. Personer som har hatt tjenestefri er ikke tatt med. Midlertid ansatte er tatt med.

Medisinalforvaltningen var tradisjonelt preget av de medisinske fagspesialister, ”ledsaget” av en mindre gruppe farmasøyter og en enslig tannlege, og de almene forvaltere, juristene. De siste hadde det tallmessige overtak. Etter krigen fortsetter medisinalforvaltningen å være dominert av de samme grupper, fagspesialistene og almenforvalterne, og stadig med den siste gruppen som den tallmessig dominerende. Forskjellen er imidlertid at fagspesialistene, legene, nå har det ”kvalitative” overtak, gjennom toppstillingene og statsrådsadgangen (dog ikke helt alene fra 1956). Tabell 4.7 kan tyde på at det legelige tallmessige overtak konsolideres i løpet av Evangs tid: Legeandelen holder seg forholdsvis stabil på mellom en femtedel og en fjerdedel av alle fagansatte mens juristandelen synker fra i overkant av en halvpart til bare en tredjedel.

Det er først og fremst den heterogene ”gruppen” ”andre” som vokser, og er omtrent like stor som juristgruppen ved begynnelsen av Evangs siste år i Direktoratet. Andregruppen domineres tallmessig av personer uten (full) akademisk utdanning; endel av disse har en ikkeakademisk helsefag-utdanning. Vi kan kanskje se på de tallmessige endringer mot slutten av Evangs periode som ett av flere varsler om at en ny tid er i emning? Legene er fortsatt dominerende på helsefagsiden, men de profesjonaliserende ”subakademiske” yrkene gjør seg stadig mer gjeldende. Det hører med til dette bilde at først tannlegene og så farmasøytene fikk sine ”overstillinger”; men også at sykepleierne mot slutten fikk, om ikke en ”overssykepleierstilling”, så iallfall en byråsjefstilling (1967). Den helsefaglige pluralisering har sin parallell i en pluralisering på den styrings- og forvaltningsfaglige

side. Juristene må i disse faghenseender dele noe av makten med økonomer, statsvitere og andre samfunnsvitere.

Evang satte seg ikke imot denne utvikling, men tok, som vi har påpekt tidligere, knapt helt inn over seg de fagpolitiske implikasjoner av den. Han antok, men kanskje vagt, at profesjonaliseringen blant sykepleierne og de andre kvinnedominererte helsefagene, og de nye styringsfagfolkernes inntreden i forvaltningen, og siden i klinikken, skulle representere en alvorlig utfordring for legestyret. Den første utviklingen representerte en utfordring, om ikke angrep, "nedenfra", den annen, iallfall i prinsippet, en utfordring ovenfra. Juristene ble nok også utfordret av de nye styringsfagfolkene, men samtidig betydde disses inntreden at "koalisjonen" som utfordret medisinen ble bredere og "farligere". Man fikk et angrep som kom både fra rettsstatligheten og nyttestatligheten, og fra en stadig mer aktiv politikk. Vi skal snart si mer om det. Først skal vi presentere noen tall for utviklingen i Direktoratets kjønns sammensetning under Evang. I noen grad gir de også inntrykk av at en ny tid er i anmarsj.

*

I tabell 4.8 ser vi hvordan kjønnsfordelingen i fagstaben utviklet seg. Direktoratet var, som andre forvaltningsorganer mannsdominert, spesielt på toppen. Først helt mot slutten av Evangs periode (1970) kom det inn en kvinne i en overordnet stilling, som assisterende overlege (Aud Blegen Svindland). På byråsjefsnivå kom den første kvinne inn sent i 1946 og den neste i 1947. Siden holdt kvinneandelen seg forholdsvis høy på kontorledernivået, og da Evang gikk av, var over halvparten av byråsjefene, 6 av 11, kvinner. På saksbehandlernivå var der kvinner allerede fra 1946. Andelen var på 22 prosent og økte til 34 i 1950. Så sank den gjennom femtiårene, og økte så igjen i siste del av Evangs periode. Den nærmet seg fire av ti da Evang gikk av. Samlet var kvinneandelen lav i starten, med 14 prosent, men økte så frem mot 1950, avtok så i de neste ti årene, før den igjen økte og nådde en drøy tredjedel i Evangs avgangsår.

Tabell 4.8: Andelen (antallet) kvinner i Helsedirektoratets fagstab, etter nivå, 1946-1972.

	1946	1948	1950	1955	1960	1965	1972
Toppstillinger	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	6 (1)
Byråsjefer	- (-)	29 (2)	25 (2)	38 (3)	29 (2)	43 (3)	55 (6)
Saksbehandlere	22 (5)	22 (5)	34 (10)	27 (9)	19 (7)	33 (12)	38 (21)
Tilsammen	14 (5)	20 (7)	29 (12)	24 (12)	18 (9)	28 (15)	34 (28)

Kilder: Som for forrige tabell.

Inntil litt ut i sekstiårene var det store flertall av kvinner jurister: 75 prosent i 1946, 80 i 1948, 78 i 1950 og 1955 og 86 i 1960. Så sank juristandelen til 58 prosent i 1965 og til 46 prosent i 1972. Det siste året begynte andelen

ikkeakademiske kvinner å gjøre seg gjeldende; den utgjorde 21 prosent. Denne tendensen reflekterer, som vi har bemerket ovenfor, inntoget av representanter for de profesjonaliserende helsefagene. Syttiårene er gjennombruddsårene for disse fagene som profesjonsaspirerende, og medikratiutfordrende, fag. Feminineringen av medisinalforvaltningen er imidlertid først og fremst et uttrykk for den almene utvisking av kjønnsrolleforskjellene som nå for alvor begynte å gjøre seg gjeldende. Men allerede før den slo tungt inn i Helsedirektoratet hadde det hatt virkning at endel, og til slutt et flertall, av byråsjefene var kvinner, eller endog kvinnelige jurister. De fikk en moderlig-påpasselig rolle, og kontrollerte i noen grad andres adgang til "far", Helsedirektøren.

*

Helsedirektoratet under Evang var stadig på flyttefot, og hadde det stadig trangt. Det var mesteparten av tiden plassert forskjellige steder rundt i byen, stor sett et godt stykke unna Departementet og Statsråden. Evang syntes det var greit nok slik. Det understreket hans uavhengighet. Først i 1968/69 flyttet Direktoratet inn i regjeringskvartalet, først i den såkalte høyblokken, senere, men da var Evang gått av, i den såkalte S-blokken, sammen med Sosialdepartementet. Bildet viser Direktoratets ulike lokaliseringssteder, fra 1945 til 1980.



