

5. 1972-1983: Den medikratiske ordens begynnende forvitring

Karl Evang var ennå ikke fylt 36 år da han tiltrådte som medisinaldirektør. Han satt til han fylte 70 år, 19. oktober 1972. Han var blitt synlig eldre, men han var ingen trett mann da han gikk av. Egentlig kunne han tenkt seg å fortsette.³⁸⁶ Han "falt" ikke for aldersgrensen; han måtte gå på grunn av den. Han var meget aktiv til siste dag og fortsatte å være aktiv på så mange måter etter at han var gått av. I sitt avskjedsår ble han en av forgrunnsfigurene i kampen mot norsk medlemskap i Det europeiske fellesskap (EF). Knappt noen kunne tale så engasjert og så engasjerende om EF-spørsmålet som den gamle helsedirektør. I 1973 ble han også engasjert et år som sosialmedisinsk gjesteprofessor ved det universitetsfakultet han var så imot å opprette, Tromsøs. Han fortsatte ellers selvsagt å følge med i helsepolitikken, og skrev og talte med stort engasjement om den. Da Regjeringen presenterte Stortingsmelding nr. 9 (1975-76) om de sosiale tjenester, en melding som innvarslet distriktshelsevesenets omdannelse til et integrert, kommunalt basert, helse- og sosialvesen, tok han, som vi har nevnt, offentlig til motmæle. I to kraftfullt formulerte artikler i Aftenpostens aftennummer 6. og 7. januar 1976 advarte han mot å ødelegge grunnmuren i det norske sunnhetsvesen, ja, det som var typisk, og enestående, for det norske sunnhetsvesen – den kombinerte preklinikk og klinikk. Han etterlyste sin etterfølgers vurderinger i meldingen. De var talende fraværende. Men meldingen, som sprang ut av Sosialreformkomiteens innstilling, var ikke skrevet i Direktoratet, eller med dets aktive medvirkning. Den nye helsedirektør hadde heller ennå ikke tydelig tonet fagg i saken. Han hadde allerede som statssekretær dog uttalt seg, omenn litt vagt, for integrering. Han var nok nå mer i tvil, men hans tvil skulle for alvor komme til overflaten noe senere.

Evang forble altså aktiv, selv om han ikke lenger hadde det ansvar som nesten var gått ham i blodet. Men kanskje opplevde han det også som en lettelse å få slippe ansvaret? Han kom nå til å bli mer opptatt av private sysler. Han fortsatte å spille tennis. Han hadde allerede i 1968 sett seg om etter et ørretvann av en viss størrelse. Han var en ivrig sportsfisker og ville kjøpe et passende vann, gjerne i Trysil- eller Renaområdet. Han avvertede i Østlendingen, og fikk noen "søte brev".³⁸⁷ Men det ble med tanken.

386) Opplysning gitt av sønnen Anders Evang i samtale 27.10.2008.

387) Opplyst i VG 11.12.1968, s. 3.

Nesten fire år etter at han var gått av, en søndag i begynnelsen av mai 1976, ble han rammet av et alvorlig slag. Han hadde vært plaget av atrief immer og en defekt aortaklaff og var innlagt på Rikshospitalet. Der ble han vellykket elektrokonvertert og var nå hjemme på permisjon. Han skulle ta det med ro, men måtte ta seg av ”våronna” og stod ute i haven og dro opp røtter da det skjedde. Sammen med ham var hustruen, Gerda, eller ”Mons” (”Monseborn”). Hun ringte Legevakten og fortalte hva som var skjedd. Da han som skulle kjøre ambulansen hørte at pasienten var Karl Evang gav han full gass og kjørte mot alle røde lys han møtte. Det gikk svært fort i svingene opp til Måltrostveien i Holmenkollåsen. Da ambulansen nådde frem satt Evang der, fortvilet, uten evne til å tale og med venstre side lammet. Han forstod hva som hadde skjedd. Det gjorde også hustruen, som var minst like fortvilet som sin mann. Hun ble med ned til Rikshospitalet.³⁸⁸ Der ble det raskt konstatert at det var lite å gjøre. Han lå en tid på Aker sykehus, men kom så hjem og ble siden stelt av sin hustru. Han kunne en tid bevege seg litt rundt, og endog spille sjakk. Han kunne også smile og vise følelser, men talens evne hadde han for alltid tapt.³⁸⁹ I fem år måtte denne talens mester leve lukket inne i seg selv. Han døde 3. januar 1981, vel 78 år gammel.

En ny helsedirektør

Våren 1971 brøt den borgerlige regjeringen Borten sammen. Det skyldtes i første rekke EF-spørsmålet, men mer konkret skyldtes det at det ble kjent at statsministeren hadde vist Nei-til-EEC-bevegelsens generalsekretær, Arne Haugestad (1935-2008), en fortrolig rapport fra Norges ambassadør i Brussel. Etter et mislykket forsøk fra Kjell Bondeviks (Kr. F.) side på å danne en ny borgerlig koalisjonsregjering, kunne Trygve Bratteli (1910-1984), Arbeiderpartiets leder, den 13. mars presentere sin mindretallsregjering. Som sosialminister hadde han valgt LOs nestleder, Odd Højdahl.³⁹⁰ Højdahl hadde valgt som sin statssekretær, assisterende overlege ved Kreftregisteret, Torbjørn Mork (1928-1992).

EEC- eller EF-saken tok svært mye av den nye regjerings oppmerksomhet; også for de enkelte statsråder. Selv statssekretær Mork ble trukket inn i EF-debatten. I det sterkt splittede Asker arbeiderparti representerte han, blant annet sammen med Arve Johnsen (f. 1934), ”ja-siden”, og var opptatt av å vise at norsk EF-medlemskap ikke truet noen sider ved norsk helsepolitikk, for eksempel legemiddelpolitikken. EF-debatten bidro til at Mork straks ble en svært synlig statssekretær. Men mer bidro. Højdahl lot Mork ta hånd om mye av helsepolitikken og lot ham også stå frem i mediene. Mork var ikke bare en forsker og fagmann som våren 1971 ble ”funnet” på et bortgjemt laboratorium, og som straks ble fanget og fenget av politikken og den offentlige arena. Han hadde fått interesse for politikk i ungdommen, og engasjert seg i Unge Høyre. Som medisinerstudent i Bergen var han også

388) Opplyst (2.12.2008) av den legen som kom med ambulansen, Else Wiik Larsen.

389) Opplysninger gitt av Evangs eldste sønn, Karl Anders Evang, 27.10.2008.

390) Det vil si, Brattelis forslag var at Odvar Nordli skulle bli sosialminister og Odd Højdahl kommunal- og arbeidsminister. Det var sterke ønsker i stortingsgruppen om at Nordli måtte bli kommunalminister som gjorde at Højdahl ble sosialminister. Kfr. Ragnar Christiansen, *Fra storting og styringsverk – Erindringer fra et liv i politisk arbeid* (Oslo: Forlaget Aktuell), 2006, s. 308.

politisk aktiv. Han var blant de studenter som gjorde seg bemerket på sitt kull, både faglig og sosialt.³⁹¹ Han fremstod som høyremann for medstudentene, men begynte etterhvert å bevege seg mot venstre. Etter studiene, turnustjenesten og studieopphold i London – som førte frem til en PhD-grad i 1960 – begynte han som avdelingslege i Krefregisteret. Han flyttet da til Asker med sin familie, hustruen og legedatteren Anna Brit (f. 1934)³⁹² og en datter, Ingeborg (f. 1957). Snart kom det ytterligere en datter til, Elisabeth (1961) og så en sønn, Jon (1963).

I Asker gikk både han og hans hustru inn i lokalpolitikken, for Arbeiderpartiet. Han ble valgt inn i kommunestyret i 1967 og kom i 1969 med i Arbeiderpartiets sosialreformkomité. Dog fikk han ingen valgbar plass på listen ved stortingsvalget i 1969. I 1971 gikk det oppover igjen og han ble han valgt til nestformann i Akershus arbeiderparti og altså utnevnt til statssekretær i Sosialdepartementet.

Han gikk opp i sitt epidemiologiske arbeid ved Krefregisteret, ennå en svært liten institusjon, men han gikk også opp i politikken. Telefonen ble fittig brukt fra kontoret i Krefregisteret, ikke minst for politiske formål. Den forholdsvis unge mannen var ambisiøs, både faglig og politisk. Han ble assisterende overlege i 1966 og da anledningen bød seg til å gå inn i politikken på nasjonalt nivå trengte han ingen overtalelse. Hans faglige plattform var alene for svak til at han kunne ha håp om å bli Evangs etterfølger, men med den politiske eksponering og erfaring statssekretærposten gav, kunne han ha muligheter.

Da embedet som helsedirektør ble utlyst, uten åremålsbegrensning,³⁹³ like før 17. mai 1972, med ansøkningsfrist 15. juni, var han rede til å anmelde sin interesse. Ja, så vidt profilert, til dels provoserende profilert, var han allerede blitt at avisene begynte å skrive om ham som Evangs mulige etterfølger. Verdens Gangs Turid Beth Hansen konstaterte i et oppslag allerede den 29. mars 1971, like etter at Mork var blitt statssekretær:

Dessverre folkens, hvis dere øyner sjansen til å bli kvitt et stridslysten sosialist med bråstoppsveis når helsedirektør Karl Evang trer tilbake på grunn av oppnådd aldersgrense utpå høsten 1972, må dere tro om igjen. Arvtakeren står klar.

Og arvtakeren er minst like stridslysten, bråstoppsveisen klippet av samme herrefrisør og talegavene nærmer seg Evangs. Den politiske barnetro er det heller ingen ting å utsette på: arvtakeren er sosialist på sin hals.

Hvem arvtakeren er? Nyutnevnt statssekretær i Sosialdepartementet, Torbjørn Mork, selvfølgelig! Det behøves knapt synske evner for å

391) Opplyst av medstudenten Kolbjørn Øygard, i samtale 3.8.2009.

392) Hennes far, Audun Schjøtt (1900-1971), var privatpraktiserende lege i Bergen.

393) Sosialministeren hadde gjort det klart at det ikke var vurdert å ansette den nye helsedirektør på åremål, eller, for den saks skyld, å gjøre noe med Direktørens dobbelstilling. Kfr. Verdens Gang 7.6.1972. s. 3.

*forutsi at denne tidligere overlegen og kreftspesialisten ligger forrest i løypa – så sant regjeringen Bratteli fremdeles sitter ved roret.*³⁹⁴

Med sin høye offentlige profil ble han stadig hyppigere nevnt som Evangs mulige etterfølger. Han lanserte, kan man si, seg selv på denne måten. Han gjorde heller intet for å dempe spekulasjonene om sitt kandidatur. Innad i Departementet gjorde han det endog kjent at han ville søke embedet etter Evang. En slik bekjentgjørelse er ikke offentlig, men kanskje så godt som.

Men også andre navn ble snart nevnt. Spesielt ble Gudmund Harlem, den tidligere sosial- og forsvarsminister, gjennom tilsammen ti år, og en nær venn av Einar Gerhardsen, pekt på som en alvorlig utfordrer til Mork. Harlem var nå direktør for Statens attføringsinstitutt. Men Harlem nølte med å søke, opplyser hans datter i sin første erindringsbok. Kanskje virket Morks ”kampanje” i noen grad til at han kom i tvil? Gro Harlem Brundtland (f. 1939) skriver:

*Fredrik Mellbye, som er en annen aktuell kandidat, har gjort det klart overfor pappa at av de to (Harlem og Mork) vil pappa rangere sterkest på grunn av sin mangeårige statsrådserfaring. Det er mange som legger stor vekt på at han er villig til å ta denne stillingen. Jeg vet han vil bli en god helsedirektør, og sier: ”Selvfølgelig skal du søke, pappa!” ”Ja, men det blir strid om den saken, fordi også Torbjørn Mork har søkt. Det er flere medlemmer i regjeringen som ønsker at jeg skal søke, men som har fortalt meg at det blir strid om avgjørelsen.” ”Gjør det noe?” sier jeg. ”Du må gjøre det som er riktig.”*³⁹⁵

Harlem fulgte sin datters råd og søkte, om enn litt nølende. Mork søkte selv-sagt også, som han en tid hadde sagt han ville, dog uten støtte fra familien: Hustruen fryktet at en allerede svært fraværende ektemann skulle bli enda mer fraværende.³⁹⁶

Da ansøkningsfristen var gått ut hadde det meldt seg syv liebhavere til embedet. I tillegg til Mork og Harlem, de eneste politisk markante ansøkere, var det fem ansøkere. De var Evangs nestkommanderende siden 1950, medisinalråd Jon Bjørnsson, fylkeslege Jon Fodnes (1920-1991), Akershus, fylkeslege Tore Heide (f. 1925), Rogaland, professor dr. med. Peter F. Hjort (f. 1924) og ass. fylkeslege Per Holmboe Waage (1918-1991), Akershus. De tre fra fylkeslegeetaten hadde særlig bakgrunn fra den offentlige legeetat og administrativ utdannelse; Waage hadde også en del militær bakgrunn. Waage kan tillike ha vært tiltrukket av muligheten for å få gå i sin morfars, tidligere medisinaldirektør Michael Holmboes, fotspor. Fodnes hadde MPH fra Harvard University, Heide fra University of California, Berkeley, mens Waage hadde diplom i folkehelsevitenskap fra Liverpool.³⁹⁷ De fremstod alle tre som utpregede fagmenn. De hadde ikke markert seg offentlig og var ikke

394) Verdens Gang 29.3.1971, s. 12. Artikkelen har overskriften ”To ”rabulister” i norsk helsestell. Konge og kronprins”.

395) Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986* (Oslo: Gyldendal), 1997, s. 114.

396) Opplyst av datteren, Elisabeth Mork, i samtale 28.11.2008.

397) Det britiske diplomiet i ”public health” tilsvarer den amerikanske MPH.

alvorlige utfordrere til Mork og Harlem. De lignet imidlertid, hva bakgrunn angikk, på Evangs konkurrenter i 1938. Hjort hadde markert seg mer offentlig, siden 1969 ikke minst som formann i interimstyret for det nye Universitetet i Tromsø, men også helsepolitisk. Han stemte dessuten Arbeiderpartiet på dette tidspunkt. Mange ønsket Hjort i embedet. Han søkte fordi han mente det var en del som burde gjøres med norsk helsevesen, men var klar over at det ville stå mellom Mork og Harlem.

Evang innstilte søkerne slik: 1) Jon Bjørnsson, 2) Gudmund Harlem, 3) Torbjørn Mork, 4) Per Waage.³⁹⁸

Nordby skriver at Evang innstilte Bjørnsson først nærmest som en høf ig-hetsgest.³⁹⁹ Evang var, fortsetter Nordby, klar over at hans innstilling ikke ville bli fulgt. Det kan nok være, men det er ikke åpenbart at hans anbefaling var en ren gest. Evang hadde formelt ikke forberedt noen til å ta over etter seg. Han oppførte seg helt til det siste som om han skulle forbli helsedirektør. Samtidig hadde han, så grundig som det vel var mulig, forberedt sin medisinalråd på embedet som helsedirektør. All post til Helsedirektøren gikk via Bjørnsson. Han var så godt inne i Evangs tenkning, og gjøremål, at han på meget kort varsel kunne overta nesten en hvilken som helst oppgave for Evang. Han hadde også i til sammen to år fungert som helsedirektør. I sin innstilling til statsråd Høydahl av 19. juni 1972, skriver derfor også Evang: ”Av de fire sterkeste kvalifiserte søkere, står *medisinalråd* Bjørnsson i en særstilling”.⁴⁰⁰ Han begrunner det også enkelt, nemlig i hovedsak med Bjørnssons ”arbeid som medisinalråd”. Bjørnsson var opplært. Nå var han klar til å ta over etter Evang; det vil si, han hadde nok vært det ganske lenge. Det understreker hvor sikker Evang var i sin sak at han syntes han måtte svare på den ”naturlige” innvending mot Bjørnsson, hans alder; Bjørnsson nærmet seg 63. Evang skriver at etter en operasjon for ikke så lenge siden ”er hans arbeidsevne økt og stabilisert”. Etter Evangs innstilling er det ikke så underlig at Bjørnsson regnet med at han ville få rykke opp. Nr. 2 skulle endelig bli nr. 1.

Evangs uttalelse om Harlem er nøkternt redegjørende. Kanskje preges den noe av hans litt anstrengte forhold til statsråd Harlem i annen halvdel av femtiårene? Han omtaler Mork med noe større engasjement, selv om han har satt ham på tredjeplass. Han fremhever særlig Morks kvalifikasjoner som epidemiolog. Med de prioriteringsproblemer helsevesenet i dag står overfor er det, skriver Evang, ”en meget vesentlig fordel av den som bekler stillingen som helsedirektør, selv behersker denne (dvs. den epidemiologisk-statistiske) metodikk”.

I avisene stod det at hans favoritt var den unge og radikale ”kopien” av ham selv, Torbjørn Mork. Mork fremstod nok som mer sosialt radikal enn

398) Kfr. SF 4c, *Ot.meld.* nr. 1, 1972-73, Embetsutnevnelser m. v. fra 1. juli 1971 til 30. juni 1972, s. 34.

399) Nordby, *op. cit.*, s. 267.

400) ”Uttalelse om søkerne til embetet som helsedirektør”. Notat til Sosialministeren fra Helsedirektøren, datert

19. juni 1972 (bare denne ref.: KE/Sø; notatet finnes i Helsetilsynets (Riksarkivets) arkiv, boks merket ”Ansettelse 1972). Sitatet er fra s. 2. Sitatet om Mork (nedenfor) er fra s. 7.

Harlem, men representerte samtidig den EF-vennlige ”høyref øyen” i det konf iktredne Asker arbeiderparti. Han var slik ikke helt etter den markante EF-motstanderen Evangs nese. Kanskje så han ham som litt for opportunistisk? Men mer har nok spilt en rolle. Evang kjente Mork godt. Da Mork var ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, og arbeidet med sin avhandling, kom Evang dit for å holde noen forelesninger. De traff hverandre. Evang viste alltid yngre folk ekte interesse; det gjorde han nå også med Mork. Mork ble imponert. Evang fikk også et faglig godt inntrykk av Mork, blant annet la han merke til at Mork fikk tatt doktorgraden i London (1960). Siden fulgte Evang Morks arbeid ved Kreftregisteret med interesse. Da Evang fylte 60 år, høsten 1962, var Mork kjøgemester ved middagen om aftenen.

Men den ytterst disiplinerte Evang forble usikker på den ambisiøse unge mannen. Evang sløste aldri bort tid på ”formålsfremmede” aktiviteter. Han var den legemliggjorte effektivitetet. Han syntes Mork var for lite disiplinert.⁴⁰¹ Da Tryggve Hauan i 1970 sa opp sin stilling som overlege ved Sykehuskontoret, søkte Mork stillingen, men Evang valgte da Sverre Harvei. Harvei hadde en MPH fra University of Minnesota, og hadde noen måneder sittet som spesiallege under Hauan da han fikk stillingen. Harvei og Mork var kolleger ved Kreftregisteret. Mork var fem år eldre enn Harvei og hadde doktorgrad. Evang satte allikevel Harvei først.⁴⁰² Også det kan si noe om Evangs oppfatninger om Mork, og om hvorfor han ikke innstilte ham høyere til helsedirektørembedet.

Han visste selvsagt at det politisk stod mellom Mork og Harlem, men så altså ingen av dem som den ”riktige” etterfølger. Harlem var vel etablert, hadde politisk tyngde, men var for Evang medikratiske ”upålitelig”. Mork var ung og lovende, men altså for Evang for ”udisiplinert”. Han visste heller ikke hvor han hadde ham hva gjaldt legestyret. Da var Bjørnsson, hans ytterst lojale og dyktige nestkommanderende gjennom en mannsalder, et trygt valg. Bjørnsson ville og kunne føre Evangs livsverk videre og han var medikratiske patent. Han var også så disiplinert som det vel var mulig å bli. Han stod nok på den borgerlige side i den almene politikk, men for Evang var de andre hensynene nå langt viktigere. Bjørnsson var riktignok ikke en mann for den lengre fremtid, men en slik kunne jo oppstå i de fem og et halvt år han ville ha igjen. Evang var seg nok svært bevisst hva han gjorde da han satte Bjørnsson først. Han gjorde sjelden noe ”ubevisst”.

Vi skal føye til at Evang altså så på ansøkerne Fodnes, Heide og Hjort som uaktuelle for embedet som helsedirektør. Hjort ble nevnt i flere pressoppslag som en interessant søker. Han hadde allerede markert seg som indremedisiner og hematologisk forsker og var spesiallege og professor ved

401) På middagen etter Bygdøy-kurset litt ut i sekstiårene gav Evang overfor Erik Bjelke, Morks kollega på Kreftregisteret, uttrykk for en viss bekymring over Mork i så henseende, altså hva gjaldt disiplin. Opplysningen er gitt av Erik Bjelke i telefonsamtale 29.10.2008.

402) Mork reagerte nok litt på ”forbigåelsen”, ambisiøs som han var. Også en annen ansøker kan nok ha følt seg forbigått ved besettelsen av overlegestillingen i Sykehuskontoret, nemlig Kjell Bjartveit. Evang syntes nok den ”kulturelle” avstanden til Bjartveit, som hadde lang erfaring fra Direktoratet, var for stor. Bjartveit tilhørte Kristelig Folkeparti.

Rikshospitalet. Siden 1969 hadde han ledet interimsstyret for det nye Universitetet i Tromsø. Som den eneste av ansøkerne presenterte han et punktvis oppsatt program for hva han ville gjøre hvis han ble helsedirektør. Han avsluttet slik:

Det sentrale i mitt syn er at vi for lengst har medisinske kunnskaper til mer enn hva vi har penger til. Helsedirektørens viktigste oppgave er å skaffe best mulig grunnlag for de politiske prioriteringer og best mulig utnyttelse av de ressurser samfunnet gir helsetjenesten.

Hjort hadde ikke tradisjonell forvaltningsmessig erfaring fra helsevesenet på denne tiden, men hans ansøking viste at han forstod hva helsevesenets, og dermed helseforvaltningens, hovedutfordring var – og kunne fange den i en ”formel”. I så henseende gikk han utenpå de andre ansøkerne. Evang nevner at alle ansøkerne hadde laud til embedseksamen, og ”at et f ertall av søkerne har oppnådd meget høye poengtal”. Han legger ikke til at Hjort hadde fått innstilling i hovedkarakter (204,5 poeng).⁴⁰³ Som vi har nevnt før hadde Hjort ved en viktig anledning utfordret Evang. At Evang også innstilte Waage, kan skyldes at han, og Bjørnsson, kjente ham fra krigen, i London.

Saksbehandlingen i utnevningssaken var, får man si, først og fremst politisk. Embedet var viktig og svært synlig. Å finne Evangs etterfølger var en stor sak. Mange snakket derfor med hverandre i forbindelse med den forestående utnevning. Statsråden, Odd Højdahl, var en engasjert tilhenger av sin statssekretær, og markedsførte ham ivrig. Han behandlet ansettelsen mens hans statssekretær satt som hans nærmeste medarbeider.

Regjeringens øvrige statsråder, Statsministeren innbefattet, var ikke spesielt aktive i prosessen, men f ere av dem ble selvsagt ”snakket med” i sakens anledning, og snakket med noen, som vi har sett. Morks utfordrer, Gudmund Harlem, ser ikke ut til å ha vært spesielt aktiv selv, men hadde altså viktige støttespillere, også i Regjeringen: Cappelen og andre, som Gjærevoll, oppmuntret ham også til å søke. Mork viste sine ambisjoner tydelig, overfor beslutningstagere så vel i regjering som i partiet forøvrig. Han gav, som vi har nevnt, som statssekretær, tidlig beskjed i Departementet om at han ville søke embedet som helsedirektør.⁴⁰⁴ Gro Harlem Brundtland gav overfor Sverre Harvei etterpå uttrykk for at hun syntes Mork hadde drevet en altfor pågående kampanje overfor både regjeringsmedlemmer og stortingsfolk.⁴⁰⁵

Mork gikk dog ikke av som statssekretær for å kunne søke helsedirektør-embedet fra en mer uavhengig posisjon. At han ikke gjorde det, gjorde valget ekstra pinibelt for f ere av statsrådene, men mest av alt for Statsministeren.

403) Bjørnsson hadde 194, Harlem 190,5 og Mork 186,5 poeng.

404) Opplyst av Tone Bratteli i telefonsamtale den 8.12.2008. Hun var fra 1. januar 1972 og til litt ut i august personlig sekretær for Sosialministeren.

405) Opplysning gitt av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

Den formelle avgjørelsen ble fattet i statsråd fredag den 30. juni 1972, altså bare to uker etter at ansøkningsfristen var gått ut, og på et tidspunkt da ferien egentlig var begynt. Bare én av statsrådene hadde da, etter det vi kan se, begynt sin ferie, nemlig Inger Louise Valle (1921-2006); hun begynte mandag 26. juni. Siden hun deltok på den avgjørende regjeringskonferanse må den reelle avgjørelsen ha vært fattet uken før, mandag 19. juni eller torsdag 22., med alle de 15 regjeringsmedlemmer tilstede. Sosialminister Højdahl hadde laget et notat om saken og i det begrunnet hvorfor Mork burde velges.⁴⁰⁶ Da saken kom opp på regjeringskonferansen sa statsministeren, Trygve Bratteli, at alle kjente de to fremste kandidater så godt at det ikke var behov for noen debatt om saken. Noen debatt, eller endog meningsutveksling, ble det således ikke. I stedet ble det, etter Brattelis ”beskjed”, en skriftlig avstemning. Ved den fikk de to kandidater begge syv stemmer. Én hadde altså stemt ”blankt”. Statsministeren sa da at han ville henstille til den som ikke hadde stemt ved første avstemning å gjøre det ved den neste, slik at det kunne bli fattet en avgjørelse. Ved annen gangs avstemning ble det avgitt åtte stemmer for Mork og syv for Harlem. Den som ”avgjorde” valget var Finansministeren, Ragnar Christiansen (f. 1922).⁴⁰⁷ ”(J)eg valgte å følge statsråden”, altså Højdahl, har Christiansen siden berettet.⁴⁰⁸ I Statsråd tok ingen av statsrådene dissens.



Torbjørn Mork, januar 1973: Den nye, elegante Helsedirektøren. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

406) Redegjørelsen for måten saken ble behandlet på i Regjeringen bygger på samtale med daværende finansminister Ragnar Christiansen, 5.11.2008. Det er siden i pressen flere ganger nevnt at Mork i annen omgang ble valgt med 7 mot 6 stemmer. Vi har ikke fått opplysninger som viser at to statsråder var fraværende (på ferie), men vi kan ikke se bort fra at det var tilfellet.

407) Kfr. Ragnar Christiansen, *Fra storting og styringsverk – Erindringer fra et liv i politisk arbeid* (Oslo: Forlaget Aktuell), 2006, s. 311.

408) Kfr. *ibid.*, s. 312.

Dette var den eneste gang under regjeringene Bratteli at det ble foretatt en skriftlig votering i en regjeringskonferanse. Ansettelsessaken var åpenbart en krevende sak for Regjeringen, og spesielt for Bratteli. Ved å unngå diskusjon, med den noe spesielle begrunnelse at alle kjente kandidatene godt nok, og ved å ha skriftlig avstemning, kunne han sikre at avgjørelsen ble fattet uten at noens stemmegivning ble eksponert. Spesielt viktig kan det ha vært for ham at hans egen stemmegivning forble hemmelig.

Siden er det kommet frem noe om hvordan regjeringsmedlemmene stemte. Højdahl gikk altså inn for Mork, og i annen runde også Christiansen. Ifølge Gro Harlem Brundtland stemte Bratteli for Mork, mens Nordby mener at han stemte for Harlem.⁴⁰⁹ Vi tror Brundtland har rett og at Statsministeren, som den formelt bevisste mann han var, støttet Mork. Det ville vært underlig om han i et slikt spørsmål skulle gått imot sin fagstatsråd.⁴¹⁰ For Mork stemte dessuten iallfall forbruker- og administrasjonsminister Inger Louise Valle og forsvarsminister Alv Jacob Fostervoll (f. 1932).⁴¹¹ For Harlem stemte helt sikkert utenriksminister Andreas Cappelen (1915-2008), industriminister Finn Lied (f. 1916) og miljøvernminister Olav Gjærevoll.⁴¹² Hvordan de øvrige statsråder, Reiulf Steen (f. 1933), Bjartmar Gjerde (f. 1931), Odvar Nordli (f. 1927), Per Kleppe (f. 1923), Oddvar Berrefjord (1918-1999), Magnus Andersen (1916-1994) og Torstein Treholt (1911-1993) stemte, vet vi ikke, men vår antagelse er at de tre første, og yngste, stemte for Mork og de fire siste for Harlem.⁴¹³ De eldste kjente Harlem, men ikke Mork; og var til dels noe mindre sosialradikale enn de yngre statsrådene.

Avgjørelsen var som sagt spesielt vanskelig for Statsministeren. Han følte nok en forpliktelse til å støtte fagministeren, særlig siden denne la så mye tyngde i sitt valg. Samtidig visste han at å velge Mork ville provosere ikke bare Harlem-familien, men også Einar Gerhardsen og andre (enn Harlem) i hans krets. Det siste kunne imidlertid også ha en annen side: Brattelis forhold til Gerhardsen var hverken nært eller hjertelig. At Bratteli ikke sa noe om sin preferanse, og lot avstemningen være skriftlig, gjorde det mulig for ham å begrense belastningen i forhold til Harlem-familien og til Gerhardsen. Men da det *ble* Mork, reagerte Harlem-familien negativt. Gro Harlem Brundtland skriver 27 år senere, i sine erindringer: ”Jeg tror regjeringen Bratteli traff den gale beslutningen med Trygve Bratteli selv som den avgjørende stemmen for Torbjørn Mork.” Hun legger til:

409) Gro Harlem Brundtland uttrykker seg sikkert på dette punkt; kfr. Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986*, op. cit., s. 114. Trond Nordby, op. cit., s. 326.

410) Brattelis datter, Tone Bratteli, er av samme oppfatning. Opplysning gitt i samtale den. 8.12.2008.

411) Opplysning gitt av Alv Jacob Fostervoll i telefonsamtale 4.11.2008 og av Inger Louise Valles sønn Jan Grund i samtale 6.8.2008.

412) Om Brattelis og Cappelens preferanse, se Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986*, op. cit., s. 114-115. Om Højdahls preferanse, se Nordby, op. cit., s. 326, note 73. Opplysningen om Finn Lieds stemmegivning er gitt av Lied i samtale 24.10.2008, og om Olav Gjærevolls av Gro Harlem Brundtland i e-brev 3.11.2008.

413) Kommunalminister Odvar Nordli, samferdselsminister Reiulf Steen og handelsminister Per Kleppe husker ikke hvordan de stemte: Telefonsamtaler 4.11. (Nordli og Steen) og 5.12. (Kleppe) 2008. Kleppe hadde imidlertid kjent Harlem siden 1945 (hvor de traff hverandre i Sosialistisk studentlag), mens han ikke kjente Mork. Daværende kirke- og undervisningsminister Bjartmar Gjerde er syk og ikke tilgjengelig for en samtale. Han ville imidlertid ikke ha husket sin stemmegivning, opplyser familien (4.11.2008). Tre av statsrådene hvis stemmegivning vi ikke kjenner, er døde, justisminister Oddvar Berrefjord, landbruksminister Torstein Treholt og fiskeriminister Magnus Andersen.

Andreas Cappelen hadde vært regjeringskollega med pappa i tidligere år, og hadde fulgt hans arbeid på nært hold. En som møtte ham på Løvebakken i disse dagene forteller hva han svarte da han forsøkte å fritte ham ut på regjeringens syn på helsedirektør-stillingen. "Vet du hvem det blir som får jobben?" "Nei, men jeg vet hvem som burde få den". Han var av dem som gikk inn for pappa som helsedirektør.⁴¹⁴

Vi (forfatteren) traff tilfeldigvis et medlem av "den utvidede" familien Harlem noen dager etter utnevnelsen. Vedkommende gav klart uttrykk for at familien var opprørt over utnevnelsen. Den så på den som Brattelis pek mot "Gerhardsen-klanen".⁴¹⁵

Den egentlige saksbehandlingen av ansettelsessaken var altså politisk. Siden Evang hadde innstilt som han hadde, hadde imidlertid Statsråden et problem, Bjørnsson. Bjørnsson var satt så tydelig først at Departementet måtte begrunne vrakingen av ham. Det gjorde det i én setning: "Departementet finner at man for et så krevende embete som dette bør ta hensyn til søkerens alder, og finner det av denne grunn vanskelig å innstille Jon Bjørnsson". For å begrunne positivt hvorfor Mork skulle flyttes fra tredje til første plass tydde Departementet til Evang, og den vanlige "formel" (om "samlet vurdering") i slike sammenhenger:

Sosialdepartementet har etter en samlet vurdering funnet at statssekretær Torbjørn Mork bør utnevnes. Ved siden av øvrige kvalifikasjoner peker departementet på Torbjørn Morks særlige kunnskaper og erfaring innen feltet epidemiologi. Den epidemiologiske eller epidemiologisk-statistiske metode som særlig er utviklet etter den annen verdenskrig, er kommet til å spille en stadig større rolle også i helse- og sosialtjenesten".⁴¹⁶

Spørsmålet om hvem som skulle bli ny helsedirektør førte til noen, men ikke mange, avisoppslag. Det var særlig de borgerlige aviser som skrev om spørsmålet. Aftenpostens morgenummer hadde 8. mai (1972) et oppslag over fire spalter, med overskriften: "Gudmund Harlem nu sterkest i bildet som ny helsedirektør".⁴¹⁷ I underoverskriften het det: "Økende tvil i ledende kretser om statssekretær Torbjørn Mork som Evangs efterfølger." I den ikke helt nøytrale artikkelen heter det ellers at det er "økende tvil blant ledende folk innen helse- og sosialvesenet og blant ledende Arbeiderparti-politikere om Mork vil være rette mann på en så utsatt plass." Avisen fortsetter: "Det beror først og fremst på at Mork lett kan virke provoserende og stridbar". Harlem blir "stadig oftere bragt på bane som ny helsedirektør". Avisen fortsetter: "Harlem er kjent som en smidig og dyktig administrator, med utpreget samarbeidsevne og med bred erfaring fra politisk arbeide". For Aftenposten står det derfor klart: "Hvis Regjeringen vil legge avgjørende vekt på slike egenskaper og velge Harlem, vil det utvilsomt bli hilst med tilfredshet i vide

414) Gro Harlem Brundtland, *op. cit.*, s. 114-115.

415) Personen var Harlems svigersønn, Arne Olav Brundtland (f. 1936).

416) Statsrådssak nr. 103/30b 1972, s. 3. En kopi finnes i arkivboks (Helsedirektoratet/Helsetilsynet/Riiksarkivet) merket "Ansettelse 1972".

417) Aftenposten, morgenummeret, 8.5.1972, s. 3.

kretser”. Det er ikke gitt at Aftenposten, den gang en tydelig høyreavis, med sitt ”partiske” oppslag gavnet Harlem.

Verdens Gang omtaler den forestående utnevnelsen 20. mai, med overskriften: ”Ny helsedirektør – skal han sitte TIL ÅR 2000?”, men er ellers mer nøytralt rapporterende enn Aftenposten. Avisen nevner at Harlem ”særlig i yngre kretser i partiet (blir) sett på med større tvil – han er ikke ”progressiv” nok i sitt syn på sosial”. ”Til gjengjeld”, fortsetter avisen, har han ord på seg for å være en ganske anderledes glatt og smidig politiker enn den stridbare Mork.⁴¹⁸

I morgenummeret 27. juni, tre dager før avgjørelsen formelt skal falle, skriver Aftenposten at situasjonen er blitt mer klar: ”Regjeringen delt på midten i synet på ny helsedirektør” heter det, ganske riktig, i overskriften.⁴¹⁹ Det er grunn til å tro at den dermed henviser til den, i virkeligheten, avgjørende avstemning i Regjeringen. Men ennå gjenstod den formelle beslutningen. Aftenpostens oppslag kan derfor også være uttrykk for et påvirkningsforsøk, i avisens egen regi eller (også) i regi av noen i regjeringspartiet. Aftenpostens tidligere ”favoritt” Harlem, fremstår nå som mindre sannsynlig. En utnevnelse av Harlem vil, mener Aftenposten nå, kunne fremstå som vanskelig siden en slik vil innebære at Mork, som statssekretær, vil bli Harlems overordnede. Avisen legger til at Mork, som en ”hard politiker”, allerede ”har blandet seg inn i arbeidet i direktoratet på en slik måte at det har skapt irritasjon”. Aftenposten, eller noen Aftenposten har snakket med, synes det da, ”for å unngå strid i Regjeringen” må være naturlig å velge fagmannen Jon Bjørnsson, Evangs kandidat.

Morgenbladets C. C. (redaktør Christian Christensen) advarte eksplisitt mot å velge Mork: ”Blir resultatet av overlegningene i regjeringskollegiet at Harlem, Hjort eller Bjørnsson blir foretrukket, vil vi beholde troen på at faglige kriterier – i hovedsak – har vært utslagsgivende”. Velges Mork er det åpenbart at partiboken er det viktigste grunnlag for utnevnelsen.⁴²⁰ Heller ikke CC hjalp nok Harlem, spesielt ikke overfor de yngre og mer radikale medlemmene av Regjeringen.

Det lojale regjeringsorganet Arbeiderbladet unnlot å delta i spekulasjonene om hvem som ville få stillingen. Avisen ventet til utnevnelsen var offisiell og hadde da, det vil si dagen etter (lørdag), et høf ig, men ikke særlig engasjerende, tiltredelsesintervju med Mork.⁴²¹ Avisen hadde ingen egne kommentarer. Også Aftenposten hadde ved utnevnelsen, men først mandag den 3. juli, en mer nøytral presentasjon. Avisen slo opp utnevnelsen på første side, under titelen ”Mork ble ny helsedirektør”, og nevner at det hadde vært strid om utnevnelsen. Overfor avisen er han ikke umiddelbart ”innstilt på å formulere noen programerklæring”.⁴²² Dagbladet hadde på s. 2 en signert og

418) Verdens Gang 20.5.1972, s. 6.

419) Aftenposten, morgenummeret 17.6.1972, s. 3.

420) Morgenbladet, 30.6.1972, s. 2 (”Helsedirektøren”).

421) Arbeiderbladet 1.7.1972, s. 12.

422) Aftenposten, morgenummeret 3.7.1972, s. 1 og siste side.

underfundig poengtert kommentar. Kommentatoren, A. F. (Arne Finborud), nevnte blant annet at ”Når Mork ble utnevnt, vil enkelte hevde det skyldes at han er uhyre sensitiv for fortolkninger av hva overordnede personer vil. Men det er ingen ting å utsette på hans faglige kvalifikasjoner... Han er kjent for sin lynende intelligens, og det påstås at han har klisterhjerne”.⁴²³

Der var altså syv som anmeldte sin interesse for embedet. I spekulasjonene og diskusjonene omkring embedet var der en interessant åttende person. Denne personen hadde ikke søkt stillingen. Personen var Fredrik Mellbye. Han var den yngste, og nå desidert mest dynamiske, av medlemmene av Evangs gamle ledergruppe. I helseforvaltningen, og antagelig også i den offentlige legeetat forøvrig, var han for de fleste favoritten. Ja, han var det også blant mange arbeiderpartifolk som hadde truffet ham, blant annet Højdahls personlige sekretær fra januar 1972, statsministerdatter Tone Bratteli Jamholt. Hvorfor søkte han da ikke? Han skriver intet om det i sine erindringer og har heller ikke offentlig uttalt seg om spørsmålet, etter det vi kan se. Til en kollega uttalte han imidlertid, antagelig våren 1972: ”Jeg ble bedt om å søke helsedirektørstillingen etter Evang og hadde jeg gjort det, ville jeg fått den. Det vet jeg. Men jeg ville ikke.”⁴²⁴ Han sa ikke hvem som hadde bedt ham søke og heller ikke hvorfor han mente han ville fått stillingen. Eldrid Nordbø, som hadde vært sosialminister Højdahls personlige sekretær høsten 1971, og nå var kommunalråd i Oslo, vet ikke hvem som kan ha henvendt seg til Mellbye, men hun er sikker på at Mellbye ville stått meget sterkt hvis han hadde søkt.⁴²⁵ Man kan spørre seg om Mellbye som ansøker kunne gjort det mulig for Regjeringen å unngå det ubehagelige valget mellom Mork og Harlem.

Men ikke bare unnlot Mellbye å søke helsedirektørembedet, han forlot våren 1972 Direktoratet, altså før Evang var gått av. Han søkte emebedet som stadsfysikus i Oslo og fikk det. Han var i grunnen ferdig i Direktoratet. Han kunne ha fortsatt som overlege, som han hadde vært i 22 år, og antagelig rykket opp i Bjørnssons stilling fem år senere, men det ville i hovedsak blitt mer av det samme, dog under en ny mann. Det kunne da fremstå som mer attraktivt selv å bli en slags nummer én, om enn i byen og ikke i landet. Ja, byen kunne endog fremstå som mer attraktiv: Her kunne han raskere se praktiske resultater av sin innsats. I pressen ble det imidlertid antydnet at Mellbytes overgang var en del av det ”spill” som foregikk omkring helsedirektørembedet. Aftenposten skrev, fire dager før utnevnelsen av Mork:

Da det skulle ansettes ny stadsfysikus i Oslo, var det innenfor etaten regnet med at den assisterende stadsfysikus skulle rykke opp. I stedet foretok – etter at innstilling forelå – den politiske ledelse i Sosialdepartementet en henvendelse til kommunalråd Eldrid Nordbø i Oslo kommune om at overlege Fredrik Mellbye burde utnevnes i denne

423) Dagbladet, 1.7.1972, s. 2.

424) Uttalelsen ble gitt til Kjell Bjartveit. Opplysningen er gitt oss av Bjartveit i samtale 10.7.2008.

425) Opplyst i samtale 10.11.2008.

stilling. På politisk hold ble dette oppfattet slik at man ville rydde veien for Mork i helsedirektør-stillingen.⁴²⁶

Det kan nok være at Aftenpostens journalist her vil gjøre konkurransen om helsedirektørembedet mer pikant enn den var.⁴²⁷ Kommunalråd for helse- og sosialsaker, Eldrid Nordbø (f. 1942) sier at det ikke kom noen henvendelse til henne fra ledelsen i Sosialdepartementet. Hun var imidlertid blitt kjent med Mellbye da hun var personlig sekretær for Statsråden og var blitt begeistret for ham, hun også. Mellbye hadde dessuten antydnet for henne at stadsfysikusembudet var noe som kunne interessere ham. Hun hadde derfor ikke vanskelig for å oppmuntre ham til å melde seg da embedet ble lyst ut. Noe annet var at det skulle vise seg å bli vanskelig nok å få de politiske myndigheter i hovedstaden med på å innstille Mellbye.⁴²⁸ Han var ikke kjent blant Oslos ledende politikere og mange, i Helserrådet et f ertall, gikk derfor inn for å innstille den sittende assisterende stadsfysikus, Aage Haagenrud (1906-1966).⁴²⁹ I Formannskapet argumenterte Nordbø energisk for Mellbye og ved hjelp av ordfører Brynjulf Bull (1906-1993) vant hun frem. Høyre gikk imot Mellbye.⁴³⁰ Det var altså ikke statsråd Højdahl som hadde dyttet Mellbye på Oslo kommune, og Mellbyes overgang til Oslo hadde åpenbart intet med helsedirektørskiftet å gjøre.

Mellbye hadde nok forøvrig selv Harlem som favoritt til helsedirektørembedet. De var venner fra studietiden av og møttes stadig i en doktorklubb.⁴³¹ Det skulle forøvrig også vise seg at Mellbye, som han hadde ventet, kom til å trives usedvanlig godt som stadsfysikus: "Da jeg gikk av i slutten av 1985, hadde jeg hatt mitt livs morsomste og mest givende år".⁴³²

*

Pedro (Salo Grenning (1918-1986)), Verdens Gangs uforlignelige tegner gjennom f ere tiår, presenterte den nye helsedirektøren, med sin evangske "piggsveis", som en "kopi" av den gamle; kfr. tegningen. Han var ikke den eneste som gjorde det. Til å begynne med kunne nok Mork virke både usikker og litt preget av Evang-komplekser. Men begge deler skulle snart forta seg. Han ble mer og mer seg selv, også hva sveis, påkledning og væremåte angikk. Det siste skjedde i løpet av 1975, og skyldes ikke minst kvinnelig påvirkning. På den annen side stod han nok, eller kom han mer og mer til å stå, Evang nær hva angikk styringsspørsmålene, til dels også en del helsepolitiske spørsmål. Hva de første angikk hadde han ikke, som Evang, skrevet om medisinalforvaltning før han søkte direktørembedet. Han hadde

426) Aftenpostens morgenummer 27.6.2008, s. 3.

427) VG hadde gjort det samme den 20.2005 (s. 6): Mellbyes "utnevning ble av mange oppfattet som et forsøk på å få ham "plassert" for helsedirektørstillingen ble ledig, for ikke å ha en konkurrent til Højdahls og Evangs trumfkort Torbjørn Mork".

428) De kommunale organer er innstillende instanser. Utnevningen av stadsfysikus skjer i Statsråd.

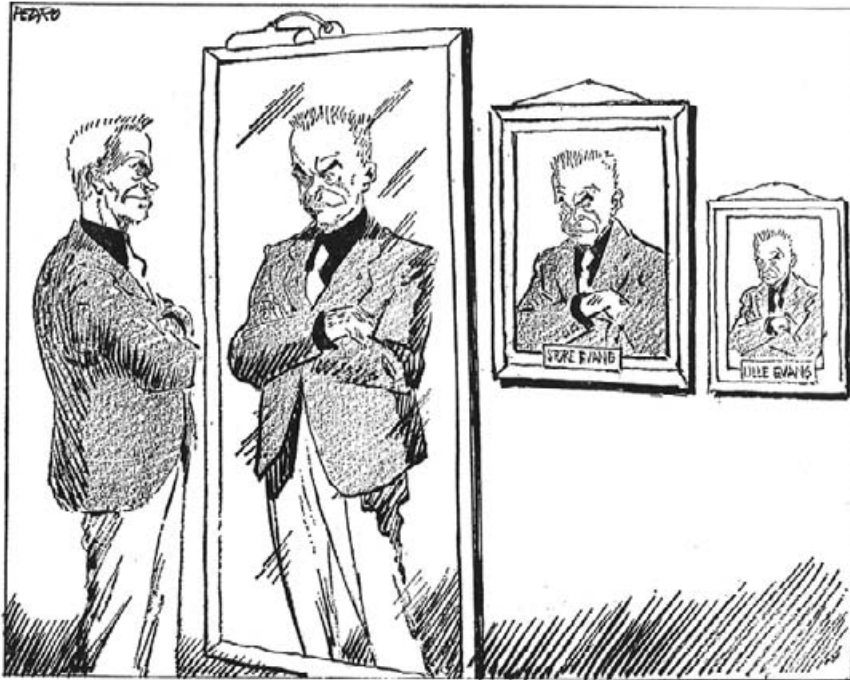
429) Helsedirektør Evang innstilte Mellbye først og Haagenrud på annen plass. Kfr. SF 4c., *Ot.meld.* nr. 1, 1972-73. Mellbye ble utnevnt den 4.2.1972.

430) Opplysningene er gitt av Eldrid Nordbø i samtale 10.11.2008. Det bør for øvrig legges til at Høyres Albert Nordengen siden overfor Eldrid Nordbø beklaget at han hadde stemt imot Mellbye. Mellbye fremstod som partipolitisk nøytral, men det ble antatt at han stod Høyre nærmest.

431) Kfr. Gro Harlem Brundtland, *op. cit.*, s. 114 og 149.

432) Fredrik Mellbye, *op. cit.*, s. 243.

imidlertid eksponert holdninger som pekte i medikratiske retning. Helsepolitisk hadde han i stor grad allerede eksponert seg, skjønt mer på politiske enn på faglige premisser, men også slik skulle han etter hvert nærme seg Evang. For å foregripe begivenhetene kan vi altså si at han personlighetsmessig var nokså forskjellig fra Evang og slapp denne forskjelligheten mer og mer til, mens han nærmet seg Evang hva angikk styring og helsepolitisk planlegging. Vi skal si mer om dette senere.



Ny helsedirektør. —Et lite stenk av grått ved tinningene nå, så kan ingen se forskjell...

Pedros kommentar til utnevnelsen av Torbjørn Mork til Karl Evangs etterfølger. VG, 1.7. 1972. Gjengitt med tillatelse fra VG.

Gudmund Harlem hadde ikke, så langt vi vet, eksponert noe bestemt syn på hvordan medisinalforvaltningen burde organiseres og ledes i forbindelse med prosessen i 1972. Som vi har sett, gav han imidlertid noen signaler da han var sosialminister i siste halvdel av femtiårene: Ved både å dytte på Evang en ekspedisjonssjef og å antyde at Direktoratet kanskje burde deles, viste han at han, iallfall den gang, tenkte mer "politokratisk", og for så vidt også juridisk, enn medikratiske. Da Harlem i 1980 ble administrerende direktør ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Forskningsråd erstattet han den legendariske tidligere direktør, Robert Majors (1914-2005),⁴³³ utpregede fagstyre, med et mer alminneliggjort "byråkratisk" styre.

433) Robert Major, var administrerende direktør i Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Forskningsråd (NTNF) 1946-1980. Han var brorsønns sønnesønn av Herman Major, psykiatripioneren; kfr ovenfor.

Omtalen i avisene tyder ikke på at kandidatenes syn på styring og organisering spilte noen rolle i forbindelse med vurderingen av kandidatene, enda Arbeiderpartiets sosialministre, og flere til i partiet, etter hvert kom til å ergre seg over Evangs medikratiske egenrådighet. Harlem, som var den første statsråd som tok igjen overfor Evang, kunne ha bragt spørsmålet på bane, men gjorde det åpenbart ikke. At bare Mork og Harlem var aktuelle for Regjeringen viser at den tenkte politisk: der måtte komme en fagmann i embedet, men han måtte også være arbeiderpartimann. Kanskje spilte også, som Aftenposten antyder, politisk-ideologisk profil en viss rolle for en del av statsrådene da de måtte velge mellom Mork og Harlem. Mork ble gjerne sett på som mer sosialradikal enn Harlem. Men også personlighetsspørsmål kan han spilt en rolle: Mork fremstod som skarp i kanten, ja, nesten som kantete, mens Harlem ble omtalt som pragmatisk og samarbeidsorientert. Det siste var neppe helt riktig. Også Harlem kunne fremstå med skarpe kanter, som en del av dem som hadde samarbeidet med ham i Regjeringen under Gerhardsen, hadde erfart. Som lege opplevde noen ham som litt ”røff”. Også privat viste hans temperament seg, blant annet da datteren meddelte ham at hun skulle gifte seg med høyremannen Arne Olav Brundtland.⁴³⁴ Men utad fremstod allikevel den unge som skarp og kantete, den eldre som rund og diplomatisk. De to aspektene ved dem, det politiske og det psykologiske, ble gjerne også sett på som to sider av samme sak. Et tredje aspekt, alder, fikk den samme rolle: Mork var ung, direkte og radikal, Harlem eldre, hensynsfull og moderat. Den stemmegivning vi kjenner, gir støtte til en slik fortolkning.



Den nye Helsedirektøren er klar til å ta fatt. Torbjørn Mork slik Dagbladets legendariske tegner Gøsta Hammarlund (1903-1987) så ham noen dager før han tiltrådte. Av en eller annen grunn har han utstyrt Mork med oppvaskbørste. Tegningen ledsager Anne Lise Refsums tiltredelsesintervju med Mork 28.10. 1972. Det begynte slik: ”– Den Gud gir gråsprenget crewcut, skarpt, mørkt blick og bestemt underleppe, den gjør han til helsedirektør”. Gjengitt med tillatelse fra familien.

434) Både Gro Harlem Brundtland og Arne Olav Brundtland skriver om dette i sine erindringer. Kfr. GHB, *Mitt liv 1939-1986*, op. cit., s. 78-80 og Arne Olav Brundtland, *Gift med Gro*, Oslo: Schibsted, 1996, s. 92.

Hvorom alt er, det valg Regjeringen foretok, foretok den knapt med utgangspunkt i de kanskje viktigste spørsmål i forbindelse med utnevnelsen, styringsspørsmålene. Forsåvidt som disse spørsmål også hadde mange implikasjoner for helsepolitikken som sådan, er det ekstra interessant. Den mann Regjeringen valgte skulle da etter hvert i mange henseender også komme til å bli en sterk og markant forsvarer av "status quo". Han ble en forsvarer av viktige sider ved den evangske orden og skulle få et stadig mer anstrengt forhold til sitt eget parti, et parti som fra vinteren 1981 skulle bli ledet av hans konkurrents datter. Mork forble nok sosialradikal, eller kanskje vi skulle si svært opptatt av "de svake", eller mer alment, av rettferdighet, men ellers forble han nokså tro mot den evangske orden. Satt på spissen: Det var i viktige henseender den konservative, ikke den radikale, kandidat, Regjeringens f ertall gikk inn for fredag den 30. juni 1972. Vi bør dog legge til at det knapt var mulig å se det da utnevnelsen fant sted. Mork fremstod som politiker, og som medlem av partiets egen sosialreformkomité, som alt annet enn medikrat. Han *var* ikke medikrat, han *ble* det. Vi skal komme tilbake til det.

Før vi går videre bør vi kanskje modifisere det forrige avsnitts poeng litt. Utnevnelsen skjedde i 1970-årene, de ideologisk mest radikale i etterkrigstiden: "Alt" skulle nå politiseres. Politikerstyret skulle revitaliseres. Mork kunne for så vidt fremstå som en mann som kunne politisere, og åpenbart gjøre det på mer partitro premisser enn det Evang hadde gjort. Men har Regjeringen tenkt slik, tok den feil, som det etter hvert skulle vise seg.

*

Det er interessant å konstatere at Regjeringen i 1972 som i 1938 foretok et skjellsettende valg. I 1938 stod det mellom en som ville fortsette med den eksisterende ordning med en tydelig vertikal arbeidsdeling, og dermed med et adskilt og "avpolitisert" direktorat, Bjelke, og en som ville ha fagligheten helt inn i politikken, Evang. Selv om det ikke var like synlig i 1972, stod Regjeringen antagelig overfor det samme valg da: Harlem kunne tenkes å ville gå tilbake til den førevangske orden, mens Mork snart skulle vise seg å ville føre videre Evangs "politiserte" direktorat. Den restaurering av ordningen fra før 1940 som skulle bli gjennomført av regjeringen Willoch i 1983, skulle Arbeiderpartiet, i maktposisjon aldri forsøke å reversere. Partiet skulle, under Harlems datters annen regjering, endog forsøke å stykke det fristilte Direktoratet ytterligere opp.

*

Utnevnelsen av Mork fikk et etterspill. I Helsedirektoratet reagerte en del av lederne, og noen til, nokså negativt på utnevnelsen. De følte at utnevnelsen var saklig gal, og spesielt at den representerte en forbigåelse av Jon Bjørnsson. Men de bekymret seg også for den nye direktørens stil. Som statssekretær hadde han grepet inn i Direktoratets arbeid på måter fagfolkene, også de mer

radikale, reagerte på. Han hadde dessuten, skriver Aftenposten, opptrådt slik overfor ledere i Direktoratet at de hadde reagert.⁴³⁵

Etter Evangs innstilling skal Bjørnsson ha vært nokså sikker på at han ville bli utnevnt. Han hadde således invitert en del venner til en sammenkomst for å markere den forestående utnevnelse.⁴³⁶ Utnevelsen av Mork må derfor ha kommet som et sjokk på ham. Han har nok også følt vrakingen av seg som ydmykende. Det er mot denne bakgrunn vi må forstå det som nå skjedde. Bjørnsson sendte straks over helgen sin avskjedsansøking. Verdens Gang slår den 6.7., øverst på side én, saken opp med store overskrifter: ”Storm mot Mork”. I ingressen heter det at ”Det ventes at f ere av toppene i direktoratet følger Bjørnssons eksempel. Det betyr i så fall at Helsedirektoratet kan lammes”. Bjørnsson ble oppringt av avisen, men ville ikke uttale seg om saken, utover å bekrefte sin oppsigelse. Mork uttalte at han oppfattet det som et tap for Direktoratet hvis Bjørnsson skulle slutte. Men da avisen spurte: ”Håper De medisinalråden vil trekke sin oppsigelse tilbake?”, svarte han: ”-Ingen kommentarer.”⁴³⁷

Den nye helsedirektør lot seg ikke vippe av pinnen, men bekreftet samtidig at han var nettopp så spiss som han ble beskyldt for å (kunne) være.

Men allerede dagen etter kunne Arbeiderbladet, kanskje litt triumferende, meddele at striden i Helsedirektoratet var bilagt. I en felles redegjørelse fra Mork og Bjørnsson heter det at Bjørnsson, i samråd med statssekretæren, har trukket sin avskjedsansøking tilbake, og at ytterligere kommentarer ikke ville bli gitt. Avisen henviser også til en kommentar fra Arbeidernes Pressekontor der det heter at ”den antydning til protest en har hatt denne gang ikke er noen ting mot den kritikk som kom fra borgerlig hold da Evang ble utnevnt i 1938. Likevel gikk det bra med Evang og ingen våger vel å påstå at vi i disse år ikke har hatt en fremragende fagmann på riktig plass som sjef for Helsedirektoratet”. Pressekontoret legger til at ”embetsmenn som protesterer mot utnevnelsen ved å søke avskjed, handler en smule overilt”.⁴³⁸

Selv om det var en del i Direktoratet som reagerte negativt på utnevnelsen var det neppe mange som alvorlig tenkte på å følge Bjørnsson, og slik bidra til å ”lamme” Direktoratet. Før Bjørnsson og Mork møttes, oppfordret staben i Direktoratet innstendig Bjørnsson om å bli, også av hensyn til dem og Direktoratet.⁴³⁹ Det hører med til bildet at Bjørnsson skulle bli like lojal overfor Mork som han hadde vært overfor Evang. Embedsmannsrollen var gått ham i blodet.

435) Aftenposten 6.7.1972, s. 1 og 12 (”Går i protest”, var førstesidetitelen, over to spalter).

436) Opplyst av daværende ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet, Jan Madsen, i samtale 20.11.2008. Madsen var ikke selv invitert til sammenkomsten, men hørte om den fra andre.

437) Verdens Gang, 6.7.1972, s. 1 og s. 9.

438) Arbeiderbladet, 7.7.1972, s. 1 og siste side.

439) Opplysning gitt av Kjell Bjartveit 7.11.2008. Bjartveit som tidligere hadde arbeidet i Helsedirektoratet i flere år og på det aktuelle tidspunkt var administrerende overlege ved Statens skjermbildefotografering, kjente Bjørnsson og de andre lederne i Direktoratet godt og ble fortalt om henvendelsene til Bjørnsson.

Men ennå noen måneder satt den gamle helsedirektør, og da Mork i oktober tiltrådte, var den regjering som hadde utnevnt ham, gått av. Regjeringen Bratteli I demisjonerte den 18. oktober 1972, etter å ha stilt ”kabinettspørsmål” mot folket på EF-saken, og tapte (25. september). I det samme statsråd ble den nye regjeringen, mindretallsregjeringen Korvald, utnevnt. Denne dagen ble også Evangs siste dag i Helsedirektoratet. Dagen etter, den 19. oktober fylte han 70 år. Ny sosialminister, og altså Morks første politiske sjef, ble en prestefru fra Fana, Bergfrid Fjose (1915-2004) fra Kristelig Folkeparti. Den nye statsråd og den gamle helsedirektør rakk så vidt å hilse på hverandre. Den hilsenen var imidlertid hjertelig. Statsråd Fjose var tilstede under avskjedstilstelningen for Evang i den lille kantinen i regjeringsbygget. Evang begynte sin inspirerte avskjedstale på denne måten: ”Statsråd! Ja, jeg hadde nær sagt ”Kjære statsråd” – etter den enestående seier som vi nå har vunnet!” Han tenkte på EF-avstemningen. Hun svarte, like hjertelig: ”Eg har hatt stor vørndnad for deg sidan eg – under pulten på gymnaset – las det du skreiv på den tida!” (i tredveårene).⁴⁴⁰



Karl Evang ønsker sin etterfølger som helsedirektør, Torbjørn Mork, velkommen: -Her er nøklene. Evang smiler, men er neppe bare glad for at han må gi seg, etter nesten 34 år som norsk medisinalsjef. Han hadde fylt 70 den 19. oktober. Foto: Vidar Knai/NTB/Scanpix.

Den gamle statssekretær, Torbjørn Mork, og den nye, Kjell Bjartveit (f. 1927) trengte knapt å hilse på hverandre. Som fagkolleger kjente de hverandre godt. De hadde samarbeidet om tobakks spørsmål, blant annet i et utvalg

440) Etter tilstelningen fortalte Bjartveit Statsråden at alle som hadde vært tilstede nå trodde det var *Tidsskrift for seksuell opplysning* hun hadde sittet og smuglest. ”Å, trur dei det?” svarte Fjose, litt forjarmset. ”Nei, det var noko Evang skreiv om Mot Dag, som eg satt og las!” Opplysningene er gitt av Kjell Bjartveit i e-brev 18.8.2009.

Bjartveit ledet i slutten av 1960-årene. Nå skulle de fortsette å arbeide sammen, Bjartveit som statssekretær og Mork som helsedirektør, men noe utpreget *samarbeid* skulle det ikke bli.

Utnevnelsen av Mork fikk intet etterspill på Stortinget. Sosialkomiteen, som nå gikk igjennom Sosialdepartementets embedsutnevnelser, hadde intet å utsette på utnevnelsen.⁴⁴¹

Den vertikale dimensjon

Torbjørn Mork fremstod da han tiltrådte som helsedirektør som en tydelig sosialist, slik sosialisme i 1960- og første del av 1970-årene ble forstått. Helsepolitisk var han derfor opptatt av utjevning i helsetilstand og leveutsikter. Han talte således ofte både omsorgsfullt om, og aktivistisk på vegne av, ”svake grupper”. Utjevningen ville han oppnå gjennom en eller annen form for offentlig planstyre. Han ville blant annet at alle ”helsearbeidere”, han brukte ofte det uttrykket, skulle være offentlig ansatt. I viktige henseender var han slik på linje med sin forgjenger, en person han åpenbart så opp til, uten at han noen gang egentlig presenterte seg som elev eller disippel. Han hadde imidlertid ikke i samme grad som Evang en helsepolitisk ”plan” da han tiltrådte. Han skulle heller ikke komme til å utarbeide noen slik, selv om han gjennom Direktoratet ble endel av den helsepolitiske planutviklingen.

Hva styring og ledelse angikk hadde han, etter det vi kan se, ikke gjort seg opp spesielle meninger. Han var lege, og hadde ikke så lite av legens selvbevissthet i seg. Som medisin hadde vært noe spesielt for Evang ble, og forble, den noe spesielt for Mork. Da to av hans barn viste både evner og interesser for medisin la han ikke skjul på at han likte det; ja, var stolt av det, som Evang hadde vært, da to av hans barn valgte medisin. Det gikk fort ”rundt” for ham, og han ble derfor ”naturlig” en meritokrat, som Evang hadde vært det; også på vegne av egne barn. Veien fra meritokrat til medikrat er ikke så lang for en lege. Den ble antagelig gjort enda kortere av at han jo gikk inn i en orden som var medikratiske.

Der er imidlertid spenninger mellom den helsepolitiske og mer almene sosialisme han bekjente seg til, og som jo også var det egentlige grunnlag for hans utnevnelse, og et medikratiske syn på styring og ledelse. Evang klarte, iallfall på et vis, å forene helsepolitisk sosialisme med medikratiske ideologi, kanskje særlig fordi tiden ennå var så preget av hierarkisk kultur at den tillot det. Som vi har sett var Evangs planmedikratiske utpreget paternalistisk. Men etter de ødeleggende angrep på øvrighets- og avstandskulturen som ungdomsopprøret i slutten av 1960- og begynnelsen av 1970-årene hadde betydd, var den evangske syntese av sosialisme og medikratiske blitt umulig.

441) Inntil 1972 var det Protokollkomiteen som gjennomgikk embedsutnevnelser og kom med instilling overfor Odelstinget, det organ som evt. skulle vedta å reise riksstiltale mot for eksempel en statsråd. Da Protokollkomiteen ble opphevet ble sakene fordelt på fagkomiteene. I 1981 kom komiteen i noen henseender tilbake som Kontrollkomiteen.

Statssekretær Mork: "Lefling" med radikalismen

Til å begynne med, det vil si som statssekretær, og som fersk helsedirektør, gav Mork inntrykk av å være mer sosialist enn medikrat. Før han ble statssekretær kom han, som vi har sett, med i Arbeiderpartiets sosialreformkomite. I denne komiteen ble det arbeidet med planer for å samordne det lokale helse- og sosialarbeidet. De samme planer stod sentralt i det offentlige utvalg som snart ble utnevnt. Tankene var tidstypiske: Blant radikale leger, som det forøvrig nå ble synlig fere av, radikale helse- og sosialpolitikere og radikale sosialarbeidere, ble uhelse i tiltagende grad sett på som sosialt betinget, altså som uttrykk for videre sosiale problemer. Den praktiske implikasjon av dette syn var at der krevdes f erfaglig medvirkning både på den diagnostiske og terapeutiske side. Det kunne bare skje, mente sosialradikalerne, gjennom opprettelse av integrerte helse- og sosialsentra og gjennom sosio-klinisk lagarbeid.

Ironisk nok lå slike tanker i kim i det utvidede helsebegrep Evang var med på å utarbeide ved etableringen av Verdens helseorganisasjon (WHO). Men Evangs medisinske paternalisme gjorde at han kunne se på det "team-work" han, naturlig nok, gikk inn for, som et lagarbeid som skulle skje gjennom legelig ledelse. Nå var en slik løsning blitt umulig. Som ung, radikal politiker ble Mork revet med av den nye tidsånd.

Han var som statssekretær med på å legge siste hånd på St. meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Den kom i juni (1971), vel to måneder etter at Regjeringen var tiltrådt. Hovedparten av arbeidet med den var imidlertid gjort under Borten-regjeringen, om enn under overoppsyn av Evang. Meldingen var båret oppe av ideen om lagarbeid, eller "team-work", som Evang sa. Lagarbeidet skulle skje innen rammen av et større helsesenter, og omfatte alle i så vel klinikken som preklinikken, men tillike sosialtjenesten. Som Helsedirektøren i en kommentar til meldingen bemerket, ville det være

hensiktsmessig å få samlet flest mulig av de aktuelle samfunns- medisinske funksjoner på ett og samme sted, slik at ikke bare pasienter i vanlig forstand, men også klienter med sosiale problemer på ett og samme sted kan finne alle serviceorganer de i første omgang kan tenkes å ha nytte av.⁴⁴²

Evang trodde nok at han nå fikk gå videre med sin idé om "team-work", basert på det utvidede helsebegrep. I virkeligheten hadde han plassert seg på en sklie, for parallelt med Direktoratet hadde både Arbeiderpartiets og Borten-regjeringens sosialreformkomite (1969) arbeidet med enda mer radikale lagarbeidsmodeller. Evangs helsesenter kunne fort bli et samlet sosial- og helsesenter, og slik true legenes prekliniske og kliniske supremati på lokalt plan. Det var jo nesten som om han antydte det selv. Han hadde imidlertid et svar på utfordringen: Lagarbeidet måtte, som før, være *ledet*. Bare legen kunne lede lagarbeidet, og for å sikre legens selvstyre måtte han

442) St. meld. nr. 85, op. cit., s. 35.

stadig være statsansatt. Han måtte ha en beskyttende distanse til det nære legmannsstyre. Dette fikk Evang politikerne med på. Men legenes beskyttelse ble skjær, for meldingen tok til orde for en større grad av lokal, folkevalgt kontroll over Helsesrådet.

Som statssekretær reiste Mork rundt og holdt mange foredrag om meldingen og om det nye lagarbeidet. Han gikk i disse foredrag etter hvert lenger enn meldingen og lekte med tanker som gikk utover det legelige fagstyre. Han talte nesten, eller stadig mer, på vegne av de to sosialreformkomiteene enn på vegne av meldingen. I det første foredraget han holdt talte han, som meldingen, formelt om helsesentra, men reelt om helse- og sosialsentra. Han holdt dette foredraget i rådsmøtet for funksjonshemmede 11. juni (1971). I sitt neste foredrag, holdt på et diakonledermøte 6. september, understreker han igjen ideen om lagarbeid og om ”samordning og funksjonell integrering av den tradisjonelle helsetjeneste og den tradisjonelle sosialtjeneste”.⁴⁴³ I et tredje foredrag om integrasjonspolitikken, holdt for sykehussjefene 3. februar 1972, går han lenger. Han tar her til orde for at man må ”komme bort fra et oppsplittet etatsorientert serviceapparat” og henimot et ”integreert tilbud orientert om den enkelte pasient og klient”.⁴⁴⁴

Men – legger han til – det krever at yrkesgrupper som både gjennom ”utdannelse og tidligere praksis i stor grad er innstilt på one-man show”, må lære seg å samarbeide. Han fortsetter, og nå passerer han prinsipielle grenser: ”Det er kanskje ikke minst grunn til å frykte at legene kan ha vanskelig for å akseptere en mer avgrenset rolle på like fot med andre faglige medarbeidere innen et større team”.⁴⁴⁵ I tråd med dette ”fagnøytrale” standpunkt, sier han videre at han ”personlig ikke anser det selvsagt at ledelsen (av de integrerte sentrene) skal ligge hos en lege”. Han legger til, for så vidt i tråd med meldingen, at honoreringen av leger bør bli som for dem legen skal samarbeide likestilt med, altså gjennom gasjering, men han advarer mot å la denne ”detalj” ”bli et hovedpunkt”.⁴⁴⁶

Det er grunn til å legge til: Disse tankene om integrert omsorg peker mot en full integrasjon av legevesenet i den kommunale forvaltning. En slik integrasjon innebærer at legene mister sin halv-selvstendige og halv-medikratiske, status og blir vanlige, fastlønnede funksjonærer. Det betyr igjen at de først og fremst skal styres og ledes av kommunale politikere og forvaltere og ikke av den sentrale, kollegialt pregede, fagmyndighet, Helsedirektoratet. De slutter altså å være distriksleger i tradisjonell forstand. En slik lokal fag-integrasjonspolitikk representerer derfor også et langt skritt i retning av å kastre Helsedirektoratet. Det mister sitt lokale, utøvende apparat.