Helsedirektoratet var fra 1945 og helt til 1987 stadig på vandring. Ofte fikk det det også trangt og måtte ha "filialer" andre steder i hovedstaden. Vandringen startet etter krigen på Fridtjof Nansens plass (øverst til venstre). Der oppholdt Direktoratet seg til 1948, men hadde samtidig en filial i Victoria Terrasse 11. Neste stoppested var kringkastingshuset på Marienlyst, i vestre fløy (øverst i midten). I 1960 kom fjernsynet og NRK trengte mer plass. Evang og hans folk flyttet da til Rikstrygdeverkets nye bygg i Drammensveien 60 (Skillebekk), hvor Evangs direktørkollega og venn Finn Alexander var sjef (øverst til høyre). Allerede i 1965 trengte Rikstrygdeverket mer plass og Helsedirektoratet flyttet til Stortingsgaten 2 (Narvesen-gården) (nederst til venstre, men her er en ny bygning avbildet), med filialer i Pilestedet 57 og Københavnergaten på Rodeløkken. I 1968-1969 ble Direktoratet samlet i den nye regjeringsbygningen (høyblokken) i Akersgaten 42 (nederst i midten). Der var Direktoratet da Evang gikk av. Direktoratets siste oppholdssted som samlet organ var regjeringskvartalets S-blokk i Grubbegaten, nå Einar Gerhardsens plass (nederst til høyre). Hit flyttet det i 1980, men hadde en filial i passasjen mellom Torggaten og Storgaten. Foto: Helge Høifødt



Helsedirektoratet og de politisk-administrative omgivelser: angrepene på medikratiet

Forholdet til de politisk-administrative omgivelser ble, særlig fra midt i 1950-årene, tiltagende anstrengt for Evang og det medikratiske direktorat han hadde bygget opp. Juristene reagerte, som vi har sett, da regimet ble etablert i 1945. De skulle fortsette å reagere. Der kom et etter hvert omfattende rettsstatlig angrep på det evangiske direktorat, men et angrep som etter hvert ble like meget et politisk angrep. De nye, meget ambisiøse, økonomene som kom inn i forvaltningen fra 1945, kom også etter hvert til å reagere på, og mer og mer utfordre det evangiske direktoratsmedikrati. Til sammen ble disse angrepene utenfra i lengden umulig å stå imot for Direktoratet, selv om Evang i noen grad klarte det den tid han regjerte. Raknet gjorde direktoratsmedikratiet først under Evangs etterfølger, Torbjørn Mork.

Man kan si at disse angrep ”utenfra” delvis var knyttet til helsepolitikken og delvis til forvaltningspolitikken. De første var særlig planstatlige, de andre både planstatlige, rettsstatlige og politiske. Vi skal starte med å se på det helsepolitiske og planstatlige angrep på Evangs direktoratsmedikrati.

Helsepolitikken og det planstatlige angrep på den medikratiske helseforvaltning

Det gamle helsevesen hadde vært forholdsvis enkelt, lite spesialisert og praksisbasert. Det var også i stor grad styrt og ledet på tradisjonelt medikratiske premisser, offentlig-medikratiske eller privat-medikratiske, og mer jo lenger ned i klinikken man kom. Utviklingen av tilbudssiden, av medisinen og teknologien knyttet til den, skapte snart utfordringer som presset de gamle ordener. Utviklingen førte til spesialisering, og dermed til lagdeling av medisinen. Den førte også til en mer inngrepende og derfor institusjonsavhengig medisin. De to store praksissektorer, den offentlige og den private, ble slik til tre, samtidig som den tredje, den institusjonelle, raskt ble videreinddelt og nesten ble til flere sektorer, faglig i stor grad plassert over de gamle sektorer. Denne utviklingen startet i kjølvannet av de skjellsettende medisinske kunnskapsgjennombrudd i annen halvdel av det 19. århundre, altså ved overgangen til det 20. århundre, men skjøt for alvor fart etter Den annen verdenskrig. Utviklingen skapte to utfordringer, en tilpasningsutfordring og en finansieringsutfordring.

Den første utfordringen bestod i å følge opp tilbudssideutviklingen, både slik at de nye muligheter hele tiden var tilgjengelige for befolkningen og slik at de var det på en godt samordnet måte. Denne utfordringen fikk også etter hvert et spesielt innslag, for så vidt som der oppstod faglig uenighet om noen sider ved tilbudet, nemlig om det skulle utvides i sosial retning eller ei. Den andre utfordringen var delvis en følge av den første: tilbudssideutviklingen skapte en betydelig omkostningsvekst. Omkostningsveksten var imidlertid også en funksjon av den svært egalitære etterspørselssidepolitikken: Gjennom

offentlig forsikring ble fra 1911 de økonomiske terskler for adgang til helse-tjenester subsidiert nesten helt ned for stadig flere, fra 1956 for alle.³⁵⁷

Svaret på begge utfordringene ble etter hvert *plan*. Der trengtes en medisinsk plan, vidt forstått, altså en plan for organiseringen av hele helsevesenet; altså, en plan for et tett integrert helsevesen. Det måtte være en plan som særlig tok hensyn til tilbudets dynamiske utvikling, men i noen grad også til endringene i behovet og etterspørselen. Denne planen måtte imidlertid være så rimelig som mulig. Den måtte bli en del av en *økonomisk* plan. Plan-leggingsansvaret lå hos Helsedirektøren, altså fra høsten 1938 til sommeren 1972 hos Karl Evang. Det burde passet ham å stå i spissen for en slik plan-legging. Men den gamle sosialisten skulle ikke få det helt til. Han arbeidet fra begynnelsen av med delplaner, men det tok lang tid før de kom. Sykehus-loven ble, som vi også har sett, først vedtatt i 1969, på tampen av hans direktørtid.³⁵⁸ Loven for almenhelsetjenesten trådte i kraft tolv år etter hans avgang; ja, også etter hans død. Den samlede plan kom vel to år etter hans avgang. Den kom som St.meld. nr. 9 (1974-75), en melding som, litt mis-visende, var kalt *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*.

Evang var i prinsippet en ”planmann”. Han tenkte keynesiansk medisinsk, eller planmedisinsk. Hygienikerne var også mer tilbøyelig enn klinikerne til å gjøre det: De tenkte ”abstrakt” og samfunnstatistisk, ikke, som klinikerne, kasuistisk og tildels kvalitativt. Han presenterte også tanker i foredrag og artikler som pekte i den retning planen av 1975 gjorde. Han tenkte imidlertid ikke *planøkonomisk*. Han ville lage en medisinsk tilbudsplan, nær sagt uten å måtte ta hensyn til omkostningene. Han så på adgang til helsetjenester som en rettighet og ville at samfunnet skulle forplikte seg til å behandle den som det, altså ved å la ressurstilførselen være en følge av den medisinske aktivitet, ikke en ramme for den. Han vant etter hvert frem med det synet når det gjaldt tjenester gitt utenfor sykehus: Sykeforsikringen ble som sagt gjort universell fra 1956. Den virket også ”automatisk”: Legene kunne skrive regninger, tidligere etter takster de selv hadde bestemt, etter krigen i økende grad etter takster som var blitt til gjennom forhandlinger, og de ble betalt av trygdekassene. Han vant lenge ikke frem når det gjaldt de egentlige sykehustjenester, altså tjenestene som ble ytet til sengeliggende pasienter. Sykehusene ble også betalt av forsikringen, etter kurpengesatser sykehusene selv fastsatte, og hadde slik et ”automatisk” preg. Problemet var at den pris-kontroll okkupasjonsmyndighetene innførte ble ført videre etter krigen. Satsene ble slik i noen grad liggende under sykehusenes omkostningsnivå og sykehuseierne måte enten selv finansiere underskuddet eller dytte det over på pasientene.

357) Forsikringen, siden kalt trygden, ble finansiert gjennom medlemspremier og bidrag fra stat, kommuner og arbeidsgivere. Medlemsandelen var fra starten av 60 prosent. Den økte til 66,7 prosent i 1925 og ble igjen redusert til 60 prosent i 1946. Fra 1956 ble den redusert til 49,5, i 1969 til 45,45 og i 1972 til 33,6.

358) At det trakk ut med de helsepolitiske reformer skyldes også at de lenge kom i annen rekke. Politikerne hadde sin oppmerksomhet rettet mot andre reformer. I 1960-årene gjaldt det ikke minst Folketrygden; loven ble vedtatt i 1966 og trådte i kraft fra 1967. Men også andre saker, som utbyggingen av høyere utdanning og spørsmålet om norsk medlemskap i Det europeiske fellesskap tok oppmerksomheten bort fra helse-politikken. Evang selv ble også en smule distraheret. Han ble trukket inn i EF-debatten, på nei-siden.

Med denne ordningen med underfinansiering ble der innført et element av finansiell styring ovenfra. Ved å innføre flere kurpengeklasser, først i 1947 (tre klasser) og så i 1963 (syv klasser) forsøkte staten, i tillegg til å bruke kurpengeordningen til omkostningskontroll, å gi styringen et kvalitetsfremmende innslag (1963-reformen). Hvorom alt er, ordningen innebar at finansieringen ikke bare var bestemt nedenfra, gjennom pasientenes etterspørsel og legenes tilbudsvurderinger. Han fikk altså ikke sine partifeller med på en ordning som innebar at pasientenes rettigheter ble ekte rettigheter og legenes selvstendige fagskjønn ble respektert – fullt ut. Vi kan også uttrykke det slik: Han fikk ikke politikerne med på en ordning som for ham forente det sosialistiske og det medikratiske. Men ironisk nok, der han var blitt stanset av sin sekulære og rasjonalistiske kollega Gudmund Harlem, og hans etterfølgere fra det samme parti, hans eget, ble han hjulpet av den borgerlige Borten-regjeringens fromme og velvillige sosialminister, Egil Aarvik. Med Egil Aarviks avgjørende ”bistand” klarte han, som vi har nevnt, å overvinne motstanden fra både Lønns- og prisdepartementet og Finansdepartementet, da den nye sykehuslovens finansieringsordning ble utarbeidet.³⁵⁹ Kanskje ble han imidlertid også hjulpet av det faktum at Finansdepartementets ledelse på dette tidspunkt var mer eller mindre utslitt etter en lang og krevende prosess med å innføre merverdiavgift: Loven om denne avgiften ble vedtatt omtrent samtidig med Sykehusloven, den 19. juni 1969. Hvorom alt er, gjennom den nye sykehusloven, som Stortinget vedtok under påfallende enighet i juni 1969, ble fylkene gitt eier- og driftsansvaret for sykehusene, men finansieringsansvaret ble i stor grad lagt til staten; ja, det ble det i så stor grad at fylkene nesten kunne bygge ut sykehus uten å løpe noen finansiell risiko. Staten tok på seg ansvaret for 75 prosent av driftsutgiftene, og i disse kunne en like stor andel av anleggsutgiftene legges inn (§ 10).³⁶⁰ Statsandelen skulle økes til 80 prosent etter tre år og til 85 prosent etter fem år.

Evang hadde endelig lyktes, med avgjørende støtte fra den statsråd han kanskje fikk det beste forholdet til, den første ”borgerlige” sosialminister etter krigen, ”mørkemannen” Egil Aarvik. Finansieringen, også av spesialisthelsetjenesten, var nå blitt mer ”automatisert”. Han, eller snarere hans etterfølgere, kunne konsentrere seg om den faglige modernisering. Det er ikke underlig Evang følte at han hadde skutt gullfuglen. Da Sykehusloven

359) Evang hadde, gjennom et ”team” nedsatt av sosialminister Olav Gjærevoll i 1964, utarbeidet en skisse til det sykehusfinansieringsopplegg som ble brukt i Sykehusloven. ”Teamet” kom med sin innstilling 7. januar 1965. ”Teamet” omfattet foruten Evang, hans ekspedisjonssjef Kaare Bjerkomp, hans sykehussjef Tryggve Hauan, Trygdeavdelingens ekspedisjonssjef H. Johnsen og Evangs venn, tryggedirektør Finn Alexander. Byråsjef Karl Berntzen var sekretær. Evangs ”team” fikk møte den nye departementsledelsen, Egil Aarvik og Kåre Kristiansen i et møte 26. juni 1966. Etter referatet fra møtet å dømme fikk Evang overbevist de nye lederne om at de burde gå inn for en aktivitetsstimulerende finansieringsordning. Forslagene fra Evangs gruppe møtte sterk motbør fra Lønns- og prisdepartementet og Finansdepartementet. De var begge engstelige forat forslaget ville bety at helsevesenet i stor grad ville bli lukket for sentral, finanspolitisk styring (høringsuttalelser 11.9.1967 og 6.11.1967). Det fulgte så en tautrekning som fikk sin avslutning på regjeringsplan. Einar Bore, som inngående har studert prosessene bak den nye sykehuslovens finansieringsordning, summerer på dette punkt opp sine undersøkelser slik: ”Sosialminister Aarvik – med solid støtte av Helsedirektør Evang – ser ut til å ha hatt større suksess enn Finansminister Myrvoll med å mobilisere støtte i Regjeringen”. Se Einar Bore, *Sykehuslovens finansieringssystem*, Oslo: Institutt for statsvitenskap, 1975 (hovedoppgave), s. 96; kfr. også mer alment, s. 82-96.

360) Regjeringen hadde foreslått to tredjedeler. Komiteen trakk, i forståelse med Departementet, som opprinnelig hadde villet at alle kapitalutgifter skulle dekkes av staten (det samme ville Sykehusordningskomiteens flertall), generelt lovforslaget i ekspansiv retning. Finansdepartementet tapte altså ytterligere under stortingsbehandlingen. En av de instanser som påvirket Sosialkomiteen i ekspansiv retning var, selvsagt, Norges Byforbund – Norges Herredsforbund. Nærmere om dette, se Bore, *op. cit.*

ble debattert i Odelstinget talte Høyres saksordfører, Jo Benkow (f. 1924), på vegne av mange, ja, alle, da han uttalte:

Med denne lov får institusjonene en gunstig, men helt nødvendig og berettiget særstilling. Tar man i betraktning hvilke uomtvistelige fellesoppgaver – ja nærmest oppgaver av første rang – det her er tale om, må vi uten videre godta den naturlige forrang helseinstitusjonen gjennom denne lov får.³⁶¹

Sykehusloven, med den generøse finansieringsordning, ble vedtatt i en nesten euforisk stemning. Statsråd Aarvik konstaterte til slutt, etter først å ha komplimentert Benkow for hans arbeid som saksordfører:

På enkelte punkter er det som kjent skjedd endringer i forhold til proposisjonen, endringer som er blitt til under samråding med departementet, og som er til det bedre.³⁶²

Loven ble vedtatt uten at det var tatt stilling til hvordan merutgiftene skulle finansieres. Finansdepartementet og dets sjef, Ole Myrvoll, hadde villet se spørsmålet om hvordan finansieringen av de økte utgiftene (for Folkestrygden) skulle skje i sammenheng med vedtagelsen av loven og dens finansieringsordning. Det var et utspill for å gi finanspolitiske hensyn større vekt. Han vant altså ikke frem, av grunner som vi har pekt på. Aarvik og flertallet i Regjeringen ville at sykehusene skulle stilles utenfor den vanlige prioriteringsdebatt. De skulle få midler forlods. Benkow gav igjen uttrykk for det under debatten om utgiftsfinansieringen i Odelstinget i april 1970: ”Det sykehusloven først og fremst sikrer, er at helseinstitusjonene ikke i same grad som før må konkurrere om midlene på det offentlige budsjett”. Johannes Østtveit (f. 1927) fra Kristelig Folkeparti konstaterte det samme: ”Tilbudet innans helsesektoren vil ikkje vere avhengig av i kva grad det lukkast å få prioriteringar på budsjetta”.³⁶³ Men under debatten kom det også frem bekymrede uttalelser fra arbeiderpartihold om finansieringen. De bekymringene ble sterkere da en ny arbeiderpartiregjering overtok makten i mars 1971, med Trygve Bratteli (1910-1984) som statsminister og Ragnar Christiansen (f. 1922) som finansminister.