Statssekretær Mork stod ikke frem som noen medikrat. Han stod endog stadig mindre frem som det. Vi kan ikke se at hans forgjenger ”arresterte”

443) ”Foredrag på diakonledermøtet”, 6. september 1971. Foredraget finnes i Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek. Her er det sitert fra s. 4.

444) Torbjørn Mork, ”Helsetjenesten utenfor sykehus”, foredrag ved sykehussjefmøtet i Trondheim 3. februar 1972, s. 16. Foredraget finnes i Mork-samlingen (4/72), Statens helsetilsyns bibliotek.

445) *Ibid.*

446) Mork 1972, *op. cit.*, s. 17.

ham for det. Evang skulle dog, nesten fire år etter at Mork hadde holdt sine mest radikale foredrag, gå voldsomt ut mot den avmedikratiserende integrasjonspolitikken. Vi har nevnt det før og skal komme tilbake til det igjen.

Dette morkske integrasjonsresonnementet var ikke relevant bare for den lokale klinikk og preklinikk. Det var også relevant for sentralforvaltningen. Samarbeidet ”der nede” måtte ha sin parallell i et samarbeid ”der oppe”. Resonnementet impliserte en hel integrasjon av Direktoratet i Departementet; ja, en omdannelse av Direktoratet til avdeling, kanskje endog en integrasjon av Helsedirektoratet og Departementets sosialavdeling. Denne avdelingen måtte bli underlagt Departementsråden, og Helsedirektøren måtte bli en langt mer ansiktsløs ekspedisjonssjef for helse- og sosialsaker enn det den gamle Helsedirektør hadde vært. Integrasjonsresonnementet hadde også implikasjoner for fylkeslegeembedet: Det måtte bli et regionalt helse- og sosialembede. Mork pekte aldri på disse implikasjonene av sine sosialradikale tanker om primæromsorgen, men de var der. Han kan også ha oppdaget dem etterhvert, uten at vi har funnet spor av det. Hvorom alt er, den politisk ambisiøse Torbjørn Mork fremstod ikke ved utnevnelsen som noen utpreget medikrat.

Helsedirektør Mork: Medikraten stiger frem

Evang hadde laget utredningen om medisinalforvaltningen før han tiltrådte. Han fortsatte å skrive om medisinalforvaltningen under krigen og nærmest gjennom hele sin tid som helsedirektør. Mork skrev om medisinalforvaltning først i 1978, og gjorde det da historisk. Han gjorde det i form av den Armauer Hansen-forelesningen han holdt i Bergen 13. oktober 1978. Han hadde kalt den ”Fra Collegium medicum til helsedirektorat”.⁴⁴⁷ Den var omfattende og grundig, men i stor grad bygget på utredninger skrevet av Evang. Mork skriver lite om tiden etter at han selv tiltrådte. Men som vi skal komme tilbake til, gir foredraget klart inntrykk av at Mork for lengst og for godt var blitt medikrat.

Et ”mellomspill”: Helsedirektøren får ny instruks

Vi har sett at Evang etter hvert tapte interessen for å gjøre noe med Helsedirektørens 1927-instruks. Det er påfallende at han klarte å unngå at hans overordnede dyttet på ham en ny. Litt påfallende er det også at Departementet ikke benyttet anledningen i forbindelse med direktørskiftet til å lage en ny instruks. Der var både tanker og ønsker i Departementet om å se på ikke bare instruks, men også helseforvaltningens organisering mer alment. Dette arbeidet kunne ikke startes under Evang, og dermed ikke før den nye helsedirektør var trådt i funksjon. Sommeren og høsten 1972 tok imidlertid EF-avstemningen og dens ettervirkninger all oppmerksomhet. Den nye mindretallsregjeringen Korvald hadde ikke styrke til å ta opp saken, selv om altså statsråd Fjose i prinsippet mente noe burde skje med helseforvaltningen. Da Arbeiderpartiet igjen kom til makten kunne instruks-saken taes opp

447) ”Fra Collegium medicum til helsedirektorat – Trekk av den sentrale helseadministrasjons historie”, Armauer Hansen-forelesningen 13. oktober 1978. Forelesningen er ikke trykket, men finnes i Mork-samlingen i Statens helsetilsyn.

igjen, men nå av den nye Helsedirektøren. Nå var det ”trygt” å gjøre det. Arbeiderpartiet var, som vi har sett, ”dyttet” inn i rollen som forsvarer av den medikratiske helseforvaltning. Det var derfor ikke så vanskelig for Mork nå å få vedtatt en ny instruks for Helsedirektøren. Det skjedde under Tor Halvorsen. Den nye instruks ble vedtatt 1. november 1975, av Sosialdepartementet, altså ikke av Regjeringen: Noe av embedets institusjonelt opphøyede rolle ble slik svekket.

Den nye instruks ble nokså generell, men inneholdt noen ”moderniserende” innslag: Den la mer vekt på Helsedirektørens rolle som forvaltningsleder og personalleder. Det viktigste var allikevel at den stadfestet at Direktoratet fortsatt skulle være medikratiske organisert. Instruks kom til å lyde slik:

Instruks for helsedirektøren

Fastsatt av Sosialdepartementet den 1. november 1975, gjeldende fra samme dag.

§ 1.

Helsedirektøren skal – på vegne av departementssjefen – være den øverste leder og koordinator av arbeidet i Helsedirektoratet som avdeling i departementet. Han skal ellers ta opp og løse de oppgaver som er pålagt ham som helsedirektør ved lov, forskrifter eller særskilt instruks, jfr. Instruks av 11. mars 1927 og 12. mars 1948.

Han skal sørge for at departementssjefen holdes underrettet om arbeidet i direktoratet, og om saker av prinsipiell betydning og særlig viktighet. Han skal til enhver tid holde kontorene orientert om departementssjefens og sitt eget syn på forhold som er av betydning for arbeidet i kontorene.

§ 2.

Helsedirektøren skal sørge for at det til enhver tid foreligger en samlet plan for arbeidet i direktoratet. Han skal ha den overordnede ledelse av arbeidet med opplegg og gjennomføring av større arbeidsprogrammer. Han sørger for at arbeidsplaner og bemanning blir avveid i forhold til hverandre, slik at det er rimelig samsvar mellom oppgaver og bemanning.

§ 3.

Innenfor rammen av Reglement for departementenes organisasjon og saksbehandling kan helsedirektøren bestemme behandlingsmåten for den enkelte sak, og om det gjøres avvik fra vanlig behandlingsmåte.

§ 4.

Viktige saker skal legges frem for departementssjefen til avgjørelse, herunder saker som har en politisk side av betydning. Andre saker kan helsedirektøren avgjøre selv, for så vidt de ikke avgjøres av overlege, byråsjef eller saksbehandler i medhold av reglement for departementenes organisasjon og saksbehandling, og reglement for

økonomiforvaltningen i departementene. Treffer statsråden eller helsedirektøren en annen avgjørelse enn det vedkommende kontor har foreslått skal han så vidt mulig orientere vedkommende kontor før avgjørelsen blir meddelt utad.

§ 5.

Helsedirektøren skal påse at reglementene for organisasjon og saksbehandling, økonomiforvaltningen, personalforvaltningen og andre bestemmelser blir fulgt. Han skal sørge for at avgjørelsesmyndighet blir delegert så langt som forsvarlig, og at sakene ikke behandles gjennom flere ledd enn nødvendig.

Medikraten

Mork oppførte seg nok i praksis, sine radikale uttrykksmåter i helsepolitikken til tross, som iallfall en "intern" medikrat fra første stund som helsedirektør. Det bekreftes av de av hans medarbeidere fra den første tiden som vi har samtalt med. Gitt hans radikalisme fra statssekretærtiden, kan man spørre hva som skjedde. Kanskje ble han mer fanget enn henført av det medikrati han møtte i Direktoratet? Kanskje var det hans meritokratiske holdninger som slo igjennom og bidro til å gjøre ham til en mer bevisst medikrat? Kanskje så han i første omgang heller ikke sammenhengen mellom de radikale standpunkter han inntok i helsepolitikken og dem han ble endel av som helsedirektør?

Hans start i Direktoratet ble vanskelig, i og med medisinalråd Bjørnssons dramatiske oppsigelse. Det hjalp at Bjørnsson ombestemte seg, etter inn-trengende oppfordringer fra sine medarbeidere. Bjørnsson representerte imidlertid medikratiet. Det gjorde også de andre gamle overlegene, som dog var på vei ut nå, Christofer Lohne-Knudsen og Otto Galtung. Sverre Harvei var nok en forholdsvis fersk sykehusoverlege, men hadde ikke radikale tanker hva den indre styringsform angikk. Det hadde heller ikke de (snart) nye overlegene i sosialmedisin, "sykehusvesen", psykiatri og "legevesen", Tor Ødegaard (1972), Jo Asvall (1973), Otto Steinfeldt-Foss (1974), Øivin Aarot (1974). Aud Blegen Svindland, som overtok som hygieneoverlege etter Mellbye i 1972, var, som Mork, politisk profilert (Arbeiderpartiets kvinnebevegelse) og radikal. Tannlegesjef Per Bærum og apoteksjef Bjørn Jøldal var også veteraner fra Evangs tid og også de regimeforsvarere. Juristsjefene Knut Munch-Søegaard og Reidar Bang var blitt endel av den evangske orden og hadde knapt noen tanker om å utfordre den; skjønt de var også, som vi skal se, jusbevisste og kunne ergre seg over "legearrogansen". Også byråsjefene, mange av dem svært erfarne, hadde vendt seg til det medikratiske regime, selv om de ofte, ja, stadig oftere, kunne irritere seg over legenes privilegier. Mork fant seg altså omgitt av en tung, medikratiske sosiologi. Fortiden kastet skygger han snart ble fanget av.



Overapoteker Bjørn Jøldal, Helse-
direktoratets overapoteker fra 1965 til
1991. Her fotografert 20. juli 1972, noen
måneders før hans nye sjef skulle tiltre.
Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og
bibliotek.

Det var på denne måten ingen god ”grunn” for Mork til å utfordre den evangiske orden. Når alt kom til alt passet den nok meritokraten Torbjørn Mork ganske godt også. Han ville gjerne synes. Han ville gjerne bli en riks-overlege, som forgjengeren. Han ville gjerne ha lagarbeid i Direktoratet, men det skulle være et tydelig ledet lagarbeid. Han fikk heller, etterhånden, justere sine helsepolitiske oppfatninger. Det skulle han også gjøre, kanskje endog tilskyndet av forgjengeren.

Forholdsvist tidlig skulle han også utfordres til å tone f agg hva intern styring og ledelse angikk. Foranledningen var et fylkeslegemøte som tidlig på vinteren 1973, altså noen måneder etter at Mork hadde tiltrådt som helsedirektør, skulle arrangeres på Røros. Til møtet var invitert fylkeslegene, de assisterende fylkesleger, fylkeshelsesøstre og en tyvetalls medarbeidere fra Helsedirektoratet. Den politiske ledelse ble ikke invitert, men fikk høre om møtet og fant programmet så interessant at den bad om å bli invitert. Flere foredrag hadde relevans for den sensitive almenhelsepolitikken. Den nye statsråden hadde bebudet en tilleggsmelding til arbeiderpartiregjeringens St.meld. nr. 85 (1970-71) og arbeidet nå med denne (”nr. 43”). Foranledningen var Kristelig Folkepartis, men særlig Statsrådets, skepsis til den sentralisering den forrige regjeringens melding kunne innebære. Opprettelsen av flerfaglige sentrale pekte mot større lokale enheter. Mork var lite innstilt på å modifisere den melding han i virkeligheten selv hadde stått bak, som statssekretær. Møtet fant derfor sted mot en litt ”pikant” bakgrunn. Helsedirektøren svarte Statsråden at hun selvsagt var hjertelig velkommen til å delta på møtet, men føyet til at hvis også Statssekretæren skulle delta ville møtet endre karakter. Han bad derfor å få vite hvilke saker den politiske

ledelse spesielt ville diskutere på Røros. Statsråd Fjose svarte at hun fant programmet svært interessant som det var og ikke ønsket noen endringer i det. Hun la også til at det slett ikke var uvanlig at Statssekretæren var med under fylkeslegemøter. Det siste var en påminnelse til Mork om at han selv for ikke så lenge siden hadde vært med på et fylkeslegemøte, som statssekretær.

Mork var åpenbart ikke begeistret for å få den politiske ledelse med på møtet på Røros. Han og ledelsen hadde et litt, om ikke svært, ulikt syn på spørsmålet om almenhelsestjenestens organisering. Men mer kom nok til. Den nye helsedirektøren hadde begrenset sans for den livsstilsmoralisme Kristelig Folkeparti ble identifisert med av det sekulære Norge. Ja, han hadde nok det i enda mindre grad enn Evang. Evang var jo i endel henseender selv en livsstilsmoralist, en ”medikaliserer”, som Illich kalte det, selv om han hverken var avholdsmann eller helt uten sans for en god sigar.⁴⁴⁸ Mork var mer en epikureer. Blant annet røykte han – meget, som vi skal komme tilbake til, og forlot sjelden et lystig selskap tidlig. Det hjalp knapt på forholdet til den politiske ledelse at Statssekretæren både stod ham nær som ekspert på lungesykdommer og var streng i sitt syn på tobakkens rolle i samfunnet. Bjartveit bekrefter da også at forholdet dem i mellom var preget av avstand fra det øyeblikk han overtok Morks statssekretærkontor.⁴⁴⁹

Like før møtet skulle finne sted uttalte statssekretær ved Statsministerens kontor, Per Høybråten, i et intervju med Kristelig Folkepartis avis, Folkets Framtid, at Regjeringen nå vurderte Helsedirektoratets status og rolle. Høybråten sa blant annet at etter hans syn burde Sosialdepartementet omorganiseres, ”hvor helsedirektørens stilling som ekspedisjonssjef og fagdirektør omgjøres fordi denne i dag skaper uklare forhold.” Han fortsatte:

En mulig løsning er å delegere oppgaver ut til fylkeslegenes kontorer. Det finnes i dag mange oppgaver som ikke behøver å være i sentral-administrasjonen. Dermed kan Helsedirektoratet bli frigjort.

Det som blir igjen bør foregå innen selve Sosialdepartementet, hvor det kan organiseres en egen helseavdeling.⁴⁵⁰

Verdens Gang slo opp intervjuet lørdag den 20. januar. Møtet begynte formelt dagen etter, og intervjuet med Høybråten slo ned som en bombe. Bjartveit kom til Røros søndag, mens Statsråden kom med nattoget. Han fikk ringt henne og informert om intervjuet. Da hun ankom Røros midt på natten, satte hun seg ned og skrev om sitt åpningsforedrag.

448) I 1967 var Evang, og hele Bjartveit-utvalget (røykeutvalget), invitert til American Cancer Society's 1st World Conference on Smoking and Health. Nordmennene var innlosjert på Waldorf Astoria Hotell. En aften inviterte Evang alle de andre nordmenn opp på sitt rom. Deltagerne hadde nok ventet å bli tilbudt en drink, men i stedet bød Helsedirektøren på cigarillos. Det gjorde han ofte ved slike anledninger. (Opplysninger gitt av Kjell Bjartveit, i e-brev 24.7.2009.)

449) Opplysning gitt av Bjartveit i samtale 7.11.2008.

450) Her sitert etter Verdens Gang 20.1.1973, s. 6.

Da møtet formelt startet mandag den 22. januar ønsket Helsedirektøren velkommen og sa så, til merkelig forbauselse, at etter Høybråtens uttalelser kunne han ikke holde det foredrag han hadde planlagt. Statsråden holdt så sin innledning. Hun så utover forsamlingen og sa: ”De trur kan hende at eg kjem med ein brannfakkell. Nei, her trengst eit brannsløkkjingsapparat!”. Statsråden måtte distansere seg fra statssekretær Høybråtens uttalelser, uttalelser han kom med uten på forhånd å ha orientert Sosialministeren eller noen av hennes medarbeidere. Fjose og hennes statssekretær var opptatt av å få et godt forhold til Helsedirektøren, men med sitt utspill hadde Høybråten gjort det vanskeligere.

Statsråd Fjoses foredrag ble meget godt mottatt, men forsamlingen følte seg ille til mote over måten møtet var startet på. Stadsfysikus Mellbye tok da ordet og snakket pent til Statsråden og forsikret om fylkeslegenes lojalitet til Helsedirektøren. ”Takk, Fredrik!”, sa Mork og møtet kunne fortsette under en merkbart bedre atmosfære.⁴⁵¹

Bergfrid Fjose kom forøvrig, som vi skal se, til å få et godt forhold til Helsedirektøren, og Helsedirektøren til henne.

Utspillet fra Høybråten passet egentlig Mork bra. Hans reaksjon tydet nok ikke på det – han ble ganske vred – men ofte er det slik i politikken at funksjonen kan bli en annen enn intensjonen. Da Høybråten, litt høyttenkende – spørsmålet var jo ikke utredet, ei heller drøftet med Sosialministeren – kom med sitt utspill, hadde hverken Sosialministeren eller opposisjonen noe valg. De måtte punkttere Statssekretærens forslag. Det hadde altfor mange sider til at det var mulig for Statsråden å akseptere det ”over bordet”. Hadde hun gjort det, ville det umiddelbart ha lammet Direktoratet. En statsråd i en så mindretallspreget mindretallsregjering kunne ikke leke med ilden på den måten. At også Arbeiderpartiet umiddelbart tok, ja, måtte ta, avstand fra forslaget, bidro til presset på Bergfrid Fjose. Lederen av Sosialkomiteen på Stortinget, Arbeiderpartiets Sonja Ludvigsen (1928-1974), uttalte at hun syntes det var ”nokså dristig av en regjering som bare har vel 30 representanter bak seg i Stortinget, å lansere et forslag av denne karakter..”⁴⁵² Hun fant det underlig at et nedleggelsesforslag ble lansert like etter at en ny helsedirektør var ansatt og mente at en så omfattende omordning av helseforvaltningen som den Høybråtens utspill innebar, først burde forelegges Stortinget.

Med sitt utspill bidro altså Høybråten til å binde så vel mellompartiene som Arbeiderpartiet til å gi den etter hvert aldersstegne ordningen av helseforvaltningen ytterligere år. Men tanker å la dem Høybråten luftet kom jo ikke tilfeldig, og måtte komme opp igjen. Som vi har sett plasserte Høybråten seg bare på den ene side i den historiske diskusjon om forholdet mellom medisinsk kyndighet og juridisk og politisk myndighet, nemlig på den *annen*

451) Denne fremstillingen baserer seg på opplysninger fra Kjell Bjartveit (samtale 7.11.2008, e-brev 24.7.2009).

Vi har snakket med andre som deltok på møtet, men de kan ikke huske hva som skjedde.

452) Verdens Gang 20.1.1973, s. 6.

side. Hans utspill bidro imidlertid til å skyve organisasjonsspørsmålet litt ut i tid. Formelt kom det opp igjen fire år senere, da en borgerlig fraksjon i Stortingets sosialkomité i budsjettinnstillingen høsten 1977 uttalte "at det må vurderes hvorvidt Helsedirektoratet fortsatt bør organiseres som en departementsavdeling, eller om det bør skilles ut og få status på linje med andre direktorater".

Den uro som hadde utviklet seg også i Arbeiderpartiet over den medikratiske ordningen av helseforvaltningen, og som var blitt utfordret av Modalslikomteens f.ertall (1970), ble ikke mindre etter at Evang var gått av. Morks "evangske" stil som helsedirektør bidro snart også til å forsterke uroen i partiet over den "gamle" ordningen. Men utspill som det Høybråten kom med i 1973, og det den borgerlige komitefraksjonen, med Høybråten som møtende vararepresentant, kom med i 1977,⁴⁵³ "tvang" Arbeiderpartiet og dets regjering til å avvise reformkravene. Sonja Ludvigsen ble sosialminister i Brattelis annen regjering (1973), men hadde allerede med sin uttalelse et drøyt halvår senere bundet seg til den "evangske mast". Hennes etterfølger (1974-1976), LO-mannen Tor Halvorsen (1930-1087), var ikke overvettets opptatt av helsepolitikk, og enda mindre av helseforvaltningspolitikk. Da fraksjonsutspillet kom var nok en LO-person sosialminister, nemlig Ruth Ryste (1976-1979) (f. 1932). Hun var den av Arbeiderpartiets sosialministre Mork fikk det beste forholdet til. Hun ringte ham stadig og fulgte ham nærmest i ett og alt. Hun kunne derfor i den neste statsbudsjettproposisjon, uten overvinnelse, få inn denne klare, om ikke elegante, replikk til direktoratskritikerne:

Når det spesielt gjelder Helsedirektoratets organisasjonsmessige stilling og dets plassering i departementsstrukturen, har Sosialdepartementet etter nøye vurdering ikke funnet grunn til å foreta prinsipielle endringer i departementets organisasjon, og at det for tiden heller ikke er aktuelt å gi Helsedirektoratet status på linje med andre direktorater, slik som nevnt av en fraksjon i Sosialkomiteen.⁴⁵⁴

Helsedirektøren bet seg selvsagt merke i disse ordene og kommenterte dem senere samme høst slik: "Her har Regjeringen etter mitt syn trukket en riktig konklusjon ut fra de historiske erfaringer".⁴⁵⁵

Et medikrati på defensiven

Den evangske orden brøt med det tradisjonelt forvaltningsmessige. Heisstatusen Evang og Direktoratet hadde, kunne lett skape uklare ansvarsforhold. Det var både prinsipielt og praktisk vanskelig å skille mellom "politiske" og "faglige" saker; fagligheten gikk over i politikken "oppover" og tok utgangspunkt i politikken "nedover". Svært mange saker kom slik til å inneholde så vel faglige (medisinske) som politiske premisser. Det var heller ikke laget klare regler for hvem som skulle fatte beslutninger om

453) *Budsj.innst. S nr. 11 (1977-78)*, s. 6. SF 6a.II.

454) *St.prp. nr. 1*, kap. 600 og 3600 Sosialdepartementet, 09.0 Sosiale formål. Administrasjon, s. 2. SF 1a.

455) "Fra Collegium medicum til helsedirektorat", *op. cit.*, s. 24-25. Vi vil nedenfor komme nærmere tilbake til de stadige stortingsutspill om organiseringen av helseforvaltningen.

sakers kategorisering og hvordan denne eller disse skulle gjøre det. Som vi har sett var Helsedirektørens instruks svært vag. Evang ønsket jo også å beholde den slik og hadde i praksis avvist statsråd Aaslands pålegg om å få et forslag til en tydeligere instruks. Det tør også ha fremgått av det vi har skrevet at Evang så på seg selv som den skulle avgjøre hva som var politiske og hva som var faglige saker, og at han strakte fagligheten langt. Vi har nettopp sett at hans etterfølger fortsatte hans praksis; Helsedirektørens møte med fylkeslegene på Røros i januar 1973 ble således forstått som ”rent faglig”.

Det er derfor ikke underlig at de politiske ledere ofte, ja, stadig oftere, følte at Helsedirektøren gikk for langt, og at mange av dem fant hans dobbeltstatus problematisk. En del av statsrådene var selv litt uformelle og ikke så nøye med linjen – legmannspolitikere er ofte selv instinktivt ”heispersoner” – og det varierte derfor med hensyn til hvem som irriterte seg og hvem som ikke gjorde det. ”Ekte” embedsmenn er imidlertid ikke ”heispersoner”. De vil ha juridisk mest mulig klare ansvarsforhold. For Sosialdepartementets øverste embedsmenn var derfor Helsedirektørens (intendert) uklare status iallfall utilfredsstillende. Den gjorde jo også deres eget ansvar uklart. At ordningen vedvarte viste, også overfor det øvrige øverste forvaltningsmiljø, at de ikke fikk det helt til. De fremstod nesten som halvt ”kastrede” administrative departementssjefer. Etterhvert stod over halvparten av deres departements ansatte utenfor deres kommando. Departementsrådene i Evangs tid, Agnar Kringlebotten, og, fra 1962 (til 1973), Ottar Lund, fant seg i situasjonen. Den første var ti år eldre enn Evang, men han tiltrådte først, som Departementets første departementsråd, i 1955, allerede da 63 år gammel. Han var en sindig herre og lite innstilt på å ta opp noen kamp med Evang. Hans etterfølger, Ottar Lund, var tre år yngre enn Evang, men en ytterst forsiktig og vennlig, ja snill, herre. Han hadde vært ekspedisjonssjef i Trygdeavdelingen i Departementet fra 1955, og kjente godt Evang og hans stil og posisjon og var aldri innstilt på å utfordre medisinalsjefen. Som sin forgjenger var han jurist.

I 1973 gikk Lund av og ble etterfulgt av Emil Vindsetmo (1916-1983). Vindsetmo var ingen typisk departementsembetsmann av bakgrunn. Han var cand. mag., med filologiske fag. Han hadde også, som statssekretær for statsminister Per Borten fra 1965 til 1969, politisk erfaring. Men som Kringlebotten og Lund ikke hadde utfordret Evang så ikke Vindsetmo ut til å skulle utfordre Mork. Han kom inn året etter Mork, og fremstod straks som en forsiktig herre. Ekspedisjonssjefene ”prøver” seg gjerne litt når det kommer en ny ”dep.råd”, særlig hvis de ikke kjenner ham. Det gjorde de overfor Vindsetmo og han svarte forsiktig og nesten defensivt. Vindsetmo så ikke ut til, hverken fysisk eller psykisk, å være en mann som skulle kunne utfordre hverken Evangs etterfølger, Mork, eller de andre ekspedisjonssjefer. Men ettersom han fikk satt seg inn i Departementets saker tok han mer og mer kommandoen og ble snart en sterk departementsråd. Han hadde ”lange følehorn”, var fink til å ”sno seg” og var en ”dyktig diplomat”. ”Han var en

mann av format”, sier en av hans ekspedisjonssjefer, og etterhvert stedfortreder, Jan Madsen i Planleggingsavdelingen.⁴⁵⁶

Det viste seg forholdsvis snart at Vindsetmo ikke var innstilt på å bøye av for Helsedirektøren. ”Vindsetmo var den modige av oss”, sier Jan Madsen. ”Jeg ville ikke ha spetakkel og var mer forsiktig”.⁴⁵⁷ Men Madsen fikk ”spetakkel” han også, og ble etter hvert mindre fryktsom. Forholdet mellom Departemetsråden og Ekspedisjonssjefen på den ene side og Helsedirektøren på den annen, ble, og forble, anspent.⁴⁵⁸

Begge ønsket de å oppheve Helsedirektørens heisstus. De ville gå tilbake til den gamle, eller forrige, ordning. De ville ha en helseavdeling som var sidestilt med de andre departementsavdelingene og med en ekspedisjonssjef som var underordnet Departemetsråden. I den grad der trengtes et fagdirektorat måtte dette flyttes helt ut av, men samtidig være underordnet, Departementet. Begge så de at den politiske støy utspill skapte, som f.eks. Høybråtens, gjorde en rask deling umulig. Men de så også at de hadde den ”lange utviklingen” på sin side. Helsedirektøren sloss i motbakke; de tvilte ikke på det.

De kunne endog, som vi allerede har gjort, konstatere at fagutviklingen på primærhelsevesensnivå gav dem ammunisjon: Hvis helse- og sosialomsorgen skulle integreres på tjenesteytende nivå fordret det at den også ble det på nasjonalt nivå, altså at der kom en ”normal” helseavdeling i Departementet. For Departementets embedshierarki torde det dog være viktigere at de nå så for seg hvordan helsevesenets økonomiske alenegang kunne se ut til å gå mot slutten. Evangs vellykkede forsøk på å få ”automatisert” finansieringen også av sykehusvesenet gikk nå åpenbart mot sin raske slutt: Den finansieringsordning Sykehusloven av 1969 representerte, skapte, som vi har sett, en utgiftsvekst som ikke var ”bærekraftig”. De første oljeprissjokkene, høsten 1973, bare understreket den automatiske finansierings ”umulighet”. Men med en ny, og enda tydeligere, ordning med bevilgningsfinansiering, måtte sykehusvesenet inn i den ikke-skjermede politiske prioriteringsprosess. Som det så ut til på den primære helsevesensside ville der også her snart komme en ordning med ”ovenfra-finansiering”. Slik ville kanskje hele helsevesenet, eller hele klinikken, bli trukket inn i den almene prioriteringsdiskusjon og i viktige henseender bli ”underlagt” Finansdepartementet.

Innad i Direktoratet skjedde det også mye som gikk medikratiet og medikratene imot. En ting var selvsagt at ”Den gamle” var gått fra borde. Det måtte ta tid før den nye fikk etablert seg og bygget opp sin autoritet. Men ikke bare var Den gamle gått av (1972). Sammen med ham gikk (snart) også resten av ”de gamle”. Mellbye sa opp like før Evang gikk av. Galtung fulgte etter samme år. Terje Due Strand, riktignok bare en av ”de halvgamle”, gikk

456) Samtale med Jan Madsen, 20.11.2008.

457) Jan Madsens uttalelse, i samtale 20.11.2008.

458) Madsen hadde en måte å være ”implisitt” ironisk på som ikke alle forstod. Mork kunne også bruke ironi, men var mer eksplisitt. Kombinasjonen av voksende saklig uenighet og denne forskjell i personlig stil gjorde at de to snart fikk et anstrengt forhold til hverandre, forteller flere, blant annet en av hans medarbeidere fra 1972, Andreas Disen (samtale 26.8.2009).

også snart, i 1974, omenn i frustrasjon over en ”forbigåelse”. Bare Bjørnsson ble igjen, i fem år. Mork måtte altså bygge opp et nytt ”personmedikrati”.

Han klarte ikke det. Tiden var preget av mer mobilitet. Folk ble ikke sittende som før. Hverken Mork eller Direktoratet hadde heller den autoritet og status innad i medisinen som Evang og hans direktorat hadde hatt. Det så imidlertid i starten lovende ut. Det gjorde det fordi Evang ”hjalp” Mork. Evang ”gav” Mork det neste legehierarkiet. I tillegg ”gav” han Mork den som gjennom hele hans tid nesten hadde holdt Direktoratet sammen i det daglige, medisinalråd Bjørnsson. Bjørnsson skulle som sagt ennå sitte fem år.



Otto W. Steinfeldt-Foss, satt som Statens overlege for psykiatri, og sjef for Kontoret for psykiatri fra 1973 til 1980. Han var, blant annet gjennom sin medvirkning til ”nr. 9”, med på å definere premissene for det psykiatriske helsevesens videre utvikling. Her er han avbildet ved sitt skrivebord i Helsedirektoratet i oktober 1978. Foto: VG / SCANPIX.

Alle Morks nye overleger var ansatt under Evang, om enn ikke alle ennå i overlegestillinger. De hadde imidlertid alle relevant erfaring og kunne ta kommando i sine respektive kontorer. Samtidig var de så vidt unge, stort sett på Morks alder eller enda yngre, at de i noen grad kunne ”formes” av den nye medisinalsjefen. Hvem var de? Vi har nevnt dem før: -De var epidemiologen og rasjonaliseringsmannen Sverre Harvei, som satt i Sykehuskontoret (1970), psykiateren Otto W. Steinfeldt-Foss (f. 1931) som overtok Kontoret for psykiatri (1972/73) etter Lohne-Knudsen, samfunnsmedisineren Tor Ødegaard, som etterfulgte Galtung i Kontoret for sosialmedisin (1972), den engasjerte og svært bredt orienterte Aud Blegen Svindland (f. 1928) som ble

sjef i Hygienekontoret (1972)⁴⁵⁹ etter Mellbye og den tidligere distriktslegen Øivin Aarf ot som etterfulgte Due Strand i Legekantoret (1973).

I tillegg kom altså ”over-overlegen”, Jon Bjørnsson – som den som først og fremst skulle binde sammen fortid og fremtid. Etter at Bjørnsson fikk døyvet skuffelsen over ”forbigåelsen” i juni 1972, og det skjedde raskt, fortsatte han der han hadde sluppet da Evang gikk. Han ble, som vi har nevnt, like lojal og pliktoppfyllende overfor Mork som han hadde vært overfor Evang.

Mork ”fikk” ikke bare sine nye legeledere av Evang. Han fikk også de øvrige øverste ledere fra Evang. Ja, han overtok Evangs egne ledere. Det gjaldt Knut Munch-Søegaard, Direktoratets ekspedisjonssjef, Bjørn Jøldal Apotekerkontorets sjef, Per Bærum, Tannlegekontorets sjef og Reidar S. Bang, Økonomi- og personalkontorets sjef. Disse skulle han også få beholde; ja, de satt der stadig da han døde høsten 1992. Spesielt viktig var det at Munch-Søegaard ble værende. Han fylte i noen henseender Bjørnssons rolle, men bidro ellers til å gi Mork juridisk trygghet. Jøldal ble også viktig for Mork både faglig – Mork interesserte seg meget for legemiddelspørsmål – og personlig. Men at de ikkemedisinske ledere slik ble så viktige for Mork understreker hans problemer med å få bygget opp en tung legeledelse. Vi bør forøvrig føye til at Evang også furnerte Mork med de fleste av hans byråsjefer, 10 av 12.

Det skulle ikke gå som det ”kunne” ha gått for Mork. Evangs legeledere forsvant altfor fort, og da Bjørnsson ”falt” for aldersgrensen i 1977 var den medisinske fortiden langt på vei borte og en ny, gjennomtrekkspreget tid tok til. 1970-årene er tiden for ”gjennomtrekkens” gjennombrudd overalt i samfunnet. Gjennomtrekken var et av mange uttrykk for det supermodernes gjennombrudd. Helsedirektoratet ble ingen unntagelse, spesielt ikke på den medisinske side.

Tre av Morks overleger forsvant nokså tidlig: Harvei gikk allerede i 1973, Svindland i 1978 og Steinfeldt-Foss i 1980. Ødegaard og Aarf ot ble værende lenger; den første til 1986, den annen til han døde i 1989. Aarf ot gikk dog over i Hygienekontoret fra 1979, altså som Svindlands etterfølger. Harvei ble etterfulgt av kreftforskeren med meget mere, Jo Eirik Asvall (f. 1931). Asvall var også en av dem som var blitt formet under Evang. Da Aarf ot forlot Legekantoret overtok primærlegen Hans Ånstad (f. 1932) det (fra 1978), som den første ”post-Evang(el)ist”. Men ingen av disse skulle bli sittende lenge. Asvall forsvant i 1977 til WHO i København. Hans etterfølger fra 1978, den tidligere distriktslege, Ole B. Hovind (f. 1941), var også en ”ny”

459) Aud Blegen Svindland var én av tre ansøkere til ”Mellbyes” embede. De to andre var Terje Due Strand, legevesenoverlegen, og Kjell Bjartveit, Skjermbilledfotograferings overlege. Evang innstilte Due Strand. Han står, skrev Evang, ”i en særstilling idet han allerede fra 1961 har vært overlege i Helsedirektoratet, Legekantoret”. Evang henviser videre til Due Strand er ”den eneste av søkerne som har skaffet seg grundig kjennskap til norske forhold på helsevesenets område på alle plan”. Han ”ligger etter helsedirektørens mening klart foran de to andre søkere når det gjelder faglige kvalifikasjoner”. Evang nevner også at Due Strand har vist at han har ”usedvanlig gode administrative evner”, ”har meget stor arbeidskraft, har lett for å sette seg inn i saksområder og har en utpreget plikt- og lojalitetsfølelse”. Evang innstilte de to andre ansøkere på delt annenplass. At Departementet allikevel valgte Svindland viser at Evangs innflytelse nå var dalende. Med den tydelige radikale politiske profil Svindland hadde, er det ikke unaturlig å tro at ”politiske” hensyn har spilt en rolle for Departementet. Departementet kan i så henseende meget vel ha vært statssekretær Torbjørn Mork. (Innstillingen finnes i statsrådsak nr. 160, 28.4.1972; boksen for ansettelse 1972 i Helsetilsynets fjernarkiv.)

mann. Begge disse, de to første Mork selv kunne forme, kan man si, ble typiske for den nye tid. De ble ikke sittende særlig lenge. Ånstad gikk allerede i 1983 og var dessuten en periode fristilt for å arbeide med den kommende lov om det kommunale helsevesen. Da han gikk var for øvrig hans forhold til Mork blitt anstrengt; de så ulikt på den kommende loven. Hovind ble sittende til 1986, dog med noen permisjoner.

Mork ”mislyktes” med ”sine” to første leger, Hovind – en mann som stod til høyre politisk, og Ånstad, en mann som stod til venstre. Da Bjørnsson gikk i 1977 fikk han en ny, ekstra viktig anledning, til å bygge opp sin egen legeledelse. Han fikk, mer enn valgte (som vi skal se) fylkeslegen Egil Willumsen (f. 1929), en mann som først og fremst hadde bakgrunn fra det offentlige legevesen, men også hadde en MPH-grad fra University of Minnesota (1971). Han hadde ikke erfaring fra Direktoratet og skulle slett ikke bli noen ny Bjørnsson. Han sluttet som medisinalråd i 1985 og ble fylkeslege igjen (i Rogaland). Mork ”bommet” slik, kan man si, med de tre første viktige legeansettelser. Da bør det dog sies at i Willumsens tilfelle fikk han ikke sitt formelle førstevalg. I den grad Mork spilte en rolle ved utnevnelsen av Aud Blegen Svindland i 1972, ”bommet” han også allerede før han tiltrådte embedet som helsedirektør.

At legene stadig forsvant, mens de andre lederne i større grad ble, bidro til å forstyrre den gamle maktbalanse i Direktoratet. Legene ble svekket, de andre ble styrket. Spesielt viktig var det at Mork ikke fikk noen ny sterk medisinalråd, mens Munch-Søegaard ble værende. Munch-Søegaard var ytterst lojal overfor Mork, men han så samtidig det juridisk problematiske i Direktoratets medikratiske oppbygning og dobbeltrolle.

Vi skal føye til at denne svekkelse av Direktoratets legeledelse i første del av Morks regjeringstid ble forsterket av det som skjedde på lavere nivåer i Direktoratet: Det ble vanskelig å rekruttere og å holde på lege(konsulente)r. Det var åtte legekonsulenter i 1972 og 1973. I 1974 var det seks (én av dem hadde tjenestefri), i 1975 fire, i 1976 fire, i 1977 to, i 1978 fem, i 1979 seks og i 1980 fire. Siden (1981-83) var det ingen legekonsulenter i Direktoratet. Variasjonene reflekterer både gjennomtrekken og rekrutteringsproblemene. Fra 1972 til 1980 satt legekonsulentene gjennomsnittlig i knapt to år. Ialt var det 50 leger innom Direktoratet som konsulenter i denne perioden. Av disse avanserte bare syv til høyere stillinger i Direktoratet. Fallet i medisinske saksbehandlere gjorde for øvrig at legeandelen av de ansatte på konsulentnivå og over var sunket til 15 prosent senhøstes 1982; en nedgang på ca. 38 prosent fra normalnivået i Evangs tid.⁴⁶⁰ Vi skal komme tilbake til det.

460) Vi har tatt utgangspunkt i dem som faktisk var aktive på tellingstidspunktet (1.12.), nemlig 93 personer. 10 hadde tjenestefri, men legeandelen påvirkes knapt av at vi tar disse med. Som vi skal komme tilbake til, tar vi for 1982 bare med ansatte på konsulentnivå og høyere: Etter 1975 gir Norges statskalender, vår kilde, bare opplysninger etter dette mønster. Det skyldes blant annet plasshensyn, men reflekterer også det forhold at førstesekretærstillingen var iferd med å bli en mer kontorteknisk stilling. I 1982 var der ca. 10 slike stillinger i Direktoratet. Det skal legges til at der var en del andre stillinger som lønnsmessig var plassert på konsulentnivå og endog høyere, som bibliotekleder, bibliotekar og skriveleder, tilsammen tre.

Utviklingen gav seg snart utslag i en viss uro i Direktoratet. De etterhvert nokså uerfarne legelederne fikk ikke den autoritet de gamle hadde hatt over ”de andre”. ”De andre” begynte å irritere seg over at unge legekonsulenter raskt kunne rykke opp og forbi dem og over at leger uten forvaltnings-erfaring gikk rett inn i overordnede stillinger. De begynte også å stille spørsmål ved øremerkingen av så mange stillinger for leger og ved de privilegier legene forøvrig hadde, som adgangen til privat praksis en dag (seks timer) i uken.

Det var bestemt blitt en ny ”tid” og en ny atmosfære. Det evangiske direktorat, der det var full medikratiske kontroll, nesten til det siste, ble raskt noe underlig fjernt. Det som nå kom til å skje organisatorisk må sees også mot denne bakgrunn.

Mot en deling av den sentrale helseforvaltning

Den organisatoriske utvikling skjedde ikke alene som en følge av de forhold vi nettopp har redegjort for. De skjedde parallelt med den. Det var tale om en dynamisk, gjensidig påvirkning.

Som vi har sett fant f ertallet i Modalsli-utvalget (innstilling 1970) at Helsedirektoratets dobbelstilling gav uklare ansvarsforhold og vanskelig-gjorde koordineringen mellom Direktoratet og resten av Departementet. Begge forhold skulle bli utgangspunktet for stadige initiativ til å se på helseforvaltningens ordning. Initiativene var gjennom 1970-årene forsiktige. Det skyldes, som vi har nevnt, i noen grad at politiske utspill gjorde at Arbeiderpartiet, som satt med makten fra høsten 1973 til høsten 1981, ”låste seg” til den gamle ordning. Men også andre forhold spilte inn, som Helsedirektørens tydelige holdning og det forhold at sosialministrene var opptatt av andre saker og ikke var særlig interessert i forvaltningsspørsmål. Arbeiderpartiets første sosialminister, Sonja Ludvigsen, fikk, som forgjengeren Bergfrid Fjose, et så godt forhold til Mork at organisasjonsspørsmålet ikke fremstod som fristende å gripe fatt i. Ludvigsens etterfølger, LO-mannen Tor Halvorsen, tok bare noe nølende over Sosialdepartementet. Han følte seg ikke beføyet til å gå inn i ordningsspørsmålene; han var mer opptatt av politikken i stort. Halvorsens etterfølger fra 1977, Ruth Ryste, ble snart svært avhengig av Mork og kunne ikke sette igang en prosess han var skeptisk til.

Situasjonen ble en litt annen da Ryste i 1979 ble etterfulgt av jernbanemannen Arne Nilsen (f. 1924). Med ham fulgte også, skjønt først i 1980, en statssekretær som skulle bli viktig, Helen Bøsterud (f. 1940). Nilsen hørte nok i større grad enn forgjengerne på Departementsråden og hans folk i ordningsspørsmålene og fikk slik litt mer distanse til Mork. Det bidro til å skape distanse at Mork ei var noen ivrig samarbeidsmann når det gjaldt utformingen av proposisjonen om primærhelsevesenet. Men også Nilsen følte seg bundet av at Arbeiderpartiet var blitt ”dyttet” inn i en støtte til den evangiske ordning, en ordning som snart også ble morksk, av helseforvaltningen. Han kom aldri til å utfordre Mork, og hadde for så vidt ikke noe ønske om å gjøre

det heller. Arbeiderpartiregjeringene ”tro vannet” fra 1973 til 1981. Det kirurgiske inngrep ble gjort i forbindelse med maktskiftet etter valget 1981.

Men utviklingen gikk, som sagt, mer gradvis enn det kunne se ut til. Skritt for skritt ble Mork og det han stod for presset over på defensiven. Det skjedde åpenbart lenge uten at han tydelig fornemmet det, og uten at det var en politisk intensjon fra arbeiderpartiregjeringene Bratteli, Nordli og tildels Brundtland (I). Mork har antagelig trodd at han hadde mer kontroll enn han faktisk hadde.

Kanskje det viktigste direkte utgangspunkt for det som nå skulle skje, var den tiltagende bekymring for omkostningsutviklingen. Som vi har nevnt skapte ikke minst Sykehuslovens finansieringsordning en sterk omkostningsvekst. Nå stod man overfor en radikal omordning av primærhelsetjenesten. Det var all grunn til å tro at også den, iallfall i første omgang, ville bli kostbar. Utgiftsbekymringen gav seg konkret utslag i at opptrappingen av den statlige refusjon til sykehusene ble utsatt, men også i at effektivisering nå for alvor ble et av de sentrale stikkord i helsepolitikken, spesielt i sykehuspolitikken. I regjeringen Korvalds ”svanesang”, statsbudsjettforslaget for 1974, nevnes det at i den ”landsplan” for sykehusutbyggingen Departementet nå arbeidet med, ville det bli lagt særlig vekt på å sikre ”en mest mulig rasjonell utnyttelse av ressursene..”⁴⁶¹

Mer alment lanseres det et slags program for effektivisering, under overskriften ”Rasjonaliseringstiltak”. Det heter her blant annet at ”økonomi- og personalsektoren i Helsedirektoratet er omorganisert og utvidet. Det er etablert en overordnet sjefstilling..” Dette tiltak er viktig nok. Det innebærer at økonomipremisser får en viktigere rolle i den helsepolitiske planlegging. Dette tiltak settes imidlertid ikke inn i en videre organisatorisk sammenheng. Det er som om Statsrådets avvisning av organisatoriske reformer i januar (1973) er tatt til følge. Samtidig er nok også det som her skrives skrevet i Helsedirektoratet, og der var det ingen ønsker om en dypere omordning. Men ved å legge slik vekt på effektivisering gir Departementet dem som ønsker mer, et utgangspunkt for å foreslå mer.

Det gjorde også, om enn bare som en oppfordring, Stortingets sosialkomite. I sine kommentarer til budsjettforslaget konstaterte komiteen, enstemmig, at ”økonomi- og personalsektoren” var ”omorganisert og utvidet”, og fortsatte:

Komiteen antar at en styrking av disse funksjoner er nødvendig sett i relasjon til de oppgaver som tilligger sektoren, men vil bemerke at det må være riktig å vurdere om ikke departementet burde få en felles økonomi- og personalavdeling etter at Helsedirektoratet og resten av departementet er plassert i umiddelbar nærhet til hverandre.⁴⁶²

Her går Komiteen mer inn på den utøvende makts kompetanseområde enn vanlig er. Forslaget kan samtidig sees på som et forslag som peker mot en

461) St.prp. nr. 1, 1973-74, Sosialdepartementet, s. VIII.

462) Budsjettinnstilling S. nr. 11, 1973-74, SF 6a. II, s. 11.

integrasjon av Direktoratet, eller en del av det, i Departementet. Og selv om det ”bare” er de økonomisk-administrative funksjoner Komiteen vil integrere, innebærer forslaget at Helsedirektoratet og Helsedirektøren i stadig viktigere henseender vil bli underordnet Departementsråden.

Det er utvilsomt komiteformannen som står bak forslaget. Han var ordfører for det aktuelle kapittel i budsjettet (kap. 600 Sosialdepartementet). Mannen var Kåre Kristiansen, den tidligere statssekretæren for Aarvik, og, sammen med Per Høybråten, Helsedirektøren og Helsedirektoratets fremste oppasser og kritiker. Selv om statsråd Fjose hadde avvist større organisatoriske endringer i januar, kan regjeringsskiftet etter valget høsten 1973 ha gjort det lettere for Kristiansen å komme med dette forslaget. At det var den forrige regjering som stod for budsjettet kan ha gjort det enkelt for de sosialistiske komiterepresentanter å støtte det. For den ”uerfarne” kan imidlertid også forslaget ha virket nokså ”uskyldig”. Blant de åtte sosialister i Komiteen var det ingen egentlig politisk ”tunge” representanter, personer med statsrådserfaring eller partilederverv. Bare én av dem hadde sittet i denne komiteen før, Roald Bye (Ap) (1928-2003).⁴⁶³

Sosialkomiteens 1973-forslag ble forbigått i ”stillhet” av Regjeringen i budsjettproposisjonen for 1975 (presentert høsten 1974). I stedet for omtales, ganske utførlig, de omfattende effektiviseringstiltak Sosialdepartementet har satt i gang innen helsevesenet, og illustrerer slik igjen hvordan effektiviseringspolitikken slår igjennom i helsevesenet i 1970-årene. Om helseforvaltningen sies det bare at ”Rasjonaliseringsdirektoratet vil i løpet av høsten 1974 gjennomgå deler av Helsedirektoratet med sikte på eventuell igangsetting av effektiviseringsarbeid, spesielt på det kontortekniske område”.⁴⁶⁴ Men Sosialkomiteen, det vil igjen si Kåre Kristiansen, var ikke tilfreds med bare dette. I sin budsjettinnstilling henviser Komiteen til sin uttalelse fra året før og føyer, belærende, til: ”Komiteen viser til dette”. Kristiansen fikk hele komiteen med på dette ”stikket” til Departementet.

Politiseringen av ordningsspørsmålet og en rasjonaliseringsundersøkelse og en samordningsutredning som nølende svar

Det var Helsedirektøren som, på grunn av den almene opptatthet av rasjonalisering på den tiden, på grunn av den uro som gjorde seg gjeldende i Direktoratet og på grunn av påtrykket fra Stortinget, høsten 1974 hadde bedt Rasjonaliseringsdirektoratet om å sette i gang denne gjennomgåelsen.⁴⁶⁵ Den foreløpige gjennomgåelse ble foretatt i tre kontorer, Legekontoret, Psykiatrikontoret og Økonomi- og personalkontoret. Rasjonaliseringsdirektoratet konkluderte med at det var behov for å gjøre noe med samordningsspørsmålene i Helsedirektoratet. Det uttalte seg ikke stramt og

463) Fra Arbeiderpartiet satt, foruten Bye, Astrid Murberg Martinsen (nestleder), Edvard Edvardsen, Gunnar Hvasovd, Thor Lund og Haldis Havrøy, og for Sosialistisk Valgforbund Tor Henriksen og Ola Langset. Fra de borgerlige partier satt, foruten Kristiansen, Jo Benkow (H) – komiteens andre prominente medlem, Sigrid Utkilen (H), Torgeir Andersen (H), Johannes Gilleberg (Sp), Aslaug Fadum (Sp) og Åge Ramberg (Kr. F.).

464) *St.prp. nr. 1, 1974-75*, Sosialdepartementet, s. XIX.

465) Det ble, den 13. juni 1974, avholdt et ”kontaktmøte” mellom Helsedirektøren og Rasjonaliseringsdirektoratet om en mulig organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet. R-direktoratet fikk gjennom brev av 24. oktober samme år i oppdrag å foreta den foreløpige organisasjonsundersøkelse av Legekontoret, Økonomi- og personalkontoret og Kontoret for psykiatri.

prinsipielt, men et både stramt og prinsipielt budskap lar seg lese ut av dets første gjennomgåelse:

Helsedirektoratet var et fragmentert Direktorat i et fragmentert helsevesen. Direktoratet var en løs koalisjon av kontorer som, nokså selvstendig, styrte hver sine sektorer. Det eneste integrerende, eller tverrgående, kontor, Økonomi- og personalkontoret, ble nå styrket, men det hadde ikke tilstrekkelig autoritet overfor helsefagkontorene til å kunne spille en helsefaglig og alment integrerende rolle. Direktoratets øverste ledelse, den annen, og selvsagt primære, integrerende kraft, hadde nå, mente rasjonaliseringsfolkene, fått for stort kontrollspenn. Den fungerte dessuten for ”gammeldags”. Den var første, men særlig siste, instans i den lange (enkelt)saksbehandlingsprosessen. I stor grad fungerte den derfor også ”serielt”: sakene kom til Ekspedisjonssjefen, gikk så til Medisinalråden og endelig til Helsedirektøren. Lederne, ikke ledelsen, kom slik til å virke som f askehalser. Druknet i enkeltsaker ble de (nesten) satt ut av stand til å handle ”parallelt” (som lag) og strategisk.

Gitt de ambisjoner Departementet nå hadde om å samordne særlig helse- og sosialvesenet, kan man si Rasjonaliseringsdirektoratets første gjennomgåelse også hadde implikasjoner som pekte mot å oppheve Helsedirektoratets relative autonomi. Denne autonomi var en del av den fragmentering man så ute i helse- og sosial-Norge.

Når Helsedirektoratet og Sosialdepartementet så, og nå med Sosialkomiteens støtte, lot Rasjonaliseringsdirektoratet få sette igang en almen organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet, så var det ikke så ”uskyldig” som de to førstnevnte instanser kanskje trodde.⁴⁶⁶ Det var uttrykk for at den prosess som førte frem til 1983 for alvor var satt i gang.

I budsjettproposisjonen for 1976, fremlagt høsten 1975, svarte endelig Departementet eksplisitt på Sosialkomiteens utspill om samordning fra 1973 og 1974. Departementet gav nå uttrykk for at en samordning av virksomheten i sosial-, trygde- og helseetatene fylkeskommunalt og lokalt forutsatte en samordning også på det sentraladministrative plan. Den påpasselige stortingskomiteen bemerker at det lenge har pågått ”utredningsarbeid om Sosialdepartementets organisasjon og saksområde” og nevner at den ”har fått opplyst at departementet nettopp har nedsatt et eget utvalg som skal ”utrede, vurdere og komme med forslag til en mest mulig integrert saksbehandling i Sosialdepartementet i alle viktigere helse-, sosial- og trygdespørsmål”. Komiteen legger til at den er tilfreds med at utvalget skal se på ”spørsmålet om en felles økonomi- og personellavdeling...., noe komiteen har tatt opp i to tidligere budsjettinnstillinger”. Komiteen har også merket seg at utvalget skal se på spørsmålet om en felles plan- og utredningsavdeling.⁴⁶⁷

466) Den endelige rapporten, *Rapport fra organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet*, ble lagt frem 1.6.1978 (Sosialdepartementet).

467) Budsjett-innstill. S. nr. 11, 1975-76, SF 6a. II.

Igjen uttrykte komiteen seg irettesettende, uten at noen fra Arbeiderpartiet dissenterter. På ett vis er det påfallende. Komiteinnstillingen ble levert på et tidspunkt da formannen, Kåre Kristiansen, den som ”passet på” saken, hadde permisjon. Dertil kom at komiteen nå var ledet av nestformannen, Arbeiderpartiets Astrid Murberg Martinsen (1932-1991). Men hverken hun eller de andre, nokså anonyme, arbeiderpartirepresentantene var ”våkne”. Det var heller ikke fungerende komiteformann som formulerte uttalelsen om organisasjonsspørsmålene. Det var Kristiansens varamann, hans helsepolitisk ”medsammensvorner”, Per Høybråten. Det bør føyes til at når Statsråden ikke ”varslet” ”sine” komiteemedlemmer skyldes det nok at heller ikke han, Tor Halvorsen, eller hans statssekretær, Kjell Knudsen (f. 1931), var særlig opptatt av organisasjonsspørsmål.

Departementsråden, statsrådets nærmeste administrative rådgiver, og ei heller en arbeiderpartimann, hadde for øvrig knapt noe imot at Komiteen kom med de, en tid, ”årvisse” påminnelser. Han kunne jo endog bruke dem; han var på linje med Kåre Kristiansen og Per Høybråten i spørsmålet om helseforvaltningens organisering. Mens Komiteen arbeidet med budsjettet arbeidet han således med å få oppnevnt et utvalg til å ”utrede, vurdere og komme med forslag til en mest mulig integrert saksbehandling i Sosialdepartementet i alle viktigere helse-, sosial- og trygdespørsmål”, altså det utvalg Komiteen selv henviser til. Utvalget som Sosialdepartementet nedsatte fikk Forbruker- og administrasjonsdepartementets departementsråd, økonomen Bjørn Larsen (f. 1922), som formann og fikk ellers mange ”tunge” representanter: rasjonaliseringsdirektør Leif H. Skare, budsjettetsjef Per Haga, Finansdepartementet, medisinalråd Jon Bjørnsson og ekspedisjonssjef Hans Johnsen, Sosialdepartementet, samt to representanter for de ansatte, konsulent Rigmor L. Luhn og byråsjef Jo Flydal. Utvalget fikk byråsjef Gerd Coward Andersen, Helsedirektoratets økonomiseksjon og byråsjef Per Wahl, Sosialdepartementets personalkontor, som sekretærer. Utvalget ble formelt oppnevnt 26. november 1975. Komiteen ble informert om hva som var i gjerde. Komiteens innstilling forelå 19. november. Komiteen var tilfreds med oppnevningen av dette utvalget, men slappet ikke av på organisasjonstrykket på Departementet:

Komiteen er tilfreds med at utvalget blant annet skal utrede spørsmålet om en felles økonomi- og personellavdeling etter at Helsedirektoratet og resten av departementet er plassert i umiddelbar nærhet av hverandre, noe komiteen har tatt opp i tidligere budsjettinnstillinger.

Komiteen har merket seg at behovet for en felles plan- og utredningsavdeling også inngår i utvalgets mandat, og vil ellers understreke nødvendigheten av en hurtig avklaring av de her nevnte spørsmål.^{468 469}

468) *Budsjett-innstill. S. nr. 11, 1975-76, SF 6a. II, s. 8.* Også sitatet angående utvalgsoppnevningen (avsnittet foran) er tatt fra denne innstillingen.

469) Hensivningen til nærheten skyldes at Helsedirektoratet, etter å ha vært fordelt på flere steder noen år, var blitt samlet i den nye Regjeringsbygningen (høyblokken) i Akersgaten 42.

I budsjettproposisjonen for 1977, fremlagt høsten 1976, redegjør igjen Departementet utførlig for det omfattende effektiviseringsarbeidet som er i gang, ikke minst på helsesektoren, men kommenterer ikke Sosialkomiteens ”påminnelser” fra 1975. Komiteen, men igjen først og fremst dens formann, Kåre Kristiansen, føler seg derfor beføyet til igjen å sende en ”påminnelse” til Departementet. Nå er påminnelsen påheftet et nytt, og enda mer utfordrende initiativ. Etter fornøyd å ha konstateret at Larsen-utvalget, etter Komiteens ”anmodning i to tidligere innstillinger”, er oppnevnt og er i arbeid skriver Komiteen, altså dets leder, Kristiansen:

Komiteen vil be om at det også vurderes hvorvidt Helsedirektoratet fortsatt bør organiseres som en departementsavdeling, eller om det bør skilles ut og få en status på linje med andre direktorater.⁴⁷⁰

”Påheftelsen” var provoserende, for utvalget var nesten ferdig med sitt arbeid og det lå ikke i dets mandat å ta opp det spørsmål Kristiansen og komiteen reiste. I mandatet ble det endog, åpenbart ”styrt” av Helsedirektøren, uttrykkelig sagt at utvalget måtte legge til grunn at Helsedirektoratet skulle beholde egne seksjoner for budsjettutarbeidelse, økonomi- og personalforvaltning og planlegging. Men igjen hadde Kristiansen fått de ”sovende” arbeiderpartimedlemmene med på et ”stikk” til statsråden, og til Helsedirektøren.

Et ”puslete” samordningsinitiativ: Larsen-utvalget

Larsen-utvalget kom med sin innstilling den 23. november 1976, seks dager etter at Sosialkomiteen la frem sin budsjettinnstilling.⁴⁷¹ Innstillingen var, i tråd med mandatet, moderat. Utvalgets viktigste funksjon ble, historisk, å opprettholde og i noen grad forsterke oppmerksomheten om samordnings-spørsmålene. Utvalget pekte, forsiktig, på at Departementet manglet et administrativt samordnende ledd, men kom bare i beskjeden grad med forslag som kunne bøte på denne mangelen. Det måtte jo da ha foreslått å plassere Helsedirektøren under Departementsråden, altså gjøre ham til ekspedisjonssjef helt og fullt. Det hadde Departementets politiske ledelse i utgangspunktet nektet utvalget å foreslå. Utvalget polemiserer selvsagt ikke mot denne restriksjon, men dets almene argumentasjon peker altså, som tidsånden var, i samordnende retning. Det foreslår, men mer ”puslete”, å styrke samordningen styringsfunksjonelt på noen områder.

Det foreslår for det første å styrke den samordnende planlegging, og dermed også å styrke planleggingsoppgaven mer alment. Utvalget tar, mer filosofisk, til uttrykk for at planleggingsarbeidet ”i størst mulig utstrekning bør gjennom-syre hele departementsorganisasjonen”.⁴⁷² Man kan si at Utvalget slik, i tråd med den nye offentlige styring og ledelse som begynner å gjøre seg gjeldende, ser for seg et departement som er mer av et sentralisert endringsorgan og mindre av et segmentert forvaltningsorgan. Det passer inn i en slik for-

470) *Budsjett-innst. S. nr. 11, 1976-77, SF 6A. II, s. 7.*

471) Innstilling fra utvalget til å utrede og komme med forslag til en sterkere integrering av saksbehandling og administrasjon i Sosialdepartementet.

472) Larsen-utvalgets innstilling, *op.cit.*, s. 55.

tolkning at Utvalget tar til orde for øket bruk av ”linjeoppløsende” prosjektgrupper, men forsåvidt både for det formål å utvikle planer og å sette (endelig) ut i livet. Men Utvalget foreslår ikke å flytte ut og profesjonalisere planleggingsoppgavene helt. Departementets plan- og utredningsavdeling bør ikke gjøres til den helt almene planleggingsavdeling. Der bør, mener Utvalget, fortsatt være planleggingsenheter knyttet til Trygde- og Sosialavdelingene, og til Helsedirektoratet. Ja, Utvalget foreslår egentlig ikke engang at disse enheter formelt skal underlegges Planleggingsavdelingen. Hva det nokså ”uavhengige” Helsedirektoratet angår, foreslår heller ikke utvalget at Direktoratets planleggingskontor bør sentralisere planleggingen i Direktoratet. Utvalget konstaterer at særlig Sykehus- og Psykiatrikontorene også er aktive planleggingskontorer, og bør fortsette å være det.

Selv om Utvalget tenker i sentraliserende og profesjonaliserende retning omkring planlegging, er dets forslag således mer av pedagogisk-filosofisk enn praktisk-organisatorisk karakter. Det reflekterer det forhold at departementsforvaltningen ennå var svært preget av rettsstatstenkningen. Nyttestatens teori hva planlegging angikk var stadig mer en kommende enn en aktuell idé. Vi ser det også som et uttrykk for det når Utvalget vil formalisere den praksis som hadde etablert seg når det gjelder Planleggingsavdelingens status. Da Avdelingen ble opprettet 1. juli 1971 ble den plassert under statsråden, og altså utenfor Departementsrådets koordinerende ansvar. Det skal ha skjedd fordi Karl Evang insisterte på det.⁴⁷³ I praksis var Avdelingen kommet til å fungere på linje med de tre andre avdelingene, altså som underordnet Departementsråden. Forholdet er imidlertid, men det ser ikke Utvalget, at planleggingsoppgaven ikke er en linjeoppgave, men en overordnet stabsoppgave: Planleggingsavdelingen skulle vært plassert i *stab* enten til Statsråden og den politiske ledelse (den gamle ordning) eller til Departementsråden og den administrative ledelse (den nye ordning). Den, det vil formelt si ledelsen, skal gi de første premisser for alle andre avdelingers virke. Når det i praksis ikke var slik, skyldes det at denne, som så mange andre planleggingsavdelinger var, og tildels stadig er, mer ”filosofisk” orienterte avdelinger, og at storparten av den operative planlegging skjedde, og skjer, enten i de operative avdelinger eller i utvalg.

For det annet foreslår Larsen-utvalget å styrke samordningen, altså sentraliseringen, av pengestyringen. Skal det skje fullt ut bør altså styringen gjennom budsjetter og kontrollen med bruken av pengemidlene sentraliseres til Administrasjonsavdelingens budsjett- og økonomikontorer. Disse skulle da fungere ”på tvers” av de to linjepregede avdelinger, altså Sosial- og Trygdeavdelingene, uten at Utvalgets organisasjonskart gav inntrykk av det.

I 1967 var et utvalg, ledet av ekspedisjonssjef i Finansdepartementets finansavdeling Truls Glesne (1916-1971) oppnevnt for å komme med forslag til hvordan budsjetteringen kunne styrkes i Sosialdepartementet. Utvalget antydte at det burde opprettes en egen budsjettavdeling, men det skjedde

473) Det fremgår av en redegjørelse medisinalråd Jon Bjørnsson gav i Larsen-utvalgets møte den 10. mars 1976.

Kfr. møtereferatet, ved Per Wahl, (ingen arkivreferanse) s. 2-3.

ikke. Istedenfor ble Budsjett- og økonomikontoret i Administrasjonsavdelingen delt i 1975. Intet ble imidlertid gjort for å integrere Helsedirektoratets budsjett- og økonomiarbeid i Departementets. Larsen-utvalget foreslo å fortsette de budsjettmessige samordningsbestrebelse, men dets forslag var, som for planleggingen ”puslete”. Utvalget ville styrke Administrasjonsavdelingens budsjett- og økonomiroller, men holdt stadig Helsedirektoratet utenfor. Det foreslo bare å legge de felles budsjettsaker til den sentrale avdelingen, slikt som reiseutgifter, utgifter til kommisjoner og representasjon, kontorutgifter etc. Men for å markere Helsedirektoratets uavhengighet skulle det (stadig) være slik at Direktoratet da betalte Administrasjonsavdelingen for dets andeler av utgiftene. I virkeligheten skulle altså Direktoratet bare kjøpe de aktuelle tjenester fra Avdelingen.

For det tredje foreslår Utvalget at (mye av) den indre personalforvaltning sentraliseres og legges til Administrasjonsavdelingen, men at Helsedirektoratet får beholde sin eksterne personalforvaltning. Det er således i første rekke hva angår denne, ”tverrgående”, oppgaven at Utvalget foreslår en mer offensiv integrering. Det gjør det imidlertid nølende; mange praktiske problemer, blant annet knyttet til øremerking av stillinger og fysiske avstander, nevnes.

I det alt vesentlige leverer det ”tungt” sammensatte Larsen-utvalget få og beskjedne integreringsforslag, selv om det leverer hele 119 sider. I all hovedsak foreslår Utvalget at Sosialdepartementet bør få bestå som to departementer med felles politisk ledelse. Man kan si at dets mandat ikke gjorde noe annet mulig. På den annen side preges Utvalget av mindre moderniseringsiver og moderniseringstrykk enn Rasjonaliseringsdirektoratets utredere.

Det er ellers interessant å notere at Utvalget i enkelte partier av innstillingen nærmest preges av ærefrykt for Helsedirektoratet. Utvalget konstaterer at Direktoratet ikke bare utgjør halve Departementet og vel så det, men også at det preges av en helt annen form for tung faglighet enn de to andre avdelinger, og særlig Sosialavdelingen. Direktoratet arbeider på vitenskapelige premisser, Sosialavdelingen har knapt noen vitenskap å basere sin virksomhet på. Og ”der ute” har Helsedirektoratet en diger, prestisjefylt etat, en etat som også delvis er statlig, mens Sosialavdelingen har en liten, statussvak etat, bestyrt av kommunene. Trygdeavdelingen har et direktorat og en stor etat under seg, men den fungerer teknisk-juridisk og har ikke den akademiske status og prestisje som Helsedirektoratet og helsevesenet har. Utvalget peker på noe som er svært viktig, men som man helst ikke skal si, eller sette på papiret. Utvalget sier det da heller ikke så tydelig som vi her har gjort. På dette punkt skriver utvalget ”mellom linjene”.

Det er knapt overraskende at Utvalgets innstilling ikke fikk praktiske konsekvenser av betydning for Helsedirektoratet; ja, knapt praktiske konsekvenser overhode – utover at Planleggingsavdelingen fra oktober 1978 også formelt ble lagt under Departementsråden.⁴⁷⁴

474) Meddelelse fra Administrasjonsavdelingen datert 6.10.1978 (6775/78 II A (RT/AF).

Larsen-utvalgets berensende mandat kan sees på som uttrykk for at irritasjonen over herr Kristiansens stadige ”stikk” utpå høsten 1975 var begynt å gjøre seg gjeldende i Departementets politiske ledelse. Helsedirektøren kan ha vært en ”agent” i så henseende. Det nye ”stikket” i budsjettinnstillingen for 1977 (november 1976), må ha forsterket irritasjonen betydelig, for ved neste budsjettbehandling, altså høsten 1977, var idyllen sprukket, også på Stortinget. Etter valget denne høsten var Kristiansen ute av Stortinget og hans, noe mildere, partikollega Odd With (1921-2006) var blitt formann i Sosialkomiteen. With og resten av de borgerlige representanter i komiteen, et mindretall på syv, fører imidlertid Kristiansens linje videre og minner om 1976-bemerkningen om Helsedirektoratet. De henviser til Larsen-utvalgets innstilling og bemerker at selv om den ble avgitt for nesten et år siden er den ennå ikke offentliggjort; ei heller er den sendt Sosialkomiteen. Denne gang vil altså ikke Arbeiderpartiets medlemmer være med på fere stikk. Partiet hadde nå også med medlemmer i komiteen som var mer bevisst ”stikkenes” sammenheng. En av dem var Helen Bøsterud, som skulle overta som statssekretær i Sosialdepartementet knapt halvannet år senere, og da selv få lede en utredning om Helsedirektoratets organisering. Men Sosialkomiteen fikk den 7. november 1977 oversendt Larsen-utvalgets innstilling, i 16 eksemplarer. I det medfølgende brev skriver statsråd Ruth Ryste, kanskje litt irritert: ”Jeg gjør oppmerksom på at innstillingen er til vurdering i departementet og at det ikke er tatt stilling til den. Vil endelig opplyse at innstillingen ikke er offentliggjort”.⁴⁷⁵

Spørsmålet om Helsedirektoratets organisering var i og med stortingsbehandlingen 1977 på en mer almen måte blitt politisert. De borgerlige partier hadde nå i praksis samlet sluttet seg til Kristiansens og Høybråtens, og Kristelig Folkepartis, standpunkt, mens Arbeiderpartiet i noen grad ”låste” seg til et forsvar for ”det gamle helsedirektorat”. Det er interessant at også Høyres Christian Erlandsen (f. 1926), lege og siden avdelingsdirektør (1985-87) i Helsedirektoratet, (indirekte) skulle gå ”imot” Helsedirektøren. Denne politiske dragkamp ble forsterket høsten 1978. Departementet hadde nå vurdert Larsen-utvalgets innstilling og, som det sier, fulgt opp en del av dens forslag til integreringstiltak. Arbeiderpartiets ”politiserte” komitefraksjon på Stortinget (f ertallet i Komiteen), svarte nå for første gang direkte på den kristiansenske kritikk av organiseringen av Helsedirektoratet. Det gjorde den ved hjelp av argumenter som Spare- og forenklingskomiteen og mange leger i mellomkrigstiden, blant annet Evang, hadde brukt mot den daværende forvaltningsordning. Den uttalte:

Det alt overveiende antall saker som Helsedirektoratet behandler, er departementssaker. Opprettelsen av et frittstående direktorat innebærer at man også må ha en egen departementsavdeling. Dette vil bety en tilbakegang til tidligere ordning som var gjenstand for betydelig kritikk.