Evang nådde altså langt på vei frem; ja, han nådde påfallende langt frem. Han ”beseiret” Finansdepartementets embedsmenn og politiske sjef, for første og siste gang. Han klarte å skyve de ekspansive nyttestatsfolkene tilbake. Planøkonomene hadde ikke bare etablert seg i de tre økonomiske departementer, Finansdepartementet, Handelsdepartementet og Lønns- og prisdepartementet, de hadde også bygget ut sine posisjoner ved å få etablert planavdelinger i stadig flere av sektordepartementene, altså utgiftsdepartementene. Her ”utplasserte” de gjerne folk de hadde ”forberedt” i Finansdepartementet. I Sosialdepartementet kom planleggingsavdelingen i 1971,

361) SF, *Odelstingstidende*, 1968-69, s. 443. Lovforslaget var fremlagt i april 1968 som *Ot.prp. nr. 36* (1967-68). Sosialkomiteen la frem sin enstemmige innstilling 27. mars 1969.

362) SF, *Odelstingstidende*, 1968-69, s. 465.

363) Benkow: SF, *Odelstingstidende*, 1969-70, s. 297. Østtveit: *ibid.*, s. 311.

med sosialøkonomen Jan Madsen som sjef. Madsen var dog, som vi har nevnt før, ikke egentlig ”utplassert” fra Finansdepartementet.³⁶⁴ Sosialdepartementet fikk før øvrig stillingen til Madsen utenom tur. Den nye arbeiderpartiregjeringen var blitt meget bekymret over utgiftsveksten både den ferske Folketrygden, og den enda ferskere Sykehusloven, medførte.³⁶⁵ Evang forstod hva som skjedde, og mislikte det. Den nye stillingen var en trusel mot den relative, og svært ferske, fristillelse av den siste del av helsevesenet som ikke hadde vært helt fristilt, sykehusene. Men den var også en trusel mot hans direktorats relative uavhengighet: Via den nye avdelingen skulle Direktoratet økonomisk bringes inn under Departementets administrative ledelse.

Like før Evang gikk av, 30. oktober 1972, ble bestemmelsen i Sykehusloven (§§ 21 og 12) om at den andelen av sykehusutgiftene Folketrygden skulle dekke, altså 75 prosent, ikke skulle økes etter tre og fem år, men, inntil videre, holdes konstant.³⁶⁶ Regjeringen fikk i Stortinget støtte fra Høyre for forslaget, mens Venstre og dets to ”avleggerpartier”, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, gikk imot forslaget. Jo Benkow slo nå an andre toner: ”Vi vet nå mer enn da vi vedtok sykehusloven, og jeg skammer meg ikke ved å gå tilbake på tidligere vedtak.” Han la til at han (nå) ”er sterkt imot å fordele midler vi ikke har”.³⁶⁷ Stemningen var blitt en annen. Det bekreftes av en melding om tiltak for å dempe den statlige utgiftsvekst som regjeringen Bratteli sendte Stortinget høsten 1974. I meldingen antyder Regjeringen at refusjonssatsen bør settes ned til 50 prosent.³⁶⁸ Antydningen ble siden fulgt opp gjennom den viktige St.meld. nr. 9 (1974-75) og konkretisert gjennom et lovendringsforslag i desember 1975.³⁶⁹ Forslaget vedtaes enstemmig i mai 1976, igjen med ureservert støtte fra Jo Benkow.

Men lenge før vi kom så langt skjønte Evang hvilken vei det bar. Han så at seieren i 1969 hadde vært en Pyrrhos-seier. I den avskjedspregede refleksjonsboken han utgav i 1974 konstaterer han, resignert:

Det så en tid ut som om Stortingets enstemmige vedtakelse av Sykehusloven i 1969 endelig skulle skape klarere økonomisk ansvarsfordeling, basert på et noenlunde automatisk virkende og – når det gjaldt rettferdig fordeling – akseptabelt prinsipp. Det varte imidlertid ikke lenge før Stortinget selv ”skar hodet av” dette systemet, og vi lever derfor videre under en lite tilfredsstillende ordning.³⁷⁰

Han trodde nok at seieren i 1969 var ”endelig”; at det sosialistisk-medikratiske vesen var endelig etablert og at angrepet fra nyttestaten og dens menn var

364) Han ble ansatt i Finansdepartementet, i Økonomiavdelingen, i 1952 og hadde siden stillinger også i Planleggingsavdelingen, blant annet som ekspedisjonssjef. Han ble i Finansdepartementet til han gikk til Sosialdepartementet, hvor han forble resten av karrieren.

365) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 263-264.

366) Ot.prp. nr. 61 (1971-72).

367) *SF, Odelstingstidende*, 1971-72, s. 611.

368) St.meld. nr. 8 (1974-75), *Om prinsipper for gjennomgåelse av statsbudsjettet med sikte på å dempe veksten i utgiftene*.

369) Ot.prp. nr. 32 (1975-76).

370) Karl Evang, *Helse og samfunn, op. cit.*, s. 52.

avverget. Så skulle han få se, eller iallfall ane, at nettopp ”seieren” ble grunnlaget for nederlaget: Den utløste en formidabel vekst i sykehus-utgiftene. Men han var nok også ”uheldig”, for såvidt som ”semiautomatiseringen” av sykehusfinansieringen kom bare noen år før Yom Kippurkrigen (6. oktober 1973), og den derpå følgende første ”Oljekrise”. OPEC-landene satte opp oljeprisen med 70 prosent og i desember med nye 130 prosent. Der kom flere prisøkningen og snart var Vesten inne i den største økonomiske krise siden 1945. Prisøkningene skremte regjeringer kloden rundt og utløste en kraftfull sparepolitikk i de fleste vestlige land, en politikk som etterhvert førte over i en bred antipolitisk stemning. Den Keynes-pregede nyttestat ble ikke mindre nytteorientert, men søkte samfunnsnytt på en annen, mer tilbaketrekkende måte. Oljemagnatene beredet også grunnen for fru Thatcher (statsminister 1979-1990) (f. 1923) og herr Reagan (president 1981-1989) (1911-2004).

Det er mulig oppgittetheten over vanskelighetene med finansieringspolitikken bidro til at Evang ble hengende etter også med de medisinske tilpasningsplaner. Hvorom alt er, *Planen* kom først etter hans tid, og da som en integrert medisinsk og økonomisk plan, ikke blott som en medisinsk plan. Den reflekterte hans tanker fra slutten av 1940-årene om spesialisering og nivå-differensiering, men nå var de langt mer utviklet og var preget av at det ble tatt hensyn til de voksende økonomiske bekymringer.

Forvaltningspolitikken og det planstatlige, rettsstatlige og politiske angrep på den medikratiske helseforvaltning

Det planstatlige angrep

Juristene hadde som sagt fra gammelt av sett på seg som den almene statsvitenskap. Da staten måtte spille en mer dynamisk rolle, fra 1840-årene av, og den trengte tekniske spesialister for å kunne styre, ble løsningen derfor å plassere spesialistene i egne organer, under departementene, ofte som direktorater. Å slippe legene inn, slik de delvis ble presset til i 1857 og enda mer i 1875, var for dem uheldig: Det var å slippe særinteressene helt inn i maktens forgård. Fra 1900, altså litt ut i en svært politisert periode i nyere norsk historie, ble det, som vi har sett, vanligere å slippe spesialistene helt inn, ja, nesten gjøre dem til spesialistpolitikere, ved at flere og flere direktorater fikk en ”heisstatus”. Det var en ordning juristene ikke likte.

Det var en ordning de arbeidet for å få slutt på. Etter krigen ble det lettere. Under Arbeiderpartiets flertallsstyre fikk økonomene en dominerende plass, og ønsket egentlig å gjøre departementene om til rene politikktutviklende organer, altså organer for planlegging og beslutningsforberedelse og for iverksettelseskontroll. Den egentlige iverksettelse, men også ”preplanlegging”, kunne da skje på et mer spesialfaglig grunnlag, og helst, skulle det etter hvert vise seg, på et (mest mulig) presist målstyringsgrunnlag. Anderledes sagt, der burde skje en tiltagende spesialisering av de ulike forvaltningsoppgaver.

Når politikken skulle konkretiseres måtte det imidlertid skje på et grunnlag som både var juridisk akseptabelt og som instrumentelt, iallfall langt på vei,

var juridisk. Økonomene trengte juristene i de ”nye” departementene, og juristene så at de ikke lenger kunne være den eneste statsvitenskap. Men både for juristene og for økonomene var det viktig å holde spesialistforvalterne på trygg avstand, i utplasserte direktorater. De representerte bestemt ikke styringsvitenskaper; derimot var de i høyeste grad sektoriinteressenter, altså potensielt farlig sentrifugale krefter.

Medisinaldirektoratet ble, som vi har sett, ”på overtid” flyttet inn i Departementet. Det var den fagstyrelsevillige okkupasjonsmakten som sørget for det. Men overtiden ble, som vi også har sett, sterkt forlenget. Den medisinalforvaltning Evang fikk starte med var således fra første stund på kant med den nye tid(sånd). Den ble det i tiltagende grad. Svært synlig ble det i 1955, da Regjeringen Gerhardsen II i sin tiltredelseserklæring meddelte at den, for ”å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene” blant annet ville gå inn for, på litt lengre sikt, å overføre oppgaver av ”teknisk” og ”rutinemessig” karakter til uavhengige direktorater.³⁷¹ Proposisjonen var ikke styringsteoretisk tydelig, men det er heller ikke så vanskelig å få øye på ”teorien”. Tekniske oppgaver er oppgaver som krever en mål-middel-preget arbeidsmåte: Med utgangspunkt i gitte, mest mulig presise mål utarbeides det planer for å maksimere måloppnåelsen. Planene iverksettes så på en teknisk preget måte, altså etter den mer eller mindre detaljerte planen. Direktoratene innen samferdselssektoren er typiske eksempler på teknisk arbeidende direktorater, altså direktorater som lett kan innpasses i en planstatlig styringsform. Rutinemessige oppgaver er typiske ”subsumpsjonsoppgaver”, altså oppgaver som går ut på å fatte enkeltbeslutninger på grunnlag av regler. Trygdeetaten (Rikstrygdeverket) er et eksempel på en (direktoratslignende) institusjon som fungerer ”rutinemessig”. En slik institusjon kan lett innpasses i en rettsstatlig styringsform, men den kan også i noen grad tilpasses den målorienterte planstyringsform. Den nokså ferske Nav-reformen (2006) kan sees på som et skritt i den retning.³⁷²

Regjeringen presenterte, nokså uskyldig, 1955-tiltakene som tiltak for å lette arbeidsbyrden for statsråder. De kan imidlertid også sees på som skritt i retning av å omdanne statsstyringen fra en overveiende rettsstatlig, eller regelorientert, styring til en mer nyttestatlig og målorientert styring. Med utgangspunkt i målformuleringer, og påfølgende resultatmålinger, kan styringsoppgaver i betydelig grad flyttes ut til direktorater. I neste omgang kan de institusjoner som, under direktoratene, direkte realiserer målene nokså radikalt fristilles, altså gjøres til det som siden skulle kalles foretagender (foretak). Disse kan så styres enten ovenfra, gjennom en økende grad av kvantitativ målstyring, kombinert med kontraktsstyring for deres ledere, eller nedenfra, gjennom konkurranseeksponering. Ja, man kan si at den siste måten å gjøre det på er å fortsette, eller fullføre, den fristillelse, ”avlastningsreformen” i 1955 startet.

371) *St.prp. nr. 121 (1955), Om tiltak for å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene m.v. – Tilleggsbevilgninger.*

372) Reformen startet med at de statlige institusjonene, Aetat og Trygdeetaten, ble slått sammen til én institusjon, kalt Nav (NAV). Navnet ble til som et akronym (Ny arbeids- og velferdsetat), men er siden blitt et navn som ikke står for noe spesielt. Reformen skal være gjennomført innen 1. januar 2010, og da omfatte de nevnte etater samt den kommunale sosialetaten.

Til tross for den fristillende utvikling de nye økonomene satte i gang etter krigen, og som fikk et viktig dytt fremover i 1955, klarte Evang å motstå en ”tilpasning” av Helsedirektoratet til den dominerende utvikling. Han merket dog presset, som vi har sett: I 1956 ”prakket” Gudmund Harlem på ham en juridisk ekspedisjonssjef, og gav antydninger om deling av Direktoratet, og utflytting av Evang. I 1971 kom, som vi også har sett, et mer ominøst signal. Finansdepartementet fikk plassert en økonom som ekspedisjonssjef i en ny planleggingsavdeling i Sosialdepartementet. Ekspedisjonssjefen fikk planleggingsansvar også for Direktoratet.

I 1970 kom Forvaltningsutvalgets innstilling. Utvalget ble splittet i flere grupper. Det svekket dets innstillings gjennomslagskraft. Et flertall på (stort sett) ni av 13 representerte imidlertid tydelig, om ikke alltid helt klart, et ”moderniserende” standpunkt: Departementene burde ikke fortsette, ”på samme måte som i forrige århundre”, å behandle ”løpende saker”. Slike burde overlates til direktorater og lokale organer. I stedet bør de organiseres slik at ”departementet får tilstrekkelig kapasitet til planlegging”.³⁷³ De bør altså, etter flertallets mening, i stigende grad gjøres til utviklings- og endringsorganer. Den egentlige forvaltning, altså iverksettelsen, bør så overlates, som spesialisert oppgave, til underordnede og tydelig adskilte organer, i første rekke direktorater. De iverksettende organer må imidlertid, for å fylle sin rolle på ordentlig vis, få klare mandater, beskrevet som konkrete mål og regler. Organene må i tillegg styres gjennom resultatrapportering og resultatkontroll. Flertallet i utvalget peker således på at dets omfattende forslag til forvaltningsmessig oppgavedeling det foreslår fordrer at det ”hvert år blir lagt fram for Stortinget en melding fra (det foreslåtte) Administrasjonsdepartementet om enkelte hovedtrekk i forvaltningsvirksomheten basert på bidrag fra de enkelte departementer og direktorater”.³⁷⁴ Også Riksrevisjonens virksomhet, spesielt etter som den ble og blir mer resultatorientert (gjærne kalt forvaltningsrevisjonsorientert), spiller her en rolle.

Det er utfra dette prinsipielle syn på sentraladministrasjonen ikke overraskende at utvalgflertallet anså ”Helsedirektoratets nåværende dobbeltstilling som prinsipielt uheldig” og foreslo at Direktoratet ”gis status som direktorat utenfor departementet”. Flertallet understreker at en slik utflytting ikke innebærer å gjenopprette den førevangske ordning, for denne innebar, hevdes det, at Medisinaldirektøren nærmest bare hadde ”konsulentstatus” overfor Departementet.³⁷⁵ Flertallet vil ha et sterkt, men tydelig mandatstyrt, direktorat. Det bør føyes til at flertallet tillike pekte på at Direktørens direkte

373) *Innstilling om Den sentrale forvaltnings organisasjon*, Oslo: Statsministeren, 1970, s. 76 (det første sitat) og s. 78. Kursiveringen i det siste sitat er utvalgets. Utvalgets flertall omfattet blant annet underdirektør i Lønns- og prisdepartementet Jan Debes og avdelingsdirektør i Vegdirektoratet, Rolf Normann Torgersen. De tilhørte to av de aller mest administrasjonsteoretisk interesserte og skolerte forvaltningstjenestemenn da Utvalget var i arbeid og i mange år etterpå. Det er grunn til å tro at de har spilt en viktig rolle i utvalget og kanskje vært de sentrale drivkrefter i flertallsgruppen.