475) Statsråden hadde nølt før hun hadde oversendt innstillingen. Departementet hadde bedt om råd fra ekspedisjonssjef Dag Berggrav (1925-2003) ved Statsministerens kontor om man var forpliktet til å oversende en innstilling som ennå var til behandling i Departementet. Ekspedisjonssjefen hadde svart at det måtte foreligge ”særlige forhold” for at man kunne svare nei. Han anbefalte oversendelse.

Helsetjenesten er etter hvert blitt langt mer penge- og personellkrevende enn tidligere og spiller større rolle i distriktpolitikken. Den økonomiske og politiske betydning av helsestelletts problemer er økt vesentlig. Mens man for de mer rutinemessige detaljoppgaver bør ta sikte på større delegasjon til fylkeslegeinstitusjonen, vil direktoratets oppgave som overordnet og koordinerende planleggingsorgan, øke betydelig. Å løsrive denne virksomheten fra departementets politiske ledelse synes ikke riktig.

Et hovedproblem i denne forbindelse vil også være funksjonsfordelingen mellom et frittstående direktorat og en eventuell departementsavdeling.⁴⁷⁶

Den borgerlige mindretallsfraksjon svarte kort og tradisjonelt ”byråkratisk” (à la Modalsli-utvalgets f ertall) på regjeringsfraksjonens kritikk av den delte ordningen:

Komiteens medlemmer formannen, .. (de andre navn), finner det lite tilfredsstillende at Helsedirektoratet skal ha en annen status enn andre direktorater og være både departementsavdeling og direktorat på samme tid. Erfaringene syns å ha vist dette.

Da Sosialdepartementets budsjett for 1979 litt senere på høsten ble debattert i Stortinget, tok igjen saksordfører Odd With og andre borgerlige politikere opp spørsmålet om Helsedirektoratets stilling. I sitt første innlegg i debatten påpeker With at Larsen-utvalget gjennom mandatet ble avskåret fra å vurdere Helsedirektoratets dobbeltstilling: ”At departementet ikke engang tør utrede dette, viser kanskje aller best hvilken makt helsedirektøren har fått”.⁴⁷⁷ Hans komitekollega, Høyres Gerd Kirste (f. 1918), følger opp:

Det blir sagt at man ikke ønsker å løsrive direktoratets virksomhet fra den politiske ledelse i departementet. Jeg vil ikke unnlate å nevne at noen spør hvor den politiske ledelse ligger. Og det er jo lov å spørre.

Også Kristelig Folkepartis parlamentariske leder, Lars Korvald (1916-2006), ytrer seg om Helsedirektoratet. Han mener det er ”uholdbart med den dobbeltfunksjonen som direktoratet har” og anbefaler at det ”på fritt grunnlag” blir foretatt en ”utredning av den sentrale helseadministrasjons organisering i fremtiden”. Sosialistisk Venstrepartis Hanna Kvanmo (1926-2005) forsvaret status quo og nevner spesielt betydningen av at det er nær kontakt mellom Direktoratet og den politiske ledelse. Arbeiderpartiets Guttorm Hansen (1920-2009) kommenterer også saken og peker spesielt på at en deling av helseforvaltningen igjen ville bringe tilbake dobbeltarbeidet man hadde under ordningen fra 1891 til 1940. Statsråd Ryste kommer i sitt innlegg ikke med nye momenter, men forsvaret Regjeringens standpunkt på en nokså almen måte. Spesielt legger hun vekt på at de fleste av Helsedirektoratets saker er departementssaker og at Direktoratet derfor i all

476) SF 6a. II, 1978-79, *Budsjett-innst. S. nr. 11*, s. 6. Det neste sitat er fra samme side. Fraksjonene omfattet de samme personer som året før, bortsett fra at istedenfor Gunnar Hvashovd (Ap) (1924-2001) møtte vararepresentant, senere partisekretær, Martin Kolberg (f. 1949).

477) SF 7a, 1978-79, *Tidende S*, s. 1361. Sitatene fra Kirstes og Korvalds innlegg, omtalt nedenfor, er fra s. 1365 og 1391. Kvanmos, Hansens og Rystes innlegg finnes på sidene 1394, 1404 og 1428.

hovedsak fungerer som departementsavdeling. Anderledes sagt: Direktoratets særstilling er ikke så sær som mange i opposisjonen gir inntrykk av. Med sin klare standpunkttagen bidrar hun imidlertid til å binde seg, og Regjeringen, enda sterkere til den evangiske orden. Hun satte i virkeligheten bom for enhver større reform i inneværende stortingsperiode, altså frem til høsten 1981. Samtidig var det nå like klart at med et regjeringsskifte i 1981 måtte man vente at der ville komme en omordning av den sentrale helseforvaltning. Men alt var ikke låst for denne perioden heller. Der skjedde en bevegelse i den retning de borgerlige partier ville gå. Det sørget blant annet endel viktige byråkrater for, som vi snart skal se.

De to neste budsjettproposisjonene er nå tause om ”direktoratsspørsmålet”, men er minst like effektiviseringsopptatt som før. De vanskeligere konjunkturer i slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-årene, blant annet som følge av nye ”oljeprissjokk”, bidrar til å understreke betydningen av effektiviseringstiltak. Men disse effektiviseringstiltakene er ikke bare uttrykk for en teknisk og ”ideologifri” innsats, selv om proposisjonene kunne gi inntrykk av det. De er, viser det seg snart, uttrykk for en dyperegående omlegging av den offentlige styrings- og ledelsespolitikk. De er uttrykk for overgangen fra en intervensjonsbyråkratisk og regelorientert til en mer passivbyråkratisk, forretningsmessig og målorientert styring og ledelse. Overgangen fra det byråkratisk intervensjonerende til det byråkratisk abdiserende viser seg ved at staten i større grad styrer gjennom mer ”stående” lover, og delegerer mye av forvaltningen av lovene til egne, ”frittstående” direktorater, og ytelsen av tjenestene til enda mer frittstående, til dels privatiserte, foretagender eller foretagelslignende institusjoner. Den viktige overgangen til rammefinansiering for sykehusvesenet fra 1980 er ett av mange, men særlig viktig, bidrag til en slik omlegging innen helsevesenet. Gjennom rammebudsjetter fristilles sykehus og deres direktører ”myndiggjøres”. Sykehusene blir delvis til foretagender. Det borgerlige forslag om delvis å fristille Helsedirektoratet fra Departementet hører med i en slik ny styrings- og ledelsespolitikk. Vi skal også her nevne at Kristelig Folkeparti ikke helt gav seg. Til Stortingets spørretime 12. mars 1980 spurte Odd With Sosialministeren hvorfor ikke Helsedirektoratets status hadde vært endel av mandatet for Larsen-utvalget og hvorfor ikke Utvalgets innstilling var blitt offentliggjort. Slik sørget han for at også Rystes etterfølger som statsråd, Arne Nilsen, måtte binde seg offentlig. Statsråd Nilsens svar gav intet nytt, utover å være på norsk.

I et arbeiderparti som var blitt tydelig radikalisert etter 1973 (EF-avstemningen 1972) og gjennom motkonjunkturpolitikken under den økonomiske stagnasjonen i annen halvdel av 1970-årene, var det vanskelig straks å gå inn på en politikk for styrings- og ledelsesmessig modernisering. Men ”under” de høyt profilerte, radikale tiltakene, som den såkalte bankdemokratiseringen, skjedde det en bevegelse i retning av en ny offentlig styring og ledelse, også i helsesektoren.

Larsen-utvalgets innstilling ble sendt til uttalelse i Departementet (bare). Da kom igjen Helsedirektoratets dobbeltstilling opp. Den var blitt berørt under

diskusjonene i Larsen-utvalget, men Utvalget holdt seg unna den i sin innstilling. Nå ble den trukket frem igjen. I Sosialavdelingens uttalelse, undertegnet av Tormod Hermansen (f. 1940) (og H. Helle), beklages det at Utvalgets mandatet var så snevert og synes at de forslag Utvalget kommer med knapt er til noen hjelp. Avdelingen skriver også: ”De problemer som knytter seg til Helsedirektoratets spesielle stilling vil fremdeles være uløste”.⁴⁷⁸ Også Plan- og utredningsavdelingen henviser til spørsmålet om Helsedirektoratets status, og siterer endog Sosialkomiteens oppfordring fra budsjettbehandlingen høsten 1976 om å vurdere en deling av Direktoratet. Planavdelingen, altså Jan Madsen, mener Departementet ikke kan ta stilling til mange av Larsen-utvalgets forslag før det har tatt stilling til dette spørsmålet. Påpekningen virker pussig utfordrende, for såvidt som jo Statsråden allerede hadde tatt standpunkt til ”det store spørsmålet”. Trygdeavdelingen føler at Utvalgets innstilling ikke berører den og uttaler seg derfor ikke nærmere om den. Helsedirektoratet uttaler tilfredshet over at delingsspørsmålet er lagt til side som uaktuelt, men kan akseptere at det sees på om det skal instruksfestes hvordan det skal skilles mellom ”politiske” og ”faglige” saker. Å gjøre det er imidlertid å nærme seg det ”farlige” spørsmålet i større grad enn Helsedirektøren ser ut til å ane. Det ser vi av det notat Finn Høvik, Administrasjonsavdelingens sjef, utarbeidet på grunnlag av høringsuttalelsene.

Han skriver i notatet, som ble lagt frem for sjefsmøtet (i Departementet), at en deling er politisk avvist, men at en sortering av sakene som politiske og faglige reiste spørsmålet om hvordan de første saker skulle behandles på departementsplan. Det vil, skriver Høvik, ”etter min oppfatning være naturlig at departementsråden får ansvaret for den del av Helsedirektoratets arbeid som ikke kan karakteriseres som ”faglige spørsmål”.⁴⁷⁹ Madsen har notert på notatet at han slutter seg til ”Høviks merknader og forslag”. Høvik og Madsen så den åpning en presisering av instruksen gav for å få Mork inn i folden; det vil si, til i all hovedsak å gjøre ham til en vanlig ekspedisjons-sjef. Nå så også Mork hva han først hadde oversett, nemlig at dobbelstillingen krevde vaghet om saksklassifiseringen. I et notat til Statsråden, sendt noe over nyttår 1978 (9.1.), presiserer Helsedirektøren, ”for ordens skyld” at han ”bestemt må reservere seg mot antydningen i notatet (fra Administrasjonsavdelingen) om at departementsråden skal tillegges ansvaret for den del av Helsedirektoratets arbeid som ikke kan karakteriseres som ”faglige spørsmål”. Man går ut fra at man ikke går videre med denne sak uten at helsedirektøren blir underrettet”. Nå var Helsedirektøren blitt skremt og nærmest alarmerte Statsråden. Han argumenterte dog ikke mot Høviks ”skummelt interessante” resonnement.

Der kom ikke noe ut av Høviks initiativ, men det viste at de sentrale byråkrater i Departementets ordinære avdelinger, og for såvidt også Departementsråden, var like stedige i sin ”forfølgelse” av Helsedirektøren som de borgerlige, og særlig de kristelig-borgerlige, sosialpolitikere på Stortinget.

478) Uttalelse til Larsen-utvalgets innstilling fra Sosialavdelingen, avgitt 22. mars 1977 (ref.: 1639/77 I MB/TC).

479) Notatet har overskriften ”Bjørn Larsen-utvalgets innstilling” og er datert 17.11.1977 (FH/AF). Sitatet er fra s. 2.

De to prosesser, stortingsprosessen og den departementale Larsen-prosessen, var prosesser som var tett vevet sammen. De peker frem mot den neste utredning, Bøsterud-gruppens. Men før vi går inn på den skal vi gå tilbake, nemlig til den undersøkelse Rasjonaliseringsdirektoratet gjennomførte, mer eller mindre parallelt med, men forholdsvis uavhengig av, Larsen-utvalget. R-direktoratsundersøkelsen, som startet før Larsen-utvalget kom igang, og leverte sin rapport etterat Larsen-utvalget hadde levert sin, gav premisser for Bøsterud-gruppens arbeid.

Rasjonaliseringsprosessen: Fortsatt trås vannet

Rasjonaliseringsdirektoratets undersøkelse, som altså startet som en forundersøkelse i 1974 ble utvidet til en mer almen undersøkelse fra høsten 1975.⁴⁸⁰ Mens Larsen-utredningen gjaldt Departementet som helhet, og for såvidt var en følge av politisk ”støy”, gjaldt R-direktoratets undersøkelse bare Helsedirektoratet, og var en følge av et indre ledelsesinitiativ. Mens således Larsen-utvalget var potensielt truende for Helsedirektoratet, var R-direktoratets undersøkelse nærmest problemforebyggende.

R-direktoratets undersøkelsesrapport ble lagt frem sommeren 1978. Rapporten⁴⁸¹ er delt i en mer omfattende beskrivende og ”diagnostisk” del og en mer kompakt ”terapeutisk” del. Hva det siste angår er den tildels strekpunktpreget. Rapporten ble utarbeidet av rasjonaliseringsekspertene, men med medvirkning av en person fra Helsedirektoratet.⁴⁸² Den er på bare 25 sider, med fire vedlegg på tilsammen 22 sider. Arbeidet ble utført under ledelse av en styringsgruppe. Gruppens leder var Direktoratets toppjurist, ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard.⁴⁸³ Rasjonaliseringsundersøkelsen hadde altså ikke bare Helsedirektoratet som oppdragsgiver, den ble utført med betydelig medvirkning fra og styring av Helsedirektoratet.

Styringen, og det probleforebyggende, til tross var Rasjonaliseringsdirektoratets undersøkelse preget av den styrings- og ledelsesfilosofi som nå vokste frem og som vi ovenfor har omtalt. Den var en anelse mer ”moderne” enn Larsen-utvalgets. Den gjaldt nok bare Helsedirektoratet internt og den var preget av den litt teknisk-nøytrale filosofi som karakteriserte den ennå ikke særlig offensive nye offentlige styrings- og ledelsesideologi. Under-søkernes hoveddiagnose kan man si var at Direktoratets ledelse ikke fungerte profesjonelt nok. De rettet ikke pekefingeren mot Helsedirektøren, eller andre ledere; dertil var de, som sagt, for teknisk orientert og for preget av sin oppdragsstatus. De rettet pekefingeren mot Direktøren og til dels de

480) Rapporten fra forundersøkelsen ble lagt frem den 29. april 1975. Den konkluderte med at hele Direktoratet burde undersøkes. Det ble påpekt at det i løpet av de siste ti år bare var foretatt ”partielle” ordningsmessige endringer og at det ”kan ha bidratt til å forsterke visse uheldige trekk ved organisasjonsstrukturen”. Det ble også nevnt at ”ledelsesspennet” for direktoratsledelsen var øket og at det var et behov for ”å avklare og samordne kontorenes saks- og ansvarsområde”. Kfr. Undersøkelsesrapporten, s. 1. Ad rapportens navn, kfr. neste fotnote.

481) Rapport fra organisasjonsundersøkelse i helsedirektoratet, Oslo: Rasjonaliseringsdirektoratet, 1.6.1978.

482) Prosjektleder var konsulent Bjørn Tomten fra Rasjonaliseringsdirektoratet. I tillegg deltok i prosjektgruppen konsulent Jon Oftedal, Rasjonaliseringsdirektoratet, konsulent Magne Lillesest, Helsedirektoratet og en tid konsulent Ivan Børner, Asbjørn Habberstad A/S.

483) De øvrige medlemmer var overlege Otto Steinfeldt-Foss, Kontoret for psykiatri, byråsjef Egil Danielsen, Sykehuskontoret, sekretær Arne Metzner (ansattrepresentant) og rasjonaliseringsleder Harald Ellefsen, Rasjonaliseringsdirektoratet.

andre lederes organisatoriske handlingsbetingelser. De fant at disse betingelsene både hierarkisk og horisontalt var utilfredsstillende.

Det hierarkiske problem, altså på mange måter Direktørens problem, var, som allerede forundersøkelsen viste, at han hadde et så stort kontrollspenn at han ikke kunne ha god oversikt over sitt Direktorat og derfor heller ikke kunne lede det på en godt integrert måte. Hans ledelse ble fragmentert av det mangehodede press han fikk nedenfra. Man kunne også si det slik, men nå trekker vi undersøkelsen en god del lenger enn undersøkerne gjorde – og hadde våget å gjøre, om de hadde kunnet gjøre det: den fragmentering den faginstusjonelle organiseringen representerte slo helt inn i direktørrollen. Direktøren ble ”mange” direktører; eller egentlig, mange over-overleger (etc.). Ja, på et vis ble han nesten overf ødig; eller satt enda mer på spissen: overarbeidet og overf ødig.

Undersøkerne fant, eller snarere konstaterte, også at Direktøren i stor grad ble sittende som den siste og øverste saksbehandler. Det ref ekterte selvsagt det forhold at det var slik storparten av kontorene mesteparten av tiden fungerte, saksbehandlende. Saksbehandlingen var også i hovedsak iverksettende; den dreide seg om å forvalte et oppsplittet sett av lover og forskrifter, ofte kasuistisk. Trykket nedenfra var altså ikke bare bredt (stort kontrollspenn), det var også ekstremt fragmentert og ”prosaisk” iverksettende. Det gjorde ham ”enda mer” overarbeidet og overf ødig. Denne ”patologi” ble forsterket av den tretrinns, i hovedsak skriftlige, saksbehandling som foregikk på toppen.

Som følge av denne organisering ble det, mener utrederne, svært vanskelig for Helsedirektøren, og den øverste ledelse av Direktoratet, å fungere strategisk og resultatorientert; ja, det var, med noen unntagelser, vanskelig for Direktoratet mer alment å fungere slik. *Det* var et ekstra stort problem, tør vi tilføye, i en tid hvor helsevesenet var inne i sitt største hamskifte siden overgangen fra det 19. til det 20. århundre. Men det var ikke bare det strategiske og resultatorienterte som slik måtte lide. Også det internt fellesskapsbyggende måtte lide, påpekte så vel utrederne som de ansatte, i de diskusjonsrunder som fulgte etterat rapporten var levert. De ansatte følte Direktøren, og til dels den øvrige øverste ledelse, som fjern og utilgjengelig. Det var et større problem nå enn tidligere: Det nye, demokratiserte og mobile, samfunn skapte nye tilpasningsproblemer. Som vi har sett, ble det en større ”gjennomtrekk”.

I noen, men i varierende grad, var det, fremholdt utrederne, lignende ledelsesproblemer på kontornivå. Nedover i etaten, altså på fylkeslege- og distriktstlegekontorene skapte fragmenteringen og det store saksomfanget i Direktoratet tiltagende frustrasjon: Styringen fremstod ofte som lite samordnet og det tok (alt)for lang tid å få fattet beslutninger. Det er fristende ytterligere å påpeke det uuttalt, og nok også uforstått, kritiske i undersøkelsens diagnostikk: Kritikken av den overveiende forvaltende (iverksettende) – altså trinnvise, rent skriftlige, saksbehandling, er en (implisitt) kritikk av jusens dominans. Kritikken av den fragmenterte både

politikkutvikling og politikiverksettelse er en (implisitt) kritikk av den medikratiske dominans. Ja, kritikken av ”ledelsesfraværet” er en (implisitt) kritikk av den kombinerte juridiske og medikratiske modus operandi i Direktoratet. Den tradisjonelle juridiske saksbehandling og den fragmenterte institusjonalisme representerte, kan man si, et etterhvert nokså institusjonalisert, men stadig med defensivt, kompromiss mellom de to maktgrupper i Helsedirektoratet, den medisinske og den juridiske.

Kompromisset ble også legemliggjort i én person, Jon Bjørnsson. Han kombinerte i sin væremåte det juridiske og det medisinske. Han var, og bar, kompromisset. Han var nok, på et vis, vagt oppmerksom på det. Kanskje var det også derfor han så på seg som Evangs naturlige etterfølger? Kanskje var det også, men enda mer ubevisst, mange av de andre sentrale personene, ”oppmerksom” på det: De støttet hans kandidatur. Men vi tror ikke Evang helt hadde sett det; han var for suveren til det. Vi tror heller ikke Mork oppdaget det. Han ble for raskt hvirvlet inn i distraherende ”begivenheter”. Men det tør være av en viss betydning at Morks, og Direktoratets, problemer for alvor ble store da Bjørnsson gikk av og, i virkeligheten, ble erstattet av ”ingen”. Inntil Bjørnsson gikk av i 1977 forble han, med Munch-Søegaards viktige bistand, en slags garantist forat ”intet” strukturelt skulle skje innad. Samtidig kan man si at det ”kompromiss” han selv ”var” også innebar en maktforskyvning i Direktoratet. Under Evang var balansen medisin-jus svært skjev. Med Bjørnssons kompromiss ble den jevnere. Det manifesterte seg også i at Munch-Søegaards rolle ble styrket og i at Økonomi- og personalekontoret vokste og ble viktigere, spesielt hva angikk budsjettpolitikken. Sjefen for dette kontoret, juristen Reidar Bang, ble også gjort til avdelingsdirektør, en stilling som mer balanserte overlegestillingene i de fleste andre kontorene. Man kan slik si at den institusjonelt konservative Jon Bjørnsson også var med på å starte overgangen fra medikrati til ”post-medikrati”.

Rasjonaliseringsdirektoratets rapport, som ble avgitt en god tid etterat Bjørnsson var trådt tilbake, peker altså utover dette ”defensive” medisinsk-juridiske kompromiss. Der er ”kamufert” sprengstoff i rapportens diagnostiske del. Der er også litt av det i rapportens ”terapeutiske” del. Rapportens forfattere har imidlertid vært forsiktige med å konkretisere. Den endelige konkretiseringen skjedde først etter en omfattende remissprosess, og da i regi av undersøkelsens styringsgruppe. Rapporten ble diskutert på et arbeidsseminar den 12. juni. På dette seminar deltok, foruten utredere fra R-direktoratet, representanter for de ansattes organisasjoner og for fylkeslegeetaten. I tillegg ble kontorene i Direktoratet invitert til å komme med skriftlige kommentarer til undersøkelsesrapporten. Styringsgruppens endelige konklusjoner, som det etterhvert var skapt stor enighet om, ble lagt frem 8. desember 1978.

I tråd med diagnosen går terapien først og fremst ut på å gjøre Direktoratet til et mer offensivt styrende og ledende organ. Satt mer på spissen: Terapien peker i retning av en styrings- og ledelsesrevolusjon. Den antesiperer den ”nye offentlige ledelse” som snart skal ”velte inn over” også Norges offent-

lige forvaltning, og som i noen grad var foregrepet gjennom St.meld. nr. 31 (1975-76), *Om administrativt utviklings- og effektiviseringsarbeid*.

Den ene, og primære, side ved terapien er å styrke Helsedirektørens og hans direktorats strategiske og resultatbevisste virkemåte. Den annen, og sekundære, side er å bygge et mer offensivt indre fellesskap, gjennom en mer mobiliserende ledelse. Her skal vi særlig omtale styringsterapien. La oss dog først si at hverken rasjonalisererne eller styringsgruppen uttrykker seg utpreget offensivt, ikke engang så offensivt som den allerede tre år gamle stortingsmeldingen om effektivisering. Den vil redusere ”patologien” for å skape fornyelse, ikke fornye for å få bort patologien.

Et av de to viktigste tiltak for å styrke Direktoratets strategiske rolle er således å få ned volumet av enkeltsaker, altså av rutinepreget forvaltning, på øverste nivå, men også på nivåene nedover. Hele Direktoratet, men spesielt dets ledelse, skal altså se færre enkeltsaker. Enkeltsaksvolumet er ”patologien”. Ved å få ned saksomfanget skal det frigjøres tid og oppmerksomhet til en mer strategisk orientert styring og ledelse, til det ”salutogene”, om man vil. Ved kvantitative tiltak skal det skapes en kvalitativ endring.

R-direktoratet, og styringsgruppen, ville få ned omfanget av enkeltsaker delvis ved å stoppe dem på lavest mulige nivåer i Direktoratet og delvis ved å stanse dem i fylkeslegeetaten eller helt ute i selve helsevesenet. Utrederne talte imidlertid ikke om å stanse sakene på lavere nivåer, men om å delegerer dem til lavere nivåer. Man var blitt vant til at de hørte hjemme på toppen. Denne stansingen, eller delegeringen, kan også sees på som begynnelsen på en bredere og mer ideologisk offensiv fristillelsespolitikk. Utrederne så ikke det klart nå, og var gjennom mandatet også nektet å se det. Den videre implikasjon av en politikk for å stanse enkeltsakene lenger nede er jo å dele Direktoratet, altså oppheve dets heisstatus. Utrederne så heller ikke klart at den kommunalisering av så vel primær- som sekundær- og tertiærhelsevesenet, gjorde at hele delegasjonsspørsmålet kom i en ny stilling. Linjen nedover, fra Direktoratet, via fylkeslegene til distriktslegene og, langt på vei, sykehusoverlegene hadde vært en relativt enhetlig, faglig linje. Nå ble den brutt av nye politiske og administrative organer i fylkeskommuner og primærkommuner. Som vi skal komme tilbake til representerte kommunaliseringen om ikke et brudd med, så iallfall en stor utfordring for, den planøkonomiske og delvis planmedikratiske tankegang som preget ”nr. 9”.

Det annet viktige forslag har også noe kvantitativt og derfor patologireducerende ved seg. Det går ut på å redusere antallet organer på nivået under den øverste ledelse fra ti til fem. De fem organer skulle kalles avdelinger. De gamle kontorene (som ikke skulle bli avdelinger) skulle, i noen grad, fortsette, men på et nivå nummer tre. Denne reformen skulle delvis virke som den første, nemlig ved at enkeltsaker kunne avgjøres på lavere nivåer enn før, og tid frigjøres for strategisk virksomhet på høyere nivåer. Men dette forslaget skulle bidra til å styrke den strategiske kapasiteten også ved at samordningen begynte på et lavere nivå. Slik skulle Direktoratet som sådant bli mer samordningsorientert. Den gamle

institusjonelle fragmentering skulle bygges ned, selv om denne nedbygging ville bli begrenset av at mange kontorer skulle fortsette å eksistere.

De fem avdelingene skulle, etter styringsgruppens endelige forslag, være avdelinger for forebyggelse (det prekliniske), primærhelsevesen (det primært kliniske), institusjonshelsevesen (det sekundært, tertiært etc. kliniske), legemiddelforvaltning og administrasjon. Gruppen ville altså føre videre det gamle, faginstitutionelle legemiddelkontoret og det delvis tverrgående økonomi- og personalkontoret, men samle de resterende faginstitusjonelle kontorer i tre fagoverskridende institusjonelle avdelinger. De fagoverskridende avdelinger, men særlig de to klinikkansvarlige, ref ekterte den nye, ”asvallske” helsevesensstrukturen, eller LEON-strukturen, som Stortinget gav sin tilslutning ved behandlingen av St.meld. nr. 9 (1974-75), våren 1975.

R-direktoratets undersøkere foreslo også at saksbehandlingen i større grad ble gjort muntlig, altså mer kollegial og diskusjonspreget. Den skulle, var tanken, slik også bli mer reelt samordningsorientert: I stedet for at ulike saksbehandlere, gjerne med ulik fagbakgrunn, behandlet sakene ”serielt”, etter hverandre, skulle de behandle dem ”parallelt”, altså sammen og samtidig.

Rasjonaliseringsfolkene forslag til reformer var i prinsippet ”nesten radikale”. De ref ekterte en annen visjon av Helsedirektørens og Helsedirektoratets rolle enn den de sistnevnte hadde. De ref ekterte en visjon om en direktør og et direktorat som fungerte mer strategisk-politisk; ja, som var et sekretariat for statsråden. Men denne visjonen krevde at Direktoratet ble en departementsavdeling og at det ble etablert et nytt sentralt, løpende iverksettelsesorgan utenfor Departementet. Dette organ ville da bli et organ som også kunne ta de enkeltsaker som ikke kunne behandles enten i den ytre etat (hos fylkeslegene) eller i de tjenesteytende institusjoner selv og hos deres (nye) eiere, fylkeskommunene og snart også kommunene. Men å forfølge visjonen så langt var rasjonaliseringsfolkene avskåret fra gjennom mandatet, og de måtte nøye seg med mer ”puslete” forslag. De måtte også avstå fra å presentere den visjon selv de puslete forslag var uttrykk for. Deres rapport forble derfor nokså tørr lesning. Den ”hisset” ikke opp noen, positivt forstått. Derimot skapte den etter hvert, den forholdsvis demokratiserte saksbehandlingsprosess til tross, en del negativ opphisselse. Mange av kontorene, og mange av de ansatte – særlig legene og juristene – reagerte på ”terapien” mer med motforestillinger enn med forestillinger. Det var som om de, og igjen særlig de som legemliggjorde det organisasjonskompromiss Helsedirektoratet var uttrykk for, var låst fast i de mentale former den svært gamle struktur hadde skapt. Det gjaldt også Helsedirektøren selv. Han reagerte på forslagene som til sist kom fra styringsgruppen for R-direktoratets prosjekt først og fremst med motforestillinger. Han reagerte som om han var en passasjer på skuta, ikke som om han var dens skipper.

Det var nå ingen tvil om at det var behov for å gi Helsedirektøren en mer strategisk styrings- og ledelsesrolle, og at det blant annet krevde at han fikk et mindre kontrollspenn og færre enkeltsaker å forholde seg til. Noen tall

angående enkeltsakene illustrerer situasjonen. Rundt 1980 fikk Helsedirektøren årlig til avgjørelse ca. 10 000 enkeltsaker. Siden han ble utnevnt hadde han kommet til å utvide sitt internasjonale engasjement mer og mer og kunne nå være borte fra sitt kontor i Oslo i både fire og seks uker ad gangen. Også innenlandske reiser tok en del tid. Hvis han var tilstede på sitt kontor 200 dager i året, men det var han ikke, betydde det at han måtte avgjøre 50 saker pr. dag, eller én pr. tiende minutt. I tillegg kom så de ”egentlige” direktørsaker, knyttet til den politisk-strategiske styring og den etatlige ledelse. Etter at Bjørnsson var gått av ble hans etterfølger, Egil Willumsen, i noen grad stilt utenfor den løpende saksbehandling, for å arbeide mer ”overordnet”. Enkeltsakene gikk da fra Munch-Søegaard til Mork. Det ble spart noe saksbehandlingstid på den måten, men Direktoratet ble jo ikke mindre forvaltningsorientert av det. Dermed ble den fraværende helsedirektør en alvorlig faskkehals. Den ”intermitterende” helsedirektør, den delvis fristilte Medisinalråden, var ofte ikke tilstrekkelig orientert om sakene til å kunne avgjøre dem raskt. Han hadde heller ikke det fortrolige forhold til Mork som Bjørnsson hadde hatt til Evang.

Rasjonaliseringsfolkenes omfattende prosjekt resulterte ikke i umiddelbare endringer i Direktoratet. Det skyldtes den lunkne og til dels negative mottagelse anbefalingene fikk innad i Direktoratet, spesielt anbefalingene om å innføre et nivå nummer to og om å delegere saker til lokale organer. Men det kan nok være endringene hadde kommet raskere hvis den politiske ledelse hadde dyttet mer på. Sosialministeren, Ruth Ryste, var blitt svært avhengig av Helsedirektøren og hadde ikke kraft til å drive saken. Hun hadde sittet siden Nordli ble statsminister 15. januar 1976, men uten noen gang å bli helt komfortabel i sin rolle. Ja, hennes posisjon ble etter hvert også svekket. Det bidro til det at hun mistet sin første statssekretær, Kjell Knudsen i september 1977 og først fikk en ny, psykiateren Per Nyhus (1927-1989), over nyttår 1978. 8. oktober 1979 gikk hun av og ble erstattet med Arne Nilsen, en mer erfaren og bestemt politiker.

Nilsen var kommet inn i Regjeringen halvannet år før, i Kommunal- og arbeidsdepartementet. Det var imidlertid ikke naturlig for ham straks å engasjere seg i organisasjonssaker. Det var det enda mindre som regjeringen Nordli nå var svekket, etter et svakt lokalvalg (1979) og etter lengre tids indre strid i Regjeringen og partiet (Nordli som statsminister, Reiulf Steen som partiformann, men også statsråd (1979, handelsminister)). Ja, Regjeringen var i virkeligheten i oppløsning. Oppløsningen kom i januar 1981. Regjeringen Nordli ble etterfulgt av den første regjeringen Brundtland. Men det ”distraherte” selvsagt også at Regjeringens svar på den internasjonale økonomiske krise, en offensiv motkonjunkturpolitikk, ikke var vellykket og at det nå ble lett etter andre, mer høyrepregede, svar.

Formelt var det Helsedirektøren som hadde utspillet. Organisasjonsundersøkelsen var bestilt av ham. Først 29. august 1980, over to år etter at ”R-rapporten” forelå og knapt to år etterat styringsgruppen hadde levert sine anbefalinger, sendte Helsedirektøren sin innstilling til Statsråden. Han bad her om at det, så snart Statsråden hadde fattet en beslutning om

organisasjonsstrukturen, ble nedsatt en ”intern arbeidsgruppe” i Helsedirektoratet. Gruppen skulle planlegge gjennomføringen av de reformer som ble foreslått. Helsedirektørens initiativ kommer altså sent og er passivt, nesten abdiserende. Helsedirektøren bekrefter på denne måten at han, hva Direktoratets organisering angår, er blitt en av mange remissinstanser. Men kanskje er han også blitt mer på vakt? Så snart det blir tale om å gjøre noe med organisasjonen, utnytter kritikerne av den evangiske orden, de byråkratiske liksåvel som de politiske, den mulighet som slik tale skaper.

En siste, forsiktig ”runde” om ordningsspørsmålet: Bøsterud-utvalget

Statsråd Arne Nilsen svarte nokså raskt på Helsedirektørens innstilling. *Den 26. november, to måneder etter at han hadde mottatt innstillingen, oppnevner han den arbeidsgruppen Helsedirektøren hadde bedt om. Den ble dog ikke helt intern. Til å lede den satte han sin forholdsvis ferske statssekretær, Helen Bøsterud. Hun var blitt statssekretær i april (21.) samme år, men kom da fra Stortinget og dets sosialkomite og kjente for så vidt godt til kontroversene om Helsedirektoratets organisering. Nilsen fikk en litt mer kritisk distanse til Helsedirektøren enn forgjengeren hadde hatt og ville antagelig sikre seg en viss kontroll med organisasjonssaken. Ved å plassere sin statssekretær som leder for gruppen plasserte han imidlertid også en person som gruppeleder som allerede hadde bundet seg til å forsvare Direktoratets dobbeltrolle. Men hva mer var, han lot i all hovedsak Gruppen få det mandat Helsedirektøren i sin henvendelse av 29. august hadde foreslått, nemlig et mandat som forutsatte, om ikke direkte erklærte, at Direktoratet skulle fortsette i dobbeltstilling og ellers konkretisere de hovedforslag R-direktoratutredningen hadde konkludert med. Med statssekretæren som gruppeleder og med tre medlemmer fra Direktoratets ”ideologiske kompromissgruppe”, medisinalråd Willumsen, ekspedisjonssjef Munch-Søegaard og overlege Hovind, som de viktige gruppemedlemmer, var også denne gruppen derfor nesten ”dømt” til å bli en lite dynamisk gruppe.⁴⁸⁴

Gruppen hadde i alt 15 møter og la frem sin innstilling den 3. juli 1981, etter syv måneders ganske intenst arbeid. Gruppen holdt tre almene informasjonsmøter, hadde møter med alle kontorer og med representanter for fylkeslegeetaten og fylkestannlegene. Den inviterte alle til å komme med skriftlige innspill. Gruppen arbeidet, ikke minst tidspresset tatt i betraktning, nokså interaktivt, selv om noen av organisasjonene ikke syntes det. Helsedirektøren selv ble dog stående på sidelinjen. Gruppen møtte ham to ganger, i begynnelsen av juni (5. og 9.), en knapp måned før innstillingen ble levert. Det ser ikke ut til at han har bidratt med skriftlige innspill. Han forble stående på sidelinjen, igjen.

Det var en uuttalt forutsetning for gruppens arbeid at Helsedirektoratets status ikke skulle endres. Det var ikke så overraskende gitt

484) Hovind var formelt fagforeningsrepresentant. Han representerte AF. Også NTL hadde en representant i gruppen, konsulent, cand. mag. Hans Tore Skaug. Byråsjef i Sykehuskontoret (siden 1971), statsviteren Egil Danielsen var gruppens sekretær. Som observatør fra Sosialdepartementets andre avdelinger møtte byråsjef, cand. oec. Bjørn Halvorsen, Sosialavdelingen, og som observatør fra Rasjonaliseringsdirektoratet møtte r-leder Jon Oftedal.

stortingsgruppens standpunkt de senere årene. Statsråd Arne Nilsen var imidlertid også opptatt av kontinuitet. Større endringer skaper unødig uro, mente han.⁴⁸⁵ Han, eller Helsedirektøren, bad ellers i mandatet om at gruppen tok utgangspunkt i Rasjonaliseringsdirektoratets undersøkelse og de anbefalinger som den ledet til. Han bad således om at gruppen måtte legge til grunn for sine øvrige forslag at Direktoratet skulle deles inn i de fem avdelinger ”rasjonaliseringsprosessen” hadde ledet frem til. Han ville for øvrig at gruppen vurderte om der burde knyttes et eget stabsorgan for planlegging til Helsedirektøren. Han, eller Helsedirektøren, ”så” det Larsen-komiteen ikke hadde sett, at planlegging er en stabsoppgave. I hovedsak var imidlertid gruppens oppgave å lage en plan for en realisering av de forslag rasjonaliseringsprosessen hadde resultert i.

Til tross for de begrensninger som ble lagt på Gruppens arbeid, og de ”begrensninger” som lå i Gruppens sammensetning, kom Gruppen til å tilføre organisasjonsprosessen noe dynamikk. Gruppen kom så langt at det nesten gjenstod for dem som skulle overta ”stafetten” etter den å trekke den mer radikale, ledelsesmoderniserende slutning – at Direktoratet burde deles.

Gruppen redegjør i den ”diagnostiske” del for tendenser i den helsepolitiske utvikling, men også i den almene statlige forvaltnings- og styringsutvikling. Hva angår de sistnevnte tendenser påpeker den hvordan utviklingen går mot en tydeligere avgrensning av de ulike styringsfunksjoner, de politisk-strategiske og resultatvurderende på den ene side og de iverksettende, innbefattet de ”kasuistisk” iverksettende, på den annen (s. 32-35). Men Gruppen ”tør” ikke si at dens mandat er i strid med den almene styringspolitikk. Den foreslår derfor ikke det som hadde vært naturlig, gitt styringsutviklingen, nemlig at Direktoratet burde deles. Det fremgår for øvrig av referatene fra Gruppens møter at problemstillingen stadig ble berørt.

Gruppens forslag, innen den ramme den hadde fått, peker dog klart i ”normaliserende” og moderniserende retning. Den legger til rette for den nye offentlige styring og ledelse.

Gruppen vil ikke endre på helsedirektørembedet, eller kravet om at Direktøren skal være lege, men den vil ta bort medisinalråds- og ekspedisjonssjefs-embedene. Disse embeder ble fylt på en noe tveetydig måte. Sett fra én synsvinkel var de linjeembeder: Direktør Medisinalråd Ekspedisjonssjef. Slik ble gjerne organisasjonskartet tegnet. Slik ble det også tegnet av gruppen. Men det var først og fremst oppover at det fungerte slik, iallfall så lenge Bjørnsson var medisinalråd (til 1977): De ”vanlige” sakene ble sendt gjennom denne linjen, fra kontorene via ekspedisjonssjef og medisinalråd til Helsedirektøren. Nedover fungerte ikke Direktoratet slik. I de viktige hen-seender fungerte medisinalråden og ekspedisjonssjefen som egentlige råder, altså som stabspersoner. De var medisinalråd og lovråd, og gav Evang og siden Mork råd. Men disse beslutningene ble iverksatt direkte, altså gjennom kontorene. I en del saker var imidlertid medisinalråden, eller

485) Arne Nilsen la i en samtale vi hadde med ham den 16.12.2008 særlig vekt på kontinuitetshensynet.

ekspedisjonssjefen første og siste ledd i linjen fra kontorene og i disse saker skjedde også iverksettelsen fra dem overfor (de aktuelle) kontorene. Det gjaldt i det første tilfelle helsefaglige, i det annet tilfelle juridiske, økonomiske og personalpolitiske saker. Denne ordningen var tidskostbar, bidro i noen grad til en faglig fragmentering av politikken og gjorde også ansvarsforholdene litt uklare. Som vi har sett ble denne gamle ordningen i noen grad modifisert da Bjørnsson gikk av. Medisinalråden ble nå mer en råd og mindre en linjeperson.

Gruppen foreslo at Helsedirektøren skulle få som sine nærmeste overordnede rådgivere, ”porteføljelederne”, altså lederne for de avdelinger Statsråden hadde gitt Gruppen beskjed om å lage forslag om å opprette. Dog kom Gruppen til å avvike litt fra pålegget for så vidt som den mente det ville holde med fire avdelinger. Gruppen foreslo å legge Statsrådets femte avdeling, Legemiddelavdelingen, inn som et kontor i Avdelingen for forebyggende helsearbeid. De tre øvrige avdelingene ville den da kalle Helse-tjenesteavdeling I – Kommunhelsetjeneste og Helsetjenesteavdeling II – Fylkeshelsetjeneste og Administrativ-juridisk avdeling.

Etter Gruppens forslag skulle de fire avdelingslederne gå inn som Helsedirektørens nærmeste rådgivere. Sammen med ham skulle de utgjøre en øverste ledergruppe, en direksjon. Direksjonen skulle ikke, etter forslaget, bli noe kollektivt beslutningsorgan; beslutningsmyndigheten skulle fortsatt ligge hos Helsedirektøren. Avdelingslederne skulle altså i møtet være ”stabs-personer”, men ved at Direktøren fattet beslutninger, gjerne i møtet, skulle de gjøres om til linjepersoner. Gjennom Direktørens beslutninger skulle de få et mandat de var forpliktet til å realisere. På denne måten skulle Direktoratet vertikalt integreres sterkere.

Gruppen ville understreke avdelingsledernes betydning ved at Helsedirektøren ikke skulle utstyres med noe faglig tungt stabsorgan, for eksempel for overordnet, integrerende planlegging og resultatvurdering. Planorganet ville Gruppen legge til Avdeling for forebyggende helsearbeid, ikke minst fordi den samfunnsdiagnostiske kompetanse lå her. Helsedirektøren ville Gruppen bare gi et sekretariat. Sekretariatet skulle særlig ha kontoradministrative oppgaver, men også ansvaret for internasjonalt arbeid. Man kan slik si at Gruppen tenkte seg et Direktorat som var mer departementalt og mindre direktoraktig. Ja, den ”tenkte” seg nesten et eget Helsedepartement. Helsedirektøren fremstod i Gruppens forslag som en ”mellomting” mellom en ekspedisjonssjef og en departementsråd. Direktoratopp-gavene ville Gruppen egentlig sende ut, i ”spredt orden”, altså til lokale organer, til fylkeslegene og til fylkeskommuner og kommuner. Den måtte det, siden den ikke fikk lov til å foreslå et ”fristilt” direktorat *under* Departementet. Helt departementalt tenkte dog Gruppen ikke. Helsedirektøren forble noe mer enn en ekspedisjonssjef eller departementsråd. Han fikk altså, etter forslaget, beholde litt av sin ”aristokratisk-medikratiske” status; blant annet fikk han være *Lege*. Men Gruppens forslag er enda mer sammensatt: Dens forslag til organisering, og enda mer til arbeidsmåte, hadde tillike konsernaktige trekk.

Organiseringen av avdelingene var også preget av kompromisser mellom gammelt og nytt, eller mangel på systematikk, eller endog mangel på systematisk bevissthet. Vi har sett at de gamle kontorer i meget stor grad var preget av fag-institusjonelle hensyn. Fagligheten ble etter Bøsterud-gruppens forslag tonet svært nede på avdelingsnivå, men ble i noen grad beholdt på kontorplan. På avdelingsnivå forsvant det faglige og rent institusjonelle hensyn ble lagt til grunn. De tre helsetjenestavdelinger fikk av Gruppen ansvar for hver sin store del av helsevesenet, den prekliniske, den primærkliniske og den sekundærkliniske. Innad i avdelingene ble, etter Gruppens forslag, så vel faginstitusjonelle som ulike funksjonelle hensyn lagt til grunn, i noen grad som tilfellet hadde vært med de gamle kontorene. Noen av de gamle faginstitusjonelle kontorer burde fortsette, om enn i litt mer institusjonell forstand, som Legemiddelkontoret (Apotekerkontoret), Tannhelsekontoret (Tannlegekontoret) og Kontoret for legevesenet (Legekontoret), mente Gruppen. Som vi ser av figur 5.1. ble flere av kontorene i avdelingene for primær- og sekundærhelsevesenet foreslått gjort institusjonelle, som kontorene for helsetjenesten for mor og barn, for eldreomsorg, for sosialmedisin (funksjonshemmede) og for helseinstitusjoner.

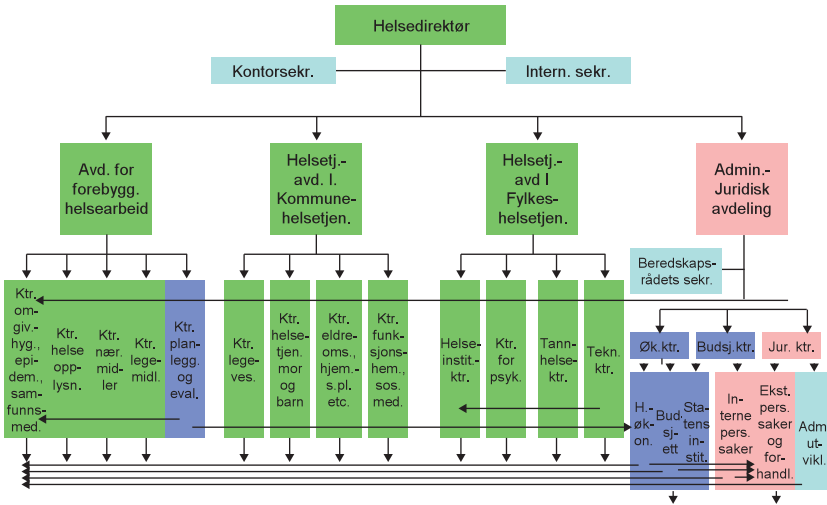
En av avdelingene som ble foreslått, Administrativ-juridisk avdeling, representerte en videreføring av den tverrgående og mer funksjonelt pregede Økonomi- og personalavdelingen. Den fortsatte med tre styringsfunksjonelle seksjoner, en budsjettseksjon, en økonomiseksjon og en juridisk seksjon. Den fikk imidlertid også en delvis institusjonell seksjon, nemlig en seksjon for statens institusjoner (sykehus). I tillegg skulle Avdelingen etter forslaget ha seksjoner for indre og ytre personalsaker, altså seksjoner med et kombinert institusjonelt og funksjonelt preg.

Etter Gruppens forslag skulle avdelingene ledes på den samme ”kollektive” og vertikalt integrerende måte som hele Direktoratet, nemlig gjennom regelmessige ledermøter. I noen grad skulle det samme skje på kontornivå, men her ville møtene som regel omfatte flere enn bare lederne. I tråd med Gruppens normaliseringstenkning skulle alle lederne, bortsett fra Helsedirektøren selv, men også alle saksbehandlere, gies byråkratiske, eller iallfall ikke fagspesifikke, titler. Avdelingslederne skulle således bli ekspedisjonssjefer. Helsefagfolkene skulle altså få titler som deres ”styringsfagkolleger” hele tiden hadde hatt. Det skulle markeres at også de første, iallfall i prinsippet, tilhørte forvaltningen og ikke pre/klinikken.

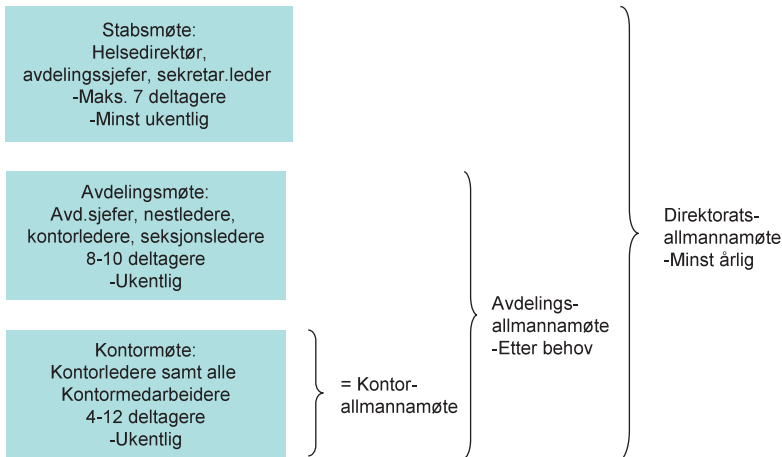
I figur 5.1. er Bøsterud-gruppens forslag til Helsedirektoratets nye oppbygning illustrert, dog på en litt annen måte enn Gruppen selv har gjort det. I figur 5.2. er Gruppens forslag til møter som sammenbindende faktor illustrert.

Figur 5.1: Bøsterud-gruppens forslag til omordning av Helsedirektoratet, juli 1981.

De horisontale piler indikerer at vedkommende enhet (også) fungerer på tvers, innad i Direktoratet. De vertikale piler indikerer at enhetene fungerer ut (nedover) i helsevesenet. De nederste enheter i adm.jur. avdeling er seksjoner. Gruppens egen illustrasjon er gjengitt som vedlegg 2 til rapporten. Helsefaglig pregede enheter er illustrert med grønt, juridiske med rødt og økonomiske med blått. Fargene passer sjelden helt.



Figur 5.2: Bøsterud-gruppens forslag til møteordning i Helsedirektoratet, juli 1981



Det er vedlagt Gruppens innstilling en kort særuttalelse av Knut Munch-Søegaard, Helsedirektoratets juridiske leder siden 1967. Den er datert 16. juni, bare to uker før Gruppen la frem sin innstilling. Munch-Søegaard utvidet etterpå sin uttalelse betydelig, blant annet med oppgaver over hvilke lover kontorene forvaltet og med en uttalelse fra juristgruppen i Direktoratet. Den utvidede særuttalelsen er (for hånd) datert 1. juli.

Det er påfallende at Munch-Søegaard kommer så sent med sin dissens. Man får inntrykk av at han tidlig meldte seg litt ut av Gruppen. I begynnelsen av sin (lange) innstilling har han også en bemerkning som viser at han ikke er helt sikker på hvordan Gruppen skal forstås. Det gjelder spørsmålet om der bør være en assisterende helsedirektør i Direktoratet. Men siden Munch-Søegaards uttalelse er så tydelig dissenterende ”burde” den vært lagt frem tidligere og selv sagt også vært kommentert av f ertallet. I forordet til Gruppens innstilling (s. 2) heter det at de synspunkter Munch-Søegaard har lagt frem ”delvis (er) imøtekommet”. Det fremgår imidlertid ikke av rapporten på hvilken måte de er imøtekommet. Det er dessuten åpenbart at det avsnittet i forordet som henviser til Munch-Søegaards særuttalelse er klippet inn. Det har en litt annen typografi. I all hovedsak må nok imidlertid ekspedisjonssjefens særuttalelse ha kommet litt overraskende på de andre medlemmene av Gruppen. De hadde knapt noen mulighet til å kommentere den nærmere.⁴⁸⁶

Munch-Søegaard minner i sin uttalelse om at da ”hans” stilling ble opprettet i 1956 var det med den begrunnelse at Direktoratet var for svakt utbygget på den ”økonomisk forvaltningsmessige og juridiske side av helseproblemenene”. Anderledes sagt: Direktoratet var for medikratiske. Som vi har sett var det Sosialministeren, Gudmund Harlem, som så og sa det slik, og dyttet på Evang en embedsmann som skulle ha direkte adgang til statsråden. Munch-Søegaard mener at med fjernelsen av det direktoratsomfattende ekspedisjonssjefembedet, hans eget embede, ville de hensyn Harlem pekte på, igjen bli svekket. Munch-Søegaard minner i tillegg om at en del store økonomiske saker, ved den mindre omordning i 1973, ble tatt ut av et overlegestyrte kontor og lagt til Økonomi- og personalkontoret. Dette skjedde, etter ”pålegg” fra Finansdepartementet, og for å sikre en mer forsvarlig forvaltning av helsevesenets ressurser.⁴⁸⁷ Gruppen fjerner nærmest disse to juridiske og økonomiske forsvarlighetsgarantier, og går tilbake til en både mer medikratiske og mer tungvint ordning, mener Munch-Søegaard. Han er dog mest opptatt av det første: ”Kort og greit, legger modellen etter min mening alt for meget myndighet til leger (enkelte).” Han utdyper sitt synspunkt slik:

For tre av de fire avdelingens vedkommende finnes ikke forvaltningsmessig fagekspertise på beslutende nivå. Det gjelder de tre helseavdelinger. Myndighet er knyttet til plass i hierarkiet og for disse avdelingens vedkommende vil de fire øverste ledd i hierarkiet i praksis bli bemannet med leger (eller til dels andre behandlere): Helsedirektør, medisinalråd, fagssjef (overlege) og ass. overlege. Dermed blir den mest markante forskjell fra dagens struktur at ekspedisjonssjefen er skjøvet ut av hierarkiet ved å bli gitt et sektor-ansvar på avdelingsnivå.⁴⁸⁸

486) Jeg bygger her også på samtale med Gruppens leder, Helen Bøsterud, den 16.12.2008. Munch-Søegaards lange særuttalelse har overskriften ”Omorganiseringen av Helsedirektoratet. –Særuttalelse fra arbeidsgruppens medlem, ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard”. Uttalelsen har ingen arkivreferanse, men finnes i Helse- og omsorgsdepartementets arkiv. Uttalelsen, med de inkluderte notater, er på 34 sider. Den forkortede og notat- og sitatstrippede versjonen som er tatt med i Gruppens innstilling er på fem sider.

487) Det er Munch-Søegaard som siterer fra Harlems regjeringsnotat; kfr. Munch-Søegaards lange særuttalelse,

s. 17 og den korte, s. 2 (vedlegg 3 i Bøsterud-gruppens innstilling).

488) Det første sitatet er fra den forkortede særuttalelsen, s. 4, det annet fra den lange, s. 21.

Finurlig legger Munch-Søegaard til at med ”en så topp-tung legeorganisasjon”, er det et spørsmål om Statsråden kan anse det som ”forsvarlig ikke å bringe inn sin departementsråd”. Med andre ord: Skal Munch-Søegaard ”ut”, bør Vindsetmo bringes inn. Munch-Søegaard går ellers, iallfall i hovedsak, inn for Fredrik Mellbyes forslag til nyordning av Direktoratet. Mellbyes forslag gikk i stor grad ut på å ordne Direktoratet etter faglige linjer, med en medisinsk, en juridisk og en økonomisk avdeling, men også med avdelinger for *forvaltning* av helsepersonell og for *legemiddel*forvaltning. Munch-Søegaard skriver at ”Hvis en først skal gå over til en smalere organisasjonsstruktur innebærer denne (Mellbyes) plan en meget større mulighet for å få til en rimelig balanse mellom de ulike faggruppers innf ytelse, arbeidsoppgaver og avansementsmuligheter”.⁴⁸⁹ Han fremholder at Mellbyes modell må innføres gradvis, siden ”saksmengde og art ennå ikke er slik som modellen forutsetter”.

Men viktigst er det at han, Direktoratets grå eminense, eller sfinx, han ble kalt begge deler, så skarpt, ja, med slikt temperament, går imot f ertallsforlaget. Munch-Søegaard har fått legestyret, eller iallfall mange sider ved det, i halsen. Man fornemmer at det er en lenge undertrykket frustrasjon som nå kommer til overf aten. Han kan således ikke dy seg for å nevne at mens den svenske Socialstyrelsen (som dog er mer enn en medisinalstyrelse) har 1 000 ansatte og seks leger i heltidsstilling, har Helsedirektoratet 184 ansatte og 19 leger.⁴⁹⁰

Munch-Søegaard er nok også påvirket, ja ”presset”, av holdningene blant, etterhvert nokså frustrerte, jurister i Direktoratet. Han tar således med juristgruppens Bøsterud-uttalelse i sin egen særuttalelse. Her argumenteres det, meget offensivt, for jusens sentrale plass i helseforvaltningen. Uttalelsen fra juristgruppen er skrevet på bakgrunn av nest siste utkast til Bøsterud-innstillingen (utkast V, 21.5.81). Den tar utgangspunkt i det skille som alltid har spilt slik rolle i helseforvaltningen, skillet mellom forvaltningsorgan og ekspertorgan, eller departementsavdeling og direktoratfunksjon, som juristgruppen uttrykker det. Gruppen skriver, ganske offensivt:

Denne ordning har vært tillagt vekt under diskusjonene om direktoratets fremtidige struktur. Denne sontring bør ikke tillegges stor vekt. Uansett hvilke funksjoner direktoratet utøver er det qua offentlig organ. Det benyttes en offentligrettslig myndighet. Det opptres i henhold til et sett av kompetansenormer. Denne opptreden er i seg selv – uansett dens innhold – underlagt et omfattende normsett.⁴⁹¹

Poenget er godt, og for leger og andre ”empiriske” eksperter utfordrende, men det er også nokså fagimperialistisk. Det er selvsagt riktig at det ”såkalte kliniske skjønn”, som juristene uttrykker det, og som forvaltningsleger utøver, utøves innen rammen av et sett av (formelle) normer. Men det er jo også, og det erkjenner ikke juristene her, tilfelle med det kliniske, og

489) Munch-Søegaards opprinnelige særuttalelse, s. 31. Det neste sitat er fra samme uttalelse, s. 33.

490) Den korte særuttalelsen, s. 4.

491) Notatet fra juristgruppen er datert den 4. juni. Sitatet er fra første side; her gjengitt etter Munch-Søegaards lange særuttalelse, s. 20. Sitatene nedenfor er fra særuttalelsen s. 22-23.

prekliniske, skjønn leger utøver i klinikken eller preklinikken. Forholdet tør være at forvalteren nesten alltid, iallfall i prinsippet, må utøve minst to typer skjønn, et medisinsk (helsefaglig) og et juridisk; dertil kommer selvsagt et økonomisk. Den relative betydning av de to (tre) typer skjønnsutøvelse, eller fagutøvelse, vil imidlertid variere. Juristene skulle altså i sitt notat ha argumentert for at den juridiske skjønnsutøvelse er særlig viktig sett under ett, og kanskje viktigere enn den medisinske. Men at de ikke gjør det, kan nok være et uttrykk for deres irritasjon. De avslutter forøvrig sitt notat med fire karriere- og lønnskrav, krav som også er vidnesbyrd om juristenes standsmessige frustrasjoner. De fremholder at deres krav må sees på bakgrunn av det forhold at ”I det juridiske miljø står Sosialdepartementet statusmessig svært lavt for jurister, med mindre man har en topposisjon”. De kan ikke dy seg for å nevne at dette statusproblem også skyldes at beslutninger taes av ”ikke-jurister selv i .. juridiske saker”. Juristuttalelsen, som Munch-Søegaard slutter seg til, er undertegnet og trolig skrevet, av Direktoratets faglig kanskje fremste yngre jurister, Ingeborg Webster (f. 1940) og Ørnulf Rasmussen (f. 1951).

Det er påfallende at han som gjennom så mange år var en del av Direktoratets medisinsk-juridiske ”kompromiss” reagerer så negativt på statssekretærgruppens forslag. Bak forslaget står ”makten”, innbefattet to av de nye ”maktlegene” i Direktoratet, medisinalråd Willumsen og overlege Hovind. Med sin opposisjon kan man si Munch-Søegaard nesten marginaliserer seg selv. Det er vanskelig ikke å tolke hans opposisjon som iallfall delvis interessebasert. Forslaget fra Gruppen overf ødiggjorde ham som ekspedisjonssjef for hele Direktoratet. Han har også åpenbart sett det slik at de tre helserettede avdelinger ville bli legeledet, og med én av legelederne som Helse-direktørens stedfortreder, kan han ha følt at også jusens rolle ville bli vesentlig svekket. Ja, han sier jo også det. Han tolker Gruppens forslag som mer medikratisk enn vi mener det er. For oss er forslaget også demedikratiserende. Det truer det gamle ”kompromisset”. Samtidig åpner det for en juridisk ”restaurasjon”. Munch-Søegaard ser det i noen grad. Det kommer til uttrykk i hans henvisning til at Gruppens forslag krever at Helsedirektøren underlegges Departementsråden. I sin frustrasjon over egen ”degradering”, og over en lenge ”undertrykket” legeskepsis, tar han ikke sin henvisning skikkelig inn over seg. Hans omfavelse av den populære dr. Mellbyes ordningsforslag kan være med på å tone ned det inntrykk han ellers gir av legeanimositet. Samtidig kan det ha fremstått som iallfall litt attraktivt for ham ved at det innebar at styringsfagene, jusen og økonomikken, fikk sine egne avdelinger og ikke lenger skulle være underordnet medisinen i mer institusjonelt definerte avdelinger.

Men kanskje er det mer som spiller inn? Da Bjørnsson gikk forsvant en lege som aldri fattet en beslutning uten at det juridiske var avklart med Munch-Søegaard. Den nye medisinalråd (1978), Egil Willumsen, var ingen juridisk følsom lege. Han var kjappere og mer tradisjonelt legelig og fikk snart et distansert forhold til Munch-Søegaard.⁴⁹² Willumsen satt også, som den

492) Våre tolkninger her bygger på samtaler med flere, men spesielt med medlem av Bøsterud-gruppen, Ole B. Hovind, den 16.12.2008.

sentrale direktoratsmann, i Bøsterud-gruppen, og spilte her tydelig opp til gruppelederen. La oss også legge til at Mellbye hadde vært den av de gamle overlegene som hadde vært mest juridisk bevisst. Han fikk ingen etterfølger som var like juridisk bevisst som han var. Med Mellbyes og Bjørnssons avgang var derfor mye av grunnlaget for det gamle juridisk-medisinske kompromiss borte. Her kan det ligge ytterligere premisser for Munch-Søegaards temperamentsfulle reaksjon på Bøsterud-gruppens f ertallsforslag.

Munch-Søegaards særuttalelse inneholder en annen, og i vår sammenheng, viktig bemerkning. Han skriver at ”hovedmengden” av Direktoratets saker er ”departementssaker”. Om det dreier seg om ”70, 80 eller 90 %” er, skriver han, mindre viktig. ”Men det er ganske viktig å holde fast ved at statsråden vil ha ansvaret for forsvarlig saksbehandling i de aller f este saker”.⁴⁹³ Man kan nok tolke disse synspunkter som uttrykk for en advarsel mot å dele Direktoratet, men de er samtidig uttrykk for at Munch-Søegaard ser på jusen som det overordnede, og kanskje ”egentlige”, styrings- og forvaltningsfag. Staten skal jo styre ved hjelp av lover og på grunnlag av lover. Hans synspunkter peker slik sett utover ikke bare det gamle kompromiss, men mot en ”renormalisering” av Direktoratet som forvaltningsorgan. For så vidt kan det også peke mot en deling, der jusen blir sentral i Departementet, mens medisinen, og 30, 20 eller 10 prosent av sakene, blir f yttet ut. Etter at ”kompromisset”, med Mellbyes og Bjørnssons avgang var gått i oppløsning, kunne kanskje like gjerne også Direktoratet gå ”i oppløsning”.

Munch-Søegaard kom som nevnt så sent med sin uttalelse at Gruppen forøvrig ikke kunne ta stilling til den. Vi vet ikke hvorfor han slik i virkeligheten bare ble sittende som et slags ”assosiert” medlem av Gruppen. Den fremmedgjørelse han begynte å føle overfor mye av det som skjedde i Direktoratet kan ha spilt en rolle.

Gruppens innstilling ble levert da sommerferien var begynt for mange, den 3. juli (1981). Det var imidlertid Gruppens intensjon å la omordningen skje raskt. Innstillingen ble sendt ut i løpet av en uke (28). Den ble sendt til Helsedirektøren, de ansattes organisasjoner, Sosialdepartementets administrative ledelse og fire departementer (KAD, FAD, JD, FD). Uttalelsesfristen var 15. august, men ble forlenget med en uke. Mottagerne av innstillingen fikk altså bare sommerferien til å utarbeide en uttalelse. De f este remissinstansene uttrykte seg kritisk om det. Noen, særlig organisasjonene, var for øvrig ekstra misfornøyde fordi de mente de hadde fått være for lite med i løpet av den forholdsvis korte utredningsperioden. Gruppen foreslo også at prosessen videre skulle skje raskt. Dens plan gikk ut på at Helsedirektøren skulle ha en gjennomføringsgruppe klar allerede ved remissfristens utløp og at han selv skulle sammenfatte uttalelsene og legge frem et forslag til den videre saksgang før august var til ende (den 29.). Statsråden skulle så ta stilling til saken og fremme forslag til den nye ordning av Direktoratet innen den 18. september. Videre skulle de nye stillinger utlyses

493) Den korte særuttalelsen, s. 1. I den lange uttalelsen skriver han at ”5 % eller kanskje 10 %” er ”helsedirektør” eller ”helsedirektoratsaker”. Kfr. s. 3.

før året var omme og besettes i løpet av januar. Den videre prosess skulle gå utover våren slik at det ”nye” direktorat kunne fungere fra 1. juli (1982).⁴⁹⁴

Det skulle ikke gå slik. Tidsplanen sprakk. Helsedirektørens anbefaling til Statsråden, som skulle ha vært levert innen augusts utløp, kom den 8. oktober, etter valget, og altså på et tidspunkt da det var klart at den sittende regjeringer dager snart var talte. Valget hadde funnet sted den 13. og 14. september og den nye regjeringen var langt på vei klar. Det ville bli en ren høyregjering, med Kåre Willoch (f. 1928) som statsminister og odontologiprofessor Leif Arne Heløe (f. 1932) som sosialminister. Den nye regjeringen ble utnevnt den 14. oktober. Heløe tok med seg som statssekretær psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936), en person han kjente godt fra før, blant annet som forskningsveileder. Det ble snart klart at den nye ledelse i Departementet ikke var interessert i å gå videre med Bøsterud-gruppens ordningsforslag.

Så vel remissinstansenes synspunkter som Helsedirektørens sammenfattende vurderinger bør imidlertid kort nevnes før vi fortsetter.



Etter valget høsten 1981: Arbeiderpartiets Arne Nilsen forlater Sosialdepartementet og statsrådsposten og ønsker sin etterfølger, Høyres Leif Arne Heløe, velkommen. Foto: NTB/Scanpix.

494) Bøsterud-gruppens gjennomføringsplan finnes i dens rapport, s. 105-106.

Direktoratskontorenes synspunkter spriker noe, men ikke mye. Bare Sykehuskontoret, gruppemedlem Ole B. Hovinds kontor, støttet i all hovedsak Gruppen. De øvrige kontorer var preget av en skepsis til den ”organisasjonskirurgi” det var lagt opp til. Ja, de så nok knapt behovet for å gjøre så meget med den eksisterende orden. De gikk bestemt imot fjernelsen av ekspedisjons-sjefsstillingen (på toppen). Skulle det innføres avdelinger over kontorene, viste de, om enn med varierende tydelighet, mest sympati for Mellbyes modell, med Munch-Søegaards tilføyelser. I flere av uttalelsene skinner skepsisen til den gamle legedominans igjennom. Mange føler at denne dominans føres videre med Gruppens forslag. Økonomi- og personalkontoret skriver ”Trass i at det er påvist at ca. 90 % av saksmengden i Helsedirektoratet er vanlige departementssaker, argumenterer arbeidsgruppen som om det den medisinske ekspertise er den vesentlige på beslutningsnivå i Helsedirektoratet”. Kontoret peker på at Gruppen legger opp til at fem av seks toppledere skal være leger og spør derfor om ”den foreslåtte organisasjonsstrukturen er forvaltningsmessig forsvarlig”.⁴⁹⁵ Ellers henviser Kontoret til at den forutsetning Finansdepartementet la til grunn i 1972-73, i forbindelse med omdannelsen av det gamle administrative kontor til Økonomi- og personalkontor, nemlig at det nydannede kontoret skulle ha et overordnet økonomisk ansvar i Helsedirektoratet, ikke var blitt innfridd. For mye av kontrollen var blitt værende i de institusjonelt baserte kontorene, altså hos legene.⁴⁹⁶

Kritikken av legestyret er selvsagt også tydelig i uttalelsene fra Direktoratets juridisk-administrative forum og fra Juristforbundets gruppe i Helsedirektoratet.

Kontoret for sosialmedisin påpeker at siden de fleste saker Direktoratet behandler, behandler det som departementsavdeling, er det underlig at ”man ikke tar skrittet fullt ut og omgjør direktoratet til departementsavdeling”. Kontoret påpeker ellers at det antar at siden avdelingssjefene, etter forslaget, skal være ekspedisjonssjefer, bør de ha direkte statsrådsadgang. Det vil måtte ha konsekvenser for Helsedirektørens rolle. ”Dette er ikke berørt i innstillingen”, bemerker Kontoret underfundig. Kontorets påpekninger er interessante og viktige. De er formulert av byråsjef, cand. jur. Vidar Wilberg, ikke av overlege Tor Ødegaard, selv om begge har undertegnet uttalelsen.⁴⁹⁷ At Gruppen ikke så de momenter det sosialmedisinske kontor trekker frem er underlig. Det tør ha sammenheng med Gruppens sammensetning. Siden Munch-Søegaard halvveis hadde satt seg på sidelinjen manglet Gruppen helt jurister. Bøsterud selv er ikke-akademiker, to av de øvrige medlemmene, Willumsen og Hovind, er leger, mens den siste, Hans Tore Skaug, er cand. mag. Sekretæren, Egil Danielsen er statsviter.

Tannlegekontoret er gjennomgående kritisk til innstillingen og ser ikke behovet for omordning, men mener at hvis der skal komme avdelinger bør

495) Uttalelse fra Økonomi- og personalkontoret til innstillingen fra arbeidsgruppen, s. 3-4. Dateringen kan være falt ut på den kopi vi har sett, men uttalelsen er antagelig skrevet midt i august (mellom 10. og 15.).

496) Kfr. Økonomi- og personalkontorets uttalelse, s. 10-11.