374) *Ibid.*, s. 82.

375) Sitatene i dette avsnitt er fra *ibid.*, ss. 210 og 211. Flertallets omtale av Medisinaldirektoratets konsulentrolle er nok misvisende. Som vi har sett var det først og fremst Medisinaldirektoratet som var det initiativtagende og politikkutviklende organ, ikke Departementsavdelingen. Bruken av ordet ”konsulent” i instruksjonen for Medisinaldirektøren reflekterer delvis en eldre bruk av ordet, men kan også være en betegnelse som passet juristene. Den gjorde det lettere for dem å ”dempe” Medisinaldirektøren. Det var jurister i Avdelingen som hadde utformet instruksjonen. Det het om Medisinaldirektøren i instruksjonen fra 1927, § 14, at ”Han er departementets konsulent i saker vedkommende det civile medisinalvesen”.

adgang til Statsråden, altså fristillelse fra Departementsrådets styring, gjorde at det nærmest ble umulig for Departementet administrativt å samordne helsepolitikken med sosial- og trygdepolitikken. Samordningsoppgaven ble jo under den eksisterende ordning lagt direkte på den overbelastede Statsråd, og i noen grad Statssekretæren.

Flertallet, ja, hele utvalget, har enda et viktig argument for en ”moderne” utflytting av Direktoratet, nemlig den uklarhet som knytter seg til ”dobbeltdirektørers” lojalitet overfor sine statsråder. En ekspedisjonssjef har ikke adgang til ”uten videre å gi uttrykk offentlig for enhver mening han har om statsrådets gjerninger og hans politikk”. En direktør for et ”rent” direktorat kan velges til stortingsmann og kan derfor også ”uttale seg om Regjeringens politikk – også på hans eget fagområde”, men plikter, som embedsmann ”å bruke en *form* som tilfredsstillende rimelige krav til anstendighet og respekt for de foresatte statsmyndigheter”. Direktøren som har et ”dobbeltembede” kommer i en beklemt stilling. Utvalget mener imidlertid at en slik direktør bør forholde seg mer som en ekspedisjonssjef enn som en direktør: ”Man kan nå engang vanskelig uttale seg snart som departementsmann og snart som fagdirektør”. Samtidig legger utvalget til: ”En annen ting er at man vel faktisk vil tillate en slik direktør i større utstrekning å gi uttrykk for selvstendige meninger enn en departementsmann”.³⁷⁶ Utvalget finner at denne lojalitetsuklarhet er uheldig og utgjør et argument for å oppheve ordningen med direktorater i dobbeltstilling. Det var knapt noen direktør i dobbeltstilling i årene frem mot 1970 som tydeligere illustrerte problemene med lojalitetsuklarheten enn Evang. Med sin egen stil gav han politikerne argumenter for hvorfor det var spesielt viktig å oppheve Helsedirektoratets dobbeltrolle.

Mindretallet (mindretallene) syntes også ”prinsipielt” å foretrekke ”rene” direktorater, men gikk imot å flytte ut Helsedirektoratet. Mindretallet, anført av utvalgets formann, fylkesmann i Østfold, Jacob Modalsli (1911-1984), begrunnet sitt standpunkt, nokså pragmatisk-tradisjonelt, men interessant, slik:

Spesielt innen helsesektoren synes faglige og politisk spørsmål å være så sammenfiltret at det er vanskelig å se hvilken kompetanse skal tillegges et helsedirektorat utenfor departementet. Det er jo dette spørsmål som ned gjennom tidene har voldt problemer, og en kan vel si det kompromiss en er kommet fram til med et direktorat i dobbeltrolle stort sett har løst nettopp dette spørsmål, og det ser ut til at så vel departementet som direktoratet setter pris på den nåværende ordning, som gir betydelig fleksibilitet, gir en brukbar løsning på kompetansespørsmålet og som antakelig er arbeidsbesparende.³⁷⁷

Argumentet om ”sammenfiltrering” er viktig, selv om det her ikke er begrunnet nærmere. Sammenfiltreringen har for det første å gjøre med helsevesenets mer diffuse verdiorientering: Det er vanskelig (helt) å oversette

³⁷⁶) Sitatene i dette avsnitt er fra *ibid.*, s. 65.

³⁷⁷) *Ibid.*, s. 212-213.

verdifornemmelsene til konkrete mål eller regler, og slik å gi et direktorat et klart mandat. For det annet er de verdier vesenet er knyttet til så ”dirrende” at det er vanskelig for politikere som vil gjenvelges å abdisere i den grad utflytting krever. Verdienes dirrende status er en viktig grunn til at helsetjenester tilbys ”gratis”, men det at de tildeles ”gratis” er også en tredje grunn til at en direktoratsutflytting er vanskelig: Alle tjenester blir i virkeligheten ikke tilbudt, eller tilbudt ”umiddelbart” (uten venting). Hvis Direktoratet skal flyttes ut av Departementet kreves det derfor en tydelig prioritering, en prioritering det er politisk meget vanskelig å foreta.

Evang leste Modalsliutvalgets innstilling, men ytret seg ikke direkte og offentlig om den. Det gikk mot slutten av hans tid, men kanskje så han også at Utvalgets innstilling ikke fikk særlig oppmerksomhet. Andre, mer utpreget politiske saker, for så vidt hele helse- og sosialpolitikken, men også den nye miljøpolitikken, den gryende likestillingspolitikken og, sist, men ikke minst, EF-politikken, og som en del av den, Bortenregjeringens tiltagende splidaktighet, tok det meste av oppmerksomheten. Den politiske uro fortsatte utover i 1970-årene, ikke minst næret av oljeprissjokkene, og gjorde at utvalgets innstilling heller ikke siden fikk åpenbare virkninger. Det budskap Utvalgets flertall la frem var allikevel uttrykk for en lang og tung tendens, en nyttestatlig moderniseringstendens. Budskapet ville derfor komme på dagsordenen igjen. Det gjorde det også, men det skulle ta tid, mer enn et tiår. Evang skulle ikke få oppleve at hans viktigste suksess, det medikratiske direktorat, ble demontert. Han ante nok allikevel i hvilken retning det bar. Nederlaget i sykehuspolitikken (finansieringen) og de truende angrep på det offentlig-medikratiske distriktshelsevesenet var tydelige signaler om at han, i dobbel forstand, representerte fortiden. Men Modalslis argumentasjon tør han ha hatt sans for; den inneholdt momenter han selv ikke hadde oppdaget, men kunne hatt nytte av.

Det rettsstatlige og politiske angrep

Den forvaltningsstaten som utviklet seg, og blomstret, etter 1814 og frem til 1870-årene, var som nevnt en juridisk stat. Fra slutten av 1830-årene ble den i stigende grad en ”positivistisk” basert juridisk stat. Med Frederik Stang (1808-1884) og Anton Martin Schweigaard (1808-1870) la den norske jus bak seg idealismen og romantikken og begynte å se på seg mer og mer som et redskap for modernisering. De ”gjenoppfant” nesten jusen og gav den en retning den på mange måter siden har beholdt, en instrumentell, særlig statsinstrumentell, og ”snusfornuftig” retning. Det passet derfor at de to jevn-gamle jurister og venner, den ene etterhvert i Regjeringen, den annen på Stortinget og i Fakultetet, også var sosialøkonomer, ja den norske sosialøkonomikk, og nesten i tillegg den norske rettsvitenskaps, grunnleggere. Torkel H. Aschehoug (1822-1909) førte arven som dobbeltprofessor videre etter Schweigaard. Etter ham ble økonomikken adskilt fra jusen.