497) Uttalelsen fra det sosialmedisinske kontor har overskriften ”Omorganisering av Helsedirektoratet”. Den er datert 21.8.1981 og har signaturen VGW/br; hvilket jo betyr at notatet er ført i pennen av Wilberg. Sitatet er fra s. 2.

der være en egen tannhelseavdeling. Ellers bemerker Kontoret at den synes den gamle ”koalisjon” igjen har tatt seg til rette. Det skriver at forslaget innebærer ”at medisinerne og jurister ikke bare skal bevare, men også bygge videre ut sine posisjoner nærmest den politiske ledelsen”. Det legger til: ”Dette finner vi ingen saklig begrunnelse for og rår sterkt imot”.⁴⁹⁸

Også Sykepleiekontorets remissuttalelse er holdt i en kritisk tone. Kontoret finner det, som den helsepolitiske utvikling er, ”underlig” at Bøsterud-gruppen vil ”eliminere Sykepleiekontoret, forøvrig uten noen begrunnelse”.⁴⁹⁹ Uttalelsen fra Apotekkontoret er også faginstusjonelt bevisst. Kontorets ledere synes ikke om at dets avgjørelser skal kunne ”overprøves og omgjøres” av personer med ikkefarmasøytisk kompetanse før de er lagt frem for Helsedirektøren. Hygienekontoret er heller ikke fornøyd med innstillingen og har et eget forslag til avdelingsinndeling, noe inspirert av Mellbyes forslag. Utretningskontoret skriver at det finner mange spørsmål så ”mangelfullt utredet” at det er vanskelig å ta standpunkt til innstillingen.

Mens kontorene og de ansattes organisasjoner stort sett har tatt for gitt – unntagelsen er Kontoret for sosialmedisin – at Direktoratet skal fortsette å ha en dobbeltstilling, har de departementale remissinstanser ikke tatt dette for gitt. De viser slik at i forvaltningen har fagstyreordninger, og spesielt slike som innebærer at et organ kan ha ulik status i ulike saker, liten støtte. Forbruker- og administrasjonsdepartementet skriver således i sin uttalelse, at selv om Gruppens mandat var snevert, er det ”forundret over at forholdet til resten av Sosialdepartementet ikke er særlig berørt”. Det savner også ”en vurdering av om og hvordan det er mulig å sikre en forsvarlig politisk og administrativ ledelse av dette svære felt innenfor en departementsorganisasjons trange rammer. Også andre organisatoriske løsninger enn den nåværende, noe spesielle, direktoratsløsningen burde ha vært belyst og vurdert”.⁵⁰⁰ Også Kommunal- og arbeidsdepartementet nærmest kritiserer Sosialdepartementets politiske ledelse for det snevre mandatet. Det fortsetter:

Gruppen har følgelig ikke foretatt en fri drøftelse av hvilken inndeling som vil være mest hensiktsmessig for å varetæ de oppgaver direktoratet skal løse, eller om det ville være mest hensiktsmessig med en ren departementsavdeling og et direktorat med vanlige direktoratsfunksjoner. Etter vår mening kan det reises berettiget tvil om Helsedirektoratet, med en oppbygning som foreslått, bør ha blandet status som direktorat og departementsavdeling.⁵⁰¹

498) Tannlegekontorets uttalelse har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert 21.8.1981. Det har arkivreferansen 20529/81 H.dir. 8. Sitatene er fra s. 3.

499) Sykepleiekontorets remissuttalelse har overskriften ”Organisering av Helsedirektoratet – utredning avgitt 3. juli 1981 fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialministeren den 26. november 1980”. Uttalelsen er datert den 17.8.1981 og har signaturen EE/FS/RW. EE er førstekonsulent Ester Egebakken (f. 1920) og FS den unge konsulent og jurist Fredrik Staff (f. 1953). Uttalelsen er imidlertid også undertegnet av underdirektør Idunn Heldal Haugen. Hun har nok preget innholdet i uttalelsen.

500) Remissuttalelsen har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert 31.8.1981. Den har arkivreferanse 1311/81 A JG/TB/OL/GK.

501) Remissuttalelsen har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert den 9.9.1981. Den har arkivreferanse 3308/81 D KHo/KE. Sitatet er fra første side. Det neste sitat er fra s. 2.

Kommunaldepartementet er ellers ”noe reservert m.h.t. den sterkt fram-tredende plass som er gitt til de faglig-medisinske hensyn i det foreliggende forslag”. Det er grunn til å merke seg at uttalelsen er undertegnet, om ikke ført i pennen, av Kommunaldepartementets nye departementsråd, Tormod Hermansen. De tanker som kommer til uttrykk i remissuttalelsen nå er i tråd med de synspunkter han nylig hadde gitt uttrykk for, som ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets sosialavdeling.

Sosialdepartementets administrative ledelse uttaler seg, selvsagt, på samme måte som ledelsen i de andre departementene som uttalte seg, nemlig kritisk. Dens ni sider lange uttalelse inneholder mange konkrete innvendinger, blant annet hva angår forslaget om fire ekspedisjonssjefer. Den begynner oppsummeringen av sine kommentarer med å erklære at ”På det grunnlag som nå foreligger synes det vanskelig å tilrå at det treffes noe konkret vedtak om reorganisering av direktoratet”. Den fortsetter: ”Mandatet har hatt en utforming som har medført at helt sentrale spørsmål ikke er blitt utredet, og innen den tidsramme som arbeidsgruppen har hatt til disposisjon, er det en rekke spørsmål som det ikke har vært mulig å gi en tilstrekkelig behandling”. Departementets administrative ledelse går altså langt i retning av å kritisere Statsråden og Statssekretæren. Den følger opp kritikken med å peke på hvilke spørsmål Gruppen ikke fikk ta opp, men som det nå er nødvendig å ta opp: ”Det bør vurderes om det kan være hensiktsmessig å etablere en egen avdeling for rent departementale oppgaver, og et direktorat med vanlige departementsfunksjoner.” Departementsledelsen leverer her det man kunne kalle en ”lissepassing” til den nye politiske ledelse Departementet snart skulle få. Departementsledelsen nevner videre at delegasjonsspørsmålet må vurderes langt grundigere enn det Gruppen har gjort: ”En kan vanskelig ta standpunkt til spørsmålet om hva som er hensiktsmessig organisering av sentraladministrasjonen før en har fått oversikt over hvor stor del av den nåværende saksmengde på nærmere 40 000 saker som i det hele tatt bør behandles av et sentraladministrativt organ – det være seg direktorat eller departementsavdeling”.⁵⁰² Uttalelsen er undertegnet av departementsråd Emil Vindsetmo og ekspedisjonssjef Finn Høvik. Deres ånd preger uttalelsen, selv om den er skrevet av to andre; én av dem er Fredrik Hoffmann, en av de to som skulle være sekretærer for den neste statssekretær, da hun gjennomførte den deling Vindsetmo og Høvik nå eksplisitt anbefaler.

Da de aller f este remissuttalelser var kommet inn kom Helsedirektøren med sine vurderinger overfor Statsråden. Hans uttalelse er datert den 8. oktober 1981, altså nesten en måned etter valget og like før regjeringsskiftet. I sin uttalelse, kalt ”Omorganisering av Helsedirektoratet”,⁵⁰³ nevner han innledningsvis hvem som har vært remissinstanser og trekker spesielt frem de aktuelle departementer, altså Forbaker- og administrasjonsdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet, Finansdepartementet og Justisdepartementet. Han nevner ikke sitt eget, og viktigste departement,

502) Uttalelsen fra Sosialdepartementets administrative ledelse har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert 21.8.1981. Den har arkivreferansen 5310/81 II KB-FrHo/gh. Sitatene er fra s. 7 og 8.

503) Uttalelsen fra Helsedirektøren, som ikke har noen arkivreferanse, utover signaturene TM/aaK/S, er stilet til Statsråden. Det er på nesten syv sider.

Sosialdepartementet. Han nevner at Finansdepartementets uttalelse er kommet sent (7.10.) og at Justisdepartementets ennå ikke er kommet. Han skriver at han ”finner det vanskelig å gi noen endelig tilråding (til Statsråden) før også uttalelsen fra Justisdepartementet foreligger”. Han legger til: ”På grunn av regjeringsskiftet finner Helsedirektøren å ville fremlegge saken for statsråden med en foreløpig uttalelse”. Det ble med den. Men henvisningen til Justisdepartementets manglende uttalelse virker søkt. Han kommenterer i sitt brev overhodet ikke de utfordrende uttalelser fra de departementene, og ikke minst Sosialdepartementet, var kommet med. Ja, han berører bare indirekte og overfladisk andre remissuttalelser. Han konsentrerer seg om å kommentere de sentrale punkter i selve innstillingen. Det gjør han mer på en erklærende enn en analytisk argumenterende måte. Han ber om å få beholde både medisinalråden og ”lovråden”, men går, som han allerede hadde forpliktet seg til, inn for å opprette et avdelingsnivå og for å lage en ledergruppe som også omfatter avdelingslederne. Han går selvsagt også inn for å delegere, uten å være konkret. Han vil ha fire avdelinger, med helst de som opprinnelig var foreslått. Det betyr at han, iallfall på lengre sikt, ville ha én helsetjenesteavdeling, og en egen legemiddelavdeling. Han begrunner det siste med de sterke ønsker fra ”sektoren”, men hans interesse for legemiddelpolitikk og hans gode forhold til apotekersjef Bjørn Jøldal kan kanskje også ha spilt en rolle.

Det er vanskelig å si hvorfor Mork valgte å overse de mer utfordrende kommentarer fra de mektige ”forvaltningskrefter” Vindsetmo & Co. representerte, men kanskje har det med regjeringsskiftet å gjøre. Bøsterudgruppen skulle være den instans som ”endelig” stanset det borgerlige ”mas” om deling av Direktoratet. Men de for ham tunge og viktige departementer brukte Gruppens innstilling til å forberede det endelige angrep på Det evangske direktorat han hadde arvet og skulle utvikle videre. Det var som om de hadde ventet på regjeringsskiftet. Nå kom det og snart ville politikere som tenkte som Vindstemo, Madsen og Høvik være på plass i Sosialdepartementet. Han visste dessuten at skepsisen til det evangske, og nå morkske, medikrati var stigende også i Arbeiderpartiet, spesielt etter at Gro Harlem Brundtland vinteren 1981 var blitt statsminister og partileder. Hun mente fortsatt at utnevnelsen av Mork var ”gal”. Det hører med til bildet at mektige, medikratiskeptiske forvaltningsledere, som Tormod Hermansen, var arbeiderpartifolk med betydelig innflytelse i partiet.

Men mer gav Helsedirektøren grunnlag for bekymringer og kanskje en viss motløshet. For det første viste remissuttalelsene at det var en viss misnøye i Direktoratet med ledelsen. For det annet, og det var kanskje verre, var uttalelsene vidnesbyrd om at de gamle spenninger mellom leger og jurister var betydelige, ja, antagelig økende. Endog Helsedirektørens nære juridiske rådgiver, Knut Munch-Søegaard, var irritert på juristenes vegne. For det tredje ble det forslag til avdelingsordning Bøsterud-gruppen lanserte, og som delvis var Helsedirektørens, avvist av de fleste kontorer. Ja, det store flertall av kontorer sluttet seg til det mer juridisk akseptable forslag Mellbye hadde fremmet og Munch-Søegaard, med noen tilpasninger, hadde sluttet seg til.

Selv om Torbjørn Mork langt fra skriver så kansellipreget som Karl Evang kunne gjøre, og særlig i yngre år gjorde, er han opptatt av å understreke sitt embedes stadig nokså spesielle status. Han omtaler hele veien seg selv i tredje person, som Helsedirektøren, med stor bokstav. Han henvender seg også til Statsråden i tredje person, men skriver hans tittel med liten S.

Statsråd Arne Nilsen besvarer skrivelsen fra Helsedirektøren fire dager etterat han har mottatt den, altså den 12. oktober.⁵⁰⁴ Svaret fra Statsråden er åpenbart skrevet av ham personlig, med hans form for nynorsk. Svaret viser at han er opptatt av saken, og av Helsedirektøren. Statsråden bemerker at ”kjenner eit sterkt ansvar for å føre denne saka vidare” og vil derfor ”knyta nokre merknader til Arbeidsgruppa si utgreiing og til den førebels fråsegna frå helsedirektøren av 8.10.81”. Statsråden skriver at han forstår Helsedirektørens ønske om, ”inntil vidare” å beholde sine to nærmeste medarbeidere, men mener det på lengre sikt er viktig å unngå at ”organisasjonsstrukturen blir for ”djup””. Når det gjelder avdelingsinndelingen vil han inntil videre ha to helsetjenesteavdelinger, men er enig i at det ”på lengre sikt” bør komme én avdeling. Han godtar Helsedirektørens ønske om å ha en egen legemiddelavdeling. Han mener ellers at planleggingsenheten bør legges i stab til Helsedirektøren, en løsning Helsedirektøren ikke har noe imot. Planlegging er jo også i sin natur en overordnet virksomhet, selv om den ofte på dette tidspunkt var nokså løsrevet fra den løpende beslutningsprosess. Statsråden avslutter med å si at det nå raskt bør taes standpunkt til ”leiar- og hovudstrukturen” og at den vidare organisering bør skje i regi av Helsedirektøren.

Statsrådets notat må ha behaget Mork. Det er skrevet på en vennlig og forståelsesfull måte. Det er uttrykk for det gode forhold den omgjengelige statsråd fra Voss, Arne Nilsen, hadde til Torbjørn Mork.⁵⁰⁵ Men notatet må også ha vært en fattig trøst. Det spilte ingen rolle lenger hva Arne Nilsen mente.

Delingen

Den nye forvaltningspolitikk: Heløe og Heiberg

Da den nye sosialminister, tannlegen og høyremannen Leif Arne Heløe, tiltrådte ble han, som tradisjonen er, av Departementsråden gitt en oversikt over Departementets organisasjon, de viktigste sakene det ble arbeidet med og hvilke saker som det var av særlig betydning å være oppmerksom på når det gjaldt den nærmeste fremtid. I denne oversikten lå også en orientering om organisasjonssaken i Helsedirektoratet. Blant annet lå det et notat fra forgjengeren, Arne Nilsen, med forslag om at Helsedirektoratet burde

504) Notatet fra Statsråden til Helsedirektøren er kalt ”Organisering av Helsedirektoratet”. Det har ingen arkivreferanse.

505) Arne Nilsen opplyser i samtale vi hadde med ham den 16.12.2008 at han hele tiden hadde et godt, om ikke nært, forhold til Helsedirektøren. Han hadde intet ønske om å gjøre radikale forandringer i Helsedirektoratet. Store omorganiseringer koster for mye i forhold til hva de gir, mente han.

omordnes etter Bøsterud-gruppens prinsipper. Nilsen orienterte også Heløe muntlig om ”helsedirektoratsaken” i forbindelse med statsrådsskiftet.⁵⁰⁶

Heløe var slett ikke uforberedt på organisasjonssaken. Han kjente Mork forholdsvis godt og hadde også kjent Evang, om enn mer overf adisk. Evang traff han første gang da han gikk på ”Evangs” Bygdøy-kurs i 1963. I 1968-69 fikk han, som ordfører i Harstad (1968-1969), avgjørende støtte fra Evang i sin kamp for å bevare Harstad sykehus.⁵⁰⁷ Mork hadde han blitt kjent med allerede da han tok Bygdøy-kurset og traff ham siden fra tid til annen, blant annet da han videreutdannet seg i sosialodontologi i begynnelsen av 1970-årene. Da hadde han Mork som lærer i epidemiologi og statistikk. Han fikk siden, ved Morks hjelp, statistisk bistand da han arbeidet med sin doktorgrad.⁵⁰⁸ Han kjente ellers godt til de gamle stridighetene rundt legestyret i Helsedirektoratet og hvordan de var blitt tydeligere mot slutten av 1970-årene. Gjennom Helen Bøsterud, som han kjente fordi de begge satt i Rådet for sosialarbeiderutdanning, hun som formann og han som nestformann, var han blitt satt ekstra godt inn i saken.

Da Heløe ankom Departementet været han fort ”skismaet”, spenningen mellom Departementets administrative ledelse og Helsedirektøren og hans legedere.

Han var også fullt på det rene med at saken allerede var blitt ”politisert”. Han hadde i perioder møtt som vararepresentant på Stortinget i perioden 1977-1981 og merket nå ”pådrivet” både fra Høyres stortingsfraksjon og (den borgerlige) ”storfraksjonen” om å gjøre noe; det vil si, om å dele Helsedirektoratet i en departementsavdeling og et fagdirektorat.

Den nye ledelsen i Departementet kastet seg ikke straks over direktoratsaken. Utad var den saken av mindre betydning. Rene helsepolitiske saker var utad langt viktigere, og nå var det spesielt den nye loven om primærhelsevesenet som tok oppmerksomheten. Men også andre saker, samt det å få oversikt over Departementet og dets brede virkefelt, krevde tid og oppmerksomhet. Direktoratsaken fikk vente litt, men ikke svært lenge. Sent på høsten 1981 og tidlig på nyåret 1982 sørget departementsråd Vindsetmo for å få den høyere opp på ledelsens dagsorden. Statsråden så straks at saken måtte håndteres politisk og at den måtte håndteres raskt. Man kunne ikke sette ned et nytt utvalg; det ville bare få opp alle interessemotsetningene og ta en uendelighet av tid. Det måtte ageres mer ”kirurgisk”. Den politiske ledelse måtte selv drive saken gjennom. Siden Statsråden ikke kunne ta saken, gav det seg selv at det ble Statssekretæren som måtte ta den. Uredd og

506) Vi har i det følgende, i tillegg til det skriftlige materiale, basert oss på samtale med Leif Arne Heløe, 18.12.2008. På en mer generell måte har også disse arbeider av Tom Christensen spilt en rolle: *Styrt endring og planlagte konsekvenser – En studie av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning i 1983*. Tromsø: Institutt for samfunnsvitenskap, 1985, og *Politisk styring og faglig uavhengighet – Reorganisering av den sentrale helseforvaltning*. Oslo: TANO, 1994.

507) Det passet Evang å støtte Harstad da, for bakgrunnen for truselen mot Harstad-sykehuset var planen om å bygge ut sykehuset i Tromsø som ny universitetsklinikk. Evang var imot Tromsø-planene, som ikke minst Peter F. Hjort stod bak. Som vi har sett var Evang etter hvert blitt på vakt overfor Hjort.

508) Heløe disputerte for den odontologiske doktorgrad i 1974 og ble professor i sosialodontologi ved Universitet i Oslo i 1975.

handlekraftig som hun raskt hadde vist seg å være, passet hun også godt til å ta den.

Saken ble så utpå vinteren tatt opp på en regjeringslunch (som holdes etter statsråd fredager). Det var enighet om å gå inn for deling av Direktoratet, og Departementets administrative ledelse ble bedt om å lage et utkast til et R-notat (regjeringsnotat). Forfatteren ble ekspedisjonssjef Jan Madsen. Statsråden gav beskjed om hvilke punkter han skulle ha med og hva konklusjonen skulle være, og Madsen utformet så notatet. Det ble gjort med med stor iver. Ja, den nye ledelses tanker om omordning av helseforvaltningen virkelig ”tente” Madsen og hans kolleger i de ”ordinære” departementsavdelinger: ”De var som steinbit i fiskekassa”, beretter Statsråden fra nord.⁵⁰⁹

Etter at statsråden hadde sett på og gjort noen endringer i notatet, datert 12.3., ble det drøftet i regjeringskonferanse den 15. mars 1982. I notatet henvises det til at helsepolitikken, særlig siden 1970-årene, er radikalt endret, men at den sentrale helseforvaltning i hovedsak er den samme som den var i 1945/46. Det heter videre at det siden 1974 er ”arbeidet meget med spørsmålet om Helsedirektoratets organisasjon”, men så langt uten resultater. Bøsterud-utvalgets innstilling, den siste så langt, er utilfredsstillende fordi ordningsspørsmålet ikke var vurdert fritt, står det enn videre i notatet, som fortsetter slik: ”På denne bakgrunn er jeg kommet til at man bør få vurdert et alternativ der de naturlige departementsoppgaver skilles ut fra Helsedirektoratet og overføres til en helseavdeling i departementet”.

Til slutt i notatet ber statsråd Heløe

om Regjeringens tilslutning til at statssekretæren gis i oppdrag å legge fram et forslag til hvordan arbeidsoppgavene i den sentrale helseadministrasjon eventuelt kan fordeles på en helseavdeling og et direktorat, og hvordan disse enheter best kan organiseres og bemannes, ut fra de forutsetninger som er skissert ovenfor.⁵¹⁰

Han fikk denne tilslutning og statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg ble straks gitt det oppdrag R-notatet forutsatte. Hun fikk med seg som sekretærer den nyutnevnte assisterende fylkeslege i Akershus, og nylig avgåtte assisterende overlege i Helsedirektoratet, Anne Alvik (f. 1937) og underdirektør i Sosialdepartementet, historikeren Fredrik Hoffmann (f. 1939). De to var valgt ut av henholdsvis Departementet og Direktoratet, ikke av Statssekretæren. For Anne Alvik var det ikke bare enkelt å skulle være sekretær for et utvalg som skulle løse opp det evangske medikrati, men hun sa ja da Helsedirektøren spurte henne.⁵¹¹ Statssekretæren, men særlig de to

509) Fremstillingen er, i tillegg til arkivdokumenter, basert på samtaler med Leif Arne Heløe, 18.12.2008, og Astrid Nøklebye Heiberg, 5.1.2009.

510) Notat til regjeringskonferanse fra Sosialministeren, datert 12.3.1982 (halvannen side). (Ingen arkivreferanse.)

511) Mork hadde først spurt byråsjef i Hygienekontoret, Inger Onsum, men da hun bad om å få slippe, ble Anne Alvik spurt. Alvik skulle begynne som assisterende overlege den 1. april (1982), men Fylkeslegen gikk med på at hun kunne utsette sin tiltredelse med tre måneder (til 1. juli). Opplysningene er gitt av Anne Alvik i samtale 24.11.2008.

sekretærene, skulle få det travelt. De skulle være ferdig før sommerferien. De klarte det. De leverte sin rapport den 25. juni (1982).⁵¹²

Statsråden kritiserte i sitt R-notat den foregående regjering for å ha gitt Bøsterud-utvalget for lite utredningsfrihet. Statssekretær Heiberg og hennes sekretærer fikk enda mindre frihet. Forslaget de skulle komme frem til, var i prinsippet bestemt på forhånd: Helseforvaltningen skulle ”normaliseres”; den skulle deles i en ordinær helseavdeling og et delvis fristilt direktorat. De tres oppgave var å konkretisere det. Man kan si at de slik skulle utvide grunnlaget for de organisatoriske beslutninger som skulle fattes, nemlig ved å peke på hva en ”normalisert” ordning ville innebære. I praksis var det imidlertid ikke tale om å få et bredere beslutningsgrunnlag, men om å legge premissene mer konkret til rette for å gjennomføre den beslutning som var fattet på forhånd. At premissene skulle legges på plass så raskt, er et uttrykk for at beslutningen allerede var fattet. Den var en slags politisk bestilling fra borgerlige stortingspolitikere, ikke minst fra politikere fra Kristelig Folkeparti. Departementsråden og hans ekspedisjonssjefer dyttet raskt ivrig på for å få den politiske bestilling gjort om til formelle beslutninger. I den nye statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg fikk både borgerlige politikere og ”ryddighetsorienterte” byråkrater en meget effektiv eksekutør. Psykiateren var og er en uredde og handlekraftig dame.

Det ble allerede den nesten reelle beslutningsdag, altså den 15. mars, sendt ut en pressemelding om regjeringsbeslutningen. Samme dag gav Statssekretæren en orientering om beslutningen for de ansatte i Direktoratet. Hun fortalte da også at arbeidet med hennes utredning i den første fasen ville skje uten deltagelse av representanter for de ansatte. Norsk tjenestemannslags gruppe styre i Helsedirektoratet mislikte at de ansatte skulle holdes utenfor utredningsarbeidet, og krevde i et brev til Statssekretæren å få delta i arbeidet. NTLs avdeling 2-10 Regjeringskvartalet henviste til at de ansatte var aktive deltagere i de tidligere utredninger. Statssekretæren avviste kravet, og henviste til at Statsråden hadde bedt henne

legge frem forslag om et alternativ der de naturlige departementsoppgaver skilles ut fra Helsedirektoratet og overføres til en helseavdeling. Dette vil evt. innebære en viktig endring i departementsstrukturen. Dette er bakgrunnen for at spørsmålet først har vært tatt opp i Regjeringen. Det er således en sak av klart politisk karakter (jfr. 2.3.3.4 i Hovedavtalen).⁵¹³

Statssekretæren startet sitt arbeid med å utarbeide nærmere retningslinjer for arbeidet og med å engasjere de to nevnte sekretærer, en liberal lege og en radikal historiker. I statssekretærens retningslinjer het det blant annet at

*.. en eventuell helseavdeling i hovedsak skal:
- ha det øverste administrative ansvar for å sette politiske vedtak ut i livet,*

512) Den er kalt ”Organisering av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet” og er på 100 sider.

513) Brevet fra Statssekretæren har arkivreferanse 509/82 og er datert 30.3.1982. Brevet fra NTL har ingen arkivreferanse, men er datert 19.3.1982 og underskrevet av Elisabeth Roll, gruppeleder, og H. Tore Skaug, forhandlingsleder. Dette brevet er sendt i kopi til alle de øvrige fagforeninger, samt til Helsedirektøren og Departementsråden.

- ha ansvar for lovforberedelse,
- ha det øverste planleggingsansvar bl.a. for nasjonale helseplaner, fylkeskommunale helseplaner, normtall m.v.
- behandle spørsmål om rammetilskott for helsetjenesten, langtidsbudsjetter og langtidsprogrammer,
- utarbeide hovedretningslinjer for helsepolitikken,
- i noen saker fungere som klageinstans.

Et eventuelt fagdirektorat bør i hovedsak:

- iverksette tiltak innen de rammer som departementet bestemmer,
- utarbeide årlige budsjettforslag,
- utarbeide forskrifter m.v.,
- behandle enkeltsaker som ikke kan desentraliseres,
- gi faglig opplysning og veiledning til kommuner, fylkeskommuner og statlige helseinstitusjoner,
- føre tilsyn og kontroll med at helsetjenesten planlegges, utformes og drives i samsvar med gjeldende bestemmelser.⁵¹⁴

Hun snevrer med disse konkretiseringene oppdraget ytterligere inn. Innholdsmessig gir imidlertid konkretiseringene i noen grad seg selv. De forteller hva som ligger i ideen om "naturlige departementsoppgaver" og ditto direktoratsoppgaver. Arbeidsdelingen går, i hovedsak, ut på at Direktoratet skal komme inn i den politisk-administrative prosess' første og siste faser – altså på den ene side i de samfunnsdiagnostiske og første beslutningsforberedende faser og på den annen side i de iverksettende og forvaltningsmessig og pre/klinisk kontrollerende faser, mens Avdelingen skal komme inn på de mer beslutningstilretteleggende og de iverksettelsesinitierende og iverksettelseskontrollerende faser. Man kan også si det slik: Direktoratet skal spille hovedrollen i de faser hvor helsefagligheten spiller størst rolle, altså i første og siste instans, mens Avdelingen skal spille hovedrollen der de verdi- og interessemessige, men også strategiske, spørsmål spiller størst rolle, altså i "midtre instans". Politikerne kommer inn helt på "toppen" i den prosess Avdelingen har ansvaret for.

Vi har tillatt oss å gjøre Statssekretærens mer "intuitive" og "diskrete" strekpunkter om til faser i en kontinuerlig prosess. Det gjør det enklere å se logikken i forslaget, men det gjør det knapt særlig enklere å sette de to strekene, den første og den annen strek. Helsefagfolkene er vant med å ta utgangspunkt også i verdier, og indirekte i interesser, og vil derfor ha en naturlig tilbøyelighet til å følge sine saker et stykke inn på det departementale og endog politiske område, og på den måten egentlig gi seg selv de premisser de skal iverksette politikk med utgangspunkt i. Dertil kommer at helsepolitiske beslutninger alltid i større eller mindre grad har helsefaglige, og særlig medisinske, forutsetninger. Det bidrar selvsagt ytterligere til at fagfolkene naturlig vil langt inn, ikke bare i departementsforvaltningen, men i politikken. Som vi har sett, leger er "naturlig" helseaktivistiske, som preklinikere, og pasientaktivistiske, som klinikere. Samtidig er politikere,

514) Rapporten "Organisering av Sosialdepartementet/helsedirektoratet", *op. cit.*, s. 8-9.

og dermed i praksis deres byråkratiske tjenere, vant med å kunne gripe inn både sent og tidlig i prosessen, og endog å gjøre det på svært kasuistiske måter. Omfanget av slik inngripen begynte for øvrig å øke markert i løpet av 1970-årene og har siden holdt seg høyt. Vi skal ellers komme tilbake til hvordan politikernes etter hvert tiltagende tvetydige holdning til politisk-kasuistisk intervensjon kan være med på å forklare den deling som nå, i 1982-83, kommer. Nå skal vi ellers bare legge til at de objektive problemer som er forbundet med å avgrense oppgavene på en tydelig måte skulle skape ”utfordringer” så vel i utredningsprosessen som siden i praksis.

Ettersom arbeiderpartiregimet etter krigen hadde begynt å sette seg, ble Høyre tiltagende kritisk til etableringen av direktorater og lignende organer. Partiet så på dem som symboler på den ekspanderende stat og som uttrykk for Arbeiderpartiets forsøk på å svekke den parlamentariske kontroll med forvaltningen. I noen grad hang nok også holdninger fra mellomkrigstiden igjen: Direktoratet førte til dobbel saksbehandling og dermed også sløseri. Går vi enda lenger tilbake i tid, blir bildet mer nyansert. Det var, som vi har sett, ”før-høyrefolk” innen embedsstanden som tok initiativ til den første etablering av direktorater o.l., nemlig fra 1840-årene av. Deres motiver var statsmoderniserende, og tildels nyttestatlige.

Med demokratiseringen av statsstyret kom fagstyrene under økende politisk styring, og man fikk, som vi har sett, de mellomløsninger Helsedirektoratet, forsinket, kom til å representere etter krigen. Det er den gamle ”avpolitiserende” moderniseringspolitikk som under Arbeiderpartiets f ertallsstyre, det nye ”embedsstatsstyre”, revitaliseres. Det skjer under sterk tilskyndelse fra nyttestatsorienterte fagfolk, særlig økonomer, teknologer og endel jurister og filologer, som nå strømmet til Arbeiderpartiet. Den såkalte Rasjonaliseringskomiteen, som ble oppnevnt allerede i 1945, med forsvarsminister Jens Christian Hauge (1915-2006) som formann, reiste spørsmålet om ikke endel av de statlige styringsorganer burde organiseres anderledes enn som departementer. Det var disse tankene som i 1955 resulterte i Regjeringens prinsipperklæring om at det var nødvendig å f ytte ut oppgaver av ”teknisk” og ”rutinemessig” karakter fra departementene. Det var også disse tankene som resulterte i at f ertallet i Modalsli-komiteen i 1970 foreslo å f ytte ut nettopp slike saker fra Sosialdepartementet og Helsedirektoratet.

Da Høyre igjen kom til makten var ”avpolitisering”, blant annet gjennom direktoratsetablering, ikke lenger like farlig. ”Avpolitisering” betydde jo tillike at man kunne få stekket den stadig nokså sosialradikale helsedirektørs ”vinger”. Men mer kom til. Høyre ble nå ble mer og mer påvirket av den avpolitiserende tendens som begynte å prege Vesten, spesielt etter Margaret Thatchers komme som britisk statsminister i 1979 og Ronald Reagans som amerikansk president fra 1981. Staten skulle styre mer i gammel rettsstatlig forstand, og ellers delegere konkretiseringen av politikken til ”fristilte”

organer, og, når det gjaldt produksjon og tjenesteytelse, til privatiserte og private virksomheter, til foretagender. Det var slik meget ved Vindsetmo og Madsens delingsplan som virket tiltrekkende på de to høyrefolk, enda så ”lyseblå de gikk for å være, som nå overtok ledelsen av Sosialdepartementet.”⁵¹⁵ For tannlegen Heløe og psykiateren Heiberg kunne nok den medikratiske integrasjonstanken også ha hatt appell, men de var på dette tidspunkt mer preget av den politiske enn den faglige stemning. For Heløes vedkommende var imidlertid denne holdningen modnet over noe lengre tid, mens den kom bråere til den helt ferske politiker, Heiberg. Hun kom imidlertid snart til å bli nokså medikratikritisk. Hun reagerte negativt på den påvirkning hun nå ble utsatt for fra sin egen forening, Lægeforeningen.⁵¹⁶



Da regjeringen Willoch tiltrådte høsten 1981 valgte den nye sosialminister, psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg som sin statssekretær. Han kjente henne godt fra før. Den nye statssekretæren hadde disputert i 1980, sammen med sin nye sjefs hustru, tannlegen Berit Heløe. Her er de to avbildet på kvinnedagen i 1980. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

De medikratiske ideene hadde heller ikke lenger like overbevisende talspersoner som de hadde hatt i Evang. Helsedirektøren var stadig medikrat, men ingen idébevisst og overbevisende sådan. Medikratene, Helsedirektøren innbefattet, hadde nok mange motforestillinger mot delingsplanen. De hadde

515) Statsråd Heløe var, som vi har sett, en gammel høyrepolitiker. Heiberg hadde ingen politisk bakgrunn da hun ble utnevnt som statssekretær. Ja, hun var ikke engang medlem av Høyre; det ”ordnet” hun med etter utnevnelsen. (Samtale med henne, nevnt ovenfor.)

516) Opplyst av A. N. Heiberg i samtale 5.1.2009.

langt færre forestillinger, og de forestillinger de hadde var pragmatiske. Deres ideer reflekterte ingen begeistrende visjon. Dertil kom at endel leger nå, ikke minst offentlige leger (i Offentlige legers landsforening), var blitt skeptiske til de medikratiske ideer, og gav uttrykk for det. Men én hadde ideer og visjoner av mer offensiv medikratiske, eller snarere planmedikratiske, art. Han var imidlertid ikke her ikke lenger. Han var dratt til København. Han var blitt vraket i 1977.

Heiberg-prosessen: fase 1

Statssekretæren og de to sekretærer hadde bare tre måneder på seg. De hadde derfor knapt tid til å samle inn nye opplysninger. De måtte i stor grad basere seg på det materiale som var samlet inn i forbindelse med "Bøsterud-prosessen". Dette materiale ble fylt ut og oppdatert gjennom samtaler sekretærene hadde med alle kontorer i Direktoratet, men også med noen av kontorene i Departementet forøvrig. Sekretærene hadde i tillegg møter med representanter for Helsedirektoratets ytre etat, med endel ledere i det kliniske og prekliniske helsevesen og med to sentrale juridiske embedsmenn. De ytre etater møtte de gjennom det utvalg som var oppnevnt for å utarbeide forslag til utvikling av fylkeslegekontorene, Larssen-utvalget⁵¹⁷ og gjennom Oslo stadfysikus, den alltid tilstedeværende Fredrik Mellbye. Det utøvende helsevesen møtte de gjennom tre fylkeskommunale sykehussjefer, to sykehusadministrasjonssjefer, en sykehusavdelingsdirektør og en overlege ved Statens institutt for folkehelse.⁵¹⁸ Departementsjusen møtte de gjennom to byråsjefer i Justisdepartementets lovavdeling, Knut Brofoss (f. 1948) og Inge (Inger-Else) Stabel (f. 1946).

De to skribentene, Alvik og Hoffmann, kjente ikke hverandre fra før. Anne Alvik var ingen ideologisk bevisst medikrat, men var dog knyttet til den medikratiske kultur og fant det ikke helt enkelt å være sekretær for delingsarbeidet. Det var avgjørende at det var Mork som spurte henne, dog etter at en annen, som nevnt, først var spurt. Men hun sa også ja til å være sekretær fordi hun så at delingen nå var uunngåelig og at utfordringen var å finne en best mulig måte å gjennomføre den på. For så vidt var det jo også en enestående anledning, både for henne og for Fredrik Hoffmann, til å være med på å forme fremtidens helseforvaltning. Hoffmann var mer innstilt på deling enn Alvik og fant det slik enklere å være sekretær. De to samarbeidet godt som sekretærer og hadde også et godt, men ikke tett, samarbeid med Statssekretæren. Sekretærene arbeidet nokså selvstendig, noe tidsfristen gjorde nødvendig og mandatet mulig.

Men selv om Heibergs mandat var nokså tydelig, var det nok av utfordringer hun og sekretærene stod overfor da de skulle begynne konkretiseringen. De måtte for det første ta stilling til hvordan forholdet mellom Departement og

517) Dette utvalg, som ble oppnevnt 5.11.1979 og leverte sin innstilling 3.8.1982, var ledet av fylkeslege i Møre og Romsdal, Arne Victor Larssen, og bestod ellers av fylkeslege Gustav Vig, Hedmark, byråsjef Vidar Wilberg, Helsedirektoratet, kontorsjef Øystein Ruud, Fylkeslegekontoret i Hedmark og rasjonaliseringsleder Jon Oftedal, Statens Rasjonaliseringsdirektorat. Hele utvalget deltok på møtet med sekretærene.

518) Sykehussjefene var Opplands Jan Stolp, Møre og Romsdals Per Roland og Akershus' Arne Vetlesen (han hadde titelen sykehusdirektør), sykehusadministrasjonssjefene Harald Holand, Regionsykehuset i Tromsø og Jarle Øie i Trondheim, avdelingsdirektøren Nils Holm, Det Norske Radiumhospital og SIFF-overlegen Bodolf Hareide. Kfr. Heiberg-rapporten, s. 37.

Direktorat formelt skulle være, altså hvor fristilt Direktoratet skulle gjøres. De måtte for det annet ta stilling til oppgavefordelingen og hvor presis den skulle, eller kunne, gjøres. Endelig, og for det tredje, måtte de ta stilling til hvordan departementsavdelingen og Direktoratet i hovedtrekk skulle organiseres. Omordningen gjaldt i første rekke de to første spørsmål, men den indre ordning av de to forvaltningsenheter var ikke uten betydning for hvordan de kunne og skulle forholde seg til hverandre.

Vi skal føye til her at den rapport Statssekretæren og de to sekretærer skrev til slutt, noe påfallende, ”åpner” mandatet. Det heter nå, i kapitel 8 (fra s. 92) at rapportskriverne ser for seg tre ”alternative organisasjonsmodeller”, nemlig Bøsterud-utvalgets egentlige modell, Bøsterud-utvalgets modell med Helsedirektørens modifikasjoner og ”delingsmodellen”. Forsåvidt som Statssekretærens prosjekt var opprettet fordi den nye politiske ledelse hadde avvist de to første modellene, virker denne ”åpningen” underlig. Det fremgår da også av hva rapporten sier om ”fase 2” at det som nå kalles ”alternativ III” i virkeligheten allerede er valgt – selv om overskriften på rapportens siste kapitel lyder slik: ”Organisering og opplegg av arbeidet med en eventuell omorganisering” (s. 97).

I rapporten fra Statssekretæren heter det om det første spørsmålet, altså spørsmålet om ordningen av forholdet departement-direktorat, at ulike ordninger er valgt i norsk statsforvaltning. Erfaringene har ikke gjort at én ordning har ”seiret”. Forvaltningsjuristene, både praktikerne og teoretikerne, har (derfor) heller ikke klare anbefalinger. Det reflekterer selvsagt det forhold at virkeligheten er nokså heterogen. Når den er det, tar ”prøvingen og feilingen” gjerne over, og da blir de ordninger som velges, varierte.

I rapporten (s. 37-38) nevnes det at fristillelsen er særlig stor for en institusjon som Rikstrygdeverket. Her har man en trygdeavdeling i Departementet og et nokså fristilt verk. Det sies imidlertid ikke hvorfor fristillelsen her er spesielt stor. Det tør ha sammenheng med at Rikstrygdeverket var og lenge forble, en utpreget rutinebasert institusjon. Verket forvaltet trygdelovgivningen, og gjorde det ved å fatte et stort antall enkeltbeslutninger. Mange av beslutningene var såvidt rutinepregede at de etterhvert i stor grad nærmest kunne ”fattes” maskinelt. Verket gav nok innspill til videreutviklingen av trygdelovgivningen, men gjorde gjerne det på en teknisk-juridisk måte. I hovedsak var Rikstrygdeverket, så lenge det eksisterte som selvstendig institusjon, et iverksettende organ. I rapporten nevnes forøvrig at Rikstrygdeverket hadde et eget styre, som også endel andre fristilte forvaltningsorganer hadde og har. Det understreker fristillelsen, men er også uttrykk for den korporativisering som kom etter krigen, og som delvis var en følge av rettsstatsdebatten fra slutten av 1940-årene. I rapporten nevnes ikke den andre typen institusjoner som er særlig fristilt, nemlig de som spesielt har ”tekniske” oppgaver. Man kan si at dette er institusjoner som arbeider med utgangspunkt i et forholdsvis tydelig mål og hvor den viktigste utfordring er å finne de faglig-teknisk riktige svar. Dette er institusjoner som særlig befant seg på toppen av infrastrukturetater, blant annet i samferdselssektoren. Senere er forøvrig endel av disse fristilt enda mer og er blitt til foretagender av litt ulike slag,

tildels endog delprivatiserte foretagender. Men selv i disse tilfeller, altså for de rettferdighetsstatlige og de nyttestatlige institusjonene, har det fra tid til annen vært vanskelig å holde dem helt utenfor sektorpolitikken. Der var, som vi sett, stadig tautreknninger mellom flere av riksdirektørene i begynnelsen av det forrige århundre.

I rapporten pekes det på at helseforvaltningens ordning under Evang er et eksempel på en spesielt integrert ordning, uten at de saklige grunner til denne ordningen kommenteres. Siden den nå skal gjøres mindre integrert er ikke det overraskende. Siden det ikke var gitt hvor meget integrasjonen nå skulle løses opp, kunne det dog vært nevnt. Enkelt sagt, kunne man si at det var, og er, langt vanskeligere å ”rutinisere” eller ”teknifisere” forvaltningen av helsevesenet enn forvaltningen av trygdepolitikken eller de ulike grener av samferdselspolitikken. Det gjør at den verdi-, og forsåvidt også interessebaserte, skjønnsutøvelsen fortsetter å spille en stor rolle. Denne skjønnsutøvelsen blir ekstra krevende fordi store deler av helsevesenet verdimelessig er så sensitivt.

Det er i dette perspektiv interessant at allerede Sosialministeren forutsatte at det skulle være et nært samarbeid mellom direktorat og departementsavdeling, endog så nært at de to i hovedsak skulle være samlokalisert. I rapporten brukes denne ”nærhet” som en grunn for ikke å foreslå at Helsedirektoratet skal ha et eget styre. Vi skal nærmere komme tilbake til arbeidsfordelingen nedenfor.

I rapporten konstateres det (s. 38) at delingen vil kreve at ”direktoratets myndighetsområde blir definert gjennom delegasjon av myndighet fra departementet til direktoratet”. Det nevnes samtidig at delingen vil kreve endel lovendringer, siden Helsedirektøren gjennom lovgivning er tildelt myndighet i mange saker.

Delingen krevde også at Helsedirektørens instruks ble endret. Det var ikke minst gjennom den Direktørens, og dermed Direktoratets, forhold til den politiske ledelse var bestemt. Spesielt viktig var i denne sammenheng hvordan instruksene skulle regulere forholdet mellom Helsedirektøren og Sosialdepartementets politiske ledelse. Det heter i rapporten (s. 49):

Hovedretningslinjen vil være at helsedirektøren har slik direkte adgang i alle saker hvor avgjørelsesmyndigheten er delegert til direktoratet. Statsråden på sin side vil kunne ta direkte kontakt med direktoratet i slike saker.

Dette forslaget er litt pussig, forsåvidt som det representerer en ”speilvending” av den gamle situasjon. Tidligere kunne Helsedirektøren fatte avgjørelser selv i de aktuelle saker, altså saker som ble betraktet som ”faglige”. I slike saker trengte han ikke å konsultere Statsråden; nå skulle han altså få adgang til det. En slik adgang ville da i prinsippet innebære en begrensning av hans selvstendighet: Statsråden fikk jo gjennom denne adgangen anledning til å påvirke de faglige beslutningene Helsedirektøren suverent skulle kunne avgjøre. Snarere enn et aktivum kunne jo slik

statsrådsadgangen sees på mer som en maktbeskjæring av Helsedirektøren enn som et maktprivilegium, eller statussymbol.

Helsedirektørens gamle adgang til Statsråden gjaldt spesielt saker han behandlet som ekspedisjonssjef. Forsåvidt som han også var ekspedisjonssjef var den adgangen en formell selvfølge. Den ble mindre av en selvfølge da Sosialdepartementet fikk departementsråd i 1955. Den ble dog beholdt og Helsedirektøren ble i praksis en slags helseråd, samtidig som Departementet administrativt langt på vei ble delt. Men ved den deling som skulle komme, ville Helsedirektøren miste ekspedisjonssjefsrollen og dermed den viktige adgang til Statsråden. ”I saker hvor slik myndighet (dvs. avgjørelsesmyndighet) er lagt til departementsavdelingen vil sakene måtte fremmes gjennom denne avdelingen (dvs. den nye Helseavdelingen)”, heter den videre i Heiberg-rapporten (s. 49).

Den noe pussige bestemmelsen om statsrådsadgang må forstås politisk. Mork satte meget inn på å få beholde en viss statsrådsadgang, og så vanskelig som delingssaken straks var blitt, fremstod det å gi en slik adgang som en akseptabel konsesjon for den politiske ledelse. Vindsetmo og Madsen var ikke begeistret for å gi slik adgang. De så den som formelt problematisk, og som vi har sett: det var den. For Mork hadde nok adgangen en viktig statusside. Men han kan også ha tenkt politisk-strategisk. Det sies i rapporten intet om Helsedirektøren kan ha møte med Statsråden uten Avdelingssjefens, eventuelt også Departementsrådets, tilstedeværelse. Indirekte fremgår det at han kan det. Det ville jo også fremstå som underlig om Helsedirektøren skulle ”passes på” av departementsbyråkrater når han skulle drøfte ”faglige” saker med Statsråden. Men forsåvidt som avgrensningen av faglige saker må forbli uklar, betyr også statsrådsadgangen at Helsedirektøren vil beholde en ganske viktig mulighet for å påvirke Statsråden. I praksis kunne ordningen lett komme til å bety at statsråd og direktør kunne snakke om hva som helst. I hvilken grad det ville skje, ville antagelig mer avhenge av personene enn av formene. At de to skulle fortsette å sitte i samme hus, ville forøvrig gjøre det fysisk enkelt å bygge ut kontakten. Det har nok ikke bare vært formelle grunner til at Vindsetmo og Madsen var slik imot Helsedirektørens statsrådsadgang.

Forslaget i Heiberg-rapporten åpnet altså for at det kunne oppstå to linjer oppover, og i neste omgang nedover. Med litt andre ord: Den åpnet for rivaleri om Statsrådets (vel)vilje. Den åpnet imidlertid for mer, nemlig for en tolinjet helsepolitikk, en med Helseavdelingen som utgangspunkt, en annen med Helsedirektoratet som utgangspunkt. I hvilken grad man i praksis ville få et rivaleri og en todelt politikk avhenger imidlertid ikke bare av formen for dobbelt statsrådsadgang, men også av hvor tydelig man ville klare å gjøre arbeidsdelingen mellom direktorat og avdeling.

I rapporten foreslås det videre at Helsedirektøren skal ha adgang til å ta direkte kontakt med andre departementer og andre institusjoner, i saker hvor han har beslutningsmyndighet; i andre saker må han gå via Helseavdelingen. I den grad arbeidsdelingen mellom de to instanser blir uklar, åpner denne

bestemmelse også for en tolinjet ”horisontal” agering. Man kan i noen grad få en dobbel helsepolitikk også til siden.

Det foreslåes enn videre, men det er nokså selvsagt, at Helsedirektøren kan ”ta kontakt med f.eks. fylkeslegene som en ytre etat” (s. 50). Det understrekes at denne kontakten må være direkte og ikke gå via hverken departement eller fylkesmenn. Det sies imidlertid ingen ting om i hvilken grad kontakten nedover, til ytre etat og helsevesenet forøvrig, bare skal gå via, eller fra Helsedirektoratet, altså som én styringslinje. Måten det i rapporten skrives om arbeidsdelingen på, kan tyde på at Helseavdelingen også skal få sin egen linje nedover. Som Direktørens statsrådsadgang skaper doble linjer oppover, vil Avdelingens fylkeslegeadgang skape doble linjer nedover. Som Direktørens statsrådsadgang stadig vil kunne skape dilemmaer for Statsråden, etter som Helsedirektøren ”dytter på”, vil Avdelingens fylkeslegeadgang skape tilbakevendende lojalitetsdilemmaer for fylkeslegene: De vil stadig kunne komme i en situasjon hvor de må ta stilling til hvilken herre de primært skal tjene, både hva tidsbruk og standpunkter angår. Også dette vil lett bidra til å skape og forsterke skjærmyslene mellom direktorat og avdeling, mellom helsedirektør og ekspedisjonssjef.

Hvor store de vertikale ansvarsuklarhetene som Heiberg-rapporten etterlater, blir, og dermed også hvor meget utsatt for dragkamp de nye organene og deres ledere blir, avhenger, som vi har påpekt, i betydelig grad av hvor klart fordelingen av oppgaver mellom avdeling og direktorat blir beskrevet. Vi har sett at det ble gitt en del premisser for oppgavefordelingen i Statssekretærens notat fra slutten av mars, og som i hovedsak innebar at Direktoratets ansvar var knyttet til forvaltningssyklusens tidligere og sene faser, mens Avdelingens ansvar var knyttet til syklusens mest politiserte midtfaser. Disse premisser ble i noen grad konkretisert i rapporten, men ikke på en helt presis og ”autoritativ” måte. De ble konkretisert mest som litt almene beskrivelser og som eksempler. Det ble ikke gjort under en egen overskrift, men i forbindelse med redegjørelsen for forslagene til de to organenes organisering. Oppgaven med å fordele arbeidet mellom de to organer var for komplisert til at det var mulig, innen den tid gruppen hadde til rådighet, å gå nærmere inn på den.

Det ble imidlertid i rapporten understreket hvor viktig oppgaven var – for å unngå kompetansestrid. Det heter således om Direktoratets oppgaver at man i ”fase to” må gå nærmere gjennom

saksområdene slik at det kan bli presist angitt innen hvilke saksområder direktoratet har selvstendig avgjørelsesmyndighet. Denne gjennomgangen bør antakelig konkludere med et brev fra sosialministeren til direktoratet der direktoratets myndighetsområder blir definert gjennom delegasjon av myndighet fra departementet til direktoratet.⁵¹⁹

519) Heiberg-rapporten, *op. cit.*, s. 38.

Statssekretæren og hennes sekretærer foreslår ulike oppbygninger av de to organer. De foreslår at Helseavdelingen bygges opp etter styringsfunksjonelle kriterier, mens de vil at Direktoratet skal beholde sin overveiende institusjonelle oppbygning, dog med en del viktige modifikasjoner.

Helseavdelingen foreslår de å dele inn i tre seksjoner: én for helseøkonomi og personellplanlegging, én for helseplanlegging og organisasjon og én for juridiske saker. Det er altså de dominerende styringsmåter som er lagt til grunn for inndelingen. Den første seksjon er knyttet til den økonomiske styringsfaglighet og den tredje til den juridiske styringsfaglighet. Den andre er knyttet til en slags tredje styringsfaglighet, styring gjennom plan, men for så vidt også organisering. Den siste kan sees på som en slags statsvitenskapelig, eller organisasjonsvitenskapelig, styringsfaglighet, men det er åpenbart at det er planfagligheten som er den viktige. Den representerer imidlertid en faglighet som både er økonomisk, juridisk og mer til, og egentlig går forut for den løpende styring(sfaglighet). Planseksjonen burde slik sett vært en stabsenhet knyttet til avdelingslederen, altså Ekspedisjonssjefen. Den er imidlertid plassert på linje med de andre seksjonene. Det erkjennes imidlertid at den i noen grad har en hierarkisk rolle i forhold til de to andre seksjoner, og særlig den økonomiske. Blant annet ser utrederne grunner for at de to seksjoner burde vært én (kfr. s. 47-48). Samtidig er det åpenbart at utrederne ser på planseksjonen først og fremst som en sideordnet styringsseksjon: Den skal godkjenne (sykehus)planer og utvikle planer, i første rekke basert på medisinske (helsefaglige) tilbuds- og etterspørsels-sideprognoser og -vurderinger. Seksjonen skal altså representere den medisinske og medisinsk-organisatoriske styring. Den skal ikke selv fastsette de økonomiske rammer og mål (ulike effektivitetsmål), og bestemme de juridiske prinsipper, for eksempel av rettssikkerhetsmessig art, som skal legges til grunn, men planlegge innen de rammer og prinsipper som fastsettes i den økonomiske og den juridiske seksjon. Det forutsettes at styringen skal være samordnet før den, via Helsedirektoratet, eller direkte, treffer helsevesenet. Samordningen skal dels skje på tvers, mellom seksjonene, og til dels hierarkisk, gjennom Helseavdelingens ledelse. Avdelingens ledelse skal, etter forslaget, i tillegg til en ekspedisjonssjef, omfatte en nestleder, hvis tittel ikke spesifiseres.

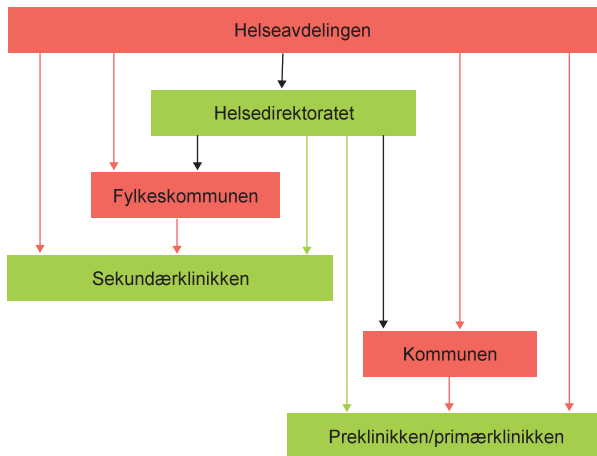
Vi ser altså at Helseavdelingen foreslås organisert med et tydelig utgangspunkt i styringsfaglighet. Også helsefagligheten er tatt med, men er definert som planfaglighet og er ikke knyttet til helsevesenet som helhet. Den må derfor få et nokså abstrakt forhold til helsevesenets ulike institusjoner og dets personell. Styringsfagligheten understrekes ved at Avdelingen er en del av et departement som for øvrig er utpreget styringsfaglig organisert og bemannet og som igjen er en del av den samlede statsforvaltning, altså en integret del av samfunnets øverste styringsinstitusjon. Man kan også si det slik: Sosialministeren får, som helseminister, et langt mer abstrakt forhold til den konkrete helsevirkelighet enn han eller hun hadde da vedkommende var direkte konfrontert med et helsedirektorat som langt på vei så på seg som en del av pre/klinikken.

Som vi har nevnt foreslår dr. Heiberg og hennes sekretærer at Direktoratet skal beholde en mer institusjonell organisasjonsform. Den ble imidlertid, etter forslaget, noe endret. De fleste av de gamle kontorene hadde, som vi har sett, en faginstitutionell basis. De forvaltet en virksomhet som i hovedsak utgjorde distinkte institusjoner, men som tillike utgjorde en egen faglighet. Nå ble kontorene erstattet som nummer to-enheter med avdelinger, og avdelingene fikk langt større institusjoner å forholde seg til enn kontorene hadde hatt. De fikk nærmest sektorer å forholde seg til. Disse sektorer ble også definert mer rent institusjonelt og mindre faglig. Man fikk på den måten avdelinger for preklinikken, for primærklinikken og for sekundær-, tertiær- etc. klinikken. Utrederne foreslo at de skulle kalles avdelinger for miljørettet helsevern, for kommunehelsetjenesten og for fylkeshelsetjenesten. I tillegg foreslo de at det skulle komme en avdeling for legemidler og en, tverrgående, avdeling for administrative og juridiske saker.

Denne foreslåtte endringen av institusjonell orientering er viktig. Den reflekterer den maktforskyvning fra fylkesleger, distriktsleger og overleger mot de nye ledere, lokalpolitiske og lokalpolitiske institusjonseiere og institusjonsledere som for alvor begynte å gjøre seg gjeldende tidlig i 1970-årene, og som delvis ble formalisert gjennom fylkeskommunaliseringen av sekundærklinikken og den kommende kommunalisering av primærklinikken og deler av preklinikken. Den ville gjøre at legene i Direktoratet, iallfall i prinsippet, ville miste mye av sin heisstatus nedover, sin "livgivende" kontakt med de pre/kliniske miljøer. De måtte, om de skulle holde seg til linjen, men helt skulle de jo ikke det, gå veien om "fremmede", politikere, byråkrater og kanskje "ikkefaglige" institusjonsledere. Dertil ville antagelig komme den andre, konkurrerende linje – den som hadde Avdelingen som utgangspunkt: Avdelingens folk ville i langt større grad enn Direktoratets tale med "likesinnede". Sannsynligheten for at Direktoratet slik også nedover etter hvert kunne bli dyttet stadig mer til side, var, slik Heiberg-forslaget så ut, slett ikke liten.

I figur 5.3. har vi forsøkt å vise hvordan (de delvis konkurrerende) styringslinjene kan bli seende ut etter forslagene i Heiberg-rapporten. De politisk-administrative styringslinjer, som nå kan bli de dominerende, har vi illustrert med rødt, mens de linjene som i størst grad representerer restene av den medikratiske styring, er tegnet med grønt. De svarte styringslinjene representerer en slags mellomform for styring; de har det helsefaglig pregede Helsedirektoratet som utgangspunkt, men har et politisk-administrativt organ som "mellomstasjon".

Figur 5.3: En illustrasjon av styringslinjene etter forslagene i Heiberg-rapporten (1982): en tolkning



Vi kan konstatere at tendensen til forvaltningsmessig avmedikratisering hadde gjort seg gjeldende fra midt i 1970-årene. Dr. Heibergs forslag til organisering av Direktoratet var ikke originalt. Det var en videreføring av forslagene fra rasjonaliseringsfolkene og Bøsterud-utvalgets rapporter. Men Statssekretærens forslag gikk jo vesentlig lenger for så vidt som det også innebar at den helsepolitiske forvaltningsmakt ble lagt til et nytt organ, og et organ som ble forstått og organisert som et byråkratisk, ikke et helsefaglig organ. Helsefagligheten, i praksis medisinen, fikk slik sin operasjonssfære begrenset både oppover og nedover. Forslaget innebar at Helsedirektøren, iallfall i noen grad, ville bli kastret; skjønt det er vel riktigere å si at han ville miste både hode (kontakten oppover) og hale (kontakten nedover). Det gjorde det ikke psykologisk enklere for ham at det skjedde i regi av en kvinnelig (lege)kollega.

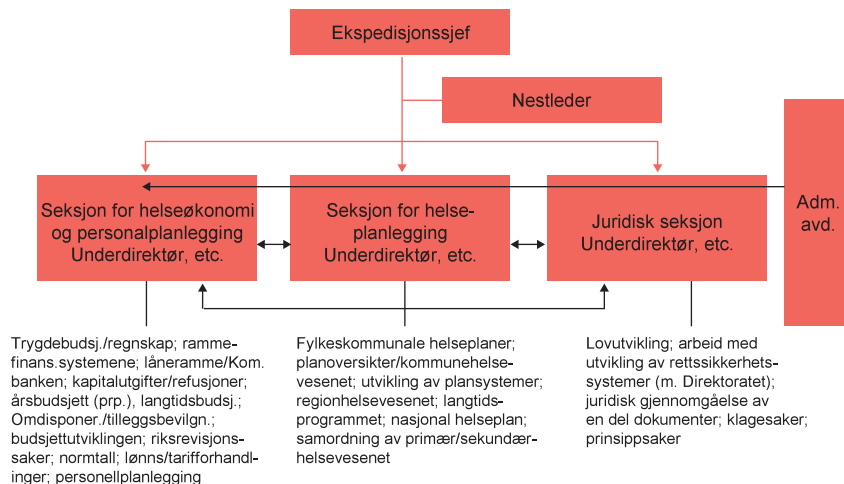
Vi ser at de to organer foreslås ordnet på prinsipielt forskjellige måter, Avdelingen primært på styringsfunksjonelle og Direktoratet primært på institusjonelle premisser. Det vil i seg selv skape et nokså komplekst samarbeidsforhold mellom de to organer. Alle seksjonene og alle avdelingene vil måtte forholde seg til hverandre. Det vil kunne skape en viss avstand, og dermed færre habilitetsproblemer, men også sprikende signaler (begge veier). Seksjonene vil også måtte få et mangelinjet forhold til helseinstitusjonene. Avdelingene i Direktoratet vil imidlertid, bortsett fra den administrative avdeling, få et mer enlinjet og klientilistisk, altså et inhabilitets-skapende, forhold til institusjonene. De problemer denne ulike organisering kan komme til å skape, kan bli forsterket ved at de to organer, som de er tenkt, vil bli preget av ulik faglighet, Helseavdelingen av styringsfaglighet og Helsedirektoratet av helsefaglighet. Det bør i den sammenheng pekes på at selv om Direktoratet foreslås organisert mer institusjonelt og mindre medikratiske, forutsettes det at helsefagligheten, ja, medisinen, fortsatt skal

dominere: Helsedirektøren skal trolig fortsatt være lege; medisinalråds-embedet skal beholdes og de ulike avdelinger vil alle, bortsett fra den administrative, antagelig få helsefaglige ledere, og i første rekke medisinske; kfr. organisasjonskartene i figurene 5.4 og 5.5. Denne forskjellen i faglighet vil også kulturelt gjøre de to styringsorganer nokså forskjellige; men hvor stor den blir avhenger selvsagt av hvordan organene blir bemannet. I rapporten heter det at ”Spørsmålet om en normering av stillingene vil en .. komme tilbake til i en eventuell fase 2” (s. 99). Det heter imidlertid videre at ”lederstillinger normalt ikke skal være øremerket for bestemte profesjoner”. Det er imidlertid stadig grunn til å tro at de to organer faglig vil bli forholdsvis ulike. Vi skal dog komme tilbake til det.

I figur 5.4. har vi ikke plassert nestlederen direkte i linjen, slik det er gjort i rapporten. I praksis vil selvsagt ekspedisjonssjefen ikke bare komme til å lede gjennom nestlederen. I hovedsak vil han komme til å lede direkte, mens nestlederen delvis blir en stabsperson og i noen henseender en linjeopposisjon, mens han midlertidig vil ”bli” ekspedisjonssjef når denne er fraværende.

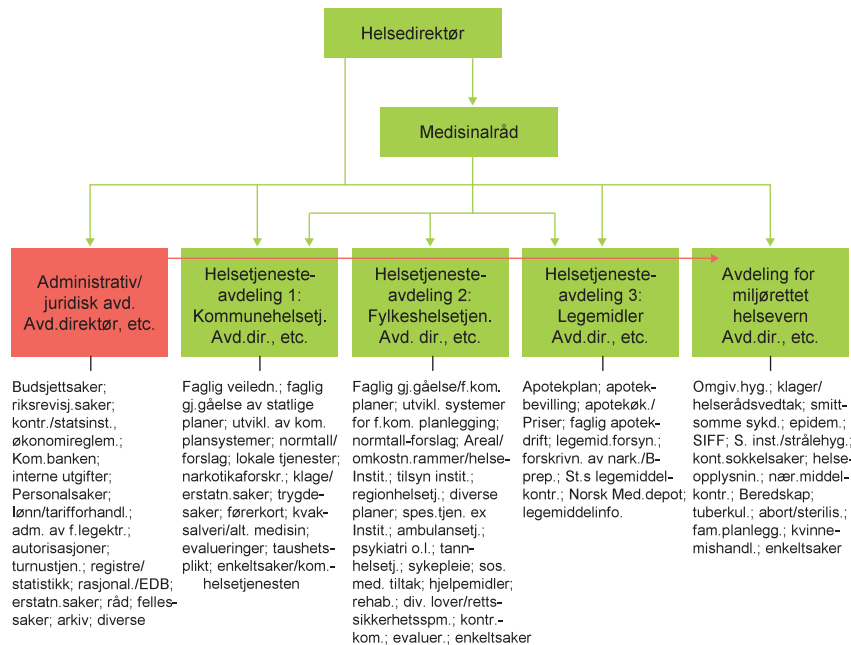
Figur 5.4: Helseavdelingens oppbygning og arbeidsoppgaver, etter Heiberg-rapportens forslag (1982).

Administrasjonsavdelingen, tegnet til høyre, er Sosialdepartementets adm.avdeling. Etter forslaget vil den få ansvar for personalpolitikken også i Helseavdelingen. I tillegg vil den spille en rolle med å samordne Departementets budsjettpolitikk.



Heiberg-rapporten ble avlevert den 25. juni 1982. Den 29. ble den sendt til et stort antall remissinstanser, de fleste som hadde litt interesser knyttet til spørsmålene som var utrede stor mer enn sommerferien på seg til å uttale seg om en organisasjonsutredning. Denne gang hastet det imidlertid mer enn noen gang. Nå var den politiske ledelse innstilt på reform, og rask reform. Den stod heller ikke foran noe valg; den hadde utsikter til å bli sittende ialfall i tre år til.

Figur 5.5: Helsedirektoratets oppbygning, Etter Heibergrapportens forslag (1982)



Det stod intet i remissbrevet om hva Statssekretæren ønsket synspunkter på, men remissrunden ble i praksis først og fremst en runde om prinsippet om deling. Mange uttalte seg imidlertid også om hvordan delingen eventuelt kunne og burde konkretiseres. Uttalelsene var av vekslende så vel politisk som analytisk kvalitet. De fleste var mer opptatt av å markere standpunkter enn av å begrunne dem. Slik sett var også remissuttalelsene et vidnesbyrd om hvor emosjonelt ladet delingsprosessen var.

Fordelingen av holdninger til prinsippet om deling var også et uttrykk for hvor omstridt delingsspørsmålet var. Nesten hele det politisk-administrative miljø, også lokalt, gikk inn for deling, mens de medisinske forankrede organisasjoner nesten like samtonende gikk imot deling. Innen de første miljøer hadde Buskerud fylkeskommune (brev 8.9.) en del motforestillinger mot deling. Det tør ha sammenheng med at uttalelsen var skrevet av sykehussjefen, den tidligere statssekretær i Sosialdepartementet, Bjørn Skau (Ap). Andre fylkeskommuner, med arbeiderpartifolk som sentrale administrasjonssjefer, gikk imidlertid inn for deling. Blant yrkesorganisasjonene støttet flere deling, blant annet Norsk Sykepleierforbund (brev 14.9.). Vi kan i Forbundets uttalelse registrere sykepleiernes skepsis til legedominansen "overalt" i helsevesenet, men også det forhold at flere av dets ledere stod de borgerlige medikratiske partiene nær. Den sittende leder (1983-1987), Aud Blankholm (f. 1947), hadde vært Forbundets leder fra 1981 til 1983, og før henne hadde Eli Kristiansen (f. 1933), med flere verv i Kristelig Folkeparti, vært leder. En annen forening, Norsk Farmaceutisk Forening var nøytral (brev 3.9.), bare det fortsatt kunne være en egen legemiddelavdeling, mens

Kontaktutvalget for fylkestannlegene (brev 15.9.) gikk imot deling. Særlig interessant er det at Offentlige legers landsforbund, ved Tharald Hetland (brev 10.9.) (f. 1943), gikk inn for deling: I OLL stod på denne tid sosialradikalismen sterkt og mange offentlige leger støttet også forslaget om å avmedikratisere primærhelsevesenet. Interessant er det også at Rikshospitalets styre (7.10) stiller seg positivt til deling. Hospitalets uttalelse er undertegnet av direktør og lege Jacob B. Natvig (f. 1934), en mann med tilknytning til sentrale Kristelig Folkeparti-politikere, og avdelingsdirektør, og neste sosialminister (1986), Tove Strand Gerhardsen (f. 1946).

Blant delingstilhengerne applauderte den administrative ledelse i Sosialdepartementet forslaget om deling, men uten å komme med interessante nye synspunkter. Dog bør det nevnes at Departementets toppbyråkrater, med Departementsråden i spissen, understreket at også en helseavdeling måtte gies "en tverrfaglig bemanning der også høyt kvalifisert helsepersonell inngår".⁵²⁰ Det er forståelig: Uten leger i Avdelingen ville den, nærmest løpende, bli avhengig av bistand fra Direktoratet. Slik ville også delingen bli langt mindre tydelig. Det er for øvrig slik sett ikke overraskende at "medikratene" inntok det motsatte standpunkt: Der burde ikke komme leger i Avdelingen. En del av dem som ikke ønsket deling, blant annet Helsedirektøren selv, fremholdt at hvis det ble deling burde ikke Departementsavdelingen ha leger. Helsedirektøren pekte, i sin uttalelse (21.9., s. 5-6), på at med leger i Avdelingen ville det helsefaglige miljø i den statlige helseforvaltning bli splittet – og svekket. Han henviste også til at de andre nordiske land, som har delt forvaltningen, bare har styringsfagfolk i departementsorganet. Han kunne ha nevnt at det også var situasjonen i Norge før krigen.

I Kommunal- og arbeidsdepartementets uttalelse, som selvsagt er preget av delingsvennlighet, er det en del betraktninger som kaster et interessant lys over noe av grunnlaget for de "typiske" byråkraters skepsis til den medikratiske ordningen av Helsedirektoratet. Det heter at Helsedirektoratet er blitt for stykket opp i nokså selvstendige fagkontorer, som "utvikler og fremmer helsefaglige vurderinger". Det har nok ført til kvalitet på de ulike områder av helsevesenet, fortsettes det, men det har svekket tilpasningen til "de pålegg, retningslinjer og økonomiske rammer som Regjeringen trekker opp". Det har også gjort, heter det videre, tilpasningen til fylkeskommunenes og kommunenes "økonomiske ressurser" svakere. Departementet mener at "den økonomisk/administrative, herunder også den budsjettmessige, *styring av helsesektoren som helhet*" bør "bli oppprioritert". Det advarer videre mot å fortsette å se på spørsmål som både har politiske og helsefaglige sider som "faglige"; Kommunaldepartementet bruker ofte anførselstegn her, og legger vekt på at spørsmål av den aktuelle typen også må bli vurdert politisk i Departementet, "i tillegg til den "faglige" vurdering i Direktoratet". I tråd med dette advarer Kommunaldepartementet mot, som foreslått i Heiberg-rapporten, å organisere Direktoratet så institusjonelt: "Denne strukturen kan i praksis føre til at ulike profesjonsgrupper får en uhensiktsmessig sterk stilling på "sine beslutningsarenaer"". Det heter videre at det faginstitutionelle

520) Uttalelsen har overskriften "Organisering av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet" og journalnummer 4204/82. Uttalelsen er datert 17.9.1982. Sitatet er fra s. 3.

trykk denne organiseringen kan skape, kan gjøre at ”den politiske ledelse vil kunne få liten manøvreringsfrihet ut fra politiske premisser”.⁵²¹ Kommunal- og arbeidsdepartementet ville altså ikke bare dele helseforvaltningen, det ville også demedikratisere Direktoratet enda mer enn det som foreslåes i Statssekretærens rapport. Det er ikke tilfeldig at den som har signert brevet (e.f.) er Departementets nye departementsråd, Tormod Hermansen. Siden han snart skulle bli forvaltningens mektigste mann, som finansråd (1986) og som utreder for ”den nye staten” i slutten av 1980-årene var hans (departements) uttalelse av særlig betydning.

Finansdepartementet ville ha en helseavdeling i Departementet, men stilte spørsmål ved om der så overhodet trengtes noe helsedirektorat. Det samme synspunkt hevdet Oslos varaordfører, og gamle helsedirektorsoppasser, Per Høybråten i et innlegg i Aftenposten, kort tid etter at Heiberg-rapporten var kommet (13.7.82). Disse synspunktene var interessante, for så vidt som de skulle bli tatt opp igjen på en nesten dramatisk måte åtte år senere, i regi av Vindsetmos etterfølger som departementsråd, Jon Ola Norbom (f. 1923). Man kan imidlertid også si at disse synspunktene, paradoksalt nok, hadde et visst slektskap med synspunkter delingsmotstanderne hadde. I Helsedirektoratets uttalelse til Heiberg-rapporten pekes det således igjen på at de aller fleste, ”ca. 80-90 %”, av Direktoratets oppgaver er departementsoppgaver. Også Helsedirektøren peker i sin særuttalelse på det. Direktoratet antyder at en implikasjon av dette forholdet er ”å gjøre hele Helsedirektoratet om til en ren departementsavdeling...”.⁵²² Helsedirektøren peker ikke på den implikasjonen. Kanskje så han faren i å gjøre det? Å gjøre Direktoratet til en ren helseavdeling ville innebære å plassere ham under departementsråden, men også å skape en ”mastodontisk” departementsavdeling. Avdelingen ville bli så stor at mye, som den rutinepregede iverksettelse, måtte flyttes ut – og man ville igjen få en deling.

De kritiske kommentarer var delvis formelle, og for så vidt juridiske, og delvis medikratiske. De siste var de viktigste. Kritikken var slik uttrykk for at omordningen også var en ideologisk kamp, om medisinske, eller helsemessige, premisser innflytelse i forhold til andre, rettsstatlige og nyttestatlige særlig, og en maktkamp, en kamp mellom leger på den ene side og ”vanlige” byråkrater og, til dels, politikere på den annen. Den formelle kritikken var slik underordnet den medikratiske. Helsedirektoratets institusjonelle uttalelse, skrevet av juristene Knut Munch-Søegaard og Ole Vedeler (17.9.82), var slik underordnet, og en støtte for, den uttalelse Helsedirektøren selv kom med. Juristene kunne slik påpeke både at oppgavefordelingen fortsatt bare var grovt beskrevet og at det var lagt opp til at personell i Direktoratet i betydelig grad skulle brukes også til departementsoppgaver, ja, nærmest i Departementet. Med andre ord: det ville bli ansvarsuklarhet. Ansvarsuklarheten ble forsterket, het det i uttalelsen, ved at begge de store fagmiljøer, det medisins-

521) Kommunal og arbeidsdepartementets uttalelse om Heiberg-rapporten. Arkivref.: 2315/82 D. Uttalelsen er datert 1.10.1982 og sitatene er fra s 1 og 2.

522) Uttalelse fra Helsedirektoratet (H.dir. 2) av 17.9.1982, s. 3. Uttalelsen er undertegnet av Knut Munch-Søegaard og Ole Vedeler (byråsjef i Økonomi- og personalkontoret).

ske og det juridiske, ville bli splittet.⁵²³ Denne splittelsen ville innebære at mange saker skulle behandles begge steder. Det ble selv sagt påpekt at i tillegg til å skape klarhet om saksansvaret ville denne ordningen føre til, kanskje omfattende, dobbeltarbeid.

Helsedirektøren selv påpeker at delingsforslaget ikke er begrunnet i Heiberg-rapporten. Som vi har sett, har han rett i det. Men som vi også har nevnt var delingen i praksis allerede vedtatt. Nå skulle det utredes hvordan den skulle gjennomføres. Helsedirektøren, som Direktoratet, ville gå et skritt tilbake og drøfte om deling var fornuftig. Men ved å gjøre det, satte de seg nok ”utenfor” reformarbeidet. De svekket sin mulighet for å påvirke delingens innhold. Deres uttalelser får derfor delvis preg av ”egenterapi”: Gjennom sine uttalelser får de utløp for den frustrasjonen de føler over den abrupte, meget kort begrunnede, delingsbeslutningen. Spesielt Morks frustrasjon er stor.

I sin uttalelse tar blant annet Helsedirektøren utgangspunkt i et sitat fra rapporten (s. 2): ”En har foreslått lagt til helseavdelingen sakstyper som det er særlig viktig at den politiske ledelse i departementet har styring med”. Helsedirektøren oppfatter nærmest uttalelsen som fornærmende, nemlig som uttrykk for ”at man med den nåværende organisasjon ikke har tilstrekkelig styring med den sentrale helseadministrasjon”. Han henviser så, også han, til at de fleste saker Direktoratet behandler, behandler det som departementsavdeling: ”Helsedirektørens myndighet til å treffe selvstendige avgjørelser er meget begrenset, og gjelder bare saker hvor utpreget medisinsk skjønn anses nødvendig”. Han føyer til at det ikke er han som avgjør i hvilken kategori sakene kommer; det er ”fastlagt gjennom lover, forskrifter og helsedirektørens instruks”. Enn videre nevner han at han, for å være på den sikre siden, ved statsrådsskifter har ”funnet det naturlig å drøfte et større antall saker, delv for å bringe på det rene om den nye politiske ledelse vil legge andre prinsipper til grunn for de daglige avgjørelser, dels for at statsråden kan bli best mulig allsidig orientert om virksomheten i Helsedirektoratet”. Han fortsetter med å si at han ”i sin embetstid alltid (har) forsøkt etter beste evne å være lojal overfor de beslutninger som er truffet av departementets politiske ledelse...”⁵²⁴

*

Remissrunden ble, som vi har sett, i stor grad en ”avstemning” om det spørsmålet som i praksis var avgjort på forhånd, delingsspørsmålet. I Departementet ”tellet” man derfor også uttalelsene etter standpunkt. Man kom til at 13 gikk inn for deling, syv imot, mens 12 ikke tok noe klart standpunkt. I sin oppsummering, datert den 13. oktober (1982), kommenterte Statssekretæren uttalelsene og kom med sine anbefalinger overfor Statsråden. Hun tok spesielt opp fem spørsmål remissinstansene hadde stilt. Det første gjaldt om det var et behov for et eget direktorat hvis mange nok oppgaver ble delegert.

523) Under den ordningen som eksisterte fra 1891 til 1940/41 var fagmiljøene helt adskilt: alle jurister satt i Departementet og alle leger i Direktoratet.

524) Helsedirektørens uttalelse er stilet til Statssekretæren, men har ingen arkivreferanse. Uttalelsen er datert 21.9.1982 og er på 8 sider. Sitatene er fra s. 3 og (de to siste) 4.

Spørsmålet var nevnt både av Norske Kommuners Sentralforbund og Finansdepartementet – og pekte fremover mot den neste omorganiseringsrunde; den skulle komme knapt et tiår senere. Statssekretæren har en viss forståelse for spørsmålet, men henviser til at den eksisterende lovgivning først må gjennomgås og moderniseres. Når det er skjedd, ”bør direktoratets arbeidsoppgaver endres fra behandling av enkeltsaker., til oppgaver som gjelder faglig rådgivning, styring og drift av helsetjenesten innen de rammer som er gitt av Storting og departement” (notatet s. 5). Mens dette første spørsmål reflekterer de mest radikale omordningsønsker, reflekterer de øvrige spørsmål omordningskritikken. Det første av de kritiske spørsmål gjelder om ikke delingen vil skape uklare ansvarsforhold. Hun svarer at hva ansvarsdelingen angår er hennes rapport ikke klar nok. Hun vil sørge for at den blir gjort klarere i konkretiseringsprosessen. Det berørte spørsmål om faren for dobbeltbehandling og kompetansestrid, besvarer hun ved å vedgå at den faren vil være der, men at den neppe vil ”være større enn dem man finner i forbindelse med andre departementsavdelinger/direktorater” (s. 8). Videre besvarer hun spørsmålet om ikke problemene med den nåværende ordning kunne reduseres ved at man fikk et klarere instruksverk for Direktoratet, ved å si at delingen skjer for å fjerne den uklarhet som skapes ved at ”delingen” går ”inne” i en person, Helsedirektøren.

Endelig tar hun opp spørsmålet om omordningen vil svekke den medisinske innflytelse i helsepolitikken. Hun, legen, ser at den kan gjøre det og skriver derfor at hun vil gå inn for at både lederen for planleggingsseksjonen i den nye avdelingen og ledersjiktet i Direktoratet, bortsett fra i den administrative avdeling, skal ha helsefaglig utdannelse. Men hun konkluderer med at med de små endringer hun har nevnt, bør det ”treffes et prinsippvedtak om å opprette en egen helseavdeling i departementet og et fagdirektorat i hovedsak slik som foreslått i rapporten” (s. 9).

På grunnlag av Statssekretærens notat ble det allerede dagen etter at notat ble skrevet, laget et utkast til R-notat. Dette ble sendt sjefsmøtets deltagere, med kommentarfrist den 18.10. Der kom ingen kommentarer og notatet ble så tatt opp på sjefsmøtet tirsdag den 19.10. Heller ikke her kom det forslag om omformuleringer og notatet var å betrakte som klarert for oversendelse til Regjeringen. I notatet understrekes det først at delingsforslaget er i tråd med ”de retningslinjer som er trukket opp for forholdet mellom departementet og direktorater i Stortingsmelding nr. 31 (1975-76) kap. 4 (Hovedlinjer for reformer i sentralforvaltningen)”. I notatet legges det videre vekt på at medisinske, økonomiske og andre hensyn må sees i sammenheng både i direktorat og avdeling, og at bemanningen må gjøre det mulig. Det nevnes videre at omordningen også skal omfatte en betydelig delegasjon av oppgaver til de undernasjonale nivåer. De viktigste motforestillinger mot delingen som kom frem i remissrunden, ble gitt tydelig plass i notatet. Notatet konkluderer med at deling bør finne sted og at Avdelingen og Direktoratet skulle organiseres som foreslått i Heiberg-rapporten.

Notatet ble sendt Regjeringen like før helgen og ble behandlet, og vedtatt, på regjeringskonferansen mandag 25.10. Men det notatet som ble sendt og

vedtatt var ikke identisk med det som ble behandlet på siste sjefsmøte, altså den 19.10. Blant annet var disse to setninger tatt ut:

Jeg (Sosialministeren) legger ellers vekt på å få en form som sikrer en samlet avveining av helsemessige, økonomiske og andre sider av problemene. Så vel departementsavdeling som direktorat bør ha tverrfaglig bemanning.

Endringene ble gjort på politisk hold. Helø merket presset fra begge kanter. Fra Departementet presset Departementsråden og hans ekspedisjonssjefer på for å sikre en "tverrfaglig" bemanning av Avdelingen, en bemanning som gjorde at Avdelingen kunne vurdere og eventuelt sette til side Direktoratets anbefalinger. Helsedirektøren, støttet av Lægeforeningen, presset på for å hindre en slik bemanning, og dermed en mulighet for at et "byråkratisk" organ kunne overprøve et "faglig" organ. Statsråden var av "tvende Sind": "Jeg syntes Vindsetmo & Co. gikk vel langt i sine ønsker om makt-konsentrasjon. Samtidig syntes jeg Morks krav om "fullstendig rene linjer" var uoppnåelig". Å skille "fag og politikk" helt, lot seg ikke gjøre, mente Statsråden, "selv om delingen av direktoratet var et langt skritt i den retningen". Før han gjorde endringene i notatet konfererte Helø med Helsedirektøren, med regjeringskolleger og med Høyres fraksjon i Stortingets sosialkomité, i første rekke med Komiteens nestformann, overlege Christian Erlandsen. Etter disse samtaler kom han til at "å låse bemanningen fast" enten til en tverrfaglig eller en rent byråkratisk løsning, ville være uheldig. Han tok derfor, uten å konferere med Departementsråden, de to setningene ut og lot det være "opp til fremtiden" å avgjøre hva som ville være mest hensiktsmessig.

Departementsråden og hans ekspedisjonssjefer reagerte på den beslutning som ble gjort i regjeringskonferansen den 25.10. De skrev samme dag et nesten iltert brev til Statsråden. De reagerte på at det ble "foretatt vesentlige endringer i R-notatet uten at vår del av departementet ble gitt anledning til å uttale seg om disse". Siden de endringer som var gjort var vesentlige, fant de "grunn til å beklage den fremgangsmåte som har vært fulgt". De henviser til at de i sin kommentar til Heiberg-rapporten hadde understreket hvor viktig en "tverrfaglig bemanning", også av Avdelingen, var for "samordning av økonomistyring og fagstyring". Brevet var undertegnet av departementsråd Vindsetmo og de fire ekspedisjonssjefer, Berit Haldorsen (Sosialavdelingen), Finn Høvik (Administrasjonsavdelingen), Alfred Kvalheim (Trykdeavdelingen) og Jan Madsen (Planavdelingen).

Underskriverne bemerket at de var usikre på hva endringen i realiteten innebærer, men deres brev viser at Statsråden måtte "passe seg". Fra før hadde han utfordret Helsedirektøren med delingen. Nå utfordret han toppbyråkrattene i Departementet med å så tvil om behovet for tverrfaglighet i den nye avdelingen. Helø forstod godt at Departementsråden og hans menn var skuffet, men han syntes også brevet var "dumt": "Det var ikke egnet til å

dempe gemyttene i en situasjon der mange var ampre og opposisjonen (Arbeiderpartiet) fulgte med for om mulig å få inn et slag”. Statsråden ”la brevet bort uten nevneverdige kommentarer, og det roet seg fort”.⁵²⁵ Departementssjefene skulle forøvrig siden få se at endringene i notatet ikke fikk de konsekvenser de fryktet. Der kom nok av helsefagfolk inn i den nye avdelingen. Endog dens sjef ble en lege. Landet skulle slik snart få to ”helse-direktører”. Helsedirektøren bidro for så vidt på sin måte til at Avdelingen ble ”tverrfaglig”, ved å ”medvirke” til at noen av helsefagfolkene gikk dit.

Men helt roet det seg kanskje ikke ned? Interessene var sterke, og hukommelsen er alltid noe man må regne med. Kanskje er et notat Jan Madsen skrev knapt tre uker etter regjeringsvedtaket, et vidnesbyrd om det? Notatet, skrevet den 14.12., hadde overskriften ”Tverrfaglig bemanning av helseavdelingen – noen ubearbeidede momenter”. Det var stilet til Thomas Mauritzen (f. 1935) og Fredrik Hoffmann, med kopi til Departementsråden. Hans adressater var altså to departementskolleger, og meningsfeller, som nå skulle være sentrale i fase to, samt deres alles overordnede, Departementsråden. Det hadde nok en instrumentell hensikt, men vel også en moralstyrkende. Det ble ikke vist Statsråden.

Madsens notat er neppe så ”ubearbeidet” som han foregav at det var. Det preges av en skarper argumentasjon enn den man vanligvis finner i raskt skrevne, eller bevisst ”runde”, departementsnotater. Madsen kunne ikke argumentere direkte mot Statsråden, og fant det ei heller tjenlig å rette skytset mot Helsedirektøren. Han vendte det mot Lægeforeningen. Han innleder med å si at han ikke vil argumentere for nødvendigheten av en tverrfaglig bemanning i den nye avdelingen: En slik bemanning er jo en selvfølge. Derimot vil han se på Lægeforeningens argumentasjon imot en slik bemanning, og argumenterer dermed, i det minste indirekte, for tverrfaglighet.

Lægeforeningen skrev at siden det knapt var mulig å skille klart mellom sakers politiske og helsefaglige sider, burde Direktoratet ikke deles. Ble det delt, og ble det lagt en egen helsefaglig enhet til Departementsavdelingen, fremholdt Foreningen, ville Avdelingen bli en overprøvende instans i forhold til Direktoratet. Foreningen la til at Helsedirektøren måtte finne seg i politisk overprøving, men ikke en faglig. Med helsefagfolk i Avdelingen ville man få overprøving og kanskje en inkonsistent politikk.

Madsen starter sine motstøt med noen betraktninger om betydningen av kompetanse. Ordet brukes, skriver han i to betydninger, dels som myndighet og dels som skikkethet (kyndighet). Han skriver videre at utviklingen preges av at myndighet spiller mindre og kyndighet større rolle: Man vil ikke gi myndighet til den som ikke har kyndighet. Lægeforeningen kan vel ”ikke sikte mot å redusere departementets skikkethet til å løse sine oppgaver?”, spør han (s. 2). Han konstaterer at det ville være ”absurd å nekte Trygdeavdelingen trygdejurister, fordi RTV har slike”, og likeledes at

525) Sitatene fra Heløe i dette og det foregående avsnitt er fra hans skriftlige redegjørelse til oss for det som skjedde i det aktuelle tidsrom: E-post-svar 23.1.2009.

Sosialavdelingen må kunne skaffe seg den bemanning det ønsker uten at det skaper problemer i forhold til ”f.eks. Edruskapsdirektoratet”.

Han påpeker videre at Direktoratet har, og skal ha, tverrfaglig bemanning, men det skal ikke skape problemer. ”Hvis derimot departementet også skulle ha helsepersonell, da oppstår problemer” (s. 3). Men er ”problemet” med inkonsistent rådgivning egentlig noe problem? Ofte er fagfolk enige, og da er det greit, men er de ikke det bør jo dette komme frem, også overfor Statsråden, fortsetter Madsen og konstaterer at de helsefaglige spørsmål Departementet skal behandle nettopp er slike ”som helsefaglig personell er uenige om” (s. 4). Madsen konkluderer (s. 4) med at

Lægeforeningens uttalelse er ganske enkelt et uvanlig utilsløret fremstøt for å monopolisere kunnskap, informasjon og kontakter for et direktorat og en profesjon.

Det er dårlig statsskikk om et direktorat eller en profesjon skal diktere et departement hvilken type innsikt det skal ha.

Madsen er kanskje ikke helt presis når han sondrer mellom myndighet og kyndighet. Der er to typer kyndighet staten trenger, den juridiske og den materielle, eller empirisk-vitenskapelige. Den juridiske kyndighet kan man se på som en myndighetskyndighet, altså en kyndighet som også omfatter spørsmålet om hvem som har (formell) kompetanse (myndighet) i ulike saker: Juristen er ekspert på de lover statsstyret utøves med utgangspunkt i. Men forsåvidt som statens styring etterhvert er blitt mer dynamisk samfunnsomformende, er lovene, som vi har sett, blitt mer instrumentelle og mindre ”rent juridiske”. Utformingen av styringsinnholdet krever derfor ikke, som Madsen hevder, mer kyndighet som sådan, men mer empirisk-vitenskapelig kyndighet. Det er tilfelle når det gjelder utformingen av den mest overordnede og strategiske styring, men det er også tilfelle når det gjelder kartleggingen av det samfunnsdiagnostiske grunnlag for styringen og oversettelsen av planer og lover til konkret styring. Slik sett har Madsen rett: der kreves begge typer kyndighet både i avdeling og direktorat. Vi vil imidlertid føye til at når Madsen sondrer mellom myndighet og kyndighet som han gjør, kan det være han er påvirket av legenes tradisjon med å se på sin egen faglighet som den egentlige faglighet. Madsens egen faglighet, den økonomiske, er imidlertid i denne sammenheng av samme type som den medisinske, den er materiell. Ellers kan det være grunn til å spørre om Lægeforeningens, som Helsedirektørens, motstand mot å la Avdelingen bli utstyrt med medisinsk kyndighet er medikratiske heldig: Det vil jo, mest sannsynlig, gi medisinske premisser mindre tyngde i planleggingen.

*

Etter at Regjeringen hadde vedtatt delingen ble det, med utgangspunkt i Heiberg-rapportens skisse for fase to, laget et mer detaljert forslag til organisering av det videre arbeid. Det skjedde i samarbeid mellom Statssekretæren og den ene av rapportens sekretærer, Fredrik Hoffmann, dog

med Departementsråden som en ivrig bidragsyter. I første omgang gikk forslaget, i tråd med Heiberg-rapporten, ut på å oppnevne en styringsgruppe, ledet av Statssekretæren, en helseavdelingsgruppe, ledet av Departementsråden, en direktoratsgruppe, ledet av Helsedirektøren og en delegasjonsgruppe, ledet av en person utpekt av Statssekretæren (notat 5.11.). Forslaget ble videre bearbeidet i departementsledelsen og så sendt arbeidstagerorganisasjonene.⁵²⁶ Det ble holdt møter med representanter for arbeidstagerorganisasjonene den 18. og 23. november, før et endelig, noe justert, forslag ble lagt frem for sjefsmøtet den 7. desember og her konfirmert. Dagen etter, den 8. desember, ble brevene, med oppnevnelser til de ulike fase to-grupper, sendt ut.

Opplegget for fase to ble altså noe justert. Styringsgruppen ble beholdt, men under den kom der et arbeidsutvalg. Det tør være det kom etter Departementsrådets intervensjon; han ble jo til like utvalgets leder. De tre arbeidsgruppene, nå også kalt undergrupper ble beholdt, men fikk en mindre formelt "tung" ledelse enn opprinnelig foreslått.

Styringsgruppen fikk hele 14 medlemmer, Arbeidsutvalget ble også stort, med ti medlemmer. Begge de to overordnede gruppene ble også "tunge", med henholdsvis Statssekretæren og Departementsråden som ledere. Alle de aktuelle maktpersoner ble sittende i en eller begge disse overordnede gruppene. I tillegg kom endel sentrale embeds- og tjenestemenn, samt en bred gruppe av tillitsvalgte.⁵²⁷ Seks personer, blant dem Departementsråden og Helsedirektøren, satt i begge grupper.

De tre egentlige arbeidsgrupper, Helseavdelingsgruppen (undergruppe I), Helsedirektoratsgruppen (undergruppe II) og Delegasjonsgruppen (undergruppe III), fikk åtte, åtte og syv medlemmer. Medlemmene kom i hovedsak fra departement og direktorat, med noen få utenfra. Den første gruppen fikk avdelingsdirektør Thomas Mauritzen fra Departementet som leder, den annen overapoteker Bjørn Jøldal fra Direktoratet og den tredje fylkeslege

526) Arbeidstagerorganisasjonene var gjennom hele Heiberg-prosessen misfornøyde med den "rolle" de fikk spille. I et brev til Statsråden av 4.11. beklaget de lokale organisasjoner for AF, for Lægeföreningen og for NTL at "regjeringen har kjørt fram saken om omorganisering uten at spørsmålet i Hovedavtalens del 2 om medbestemmelse er oppfylt". De skriver blant annet at de ikke ble informert om "høringsuttalelsene eller statssekretærens fremlegg før fredag 22. oktober kl. 15.30".

527) Styringsgruppen kom, foruten Statssekretæren, til å bestå av Statsrådets personlige rådgiver Harald Overvaag, departementsråd Emil Vindsetmo, helsedirektør Torbjørn Mork, rasjonaliseringsdirektør Inger Louise Valle, departementsråd (FAD) Bjørn Larsen, byråsjef Rønnaug Aaberg Andresen (AF-Sosialdepartementet), konsulent May Britt Christoffersen (Norsk Sosionomforbund), konsulent Anne Lise Hem Eriksen (Norsk Sykepleierforbund), førstesekretær Inger Habberstad (STAFØ), overlege Ole B. Hovind (Helsedirektoratet), konsulent Hans Tore Skaug (NTL-Helsedirektoratet), førstekonsulent Jan Tvedt (NTL-Sosialdepartementet) og byråsjef Ingeborg Webster (AF-Helsedirektoratet). I tillegg ble ekspedisjonssjefene Jan Madsen og Knut Munch-Søegaard oppnevnt som stedfortredere for Departementsråden og Helsedirektøren. Det het i vedtaket at de to kunne møte som observatører når Dep.råden og Helsedirektøren møtte. Styringsgruppen hadde slik i praksis 16 medlemmer. Arbeidsgruppen kom, foruten Dep.råden, til å omfatte Helsedirektøren, avdelingsdirektør Bjarne Eriksen (R-direktoratet), avdelingsdirektør Thomas Mauritzen (Sosialdepartementet), overapoteker Bjørn Jøldal (Helsedirektoratet), fylkeslege Arne Victor Larsen, overlege Ole B. Hovind, konsulent Hans Tore Skaug, førstekonsulent Jan Tvedt og byråsjef Ingeborg Webster.

Arne Victor Larssen (f. 1938),⁵²⁸ Byråsjef i Departementet, Jon-Olav Aspås (f. 1944) ble oppnevnt som sekretær for de to overordnede gruppene, førstekonsulent Kjell Bildøy (f. 1947), Departementet, for Helseavdelingsgruppen, førstekonsulent Kåre Tønnesen (f. 1946), Helsedirektoratet, for Direktoratsgruppen og byråsjef Vidar Wilberg (f. 1949), Helsedirektoratet, for Delegasjonsgruppen.

Meget, ja det vesentlige, var avgjort på forhånd. Nå skulle den endelige konkretisering skje. Også den skulle kreve betydelig innsats og stadig dragkamp. Spenningen mellom dem som ville ”normalisere” helseforvaltningen og dem som ville bevare den mest mulig medikratisk og ”anderledes” skulle holde seg og komme til å prege arbeidet – selv om de første var ”dømt” til å vinne de fleste dragkamper.

En nest siste ”runde” i Stortinget

Før fase én i Heiberg-prosessen var helt over, ble omordningen av Helsedirektoratet kort berørt i budsjettdebatten i Stortinget. Budsjettet var i hovedsak den forrige regjeringens budsjett, men noen justeringer ble gjort av den nye regjeringen. Da Sosialdepartementets budsjett ble diskutert den 25. november orienterte statsråd Heløe kort om arbeidet med helseforvaltningen. Det var naturlig, siden Stortingets sosialkomité hadde vært så vidt opptatt av saken gjennom mange år, og siden der intet var sagt i proposisjonen om omorganiseringen. Heløe la vekt på å ”avpolitiser” saken. Han uttalte, eller nærmest meddelte:

Regjeringen har besluttet å omorganisere Helsedirektoratet/ Sosialdepartementet i en helseavdeling og et frittstående direktorat slik at direktoratet kan få bedre mulighet for bl.a. å bedre kontakten med primærhelsetjenesten, med institusjonene og med universitetene.

Det vil dermed også bli en klarere grensoppgang mellom faglige og forvaltningsmessige spørsmål og en faglig styrkelse av Helsedirektoratet, som kanskje er den viktigste side av saken.⁵²⁹

Statsrådets tone passet Arbeiderpartiet. Etter at Gro Harlem Brundtland i 1981 var valgt til leder i Arbeiderpartiet hadde partiet dempet den politiske oppmerksomhet om organiseringen av helseforvaltningen. Den nye lederen var, som sin far, ingen varm tilhenger av Direktoratets dobbeltstilling. Det er derfor ikke tilfeldig at partiets talsmann i saken, Gunnar Skaug (1940–2006), tok positivt imot Sosialministerens invitt til avpolitisering. I sitt innlegg, som han holdt umiddelbart etter at Heløe hadde talt, uttalte han:

528) Medlemmene var forøvrig, i gruppe I: stadsfysikus Fredrik Mellbye, byråsjef Kari Holst (H.dir.), underdirektør Fredrik Hoffmann (Sos.dep.), overtannlege Per Bærum (H.dir.), f.konsulent Rune Fjeld (NTL-Sos.dep.), ass. overlege Gurli Gleditsch (DNLH-H.dir.) og f.konsulent

Thor Rogan (NTL-H.dir.); i gruppe II: avd.dir. Reidar Bang (H.dir.), avd.dir. Petter J. Drefvelin (Sos.dep.), ass. overlege Ottar Christiansen (DNLH-H.dir.), konsulent May Britt Christoffersen (Norsk Sosionomforb.), overing. Kjell Johannesen (AF-H.dir.), f.sekretær Vivi Myhre (Norsk Sykepleieforb.) og konsulent Hans Tore Skaug (NTL-H.dir.); gruppe III: byråsjef Vidar Wilberg (H.dir.), byråsjef Jorun Nygård (Sos.dep.), rasjonaliseringsleder Jon Oftedal (R-direktoratet), sykehussjef Arne Vetlesen (Akershus f.kom.), ass. overlege Svein-Erik Ekeid (NTL-H.dir.) og konsulent Dagfrid Solum (AF).

529) SF, 7all, 1982-83, Tidende S., s. 1190.

Som ordfører for kap. 600, Sosialdepartementet, vil jeg si at denne omorganiseringen utvilsomt er hensiktsmessig og nødvendig, og er en ny bekræftelse på at departementets organisatoriske oppbygging må tilpasses utviklingen.⁵³⁰

Men ikke alle var helt med på å depolitisere saken. Igjen var det Kristelig Folkepartis mann i Sosialkomiteen som ikke ville slippe politikken, og polemikken. Odd With, som i forrige periode hadde vært formann i Sosialkomiteen, men nå satt i en annen komité, måtte minne forsamlingen om sakens partipolitiske forhistorie. Han nevnte at alt ikke hadde fungert som det skulle i Helsedirektoratet og at hans parti gjentagne ganger hadde påpekt dette og fått støtte fra en samlet komité for krav om reformer. Han var imponert over at Regjeringen og dens sosialminister nå hadde klart å løse ”et problem mange tidligere arbeiderpartiregjeringer og -statsråder hadde stått maktesløse overfor”. Han kjente ikke sakens detaljer godt nok til å ”kunne si at det nå er et gullegg som er lagt”, men hadde intet å bemerke til at det ble opprettet en helseavdeling i Departementet.⁵³¹

Etter Withs innlegg var det imidlertid umulig for Skaug ikke å ta iallfall litt igjen:

Representanten With sa seg meget glad for den omorganisering som har funnet sted innen Helsedirektoratet. Det er bra for representanten With at han er så skråsikker i sin sak, og det kan også hende at han har rett. Men det gullegg som han legger i organiseringen, vil jeg for min del ta med en klype salt.

Skaug henviser videre til at Regjeringen står fritt til å omorganisere forvaltningen, og at Stortinget normalt bare får befatning med omorganiseringer hvis de krever ekstra bevilgninger. Det gjorde ikke denne. Han kommer imidlertid ”med en forsiktig antakelse om at omorganiseringen sikkert er nødvendig og hensiktsmessig...”⁵³² With hadde ordet rett etter Skaug, men sa da intet om direktoratsaken.

Men om delingen av Helsedirektoratet nå i virkeligheten var tverrpolitisk godtatt, betydde ikke det at ordningen av helseforvaltningen dermed var blitt bare historie. ”Bråket” skulle fortsette.

Heiberg-prosessen: fase 2

Den ”politiske” delingsprosessen ble drevet frem under et betydelig tidspress. Tempoet ble opprettholdt da den konkretiserende del av prosessen tok til. Oppnevnelserne til de tre utredningsgruppene skjedde, som nevnt, den 8. desember. Delegeringsgruppen skulle komme med sin innstilling midt i februar; de to øvrige undergruppene en måned senere. Delegeringsgruppen leverte sin rapport den 18. februar (1983), Helsedirektoratsgruppen den 11. mars og Helseavdelingsgruppen den 14. mars. Den sistnevnte gruppens

530) *Ibid.*, s. 1193.

531) *Ibid.*, s. 1207.

532) *Ibid.*, s. 1221.

rapport var, med vedlegg og en del brev, på 162 sider. De to andre rapporter var noe kortere.

Konkretiseringsprosessen ble drevet fremover med stor bestemthet. Nå var det imidlertid ikke først og fremst Statssekretæren som drev prosessen. Hun ledet Styringsgruppen, og den spilte selvsagt en overordnet rolle, men den løpende ledelse lå først og fremst i Arbeidsutvalget, og det ledet Departementsråden.

Som vi har sagt var de viktigste omordningsbeslutninger nå fattet. De prinsipielle uenighetene kom imidlertid også til uttrykk i konkretiseringsprosessen. De mest utpregede ”endringsagenter”, Departementsråden og andre fra Departementet, ønsket å presse Heiberg-rapportens anbefalinger enda lenger i ”normaliserende” retning. De ville at Helsedirektoratet i størst mulig grad skulle bli et faglig-teknisk preget direktorat, mest mulig strippet for politisk-strategiske oppgaver. Som et uttrykk for det mente de at Helsedirektøren ikke burde ha direkte referat for Statsråden. Ja, egentlig burde ikke Helsedirektøren som person gies en institusjonell status (gjennom lov-givningen), som tilfellet ennå var: Statusen burde gies til Helsedirektoratet. Helsedirektøren burde altså egentlig bare være direktør. Det burde dessuten, mente de, ikke være noe krav at denne direktøren skulle være lege. De ønsket videre at Helsedirektørens stilling innad ikke skulle styrkes, både reelt og symbolsk, ved at han fikk prominente nestledere, altså en medisinalråd og en ”lovråd”. Endelig ville de at det mest mulig teknisk pregede og rutinepregede oppgaver skulle delegeres fra Direktoratet til lavere nivåer. Tradisjonsforsvarerne forsøkte å bevare mest mulig av Helsedirektørens statsrådsadgang og privilegerte rolle som medisinsk (ene)rådgiver for så vel departement som statsråd. De ville at han skulle være lege og de forsøkte også å beholde det mest mulig strategiske oppgaver i Direktoratet og, skjønt i mindre grad, å begrense delegasjonen av oppgaver til lokalt nivå.

Endringsagentene hadde hele veien overtaket, og var stort sett i det firtallet i de to overordnede organer og i Helseavdelingsgruppen. Tradisjonsforsvarerne stod sterkest i Helsedirektoratsgruppen, mens de som ville ha endring og de som var mer skeptiske til endring stod omtrent likt i Delegasjonsgruppen. Hva angår den siste gruppen vil vi dog nevne at jusen, ikke minst gjennom hovedsekretæren, byråsjef Vidar Wilberg, i denne undergruppen kom til å spille en viktig rolle – og det trakk mer i endrende enn i tradisjonsbevarende retning. Undergruppen foreslo å flytte ned, i første rekke til fylkeslegene (Stadsfysikus i Oslo), en mengde oppgaver.⁵³³ I viktige henseender kom så vel de to overordnede grupper som Helseavdelingsgruppen og Delegasjonsgruppen til å virke endringsfremmende. De tre første kom til å løfte

533) Undergruppen så her bort fra fylkeslegekontorenes kapasitet til å ta på seg flere oppgaver. Fylkeslegekontorene hadde lenge følt seg underbemannet i forhold til oppgavene de hadde. Spørsmål om fylkeslegekontorenes bemanning, kapasitet og organisering var imidlertid nettopp utredet (aug. 1982) av det såkalte Larssen-utvalg, ledet av fylkeslege Arne Victor Larssen. Det var den samme Larssen som nå ledet Delegasjonsgruppen. Byråsjef Vidar Wilberg, hovedsekretæren i Delegasjonsgruppen, var for øvrig medlem av Larssen-utvalget. Larssen og Wilberg var slik godt forberedt for det arbeidet de gjorde i et par hektiske vintermånedene 1982/83. De hadde neppe klart å ha en innstilling klar allerede midt i februar uten det forarbeidet de hadde gjort gjennom Larssen-utvalget. Underutvalgets forslag representerte en avlastning på den kontor-tekniske side på ca. 30 prosent og innen saksbehandling på ca. 14 årsverk. Dertil kom en uspesifisert lettelse i ledernes arbeidsbyrde. Kfr. ”Innstilling fra delegasjonsgruppen”, s. 82.

oppgaver opp og bort fra Direktoratet, den siste til å f ytte oppgaver ut av, og ”ned” fra, (det gamle) Direktoratet. Direktoratsgruppen drøftet bare, innadvendt og defensivt, restdirektoratets organisering. Ikke engang de indre lederspørsmål klarte den å gå skikkelig inn i. Den var, kan man si, dobbelt defensiv.

Departementsråden og hans folk, ikke minst avdelingsdirektør Thomas Mauritzen, lederen for Helseavdelingsgruppen, styrte prosessen stramt og var hele tiden på offensiven. Det kunne de være ikke bare fordi de alltid var godt forberedt og hadde møteledelsen, men også fordi de hadde f ertallet både i de to overordnede, og avgjørende, organene, og i Helseavdelingsgruppen, med seg. Viktig var det nok også at de var klar over at de hadde de tunge forvaltningsledere i Justisdepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet i ryggen. Helse direktør Mork hadde fra delingsprosessen startet vært på defensiven, og hadde ingen tydelige allierte i sentralforvaltningen. Langt mer enn sine ”motstandere” improviserte han også sin ”kamp”. Hans støtte fra fylkeslegehold var av mindre betydning og støtten fra Lægeforeningen virket nesten mot sin hensikt, særlig overfor departementsjuristene. Det var allikevel ikke tilfeldig hvor Mork tok opp kampen. Han valgte de maktpolitiske og symbolske viktigste saker. Her gikk han etter hvert inn både med tung argumentasjon og tydelige følelser. Det gjaldt særlig to saker, spørsmålet om Helse direktørens statsrådsadgang, og dermed om Direktoratets rolle i strategisk-politiske spørsmål, og spørsmålet om det skulle kreves at Helse direktøren var lege. Men han var også en del opptatt av å få en medisinalråd som nestkommanderende og en ”lovråd” ved sin side. Endelig var han opptatt av sin innstillingsrett til sykehuslegestillinger, en rett De legasjonsgruppen i stor grad ville ta fra ham.

De to viktige ”statusspørsmålene” skulle avgjøres gjennom instruksen for Helse direktøren. Instruksinnholdet ble saksforberedt i Helseavdelingsgruppen, men i samspill med Direktoratsgruppen. Når alt kom til alt kom imidlertid f ertallet i den første gruppen langt på vei til å få det som det ønsket. Flertallet i Direktoratsgruppen ville ha nokså medikratiske formuleringer på de omstridte punkter, men Mauritzen og hans f ertall i Avdelingsgruppen avviste nokså bryskt alle forslag fra Direktoratsgruppen. Mindretallet i Avdelingsgruppen, med blant annet Fredrik Mellbye, ble etter hvert ”overkjørt”, og Gruppens forslag ble nokså avmedikratiserende. Det sies nå intet om at Helse direktøren skal ha statsrådsadgang. Ei heller nevnes det noe om Helse direktørens utdannelse.⁵³⁴ Det bør for øvrig påpekes at instruksene nå, etter forslaget, ikke hadde Helse direktøren som adressat, som tilfellet var i instruksene fra 1927 og 1975, men Helse direktoratet. Vi kan ikke se at denne endringen ble drøftet i Gruppen. Man kan kanskje si at Gruppens leder, eller ”endringsagentene” her, på en stillferdig måte, foretok en viktig

534) Forslaget til instruks for Helse direktoratet fra Helseavdelingsgruppen er datert 15.3.1983 og er et vedlegg til det notat om ”Instruks for Helse direktoratet/Helse direktøren” Gruppen samme dag sendte Arbeidsutvalget. Notatet er tatt med som ss. 21-26 i Helseavdelingsgruppens samlede innstilling. Vedlegget har fått sidetallene 27-28 i innstillingen. Det eneste som står om Helse direktørens ”statusforhold” i instruksforslaget er dette, i § 3, første ledd: ”Helse direktoratets daglige arbeid ledes av helse direktøren i samsvar med gjeldende lov og regelverk”.

endring: Han, eller de, bidro til å gjøre helsedirektørstillingen til en mer almen, og mindre institusjonelt tydelig, direktørstilling.

Mauritzen & Co gikk litt for langt. De fikk ikke helt med seg Statssekretæren, og for den saks skyld Statsråden. Etter behandlingen i styringsorganene var to mer medikratiske bestemmelser kommet inn i instruksene. Som instruksene så ut den 18. mars het det om spørsmålet om statsrådsadgang (§ 4): "Helsedirektøren er departementets og sosialministerens rådgiver i alle forhold som krever medisinsk innsikt. Saker som krever slik innsikt og er av særlig viktighet, kan helsedirektøren selv direkte foredra for sosialministeren". Om utdannelsesspørsmål het det (§ 3, annet ledd) at "Helsedirektoratets daglige arbeid ledes av helsedirektøren i samsvar med lov og regelverk. Helsedirektøren skal være lege". Mork vant altså her noen ikke uvesentlige seire. Men instruksens adressat kom ingen på å gjøre noe med.

Endringsagentene i departementsledelsen tok imidlertid straks igjen. I referatet fra møtet i Arbeidsutvalget 22. mars (datert den 29.3.) heter det, i forbindelse med en engasjert meningsutveksling om spørsmålet om Helsedirektørens fagbakgrunn: "Mork sa at han syntes det var en generell linje i forbindelse med dette omorganiseringsarbeidet at man skal redusere Helsedirektoratets stilling. Det ville være helt i tråd med en slik linje at man ikke instruksfestet dette" – altså at Helsedirektøren skulle være lege.

Først i uke 17, siste apriluke, kunne Statssekretæren summere opp drøftelsene og lage sin innstilling til Statsråden. En drøy uke før hun skrev sin anbefaling til Statsråden, nemlig den 21.4., gav Justisdepartementets lovavdeling, i et "underhåndsnote" uttrykk for motforestillinger mot å instruksfeste Helsedirektørens referatadgang til Statsråden. Men Statssekretæren gav ikke etter. Hun la, som hun skrev i sin anbefaling til Statsråden, "avgjørende vekt på at man her kommer frem til en ordning som gjør at de helsefaglige synspunkter kan komme raskt og nyansert frem til sosialministeren,.."⁵³⁵ Samtidig var hun opptatt av at Avdelingen og Departementsråden ble gjort kjent med de synspunkter som slik ble lagt frem av Helsedirektøren. Statssekretæren foreslo altså å gi Helsedirektøren statsrådsadgang og også å kreve legeutdanning for Helsedirektøren.

Men disse spørsmål var ikke avgjort med det. Dragkampen fortsatte utover i mai og juni, hele tiden med endringsagentene på offensiven. I et notat av 29. mai foreslo igjen Mauritzen og Administrasjonsavdelingen å ikke ta inn i instruksene for Helsedirektoratet at Helsedirektøren skulle ha rådgivningsrett overfor Statsråden – med henvisning til notater fra Lovavdelingen og Forbruker- og administrasjonsdepartementet. Men atter en gang støttet Statsråden sin statssekretær og lot bestemmelsen bli stående. Derimot vant endringsagentene frem når det gjaldt utdannelsesspørsmålet. I forslaget til

535) Sitatet er hentet fra et notat datert den 17.6, skrevet av avd.dir. Thomas Mauritzen. Notatet (uten arkivref.) har overskriften "Omorganiseringen av helsedirektoratet – utkast til kongelig resolusjon", s. 4. Vi har siteret fra dette fordi vi ikke fant Statssekretærens notat i Helse- og omsorgsdepartementets arkiv. At vi ikke fant dette dokument er også grunnen til at vi ikke har oppgitt dateringen av det. Vi vet at det ble skrevet i uke 17, og etter alt å domme den 28. eller 29. april. Mye av innholdet kjenner vi gjennom sitater og omtaler fra andre dokumenter.

instruks for Direktoratet av 2. juni het det: ”Helsedirektøren skal ha helsefaglig utdanning”. Det samme stod det om Medisinalråden. Mork reagerte en knapp uke etterpå, nemlig den 8. juni. Han skriver i et brev til Statsråden: ”Stortinget har ved lovvedtak i en rekke tilfeller gitt kompetanse direkte til Helsedirektøren. I mange av disse tilfellene har det vært en bestemmende forutsetning at helsedirektøren er lege”. Han henviser så til endel lover.

Endringsagentene i Departementet henvendte seg så på ny til Justisdepartementets lovavdeling (13.6.) for å få dens mer offisielle vurdering både av rådgivningsspørsmålet og utdannelsesspørsmålet. De trengte tyngre ”ammunisjon” i dragkampen med den politiske ledelse. De fikk det, og slik kom også rådgivningsspørsmålet igjen ”i spill”. Hva angikk utdannelsesspørsmålet hadde imidlertid Lovavdelingen en viss forståelse for Helsedirektørens påpekninger.

Lovavdelingen svarte på henvendelsen fra Thomas Mauritzen, etter bare tre dager, altså den 16.6. Mauritzen fikk det svaret han, og de andre endringsagentene, hadde håpet på, iallfall når det gjaldt det første, og viktigste, spørsmålet, rådgivningsspørsmålet. Om dette uttalte Avdelingen, i tråd med hva den hadde gjort i april:

Etablering av spesielle linjer mellom Helsedirektoratets ledelse og departementets politiske ledelse bidrar til å utviske betydningen av at Helsedirektoratet og departementet separeres. Jo større formell inngang man etablerer for direktøren til å kreve konsultasjoner direkte med departementets politiske ledelse, dess mindre blir avstanden mellom de to institusjoner. Det kan videre pekes på at departementets helseavdeling dermed kan tenkes å få en mindre betydningsfull plass i avgjørelsesprosessen. I det hele tatt synes forskjellen å være liten mellom en modell med slik rådgivningsrett, og dagens system der direktoratet også formelt er en departementsavdeling.

Etter Lovavdelingens mening er det mye som taler for det standpunkt som er tatt av et mindretall i ”Helsedirektoratgruppen” når det foreslår at man ikke skal ha noen særskilt bestemmelse om rådgivningsfunksjonen og begrunner dette med at det ikke kan se ”at det foreligger særlige grunner som tilsier at Helsedirektøren bør tillegges andre rådgivningsfunksjoner i forhold til den politiske ledelse enn det som er vanlig for ledere av direktorater og lignende statslige institusjoner”.

Avdelingen legger til at dens standpunkt ikke innebærer at ikke Helse-direktoratet kan *anmode* om møter med departementsledelsen når det finner det hensiktsmessig. ”Forskjellen vil i første rekke være at slik virksomhet da mer vil skje på departementets premisser, noe som vil skape renere linjer for så vidt gjelder ansvarsspørsmålet”. For sikkerhets skyld anbefaler Lovavdelingen at hvis Helsedirektøren skal gies en direkte konsultasjonsadgang,

bør det taes inn en bestemmelse om at Helseavdelingens leder da skal bli orientert om det.⁵³⁶

Om utdannelsesspørsmålet skrev Lovavdelingen at den var enig med Mork i at mange lover som legger myndighet til Helsedirektøren forutsetter at han er lege. I en del tilfeller, skriver Lovavdelingen, ”må det antas at dette gjelder direktøren personlig, og at myndighet ikke kan overlates til underordnede i direktoratet”.⁵³⁷ Avdelingen anser seg dog ikke kompetent til å kunne avgjøre om det bør stilles krav om at Helsedirektøren skal være lege eller om ”annen relevant helsefaglig utdanning” kan være tilstrekkelig. Avdelingen føyer til at uttrykket ”helsefaglig utdanning” kan synes nokså ubestemt, og vel dekker en rekke utdanningsformer som åpenbart ikke gir den generelle helsefaglige bakgrunn” som etter lov er tillagt Helsedirektøren. Avdelingen mener nok at utdannelsen bør være ”ordentlig” akademisk.

Allerede dagen etterpå, den 17.6. – det begynte å haste nå – skrev Mauritzen et notat der han gav den politiske ledelse råd om hvordan direktoratsaken burde håndteres. Han bruker Lovavdelingens notat, men ikke ukritisk. Ikkejuristen (cand. mag.) utøver et juridisk skjønn også på egne vegne. Han er forsiktig med direkte å foreslå at det ikke bør komme en bestemmelse om Direktørens referatadgang, men ”gjemmer” seg litt bak Lovavdelingens ord. Det er forståelig, siden den politiske ledelse ved flere anledninger hadde vært så eksplisitt. Han advarer imidlertid mot å ta med en bemerkning om at Departementsråden og Helseavdelingens sjef skal informeres om Direktørens statsrådsmøter. Statsråden bør ikke, skriver han behendig (s. 4-5), i en instruks for Helsedirektoratet gies en opplysningsplikt overfor Departementsråden. Denne ”plikten” kan eventuelt omtales i foredraget til den kongelige resolusjon, kanskje også i R-notatet. Hva angikk utdannelsesspørsmålet skjønnte også Mauritzen at det ”f. eks. neppe vil være aktuelt å vurdere noen med bare hjelpepleierutdanning som kandidat til helsedirektørstillingen”. For å antyde noe om nivå foreslo han derfor, også som en liten ”politisk” konsesjon, denne formulering (s. 7): ”Helsedirektøren skal være lege eller ha annen relevant helsefaglig utdanning”.

Statsråden skrev 6. juli et R-notat om saken. Det ble behandlet i regjeringskonferanse dagen etter, en torsdag, dagen før forslaget til kongelig resolusjon skulle behandles i Statsråd. Statsråden skriver om konsultasjonsspørsmålet at det har vært diskutert lenge og vel og at Justisdepartementets lovavdeling er skeptisk til denne adgangen. Statsråd Heløe fortsetter: ”Jeg har likevel funnet det nødvendig å opprettholde en slik utforming av instruksen idet jeg legger avgjørende vekt på at de helsefaglige synspunkter i mer akutte situasjoner skal kunne komme raskt og nyansert frem til sosialministeren”. Han henviste her til den foreslåtte bestemmelsen om at Helsedirektøren i saker som krevde helsefaglig innsikt og var ”av særlig viktighet, kan helsedirektøren selv direkte foredra for sosialministeren”. Hva angår

536) Brev fra Lovavdelingen til Sosialdepartementet 16.6.1983, ”Omorganisering av helsedirektoratet – kongelig resolusjon”, s. 2-3. Arkivref.: 1787/83 E MR/agm. Ref. for Sosialdepartementets brev til Lovavdelingen er 3637/83 II A PBT/Hw.

537) *Ibid.*, s. 4. De videre sitater er fra samme side i notatet.

utdannelsesspørsmålet henviser han til at det i utkastet til instruks stod at ”helsedirektøren skal ha helsefaglig utdanning”. Vi har nettopp sett at Mauritzen, etter Morks intervensjon og Lovavdelingens uttalelse, foreslo en liten konsesjon til medikratiet og medikratene. Helø forsterker nå konsesjonen en smule, men godtar Mauritzens forslag: ”Jeg mener at det som oftest vil vise seg naturlig å utnevne en lege til helsedirektør, men at det kan komme situasjoner der en person med annen bakgrunn anses best skikket. Instruksen bør da ikke stå i veien”.

Nå burde saken ha vært klar. Det var den ikke. Det ble diskusjon om saken på regjeringskonferansen. Resultatet var at det ble vedtatt å utsette beslutningen om instruksen for Helsedirektoratet. Helø nådde ikke frem. Foredraget til sak nr. 7 i statsråd den 8. juli var nokså anemisk og det som ble vedtatt var ikke stort mer enn det som var blitt vedtatt 25. oktober (1982). Gjennom den kongelige resolusjonen ble bare ”den sentrale helseforvaltning” omorganisert ”ved at det opprettes en helseavdeling i Sosialdepartementet og et Helsedirektorat under Sosialdepartementet” (punkt I). Det stod videre at omordningen skjer fra ”den tid departementet bestemmer”. ”Fra samme tid oppheves kongelig resolusjon av 12. mars 1948 om opprettelsen av Helsedirektoratet”.

Det annet punkt i resolusjonen gjaldt delegasjon av myndighet fra Kongen til Sosialdepartementet.

Dragkampen fortsatte utover ettersommeren og høsten og ble først bragt til en konklusjon et stykke ut i november. Ved kongelig resolusjon av 11. november ble Helsedirektoratet gitt en instruks. Innledningsvis heter det i punkt I i resolusjonen: ”Med virkning fra den dato omorganiseringen av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet settes i verk fastsettes nedenstående instruks for Helsedirektoratet. Fra samme tid oppheves instruks for helsedirektøren av 11. mars 1927 og 1. november 1975”. Vi ser altså at ”institusjonen” ikke lenger er Helsedirektøren, men Helsedirektoratet. Mork skal nå bli en mer vanlig direktør i et mer vanlig direktorat. Instruksen ble slik:

§ 1

Helsedirektoratet er et direktorat under Sosialdepartementet.

Helsedirektoratet skal overvåke helseforholdene, ha sin oppmerksomhet henvendt på alt som kan tjene til å fremme helseforholdene i landet, føre overordnet tilsyn med helsevesenet og fremsette forslag om de tiltak som finnes nødvendig. Helsedirektoratet skal også føre tilsyn med andre etater som er tillagt myndighet i medhold av den lovgivning som er tillagt Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift, stortingsvedtak eller pålegg fra departementet (jfr. Kongelig resolusjon av ... 1983 og delegasjonsskriv av 1983 vedrørende delegasjon av oppgaver fra departementet til direktoratet).

§ 2

Helsedirektoratet har fem avdelinger:

- Administrativ avdeling
- Avdeling for kommunehelsetjenesten
- Avdeling for fylkeshelsetjenesten
- Legemiddelavdelingen
- Avdeling for miljørettet helsevern

§ 3

Helsedirektoratet er departementets rådgiver i alle forhold som krever helsefaglig innsikt.

Særlig betydningsfulle saker av helsefaglig karakter kan helsedirektøren anmode om å få drøfte med sosialministeren.

Helsedirektoratet skal på anmodning gi råd til de øvrige departementer og andre sentraladministrative organer i saker som krever helsefaglig innsikt.

§ 4

Helsedirektoratets daglige arbeid ledes av helsedirektøren i samsvar med gjeldende lov og regelverk. Helsedirektøren skal være lege eller ha annen relevant helsefaglig utdanning.

Helsedirektøren skal sørge for at det til enhver tid foreligger et samlet arbeidsprogram for direktoratet der det er tatt hensyn til de prioriteringer som departementet og Regjeringen har gitt uttrykk for. Helsedirektøren skal sørge for at arbeidet i direktoratet skjer på en så forsvarlig og effektiv måte som mulig.

Som helsedirektørens stedfortreder utpekes en av avdelingslederne. Stedfortrederen skal være lege eller ha annen relevant helsefaglig utdanning.

Saksbehandling og økonomiforvaltning skal være i samsvar med gjeldende reglementer for departementene så langt det passer.

§ 5

Tilsetting av personale skjer i henhold til eget tilsetningsreglement for Helsedirektoratet. Hva angår lønn, arbeidstid, ferie og arbeidsvilkår for øvrig gjelder det som til enhver tid er bestemt i lov, forskrift og avtaleverk.

Vi ser at Statsråden til slutt fikk det som han hadde lagt opp til i juli. Han fikk med de konsensjoner til Mork han hadde satt en del inn på å få med. Samtidig er det klart at instruksen først og fremst er et uttrykk for hvordan rollen som helsedirektør er blitt "alminneliggjort". Her er, som sagt, noen medikratiske elementer igjen, men de er få og kanskje mindre betydningsfulle. Instruksen lar Helsedirektøren få adgang til Statsråden, men kun i

forbindelse med ”Særlig betydningsfulle saker av helsefaglig karakter”.⁵³⁸ Siden Helsedirektøren i prinsippet skulle fatte avgjørelser i eget navn i helsefaglige saker, representerer adgangen, iallfall formelt, snarere en begrensning enn en utvidelse av Direktørens makt og innflytelse. Det er jo i saker hvor helsefagligheten må konkurrere med andre, særlig økonomiske, hensyn at Direktøren ”skulle” hatt adgang, helst alene, til Statsråden. Men i foredraget til resolusjonen står det endog at når Helsedirektøren skal drøfte saker med Statsråden skal det ”normalt” skje ”i møter med departementsråden og/eller lederen for Helseavdelingen i departementet til stede”. Det legges til at hvis disse ”unntaksvis” ikke er til stede skal departementsråden ”snaest” bli orientert av Statsråden. Denne presiseringen av hvordan bestemmelsen om Direktørens referatadgang skal forstås, gjør nærmest bestemmelsen ydmykende for Helsedirektøren.

Bestemmelsen om Helsedirektørens utdanning er kanskje i større grad uttrykk for et reelt kompromiss. Den gjør medisinsk utdanning til den primære utdanning, men med tillegget utelukker den ikke personer med annen (akademisk) helseutdanning, i første rekke en odontologisk eller farmasøytisk utdanning.

Justisdepartementets lovavdeling hadde også hatt en annen innvending mot instruksutkastet som bør nevnes her. Den henviste til § 1, annet ledd, hvor det heter at Direktoratet skulle føre ”overordnet tilsyn” med andre (helse) etater. Avdelingen fremholdt at ”ordet ”overordnet” her kan synes misvisende, da det må forutsettes at Helsedirektoratet også i denne relasjon skal være underordnet Sosialdepartementet og Regjeringens instruksjonsmyndighet”. Avdelingen ville ha bort ordet ”overordnet”. Som vi ser fikk den her ikke med seg den politiske ledelse.

*

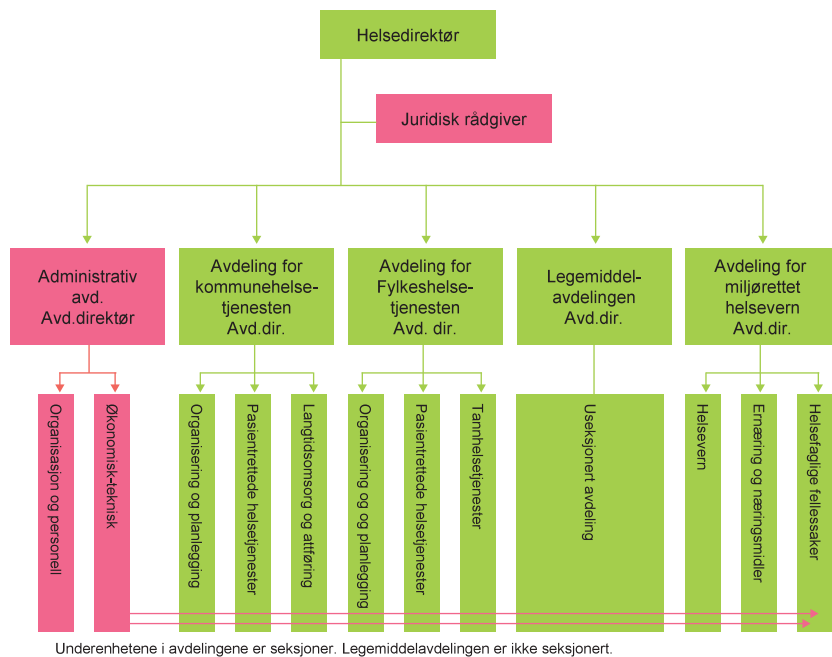
Den nye Helseavdelingen skulle organiseres som foreslått i Heiberg-rapporten; kfr. fig. 5.3. Den eneste lille endring, bestod i at den første seksjonen fikk navnet Seksjon for helseøkonomi/fellessaker. Som det fremgår av instruksen for Helsedirektoratet skulle det ”nye” direktoratet i hovedsak organiseres som foreslått i Heiberg-rapporten, altså med fem avdelinger, fire institusjonelt basert, den femte i hovedsak styringsfunksjonelt organisert. Den sistnevnte fikk navnet Administrativ avdeling, ikke juridisk-administrativ. Helsedirektøren vant imidlertid ikke frem med sitt ønske om fortsatt å ha en medisinalråd som heltids nestleder. Her snudde altså også Statssekretæren. Mork fikk imidlertid igjennom sitt ønske om å ha en ”lovråd” i stabsposisjon til seg selv. Han kunne altså beholde Munch-Søegaard, men med titelen spesialrådgiver, ikke ekspedisjonssjef.

538) Uttrykket ”særlig betydningsfulle saker” er kommet inn i instruksen til erstatning for det uttrykket som opprinnelig var brukt, ”saker av særlig viktighet”. Lovavdelingen mente det siste uttrykket var uheldig, siden ”grunnloven § 28 nytter uttrykket ”saker av viktighet” og for disse saker kreves behandling i statsråd”. Kfr. notatet fra Lovavdelingen, *op. cit.*, s. 3.

I figur 5.6 har vi presentert planen for det ”nye” Helsedirektoratet som den så ut ved utløpet av første halvår 1983 og som ble den endelige plan.

I Helseavdelingen skulle det selvsagt bare brukes vanlige forvaltningstitler. Det skulle det etter omordningen også gjøres i Helsedirektoratet. Også slik, og også i Direktoratet, ble altså helseforvaltningens anderledeshet nå opphevet. Mange av legene, antagelig de fleste, var skeptiske til denne endringen, eller som en sa, dette ”tap av identitet”: ”I hele min sjel var og er jeg lege, ikke byråkrat. Nå ville de gjøre meg til byråkrat”.⁵³⁹ Men det var nå ”politisk” umulig å ta opp en kamp om titlene. Ingen gjorde derfor det, ei heller Helsedirektøren. Helt forsvant de dog ikke. For det første ble titelen helsedirektør beholdt. For det annet kunne alle som hadde fagtitler fortsette å bruke dem, selv om de formelt hadde ”nøytrale” titler, som for eksempel avdelingsdirektører eller underdirektører. Viktig var det imidlertid at den ”gamle” medisinalråd, som nå skulle bli avdelingsdirektør, ville få beholde sin tittel, og for øvrig skulle fungere som Helsedirektørens stedfortreder. Vi må også føye til at titelen spesiallege ble beholdt. Den ble dog bare brukt i noen få tilfeller, som vi skal se.

Figur 5.6: Helsedirektoratets oppbygning, etter omorganiseringen 1983



Fagforeningene hadde, som vi har sett, vært kritiske til sentraliseringen av omordningsprosessen i fase én, men ble trukket aktivt med i fase to. De ansatte var godt representert både i de overordnede organer og i undergruppene. De ansatte ønsket imidlertid enda mer innflytelse, særlig over

539) Vedkommende, som nok uttalte seg på vegne av mange leger, var overlege i det gamle Direktoratet (Ole B. Hovind).

spørsmål knyttet til ansettelsene. Det var ikke naturlig å ta opp slike spørsmål i de ulike konkretiseringsgrupper, bortsett fra når det gjaldt lederstillingene, og etter samråd med de ansattes organisasjoner bestemte Statsråden den 23. februar at det skulle nedsettes en partssammensatt gruppe for å utarbeide et forslag til plasseringen av saksbehandlere og kontoransatte etter delingen.

Det var en forutsetning for omordningen at den eksisterende stillingsramme i Direktoratet på 193 ikke skulle overskrides. Det ble også fra starten av gjort klart at ingen skulle sies opp eller måtte gå ned i lønn. Videre het det at det ville bli tatt hensyn til hva de ansatte tidligere hadde hatt for arbeid og at plasseringene og ansettelsene ville bli basert på ”objektive” hensyn. Diskusjonene, og i noen grad dragkampen, om fordelingen av stillinger utover vinteren og våren førte til at Helsedirektoratet skulle få 156 (siden 155) av de 193 stillingene og Helseavdelingen resten, altså 37 (siden 35). Forslaget til fordeling og lønsplassering ble sendt til Finansdepartementet og Forbruker- og administrasjonsdepartementet i første uke av mai. Forutsetningen var da at omordningen skulle finne sted fra 22. august.

Dragkampen om de ”politiske” spørsmål, de mange, mer og mindre følelsesbetonte spørsmål av personalpolitisk art som måtte avklares, samt det omfattende organisatorisk-juridiske arbeid som måtte gjøres, førte til at omordningen ble en del forsinket. Den nye ordningen trådte først i kraft fra 21. november (1983).

Bemanningen av de to forvaltningsenhetene skapte en del juridiske og interessemessige utfordringer. Utgangspunktet for Departementet var sedvanen om at ved en saklig velbegrunnet omordning av sentralforvaltningen kan embeds- og tjenestemenn overføres fra et departement til et annet, eller til et sentralt direktorat. I brev av 9. august bekreftet Forbruker- og administrasjonsdepartementet det overfor Sosialdepartementet. Fremgangsmåten ble at alle kunne gi uttrykk for ønsker om stillinger, hvis stillingene lå på det nivå deres nåværende stillinger gjorde. De som var interessert i en høyere plassert stilling måtte søke denne; men kunne selvsagt i tillegg gi uttrykk for ønsker. Når embeds- og tjenestemenn fikk ”samme” stilling som før, ble de *plassert*; når de fikk en høyere stilling ble de *ansatt (tilsatt)*.

Prosessen startet med besettelse av de overordnede stillinger (fra lønnstrinn 27), og først med konstituering av ekspedisjonssjef i den nye Helseavdelingen. Det siste skjedde 22. juli 1983. Valgt ble den nylig avgåtte president i Lægeforeningen, Harald E. Hauge (1936 -2006). Valget var Statsrådens. Statsråd Heløe hadde fått et svært godt inntrykk av Hauge. Men Hauge hadde prominente konkurrenter: Per Bærum (f. 1929), Ragnvald Dahl (f. 1938), Bernt Frydenberg, Jan Grund, Idunn Heldal Haugen, Ole B. Hovind, Kjell Marcussen, Ingse Stabel, Egil Willumsen og Tor Ødegaard.⁵⁴⁰ Tre av Morks helsefaglige sjefer, Bærum, Hovind og Ødegaard søkte seg altså bort fra ham. Endog hans medisinalråd, Willumsen, gjorde det. Dette var tydelige markeringer av hvor Morks nærmeste helsefagmedarbeidere trodde makten

540) Se St.meld. nr. 6 (1984-1985), Embetsutnevnelser 1.7.1983 til 30.6.1984, s. 84.

kom til å ligge. Ekstra pikant ville det vært om Mork selv hadde søkt, men det vurderte han ikke å gjøre. Ellers gav en rekke overordnede plasseringer seg selv, som for Helsedirektøren og lederne av de fleste av avdelingene i Direktoratet; det vil si det gjorde det for mange av de siste siden de ikke fikk ekspedisjonssjefembedet. Hauge ble for øvrig endelig utnevnt til ekspedisjonssjef 27.1.1984.

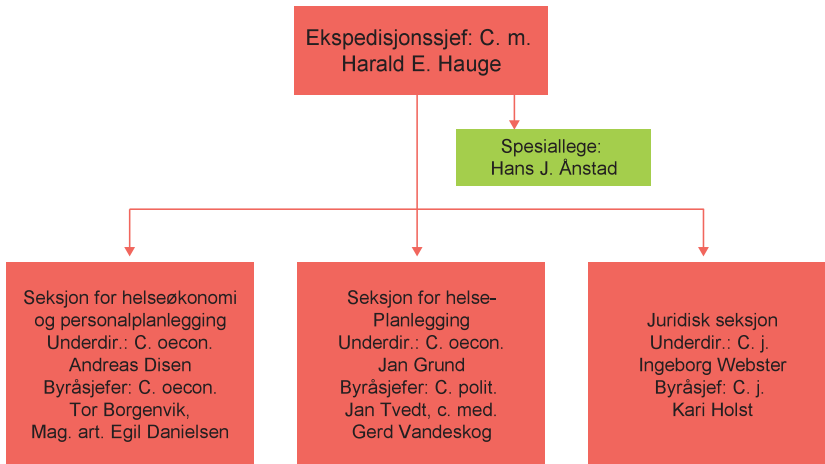
Bortsett fra for ekspedisjonssjefembedet var det bare konkurranse om tre høyt plasserte stillinger, stillingene som underdirektører og ledere for Helseavdelingens tre seksjoner. Det er nok et uttrykk for at den nye avdelingen ble sett på som morgendagens helsepolitiske kraftsentrum, at der meldte seg svært mange ansøkere til de tre stillingene. Til stillingen ved Seksjon for økonomi og fellessaker meldte der seg 19 ansøkere, til stillingen ved Seksjon for planlegging og organisasjon 18 og ved Juridisk seksjon 11. Der kom ansøkere også fra andre organisasjoner enn Helsedirektoratet. Det er imidlertid talende at av ni juridiske byråsjefer i Helsedirektoratet søkte syv stillingen som underdirektør i departementsavdelingens juridiske seksjon. De to som ikke søkte var 63 og 65 år. To av de yngre, ambisiøse assisterende overleger, Svein-Erik Ekeid (42) og Ottar Christiansen (39), søkte også på én (SEE) og to (OTC) av underdirektørstillingene i Departementsavdelingen. Det tør være et uttrykk for noen av de samme maktvurderingene blant saksbehandlerne at der var en viss oversøkning til Helseavdelingen blant dem, en oversøkning som særlig var tydelig blant jurister, økonomer og andre samfunnsvitere. Oversøkningen var også tydeligst blant de mest "fremadstormende" blant saksbehandlerne. Fordelingen skapte en del tautrekning mellom avdeling og direktorat, en tautrekning preget av at Avdelingen og søkerne gjerne stod sammen mot Direktoratet. Der var spesielt en del tautrekning om de økonomi- og budsjettkyndige.

Avdelingen fikk også en spesiell fagstilling, plassert utenfor seksjonene og således i en slags stabsposisjon til Ekspedisjonssjefen, nemlig en spesiallegestilling. Opprettelsen av denne stillingen passet Avdelingssjefen godt, men den skjedde nok også av personalpolitiske grunner: Forholdet mellom Helsedirektøren og en av hans overleger, Hans Ånstad, var blitt anstrengt. Ånstad hadde en periode vært fristilt fra sin overlegestilling for å arbeide med det som nå var blitt den nye loven om kommunehelsetjenesten. Ånstad så gjerne at loven kom; Mork var sterkt imot at den kom. Vi skal komme tilbake til prosessen omkring denne lovens tilblivelse senere.

Ansøkninger og "ønsker" ble behandlet på samme måte. For stillingene i Helseavdelingen var det Administrasjonsavdelingen som behandlet ansøkningsene. Avdelingens vurderinger ble så sendt ekspedisjonssjefene i de andre avdelinger til uttalelse, før de via Departementsråden gikk til Statsråden. Statsråden hørte så hva organisasjonene mente, før han fattet en beslutning. Stillingene i Direktoratet ble behandlet analogt, det vil si i Administrativ avdeling, før innstillingene via de kommende avdelingsjefene, gikk til Helsedirektøren og så til Statsråden.