Med Ragnar Frischs’ (1895-1973) komme som professor i økonomikk i 1931³⁷⁸ ble faget ”tatt” av den marginalistiske revolusjon og fremstod snart

378) Han var blitt dosent i statistikk og sosialøkonomi i 1928.

som en selvbevisst ”statsvitenskap”, altså som en enda mer instrumentelt innstilt vitenskap enn den hadde vært. Den ble slik også et alternativ og en utfordring til den jus den i Norge var sprunget ut av. Det passet den meget godt at Arbeiderpartiet kom i flertall etter valget høsten 1945. Arbeiderpartiets erobring av makten gav Frisch’s dyktige, selvbevisste og planøkonomisk innstilte elever en enestående anledning til å gå inn i rollen som statens vitenskapsmenn. Fremst blant disse stod den nye finansminister, senere handelsminister, og både jurist og økonom, Erik Brofoss (1908-1979), frem. Men svært viktig var også den statsaktivistiske prisdirektør, og radikale venstremann, Wilhelm Thagaard (1890-1970). Brofoss kom, med sin selvbevisste og belærende stil, til å legemliggjøre planøkonomikken på makronivå. Thagaard kom til å legemliggjøre den mer detaljerte planstyring. Ganske raskt kom det unge, ambisiøse økonomer inn i de ledende stillinger i Finansdepartementet og de øvrige økonomiske departementer. Med politisk støtte og profesjonsmessige ambisjoner sendte de etterhvert ut velopplærte ”misjonærer” til andre departementer. Vi har nevnt at Jan Madsen, som kom til Sosialdepartementet, ikke egentlig var en slik ”misjonær”, men allikevel kunne spille en slags misjonærrolle. Det planøkonomiske regime ble slik forholdsvis snart bygget ut fra toppen og nedover, og fra toppen og utover. Evang så det men likte det ikke.

Planøkonomikken, og særlig deltaljreguleringen (pris- og rasjonaliseringslovene – *Lex Thagaard*), skapte motstand, og nesten ”oppstand”, på borgerlig side, og Høyre talte om at den nye planpolitikken satte rettsstaten i mer klassisk (”ricardiansk”) forstand i fare. I næringslivet reagerte endel enda sterkere og etablerte den liberalistisk innstilte organisasjonen Libertas (1947-1988). De samme holdningene kom til uttrykk i Forretningsbladet *Farmand*, under redaktør Trygve J. B. Hoff (1895-1982). Hoff var inspirert av de antiplanøkonomiske østerrikske økonomer Ludwig von Mises (1881-1973) og Friedrich von Hayek (1899-1992).

Men der kom ikke bare slike høyreliberale reaksjoner på den planøkonomiske styringsoffensiven, der kom også fagjuridiske reaksjoner. Jusens dominerende skikkelse fra tidlig i 1950-årene, professor Johs. Andenæs (1912-2003), reagerte og påpekte at den delegasjon av myndighet til den utøvende makt som den plan- og resultatorienterte styring skapte, innebar en trussel mot rettssikkerheten.³⁷⁹ Også fra juridisk hold innen Arbeiderpartiet kom der reaksjoner, blant annet fra høyesterettsdommer, senere høyesterettsjustitiarius (1958-1969), Terje Wold (1899-1972).³⁸⁰ Denne juridiske reaksjon illustrerer en tvetydighet i den delvis instrumentelle forvaltningsstatsjus. Klassisk-liberal, rettsstatlig jus fordrer at lovene enten er substansielt normative eller at de er ”passivt” tilretteleggende, altså markeds-skapende, og i begge tilfeller at de er ”stående”, altså mest mulig varige. De

379) I et foredrag i 1953 om ”Domstolenes stilling til Stortingets delegasjon av myndighet”, trykt i *Avhandlinger og foredrag*, Oslo: Universitetsforlaget, 1962, viste Andenæs endog til at fullmaktslover, som den nye resultatorienterte styring krevde, var det legale middel Adolf Hitler og nasjonalsosialistene hadde brukt til å oppheve demokratiet i Tyskland fra 1933 av.

380) Wold hadde vært justisminister i Johan Nygaardsvolds regjering fra 1939 og fortsatte i Nygaardsvolds eksilregjering. Han representerte også Arbeiderpartiet på Stortinget fra 1945 til 1949. Han ble h.r.dommer i 1950.

ble mer enn det, altså mer instrumentelle, allerede under forvaltningsstaten, men da var landet i den situasjon at juristene og økonomene var de samme og spenningene fremstod ikke som så sterke. Nå, i 1940- og 1950-årene, var jurister og økonomer blitt forskjellige grupper og mange toneangivende jurister kom til å uttrykke bekymring for at deres nå alenegående ”arvinger” drev den instrumentelle styringen for langt. Dertil kom ikke minst at denne styringen truet juristenes posisjon som statsvitenskap. Juristene fikk nå standsmessig interesse av å bli mer normative, altså mer rettsstatlige, dog ikke rettsidealistiske.

Andenæs pekte, som Francis Sejersted (f. 1936) viser i sin elegante analyse av styringsdiskusjonen og styringsutviklingen i 1940- og 1950-årene, på to veier å gå for å restaurere det rettsstatlige styresett.³⁸¹ Den ene var den gamle høyreliberale vei, som innebar et mer begrenset, lovbundet styre. Den annen var den venstreliberale, eller sosialdemokratiske, vei, som innebar å ”åpne” og ”demokratisere” både lovgivnings- og lovanvendelsesprosessene. Den annen vei innebar at staten kunne fortsette å være målrettet inngripende, altså aktivt samfunnsomformende, men at måten den var det på måtte gjøres (mer) åpen og demokratisk. Denne vei innebar at juristene igjen ville bli viktigere, men altså mer hva gjaldt beslutnings- og iverksettelsesprosessene enn hva gjaldt styringsinnholdet. Innholdsmessig skulle de først og fremst spille en instrumentell rolle, samtidig som økonomene kunne holde frem som de nå stevnet, som de egentlige innholdsskapere, altså som målformulerere og strategiutviklere.

Veien innebar altså at jusen og økonomikken kunne bli bedre tilpasset hverandre; dog slik at den annen i prinsippet ville bli sittende i førerretet. Økonomikken ville representere dynamikken, utviklingen av den nye politikk og utformingen av morgendagens samfunn. Jusen ville spille rollen som ”underordnet” omformer av politikken til jus og som iverksetter av deler av politikken, altså som lovanvender. Men der er flere parter i dette ”spillet”, ikke minst den politiske, som vi allerede har antydnet. Vi skal komme tilbake til den.

Det var den annen, den andenæsiske, vei som ble valgt. Den passet det styringsinteresserte flertallsparti, Arbeiderpartiet. Den passet selvsagt en svært styringsinteressert økonomikk, og den passet altså også en pragmatisk, og for så vidt nokså regelrelativistisk (norsk) jus. Det passet dem imidlertid ikke alle på samme vis, som vi skal se. ”Problemet” var at Andenæs’ og jusens forsøk på å forlike jusen og økonomikken bragte ”for mye” inn av politikken og slik egentlig ”måtte” velte forlikforsøket.

Forlikforsøket førte til etableringen av en rekke tiltak for å gjøre de offentlige beslutnings- og iverksettelsesprosesser mer åpne og gjennomsiktlige: Sivilombudsmannsembetet kom i 1963; det skulle skape mer åpenhet og, særlig, bedre rettssikkerhet, på iverksettelsessiden. En ny forvaltningslov

381) Francis Sejersted, ”Sosialdemokratiet finner sin form. Kampen om fullmaktslovene etter 1945”, s. 310-346 i F. Sejersted, *Demokrati og rettsstat*, Oslo: Pax forlag, 2001.

kom fire år senere, i 1967; den skulle blant annet sikre åpenhet på beslutningssiden og, ikke minst, at de mest berørte parter ble trukket inn i beslutningsprosessen på et tidlig stadium (§ 37). Det er særlig dette siste som blir viktig for de problemer som snart skulle vise seg.

Prinsipielt sett var det ingen klar demokratisk og åpenhetsmessig fordel å slippe interessentene, forøvrig i mange saker en uklart avgrenset gruppe, (enda) mer inn i beslutnings- og tildels iverksettelsesprosessene. Beslutningsprosessene var jo egentlig allerede fullt indirekte-demokratiske i og med de frie valgene, den forholdsvis rettferdige valgordningen og parlamentarismen. Å invitere de spesialiserte interessenter inn i beslutningsprosessen øket ikke graden av demokrati, men gav de mest interesserte parter i de ulike saker ekstra innflytelse. Det var, kan man videre si, ei heller demokratiutvidende å la de samme interessenter få en viss mulighet til å påvirke hvordan de vedtok de demokratiske valgte organer hadde fattet, skulle konkretiseres gjennom iverksettelsesprosessen.

Man kan videre hevde at siden den korporatisme ”prosessdemokratiseringen” førte til, delvis ville utspille seg i lønnekamre og antagelig med de sterkeste interessenter (”bukker”) nærmest ”havresekken”, ville Andenæs’ annen vei knapt heller bidra til større åpenhet og gjennomsiktighet i prosessene.³⁸² Forvaltningen, som demokratisk sett skulle være et redskap for de demokratisk-representative organer, ble slik i noen grad selv et ”representativt” organ, et organ hvis ”tentakler”, blant annet på grunn av korporativiseringen av prosessene, også strakte seg langt inn i det valgte demokratis hovedorgan, Stortinget, via dets komiteer.³⁸³ La oss legge til at mens interessegruppene særlig kunne påvirke beslutningsprosessene gjennom sin deltagelse i utredningsutvalg og adgang til remissprosesser, kunne de gjøre seg gjeldende i iverksettelsesprosesser såvel gjennom nye, mer eller mindre formelle, remissrunder, som gjennom sin deltagelse i styre og råd for stadig flere forvaltningsorganer, ikke minst direktoratene.

På et vis burde Andenæs’ annen vei ha funnet en viss gjenklang hos Evang. Det fagstyre han representerte kunne jo sees på som et slags interessentstyre. Han insisterte jo også på hvor viktig det var at fagforvalterne også tilhørte (pre)klinikken. Evang representerte imidlertid et fagstyre som *ikke* var et interessentstyre. Det var et ”objektivt” styre, basert på verdier det ikke ”burde” være strid om, helse, sunnhet, omsorg – altså autoteliske verdier – og på en faglighet som var vitenskapelig, og slik sett uangripelig. Å slippe alskens interesser til, altså privat subjektivitet, ville for ham, vil vi mene,³⁸⁴ være å pervertere det ”objektive” fagstyre. Rent ille ville det vært om han skulle hatt slike interessenter over seg, i et styre eller råd. De hørte, som

382) Statsviteren Stein Rokkan påpekte i et innflytelsesrikt arbeid fra 1968, hvordan den norske politiske orden var preget av en blanding av numerisk demokrati og korporativ pluralisme: S.R., ”Norway Numerical Democracy and Corporate Pluralism”, ss. 70–115, i Robert A. Dahl, red., *Political Opposition in Western Democracies*, New Haven og London: Yale University Press.

383) Johan P. Olsen og Per Lægrend lanserte i 1978 uttrykket den representative forvaltning, men i en litt annen betydning enn vi her har brukt, nemlig i betydningen ”å ligne på befolkningen” forøvrig med hensyn til en del egenskaper. Kfr. deres *Byråkrati og beslutninger*, Oslo: Universitetsforlaget, 1978.

384) Vi har ikke sett at han har uttalt seg eksplisitt om disse spørsmål, så våre betraktninger i dette avsnitt er uttrykk for slutninger fra hva han ellers har sagt.

interessenter, hjemme *under* ham. Som det var, hadde han ”interessenter” også over seg, nemlig politikerne. Dem kom han ikke helt utenom, selv om han etterhånden ble mer og mer skeptisk til dem. I alle tilfeller, de var valgt på det egentlige demokratiske grunnlag, og de var ikke til å unngå. Det burde de ”snevre” interessenter være, altså til å unngå. Men, som vi har påpekt, Evang var også preget av den gamle forvaltningsaristokratiske tanken fra det 19. århundre om staten som en koalisjon av nokså uavhengige fagstender, av hvilke medisinen var én. Det var ikke meget aristokratisk over interessegrupper og uoversiktlige korporative arrangementer.

Omkring Evangs avgang, altså utover i 1970-årene begynte troen på Andenæs’ annen vei å forta seg. Demokratiseringen av forvaltningsprosessene ble i stigende grad, men først blant forskerne, sett på som noe som begrenset og konkurrerte med det ordinære demokrati. Stein Rokkan hadde, som nevnt, allerede i 1968 omtalt det norske politiske system som et blandingsystem, som både numerisk-demokratisk og korporativt pluralistisk. Den maktutredningen regjeringen Bratteli satte i gang i 1972 kom til å legge stor vekt på korporatismen, både som et demokratiproblem og som et styringsproblem: den fragmenterte styringen. En av utredningens ledere, Gudmund Hernes (f. 1941), som særlig var opptatt av styringsproblemet, talte, empirisk, men også kritisk, om ”forhandlingsøkonomi” og ”blandingsadministrasjon”.³⁸⁵ Forskerne, de var særlig statsvitere og sosiologer, fikk ingen umiddelbar konstruktiv innflytelse på politikken. De kan imidlertid ha spilt en rolle for å dempe entusiasmen for Andenæs’ annen vei og dermed for at forvaltningspolitikken, også forvaltningshelsepolitikken, for en stund ble skjøvet i bakgrunnen: Heller ikke da Evang gikk av ble det tatt raske initiativ for å omordne Direktoratet.

Men de problemstillinger maktforskerne hadde reist kom til å slå konstruktivt inn i politikken i 1980-årene, men da mer med økonomikken, den *nyklassiske* sådanne, enn med statsvitenskapen som utgangspunkt, og med jusen som applauderende bisitter. Vi skal komme tilbake til det. Her kan vi dog konstatere at i den grad de arbeiderpartiutnevnte, og tildels arbeiderpartisympatiserende, maktforskere øvet innflytelse på den videre utvikling av forvaltningspolitikken pekte den i rettsstatlig og avpolitiserende retning, eller, om man vil, i høyreliberal retning. Nå søkte man altså i noen grad tilbake til den klassiske rettsstatlighet, til Andenæs ”første vei”; det vil si til en vei som selvsagt ikke er hans, men den opprinnelige rettsstats. Det var en vei som gjorde det lettere å forene jus og økonomikk, men på den moderne, ”diskresjonære” politikks bekostning: Politikken måtte begrenses, eller rettere, ”bindes”.

385) Gudmund Hernes, red., *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon* (Bergen: Universitetsforlaget), 1978.