I figur 5.7. har vi gitt en oversikt over hvordan ledersammensetningen ble i den nye Helseavdelingen.

Figur 5.7: Helseavdelingen etter omorganiseringen 1983

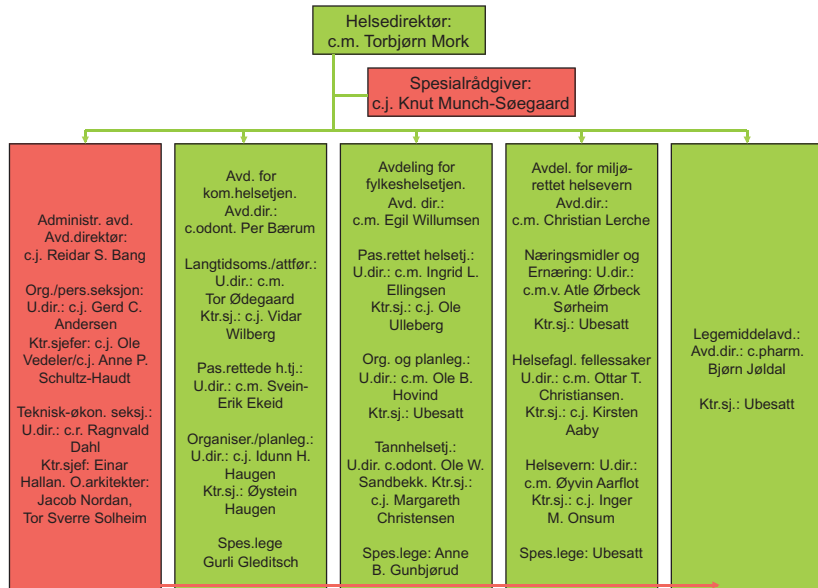


Helseavdelingen fikk altså en medisinsk leder i Harald E. Hauge. I tillegg fikk den en spesiallege i en friere, stabspreget stilling, Hans Ånstad. Også en av byråsjefene, Gerd Vandeskog, var lege. Lederne i seksjonene er ellers samfunnsvitere, det vil si, økonomer (3), statsvitere (2) og jurister (2). I hovedsak fikk Helseavdelingen en ung og litt "utålmodig" ledelse. Bare to av lederne var over 50 år, byråsjef Egil Danielsen (57) og spesiallege Hans J. Ånstad (51). Ekspedisjonssjef Hauge var 47 år, mens underdirektørene var 37 (JG), 38 (AD) og 43 (IW) år. De fem øverste ledere hadde en gjennomsnittsalder på vel 43 år, byråsjefene på 41,6 år.

Hva gjelder lønsplasseringen for de ansatte i Helseavdelingen fremgår den av lønsplasseringen for de direktoratsansatte; se nedenfor. Avdelingen fikk i alt 20 saksbehandlerstillinger: syv førstekonsulentstillinger, åtte konsulentstillinger og fem førstesekretær- og administrasjonssekretærstillinger. I tillegg fikk den fem kontorstillinger. Til sammen fikk altså Avdelingen 35 stillinger. To saksbehandlerstillinger ble overført til Administrasjonsavdelingen.

I figur 5.8 har vi gitt en oversikt over hvordan fordelingen av lederstillingene ble i Helsedirektoratet. Personene er plassert etter organisatorisk tilknytning.

Figur 5.8: Helsedirektoratets ledere etter omorganiseringen 1983



Underenhetene i avdelingene er seksjoner. Legemiddelavdelingen er ikke seksjonert.

Vi ser av figuren at Helsedirektoratet er blitt vesentlig mindre medikratisk både i oppbygning og bemanning. Medisinalråden er forsvunnet som en ren leder på direktoratsnivå; han er nå medisinalråd i en slags bistilling. Egil Willumsen fortsatte i denne (bi)stillingen. På øverste nivå er det nå, foruten Helsedirektøren, bare den juridiske spesialrådgiver. På neste nivå er det blitt langt færre, og bare to av de fem avdelingsdirektørene er nå leger. De stod heller ikke Mork spesielt nær, og skulle forlate Direktoratet om ikke så lenge. De gamle overleger som fortsetter, de er fire, er nå skjøvet ut av ledergruppen og er blitt underdirektører. De to leger som har overtatt gamle overlegestillinger er også blitt plassert på det samme mellomledernivå. Avmedikratiseringen har også skjedd i en videre forstand, som en mer almen nedtoning av fagstyrene. Det viser seg, som vi har nevnt, ved at avdelingene og tildels seksjonene er definert mer tjenesteinstitusjonelt og mindre fag-institusjonelt. Det viser seg også ved at tannlegene og sykepleierne, som tidligere hadde et kontor på nivå nr. to, nå har fått en seksjon på nivå nr. tre.

Direktoratets øverste ledelse (de to på toppen samt avdelingslederne) etter delingen ble ikke en ungdommelig ledelse. Kontrasten til Helseavdelingen er slik tydelig. Alle i direktoratsledelsen hadde passert 50; én, Knut Munch-Søegaard var akkurat fylt 60. Gjennomsnittslederen var 55 år. Mork var selv 55 år. Av de syv var fire (virkelig) gamle "Evang-folk", nemlig Munch-Søegaard, Bang, Bærum og Jøldal. De to Mork hadde vært med på å ansette, Willumsen, som tillike var medisinalråd, og Lerche, var altså også "yngre eldre", men uten tidligere sentraladministrativ erfaring. Lederne fungerte som alderen skulle tilsi, forsiktig og traust. Mork selv var langt mindre

alderstypisk, men hans energi var, som vi skal komme tilbake til, mer rettet i kritisk enn konstruktiv retning. Vi har nevnt at Mork ikke hadde noe spesielt nært forhold til sine legekolleger i ledelsen. De to som stod ham nærmest var juristen Munch-Søegaard og overapotekeren, Bjørn Jøldal.

Helsedirektøren ble også etter delingen plassert i samme lønnstrinn som Departementsråden, nemlig lønnstrinn 37. Medisinalrådsembedet (i.ltr. 35) forsvant som eget embede, mens den juridiske spesialrådgiver lønnsmessig ble plassert på ekspedisjonssjefsnivå, i lønnstrinn 34. Avdelingsdirektørene ble plassert i lønnstrinn 31, underdirektørene og spesiallegene i lønnstrinn 30, kontorsjefene, sammen med overarkitekten og overingeneniøren, i lønnstrinn 27, mens saksbehandlerne ble plassert fra lønnstrinn 26 ned til 18. Kontorpersonalet ble plassert fra lønnstrinn 17 til 7.

Direktoratet fikk, foruten de 34 stillinger som er oppført i figur 5.7, en overarkitekt- og en overingeniørstilling, 69 ordinære saksbehandlerstillinger, tre stillinger knyttet til bibliotek og arkiv og 41 kontorstillinger, til sammen 149 faste stillinger. I tillegg kom seks saksbehandlerstillinger som enten var tidsbegrensede eller hadde overgangsstatus. I alt fikk slik fra 1984 Direktoratet 155 stillinger. To stillinger i den gamle forvaltningen, en byråsjef- og en saksbehandlerstilling knyttet til ILO-samordningsarbeid, ble overført til Kommunal- og arbeidsdepartementet. Siden Avdelingen fikk 35 stillinger, ble det samlede antall stillinger den nye sentrale helseforvaltningen fikk, 190.

*

I brev av 11. november 1983 ble myndighet på en rekke områder delegert fra Sosialdepartementet til det nye Helsedirektoratet. Samtidig ble det gitt retningslinjer for hvordan samarbeidsmønsteret mellom Helseavdelingen og Helsedirektoratet skulle være. De nye bestemmelsene skulle tre i kraft fra "den dato som departementet senere fastsetter", det ble i praksis fra og med opprettelsen av Direktoratet, altså den 21.11.⁵⁴¹

Gjennom brevet ble Direktoratet delegert myndighet til å forvalte 35 lover. For hver lov var det spesifisert for hvilke paragrafer, og ledd i paragrafer, Direktoratet var delegert myndighet. Det var ialt 307 slike spesifikasjoner. Direktoratet fikk ikke et totalt ansvar for en eneste lov.⁵⁴² Det skulle slik ikke på lovstyringens område bli det eneste iverksettende organ. Det betydde også at der ville måtte gå to lovlinjer nedover i helsevesenet, men om linjen fra Departementet skulle gå utenom eller gjennom Direktoratet fremgår ikke av notatet. Det var forøvrig lett å se at det ville ta tid før direktorats- og avdelingsorganene kunne bli fortrolig med arbeidsdelingen på lovanvendelsesområdet. Direktoratet fikk forøvrig samtidig myndighet til

541) Brevet har overskriften "Vedr. Delegasjon av myndighet til Helsedirektoratet samt samarbeidsmønster mellom departement og direktorat", og journalnummer: 6646/83 II A KB/hs. Brevet er på 20 sider og er ikke undertegnet, men er åpenbart ført i pennen av førstekonsulent Kjell Bildøy (KB), Helseavdelingsgruppens sekretær.

542) Som et vedlegg til delegasjonsbrevet var det gitt en oversikt over de myndighetsbestemmelser som ikke var delegert til Direktoratet. Det var til sammen 173 bestemmelser.

fortsatt å fatte enkeltavgjørelser etter forskrifter. Direktoratet selv hadde utformet, selv om ansvaret for bestemmelsene fortsatt skulle ligge hos Kongen, altså i Departementet. Hva lovfortolkning angår, het det i delegasjonsbrevet at de alminnelige regler for forholdet mellom departement og direktorat ville gjelde. Det innebar at Departementet ville ha en almen instruksjonsmyndighet overfor Direktoratet.

I et eget notat på ni sider, kalt ”Retningslinjer og rutiner for behandling av budsjett og økonomisaker etter omorganisering av Helsedirektoratet”, redegjør Departementet nærmere for hvordan den ”økonomiske arbeidsdelingen” vil bli. Den årlige budsjettprosess starter med at Administrasjonsavdelingen i Departementet sender avdelingene retningslinjer ”med opplegg, timeplan m.m. for behandlingen av råbudsjettet i departementet” (s. 2). Etter delingen skal altså den nye Helseavdelingen ha samme ”underordnede” rolle som de øvrige departementsavdelinger: Også det er et uttrykk for reduksjonen i helsepolitikken, og helsesektorens, autonomi. Før delingen stod jo Direktoratet utenfor denne departementale samordningsprosess og forholdt seg direkte til Statsråden, og til dels Finansdepartementet. Helseavdelingen skal sende Administrasjonsavdelingen forslag til budsjett for de få poster den er ansvarlig for, men ellers delta i den videre behandling av de budsjettforslag som kommer nedenfra, blant annet fra Helsedirektoratet. Administrasjonsavdelingen i Departementet sender, også i oktober, men i samarbeid med Helseavdelingen, Helsedirektoratet en budsjettskrivelse, med direktiver for budsjettarbeidet. Direktoratet skal så ”utarbeide budsjettforslag inklusiv stillingsforslag, forslag til byggebevillinger m.m. for de første kapitler og poster under programområde 10, Helsevern i statsbudsjettet” (s. 2). Forslagene skal fremsettes etter svært foreløpige rammer, med eventuelle tilleggsforslag (”rosa ark”), og være ledsaget av forklarende tekst. Når prisomregnede budsjetttrammer foreligger, som regel sent i februar, får avdelingene, og også Direktoratet, beskjed om disse og starter en tilpasningsprosess. Etter at Regjeringen har hatt sin (krevende) budsjettkonferanse (på Hadeland), overtar Finansdepartementet det som nå er blitt råbudsjettet. Råbudsjettet behandles så på nytt i Regjeringen (tidlig i mai), før de mange budsjettkonferanser med Finansdepartementet kommer. Regjeringen sluttbehandler budsjettet i august/september og legger det så frem for Stortinget i oktober. Stortingets endelige behandling skjer i november (og desember). Vi skal føye til, hva gjelder helsebudsjettet, at det er Helseavdelingen som skal utforme innledningene i proposisjonene og avsnittene til omtale i ”Gul bok” for programområdene 10 og 30, Helsevern.

Når så budsjettet er vedtatt i Stortinget, stiller Administrasjonsavdelingen i Departementet de bevilgninger Helsedirektoratet har ansvar for, nemlig de første innen helsevern, til disposisjon for Direktoratet. Tilstillingsbrevene blir utarbeidet i samarbeid med Helseavdelingen. Nå kommer altså den andre av de to hovedroller Direktoratet har i budsjettprosessen, den rent iverksettende. En viss kontrollerende rolle skal Direktoratet også ha. Det skal foreta kassakontroller og ettersynsforretninger.

Hva angår planlegging får Helsedirektoratet etter delingen først og fremst ansvar for å vurdere planene fra et rent helsefaglig perspektiv. Direktoratets rolle blir slik ”innspillspreget”. Ansvaret for å utarbeide planforutsetninger, og for å foreta den integrerte vurdering og godkjenning av planforslagene som kommer fra ”klinikken”, flyttes nå opp til den nye Helseavdelingen. Det samme skjer med prioriteringen av byggeprosjekter for lån i Kommunalbanken og med den overordnede nasjonale helseplanlegging.

Etter delingen får Departementet, formelt Kongen, ansvar for alle ansettelser i Direktoratet fra kontorsjefs nivå og oppover. For andre stillinger skal et eget, partssammensatt, ansettelsesråd ha ansvar for ansettelsene. Siden Helseavdelingen nå blir en del av Departementet får Administrasjonsavdelingen ansvaret for personalforvaltningen. De kontoransatte vil administrativt høre under Administrasjonsavdelingen, ikke Helseavdelingen. De ansatte i den nye avdelingen går inn i den departementale avansementskrets. Også på disse vis kan man si helseforvaltningens sektorielle preg svekkes noe. For Direktoratet fortsetter imidlertid personalforvaltningen å være intern. Ansvaret blir liggende i den nye Administrasjonsavdelingen og dens Seksjon for organisasjon og personell.

Vi ser altså hvordan Helsedirektoratet økonomisk og politikkutviklingsmessig fjernes fra politikken og får en innspillsrolle og en teknisk-administrativ iverksetterrolle. Direktoratet sendes ut av sin ”heisrolle” i disse viktige henseender. Ja, det gjør det generelt. Det var også noe av hensikten med delingen. Reformatorene ville igjen ha en klarere vertikal arbeidsdeling, altså en klarere arbeidsdeling mellom det politisk-strategiske og det medisinsk-tekniske. Men som vi har påpekt ovenfor: Helseavdelingen overtar ikke helt Direktoratets gamle ”politiske” rolle. Dessuten mister i noen grad helseforvaltningen styrings- og forvaltningsansvaret for det utøvende helsevesen. Der kommer nye, også demokratisk forankrede, styringsorganer mellom den sentrale helseforvaltning og det utøvende offentlige helsevesen. Fylkeskommunene kommer inn når det gjelder sykehusene (1970, 1976) og kommunene snart (1984) når det gjelder primærhelsevesenet. Driften av klinikken trekkes slik tett inn i de lokale politiske prioriteringsprosesser. Det er alt uttrykk for det samme: Som helseforvaltningen avsektoriseres, avsektoriseres det utøvende helsevesen.

Den 21. november 1983 ble den evangsk-medikratiske, sivile og nasjonale helseforvaltning historie. Helseforvaltningen mistet meget av sitt særpreg, sin anderledeshet. Det gjorde i noen grad preklinikken og klinikken også. Dette var ikke noe spesielt for Norge. Det var snarere det typiske i alle vestlige land. Det kunne ha skjedd før, og hadde vel skjedd allerede i årene etter Evangs avgang, hvis Ragnar Christiansen den tidlige sommerdagen i 1972 hadde valgt, ved annen avstemningsrunde, å gi Gudmund Harlem sin stemme. Ingen av statsrådene gjennom 1970-årene hadde mot til å ta opp deling som en problemstilling. Først da odontologiprofessor Leif Arne Heløe kom, høsten 1981, skulle det begynne å skje. Hans statssekretær, psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg, var en viktig forutsetning for at han skulle klare det. Hun drev prosessen frem med bestemthet og beslutsomhet. Hun fikk en

høy stjerne hos de embedsmenn i Departementet som lenge hadde ivret for en deling, forteller den som fungerte som departementsråd gjennom de kritiske faser av konkretiseringen våren, sommeren og høsten 1983, Jan Madsen.⁵⁴³

En siste ”runde” i Stortinget

Delingen fikk en avsluttende runde også på Stortinget. Departementet hadde valgt å omtale delingen kort i budsjettproposisjonen, og ellers gi en oversikt over dens stillingsmessige konsekvenser. Arbeiderpartiets fraksjon i Sosialkomiteen, samt Fremskrittspartiets Fridtjof F. G. (f. 1934), var ikke sikker på om omordningen var den beste og var misfornøyd med at delingssaken ikke var fremlagt som egen sak. Hva omordningen angikk pekte de på faren for at den kunne føre til ”unødig dobbeltarbeid, uklare kompetanseforhold samt sviktende samordning med andre sektorer”. Hva fremleggelsen for Stortinget angikk pekte de på at hvis delingen var blitt fremlagt som egen sak kunne man fått anledning til å se den i sammenheng med ”de mange og store utfordringer helsevesenet står overfor,..”.⁵⁴⁴

De borgerlige medlemmer av Komiteen støttet omordningen uten motforestillinger. Statsråd Heløe svarte i sitt første innlegg i budsjettdebatten på kritikken fra opposisjonen, men gjorde det uten polemisk snert. Han ville nå avpolitiserer saken så langt det var mulig. Han startet med å konstatere at ”sluttstrek” var satt ”for en rekke utredninger og overveielser om denne sak gjennom de siste ti år”. Han la til at han mente vi nå hadde ”fått en sentral helseforvaltning som er godt tilpasset den utvikling som har skjedd innenfor helsesektoren i løpet av de siste årtier, og som ikke minst er tilpasset de forandringer som sektoren står overfor”.⁵⁴⁵ Han fremholdt så, at siden delingen ikke krevde ekstrabevilgninger var det naturligst å omtale den i forbindelse med budsjettfremleggelsen. Ellers omtalte han i rosende ordlag Gunnar Skaugs betraktninger fra fjorårets debatt. Skaug kunne imidlertid ikke dy seg for å gi Statsråden en liten smekk over fingrene. Han henviste til at han i fjor hadde sagt at Regjeringen stod fritt når det gjaldt departementale ordningsspørsmål, men også til at han ”tok avstand fra den klokkertroen på den modell som den gang så ut til å bli resultatet”. Han nevnte også at mange stilte seg kritiske til omordningen, blant annet Lægeforeningen. For sin egen del fryktet han at delingen hadde fått en slik form at den kunne skape ”kompetansestrid innad, klarhet utad – kan hende med ineffektivitet som resultat”.⁵⁴⁶ Både Skaug og hans parti sendte slik et signal til Heløe og Regjeringen om at de ville følge med hvordan det nå gikk med helseforvaltningen. De gav slik også Mork en forsiktig oppmuntring: Kanskje hadde han mer støtte i sitt parti enn han hadde fått inntrykk av?

Delingen: et tilbakeblikk på det evangiske medikratis endelig

Hvis vi ser på utviklingens virkelig lange linjer kan si si at den norske politiske orden har vært preget av politiserings- og avpolitiseringstendenser.

543) Samtale med Jan Madsen 26.1.2009.

544) SF 6a, 1983-84, *Budsjett-innst. S. nr. 11*, s. 14.

545) SF 7a, 1983-84, *Tidende S*, s. 1430.

546) *Ibid.*, s. 1465.

Under embedsmannsstaten var tendensen avpolitiserende, først ved at hele det politiske system så å si var avpolitisert, det var et embedsmannsregime, så fra slutten av 1840-årene (også) ved at forvaltningsoppgaver ble skilt ut fra departementene. Det siste innebar etter hvert at den nye fagpolitikk ble mer skjermet for den nye (venstre)politikk. I neste periode, tiden fra 1884, men særlig 1900, og til 1935 eller egentlig 1940, var tendensen politiserende. Således ble en del direktorater og lignende nå trukket helt eller halvveis inn i departementene: Politikken skulle slik på denne måten nå lenger ned i etatene. Mindre skulle få forbli faglighet. Fagsjefene reagerte først og protesterte, gjennom sin forening, Riksdirektørenes forening. Men etter hvert så de også den annen side ved ordningen: Den gav dem som fagfolk lettere adgang til og innflytelse over politikken. Evang så det. Det var således denne halvpolitiserende ordning, han, forsinket, fikk innført for helseforvaltningen under, men først og fremst etter, krigen. Han fikk den imidlertid innført først og fremst fordi den var en forutsetning for medisinsk politisk innflytelse. Erfaringene fra før krigen hadde jo dessuten vist ham at ordningen ville føre til det, til mer fagstyre. Men at den virkelig skulle føre til faglighetens penetrasjon av politikken fordret både en sterk helsedirektør og fagfolkens suverene autoritetsovertak på legfolket.

Det var fra starten av noe tvetydig over det nye arbeiderpartiregime. Etter valget høsten 1945 hadde Arbeiderpartiet absolutt flertall og en kolossal vilje til å styre, ja, til å planstyre. Slik sett var regimet svært politisert. På den annen side var det opptatt av modernisering, ja kraftmodernisering, etter krigens ødeleggelser og almene utviklingsstagnasjon. Det ville dog ha en modernisering på mest mulig egalitære premisser. En slik modernisering krevde en voldsom mobilisering av fagfolk: planstaten er jo også en fagstat, en fagstat der økonomene sitter i politikken og lager den overordnede plan, mens spesialistene sitter i hver sine etater og institusjoner og gir planen teknisk innhold. Gradvis kom slik det avpolitiserende til å dominere, og den nye (arbeiderparti)staten ble på et vis den nye embedsmannsstaten. Som historikeren Jens Arup Seip sa i 1963, "Etaten er atter blitt til staten".⁵⁴⁷ Det var det som kom til uttrykk med prinsipperklæringen i 1955 om at Regjeringen og departementene i større grad skulle gjøres til politisk-strategiske organer. Å "løfte" den politiske ledelse opp i en slik rolle, krevde samtidig at den mer tekniske saksforberedelse og iverksettelse ble flyttet ut av departementene til mer fristilte organer. Disse prinsippene ble ytterligere fulgt opp, og systematisert, gjennom Modalsli-utvalgets innstilling (1970) om den sentrale forvaltning.

Overført sett passet Evangs direktorat inn i dette bilde av den avpolitiserte (embedsmanns)stat. I virkeligheten kom hans direktorat, iallfall i viktige henseender, til mer og mer å bli en anakronisme. Han kunne ha tilpasset seg utviklingen ved selv å bli mer av en avpolitisert teknokrat, men han gjorde det motsatte. Han politiserte, og fortsatte å politisere, og ble et tiltagende problem for sine politiske foresatte. Men etter hvert, ja, faktisk ganske tidlig, begynte det å butte imot for ham. Det skjedde for alvor da han fikk sin

547) Jens Arup Seip, *Fra embedsmannsstat til ettpartistat*, Oslo: Universitetsforlaget, 1963, s. 25.

gamle beundrer, Gudmund Harlem, over seg som statsråd, i 1955. Fra da av var hans regime på defensiven. Torbjørn Morks forsøk på å føre det videre var nærmest dømt til å mislykkes. ”Dødskampen” skulle vare i ti år. Den varte så lenge fordi Mork var sterk og fordi han nesten fra starten av hadde sine ”egne” over seg. Hans egne kunne ikke så lett ”ta” ham når borgerlige politikere, spesielt Kr. F.-politikere, forsøkte å gjøre det. Kanskje spilte det også en viss rolle at 1955-politikken ble noe svekket under den sterke politiseringsbølge som kom i slutten av sekstiårene og varte et godt stykke ut i 1970-årene?

Morks første tiår var preget av stadige politiske utfall mot Direktoratets dobbeltstilling, og av en ”trå-vannet”-preget utredningsvirksomhet. Men da den kortvarige politiseringsbølge var over ved slutten av 1970-årene og Norge, ja hele Vesten, fikk en ganske sterk avpolitiserende høyrebølge, nyttet det ikke å ”trå vannet” lenger. Den nye Regjeringen Willoch (1981), en ren Høyre-regjering, gjorde kort prosess med det evangske byggverk. Den hadde imidlertid neppe sett for seg at den med det hadde gitt startskuddet for en mer radikal omforming og modernisering av den norske helseforvaltning. Heiberg-prosessen førte etter hvert over i neste prosess, Norbom-prosessen. Jon Ola Norbom, økonomen og den tidligere Venstre-finansminister (1972-73), kom til Departementet som departementsråd i mars 1984⁵⁴⁸ og skulle slik lede den helseadministrative ”avevang(el) isering”. Det ble så vidt krevende at den ene prosess førte til den annen. Denne prosess tilhører imidlertid del 2 i historien om den norske helseforvaltning.

Torbjørn Mork: Helsedirektøren som ”politiker” og leder i ”overgangsfasen” 1972-1983

Å forstå Torbjørn Mork

Alle mennesker forblir nok i noen grad gåter, også for seg selv. De blir det blant annet fordi de hele tiden utvikler seg, eller folder seg ut. De representerer et bredt knippe av muligheter. Noen av muligheten utnyttes mer, andre mindre. Etter hvert kan forholdet mellom de ulike muligheter endre seg.

Dette utfoldelsesperspektivet dikterer i noen grad vår måte å forsøke å ”fange” Torbjørn Mork på. Vi skal ta utgangspunkt i noen av de potensialer vi mener Mork hadde i seg og vise hvordan de gradvis kommer til syne og former, ja, blir, mannen. På den måten lar vi årsakene, eller snarere grunnene, komme først og væremåten etterpå; skjønt, de kommer prinsipielt samtidig: De henviser gjensidig til hverandre – de har et indre, (sub)intensjonalt, ikke

548) Cand. oecon. Jon Ola Hauger Norbom ble utnevnt til departementsråd i Sosialdepartementet den 16.9.1983. Han tiltrådte først i mars året etter. Han ville først gjøre ferdig en utredning han holdt på med om folketrygdens finansiering. Der var flere interessante ansøkere til embedet, som ekspedisjonssjefene Kåre Halden (med bakgrunn som LO-jurist), Rolf Tingvold, Bjørn Treider (1920-2008) og Per Schreiner (1932-2005), videre den allerede sagnomsuste avdelingsdirektør Nils Holm og den profilerte Kr. F.-politikeren, kommunalråd Per Høybråten. En overlege uten spesiell ”byråkratisk” erfaring, Leif Wille, var også blant søkerne. Men ekspedisjonssjef Jan Madsen søkte ikke. De mest erfarne byråkratiske ansøkere stod Arbeiderpartiet nær; Norbom var gammel venstremann. Norbom, som nå kunne tenke seg å komme hjem fra Genève – og lot noen av sine venner få vite det, søkte etter oppfordring fra Sosialministeren (Heløe). Kfr. SF 3a, *St. meld. Nr. 6* (1984-86), Embetsutnevnelser etc., s. 84. (Opplysningene er basert på samtaler med Leif Arne Heløe (18.12.2008) og Jon Ola Norbom (31.7.2009).)

et ytre, kausalt, forhold til hverandre. For mange spenner vi slik kjerra for hesten. Det er imidlertid nødvendig nettopp fordi drivkraft og væremåte på et vis er to sider av samme sak. Ved å ta utgangspunkt i noen få potensialer, og særlig ett, forenkler vi, nesten ubehagelig mye. Vi gjør det for å få tydeligere frem de potensialer vi mener er viktigst.

Vi har tidligere sett at Evang ble oppmerksom på Mork i slutten av femti-årene. Han ble imponert av den unge epidemiologen, men ble også ganske snart litt kritisk. Han fant ikke Mork ”disiplinert” nok, og så ham ikke som sin naturligste etterfølger. Vi skal ta utgangspunkt i denne karakteristikken. Vi vil samtidig utnytte denne karakteristikken til å føye noe til om Evang. Evangs karakteristikk av Mork var jo samtidig en indirekte egenkarakteristikk: ”Jeg er disiplinert (nok)”.

Den ”disiplinerte” er en gjennomført rasjonalist. Han har et intellektualisert forhold til sine verdier og mål og et utpreget instrumentelt forhold til utvikling og valg av strategier, eller midler, for å nå sine mål. For så vidt som målene er gitt ”på forhånd”, bruker han mest tid og oppmerksomhet på strategiutviklingen. Han fremstår slik også som nokså teknisk orientert. Han resonnerer deduktivt, ovenfra og ned. Den mer udisiplinerte, slik Evang den gangen tenkte, har et mer ekspressivt og eksistensielt forhold til sine verdier. Han lar også i noen grad verdiene forbli verdier. Han konkretiserer dem ikke som presise mål. Hans valg av strategier er ofte nesten ekspressivt-eksistensialistisk det også: Den ”udisiplinerte” ser på strategiene ikke bare som nøytrale virkemidler, men også som verdibærende handlingsmåter. For ham viskes derfor i noen grad skillet mellom verdier eller mål og midler ut, og de første forblir de viktige. Han blir aldri noen tekniker. Han (for)blir en (eksistensiell) kunstner. Han tenker og føler også induktivt, nedenfra og opp.

Evang var ikke bare disiplinert og Mork langt fra udisiplinert. Men i betydelig grad adskilte de seg slik. Den ene hadde svært meget av rasjonalisten i seg, og kunne se på seg som ytterst disiplinert. Den annen hadde også en del av rasjonalisten i seg, men tillike meget av den ekspressive eksistensialisten. Den første oppdaget tidlig seg selv som rasjonalist, og forble det livet ut. Ja, han ble det i tiltagende grad, iallfall som helsedirektør. Han kunne dog hele tiden ta ut noe av den ”udisiplinerte” i seg gjennom deltagelsen i den ”fjerne” politikk, som i den sene deltagelsen i EF-kampanjen i 1972. Men selv som engasjert politiker skinte hans disiplinerte rasjonalisme igjennom. På kaminen oppe i Måltrostveien i Holmenkollen stod det en byste av Voltaire.

Den annen kan nok ha oppdaget ekspresjonisten og eksistensialisten i seg selv tidlig, men han holdt dem lenge ned – så godt han kunne. Han ville lenge gjerne være rasjonalist som Evang, ja, kanskje bli en ny Evang. Han fremstod en stund som en slags Evang, endog hva frisyre og væremåte angikk, men det var bare en stund. Gradvis kom den annen side ved ham frem. Det var ikke lett for ham å slippe denne side frem, genert som han var, og forble, men den kom mer og mer frem. Helt frem kom den imidlertid knapt for andre enn noen få. Helt slapp han heller ikke taket på rasjonalisten

i seg. Det var imidlertid utenkelig for ham å ha noen voltairsk husgud på kaminen. Da den unge familien Mork var på vei vestover for å tilbringe sommerferien i Odda, fylte han bilen med salmesang. Han likte å synge, og sang godt.⁵⁴⁹

Alle er trukket mellom verdier av altruistisk og idealistisk art på den ene side og egeninteresse på den annen. Mange rasjonalister reduserer verdiene til egeninteresse, og ”verdsliggjør” slik rasjonalismen helt. Heller ikke den mest rasjonalistiske av de to, Evang, gjorde det. Evang var og forble ”sosialist”. Hans idealer var egalitære og, til dels, egalitært-felleskaplige. Han var samtidig svært ambisøs på egne vegne, fremfor alt når det gjaldt sitt profesjonelle liv. Han var altså en elitistisk, eller paternalistisk, egalitarist. Det var en spenning i denne ”konstruksjonen”, som der var i den leninske partiteori, men så meget makt at spenningen ble et praktisk problem for ham, fikk han ikke. Noe psykologisk problem ble den selvsagt heller ikke. Dertil var han for selvsikker.

Evangs verdisyn sprang ikke ut av personlige erfaringer. Han stod, både psykologisk og sosiologisk, den ”andre” siden i samfunnet for fjernt til det. Han kom, som vi har sett, fra embedsmannsstanden, den utdannede borgerlige elite. Hans far, byråsjefen, døde tidlig (1914), og familien ble truet av sosialt fall, men den kom seg opp og de fleste av hans søsken ble vellykkede akademikere; én av dem, i tillegg til Karl, Elisabeth (f. 1914), ble lege. De førte embedsmannstradisjonen videre. Selv giftet Evang seg, som nevnt, med en legedatter. To av hans fire barn fulgte i foreldrenes fotspor. Fru Evangs bror ble direktør ved Lilleborg fabrikker. Det er slik sett ikke så underlig at rasjonalisten Karl Evang fant frem til sosialismen mer gjennom kjølige resonnmener enn sosiale erfaringer. Karls hjerne ”klinger av metall”, kunne hans venner i det svært lite proletarisk erfarne *Mot Dag* si.⁵⁵⁰ Med et slikt utgangspunkt ble det å finne veien til, eller planen for realiseringen av, sosialismen også et spørsmål om ”kald” analyse – altså et rent faglig spørsmål.

Morks verdisyn var på et abstrakt vis ikke så ulikt Evangs. Også han ble etterhvert en slags egalitarist og sosialist, skjønt ikke på en så teoretisk tydelig måte som Evang. Også hans syn sprang nok ut av resonnmener, men altså ikke bare abstrakte resonnmener. Også erfaringer, virkelige erfaringer, spilte en rolle. Som for Evang kan sosiologien ha forsterket psykologiens virkninger. Mork vokste opp i en langt mer sosialt spenningsfylt situasjon enn Evang gjorde. Han vokste opp i miljøet som både i ”tid og rom” dro ham i ulike retninger; ja, virkelig dro i ham. Hva tiden angikk ”pendlet” han nesten mellom fortid og nåtid. Han ble født innerst i Sørfjorden i Hardanger, i Tyssedal, men flyttet snart til Odda – og vokste slik sett opp i nåtiden, i industrisamfunnet. Hver sommer, og mer enn det under krigen, var han imidlertid i fortidens samfunn, i småbrukersamfunnet

549) Omtalen av Mork bygger ikke minst på samtaler med hans datter Elisabeth Mork (f. 1961) 29.10.2008 og 28.11.2008 og hans samboer (fra 1975) Wenche Margrethe Myhre (f. 1940) 24.3.2009.

550) Det er Nini Haslund Gleditsch som forteller dette i sin bok *Vær utålmodig menneske!: erindringer*, Oslo: Gyldendal, 1980, s. 51.

på Jæren. Begge hans foreldre, Guttorm og Inga, kom derfra. Han ble svært knyttet til deres hjemsted. Faren var vokst opp på småbruket Mork. Spesielt nær kom han til å stå sin gudmor, morens yngre, ugifte søster. Hun var lærerinne. Det var hos henne han og hans egen familie bodde når de var på besøk ved Sandnes. Han hadde nær kontakt med henne til hun døde i slutten av syttiårene. Han hadde også nær kontakt med flere av sine mange søskenbarn.

Det var fra Jæren, og familien der, han fikk varme. I modernitetens Odda levde han mer ”abstrakt”, uten søsken, uten annen nær familie, og uten nære venner. Han talte knapt den egentlige oddadialekt, men en bergensk-preget versjon av den. Men hjemme ble han dyrket, spesielt av sin elskelige mor. Familielivet ble slik i noen grad en forlengelse av livet på ”Jæderen”. Det var et liv utenfor, eller før, Odda.

Men familien tilhørte selvsagt også det moderne Odda, og kom slik til å ta inn over seg spenningene i Odda-samfunnet, klassespenningene – eller spenningene i ”rom”. Familien tilhørte imidlertid ikke en av de to ”sidene” i industrisamfunnet, ”kapitalen” eller ”arbeidet”. De tilhørte de flytende mellomlagene. Morks far, Guttorm (1897-1976), var ingeniør og driftsbestyrer ved elektrisitetsverket. Han så ikke egentlig sosialt oppover, og for så vidt knapt nedover heller. Men han var blitt preget av tredveårene, og var slik mer opptatt av å forebygge fall enn av å klatre oppover. Han anbefalte sønnen å satse på Posten. Det var trygt. Men Torbjørns skoleprestasjoner var slik at han ingen anledning hadde til å tenke ”forebyggende”. Oppmuntret av sin mor, Inga (1894-1950), født Skadsem, hadde han vendt blikket oppover. Da tiden var inne dro han til Voss og på landsgymnasiet der tok han i 1948, som privatist, examen artium. Han ville gå den akademiske vei. Han ville bli sivilingeniør eller lege. Han ble altså det siste. Han begynte sin vei inn i legeyrket i Oslo, men flyttet etter et par år til Bergen og tok embedseksamen der i 1954.

Torbjørn Morks forhold til Odda ble, og forble, litt abstrakt. Han merket som sagt klassemotsetningene, men de kom ikke til å prege hans samfunnssyn da. Han kom ikke noen nær nok. Istedenfor ble han bekreftet gjennom suksessene på skolen og fikk vekket sine ambisjoner. Han gikk inn i Unge Høyre, nærmest som et abstrakt uttrykk for at han så på seg som lovende. Det var ikke klassesamfunnet Odda som etter hvert skulle drive ham mot venstre. Odda hadde drevet ham mot høyre. Det var Jæren og opplevelsene med det enkle, nøysomme, men kulturelt rike, småbrukerlivet, som skulle gjøre det. Odda var ikke egentlig Vestlandet. Odda var bare det nesten ahistoriske industrisamfunn (mal)plassert i vestlandsomgivelser. Mork var, og forble, dypest sett vestlending, vestlending av det nøysomme og pliktoppfyllende slaget. Men Odda slapp heller ikke helt taket i ham. Han tok også med seg ”høyrearven” derfra. Gjennom studiene fikk den ny næring. Hans ambisjoner vokste og hans rasjonalisme ble tydeligere. Kanskje kan hans studentertilgang til sosialismen sosiologisk sees på som en funksjon av den uhellige sammensmelting av den egalitære og fellesskaplige jærarv og den abstrakte og litt streberske oddaarv?

Vi skal vende tilbake til psykologien.

Å utvikle verdier ”induktivt”, altså gjennom erfaringer, som den følsomme gjør, gir ens verdisyn et mer emosjonelt, et ”varmere”, preg. Det gjør ens verdisyn mer intenst. Det gjør at verdiene tar en og fyller en på en annen måte enn de abstrakte, intellektualiserte verdier – som knapt er ens egne, men noe som eksisterer utenfor en, som noe objektivt. Det gjør en, med andre ord, mindre ”disiplinert”.

Men der følger mer av det: Det gjør at verdiene og følelsene blir viktigere enn strategiene og analysen. Ja, det gjør at også analysen i noen grad verdilades: Strategivalget fremtrer ikke bare som et rent virkemiddelvalg. Det blir også et verdivalg. Strategiene er ikke nøytrale. De er i stor grad bærere av verdier. Som sådanne blir det lettere å velge dem. De kan velges mer spontant; de krever ikke så mye analyse. Slik blir ekspressivisten og eksistensialisten også strategisk mer ”udisiplinert”.

Torbjørn Mork hadde meget av dette ”udisiplinerte”, ”jærsk”, over seg. Evang hadde rett. Men han hadde altså også noe av det disiplinerte, ”oddaske” over seg. Han slapp også denne disiplinerte personen i seg til. Ja, han lot denne personen på mange måter få et overtak. Det skjedde gradvis i løpet av tenårene og forsterket seg gjennom studieårene og særlig utover i tredveårene. Hans karrierestrev ble stadig tydeligere. Samtidig strevet han hardt for å holde den andre, mindre disiplinerte, siden i seg nede og skjult.

Han lyktes karrieremessig. Han ble jo først statssekretær og så helsedirektør. Men det kostet, både sosialt og mentalt. Han skapte hoderysten og irritasjon rundt seg. Hans ekteskap gikk i oppløsning, utover i 70-årene, men formelt først fra 1978. Mørke tanker og følelser kom til å plage ham. Men i all sin følsomhet var han samtidig merkelig robust. Han kom seg videre. Alle de problemer han hadde skapt for seg selv, alle de f oker han hadde laget for seg selv, ble utgangspunktet for ny utvikling. De bidro til at han gradvis slapp den ”udisiplinerte” i seg mer frem. Han ble mer og mer ”seg selv”, sitt jærsk selv. Slik fikk han det på ett vis lettere, særlig med seg selv og sine nærmeste. Men problemene, og motstanden, der ute avtok jo ikke, som vi for så vidt allerede har sett. Også resten av hans liv skulle bli en kamp, en kamp han ytre sett skulle tape, men som han indre sett, om vi kan si det slik, skulle vinne.

De to ”utgavene” av Torbjørn Mork var påfallende ulike. Den ambisiøse, selvhevdende og rasjonalistiske utgave var forunderlig robust. Den ydmyke, hensynsfulle og eksistensielt ekspressive utgave var underlig nærtagende. Den første utgave var altså den som syntes best til et stykke ut i 1970-årene. Få så, eller endog ante, den andre utgaven. Hans nærmeste, både privat og profesjonelt, gjorde nok i noen grad det, og kunne nok forbauses over kontrasten. Men det var lenge som om også de tilla den liten betydning. Også privat var han lenge først og fremst ”Odda-mannen”, den ambisiøse og sterke mannen.

Evangs familie, og medarbeidere, var aldri i tvil om at arbeidet, og ettermålet, ”alltid” kom først. Evang levde regelmessig, selv når han var ute og reiste. Han kom på en ”vanlig” dag i Oslo hjem til konvensjonell middagstid, tok seg så en hvil, før han igjen fortsatte å arbeide, på sitt hjemmekontor. Han hadde alltid arbeid med seg hjem. Hans hustru Gerda, hadde, ikke uten en viss sorg, måttet se bort fra egne fagambisjoner og hadde tatt seg arbeid på Mødrehygienekontoret i Oslo. Der arbeidet hun halv dag.⁵⁵¹

Etterat Mork, etter endt utdanning i London (PhD), hadde etablert seg i Asker, kastet han seg inn i karrierestrevet. Det ble dobbelt strevsomt, etter som han valgte å ri to hester, faghesten, med utgangspunkt i Krefregisteret, og den politiske hest, med utgangspunkt i Asker arbeiderparti. Han kunne derfor i disse årene, det vil si sekstiårene, komme hjem til nokså ulike tider. Familien merket at arbeidet, eller snarere, ambisjonene, kom først. Det gjorde hans bibliotekarkone Anna Brit (f. 1934), som derfor satte seg imot at han søkte embedet som helsedirektør. Det gjorde barna, som savnet en far som deltok i deres liv som de syntes mange andre fedre gjorde. Han tok dem riktignok med på turorientering i hjembygda, men det ble snart like meget kompetitiv plikt som eksistensiell glede: De skulle bli beste orienteringsfamilie; noe de for så vidt også ble. Både kone og barn ble slik trukket inn i, og ble en del av, hans livsprosjekt. Dermed måtte de også finne seg i at han var fjern, ikke bare i betydningen fysisk fraværende, men også i betydningen mentalt fraværende. Hans fraværenhet ble på et vis understreket ved at han, når han var tilstede, også var det med en distanserende myndighet og bestemthet. Hans barn ble en smule engstelig for ham.

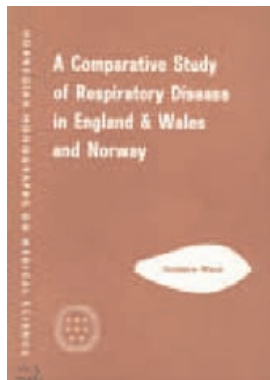
På Krefregisteret merket hans kolleger hans rastløse streberi. Han utfoldet seg faglig med stor energi, forsket, skrev, deltok i komiteer, men var også stadig i telefonen, for å pleie politiske kontakter og drøfte utspill og strategier. Det gav etterhvert resultater, men skapte også reaksjoner. Mange ble på vakt overfor ham. Da Sverre Harvei, hans fem år yngre kollega på Krefregisteret, i 1970 ble overlege og sjef for Evangs sykehuskontor, merket han sjalusien. Mork hadde selv søkt stillingen. I lokalpolitikken stod han, som vi har sett, til høyre i Arbeiderpartiet. Men han møtte etter hvert også motbør på venstresiden, der Berit Ås (f. 1928)⁵⁵² var en forgrunnsfigur. Hun kunne endog utfordre ham hva gjaldt hans private adferd. Hun fant den ikke særlig likestillende. I forbindelse med helsedirektørutnevnelser utfordret han, som vi har omtalt ovenfor, svært sterke krefter i sitt parti.

Men den andre Mork var der jo også, hele tiden. Noen fikk også se, eller ane, denne siden. Som vi har sett valgte Mork å gå inn i den nesten mest abstrakte del av medisinen. Han valgte epidemiologien, og spesielt kreft-epidemiologien. Han ble også en fremragende epidemiolog. Hans doktoravhandling, lagt frem ved den berømte London School of Hygiene and Tropical Medicine i 1960, hadde titelen “A comparative Study of Respiratory

551) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 279.

552) Berit Ås var i 1972, etter EF-avstemningen, med på å danne utbrytergruppen Demokratiske sosialister – AIK (Arbeiderbevegelsens informasjonskomité mot norsk medlemskap i EF). AIK gikk i valget i 1973 inn i Sosialistisk Valgforbund og var i 1975 med på å stifte partiet Sosialistisk Venstreparti (SV). Berit Ås ble dette partis første leder (1975-1976). Hun satt på Stortinget fra 1973 til 1977.

Disease in England & Wales and Norway”, se faksimile 5.1. To år senere ble den publisert i Norden.



Faksimile 5.1: Torbjørn Morks PhD-avhandling fra 1960, utgitt i serien Scandinavian University Books, 1962. Den ble også publisert som supplement 384, vol. 172, 1962 av Acta Medica Scandinavica.

Hvorfor valgte han den ”abstrakte” medisin? Var det fordi den appellerte mer til ham enn den kliniske? Den appellerte utvilsomt til ham. Han hadde jo også hatt teknologi og NTH som studiealternativ. Men mer lå under. Den ”andre” Mork lå under. Han valgte bevisst bort klinikken. Han valgte den bort ikke fordi den *ikke* grep ham. Han valgte den bort fordi den *grep* ham. Den grep ham for mye. Han orket ikke de følelsesmessige påkjenninger møtet med lidende pasienter gav ham. Den ”politisk” robuste Mork var for sart for de nære møter med mennesker. Da han var blitt far for første gang, i 1957, kom han en dag hjem, rystet. Han var i turnus på sykehuset i Arendal og hadde fått oppleve konsekvensene av en alvorlig motorsykkelykke. – Hun må aldri sette seg på en motorsykkel, sa han om den nyfødte datteren.

Overfor sine nærmeste la han ikke skjul på at han valgte bort klinikken fordi han ikke klarte de følelsesmessige påkjenninger forbundet med den. Evang tenkte nok ikke slik. Han var snarere for lite enn for meget grepet av klinikens dramatik. Han var først og fremst en politisk samfunnsdoktor.

Kanskje kan man også se Morks private fjernhet i dette perspektiv? Han kan ha fryktet den private nærhet også, ikke fordi han var ufølsom og en instrumentell karrierist, men fordi han ikke følte seg sikker på hvordan han ville reagere. Ville han kunne være nær og samtidig fremstå som sterk og selv-sikker mann? Den siste han personlig stod nær, iallfall inntil han var en moden mann, var kanskje moren. Han mistet henne i 1950. Da var han 22. Han elsket henne, og savnet henne resten av livet. Faren giftet seg siden igjen, men han fikk ikke noe nært forhold til farens neste kone, en kvinne som blant annet var aktiv i Misjonssambandet. Også det kan ha bidratt til at Odda forble noe ”abstrakt” for ham.

Vi har sett at både Evang og Mork kunne ha sans for fysisk utfoldelse, og gjerne tok ambisjonene med seg inn også på den arenaen. Men mens den fysiske utfoldelse ble, og forble, en del av Evangs identitet, var den viktig for Mork bare i hans yngre år. Mens Evang forble en asket, gav Mork etter hvert

opp friluftslivet. Ja, Mork kom i noen grad til å spille opp til bildet av seg som festglad, som røykende og endog natteranglende. -Folk skal leve som jeg lærer og ikke som jeg lever, kom han stadig til å si. Det er ikke så åpenbart at det var ment som en unnskyldning. Han ”feiret” lørdag 19. desember 1987 fremleggelsen av proposisjonen om utvidelsen av tobakkskadeloven av 1973, med å møtes med tre andre ”bohemer” – Alf Nordhus (1919-1997), Kari Simonsen (f. 1937) og Reulf Steen – til en skikkelig ”ut-blåsning”. Ut-blåsningen ble behørig dekket av Verdens Gang, over to sider (s. 34-35) og med et stort bilde. Det Mork og hans røykende kolleger ”blåste i”, var et forslag om å forby røyking i offentlige lokaler og på kollektive transportmidler. Oppslaget hadde overskriften ”-frels oss ikke med makt”. Helse-direktøren uttalte blant annet: ”Jeg tror ikke dette er en sak som passer for lovgivning”. Han kunne heller ikke dy seg for å polemisere: ”Jeg vil også minne om ordet livskvalitet. Det er ikke sikkert at alle foretrekker å leve lengst mulig på youghurt”.

Lovforslaget ble vedtatt av Stortinget utpå vårparten 1988 og trådte i kraft i juli samme år.

Mork startet tidlig å røyke og fortsatte med det livet ut. Det vil si, han sluttet en uke før han døde, knapt 64 år gammel. Han røykte også meget, og mer når han var stresset enn ellers. Han røykte hjemme. Han røykte i bilen, også når barna var med. Han røykte på kontoret. Han røykte også på møtene i Helse-direktoratet; dog ikke som den eneste. Han røykte også offentlig, for eksempel på fjernsyn. Etter hvert som røykemotstanden i samfunnet vokste, kom det kritikk av hans og andres møterøyking. Kritikken ble mer insisterende da Anne Alvik kom inn som medisinalråd i 1985. Da ble det slutt med røykingen under direksjonsmøtene.

Torbjørn Mork begynte å røyke midt i førtiårene, før man visste så meget om røykingens betydning for helsen. Ennå i 1953 røykte 73 prosent av norske mannlige leger. Mork røykte sigaretter. Da medisinen begynte å ane mer, nemlig utover i femtiårene,⁵⁵³ var det kanskje for sent for ham å legge tobakken til side? Han var kanskje blitt både fysisk og psykologisk avhengig av den? Han forsøkte etter hvert, og iallfall fra midt i 1970-årene, å slutte, men klarte det ikke.⁵⁵⁴ Han fulgte imidlertid med i tobakks- og lungesykdomsforskningen, og kjente før de fleste til de gode medisinske grunner for å slutte å røyke. Hans avhandlings avhengige variabel var det som da ble kalt kronisk bronkitt, eller i dag kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Han forstod den, som vanlig var, dynamisk-symptomatologisk. Han brukte den definisjon en studiegruppe, nedsatt av *The Council for International Organizations of Medical Sciences*, lanserte i 1959:

553) Det startet for alvor i 1951 med den store prospektive undersøkelse av røyking og helse blant 40 000 britiske leger. Undersøkelsen ble ledet av Sir Austin Bradford Hill (1897-1991) og Richard Doll (1912-2005), begge ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Resultatene kom fra midten av 1950-årene og viste at det var en sterk sammenheng mellom røyking og lungekreft, kronisk bronkitt, hjerte-karsykdom og flere andre sykdommer. For en oversiktlig redegjørelse for utviklingen se Kjell Bjartveit, Hvit pest, svart tjære, *Michael 2007*, supplement 7, s. 125 og videre. Opplysningen om legers røykevaner i 1953 er hentet fra Bjartveit, s. 129.

554) Opplysning gitt av hans samboer fra 1975, Wenche Margrethe Myhre, i samtale 23.3.2009.

Chronic bronchitis may be defined as a disease which a) is characterized by chronic and persistent cough, b) is punctuated by annual or seasonal exacerbations, c) is associated with the production of purulent sputum, d) leads to increasing breathlessness and disability, e) commonly ends in death by congestive heart failure.⁵⁵⁵

Den prosessuelle definisjonen er en god beskrivelse av det som skulle bli hans egen sykehistorie.

Han er rask til å peke på at de nevnte symptomer kan være en funksjon av ulike tilgrunnliggende (etiologisk definerte) lidelser, men mener han kan gå videre med sine komparative forklaringsstudier, hvis han bare tar en del forbehold. Tidligere, skriver han, var det vanlig å se på disse lungelidelser som ”degenerative and as a part of the process of ageing”. I løpet av de siste ti år, altså femtiårene, måtte man revidere denne oppfatningen, skriver han. Epidemiologiske studier avslørte store geografiske og sosiale variasjoner i sykkelighet, variasjoner som spesielt var relatert til kjemiske faktorer som ”atmospheric pollution and cigarette-smoking”. Studier av de anatomiske forandringer i luftveiene, og av spyttets bakteriologi hos kronisk bronkittsyke, styrket forskernes mistanke om at kronisk bronkitt også kunne skyldes kjemi som kom utenfra. Senere i avhandlingen viser han at de epidemiologiske indikasjoner på (sigarett)røykingens betydning for utviklingen av kronisk bronkitt er mange og sterke. Han viser også at endel eksperimentelle observasjoner peker i samme retning:

These experimental observations may suggest that inhaled tobacco-smoke by a) increasing the mucus production, and b) decreasing the ciliary protection, may be of significant importance in the causation of early symptoms of chronic bronchitis.⁵⁵⁶

I februar 1964, bare en måned etterat den amerikanske helsedirektør hadde offentliggjort sin epokegjørende rapport om røyking og helse, drøftet Stortinget, på grunnlag av en interpellasjon fra Kristelig Folkepartis leder, Kjell Bondevik, den nye situasjonen hva angikk røyking. Bondevik fikk Stortinget med på å be Regjeringen oppnevne et utvalg til ”å planleggja kampen mot den skadelege sigarettroykinga”. Et utvalg ble oppnevnt i 1965, og fikk, etter Helsedirektørens forslag, Kjell Bjartveit som formann. Torbjørn Mork ble medlem av utvalget.

Utvalget la våren 1967 frem sin omfattende innstilling (245 sider). Mork hadde skrevet kapitlet om røyking og helse, og uttalte seg på denne tiden også stadig til pressen om farene med røyking. Han uttalte seg tydelig, men hele tiden saklig – og ikkemoraliserende. Utvalget anbefalte, enstemmig, at man skulle ”rykke frem” etter tre linjer, to forebyggende og én terapeutisk. Forebyggende skulle man gjøre miljøet mindre røykevennlig, i første rekke ved å forby tobakksreklame og gjennom å trykke advarsler på

555) Torbjørn Mork, *A Comparative Study of Respiratory Disease in England & Wales and Norway*, Oslo/Bergen: Scandinavian University Books, 1962, s. 11.

556) Mork, *op. cit.*, s. 48. Sitatet og omtalen foran er fra s. 10.

sigarettpakken, men også, gjennom målrettede opplysningskampanjer, forsøke å påvirke særlig ungdom til å avstå fra å røyke. Terapeutisk skulle man tilby dem som røkte røykeavvenningskurs. Utvalget foreslo også at det ble opprettet et røykskaderåd. Utvalgets innstilling førte frem til Tobakksskadeloven av 1973. Allerede i 1971 ble Statens tobakkskaderåd opprettet. Dermed var også det organ som skulle drive tobakksaken videre, etablert.

På Kreftdagen 13. oktober 1970 deltok Torbjørn Mork, sammen med andre fagfolk, i et fjernsynsprogram om lungekreft og røyking. Programmet var ledet av journalisten og veterinærmedisineren Einar Johannessen. Programmet var ”skremmende”. Et hovedpoeng i programmet var at røyking var den overlegent viktigste årsak til lungekreft. Det ble pekt på at der ikke fantes god behandling og derfor at det måtte satses på forebygging, altså å få folk til å la være å røyke. Ekspertene opplyste at hvis man kunne få bukt med sigarettøykingen, ville hyppigheten av lungekreft gå ned med 80-90 prosent.⁵⁵⁷

Mork visste altså, bedre enn nesten alle, og før nesten alle, hvor helsefarlig hans vane var. Allikevel fortsatte han å røyke. Han fikk råd om å slutte, fra kolleger og – etter at han var blitt helsedirektør – fra ”antitobakkfolket”. I juninummeret 1978 av helse- og miljømagasinet *Vi og Vårt* 1978 oppfordret magasinet meget engasjerte redaktør Lita Heiding (1925-2009), Helsedirektøren til å slutte å røyke. Hun hadde illustrert oppfordringen med en fotomontasje Helsedirektøren fant ”smakløs”.⁵⁵⁸ Lita Heiding mente Mork med sin røyking gjorde det vanskelig for andre å slutte å røyke.

Mork mislikte rådene han stadig fikk. Enda mer mislikte han moraliseringen. Han kunne gi seg selv råd, og gjorde det, men altså til ingen nytte. Hans samboer fra 1975, Wenche Margrethe Myhre røkte også. Så lenge han var gift var hans røyking ikke noe tema hjemme, selv om hans hustru ikke røkte.

Han kan nok, som vi har nevnt, etter hvert ha blitt fysisk og psykisk avhengig av røyken. Der har allikevel fra begynnelsen av ligget et valg til grunn for røykingen. En slags abstrakt sosiologi kan ha spilt en rolle: menn røyker, og mann var han seg svært bevisst at han var. Det er liten grunn til å tro at en mer konkret sosiologi har spilt en rolle: Han tilhørte ikke noe tett guttemiljø i oppveksten. Han var en uvanlig uavhengig og uavhengighetsbevisst gutt og ung mann. Han *valgte* tobakken som en viktig livsledsager. At han siden fortsatte, var slik også et uttrykk for hans uavhengighet. I noen grad *valgte* han altså å fortsette, selv om han på et vis forsøkte å slutte. Det er ikke tilfeldig at han svarte så trassig på den offentlige kritikken av sin røyking. Å fortsette å røyke ble etter hvert for ham også et spørsmål om å bevare sin egen identitet, som uavhengig, som stolt. På et vis var det også det den uforlignelige imitatoren Trond Kirkvaag (1946-2007) i slutten av åttiårene

557) Det er gitt et sammendrag av programmet i Frank Bergan, Torbjørn Mork, Erik Poppe, Olav Torgersen og Einar Johannessen, ”Lungekreft og røyking”, *Liv og helse*, b. 38, 1971, s. 206-208.

558) Uttalelse til *Verdens Gang*, 28.6.1978, s. 11. I intervjuet med VG uttalte han også, på spørsmål om han ikke burde gå foran med et godt eksempel: ”De samme regler må gjelde for meg som for andre mennesker. Det er ingen offentlig sak at jeg røyker”.

fikk frem da han i NRKs fjernsynsprogram ”LørDan” gikk inn i rollen som hostende og harkende helsedirektør: ”Haj du fyj?”

Den amerikanske litteraturprofessor Richard Klein skriver i boken *Cigarettes are sublime* om det å røyke som en måte å vise seg frem, eller ytre seg, på. Å røyke er, skriver han, en ”diskursiv handling – en ordløs, men veltalende uttrykksform”. Slik viser han hvordan røykingen er valgt; at den har en eksistensiell og estetisk side. Slik viser han også hvordan press på den røykende for å få ham til å slutte å røyke – også for hans egen skyld – er et uttrykk for angrep på hans ”ytringsfrihet”, på hans måte å skape og presentere seg selv på.⁵⁵⁹ I 1940-årene vendte tobakksindustrien seg i stigende grad mot kvinner. Kvinnene røkte da i liten grad. De representerte slik sett den mest fristende måte å utvide tobakksindustriens marked på. Noe av det industrien la vekt på i sin markedsføring overfor kvinnene var å fremstille røyking som frigjørende, som sosialt og i noen grad erotisk frigjørende. De hadde, i en ”kleinsk” forstand rett: Røykingen ble et bidrag til, og et uttrykk for, den dypere frigjøring som snart skulle komme, og som, via utdannelse-institusjonene, skulle sende kvinnene ut i de ”ytre” arbeidsmarkedene.

Mork sluttet etter hvert, det vil si midt i 1980-årene, å røyke i møter. Et par år senere sluttet han også å røyke på fjernsyn. Det var i begge tilfeller kvinner som fikk ham til å gjøre det, hans nestkommanderende Anne Alvik i det første tilfelle, hans overordnede Gro Harlem Brundtland og Tove Strand Gerhardsen i det annet tilfelle. Men privat fortsatte han altså å røyke. Røykingen var, som nevnt, også for ham, et spørsmål om ytringsfrihet, om denne friheten etter hvert var blitt en tvangspreget frihet.

Røyking er ikke bare et ”isolert” moment i en livsstil. Den er en integrert del av livsstilen. Ikke minst blir den for mange en viktig måte både å håndtere stress og andre påkjenninger, og å slappe av, ja, å belønne og bekrefte seg selv, på. Det var tidlig blitt slik for Torbjørn Mork: ”Jeg merker selv at jo vanskeligere saker jeg har, jo mer røyker jeg”.⁵⁶⁰ Også av slike grunner hadde han derfor liten anledning til å forsøke å slutte. Han forsøkte da egentlig heller ikke. Røykingen gjorde dertil lenge heller ikke så mye for hans evne til å prestere. Om noe, kan han ha følt, skjerpet sigarettene denne evnen. Annen avhengighetsskapende kjemi, som narkotiske stoffer og alkohol er farligere slik.

Etterhvert som røykingens sykdomsfremkallende virkninger ble bedre og bedre dokumentert, fra 1964 og utover, ble røyking og røykere mer og mer sosialt stigmatisert. Gjennom Tobakkskadeloven av 1973, skjerpet i 1988, ble røyking, og mer og mer også røykere, offisielt ”forfulgt”. Det må ha vært underlig for Mork å oppleve at det omfattende, offentlige antirøykearbeid som etterhvert kom, hadde han vært med på å lansere. Det kan ikke ha gjort det mindre underlig for ham, eller snarere – mindre provoserende – at arbeidet ble drevet frem av det parti han så på som det mest moraliserende

559) Kfr. Richard Klein, *Det sublime sug*, Oslo: Aschehoug, 1996, s. 210. Boken kom ut på engelsk under titelen *Cigarettes are sublime* i 1993 (Durham, NC: Duke University Press).

560) Uttalelse til Verdens Gang, 19.12.1987, s. 34.

og som han stadig var i dispuTT med, Kristelig Folkeparti. Det var dette partis leder, Kjell Bondevik, som tok det første initiativ i 1964. Det var Bondeviks partifelle Kjell Bjartveit som ledet det første ”røykeutvalget” – hvor Mork var medlem – og siden, gjennom Tobakkskaderådet, ble den drivende kraft i antiroykearbeidet. Det var Kristelig Folkepartis statssekretær i Borten-regjeringen, Per Høybråten, som tok imot Bjartveitutvalgets innstilling og sørget for at dets forslag ble fulgt opp.

Virkningene av loven av 1973, men mer alment av den stadig mer alarmende dokumentasjon av røykingens helseskadelige virkninger, ble etterhvert store. Røykehyppigheten begynte å synke. Den sank imidlertid på en sosialt markert måte. Den sank langt raskere blant personer med lang enn blant personer med kort utdanning. Røyking, som tildels hadde vært forbundet med høy sosial status, ble snart et tegn på lav sosial status.⁵⁶¹ Endel akademikere og andre velsituerte, fortsatte å røyke, men på en ny, en ”fest-lig” måte. For dem forble slik røykingen noe frihetlig. Gjennom sin leilighetsvise røyking demonstrerte de kontroll. For andre, altså særlig folk med lavere utdanning og fysisk slitsomt arbeid, fremstod røykingen nå som det motsatte, som uttrykk for deres mangel på selvkontroll og virkelig frihet. Som en sosialt vellykket person skulle Helsedirektøren ha falt i den første gruppen, frihetsgruppen. Han falt istedet i den sosialt utstøtte gruppen av tvangsrøykere.

Hygienikeren Mork så at det forebyggende arbeid, som han selv ved til-tredelsen sa han var mest opptatt av, gradvis bli mer livsstilsorientert og dermed både medikaliserende og moraliserende. Det gjaldt ernæring, det gjaldt de spesielle nytelsesmidler, tobakk og alkohol, det gjaldt selvsagt de narkotiske midler, det gjaldt fysisk aktivitet og det gjaldt seksualadferd. Han så at denne medikalisering og moralisering særlig gikk utover de sosialt mest sårbare grupper. Han så selvsagt det tvetydige i situasjonen for disse grupper: Hvis ”moraliseringen” lyktes, ville ikke minst de vinne på det. Han var imidlertid usikker på om den ville virke slik på dem, samtidig som han så at den bidro til å gjøre situasjonen enda vanskeligere for dem den ikke lyktes overfor. For den ”jærsk” Mork var det utenkelig å være med på en slik moralisering. Han reagerte instinktivt, og sterkt, når de ”svakeste” kom i søkelyset. Den ytterst disiplinerte Evang ble ikke spesielt tidlig opptatt av røyking som helseproblem, men da han ble det, i 1964, ble han det på en bestemt måte. Den amerikanske helsedirektør hadde den 11. januar lagt frem sin rapport om røyking og helse. Evang kunne innkalle til pressekonferanse den 23. januar, med en norsk rapport som grunnlag, og startet med å erklære: ”Mine damer og herrer! Sigaretten må illegaliseres!”⁵⁶² Det falt ikke den disiplinerte Evang vanskelig å moralisere overfor noen. Det forble

561) Kfr. Kjell Bjartveit, *Hvit pest. Sort tjære, op. cit.*, s. 83-84.

562) Foranledningen til pressekonferansen var at sosialminister Olav Gjærevoll i januar 1964 hadde fått et spørsmål til Stortingets spørretime om tobakkskader og trengte Helsedirektoratets hjelp til å utforme svaret. Evang bad Kjell Bjartveit, den gang legekonsulent i Hygienekontoret, om å lage utkast til et svar. Bjartveit var usikker på hvor meget Statsråden visste om tobakkens helsevirkninger og laget et vedlegg om det. Evang ble begeistret for vedlegget og gav beskjed om at det skulle sendes *Tidsskrift for Den norske lægeförening*. Det var dette vedlegg Evang la frem på pressekonferansen og etter noen mindre endringer sendte *Tidsskriftet*, i Helsedirektørens navn. Kfr. Kjell Bjartveit, *Hvit pest, svart tjære, Michael 2007*, supplement 7, s. 125, 133.

umulig for Mork, hvis moraliseringen gikk utover de sosialt utsatte. Men han kunne selvsagt moralisere han også, oppover. Spesielt ble det fristende for ham å påpeke de vellykkedes hykleri.

Der var drama over Torbjørn Morks liv. Dramaet reflekterer spenninger i hans personlighet, spenningen mellom den ydmyke og følsomme og den ambisiøse og robuste. Det reflekterer også spenninger i hans sosiale opplevelser, spenningene mellom de nære og konkrete opplevelser fra det gamle, nøysomme småbrukermiljøet på Jæren og de fjernere og mer abstrakte opplevelser fra det moderniserende industrisamfunnet i Odda.

Den politiske helsedirektør

Helsedirektøren og hans politisk foresatte

Torbjørn Mork startet med en borgerlig regjering, regjeringen Korvald. Hans første periode som helsedirektør ble avsluttet også med en borgerlig regjering, regjeringen Willoch. Starten kunne blitt vanskelig. Han fikk en statsråd fra det partiet som fra iallfall midt i 1960-årene hadde vært mest skeptisk til medikratiet og til helsedirektør Evang, Kristelig Folkeparti. Han fikk en statsråd han måtte vente ville være like skeptisk til ham som hennes parti hadde vært til Evang. Men som vi har nevnt ble forholdet til statsråd Bergfrid Fjose ikke bare godt, det ble særdeles godt. Han ble begjært for henne, ja, antagelig glad i henne.

Det krever en forklaring.

Bergfrid Fjose vokste opp i Hardanger og på Voss. Hun var datter av en prest, Jon Mannsåker (1880-1964), som i sin tid hadde vært stortingsmann for Venstre (1928-1933). Hun tok artium på Voss landsgymnas i 1935, 13 år før Torbjørn Mork, og lærerskoleeksamen i Oslo i 1938. Hun giftet seg i 1940 med presten Olav Fjose. Det var han som fikk henne over fra Venstre til Kristelig Folkeparti. Etter krigen virket hun stort sett som lærer ulike steder i Hordaland. Hun ble innvalgt på Stortinget i 1969 og gjenvalgt i 1973.

Bergfrid Mannsåker var fra unge år nokså selvbevisst og selvstendig, ja, litt opprørsk. Da hun ble valgt inn på Stortinget i 1969, som første kvinne for sitt parti, ble hun plassert i den nesten upolitiske Protokollkomiteen. Hun ble ikke ufarliggjort av det, selv om det nok var noe av hensikten. Det lite belastende komitevervet gav henne tid til å sitte i stortingsbiblioteket og lese om og grunne over det idemessige grunnlag for Kristelig Folkepartis politiske standpunkter. Hun tok utgangspunktet i begrepet om den kristne arv, og kom til at man ikke kunne samfunnsordninger som riktige bare fordi de hadde en lang historie og nå ble tatt for gitt.⁵⁶³ Den selvstendige damen tenkte, instinktivt kunne man vel nesten si, radikalt. Hun ble derfor, ikke så overraskende, opptatt av likestilling og utenrikspolitisk nyorientering. Hun sa nei til norsk medlemskap i Fellesmarkedet i 1972 og ble en ivrig nedrustningsforkjemper. Hun ble medlem av rådet for Aksjonen mot atom-

563) Kfr. Kåre Olav Solhjell, *Tru og makt – Kristelig Folkepartis historie 1933-2008*, Oslo: Det norske samlaget, 2008, s. 232-233.

våpen i 1979. I 1994 skiftet hun standpunkt i Europa-spørsmålet – og endte slik på det standpunkt Mork alltid hadde inntatt. Hun deltok i *Kvinner for EU*, men argumenterte stadig radikalt: Norge kunne bli et korrektiv til markedskreftene i EU. Hun utfordret det miljø hun kom fra ved å si at vestlendingen hadde gitt seg selv et 11. bud: ”Du skal seia nei til EU”.⁵⁶⁴ Bergfrid Fjose representerte på en tydelig måte de norske ”motkulturer”, legmannskristendom, målsak og avholdssak, men hun gjorde det på sin egen, svært selvstendige, måte, og unngikk all moralisering og all selvhøytidelighet.

Et uttrykk for det er hennes sagnomsuste opptreden på Chat Noir like før jul i 1973, altså noen måneder etter at hun var gått av som statsråd. Dag Frøland bad henne om å stille opp i sitt populære program ”Har du lyst har du lov”, for å synges duett med Rolf Just Nilsen (1931-1981). Hun svarte straks ja. Programmet ble sendt på fjernsyn lørdag 1. desember 1973. ”Hadde hun sunget før valget, da var det blitt borgerlig regjering”, bemerket revygeneral Einar Schancke (1927-1992) etterpå.⁵⁶⁵

Bergfrid Fjose var en varmhjertet sosialpolitiker. Hun ville derfor, som Mork, gjerne bevilge ”mer”. Hun ble derfor passet litt på fra Finansdepartementets side. Hun var litt for ”slippheint”, forteller daværende finansminister Jon Ola Norbom. Hennes statssekretær, Kjell Bjartveit, fikk også, som statssekretærer gjerne gjør, den ubehagelige oppgaven både å si nei og å ta endel andre vanskelige saker. Men statsråd Fjose tok budskapet fra finansfolkene og kunne si, når hun møtte sykehusfolkene og sykehuspolitikerne ute i fylkene: ”Eg er ingen jolenisse”. Finansministeren var ikke helt enig i det. Han syntes hun var for meget av en ”jolenisse”. Han var opptatt av å holde utgiftsveksten nede og helst mer nede enn hans forgjengere, hans tidligere sjef, Ole Myrvoll medregnet, hadde klart. ”Jeg ble forskrekket da jeg kom tilbake til Finansdepartementet og begynte å se på tallene”, forteller Norbom. Det var blant annet sykehusekspansjonen, en følge av den sykehusloven Borten-regjeringen hadde fått vedtatt, som var skyld i det. Norbom lyktes i å stramme inn finanspolitikken.⁵⁶⁶

Bergfrid Fjoses selvstendighet, hennes venstretilbøyeligheter og hennes åpenhet overfor dem som tenkte anderledes enn henne, gjorde at hun appellerte til Mork. Ja, det gjorde for så vidt at hun, mer enn noen annen i sitt parti, appellerte til hele det sekulære Norge. Et uttrykk for det er ”fjoseposene”. Hun ble sett gående i byen med en av Vinmonopolets første grå, logoløse, plastbæreposer. Snart hadde posene bare navnet ”fjosepose”.⁵⁶⁷

564) Kfr. Solhjell, *op. cit.*, s. 507.

565) Kfr. Verdens Gang, 3.12.1973, s. 32. Hun og Just Nilsen sang til melodien ”Run rabbit”. Fjoses siste strofe lød slik: ”-Nei, her blir det slett ingen strip, strip, strip. –Eg kan gjerne satse på humør, -men heilt uten eggelikør, kør, kør”. Det siste henspilte på hennes muntre sammenstøt med Anders Lange på Stortinget.

566) Opplysningene i dette avsnitt er gitt av Jon Ola Norbom (22.7.2009), Jo Asvall (18.12.2008) og Kjell Bjartveit (24.7.2009).

567) Fru Fjose var heller ikke selv sikker på hvor navnet kom fra. I et avisintervju i 1976 antydte hun at det stammet fra Kastrup: Et norsk par satt og ventet på flyet og da mannen skulle gjøre et ærend bad han sin kone passe på ”fjoseposene”. Men hun nevner i intervjuet at hun selv en tid brukte posen, uten å vite hvor den stammet fra. Kfr. Verdens Gang, 27.7.1976, s. 4.

Men det var mer enn dette som gjorde at Bergfrid Fjose, hans medharding, charmerte Helsedirektøren. Hun bar i seg meget som han kjente igjen fra Jæren, og aldri helt slapp taket i, men gjorde det på måte som tiltalte ham. Hun gjorde det med åpenhet, men også, og det var like viktig, med varme og nærhet. Den selvstendige, og for så vidt stridbare, lærerinne, hadde en evne til å forstå, også følelsmessig, andre, som var påfallende. Hun var ”mer” enn empatisk, så meget mer at det nesten kunne bli en belastning for henne. En ettermiddag da hennes, noe mer mandig kontante, statssekretær, Kjell Bjartveit kom inn på hennes kontor fant han henne gråtende. Bjartveit lurte på hva som stod på og hun viste ham et brev hun hadde fått, åpenbart fra en vred borger. Den vrede borger, en mann, oppfordret henne til å gå bort til et speil, se seg i det og si ”Fy faen, Fjose!” Statssekretæren bemerket, litt trøstende, at det var da intet å bry seg om. Slike brev får statsråder stadig. ”Kast det i papirkurven og glem det!” Hun gjorde som hun ble bedt om; det vil si, hun krøllet brevet sammen og kastet det i papirkurven, men hun glemte det ikke. Kanskje burde det sies slik: Hun glemte ikke mannen og hans situasjon. Da Statssekretæren kom inn på hennes kontor noe senere hadde hun hentet brevet, brettet det ut og satt og så på det. Hun satt fortsatt og gråt. Hun syntes synd på brevskriveren: ”Han må ha da so vondt”. Da gikk det opp for Statssekretæren at hun ikke var fortvilet på egne, men på den vrede mannens vegne.⁵⁶⁸

Kanskje var det ikke minst av slike grunner Mork ble så begeistret for henne? Hun mistroddet ham slett ikke, som han kanskje hadde ventet at en kristelig politiker ville ha gjort. Hun forstod ham, kanskje som han aldri før var blitt forstått? Men syntes hun det var nødvendig, kunne hun også bli bestemt. Ved en anledning ville han ikke paraferet et brev om hvis innhold de var uenige. Da han fikk beskjed om at Statsråden ville ta hans paraferingsnektelse opp i regjeringskonferanse, kom han løpende og undertegnet; dette var ikke noe å lage en stor sak av.⁵⁶⁹

Kan hende var Bergfrid Fjose den som satte i gang den prosess som etter hvert skulle frigjøre mer av det jærsket og mer følsomme i ham, det som hadde gjort at han hadde valgt bort klinikken og pasientene? Hun gjorde det i så fall ikke på en utfordrende måte. Hun åpnet ham ikke med ”makt”. Hun gjorde det, om det da var det hun gjorde, med et forsiktig og avvæpnende nærvær, med en from vestlandsk linnhet, og med et glimt i øyet. Men slik gjorde hun også, er vår antagelse, ”oppgaven” med virkelig å forløse mer av det jærsket i ham, enklere. Den oppgaven skulle snart en annen kvinne ta seg av.

Torbjørn Mork kom alltid siden til å se tilbake på samarbeidet med Bergfrid Fjose med glede. Hun forble hans favorittstatsråd.⁵⁷⁰

568) Opplyst av Kjell Bjartveit i samtale 7.11.2008 og i et e-brev den 24.7.2009.

569) Opplysning gikk av Kjell Bjartveit i e-brev den 24.7.2009.

570) Mange har gitt uttrykk for det, blant annet hans datter Elisabeth Mork (samtaler 29.10.2008 og 28.11.2008) og hans samboer fra 1975, Wenche Margrethe Myhre (samtale 23.3.2009). Da studiet i helseadministrasjon ble startet høsten 1986 ble det hver høst holdt lederseminar med Helsedirektøren. Mork ble på seminaret høsten 1987 (29. oktober) spurt hvilken statsråd han hadde satt mest pris på, og svarte straks Bergfrid Fjose. (Denne forfatter ledet seminaret.)

Det er knapt tilfeldig at han siden fikk et godt forhold til alle de statsråder som møtte ham på en empatisk og forståelsesfull, eller i det minste avslappet og pragmatisk, måte. Det gjaldt de fleste av de arbeiderpartistatsråder han fikk frem til 1981, altså Sonja Ludvigsen, Tor Halvorsen, Ruth Ryste og Arne Nilsen. De to kvinnene hadde mest til felles med Bergfrid Fjose. Sosialt og kulturelt adskilte de seg imidlertid fra henne. Mens hun hadde tatt artium, fått lærerutdannelse og studert litt teologi, hadde de realskole og handelsskole og hadde hatt kontorarbeid. Mens hun var datter av en sogneprest og tidligere stortingsrepresentant, var de døtre av en tømrer og en bonde. Men de hadde allikevel av vesen endel til felles med Bergfrid Fjose, og Mork fikk et godt forhold til dem. Noe anderledes enn til Bergfrid Fjose ble allikevel forholdet. Sonja Ludvigsen fikk Mork knapt blitt kjent med før hun ble syk og døde. Han ble langt bedre kjent med Ruth Ryste, og fikk et godt og tillitsfullt forhold til henne. Forholdet ble imidlertid mer asymmetrisk enn tilfellet var med fru Fjose. Mens Fjose hadde charmert Mork, var det nok mer Mork som charmerte Ryste. Mens Fjose tydelig stod på egne ben, ble Ryste mer avhengig av å "stå" på Morks.

Halvorsen, LO-mannen med rørleggerbakgrunn, var en mer distansert, og ikke altfor saksengasjert statsråd. Morks forhold til ham ble derfor ikke spesielt nært. Vossingen og jernbanemannen Arne Nilsen var en omgjengelig statsråd. Han valgte, som vi har sett, å støtte Mork i hans medikratiforsvar, og Helsedirektøren fikk et godt forhold til ham; iallfall mener Nilsen det.⁵⁷¹ Selv om det var Høyres Leif Arne Heløe som for alvor skulle starte utviklingen av direktoratsmedikratiet, og i tillegg sette endelig strek for det fagstyrepregede distriktshelsevesenet, forble, som vi har påpekt, forholdet mellom de to gamle kjente, godt. Heløe var en dyktig og pragmatisk politisk håndverker. Han utfordret ikke. Han "været" andres mulige reaksjoner, og tok hensyn til dem. Han forstod Morks standpunkter, og viste det. Det gjorde at han og Mork kunne bevare et godt forhold til hverandre – selv om han ble Morks "banemann".⁵⁷²

Mork fikk allikevel, de forståelsesfulle statsrådene til tross, problemer oppover. Problemene skulle også tilta. Statssekretærene, dog ikke alle, skulle komme til å synliggjøre, og til dels forsterke, disse problemene. De som først og fremst skulle legemliggjøre Mork-skepsisen var de tre legekolleger han fikk som statssekretærer i denne første perioden, altså Kjell Bjartveit (1972-1973), Per Nyhus (1978-79) og Astrid Nøklebye Heiberg (1981-1985). Bjartveit var den som stod ham faglig nærmest. De møttes "over" tobakken. Her møttes de etterhvert på en gjensidig utfordrende måte. Men de møttes også i mange andre saker, og dro den gjensidige mistillit med seg. En av de saker de så vidt møttes i var primærehelsevesenspolitikken: Bjartveit og hans parti var mer opptatt av desentralisering enn fagstyremannen Mork. Skepsisen til Bjartveit satte seg hos Mork: Han ble aldri noen talsmann for Tobakkskaderådets ønsker om mer ressurser, og da Bjartveit siden (1985) skulle søke embedet som medisinalråd ble han bange. Men de to neste statssekretærene, psykiaterne Nyhus og Heiberg, ble "farligere" for Mork. De

571) Samtale med Arne Nilsen 16.12.2008.

572) Opplyst av Heløe i samtale 18.12.2008.

skulle spille en viktig rolle for demonteringen av de medikratiske ordninger, det ”kombinerete” (prekliniske og kliniske) offentlige (distrikts)legevesen og det ”kombinerete” helsedirektorat (avdeling og fagdirektorat). Da Nyhus var gått av som statssekretær søkte han i 1980 overlegestillingen i psykiatrikontoret (etter Steenfeldt-Foss). Den gikk til Ingrid Lycke Ellingsen (f. 1933).

De tre statssekretærer så på seg som representanter for noe som måtte gjøres: Desentraliseringen i 1970-årene gjorde en kommunalisering og politisering av primærhelsevesenet ”uunngåelig”. Det var ”lokalpolitokratiet” som krevde sitt. Spesialiseringen av styringsfunksjonene, som for alvor startet i 1955 og ble forsterket i 1970 (Modalsli-komiteen), gjorde delingen av Direktoratet ”uunngåelig”. Det var rettsstaten og den ekspanderende nyttestaten som krevde sitt. Alle de tre leger var villige, og robuste nok, til å sørge for at ”nødvendighetene”, avviklingen av legestyrene, ble virkeliggjort. Mork hadde, som vi har sett, som statssekretær åpnet seg for den lege, sosiale radikalisme og hadde satt den i sammenheng med sosialismen slik han den gang forstod den, som en leg, politisk ideologi. Han var slik nesten en almen fagstyretutfordrer. Han var fortsatt en slags sosialist, hva verdier angikk, men han hadde forlatt det lege, politiske syn på valg av virkemidler – han en stakket stund hadde hatt. Hva de siste angikk, fremstod han snart igjen som fagmann, men som medisinsk langt mer enn som juridisk og økonomisk fagmann. Mot den uhellige allianse av legorienterte politikere og juridiske og økonomiske fagfolk, hadde han ikke sjanser. Men at det var hans egne fagkolleger som skulle legemliggjøre denne spesielle allianse, var ikke så lite av en ironi.

Tabell 5.1. Norske sosialministre i Torbjørn Morks første periode som helsedirektør, 1972-1983

Regjering	Partigr.-lag	Regj.tid	Sosialminister	Minist.-tid	Ministerutdan.	Ministerfødested	Ministerlevetid
Lars Korvald	Kr.F., Sp, V Mindretall	18.10.72-16.10.73	Bergfrid Fjose, Kr. F.	Som regj.	Artium, lærersk.	Ullensvang	1915-2004
Trygve Bratteli II	A Mindretall	16.10.73-15.1.76	Sonja Ludvigsen Tor Halvorsen	- (16.4.) 12.7.74 16.4.74 (6.9.)-*	Handelskole Yrkeskole	Vestby Skien	1928-1974 1930-1987
Odvar Nordli	A Mindretall	15.1.76-4.2.81	Ruth Ryste, Arne Nilsen	-8.10.79 8.10.79-	Handelskole Jernb.-skole	Bamble Bergen	1932- 1924-
Gro H. Brundtland I	A Mindretall	4.2.81-14.10.81	Arne Nilsen	Som regj.			1924-
Kåre Willoch	H til 14.6.83, så + Kr. F., Sp Mindretall	14.10.81-9.5.86	Leif Arne Heløe, H	Som regj.	C./dr. odont.	Harstad	1932-

*Sonja Ludvigsen ble sykepermittert den 16.4., men satt formelt som statsråd til hun døde den 6.9. Tor Halvorsen, som var miljøvernminister, fungerte også som sosialminister fra 16.4. Fra 6.9. fikk han avskjed som miljøvernminister og ble ren sosialminister.

I tabell 5.1. har vi gitt en oversikt over statsrådene (sosialministrene) i Torbjørn Morks første periode som helsedirektør og i tabell 5.2. over statssekretærene, de politiske rådgivere og de personlige sekretærer, altså det politiske juniorsjikt.

Tabell 5.2. Statssekretærer, politiske rådgivere og personlige sekretærer i Sosialdepartementet 1972-1983

Regjering/ statsråd	Statssekretær	Politiske rådgiver(e)	Personlige sekretærer
Korvald/Fjose	Kjell Bjartveit, c.m./ overlege (f. 1927) 30.10.72- Robert Lillestølen, c. psychol./skolepsyk. (1925-2004) 13.11.72-1.9.73 Begge Kr. F.		Eli Kristiansen, forstanderinne (f. 1933) 13.11.72- 28.2.73. Kr. F. Bjørg Malme, 15.3.73-15.9.73. Kr. F.
Bratteli/Ludvigsen, Halvorsen	Kjell Knudsen, jernbane- funksjonær (f. 1931) 5.11.73-	Tor Oscar Rønning, 28.10-73-	Åsa Solberg Iversen 29.10.73-
Nordli/Ryste, Nilsen	Kjell Knudsen -24.9.79 Per Nyhus, c.m./overlege (1927-1989) 23.1.78-8.10.79 Berit Haldorsen (f. 1932) 12.10.79-1.4.80 Helen Bøsterud, spes. ped. (f. 1940) 2 1.4.80-4.2.81	Tor Oscar Rønning 2.2.76-1.8.76 Svein-Erik Oxholm 1.8.76-12.6.77 Leif H. Eriksen 13.6.77-8.10.79	Svein-E. Oxholm 16.2.76-1.8.76 Leif H. Eriksen 1.8.76-13.6.77 Jan T. Hanssen 20.6.77-30.9.77 Inge Staalesen 16.10.79- Anne Lise Andersen 5.11.79-
Brundtland/Nilsen	Helen Bøsterud		Anne Lise Andersen Inge Staalesen
Willoch/Heløe	Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936), c.m./dosent -10.10.85. H Harald H. Overvaag (f. 1940) 16.10.85-	Harald H. Overvaag 1.12.81-31.8.85 Egil Hestnes 29.1.85-31.12.85 Evald Paul Løkken 1.2.86-	Aud Blankholm 2.11.81-28.2.83 Grete H. Nygaard 1.3.83-31.1.85

Vi skal føye noen få kommentarer til tabellene.

Vi ser at antallet politikere under statsråden gradvis økte. Dette var en generell utvikling som startet etter krigen, særlig fra 1946. I 1945 kom den første ”juniorpolitiker” inn. I 1946 var det seks. Hopper vi frem til Korvald-regjeringen var antallet (til slutt) steget til 20. Bratteli-regjeringen (II) hadde til slutt 30, Nordli-regjeringen 37, Brundtland-regjeringen (I) 38 og Willoch-regjeringen 53. De lege ledere, politokratene, ble stadig flere. Det ble de, kan man si, som et svar på både veksten i forvaltningen og profesjonaliseringen

av den: For å kunne møte fagbyråkratene med tyngde og selvtilit måtte politikerne bli fere. Byråkratene, særlig de fremste, mislikte stort sett utviklingen. Evang mislikte den, som vi har sett, svært sterkt. Den styrket, mente han, amatørskapet for meget. Den bidro også til å skape et slags filter mellom fagsjefene og statsrådene. Mork kom jo selv fra dette sjiktet, og hadde vært en særdeles aktiv og inngripende statssekretær. Han kom derfor ikke til å uttale seg offentlig, eller halvoffentlig, om de politiske sersjanter, men det tør være talende at han fikk større problemer med en del statssekretærer enn med statsrådene. Han kunne ta igjen med statssekretærene, som vi har sett. Han gjorde det nødvendig med statsrådene. Han kunne argumentere med dem, men fattet statsråden en beslutning som gikk ham imot, aksepterte han det – selv om han, med et tydelig kroppsspråk, viste hva han syntes. Som Leif Arne Heløe, den statsråd som gav den medikratiske orden dens ulivssår, bemerker: ”Ingen kunne bli så dystert i ansiktet når han møtte nederlag”. Han føyer dog til: ”Men noen vondord kom han ikke med”.⁵⁷³ I neste periode, altså etter delingen, skulle imidlertid Morks forhold til sine politisk foresatte etter hvert bli mer anstrengt. Til slutt kom han i åpen konfrontasjon med dem.

*

To typer av saker kom til å prege Morks ikke bare første, men også siste, periode som ”politisk” helsedirektør. Den ene var de sosiale og kulturelle saker, altså de moralsk følsomme saker. Den annen var de organisatoriske saker. I den første type saker hadde han i hovedsak sitt eget partis støtte. Det er også noe av grunnen til at han ikke fikk for store problemer med arbeiderpartistatsrådene i den første perioden. Han skulle imidlertid få det i sin annen periode. Tobakken ble dermed også et stort *politisk* problem for ham.

Hva gjaldt de moralsk vanskelige saker hadde han på borgerlig side særlig problemer med Kristelig Folkeparti, men etterhvert mindre med det stadig mer sekulære og livsstilsliberale Høyre. I kultursakene fikk han slik få problemer med Leif Arne Heløe og hans statssekretær, Astrid Nøklebye Heiberg. Når det gjaldt medikratisakene har vi allerede sett at han fikk betydelige problemer med de borgerlige politikere hva gjaldt organiseringen av forvaltningen. Ja, i 1983 påførte de jo ham et skjellsettende nederlag i denne saken. Hans egne partifeller stod lenge på hans side i denne saken, omenn uten det store engasjement. De ble endog, som vi har sagt, i noen grad dyttet over på hans side av spesielt endel kristelige politikeres stadige ”hakking” på Helsedirektøren. Arbeiderpartiet hadde jo, som vi har sett, allerede under Evang blitt skeptiske til legestyret. I 1974 kom Gro Harlem Brundtland inn i Regjeringen. Syv år senere overtok hun den øverste posisjon i partiet. Som datter av Gudmund Harlem, den som først for alvor hadde tatt igjen med Evang – og den som i 1972 var blitt ”forbigått” da helsedirektørstillingen ble besatt – var det vanskelig for henne å forsvare det morkske medikrati med noe engasjement. I løpet av 1980-årene skulle også hun og hennes parti i denne saken gå imot Mork. I den andre viktige

⁵⁷³) Leif Arne Heløe, i samtale 18.12.2008.

organisatoriske saken som kom opp i Morks første periode, saken om omordningen av primærhelsevesenet, fikk Mork sitt eget parti imot seg. Ja, han fikk alle partiene imot seg. I en tredje, mindre sentral organisasjonssak, spørsmålet om plasseringen av forvaltningen av bedriftshelsevesenet, fikk han også partiene, og særlig sitt eget, imot seg.

Vi skal først se på noen av de moralsk sensitive sakene, og konsentrere oss om abortsaken – en sak som kom til å spille en betydelig rolle gjennom Morks første periode som helsedirektør. Vi skal se at den også var medikratiske relevant og at Morks måte å behandle den på hadde implikasjoner for de normative (etiske) medikratiske arrangementer.

Helsedirektøren og de kulturelle saker: abortsaken og medikratiet

Abortsaken var siden århundreskiftet blitt en stadig mer omstridt sak. Det var ikke så underlig. Den var verdidirrende. Den gjaldt den alltid vanskelige seksualiteten, og det som skulle være rammen om den, ekteskapet. Men under, eller bak, seksualiteten lå noe dypere og viktigere – livet, eller spørsmålet om når livet begynner, ja, hva liv er. Dette var en sak for Kirken, ja, ikke minst for Kirken, den institusjon som så lenge hadde forvaltet den kultur som omgav nordmenns liv. Dens posisjon i så henseende var begynt å forvitte allerede mot slutten av det 18. århundre og for alvor fra siste halvdel av det 19. århundre. Meget satt allikevel i, og preget nordmenns daglige liv. I løpet av etterkrigstiden, og særlig tydelig fra slutten av 1960-årene begynte det imidlertid å glippe og et voksende f ertall levde utenfor den eksplisitte kristne kultur. Abortsaken ble et dramatisk uttrykk for denne utviklingen. Å gjøre adgangen til *abortus provocatus* fri, ville være å tildele Kirken som kulturdannende faktor et ulivssår.

Den ble også tildelt dette ulivssåret, formelt i 1978, reelt allerede i 1960. Den klarte ikke å stå imot det angrep den ble utsatt for både fra det sekulære venstre og det like sekulære høyre. Fra et sekulært synspunkt fremstod ikke livet lenger som hellig, men, som den franske nobelpristager Jacques Monod (1910-1976) sa, som en funksjon av nødvendigheter og tilfeldigheter.⁵⁷⁴ Allikevel stod fortsatt livet som noe ”sekulært hellig”, som det kommer til uttrykk gjennom Menneskerettighetserklæringen. Abort fremstod derfor fortsatt som etisk omkostningskrevende. Svaret, i tråd med relativiseringen av synet på livet, ble at livet gradvis blir til og at fosterets verdi derfor ikke er absolutt. I den almene diskusjon ble imidlertid ikke dette synspunkt understreket. Istedenfor ble det lagt vekt på mer almene ”politiske” hensyn, nemlig hensynet til frihet, eller valgfrihet, og likhet. For høyresiden spilte valgfriheten, altså den gravides valgfrihet, den største rolle. Det uttrykket som etterhvert ble brukt, selvbestemt abort, er typisk for frihetstenkningen, selv om uttrykket formelt ble lansert fra venstre. I abortsaken var og er imidlertid venstresiden liberal, eller liberalistisk. Men for venstresiden spilte også likhetshensynet en rolle. Det ble påpekt at med forbud mot abort ville den sosialt utsatte lide meget mer enn den sosialt velstilte. Ja, den første kunne i mange tilfeller nærmest gå til grunne hvis hun skulle måtte bære

574) Jacques Monod, *Le Hasard et la Nécessité*, Paris: Edition de Seuil, 1970.

frem sitt barn. Begge disse begrunnelsene slo bedre an nå enn de hadde gjort tidligere, i et mer religionsgjennomsyret samfunn.

Abort ”rammer” medisinen. Det er i hovedsak leger som kan utføre abort-inngrep. Faglig sett bør derfor slike inngrep foretaes av leger og på måter som leger har vist er de beste. Legen kan og bør i disse henseender ikke dirigeres av andre. Den medikratiske orden bør gjelde. Det var og er oppfatningen. Spørsmålet om abort skal utføres kan også ha faglige sider, for eksempel i spørsmålet om man står overfor en liv-mot-liv-situasjon. Ellers er det ikke like opplagt at legen, eller medisinen, bør bestemme. Verdispørsmål er ikke åpenbart ”faglige”, om de enn har mange faglige sider. Som vi har sett innebærer imidlertid den tradisjonelle medikratiteori at legen og medisinen bør bestemme også i normative spørsmål: Den ”dydsetiske” legen er den naturlige forvalter av den autoteliske verdien helse, og spesielt i de konkrete (kliniske) situasjoner. Siden det her dreier seg om to liv, er imidlertid situasjonen en annen enn i de vanlige behandlingssituasjoner. Man kan også si at dydsetikken ikke er like ”relevant” i dette tilfelle som den er i vanlige behandlingstilfeller: Dydsetikken vil naturlig favorisere den gravide. I den grad, eller i de tilfeller, man ser på aborttilfellet som et ”behandlingsspørsmål” kan man si at legene og medisinen bør ha det siste ord også i abortspørsmål, og kanskje at det spesielt er de enkelte leger som bør ha det i de konkrete tilfeller. Gjør man det, kan man si at det å innføre (juridisk) rett til selvbestemt abort er å sette medisinen under etisk forvaltning, men i første rekke av ”pasientene”, det vil si de gravide kvinner. En lov om selvbestemt abort kan selvsagt tillike innebære at staten, eller det offentlige, skal garantere at den kvinne som velger å avslutte sitt svangerskap, skal få hjelp til det (av en lege). Hvis det skjer vil leger også kunne bli tilpliktet å gjøre noe de kanskje synes er galt. Det ville, hvis man ser på det å avbryte svangerskap som behandlingslikt, ytterligere understreke hvordan en lov om selvbestemt abort ville gjøre leger moralsk heteronome.

At abort kommer i en litt spesiell stilling også for medisinen, er imidlertid den medisinske etikks historie et uttrykk for. Ved å avlegge den hippokratiske ed må legen sverge at han ikke vil utføre abortinngrep.

Abortpolitikken historie i Norge er også en historie om hvordan medisinen på ett område gjøres stadig mer, og til slutt nesten helt, moralsk heteronom. Helsedirektør Mork skulle, som stadig flere leger, bidra til denne utvikling. Vi skal senere se hvordan den moralske heteronomisering av medisinen etterhvert utvides til å gjelde også den ”egentlige” behandlingsevne, og hvordan helseforvaltningen i så henseende får en spesielt viktig stilling. Innføring av gravides rett til å få utført svangerskapsinngrep kan altså sees på som det første skritt i retning av å oppheve medisinsens moralske, tidels også tekniske, autonomi: Den blir, mer og mer, en yrkesgruppe som handler på bestilling.

Før vi ser på Torbjørn Morks rolle som ”abortpolitiker”, skal vi kort gi et riss av abortpolitikken utvikling i Norge.

I straffeloven av 1902 var det kommet inn en paragraf som normalt gjorde forsterfordrivelse straffbar både for den aktuelle kvinne og for den som utførte fordrivelsen. Etterhvert ble allikevel adgangen til å få utført svangerskapsavbrytelse i praksis liberalisert og i 1949 viste en undersøkelse at det ble utført omlag 6 000 abortinngrep ved norske sykehus. Det ble antatt at antallet illegale abortinngrep var nesten like stort, ca. 5500.⁵⁷⁵ Etter initiativ fra Arbeiderpartiets kvinnesekretariat ble det nedsatt en komité for å se på saken. Den kom med sin innstilling i 1956. 11. november 1960 ble Lov om svangerskapsavbrot i visse høve vedtatt. Den trådte i kraft i 1964. Etter den nye loven, ble det gitt adgang til svangerskapsavbrytelse på visse vilkår. Språklig mindre elegant, het det i lovens første paragraf:

Kvinne som er med barn kan få løyve til å ta fosteret bort. Når det er naudsynleg til berging mot alvorleg fare for livet eller helsa til kvinna. Ved vurdering av slik fare skal det takast omsyn til om kvinna har særlege disposisjonar for organisk eller psykisk sjukdom og likeeins til levekår og andre omstende som kan gjera henne sjuk eller verka til at ho kan få ein fysisk eller psykisk helseknekk.⁵⁷⁶

Kristelig Folkeparti, under Kjell Bondevik, stemte subsidiært for loven. Bondevik, som da var formann i Stortingets sosialkomité, forklarte at han forstod Skriften slik at ”i situasjonar der nauda er skrikande og absolutt for eit menneske har ein lov til å vika bort frå martyrlinja”.⁵⁷⁷ Bondeviks parti tok altså slik, på dydsetiske premisser kan man si, et skritt i ”relativiserende” retning; et skritt som dog senere ble reversert. Etter den nye loven ble en nevnd på to leger gitt myndighet til å avgjøre ansøkninger om svangerskapsavbrudd. Nevndene ble nokså fort svært liberale. I 1972 var innvilgelsesprosenten kommet opp i 91 prosent; i hovedstaden var den på 95 prosent. Praksisutviklingen representerte slik en gradvis innføring av det som etterhvert ble kalt selvbestemt abort. Utviklingen skjedde, ironisk nok, i all hovedsak under den borgerlige regjering Borten, med Kristelig Folkepartis Egil Aarvik som sosialminister. Aarvik tok mot slutten av Borten-regjeringens tid et initiativ for å stramme inn praksis, men kom ikke så langt før Regjeringen måtte gå av. Også Bergfrid Fjose arbeidet for å stramme inn abortpraksis, men heller ikke hun fikk ferdig sin proposisjon før Regjeringen måtte gå av. Men både Aarvik og Fjose hadde den sekulariserende tidsånden, forsterket av den begynnende feministiske ”revolusjon”, imot seg, og visste det. Det hjalp ikke at Arbeiderpartiet utnyttet ”tidsånden”. Det vil si, det var en ung kvinne som på landsmøtet foran valget i 1969 lyktes i å få f ertall for et benkeforslag, ikke om videre liberalisering, som partiet hadde gått inn for, men om ”fri abort”.

575) Kfr. Paul Engstad, *Statsmann i storm og stille*, Oslo: Tiden, 1987, s. 56.

576) Det var straffbart å medvirke til abort hvis ikke lovens betingelser for å utføre svangerskapsavbrytelse ikke var tilstede. I straffelovens § 245 het det at ”Den som avbryter svangerskap eller medvirker til det uten at de lovlige indikasjoner for slikt inngrep er tilstede eller uten at vedtak om avbrytelse er truffet av noen som har myndighet til det, straffes...” Det er ellers interessant at loven, etter forslaget, skulle vært kalt ”Lov om å ta bort foster frå kvinne som er med barn”. Loven fikk et annen navn etter forslag fra Kristelig Folkeparti.

577) Siteret etter Kåre Olav Solhjell, *Tru og makt. Kristeleg Folkepartis historie 1933-2008*, Oslo: Det Norske Samlaget, s. 158. Solhjell har ikke oppgitt primærreferansen.

For å følge opp vedtaket nedsatte partiet et utvalg for å komme med forslag til hvordan vedtaket skulle følges opp. En av de stigende stjerner i partiet, assisterende overlege Torbjørn Mork, ble satt til å lede utvalget. Ved å ta vervet som utvalgsleder sa han samtidig at han var for selvbestemt abort. Utvalget leverte, noe forsinket, sin innstilling i 1973. Da var Mork helsedirektør. Regjeringen foreslo i en stortingsmelding året etter at prinsippet om selvbestemt abort (inntil 12. uke) skulle innføres. Motstanderne av forslaget organiserte seg i ”Folkeaksjonen mot selvbestemt abort”, ledet av legen Hans Olav Tungesvik (f. 1936). Folkeaksjonen samlet inn 610 000 underskrifter på et opprop som tok avstand fra forslaget om selvbestemt abort. Et opplysningsutvalg for selvbestemt abort, preget av helsepersonell, blant annet doktor Gro Harlem Brundtland, arbeidet for Regjeringens forslag. Forslaget om selvbestemt abort fikk imidlertid ikke flertall i Stortinget. Sosialistisk Venstreparti Otto Hauglin (f. 1942), en fremtredende kristen-sosialist, sa nei og flertallet glapp for Regjeringen. Arbeiderpartiets regjering tok konsekvensen av nederlaget og kom året etter, i 1975, tilbake med en lovproposisjon som innebar at gravide kunne søke om svangerskapsavbrytelse også på sosiale indikasjoner. Etter forslaget skulle nevndens ordningen beholdes. Otto Hauglin stemte for loven og den kunne tre i kraft fra 1976.

Forslaget skapte også denne gang en opphetet debatt. Spesielt var biskop i Borg, Per Lønning (f. 1928), skarp i sin kritikk, så skarp at da forslaget ble vedtatt, meddelte han at han ville søke avskjed fra sitt bispeembede. Ved valget i 1977 ble det et knapt sosialistisk flertall og Arbeiderpartiets regjering la i 1978 frem forslag om selvbestemt abort (inntil 12. uke). Forslaget ble vedtatt, i Odelstinget med Presidentens dobbeltstemme og i Lagtinget med et flertall på én.

Vi må nå bringe den abortpolitiske helsedirektør inn i bildet.

I forbindelse med den engasjerte dragkamp om abortsaken i 1974 kom Mork i dispuTT med Per Lønning. Det hele startet med at biskop Lønning i et innlegg i Aftenpostens morgengnummer den 7. oktober (s. 4), under overskriften ”Når loven blir gjennom-hullet”, stilte Helsedirektøren tre spørsmål om abortnevndenes praksis. Bakgrunnen for Lønnings spørsmål var et intervju avisen den 3. oktober (s. 19) hadde hatt med psykiateren Berthold Grünfeld (1932-2007). Grünfeld hadde året før offentliggjort en doktoravhandling, *Legal abort i Norge*,⁵⁷⁸ som blant annet viste at kvinners psykiske reaksjoner på abort var beskjedne, så fremt de ikke levde i et fordømmende miljø (som gav dem skyldfølelse). Til avisen uttalte han blant annet at ”En lov om selvbestemt abort vil i realiteten bety en legalisering av den praksis en rekke abortnevnder følger idag”. Lønning hadde tolket Grünfelds uttalelse dithen at mange abortnevner bevisst brøt loven, og spurte nå Helsedirektøren om han hadde ”hatt noen mistanker om at det forholder seg slik dr. Grünfeld hevder”, og om hva han hadde ”foretatt seg for å undersøke saken”. Lønning ville videre vite hva Helsedirektøren hadde tenkt å gjøre for å bringe fakta

578) Berthold Grünfeld, *Legal abort i Norge: Legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse*, Oslo: Universitetsforlaget, 1973.

om praksis på bordet, og hvis det skulle vise seg at påstandene om lovbrudd var riktige, hva Direktoratet aktet å gjøre overfor ”de abortnevnder som med vitende og vilje har sabotert norsk lov”.

Mork svarte den 11. oktober.⁵⁷⁹ Han uttalte her at han selvsagt visste at der hadde skjedd en endring i legenevndenes skjønnsutøvelse siden loven trådte i kraft i 1964. Når han allikevel var ”overbevist om at legenevndene foretar en samvittighetsfull prøving av de saker de får seg forelagt”, skyldtes det at der var gode grunner til endringen i praksis. Den ene grunnen var faglig: Medisinen visste nå mer om ”årsaksforholdene ved sykdom”. Den annen grunn var normativ: Leger la i stigende grad til grunn et videre helsebegrep enn de tidligere hadde gjort, nemlig et ”helsebegrep som omfatter såvel fysiske, mentale som sosiale komponenter”. Med andre ord: Der kunne nå også taes sosiale hensyn ved vurderingen av om abortavslag ville ha alvorlige helsemessige konsekvenser for den abortsøkende. Hans henvisning til det utvidede helsebegrepet innebærer imidlertid også at han så på abortspørsmålet som, iallfall i stor grad, et slags behandlingsspørsmål.

Man kan derfor si at Mork her, iallfall i noen grad, argumenterte innenfor et medikratiske forestillingsunivers. Legene skulle, medikratiske, og dydsetiske, sett, ta utgangspunkt i pasientenes, altså de gravides, situasjon og gjøre det som var best for dem og, i en eller annen grad, fostrene. Hvis situasjonen nå ble forstått videre enn før, ville det bety at legers vurderinger kunne endre seg i mer abortaksepterende retning. Mork henviser altså til WHO's utvidede helsebegrep, og antyder at det kan ha påvirket legene i mer abortliberal retning. Man kan imidlertid kanskje liksåvel se på både WHO's begrep, som legenes vurderinger, som uttrykk for en bredere kulturell utvikling, en utvikling som hadde redusert den mellommenneskelige avstand mellom lege og pasient ganske meget. Pasienter var i større grad iferd med å bli selvbevisste kunder, eller ”bestillere”, og legene tilbydere, eller ”utførere”, endog ”produsenter”. ”Utføreren”, eller ”produsenten” er ikke lenger en standsmann eller standskvinne. Han eller hun har abdisert i viktige etiske henseender. Man kan derfor kanskje si at Morks påpekning er medikratiske i den grad han mener at legene tok utgangspunkt mer i sine legelige moralvurderinger enn i lovens. Det er også sannsynlig at den glidning i praksis som skjedde har dette som en viktig forutsetning. Samtidig er det også åpenbart at han har tatt skrittet over i den ettermedikratiske forestillingsverden: Legene har neppe gjort noe juridisk galt.

Mork understreker sin ettermedikratiske måte å tenke på ved å tale for ”selvbestemt abort” som juridisk, ikke medisinsk, ordning. Den blir altså, for ham, en ordning som innebærer at gravide kan gi leger beskjed om hva de skal gjøre. Dermed oppstår også spørsmålet om hva en bestemt lege skal gjøre hvis han eller hun synes ”bestillingen” faglig eller etisk er gal. Skal han eller hun få en plikt til å handle mot sin samvittighet, altså til å opptre moralsk heteronomt? I remissuttalelsene til St.meld. nr. 51 (1973-74),

579) Aftenpostens morgenummer 11.10.1978, s. 2 (”Biskopen og legenevndene”). Med utgangspunkt i avisdebatten mellom Helsedirektøren og Borg-bispen møttes de forøvrig samme aften (11.10.) til fjernsynsduell.

arbeiderpartiregjeringens familiemelding, advarte to fylkesleger, Odd Lien i Østfold og Kolbjørn Øygard i Finmark, mot i praksis å undergrave *legers* selvbestemmelsesrett. Medikraten Øygard uttalte blant annet: ”Det er også eit vanleg legeetisk prinsipp at ein lege ikkje skal tvingast til å gjere noko han meiner er galt”.⁵⁸⁰ Øygards holdning gjorde at Mork fratok sin gamle studiekamerat retten til å ha med behandlingen av abortansøkninger å gjøre.⁵⁸¹

Som ”ettermedikrat” argumenterer Mork forøvrig både venstreorientert og høyreorientert, altså både likhetlig og frihetlig.

Indirekte viser Mork hvordan den medisinske dydsetikk er forholdsvis påvirkelig, og forsåvidt et ”lett” offer for relativisering. Også jusen er påvirkelig. Lovers sentrale normative begreper endrer seg, selv om ordene forblir intakte, som utuktslovgivningen er et uttrykk for. Jusen har imidlertid en innebygget tregghet, gjennom presedensinstitusjonen: Dommer skal helst være ”like” over tid. Leger er ikke jurister og har tradisjonelt vært mer preget av særlig dydsetikk enn det jusen har: Legen skal se ”hiin Enkelte”, som Søren Kierkegaard (1813-1855) sa. Dommeren skal ikke det: Fru Justitia skal ha bind for øynene. Det er derfor ikke usannsynlig at nevndlegenes vurderinger har endret seg raskere enn det juridiske dommeres ville ha gjort. Mork peker ikke på den muligheten – altså at nevndlegene forsåvidt i noen grad har ”brutt” loven, men ikke sett det slik. Ei heller gjør Lønning det. Den første frikjenner legene, uten dokumentasjon. Ja, han repliserte til Lønning at ”biskopens personlige fortolkning av avisintervjuet med dr. Grünfeld” ikke gav ham noen foranledning til å foreta ”spesielle undersøkelser”. Den annen mener nevndlegene med ”vitende og vilje” har brutt loven, og dømmer dem. Heller ikke han dokumenterer; men kan dog henvise til dr. Grünfelds undersøkelse.

De er begge ”fanget” i polemikkens, og kanskje også det personlige rivale-ri, garn, skjønt Helsedirektøren mer enn biskopen. En slags indirekte støtte får også biskopen fra tre professorer ved Rikshospitalet, først fra gynekologen Knut Bjøro (f. 1925) og sosialmedisineren Per Sundby (f. 1926), så fra sosialmedisineren Axel Strøm. De to første, begge nevnderfarne, skriver i Aftenposten den 8.10. at de i sitt arbeid i abortnevnden ved Rikshospitalet treffer avgjørelser ”som nok går ut over den nåværende lovs premisser og ordlyd”.⁵⁸² De erkjenner altså at de bryter loven, men legger til at de gjør det av gode grunner: ”Vi gjør dette etter møte med hver enkelt kvinne, og ut fra overveielser som vi mener er like etisk høyverdige som dem biskopen gjør seg til talsmann for”. De opptrer altså dydsetisk, og setter denne etikk opp mot en annen etikk, lovens pliktetikk (?). Etter dette er det litt overraskende at de ber biskopen anmelde dem slik at deres praksis kan bli juridisk vurdert. Professor Strøm skriver i Aftenposten den 19.10. at han ikke er begeistret for sine kollegers anmodning om å bli anmeldt, men mener, som dem, at loven

580) Utdrag av Lien og Øygards uttalelser finnes på s. 158-160 i *St. meld. nr. 51* (1973-74).

581) Øygard sluttet i 1978 som fylkeslege. Han ble i 1992 av medisinalråd Anne Alvik bedt om å bli fylkeslege i Finmark igjen, og sa ja til det. Opplyst av Kolbjørn Øygard i samtale 3.8.2009.

582) Aftenpostens morgenummer 8.10.1974, s. 2 (”Biskopen og abortloven”).

ikke er ”rettmessig”, altså at den bør forandres.⁵⁸³ Ellers redegjør han klart for hvordan han, gjennom nevnderfaring fra starten av (ved Rikshospitalet), måtte endre sin egen praksis, fra å være restriktiv og bokstavlovdig, til å bli liberal. Han argumenterer for hvordan møtet med de gravide (dydsetikk), i en situasjon der det utvidede helsebegrep hadde kommet til å prege mye medisinsk tenkning, ble avgjørende for hans praksis, og ”overskridelse” av loven.⁵⁸⁴

Lønning besvarte Morks svar i Aftenpostens morgenummer den 18. oktober, og påpeker blant annet det uheldige i å anvende et så vidt helsebegrep at ”ethvert ubehag en person kan påberope seg” kan bli sett på som ”et stykke van-helse”, noe som kan gjøre at man i praksis kan ”godta enhver begrunnelse et individ kan anføre for å ønske et svangerskap avbrutt”.⁵⁸⁵ Med henvisning til det utvidede helsebegrepet, repliserer Mork at ”Det er oppsiktsvekkende at biskopen synes å ville avvise betydningen av å ha en definisjon av en ideell helsetilstand som ledetråd for helsearbeid”. Han fortsetter: ”Kristendommens ti bud er, etter min barnelærdom, i likhet med det moderne helsebegrep, et ideal å strebe mot som ingen kan oppfylle til fullkommenhet. Men det har vel ikke falt hverken biskopen eller andre inn at de ti bud av den grunn skulle forkastes”.⁵⁸⁶ Morks poeng er ”besnærende”, det gjør seg som ledd i en polemikk, men er neppe spesielt saklig tungt i en abortsammenheng. Legen kan gjerne ”strekke seg” for å utføre aborten på en både kirurgisk og psykologisk god måte, men det gir ikke samme mening å skulle tale om å ”strekke seg” i forbindelse med en ”binær” beslutning.

Ellers finner Mork det overraskende at Lønning i så stor grad legger vekt på det rent juridiske og finner at ”en fortsatt avisdiskusjon mellom to ”amatørlurister” (noe vel både biskop og helsedirektør må kunne innrømme at de er) kan klargjøre de juridiske avgrensingsproblemer som opptar biskopen så sterkt”. Til slutt skriver han at Lønning synes å ”helle i retning av et system for ”selvbestemt jus”, med biskopen selv i dobbeltrollen som aktor og dommer og hvor avisspaltenes frie forum avløser rettssalens nøkterne objektivitet”.

583) Aftenpostens morgenummer 19.10.1974, s. 2 (“Biskopen, professorene og abortloven”).

584) Professor Strøm skriver blant annet: ”Til å begynne med forsøkte vi å praktisere loven strengt etter det som var blitt sagt i Stortinget under debatten og som vi oppfattet som Stortingets intensjon med loven... Men vi kom meget snart opp i de største vanskeligheter fordi kartet ikke stemte med terrenget. Ved å følge en slik linje ble vi nødt til å avslå søknader hvor alle menneskelige hensyn talte for innvilgelse.... Motsetningen mellom det som var sagt i stortingsdebatten om praktiseringen av loven og de situasjoner som arbeidet i nevnden stillet oss overfor, ble til slutt så sterk at vi fant det umulig å fortsette med å legge til grunn det basante helsebegrepet som Stortinget hadde bygget på,... For å kunne hjelpe søkerne slik som vi ut fra vår samvittighet folte var det rette, og praktisere loven på en human måte, fant vi å måtte utvide vårt helsebegrep og tillegge de sosiale faktorer større betydning enn Stortinget nok hadde tenkt seg”. (“Biskopen, professorene og abortloven”, Aftenpostens morgenummer 19.10.1974, s. 2.)

585) Aftenpostens morgenummer 18.10.1974, s. 2 (“Lov og u-lov i abort-spørsmålet”).

586) Vi har ikke funnet hans svar i Aftenposten i de mest aktuelle dager, men har brukt kopien av det brev han skal ha sendt avisen. Per Lønning utgav i 1975 en bok med dokumentasjon om abortdebatten frem til og med 1975 og om foranledningen til hans avgang som biskop. Her gjengies blant annet Lønnings og Morks debattinnlegg, men ikke Morks siste svar. Kfr. Per Lønning, *Derfor... Dokumentasjoner omkring abortdebatten og en embetsnedleggelse*, Oslo: Gyldendal, 1975. Det kan altså se ut til at Mork ikke har sendt innlegget, eller ikke har fått det antatt av Aftenposten.

Vi bruker det allikevel her, siden det forteller mye om Morks syn og argumentasjonsstil. Kopien av hans siste innlegg, som ikke er datert, og mangler ”cover letter”, finnes i Mork-samlingen i Helsetilsynet. Hans innlegg er gitt overskriften ”Selvbestemt jus” og er på vel 6 ”smale” sider. Sitatet er fra s. 2.

Lønning er imot selvbestemt abort, Mork er for. Lønning forsøker i sine innlegg å vise at der ligger en liberaliseringsbegrensning i den gamle loven: Han er derfor opptatt av å tolke den ”bokstavelig”, altså restriktivt – ut fra et ”stivnet” begrep om helse, eller helseskader. Det er ut fra et slikt han ”dømmer” mange nevnder, og altså uten å ha gjort nærmere undersøkelser og uten å ha sammenholdt mulige kjensgjerninger med en bestemt forståelse av de viktige rettslige begreper. Mork er, av like normative grunner, opptatt av å forstå loven dynamisk, eller tidsrelativt. Han er derfor ”overbevist” om at nevndene ”foretar en samvittighetsfull prøving av de saker de får seg forelagt”. Han ”frikjenner” dem, og altså også han uten å ha gjort noen nærmere undersøkelser, og uten å se noen grunn til å gjøre slike, og uten nærmere å gjøre rede for hvordan det dynamiske helsebegrepet kan legitimere endringen i praksis. Man må slik si at Mork har rett når han hevder at de begge opptrer som ”amatørlurister”. De opptrer imidlertid ei heller som profesjonell lege og profesjonell teolog. De har hentet mye av grunnlaget for sine synspunkter fra sine fag, men de bruker det politisk. At de gjør det understrekes også av den spisse tone begge, men vel mest Mork, anlegger.

I sitt annet innlegg har Mork en kort bemerkning, som han ikke følger opp, men som både sier noe om grunnlaget for hans eget abortsyn og som kan gi et grunnlag for å forstå glidningen i nevndenes praksis. Han bemerker til Lønning at ”perspektivet blir et noe annet når man møter problemene knyttet til svangerskapsavbrudd ut fra den enkelte abortsøkende kvinnes individuelle situasjon, enn når man betrakter det hele mer på avstand fra skrivebordet til biskopen i Borg”. Mork ser altså her den abortsøkende kvinne med kliniske briller og fremstår som sådan som empatisk-kasuistisk. Som sådan fremstår han dessuten som representativ for mange kliniske leger, også de leger som satt i abortnevndene – blant annet de tre rikhospitalsprofessorene vi ovenfor har nevnt. Hans poeng illustrerer imidlertid det problem nevndlegene hadde: De skulle både, som sakkyndige (leger), ta inn over seg den abortsøkendes ”individuelle situasjon” og, kan man nesten si, vurdere hennes sak som om de satt bak et ”skrivebord”, dog dommerens, ikke prelatens. Det er ikke så underlig om de etiske fornemmelser som preget dem som leger slo inn i deres måte å spille den ”dømmende” rolle på. Men Mork peker ikke på det dilemma nevndlegene her stod overfor, og som var innebygget i hans ”stikk” mot Lønning. Lønning kunne ha pekt på at Mork ikke hadde sittet i abortnevnder og kanskje derfor ikke var seg bevisst dilemmaet. Han gjorde ikke det. For de to polemikere var det mer om å gjøre å få frem sine egne standpunkter enn å dvele ved dilemmaene.

Der skjedde nok, som Berthold Grünfeld i sin undersøkelse hadde sannsynliggjort, og Axel Strøm i sitt avisinnlegg hadde bekreftet, en praksisglidning i abortnevndene som har vært større enn om de juridiske dommere hadde skullet felle dommene. Noen leger opptrådte nok, som loven forutsatte, mer ”etisk-juridisk”, altså strengt, men ble derfor i tiltagende grad sett på som ufølsomme. De var juridisk ”lojale”, men bidro slik til å bringe nevndsystemet og dermed loven, i miskreditt i de sekulære miljøer. Vi skal føye til at riksadvokat L. J. Dorenfeldt (1909-1997), etter pressdebatten

etter Lønnings intervensjon, så på saken, men kom til at han ikke ville foreta ”noen videre forføyning” i sakens anledning.⁵⁸⁷

I forbindelse med stortingsbehandlingen av det andre forslaget til lov om selvbestemt svangerskapsavbrytelse forsommeren 1978 sendte landets biskoper ut et svært kritisk hyrdebrev. Hyrdebrevet ble lest opp i (nesten) alle landets kirker ved gudstjenesten søndag 4. juni 1978. Brevet endte med disse ord: ”Vern om det ufødte liv er ikke bare et kirkelig anliggende – det gjelder respekt for menneskeliv og menneskeverd i hele vårt folk”. I Ullern kirke leste Oslos biskop, Andreas Aarfot (f. 1928) opp hyrdebrevet. Det var 75 års jubileumsgudstjeneste i kirken, og Kongen var tilstede. I det biskopen begynte å lese opp brevet tok en gruppe på ca. 20 demonstranter på galleriet til å protestere. De foldet ut to store transparente med slagord, som ”Nei til Kirkens dobbeltmoral”, og pep og ropte slagord. De ble stanset av menighetsmedlemmer og siden ført bort av det tilkalte politiet. Demonstrantene fikk bøter på fra 800 til 1 000 kroner hver. Like etterpå satte ”Støttegruppen for hyrdebrevaksjonistene i Ullern kirke” inn en annonse i flere aviser hvor de protesterte mot bøteleggingen. Gruppen oppfordret samtidig folk om å sende inn penger til å dekke demonstrantenes bøter og eventuelle utgifter til retts sak. Blant dem som, med sin underskrift, støttet aksjonen var landets helsedirektør.

Det vakte en viss oppmerksomhet at Torbjørn Mork opptrådte så politisk. I Verdens Gang ble han kritisert på lederplass, under titelen ”Helsedirektør i affekt”.⁵⁸⁸ Avisens redaktør fant det ”ganske usedvanlig” at Mork gav seg til ”å agitere på denne måten for den selvbestemte abort”. Han skal jo, fremholdt avisen, ”forvalte den lov som striden gjelder”. Mork svarte: ”Jeg skrev ikke under oppropet i affekt. Det skjedde meget veloverveiet – like veloverveiet som jeg går ut fra at biskopene skrev sitt hyrdebrev.”⁵⁸⁹ Han har altså, ikke urimelig, tolket avisens påstand som en påstand om at han ikke visste hva han gjorde da han skrev under. Men avisen kan jo også forstås litt anderledes, for lederen var ikke spesielt polemisk formulert, når vi ser bort fra overskriften. Den kan forstås dithen at Helsedirektøren eksponerte sitt verdisyn på en meget engasjert måte, og at han opptrådte ”politisk” på et område hvor han selv hadde forvaltningsansvar. Hans svar kan også sees på som en bekreftelse av en slik forståelse. Han understreker endog, som allerede innledningen til hans innlegg viser, sin ”politiske” rolle. Slik sett har Verdens Gang rett; han var ”i affekt”. Samtidig har han selv rett: Han visste hva han gjorde. Han kjente sine verdier. Nå viste han, som han så ofte hadde gjort og skulle gjøre, at han kunne argumentere godt med utgangspunkt i sine verdier.

587) Riksadvokat L. J. Dorenfeldt gjorde sin vurdering kjent gjennom en pressemelding datert den 4.11.1974. Den ble referert eller omtalt i dagspressen den påfølgende dag. Riksadvokatens pressemelding er kort og nokså generell. Han henviser til en uttalelse av stadsfysikus Fredrik Mellbye, en aktiv tilhenger av selvbestemt abort, om at indikasjonene for svangerskapsavbrudd har endret seg vesentlig siden 1964, og legger til at dette forhold har vært kjent av regjeringer med grunnlag i forskjellige partier (vel en henvisning til at Kristelig Folkeparti hadde sosialministeren fra 1965 til 1971). Han peker også på at det ikke i forbindelse med nevnden på Rikshospitalet er noe konkret forhold som er påklaget.

588) Verdens Gang, 10.6.1978, s. 2.

589) Verdens Gang, 13.6.1978, s. 4.

Han fortsatte sitt innlegg med å vise frem sine verdier, grunnlaget for sitt engasjement: ”Det er nemlig hyrdebrevet og dermed kirkens offisielle holdning til kvinnen og de svake i samfunnet denne saken gjelder, ikke abortloven”. Kirkens utgangspunkt var, og er, som Per Lønnings hadde vært i 1975, spørsmålet om hva liv er, og da blir spørsmålet om når det begynner, sentralt. Morks og Regjeringens utgangspunkt var i langt større grad et spørsmål om hvordan et uønsket svangerskap kan påføre mange kvinner, og særlig sosialt utsatte kvinner, alvorlige belastninger. For dem ble abortsaken slik nærmest et sosialt fordelingsspørsmål, eller endog et klassespørsmål. Når Kirkens menn hevet pekefingeren mot dem som ønsket å få foretatt abort, altså ”ta liv”, la det ekstra sten til deres byrde. ”Jeg kan hverken tie eller unnlate å vise solidaritet med de kvinner hyrdebrevet rammer sterkest og med dem som står på deres side”, avsluttet Mork sitt innlegg.

Der var, som så ofte, ”snert” i Morks svar. Han forble polemikeren, ironikeren, refseren. Han brukte mandige affekter til å forsvare kvinnelige (fortvilelsens) affekter.

Kanskje man kan si at Morks sosiale identifikasjon med de svake hadde hans egen følsomhet, hans evne til, og nesten behov for, å se den enkelte nød-stedte, som utgangspunkt? Her ser vi igjen hvordan hans dydsetiske legning slår igjennom. Har vi rett i det, kan vi si at hans ideologi, hans tydelige egalitarisme, er en intellektualisering av denne sosiale identifikasjon, og denne dydsetikk. Slik kan engasjementet for den enkelte, og ideologien det gav opphav til, ha forsterket hverandre, og skapt en kraftfull blanding. Denne blanding, altså denne holdning, fikk ekstra trykk og tyngde av den selvbevissthet han også hadde, og som ble forsterket av hans posisjon. Han talte fra ”høyden”, ja, fra ”berget”. Når han refset, og i slike spørsmål gjorde han det, lød han nesten, omenn budskapet langt på vei var det motsatte, som Per Lønning, den biskop som sa fra seg sin bispestol da Stortinget vedtok den liberaliserte abortlov i 1975. Selv stemme og, tildels, tonefall, var nokså like. Mork talte, som Lønning, på en nesten yppersteprestlig måte. Lønnings språk var finbergensk. Morks var ”odda-bergensk”.

Helsedirektør Mork ble fra han tiltrådte sitt embede høsten 1972 og til loven om selvbestemt abort ble vedtatt i 1978 en av landets mest fremtredende abortpolitikere. Det bidro sterkt til å gjøre ham politisk kontroversiell, på den kulturkonservative side. Det svekket ham imidlertid knapt i særlig grad som helsedirektør. I denne, og lignende, saker stod han på f ertallets side, endog på et raskt voksende f ertalls side. Han seiret, og da var hans politisering ufarlig. Det gjorde han ikke på de andre områder han engasjerte seg. Der tapte han i stor grad. Der undergrov han sin posisjon som helsedirektør.

Situasjonen fortonte seg imidlertid ikke fullt så klar i slutten av syttiårene og frem mot valget i 1981. Kristelig Folkeparti var blitt sterkt provosert av Stortingets abortvedtak og gjorde det klart at hvis partiet skulle gå inn i en ny borgerlig regjering, ville det kreve opphevelse av prinsippet om selvbestemt abort. Abortkritiske synspunkter spilte en rolle også i de andre borgerlige partiene, inkludert i Høyre – det nå stadig mer dominerende

borgerlige parti, og det parti som ville få statsministeren i en eventuell borgerlig regjering. I Høyre var imidlertid sekulariseringsprosessen tydelig. Ikke minst presset Unge Høyre, og partiets fremadstormende unge kvinnelige politikere, som Annelise Høegh (f. 1948) og Kaci Kullmann Five (f. 1951), på for å få partiet til å godta abortloven. Men de kulturkonservative, som Lars Roar Langslet (f. 1936), Sverre Stray (f. 1922) og mye av ”Sydstats-Høyre”, stod fortsatt sterkt i partiet og gjorde abortsaken meget vanskelig også i Høyre. Slaget stod i virkeligheten i Høyre. Det endte med en ”moderat seier” for tilhengerne av fri abort.

Partiets statsministerkandidat, Kåre Willoch, var selv kommet til at loven måtte bli stående.⁵⁹⁰ Han ville ikke ha tilbake nevndene. Willoch var egentlig aldri noen utpreget kulturkonservativ person, spesielt ikke hva gjaldt moralsk sensitive spørsmål. Han var først og fremst en liberaler: For ham måtte ”selvbestemmelsen” i prinsippet ha forrang innenfor den kulturelle liksåvel som innenfor den økonomiske sfære. Selv om det i abortspørsmålet forsåvidt ikke bare dreide seg om ett individ, så han ikke hvordan man kunne lage bestemmelser som på en akseptabel måte begrenset den gravides beslutningsrett. Han løste Høyres problem ved, sammen med den like liberale partiformannen, Erling Norvik (1928-1998), å få Lars Roar Langslet, Georg Apenes (f. 1940) og Per Kristian Foss (f. 1950) til å foreslå at partiet skulle stille sine representanter fritt i abortspørsmålet. Med denne ”liberale” løsningen var abortspørsmålet avgjort i Høyre og dermed i landet: Loven ville bli stående. Abortloven gjorde at Kristelig Folkeparti ble stående utenfor regjeringen Willoch, inntil videre – nemlig til utpå vårparten 1983. Sosialdepartementet, det departement som skulle administrere abortloven, fikk, som vi har sett, en sekulær-liberal ledelse. Statsråd Heløe hadde endog allerede i 1973 ledet et utvalg i Høyre som hadde foreslått at partiet skulle gå inn for en liberalisering av den da eksisterende abortlov. Utvalget nådde ikke frem med sitt forslag og i 1978 stemte hele Høyre imot abortloven.

Men med Høyres skifte av standpunkt i abortsaken var også Mork trygg. Han var på den seirende side. Oppgitt bemerket Høyres kulturkonservative Lars Roar Langslet i sine erindringer: ”Likegyldigheten, den moralske bevisstløsheten, var det som opprørte meg mest. Den var tydelig på fremmarsj over hele den industrialiserte verden. Det virket håpløst å stritte imot”.⁵⁹¹ Den kulturkonservative Langslet bruker sin egen psykologi som belegg for den liberale sekularismes dominans. Jo, Mork stod utvilsomt på ”utviklingens” side.

Det er i dette perspektiv interessant at ikke bare ble det noe avmektig over de moralsk kulturkonservatives moralisering over sekularistenes fremstøt,

590) I bind III av sine erindringer skriver Willoch: ”Jeg hadde i 1980 bestemt meg for at jeg ikke under noen omstendighet – uansett hva Landsmøtet måtte vedta – ville støtte gjeninnføring av abortnemnds-systemet. Det var et standpunkt som var sterkt påvirket av min kone og mine to døtre”. Kfr. Kåre Willoch, *Statsminister*, Oslo: Schibsted, 1990, s. 55. Willoch omtaler abortsaken i et helt kapittel (5), med overskriften ”*Abortsaken kunne ha ødelagt det hele*”.

591) Lars Roar Langslet, *Fra innsiden. Glimt fra et halvt liv i politikken*, Oslo: Cappelen, s. 138. Det er ellers interessant å se hvor forskjellig Willoch og Langslet omtaler abortdiskusjonen i Høyre. De skriver med utgangspunkt i to svært forskjellige kulturer, men representerte altså samme parti. Langslet omtaler abortstriden fra s. 137 til 155.

for eksempel i abortspørsmålet. Sekularistene moraliserte nå tilbake i stigende grad. De rettet et tiltagende kritisk søkelys mot de religiøse miljøers egen adferd, mot deres hykleri og mot det som ble sett på som "usunn" praksis. Mest utfordrende var påstandene om, og etterhvert påvisningen av, ulike typer overgrep i religiøse miljøer, ja, endog i Kirken selv. Et eksempel ble kjent vinteren 1978. Det gjaldt et tilfelle av demonutdrivelse på Vestlandet, som både den person det gjaldt og hennes lege mente hadde overgrepsskarakter. Virksomheten ble anmeldt. Helsedirektøren uttrykte i forbindelse med denne anmeldelsen bekymring over utviklingen og bad om at representanter for Kirken klargjorde hvordan den stilte seg til "demonutdrivelse og lignende religiøs virksomhet". Han fryktet at slik virksomhet kunne få "betydelige medisinske skadevirkninger". I denne og noen andre saker kom Mork i polemikk med Kristelig Folkepartis Odd With⁵⁹² og Per Høybråten.⁵⁹³ Høybråten hadde også kommet inn på en sak som gjaldt forbønn og hadde ytret seg både i Vårt Land og Aftenposten, under titelen "Livssynskampen tilspisser seg". Mork henviste til at han hadde bedt om at forbønnssaken ble undersøkt fordi det var kommet en klage, og at han ikke hadde manet til noen livssynskamp. Han påpekte også til slutt i sitt svar til Høybråten at det kunne være behov for å "gå inn i "livssynskampen" mot endel av de synspunkter Høybråten står for. Dette synes nødvendig, dersom det fortsatt skal være gode veksvilkår for kristendom og andre kulturverdier i vårt samfunn. Og det bør det være".

*

Mork stod nok i hovedsak på den kulturmoderne, sekulære side, men han distanserte seg altså aldri formelt fra kristendommen, som Evang hadde gjort.

Abortsaken og de andre livssynstilknyttede helsepolitiske saker kan sees på som litt spesielle saker. De fremstår som tilhørende en annen ideologisk dimensjon, og andre styringsregimer, enn de medisinske, juridiske, økonomiske og politiske vi har konsentrert oss om. De er det, men ikke bare det, som vi har sett. Som vi har påpekt har medisinen tradisjonelt sett på seg som også etisk "selvdreven". I de medisinsk-etiske spørsmål liksom vel som i de organisatoriske og ledelsesmessige kan man tenke seg at vurderingene foretaes enten av legene selv eller av noen som (eventuelt) står over dem (politikere, administratorer, etiske nevnder) eller under dem (pasienter, pårørende). Medikratiske skal vurderingene foretaes av leger, i siste instans av de nærmeste leger. Slik sett representerte de gamle nevndene med to leger forholdsvis medikratiske ordninger, men den jus de måtte underordne seg brøt med medikratiets krav, blant annet, som Mork påpekte, ved ikke å reflektere medisinsens moderne helsebegrep. Men forsåvidt som Mork gikk inn for at den gravide skulle være beslutningstager, var han ikke en egentlig, og tradisjonell medikrat. Han var snarere, som de fleste som kalte seg radikale, eller sosialister, en liberaler, eller kulturliberalist. Han, og de leger som

592) Aftenpostens aftennummer 2.2.1978, s. 4. Mork svarte samme sted den 4.2., s. 4.

593) Vårt Land 28.1.1978 og Aftenpostens aftennummer 30.1.1978, s. 4. Mork svarte i Aftenpostens aftennummer 6.2., s. 4. Sitatet nedenfor er fra siste avsnitt i dette svaret.

tenkte som ham, var, kan man antagelig si, iferd med å gi opp den tradisjonelle medikratismen på dette viktige punkt, det etiske. Vi skal etterhvert se hvordan de slik åpnet for den utvikling som etterhvert gjorde at etikk- autoriteten langt på vei ble ”frattatt” legene, og plassert enten hos pasientene (borgerne) eller hos myndighetene. Den nye tilsynspolitikken er uttrykk for det siste. La oss føye til: denne avmedikratisering av etikken betyr samtidig jusens, rettsstatlighetens, tilbakekomst – endog hevn.

Hva det helsepolitisk organisatoriske og finansielle angår, gav imidlertid ikke Mork opp de medikratiske prinsipper, selv om han gav noen konsekvenser. Vi skal nå se på to slike saker. Der er flere saker vi kunne se på. Vi skal se på den både symbolsk og innholdsmessig særdeles viktige saken om almenhelsevesenets ordning, og en noe mindre viktig, men symbolsk ikke betydningsløs sak, nemlig saken om bedriftshelsevesenets administrative plassering.

Helsedirektøren og politikken for almenhelsevesenet

Da Torbjørn Mork tiltrådte som helsedirektør høsten 1972 var almenhelsevesenet i stor grad organisert som det var organisert da Karl Evang tiltrådte som helsedirektør, ja, som det var organisert fra riktig gammelt av, som et kombinert distriktslege- og privatlegevesen. Da hans første periode var over, del vi si fra 1984, var den offentlige del av dette vesen, altså distriktslegevesenet, ikke bare omordnet, men borte. Med dets forsvinnen var også den fremste bærer av de norske legetradisjoner, og kjernen i det norske helsevesensmedikrati, gått over i historien. Distriktslegen var siste ledd i Helsedirektørens ”linje”. Han var det også på den ”riktige”, heisaktige måten: Han, etterhvert også hun, var samtidig prekliniker og kliniker og forvalter. Etter omordningen var han, som kommunelege, stadig prekliniker og kliniker, og i noen tilfeller også forvalter. Nå var han det imidlertid, i alle henseender, som kommunal funksjonær. Hans ”livlin(j)e” til Helsedirektøren var kuttet. Han var satt under fremmed, og fremmedgjørende, administrasjon.

Vi har sett at Torbjørn Mork, som medlem av Arbeiderpartiets sosialreformutvalg og som lokalpolitiker og statssekretær, hadde gjort seg til talsmann for de viktige første premisser for denne omordningen. Ja, vi har sett at Karl Evang selv var med på å definere de første premissene for den reform han og, etterhvert også Torbjørn Mork, skulle komme til å gå så bestemt imot. Meget av reformgrunnlaget var, ironisk nok, medisinsk. Medisinen nesten dramatiske utvikling etter de første moderne, reduksjonistisk-medisinske gjennombrudd i siste tredjedel av det 19. århundre hadde ført til en omfattende spesialisering. Spesialiseringen kom etterhvert til å strekke seg utover medisinen selv. Deler av sykepleien ble fra begynnelsen av det 20. århundre trukket inn under medisinen som submedisinske spesialiteter. Noen av dem ble også skilt ut fra sykepleien, som det som etterhvert ble til radiografi og bioingeniørteknikk. I tillegg kom (etterhvert) andre submedisinske eller kombinert submedisinske og subteknologiske spesialiteter til, som blant annet ernæringsfysiologi (dietetikk), fysioterapi, ergoterapi, proteseteknikk,

audiografi, kiropraktikk, manuell-terapi og andre spesielle former for terapi og tildels optikk (som beveget seg i medisinsk retning).

Denne spesialisering krevde, i stigende grad, samordning: Uten god samordning ville man ikke kunne høste spesialiseringens gevinster. Evang talte derfor om behovet for "teamwork". Han hadde i første omgang spesielt de ulike deler av medisinen i tankene, men kom snart til å tale om et langt videre "teamwork", også et "teamwork" som strakte seg inn på det sosiale område. I den sammenheng kom "hans" utvidede helsebegrep til å spille en viktig rolle. Helse ble, i stigende grad, for ham både et (begrep og) fenomen som tillike omfattet det mentale og sosiale og som var mentalt og sosialt betinget. Han ville derfor "sosialisere" medisinen, altså gjøre den (også) sosial. Han kom av den grunn mer og mer til å se på seg som sosialmedisiner. I disse henseender var Mork på linje med ham.

Samordning og integrasjon er en utpreget ledelsesaktivitet. Spesialiseringen skapte slik behov for ledelse. Den skapte behov for klinisk ledelse rundt den enkelte pasient. Den gjorde det innenfor det kliniske rom, altså rundt pasienten. Den gjorde det også på tvers av rom, altså mellom ulike avdelinger eller lignende på et sykehus og mellom ulike behandlingssteder. Den skapte videre et behov for en ledelse som var mer indirekte klinisk og som gjaldt ledelse i mer almen forstand, for eksempel knyttet til organiseringen av de kliniske enheter og hele det kliniske system.

Evang og hans kolleger i WHO hadde altså forsøkt å "utvide" helsebegrepet. I praksis lyktes de bare sånn måtelig. De mentale sider ved helse hadde allerede en plass innen medisinen, og ble slik tatt hensyn til, men i kliniske sammenhenger ble psykiatrien sittende halvveis på utsiden og sjelden trukket med i de "somatiske" behandlingsprosesser. Somatikere kunne ta psykiatriske (psykologiske) hensyn, men som regel på en overf adisk og lite profesjonell måte. De tilkalte, eller konsulterte, imidlertid sjelden mental-eksperter. De sosiale sider ved helse, de sosiale årsaker til uhelse og de sosiale forutsetninger for helse restaurasjon, ble enda mer neglisjert, men leger kunne henvise pasienter til sosiale eksperter, for eksempel for at de kunne få bistand av sosial og økonomisk art. Somatikere forble slik i stor grad nokså rene somatikere. Deres integrasjonsarbeid ble derfor et integrasjonsarbeid somatikere og teknikere imellom, innad i klinikken. Tydeligst så man dette ved somatiske sykehus – som de stadig like "ensidig" ble kalt.

Det utvidede helsebegrepet krever en "helt" integrert diagnostikk, behandling og resosialisering, også hva gjelder sykdommer som har en tydelig somatisk "kjerne". Det krever en samordning som ikke bare blir en samordning mellom somatiske eksperter, men som også omfatter eksperter på mental helse og sosial mestring og i siste instans pasienters pårørende, ofte nesten medpasienter, og det omgivende samfunn. Den integrerte behandling krever altså også at pasienten blir helt reintegrert i samfunnet. Men for såvidt som reintegrasjonen, eller samordningen mellom pasient og samfunn, skal være gjensidig, krever den at også samfunnet i noen grad må tilpasse seg:

Samfunnet må sees på som i noen grad ”sykt” og derfor som behandlings-trengende, eller endringstrengende.

Karl Evang uttrykte disse poengene slik:

Det utvidede helsebegrep forutsetter klart at legene her er villig til å dele det faglige ansvar med andre spesialutdannede grupper, i første rekke med sosionomer, psykologer, spesialpedagoger, og videre med sykepleiere, helsesøstre, fysioterapeuter, arbeidsterapeuter, miljø-terapeuter o.l.

Like viktig er det å løsrive tjenesten fra den individuelle innstilling, slik at også familien, arbeids- og skolemiljøet helt fra begynnelsen av trekkes inn i undersøkelse, diagnose, behandling, ettervern og attføring i den utstrekning det bedømmes å være ønskelig eller nødvendig.⁵⁹⁴

Gitt medisins historie, og dermed kultur, var og er det naturligst å betone den ”tilbaketrekkende” form for samordning, altså en samordning mellom ”egentlige” spesialister innad i klinikken. Det var også den som i hovedsak ble lagt til grunn for den viktige plan for spesialisthelsetjenesten, eller egentlig hele helsetjenesten, som ble lagt frem sommeren 1974 og behandlet i Stortinget våren 1975, St.meld. nr. 9 (1974-75), *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsetjeneste*. Den del av denne planen som gjaldt almenhelsetjenesten ble antydningvis omtalt i den, men da som om den var endel av den. Det var den ikke. De som mer forpliktende arbeidet med planen for almenhelsetjenesten var andre enn de som arbeidet med 1974-planen. De arbeidet i stor grad ut fra de andre, de sosiale, premisser. Mens sykehusplanleggerne (1974-planen) la frem planen under ett, og ”endelig”, slapp almenhelsetjenesteplanleggerne sine plantanker ut litt etter litt. Mens sykehusplanleggerne hadde arbeidet internt, i Helsedirektoratets sykehuskontor, uten å trekke inn særlig mange andre eksperter og interessenter, arbeidet almenhelsetjenesteplanleggerne ”eksternt”, blant annet gjennom en rekke utvalg, og trakk inn eksperter og interessenter av alle slag. De to planers innhold kom til å reflektere denne forskjellen i tilblivelsesmåte.

Begge planer var medikratiske utfordrende, men først og fremst var planen(e) for almenhelsetjenesten det. Det vil si, det var slik Evang, og siden Mork og mange av legene rundt ham, kom til å se det. Også store deler av legestanden forøvrig ble, etterhvert som almenhelsetjenesteplanen ble konkretisert, mer og mer bekymret for den. Begge planer innebar at de andre regimer fikk større plass, på medikratiets bekostning. Sykehusplanen slapp nyttestaten mer til. Den tilpasset imidlertid i noen grad medikratiet til nyttestaten. Almenhelsetjenesteplanen slapp også nyttestaten litt mer til, men først og fremst slapp den politokratiet, legmannsstyret, mer til. Den gav ikke opp fagstyret, men utvidet det drastisk, i sosial retning. Samtidig egalitariserte den det: Legen ble ikke lenger den naturlige dirigent; der skulle samarbeides ”horisontalt”. Denne planen gikk imidlertid enda lenger, for så vidt som den innebar at

594) St. meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsetjeneste utenfor sykehus*, s. 41.

samarbeidet ble utvidet til også å omfatte legfolk. Sykehusplanen, ”nr. 9”, skal vi komme nærmere tilbake til når vi drøfter planleggingsoppgaven mer alment.

Utviklingen, som fikk sin egentlige konklusjon i 1981, startet formelt 28. mai 1971, med fremleggelsen av St.meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsestjeneste utenfor sykehus*. Reelt representerte den imidlertid, som vi har sett, en videreførelse av ideer som var utviklet langt tidligere, ikke minst av Evang, og som i noen grad kom til uttrykk i Helsepersonellkomiteens innstilling (juli 1967). I stortingsmeldingen taes det formelt utgangspunkt i komiteinnstillingen. Den var preget av bemanningskrisen i distriktslegevesenet og det offentlige tannlegevesenet. Da ”nr. 85” ble skrevet var legebemannings-situasjonen blitt bedre. Men når man nå så seg rundt, så man at helsevesenet hadde enda et viktig, ja, viktigere, problem, nemlig fragmenteringsproblemet. Helsevesenet var bygget opp som mange enkeltstående svar på behov og problemer som hadde meldt seg. Behovene og problemene var blitt besvart av ulike instanser – offentlige myndigheter, sentralt og lokalt, frivillige organisasjoner av ulike slag, ”markedene” og folk selv. Disse ”svarene” fortonte seg nå som altfor sprikende, både hva gjaldt det organisatoriske og det finansielle. Nå vendte man derfor oppmerksomheten mot samordningsoppgavene, mot de integrerende planer, lover og finansieringsordninger. Nå kommer derfor de samlende planene; de planene Evang hele sin tid hadde snakket og skrevet om, men aldri hadde klart å utvikle. Sykehusloven er det første utslag av den nye, mer offensive og integrerende tenkningen. Loven er imidlertid bare en forløper for den egentlige sykehusplanen. Den kom som sagt med St. meld. nr. 9 (1974-75). Den lange rekken av meldinger og etter hvert lovforslag, som startet med St. meld. nr. 85 (1970-71), er det annet utslag av den nye integrasjonstenkningen.

Men ”nr. 85” representerer bare en forsiktig begynnelse. Meldingens forfattere begynner som sagt med å drøfte bemanningsproblemstillingene og kommer først i annen halvdel til den nye ”saken”, ideene til en samlende lov om almenhelsevesenet. De gjør det nølende og famlende. Meldingens budskap er derfor ikke tydelig. Noen viktige ideer lanseres dog. Den viktigste er ideen om å samle det offentlige almhenhelsetilbud i helsesentre, tildels omtalt som helse- og sosialsentre. Det heter således at

man tar sikte på en mer hensiktsmessig lokalisering av helse- og sosialtjenesten utenfor anstalt til helsesentra, slik at man oppnår å knytte de forskjellige greiner av denne helse- og sosialtjeneste bedre sammen, og samtidig legger grunnlaget for en høyere grad av integrering av helsestjenesten i tradisjonell forstand – herunder det offentlige tannlegevesen – og tilgrensende deler av sosialtjenesten. Det forutsettes at slike sentra bygges opp med det offentlige legevesen og sosialkontorene som kjerne. (S. 46-47).

Man kan tenke seg slike sentre bygget opp og ledet på iallfall tre måter. De kan, for det første, bygges opp tilnærmet medikratiske, med den gamle distriktslegeetatens som grunnlag. De andre gruppene blir da underordnet

distriktslegene, nesten som en slags underleger (submedisinere). Samarbeidet blir altså vertikalt – eller paternalistisk, ikke horisontalt. De kan, for det annet, bygges opp mer bedriftslig (nyttestatlig) eller byråkratisk. Alle helsefagfolk blir da spesialister, som løpende arbeider nokså meget hver for seg, og der samordningen i noen grad skjer gjennom møter (møtet blir da ledelsesorganet), men ellers skjer gjennom en mer spesialisert ledelse. Som offentlige sentre er det sannsynlig at den byråkratiske (regelbaserte) organisasjonsformen vil bli dominerende. Endelig, og for det tredje, kan sentrene bygges opp på en mest mulig kollektivt deltagende, en sosial-radikal, måte, altså på en måte som toner ned det spesialiserte alenearbeid og betoner det brede gruppearbeidet, både hva angår beslutnings- og iverksettelsesprosesser.

Det er, som vi for så vidt allerede har sagt, de to siste måter å organisere sentrene på som nå trekkes frem: Reformarbeidet peker jo mot en omfattende avmedikratisering av det offentlige almenhelsevesenet, og for så vidt en større grad av sosialisering av det. Men meldingen bryter langt fra klart med fortiden. Således heter det (s. 36) at ”For helsetjenesten utenfor sykehus bør man ta sikte på å opprettholde den offentlige legeetat som en nasjonal etat, hvori distriktsleger i såkalte kombinerte stillinger bør utgjøre hovedtyngden,..” Mere sies egentlig ikke som peker i tradisjonsbevarende retning, men dette er dog ganske meget og ganske viktig. Resten av meldingen peker, om enn ikke tydelig, i avmedikratiserende retning. Noe peker i byråkratiserende og til dels nyttestatlig retning, men minst like mye peker i sosial-radikal retning. Det som tydeligst gjør det siste er det som sies om formen for samarbeid. Vi har ovenfor sitert Evang der han taler om ansvarsdeling og å komme utover den ”individuelle innstilling”. Det første er uttrykk for at ”enemakten” skal taes fra legen og det annet at legens individualistiske innstilling skal erstattes med en kollektivism som mer forbindes med sosialarbeidere og politisk radikale legfolk. I den sammenheng er også Evangs syn på avlønningen interessant.

Siden de fleste i fremtiden bør arbeide i ”team”, argumenterer Evang, bør de også lønnes likt. Stykkprisbetalingen er arbeidsoppstykkende og arbeids-spesialiserende. Dermed er den også individualiserende, ja, privatiserende. Den vanskeliggjør altså lagarbeidet. Ordningen har derfor, fremholder Evang (s. 45), ”som dominerende prinsipp” ”overlevd seg selv og er modent for revisjon”. Departementet (s. 45) ”slutter seg i alle hovedtrekk til helse-direktørens vurdering og mener at man for helsetjenesten utenfor sykehus som hovedprinsipp bør basere seg på en fastlønnssordning”. Både helse-direktør og departement kunne lagt til at samarbeidet ikke bare krever en lik avlønningsform, men også en likere lønn. Begge lot dog være, av åpenbare grunner, å skrive det.

Tanken om å forankre almenhelsearbeidet i helse- og sosialsentre gir lett stordriftsassosiasjoner og dermed også sentraliseringsassosiasjoner. For så vidt gir ordet senter snarere assosiasjoner i byråkratisk enn i sosial-radikal retning. Evang og meldingsforfatterne har derfor tatt med noen ”forebyggende” avsnitt.

I meldingen siteres (s. 35) en dynamisk helsedirektør:

Betegnelsen "helse- og sosialsenter" har i visse kretser skapt den misforståelse at det her dreier seg om en sentralisering hvorved man vil berøve utkantstrøkene den helsetjeneste de har i dag. Det er det motsatte som er hensikten, nemlig å skaffe selv grisgrendte utkantstrøk et bedre tilbud enn det det har vært mulig å skaffe i de seinere år.

Evang utdyper (s. 34-35):

*De lokale hemninger mot helsesentertanken vil bare kunne overvinnes hvis man fra den første tid er i stand til å vise at et helsesenter kan yte en bedre service også til "utkantstrøkene" enn den tidligere mere primitive enmannsbetjening hadde mulighet for. Når den primære **lege-**tjeneste på denne måten erstattes med mer allsidig primær **helsetjeneste** vil også befolkningen i utkantstrøk hurtig kunne oppdage at dette representerer en endring til det bedre.*

Evang føyer dog, megetsigende, til (s. 35) at "Skal dette kunne gjennomføres i praksis vil det imidlertid forstås at transporttjenesten må gis tilstrekkelig prioritet".

Disse synspunktene peker tydelig mot et senter dominert av fagfolk, mot en liten institusjon, mer sosialt avsondret fra omgivelsene enn den "primitive enmannsbetjening". Flere må "transporteres" til senteret, og legen, eller andre fagfolk, vil i mindre grad kunne være en del av sine pasienters sosiale liv.

I meldingen sies det ikke så meget konkret om hvordan sentrene skal være organisert, for eksempel hvordan legekantoret (helsekontoret) skal være koblet til sosialkontoret, og intet om hvordan de politisk skal være "hengt opp". Det siste er ikke minst viktig, siden legevesenet var statlig og nokså faglig-politisk autonomt, mens sosialkontoret var kommunalt og i stor grad politisk legmannsstyrt. Hvis man valgte virkelig å integrere helse- og sosialkontor, men gjøre det på det sistes "premisser", altså "henge" det samlede senter opp i kommunalpolitiske organer, ville man ha torpedert den gamle medikratiske orden. Man ville antagelig også i stor grad, iallfall på bygdene, ha gjort det på sosial-radikale premisser. Det er imidlertid overraskende når det i meldingen heter at planleggingen av "helsetjenesten utenfor anstalt" bør skje i regi av fylkene (s. 46). Passusen referer selvsagt ønsket om å se almen- og spesialisthelsevesenet i sammenheng, og gir slik nyttestatlige assosiasjoner. Den representerer samtidig et så stort brudd med de tanker som ellers preger meldingen at den kanskje mest vidner om Departementets og Regjeringens usikkerhet og forvirring.

Parallelt med at Helsedirektoratet, fra helsesiden, arbeidet med nr. 85 og sin versjon av sentertenkningen, arbeidet Sosialreformutvalget, fra sosialsiden, med sin versjon av sentertenkningen. Nr. 85 ble til i regi av leger og "deres" jurister. Sosialreformkomiteens innstilling (II) ble i hovedsak til i regi av

”sosialfagfolk” og radikale, sosialt interesserte fagfolk av andre slag, som sosiologiprofessor Yngvar Løchen (Tromsø) (1931-1998), sosialskolerektor Audun Ervik (1928-2007) og finansrådmann (Oslo) og tidligere sosialskolerektor og sykehusrådmann, Bernt H. Lund (f. 1924),⁵⁹⁵ samt noen jurister og diverse andre. En av juristene var den i denne sammenheng svært viktige ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets sosialavdeling, medikratiskeptikeren Magne Langholm (1913-2004). Der var tre leger med i komiteen, men bare én fra almenhelsevesenet, fylkeslege i Finnmark, Kolbjørn Øygard (f. 1927).⁵⁹⁶ Formann var finansrådmann Odd With (1921-2006) fra Mo i Rana. Han var, som vi har nevnt, aktiv i Kristelig Folkeparti og ble snart, ved siden av Kristiansen og Høybråten, partiets fremste medikratikritiker.⁵⁹⁷ Det var Borten-regjeringen, med Egil Aarvik (Kr. F.) som sosialminister, som hadde oppnevnt komiteen. Komiteen kom med sin viktige innstilling i juni 1972.

Sosialreformkomiteen skulle delvis se på den økonomiske sosialhjelp som ble ytet gjennom den kommunale sosialomsorg og delvis se på ”samordningsproblemet på det lokale plan”. Det ble fremholdt at Departementet med samordning tenkte på samordningen ”mellom de sosiale organer og andre sektorer som trygdevesen og helsevesen”. Komiteens mandat nr. to var altså uttrykk for at samordningsbehovet mellom helse- og sosialomsorgen ble følt også fra sosialsektorens side. Komiteen drøfter ikke i detalj de faglige former for arbeid og hvordan de bør integreres, men det er åpenbart at komiteen i det minste har forståelse for den sosial-radikale form for samarbeid, altså en kollektivt preget form for klient- og pasientarbeid. Det heter således i innstillingen at der innen ”helsearbeidet” er

en stadig større erkjennelse for en omfattende samhörighet mellom medisinske og sosiale kasus, og på samme måte er behovet for medisinsk ekspertise stadig mer markert i det tradisjonelle sosialarbeid.

Det heter også at de nye sosialsentre vil ”skape et felles yrkesmiljø”, noe som vil gavne både fagfolk og dem som skal hjelpes.⁵⁹⁸ Men det sosial-radikale perspektivet er ikke bare kollektivt preget. Det er også individualiserende. Sosialarbeideren ser den enkelte og forsøker å skreddersy hjelpen. Han eller hun er preget, som legen, av dydsetikken. Denne etikken forstås imidlertid av sosialarbeideren mer sosiologisk, og dermed terapeutisk kollektiviserende, mens den forstås psykologisk, og dermed mer terapeutisk individualiserende, av legen.

Komiteen legger imidlertid mest vekt på det mer formelt organisatoriske, og foreslår at det opprettes ”*sosialsentra* i kommunene og at disse sentra bygges opp med seksjoner for helse-, trygde- og sosialarbeidet i kommunene”.⁵⁹⁹

595) De to siste var medlemmer av Arbeiderpartiet, den første var ikke partipolitisk profilert, men stod tydelig på venstresiden.

596) De to andre var den kirkelig aktive barnelegen (privat praksis) Ragnar Sellevold (1916-2009), Bergen, og psykiatrioverlege ved Regionsykehuset i Trondheim, Peter Chr. Kreyberg (1931-1993).

597) Odd With var vararepresentant på Stortinget i periodene 1961-65 og 1969-73, og var fast representant fra 1973 til 1985, hele tiden valgt fra Nordland fylke. I den viktige perioden 1977-1981 var han formann i Stortingets sosialkomite; kfr. omtalen ovenfor av dragkampen om Helsedirektoratets organisering.

598) NOU 1972: 30, *Sosiale tjenester*, s. 134-135.

599) *Ibid.*, s. 134.

Komiteen understreker hvilken vekt den legger på integrering ved å si at sosialsentrene bør gi plass ved sentrene til sine andre naturlige samarbeidspartnere i kommunene, som arbeidskontor, arbeidstilsyn, pedagogisk-psykologisk rådgivningskontor m.v.

Komiteens forslag innebærer altså at distriktshelsevesenet som et medisinsk ledet, og kombinert styrende og fagutøvende, vesen, nedlegges. Det erstattes av et kommunalt ledet, faglig integrert, sosialsenter. I den forbindelse skilles styring og ledelse fra fagutøvelse. For helsevesenets del betyr det at distriktslegenes kombinerte, heispregede status oppheves. Hvem som skal lede senteret, er ikke gitt: Senterledelse fremstår slik i noen grad som en iallfall potensielt ”fagnøytral” oppgave, selv om det antas at det i de fleste kommuner vil være naturlig at en av seksjonslederne også er senterleder. Komiteen tenker seg at de tre lederne også leder kollektivt, som et sosialutvalg. Over senteret foreslår komiteen å plassere et integrert sosialstyre, et politisk legmannsorgan. Det kombinert faglige og politiske, og forsåvidt kombinert statlige og kommunale, men samtidig faglig ledede Helserådet, vil komiteen ha bort. De teknisk-hygieniske oppgaver vil det legges til kommunens tekniske etat, de epidemiologiske og (andre) forebyggende oppgaver vil det legges til helseseksjonen, mens det altså vil legges de mer styrende oppgaver til sosialstyret. På denne måten vil komiteen gjøre de gamle lokale medikrater, distriktslegene, til kommunale fagfunksjonærer. De skal rapportere oppover til senterledere og via disse til sosialstyret og kommunens overordnede administrative og politiske organer.

Linjen til Helsedirektoratet vil være borte. Den vil, etter forslaget, gå via de kommunale organer. På denne måten vil også Helsedirektoratets forhold til det utøvende offentlige helsevesen bli radikalt endret. Det vil bli mer ”utvendig”, og mer forvaltnings- og tilsynsmessig. ”Utvendigheten” vil bli understreket ved at de nye ansvarlige offentlige organer blir kommunale og ikke statlige. Forsåvidt som fylkeskommunene gjennom Sykehusloven av 1969 fikk ansvaret for spesialisthelsetjenesten, ville Sosialreformkomiteens forslag skape et mer konsistent styrt og ledet helsevesen. Dens forslag ville bidra til at det meste av det utøvende helsevesen ble offentlig-lokalt og privat(-lokalt).

Komiteen foreslår altså en ganske radikal omordning av almenhelsevesenet, men den omordningen er nærmest en konsekvens av sosialvesenets behov og hvordan de forstås. Omordningen av helsevesenet blir ikke vurdert også på helsevesenets egne, historisk betingede premisser. For så vidt kan man si det er den tradisjonelt svake del av omsorgsvesenet, sosialvesenet – arvtageren etter fattigvesenet, som setter den tradisjonelt sterke på plass. Helsevesenet usynliggjøres nesten også, for så vidt som det mister sitt tydelig synlige navn og blir en del av *Sosialsenteret*. Sosialreformatorene har opptrådt, tør man si, en smule arrogant, eller kanskje vi skulle si, ”oppoverarrogant”. Det kan være et uttrykk for det at komiteen hele veien taler om det publikum som skal betjenes, som ”klienter”. Vi hører intet om pasienter. Komiteens toneangivende, og alt annet enn svake, personligheter kan ha nok ha godtet seg litt over å kunne sette legene på plass på denne måten. Men tre leger ble

altså med på ferden. De kan ha blitt for ”små” i denne sammenheng, men de kan også ha følt at komiteens forslag på mange måter kunne se ut som implikasjoner av de ideer Evang lenge hadde gjort seg til talsmann for, og som også preget ”nr. 85”.

Vi har fremstilt Sosialreformkomiteens forslag som sosial-radikale: De pekte mot et lokalpolitisk styrt, kollektivisert, klientmobiliserende omsorgsvesen. Slik sett passet komiteens forslag i en tid hvor fattigdommen og de svake ble ”gjenoppdaget” ikke bare i Norge og Norden, men overalt i de velstående vestlige land. Det er imidlertid fristende tillike å se på reformforslagene som ”høyreforbredende”. De innebar at staten i noen grad trakk seg tilbake fra ansvaret for å yte hjelp og selv gikk over i en slags kombinert bestiller- og kontroll- eller tilsynsrolle. Kommunene og fylkeskommunene ville, etter forslagene, bli de utføreransvarlige. De ville bli det, enten ved selv å sørge for all hjelp, eller ved å sørge for at en del av hjelpen ble ytt av private hjelpeinstanser. Det er slik ikke så underlig at Finansdepartementet hadde meget til overs for kommunaliseringen av utføreransvaret. Der var imidlertid et problem for dem som tenkte i disse baner, nemlig utførerinstansenes lave grad av skjerming fra den løpende, folkelige politikk. Dette problem skulle komme på dagsordenen i åttiårene, men først få større betydning for helsevesenet et stykke ut i nittiårene.

”Ved siden” av, og nokså uavhengig av, sosialreformatorene ble det arbeidet videre på helsesiden, med utgangspunkt i ”nr. 85”. Sentertankene fra ”nr. 85” ble fulgt opp gjennom forsøksvirksomhet, ja, slik forsøksvirksomhet ble til dels satt i gang før meldingen kom. Etter hvert ble forsøksvirksomheten mer systematisert.⁶⁰⁰ Den fikk også i 1976, to år forsinket, et eget lovgrunnlag.⁶⁰¹ ”Nr. 85” ble ellers fulgt opp mer direkte gjennom Korvald-regjeringens tilleggs melding til ”nr. 85”, St. meld. nr. 45, *Tillegg til St. meld. nr. 85 (1970-71)*. ”Nr. 45” brøt lite med ”nr. 85”. Det viktigste var at betoningen av desentralisering ble styrket, endog i en slik grad at meldingsforfatterne fant det nødvendig å drøfte det ”skumle” ordet ”senter”. Forfatterne antydte at et ord som ”helsetun” eller ”helsehus” kanskje hadde vært bedre, men innså at senternavnet var for innarbeidet allerede til at det lot seg bytte ut.⁶⁰² Det bør også nevnes at Korvald-regjeringen modererte omtalen av spørsmålet om å plassere leger på fast lønn.

600) Med utgangspunkt både i ”nr. 85” og Sosialreformkomiteens innstilling nr. II, ble det 12.10.1972 nedsatt et ”prosjektutvalg” for å utarbeide en plan for ”forsøksvirksomhet i den primære helse- og sosialsektor”. Utvalget fikk overlevere i Helsedirektoratets sosialmedisinske kontor, Tor Ødegaard, som formann, og omfattet ellers både helse- og sosialfolk. Kfr. NOU 1973: 56, *Rammeplan for forsøksvirksomhet i den primære helse- og sosialsektor*. 17. januar 1973 ble det nedsatt et ”prinsippvalg” for å ”drøfte de spørsmål av administrativ, økonomisk, politisk og etisk karakter som knytter seg til ulike stadier i planlegging, gjennomføring og avvikling av forsøksvirksomhet innen Sosialdepartementets interesseområde”. Utvalget fikk stadsfysikus Fredrik Mellbye som formann, og blant andre forskningsstipendiat i odontologi, senere sosialminister, Leif Arne Heløe, som medlem. Kfr. NOU 1973: 35, *Systematiske tiltak for en bedre primær helsetjeneste*. Som en del av forsøksvirksomheten ble det nå også satt i gang rasjonaliseringsarbeid. En gruppe, ledet av den på den tiden meget eksperimentervillige distriktslege i Alta, Jan-Ivar Kvamme, som leder, ble 15.2.1973 nedsatt for å lage en oversikt over mulige rasjonaliseringstiltak av både organisatorisk og teknisk art som kunne være aktuelle i primærhelsevesenet.

601) Midlertidig lov av 11. juni 1976 om planlegging, organisering og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon. Lovproposisjonen (*Ot.prp. nr. 44*) ble fremmet i april 1974, men Stortinget ville vente med å behandle den til det hadde fått meldingen om Sosialreformkomiteens innstilling. 602) *St. meld. nr. 45 (1972-73)*, s. 28.

I ”nr. 45” refereres Sosialreformkomiteens anbefalinger, men uten at Regjeringen Korvald tar stilling til den. Det gjør derimot regjeringen Bratteli vel to år senere, gjennom St. meld. nr. 9 (1975-76), *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*. Tor Halvorsen var da statsråd. Med denne meldingen beveger vi oss igjen tilbake til ”sosialsiden” og ”klientene”, og helsevesenet trekkes med, og iallfall i noen grad som en ”implikasjon” av de ”sosiale” forslag. Bare i ett av 15 kapitler, kapittel 9, får helsevesenet en mer spesialisert oppmerksomhet, men under den megetsigende overskrift ”Samordning av sosialtjenesten og helsetjenesten m.v. på lokalplanet”. Akkurat som hovedforfatterne i 1972 var sosialfolk, er åpenbart hovedforfatterne av denne meldingen sosialfolk: Den var Sosialavdelingens ansvar. Samtidig er meldingen mindre ideologisk offensiv enn Sosialreformkomiteens forslag hadde vært. Indirekte forklarer meldingsforfatterne sin forsiktighet slik:

*Sosialreformkomiteens forslag om en vidtgående integrasjon har (derimot) vakt sterk motstand fra mange hold. Det er også divergerende oppfatning av **hvor stort** behovet for samarbeid er og **hvordan** samarbeidet bør organiseres og fungere. Det framgår av uttalelsene at de fleste mener at det på lengre sikt vil være en fordel å samle flest mulige servicetiltak i et helse- og sosialsenter, og at samling i et bygg nok kan være en fordel, men ikke nødvendig for samarbeidet. Dessuten pekes det på at det er forbundet med store utgifter å reise slike fellesbygninger hvor det ellers ikke er et slikt behov til stede. Det er heller ikke alle etater som ønsker å etablere bygningsmessig fellesskap.⁶⁰³*

Vi skal se på integrasjonen på det administrative og fagutøvende nivå først.

Remissuttaalelsene viser at trygdesiden raskt og bestemt ”meldte” seg ut. Rikstrygdeverket påpekte at mens helse- og sosialhjelpen i hovedsak ytet personlige tjenester, tok trygdekontorene ”stilling til forvaltningsrettslike spørsmål om hvorvidt en søker fyller betingelsene i lov og forskrifter til å få *rett* til til økonomiske trygdestønader”. Denne forskjell var ”et viktig argument mot den foreslåtte integrering”, fremholdt Rikstrygdeverket.⁶⁰⁴ Fra helsehold, som fra Lægeforeningen og fylkeslegene, var det også mange motforestillinger. Lægeforeningen mente at ”trygdeadministrasjonen og helseadministrasjonen i prinsippet bør opprettholde sin organisasjon”.⁶⁰⁵ På den annen side mente en del sosialfagfolk, som Sosionomforbundet, at utredningen var for lite radikal og integrasjonsorientert: ”Man mener at det må skje en fullstendig integrering av behandlingstilbudet på det lokale plan”.⁶⁰⁶

Departementet nærmer seg de normative spørsmål på en forsiktig måte. Det starter med å konstatere at ”alle” synes et nærmere samarbeid er viktig, og skriver så, nærmest henstillende, overfor de kanskje noe samarbeidsskeptiske

603) *St. meld. nr. 9*(1975-76), s. 73-74.

604) *Ibid.*, s. 76.

605) *Ibid.*, s. 75.

606) *Ibid.*, s. 74.

fagfolkene, at de gjennom samarbeid ”vil kunne utvikle seg faglig, utvide sin horisont,..”. Departementet legger beroligende til: ”Det skulle ikke være fare for at man mister sin faglige identitet ved å utvide sin horisont”. Etter å ha trukket frem remissinstansenes motforestillinger, slutter Departementet at ”en må ta sikte på et integrert samarbeid mellom de berørte etater,..”. Det konstaterer samtidig at ”komiteen går for langt i sitt integreringsforslag”.⁶⁰⁷ Det gir således uten videre opp å ta trygdesiden med i de nye sentre, men vil stadig at helse- og sosialomsorgen skal integreres, og foretrekker at det skjer gjennom sentre som befinner seg i de samme bygninger.

Hva angår integrasjonen på politisk plan, vil Departementet ha en ”full integrasjon”. Det vil således at også trygdekontoret skal legges inn under det nye helse- og sosialstyre, selv om dette var noe for eksempel Rikstrygdeverket gikk imot. Forslaget om å opprette et eget politisk styre for de tre etater, innebærer at det kombinert faglige og politiske organ, Helserådet, må nedlegges. Departementet antyder dog at der kan opprettes et kommunalt hygieneutvalg for å ta seg av ”smitteoppgaver” og teknisk-hygieniske oppgaver.

Vi kan ellers konstatere at Departementet ennå ikke tar opp til vurdering spørsmålet om å overføre distriktslegene til kommunene. Det er litt overraskende, siden Departementet vil samle helse- og sosialetatene under et kommunalt politisk organ. Fortsatt stod imidlertid den gamle distriktslege-etaten for sterkt som egen, statlig etat, også kulturelt, til at det var naturlig, eller mulig.

Den nokså brede enighet det hadde vært om de nye ideer for almenhelsepolitikken fra slutten av sekstiårene, begynte imidlertid nå å gå i oppløsning. De mange kritiske høringsuttalelser til Sosialreformkomiteens innstilling, var et første tegn på det. Departementet forsøkte gjennom sin melding å ”redde” den brede enighet, men lyktes ikke helt. Det viste seg i noen grad da meldingen ble behandlet i Stortinget, men enda mer da en del prominente medisinerer ”sprakk”. På Stortinget kom ikke motsetningene spesielt tydelig frem, når man ser bort fra den kritikk fra venstre som Sosialistisk Venstreparti kom med. Der kom også litt ”høyrekritikk” på Stortinget, men ikke meget. Den engasjerte ”høyrekritikken” var det medisinerne som stod for, ikke minst de to ”radikale” helsedirektører, Karl Evang og Torbjørn Mork. Den første, den forhenværende, gikk straks offentlig ut med sin kritikk. Den annen, den sittende, ventet ennå litt og holdt seg mer til ”interne” føra.

På Stortinget gav de borgerlige representanter i Sosialkomiteen uttrykk for et litt mindre integrasjonsvennlig standpunkt enn de sosialistiske. De ville for eksempel beholde de gamle fagstyreorganer, Helserådet medregnet. Dog ville de ha et samlende helse- og sosialstyre. Arbeiderpartiets representanter støttet Regjeringens forslag i disse henseender, men gav uttrykk for at det helseutvalg som var foreslått i meldingen burde beholde det tradisjonsrike navnet helseråd.⁶⁰⁸ Venstrestandpunktet kom for alvor frem først under

607) *Ibid.*, s. 85-86.

608) SF 6a, Innst. S. nr. 260 (1975-76), s. 14-16.

stortingsdebatten. Her tok sosialskolerektor Otto Hauglin, som ikke satt i Sosialkomiteen, til orde for en langt sterkere integrering enn Regjeringen hadde lagt opp til. I en polemisk tone spurte han hvem det var som var de ”viktigste bremseklosser for en effektiv samordning til klientens beste”. Han ”antydte” også svaret: Er det ”legene som fremdeles på en ufaglig måte er bremseklossene..?” Komitéformannen, Kåre Kristiansen, langt fra noen medikratiforkjemper – som vi har sett, repliserte at han syntes Hauglin mer talte som sosionom enn som stortingsrepresentant og syntes han kunne spart seg parket til legene.

Også Sosialkomiteens medlemmer hadde imidlertid fornemmet legenes voksende skepsis til Sosialreformkomiteens, og Departementets synspunkter. Den mottok mange henvendelser fra leger, blant annet fra landets fylkesleger. Fylkeslegene drøftet meldingen om de sosiale tjenester på et møte den 26. og 27. september 1975. Etter møtet formulerte fire av dem det brev som ble sendt Sosialkomiteen den 16. oktober. Hovedforfatter var stadsfysikus Fredrik Mellbye. Mellbye hadde temperament, og her viser han det. Fylkeslegene åpner sitt brev med å si at de støtter forslaget om å styrke sosialtjenesten, men ”advarer .. på det sterkeste mot de fremsatte forslag om omorganiseringen av det offentlige helsevesen” (s. 1). De fremholder at det er en klar tendens i meldingen ”til å ville rive opp og til dels avvikle det nåværende offentlige helsevesen utenfor sykehus i kommunene og fylkene” (s. 3). Siden det dreier seg om et vesen som under vanskelige og vekslende vilkår, ”gjennom 375 år” har ”medvirket til resultater som målt med tilgjengelige kriterier tilhører de aller beste i verden og i enkelte tilfeller er de beste i verden”, må det ”foreligge en høy grad av sikkerhet for at den nye organisasjon vil virke bedre enn den nåværende” (s. 3-4). Fylkeslegene advarer også mot forslaget om å nedlegge Helserådet:

(M)an setter ikke en ubegrunnet strek over det organ som på det lokale plan og i hver by og hver bygd, i hvert tettsted og i hver krok av dette land har gjennomført og opprettholdt de tiltak som eksempelvis har fjernet lepra, tuberkulose, kopper, difteri, poliomyelitt, tyfoidfeber, flekktyfus, skjorbuk, engelsk syke og de dødelige spedbarnsdiaréer fra den befolkning det arbeider blant og som det er en del av. (S. 4)

Det er interessant at fylkeslegene nå forstår at de, og deres tidligere sjef, Karl Evang, ikke helt så implikasjonene av det sosialmedisinske integreringsprosjekt de ikke bare ble med på, men drev frem. De skriver (s. 8):

Den enighet som for noen år siden syntes å foreligge om utbyggingen av den lokale helsetjeneste og lokale sosialtjeneste henimot en integrert helse- og sosialtjeneste, er ikke lengre tilstede fordi man i det praktiske arbeid har høstet vidt forskjellige erfaringer.

Fylkeslegene nevner så at der innen ”den medisinske vitenskap” nå ”avtegner seg tendenser som ikke kunne forutsees” da sosialmeldingen og de tidligere meldinger ble skrevet. ”Stortingsmeldingen er derfor i dag ikke i pakt med utviklingen, og heller ikke med det praktiske livs erfaringer”

(s. 8-9). Men fylkeslegene er allikevel ikke sikre på at ikke mer ”galt” kan skje. De skriver således at den offentlige legeetat ”antakelig” er ”forutsatt opprettholdt som statsetat” (s. 5).

Deltagerne på Bygdøy-kurset for offentlige leger høsten 1975 sendte også brev til Sosialkomiteen og gav i det uttrykk for at de syntes sosialmeldingen var ”eit dårlig grunnlagt diskusjonsinnlegg” og la til at det ”blir møtt med stor og temmelig samstemmig skepsis og motvilje av alle personellgrupper innafor det off. helsevesenet”.⁶⁰⁹

Statsråd Ruth Ryste la i stortingsdebatten stor vekt på å understreke enigheten mellom de borgerlige partier og Arbeiderpartiet. Hun mente de integrerte helse- og sosialstyrer fikk komme etter hvert og uttrykte glede over at det var enighet om at legene skulle beholde sin nåværende status og ha det faglig medisinske ansvar for helsetjenesten i kommunene. Hun var endog glad for at det ikke er noe ønske om en ”total integrering av de etatene vi har i dag”, og så frem til at ”man gjennom forskjellige tiltak skal søke å bedre samarbeidet mellom etatene”.⁶¹⁰ Statsråden forsøkte nesten å modere sin egen, allerede modererte, melding ytterligere. Hun hadde hørt på sin helsedirektør, men våget, eller kunne, ikke helt ”bønnhøre” ham. Det var nå politisk umulig.

I januar 1976 ble dragkampen om den offentlige legetjeneste for alvor offentlig kjent. Som nevnt før går den gamle helsedirektør, Karl Evang, i to store artikler i Aftenpostens aftennummer, 6. og 7. januar (s. 4), til et krasst angrep på St.meld. nr. 9 (1975-76). Den første artikkel, over fem hele spalter, har overskriften ”Vil myndighetene ha en svekket helsetjeneste?” Den annen artikkel, som nesten dekker en halv side av den tids storformatavis, har overskriften ”Helsepolitikk på tvers av positive strømninger”.

Evang konstaterer i den første artikkel at det dreier seg om en melding om sosialtjenesten, og fortsetter: ”Det forbausende, ja, man har vel lov til å si oppsiktsvekkende, er at Sosialdepartementet har valgt å ”henge på” meldingen f ere dyptgripende endringsforslag når det gjelder det offentlige helsevesen”. Forslagene vil, fortsetter han, rive opp ”hele vår distrikts- og fylkeslegetjeneste”. Forslagene er ”ikke, eller meget kort og løst, begrunnet”. Evang ser at begrunnelsene for endringene innen helsevesenet ikke er formulert i Helsedirektoratet, men ”av folk med – for å bruke et parlamentarisk uttrykk – minimalt kjennskap til den måten helsearbeidet drives på”. Evang konstaterer også at ”Noen uttalelse fra helsedirektøren leter man ... forgjeves efter i meldingen”.

”Den gamle” omtaler meldingsforslagene om å frata fylkeslegene samarbeidspartnere, blant annet fylkeshelsesøstre, og oppgaver, for ”en faktisk kastrasjon av fylkeslegen”. Det vil bidra til ”kastrasjonen”, mener Evang, at fylkeslegen får ”udefinerte oppgaver” og at

609) Brevet, som bare er datert høsten 1975 var undertegnet av 13 offentlige leger, og ført i pennen av distriktslege i Marnardal, Kristian Hagestad (f. 1946). Sitatene er fra siste side (5).

610) SF 7c., *Tidende S.*, s. 3411. Debatten fant sted den 14.5.1976, og er gjengitt på sidene 3392-3429.

ansvars- og myndighetsavklaringen i forhold til ”det nye ”fylkeshelsevesen” som foreslåes” blir uklare. Hva gjelder forslagene som berører distriktslegene, mener han at de vil svekke rekrutteringen til distrikstlegestillingene. Meldingen er kommet som ”et sjokk i vide kretser av de offentlige leger”. Spesielt har legene reagert på forslaget om å nedlegge helserådene, skriver han i artikkel nr. to. Han konkluderer med at meldingens forslag vil føre til en svekkelse av primærhelsevesenet, den del av helsevesenet det ellers er enighet om spesielt å styrke.

Evangs skarpe inserater avfødte en del reaksjoner, men hverken fylkeslegene, han eller andre leger lyktes i å påvirke den politiske stemning, som vi har sett. Den forholdsvis brede enighet om veien videre bestod. Den veien pekte, som fylkeslegene ante, mot en oppløsning av det medikratiske oppbygde statlige distriktslegevesen.

Torbjørn Mork var påfallende lenge forsiktig og tilbakeholden. Det tør ha sammenheng med hans ”gamle” sosialradikalisme. Han hadde vært en pågående integrasjonsforkjemper, og kunne ikke brått snu helt om. Gradvis ble han imidlertid mer av en medikrat, og forsvarer av det bestående, også på dette område. Evangs offentlige intervensjon kan ha vært det som fikk ham til å vise ansikt på en tydeligere måte. Evangs artikler var jo nesten ydmykende for ham: De eksponerte hans avmakt. Morks synspunkter kom jo ikke engang til uttrykk i stortingsmeldingen. Men han snudde ikke umiddelbart, som vi har sett. Den i dette henseende ”nye” Mork trådte først frem høsten 1977, vel halvannet år etter Evangs alvorlige advarsler og mer enn to år etter at fylkeslegene og mange av distriktslegene var begynt å reagere. Da Mork ”sprakk”, var Evang helsemessig forlenget satt ut av spill.

I foredrag han holdt i de tre-tre og et halvt første år som helsedirektør fremstod han i spørsmålet om almenhelsevesenets organisering som en forsvarer av desentraliserings- og integreringspolitikken, og som en sindig embedsmann. Den ideologiske ”snert” han ofte hadde som statssekretær, var nå stort sett borte. I et foredrag i Kristiansand medisinske selskap 4. april 1973 konstaterte han således bare at det var ”bred enighet både blant fagfolk og politikere om at man må komme frem til et nærmere samarbeid mellom den tradisjonelle helsetjeneste og tilgrensende deler av sosialtjenesten”.⁶¹¹ I en artikkel han samme år skrev i tidsskriftet ”Sykehuset”, nevner han på en helt nøytral måte Sosialreformkomiteens forslag om en ”høyere grad av samordning av helsetjenesten og sosialtjenesten i lokalsamfunnet”.⁶¹² 20. februar 1974 taler han i Stavanger Medisinske Selskap om ”Samarbeid i helsetjenesten” og viser at han stadig, og uten reservasjoner, står på ”integrasjonslinjen”: ”Tendensen synes heldigvis å gå i retning av utviklingen av et lokalt samarbeidende serviceapparat, som i stigende grad er pasient-og-klientorientert i motsetning til det etatsorienterte tilbud som hittil har vært fremherskende”.⁶¹³

611) Foredraget har overskriften ”Den videre utbygging av vårt helsestell”. Det finnes som nr. 4-1973 i Mork-samlingen i Helsetilsynet. Sitatet er fra s. 5.

612) Torbjørn Mork, ”Fremtidens helsetjeneste – perspektiver og problemer”, *Sykehuset*, nr. 5, 1973, s. 287. Hele artikkelen finnes på s. 282-297.

613) Foredraget finnes som nr. 2-1974 i Helsetilsynets Mork-samling. Sitatet er fra s. 8.

På sitt foredrag på distriktslegemøtet 6. og 7. juni 1974 redegjorde han særlig for arbeidet med reformene i primærhelsevesenet, og gir fortsatt inntrykk av å identifisere seg med den politikk som drives. Dog røper han en viss utålmodighet, og bemerker også at Sosialreformkomiteens innstilling reiser noen ”problemer”, problemer han vil komme tilbake til når stortingsmeldingen foreligger. Til slutt i sitt foredrag sier han også at ”vi arbeider i en tid med betydelig usikkerhet også når det gjelder (distriktslege)etatens fremtidige stilling.” Han fortsetter dog, nesten litt pussig, slik: ”Det som imidlertid synes helt sikkert er at det offentlige helsevesen, og dermed distriktslegene, vil få en langt mer sentral stilling i det fremtidige helsevesen”.⁶¹⁴ På fylkeslegemøtet i Oslo 4. desember 1974 er han fortsatt politisk ”lojal”, men hans utålmodighet kommer nå enda tydeligere frem. Igjen kritiserer han Stortinget for å vente med å vedta noe, her forsøksloven (for reformvirksomhet), fordi det venter på meldingen om Sosialreformkomiteens innstilling. Han bemerker: ”..og mens vi venter på beslutninger fra de politiske myndigheter fortsetter en relativt ukoordinert utbygning av helsetjenesten utenfor sykehus..”⁶¹⁵

Gjennom hele 1975 og første halvdel av 1976 uttaler han seg ikke, etter det vi kan se, offentlig om arbeidet med almenhelseplanene. Nå er det sykehusplanen han dveler ved. Den var lagt frem høsten 1974, som St.meld. nr. 9 (1974-75), og ble drøftet, og gitt tilslutning, av Stortinget, våren 1975. Planen vekker oppmerksomhet, både fordi den intellektuelt er av et helt annet kaliber enn andre utredninger, meldinger og planer og fordi den har et så tydelig praktisk program. Den var også, i all hovedsak, blitt til i Direktoratet. Han var stolt av den, og talte gjerne om den. Den gav dessuten svar også på spørsmålet om almenhelsevesenets innpassning i det samlede helsevesen. Vi skal komme nærmere tilbake til planen når vi omtaler Direktoratets planleggingsoppgave.

Sykehusplanen er preget av moderne, rasjonalistisk-utilitaristiske tanker. Dens skapere har forsøkt å kombinere det nyttestatlige med det medikratiske, dog slik at dynamikken i planen mer preges av det første enn det siste. Den bryter slik med det dydsetisk egalitære, altså med den sosialmedisinske ”svakhetsromantikken”, som hadde hatt appell til politikeren Mork, og som i stor grad preget Sosialreformkomiteens innstilling. Som helsedirektør hadde han i økende grad sluppet rasjonalisten i seg selv, til; dog uten helt å slippe taket i sosialradikaleren. Det kan være derfor han så lenge nøler med å bryte med denne radikalismens implikasjoner. Høsten 1976 ”f irter” han fortsatt med den. Det kommer tydelig til uttrykk i den åpningsforelesning han holdt ved Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg 16. august. Han foreleste over det ”farlige” emne samarbeid. Igjen betoner han ideen om et tjenestetilbud som er både ”pasient- og klient-orientert”, og kritiserer den ”etatsorienterte” måten å tenke og handle på, altså den som preget medisinen, og dermed også medikratiske. Det er ”eksempelvis” også, legger han forklarende til, ”mange

614) Foredraget finnes som nr. 8-1974 i Morksamlingen i Helsetilsynet. Sitatene er fra s. 6 og 19.

615) Foredraget finnes som nr. 1-1975 i Helsetilsynets Morksamling. Sitatet er fra s. 2.

leger som fremdeles ikke innser eller avfinner seg med at denne stand ikke lenger har monopol på helsearbeid..”

Han fortsetter med å tale halvt teoretisk om samarbeid, og nevner at samarbeid både kan være forhandlings- og integrasjonspreget. I det første tilfelle er samarbeidet ofte ”relativt formelt og upersonlig”, og er gjerne preget av ”maktinteresser, prestisje og ensidig særprofesjonell opprustning”. Han omtaler slik samarbeid som ”fremmedgjort”. Det er åpenbart ikke hans foretrukne samarbeidsform. Det integrerende samarbeid omtaler han på en mer omfavnende måte, tør vi si:

Samarbeidsformen er uformell, preget av åpenhet og personlig innlevelsessevne... Maktbalansen er mindre interessant, personlig prestisjebetonede vanskeligheter tas opp og bearbejdes, mistenksomhet motarbejdes og deltakerne føler seg trygge mer fordi de føler tilknytning til gruppen og støttes av de andre, enn fordi de har sørget for sin egen profesjonelle opprustning.⁶¹⁶

Dette foredraget, hvor han bekreftet sin oppslutning om den ”sosialradikale” integrasjonstenkningen som stadig preget almenhelsevesenspolitikken, holdt han tre kvart år etterat Evang var kommet med sine to avisartikler. Men så ble Mork tausere en tid. Han brøt ”tausheten” gjennom et ”halvoffentlig” foredrag i november 1977. Han talte på en konferanse i Tromsø, arrangert av Norske Kommuners Sentralforbund. Konferansens tema var ”primærhelsetjenesten”. Han hadde satt som overskrift på sitt foredrag ”Problemer omkring primærhelsetjenesten”.

Mork åpnet sitt foredrag med å konstatere at ”Helsetjenesten utenfor institusjon befinner seg i en akutt krisesituasjon”. Han illustrerte det med å peke på at 38 av 141 distriktslegestillinger i nord stod ledige. Han fortsatte med å si at han ville ”trekke frem endel mer generelle problemer i forbindelse med helsetjenesten utenfor institusjon, kanskje på en litt ukonvensjonell og provoserende måte”.

Han ”forberedte” tilhørerne. Nå ville de ikke få høre den lojale embedsmann som redegjorde for politikken, og gjorde det på en tilsluttende måte – som de gjennom hans fem første år var blitt vant til.

Han starter sin egentlige redegjørelse med å peke på at krisen ikke er ”kommet uventet på de sentrale helsemyndigheter”. Allerede da ”nr. 85” ble fremlagt var Departementet klar over at krisen nærmet seg. Den hadde rykket enda nærmere da Stortinget i 1973 behandlet ”nr. 85” og tilleggsmeldingen, ”nr. 45”. ”Man må jo da spørre seg hvorfor det har skjedd så lite senere”, sier landets helsedirektør på en nesten distanserende måte. Men mer enn sommel er roten til problemene. Det er vel så viktig, fremholder han, at myndighetene startet i den gale enden, nemlig med spesialisthelsevesenet: Etter vedtagelsen av sykehusloven skjedde sykehusutbyggingen raskt. Den

616) Forelesningen har overskriften ”Tanker omkring samarbeid i helsetjenesten” og finnes som nr. 7-1976 i Mork-samlingen i Helsetilsynet. Sitatene er fra s. 8, 13 og 14-15.

tok storparten av bevilgningsveksten og stakk dermed også av med de leger almenhelsevesenet trengte. ”Det vi har gjort”, konstaterer han, ”er å bygge 2. etasje og taket på en bygning, mens grunnmuren holder på å rase sammen”.⁶¹⁷

Vi kan konstatere at Helsedirektøren karakteriserer den politikk han forsvart selv har vært med på å utvikle, som strategisk uheldig. Han kan imidlertid i noen grad ha følt at denne strategiske svikten skyldes det som skjedde under Evang: Planleggingen av den nye almenhelsepolitikken trakk svært meget ut; det vil si, den trakk enda mer ut enn planleggingen av spesialisthelsevesenspolitikken. Men gamle synder forklarer ikke helt de nye. De forklarer ikke hvorfor ikke ”nr. 85” straks ble fulgt opp med en proposisjon. Grunnen til det er, skriver han, åpenbart inspirert av sin forgjenger, at man måtte vente på Sosialreformkomiteens innstilling og så på meldingen om den. Akkurat som Evang påpeker han at ”man”, altså Departementet, brukte meldingen om sosialvesenet til å omordne helsevesenet – på en måte som ”gikk langt ut over hva som var nødvendig for å sikre den faglige og administrativt ønskelige samordning”, og som skapte uro og ytterligere forsinkelser (s. 3).

Men Helsedirektørens misnøye skyldes ikke bare forsinkelsen, den skyldes også innholdet i politikken – en politikk han selv lenge og helhjertet hadde stått bak. Han vendte seg nå mot viktige sider ved integreringspolitikken og mot kommunaliseringen og politiseringen av meget av styringen av almenhelsevesenet. Spesielt vender han seg mot integreringspolitikken. Han nevner at ”man i begynnelsen av 1970-årene hadde en meget sterk tro på nødvendigheten av en såkalt integrering av helse-, trygde- og sosialsektoren” (s. 2). Det var en overtro. Behovet for integrering er idag langt større ”innenfor de forskjellige ledd i den tradisjonelle primærhelsetjeneste, og mellom helsetjenesten i og utenfor institusjon, enn mellom helsetjenesten på den ene side og andre etater og service-kontorer” (s. 9). Ydmykt fortsetter han: ”Jeg er klar over at dette kan lyde etterpåklokt. Jeg har selv for en del år tilbake vært en ivrig talsmann for en sterk grad av samordning... De erfaringer vi senere har høstet, har ført til at jeg har moderert mitt syn. Jeg tror ikke at tiden er moden for integrering. Jeg tror erfaringen har vist oss at det faglig sett ikke er ønskelig og ikke er nødvendig” (s. 9). Oppgitt konstaterer han at det ”fremdeles er .. noen som styrer etter det opprinnelige kartet” (s. 10). Integrering, som Mork selv hadde gått så helhjertet inn for bare et drøyt år tidligere, fremstod altså nå for ham som et dobbelt onde: Den svekket klinikken og den bidro til å forsinke ”byggingen” av helsevesenets ”underetasje”.

De sosial-radikale stemninger som brøt frem mot slutten av sekstiårene, og som kom til å prege syttiårene, gav seg også utslag i krav om en større grad av politisering, altså folkeligjøring, av styringen. Størst folkeligjøring ville man få ved å desentralisere styringen mest mulig, altså ved å føre

617) Foredraget ble holdt i Tromsø i november 1977. Noen presis dato er ikke angitt på foredraget. Det er imidlertid renskrivet, men neppe endret særlig, senere, nemlig den 17. februar 1978. Sitatene i dette avsnittet er fra s. 1 og 2. Det finnes i Helsetilsynets Mork-samling som nr. 5-1977.

styringsmakt ned til fylkeskommuner og, særlig, kommuner, og der helst også ved å involvere befolkningen mest mulig i den løpende styring. Slik kunne demokratiseringen av styringen også møte de mer faglig funderte integreringstiltak, altså tiltak for å kollektivisere omsorgen.

Stemningene førte til nedsettelsen av Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, Komiteen ble nedsatt 29. oktober 1971, ”for å samordne og forberede reformer i lokalforvaltningen”. Den ble nedsatt av regjeringen Bratteli I, altså den regjering Mork var knyttet til som statssekretær. Målene for reformvirksomheten var ”å oppnå en desentralisering og demokratisering” av det politiske Norge, men også en effektivisering av forvaltningen. Da Mork holdt sitt skjellsettende foredrag hadde ikke Hovedkomiteen ennå levert sin utredning om helsepolitikken. Den kom først på nyåret i 1979.⁶¹⁸ Komiteen var imidlertid en ”desentraliseringsmaskin” og bidro selvsagt, endog før den hadde avlevert sin innstilling, til å forsterke både desentraliserings- og politiseringstrykket i almenhelsevesenet. Den var altså en trusel mot det statlig baserte fagstyret. At den ikke skulle bli en så stor trusel som Mork trodde da han holdt sitt foredrag, er en annen sak: Komiteens f ertall ville beholde det statlige distriktlegevesen og i hovedsak også Helserrådet.⁶¹⁹ Det siste var imidlertid allerede i stor fare, siden hans eget departement hadde fulgt Sosialreformkomiteen og anbefalt å nedlegge det venererte faglig-politiske råd. Snart skulle det også vise seg at det gamle legevesen var i ytterste fare: Hans eget departement var iferd med å nedsette et utvalg, ledet av statssekretær Per Nyhus, for å se på blant annet almenlegevesenets plassering. Det var for øvrig en utvalgsnedsettelse han selv ikke hadde stor innflytelse over.

Helsedirektøren var helsepolitisk iferd med å bli satt på sidelinjen, av ”sine egne”. Der skulle han forbli sittende. Den nybekjennende medikrat var iferd med å bli en opposisjonsmann.

Morks tiltagende oppdagelse av seg selv som medikrat fører etter hvert til at han utvikler en viss skepsis til de alternative regimer, spesielt det politisk-lege, men i noen grad også det nyttestatlige. Han vender seg mindre mot jusen. Han blir, og forblir, slik en mindre bevisst medikrat enn Evang, og tillike mindre på vakt overfor økonomer og jurister enn sin forgjenger. Men nå var det særlig politikken, og den lokale gren av den, som provoserte ham. Han talte derfor om ”myten om nærdemokratiets velsignelse og evne til å finne de beste løsninger” (s. 10). Politikken, ikke minst lokalpolitikken, er ofte for preget av interessementalitet til at de gode fellesskapsløsninger finnes, mener han, og nevner som eksempel hvordan lokalpolitikere kan kreve at to distriktsleger i en kommune skal ha boliger og kontor i hver sin

618) NOU 1979: 10, *Helsepolitikken*. Komiteen var hele tiden ledet av Dagfin Juel (1909-1985), en embedsmann med bakgrunn fra flere departementer, og fra utenlandske oppdrag. Han var cand. oecon. fra 1932, og stod fra ungdommen av på den politiske venstreside. Han var statssekretær ved Statsministerens kontor fra 1956 til 1965 (med unntagelse av intermezzoet med Lyng-regjeringen i 1963). Juel ledet selv sekretariatet for Hovedkomiteen og ble en dynamisk leder av Komiteen. Komiteen leverte 12 utredninger, med en rekke underutredninger.

619) Tre av Komiteens medlemmer ville kommunalisere distriktshelsevesenet, nemlig Kristelig Folkeparti Bergrfid Fjose, SVs Per Eggum Mauseth (informasjonssjef) og Senterpartiets Sverre Krogh (fylkesvaraordfører).

del av kommunen, med det resultat at kommunen ikke får noen lege. Men han peker også på at fagfolk, med sine profesjonsinteresser, bidrar til å interesseinfiltrere politikken. Hva angår økonomene og nyttestatsfolkene er han enda mindre konkret, men eksponerer iallfall en del skepsis når han, inspirert av legendariske stortingspresident C. J. Hambros utfall mot de nye cand. oecon.er, sukker over ”at planleggere og økonomer slippes løs på en vergeløs helsetjeneste og på vergeløse lokalpolitikere” (s. 13).

Vi har sett at Torbjørn Mork ”lef et” med sosialradikalismen som ung politiker. Som nyutnevnt helsedirektør sa han til Arbeiderbladet at han ville bygge ut primærhelsevesenet og samordne det bedre med sykehusvesenet ”oppover” og med sosialvesenet ”til siden”. I tillegg ville han forskyve innsatsen over mot å forebygge at skader og sykdom oppstod.⁶²⁰ Han ville altså, kunne man si, forskyve (relative) ressurser fra sekundær- og tertiærklinikken til primærklinikken og preklinikken – altså ”nedover” og ”utover”. Vi har sett at han, ikke så unaturlig, ville sende ”makten” den samme vei, altså i retning av ”vanlige” leger, sosionomer og andre ”paramedisinere” og legfolk. Men som vi også har sett, trodde han han i så henseende stod på Evangs linje. Evangs utvidede helsebegrep og tanker om ”teamwork” pekte jo i denne retning. ”Nr. 85” gjorde det samme, og den var blitt til under Evangs overoppsyn. Evang oppdaget litt sent, det vil si, for sent, hvilke skumle implikasjoner hans tanker hadde. Mork oppdaget det enda senere. Kanskje var det også vanskeligere for ham å ta innover seg hva som skjedde. Han hadde i 1971-72 gått lenger enn Evang i medikratikritisk retning.

Men da Mork oppdaget hva hans gamle politikk førte til, snudde han, og snudde nokså bestemt. Han sier ikke så meget om hvorfor han snudde. Han henviser først og fremst til erfaringer, særlig med integrasjonen: Den virket ikke som han hadde tenkt. Det kan være at møtene med mange distriktsleger hadde påvirket ham. De kunne berette om hvordan integrasjonen i noen grad førte til møter, avtaler og rapporter, altså til en slags kollektivisering og byråkratisering av omsorgsytelsen. De kunne illustrere hvordan integrasjonen truet de nære, personlige og fortrolige relasjoner mellom leger og pasienter. De kunne appellere til den følsomme, dydsetiske jærbu i ham. De kunne få frem mer av den egentlige lege i ham. Kanskje så han nå også hvordan den sårbare kliniske relasjon krevde en styring og ledelse som var preget av intim forståelse for denne sårbarhet, altså en styring som hadde et nedenfra-og-opp-preg” over seg?

Man kan selvsagt også snu resonnementet og peke på at han må ha blitt alarmert av de styringsimplikasjoner han så at hans gamle tanker hadde: De var iferd med å ta fra ham det siste, og viktigste, ledd i hans styringsapparat. Ja, kanskje så han at han holdt på å miste mye av ”taket” på hele klinikken: Sekundærklinikken var allerede lagt under fylkeskommunen og nå kunne primærklinikken og preklinikken snart følge etter. Han så også hvordan bedriftspreklinikken nå var iferd med å gå helt tapt for helsevesenet. Hadde han ant den deling av hans direktorat som skulle komme i 1983, ville han

620) Kfr. Arbeiderbladet 1.7.1972, s. 12.

blitt enda mer bekymret. Han ville ikke engang sitte på det viktigste helsepolitiske styringsorgan. Men tenkte han nedenfra-og-opp, som vi tror han i stor grad gjorde, kan man si at hans styringsbekymringer like meget hadde en idealistisk og altruistisk som en maktpolitisk side. Helsedirektøren burde være en indirekte (pre)kliniker. Han burde ha en heisstatus, ja egentlig se noen pasienter innimellom.

Mork så, etterhvert, hva som var iferd med å skje. Hadde han vært mer maktpragmatisk, endog maktopportunistisk, hadde han tilpasset seg de rådende stemninger. Han var, som høy embedsmann, en del av Makten i Norge. Skulle han forbli det, ”burde” han jo ha tilpasset seg. Det lå ikke for ham. Han var, og forble, tro mot sine overbevisninger. Han var en ”lutheraner”; han kunne ikke annet. Han hadde endret oppfatning, men ikke fordi det ”lønnet” seg, eller var mest bekvemt. Han hadde endret oppfatning av grunner som for ham var gode. De var, iallfall i stor grad, ”kliniske” og ”prekliniske”.

Hans tale høsten 1977 var også en advarsel. Den var en advarsel som falt for døve ører. Som vi har nevnt foreslo det nye utvalget som skulle se på helsevesenet utenfor institusjon, og det lokale sosialvesenet, å kommunalisere hele primærklinikken, også legevesenet.⁶²¹ Ideen om integrering nærmest krevde jo, var den vanlige oppfatning, at de integrerende etater hadde den samme institusjonelle forankring.

Nyhus-utvalget ble nedsatt våren (21.4.) 1978 og leverte sin innstilling den 28. mai 1979. Innstillingen var delt hva angikk klinikkommunaliseringen. Tre av utvalgets 11 medlemmer, medisinalråd Egil Willumsen, avdelingssjef Bergljot Gudim og underdirektør Olav Heltne, ville la legeetaten få forbli statlig. Willumsen var, foruten formannen, den eneste lege i utvalget. Siden utvalget fikk to arbeidsgrupper, hvorav én for helsevesenet, ble imidlertid langt flere leger trukket med i utvalgsarbeidet. Willumsen ble leder for helsegruppen, og fikk med seg blant annet innflytelsesrike forvaltningsleger som tidligere medisinalråd Jon Bjørnsson, fylkeslege Edvard Fjærtøft (1929-1992), overlege Øivin Aarflot og assisterende overlege Anne Alvik. I tillegg kom Direktoratets toppjurist, Knut Munch-Søegaard. Det hører med til bildet at denne gruppens noe påfallende sammensetning, og for så vidt det at utvalget fikk en slik arbeidsgruppe, hang sammen med at den var en ”overtagelse” av en gruppe Mork noe tidligere hadde nedsatt for å forberede arbeidet med en ny lov for almenhelsevesenet. Willumsen fikk de fleste i arbeidsgruppen med seg i sitt forsøk på å ”redde” det statlige distriktshelsevesen, men ikke alle. Både Øivin Aarflot og Anne Alvik, samt den siste lege i gruppen, distriktslege Jo Telje (f. 1940), ville kommunalisere legevesenet. Men Willumsen og flertallet i hans arbeidsgruppe fikk altså det store flertall av hovedutvalget mot seg.

Hovedutvalget var også satt sammen for å levere en ”riktig” konklusjon. Det var ledet av en ”politisk” lege, men omfattet også

621) NOU 1979: 28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*.

innf ytelsesrike, medikratiske folk som stortingsrepresentant Gunn Vigdis Olsen-Hagen (Ap), ekspedisjonssjef Tormod Hermansen (i mars erstattet av byråsjef Petter J. Drefvelin) og Nils Holm, byråsjef i Finansdepartementets mektige finansavdeling. Hovedutvalgets sekretærer var også ”lojale”, ja, ivrige, reformatorer fra Sosialdepartementet – økonomen Bjørn Halvorsen (f. 1947) og statsviteren Jon-Olav Aspås, samt stadslege i Tromsø, Hans J. Ånstad.⁶²² Også Ånstad var ”pålitelig”, som Nyhus så det. Han hadde gjennom sine sentererfaringer i Tromsø blitt en tilhenger av de nye integreringstankene.⁶²³ Han hadde tidligere arbeidet i Helsedirektoratet og tiltrådte i 1979 embedet som overlege i Legekantoret. Han ble først rekruttert som sekretær for Morks og Willumsens arbeidsgruppe mens han fortsatt satt som stadslege i Tromsø.

Nyhus-utvalget var preget av de sosial-radikale ideer om integrering, men disse ideer spilte ikke den samme rolle for dette utvalget som de hadde gjort for Sosialreformkomiteen. Utvalget, myndig og bestemt ledet av statssekretær Per Nyhus, tonet ned betydningen av den faglige integrering, til dels også den etatlige. Det gikk imidlertid inn for politisk og overordnet integrering. Forslaget om kommunalisering av hele almenhelsevesenet er et uttrykk for det. Den form for overordnet integrering utvalget gikk inn for hadde innslag av det sosial-radikale ved seg: De ville slippe de lege folkevalgte til. De ville imidlertid trekke dem unna den løpende ledelse og fagutøvelsen: Der skulle være en hierarkisk oppgavespesialisering, altså en styringsmessig modernisering. Samtidig ville de i noen grad profesjonalisere den overordnede og integrerende styringen. De ville gjøre den mer keynesiansk planbasert og nyttestatlig, i tråd med de tanker som var lansert gjennom den allerede ”klassiske” St.meld. nr. 9 (1974-75). Det almene helsevesen skulle utvikles og drives innen rammen av sektorielle planer, som fortsatt i den midlertidige plan- og forsøkslov (1976). For å få det til, mente utvalgsf ertallet, måtte ikke bare legeetatens kommunaliseres, men helst også gjøres til en funksjonæretat (en etat av fastlønnede ansatte). Flertallet fant det imidlertid politisk umulig å gå så langt, så det anbefalte at det private almenlegevesen ble beholdt, men slik at det i noen grad ble bragt inn under planstyret. Det foreslo at legene fortsatt skulle få trygdefusjoner, men at kommunene skulle refundere trygden disse utgifter basert på den nasjonale gjennomsnittsutbetalingen pr. legeårsverk.⁶²⁴ Også pasientbetalingen skulle, etter forslaget, beholdes. Plantenkningen impliserte nok at utvalget skulle gått lenger i retning av å styre, og ”disiplinere” legene.

622) Aspås og Halvorsen arbeidet særlig med finansieringsordningen, mens Ånstad særlig arbeidet med det helsefaglige og organisatoriske knyttet til det. Der var en fjerde sekretær i utvalget, juristen Bjørn Formo (f. 1949), men han arbeidet bare med sosialvesenet.

623) Integreringstenkningen var fort ekstra langt ved to helse- og sosialsentre i Tromsø: Sentrene ble ledet kollektivt, av almannamøter, og et arbeidsutvalg med to medlemmer, valgt for et halvt år ad gangen av almannamøtet. Denne ordningen er det ytterste uttrykk for hva integrasjonsprinsippet impliserer – det kollektivt styrt legmannsstyre, eller det direkte demokrati. Den er slik sett også en trussel mot enhver form for fagstyre. Fagstyre innebærer at en bestemt type innsikt, faginnsett, skal settes over annen innsikt, leginnsett. Ordningen i Tromsø er kort omtalt i Departementets remissnotat av 24.1.1979, s. 97-98.

624) Der var en del uformell kontakt mellom utvalget, særlig gjennom Hans Ånstad, og Lægeföreningen, ved den nye generalsekretær, Harry Martin Svabø (f. 1937), og forhandlingssjefen, Sverre Strand. Lægeföreningens sentrale folk mente at kommunaliseringen av legevesenet knapt var til å unngå, og var derfor opptatt av å redde så meget av legeautonomien, faglig og økonomisk, som mulig. Den finansieringsordning Nyhus-utvalget foreslo reddet kanskje nok for legene, nok til at de ikke laget spesielt mye ”bråk” da utvalginnstillingen kom. Kfr. Maren Skaset, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (doktoravhandling nr. 424), 2006, s. 247-251.

Vi skal legge til at utvalget så det som umulig å gi kommunene hele det økonomiske ansvar og foreslo derfor statlige, objektivt baserte, rammetilskudd til driften. Ved at kommunene fikk rammetilskudd kunne de planlegge og lede som om de også hadde det samlede økonomiske ansvar.

Nyhus-utvalget, som Hovedkomiteen, foreslo at den nye loven for almenhelsevesenet skulle bli en ”lov om distriktshelsetjenesten”. Det navnet som lenge hadde vært brukt om det legeledede vesen, ville den altså beholde. Forslaget innebar for så vidt også at der skulle komme adskilte lover for helsevesenet og sosialvesenet.

I Departementet ble arbeidet med en lovproposisjon for almenhelsevesenet startet ennå mens Hovedkomiteen og Nyhus-utvalget arbeidet med sine utredninger. Ja, Departementet hadde ferdig et utkast til ny lov før de to komiteene kom med sine utredninger. Departementets utkast var ferdig 24. januar 1979, like før Hovedkomiteen kom med sin innstilling og ca. fire måneder før Nyhus-utvalget leverte sin innstilling. Men de to komiteene og Departementet arbeidet nokså parallelt og til dels i samarbeid. Hans Ånstad, som var deltidssekretær for Nyhus-utvalget, var hovedforfatter av Departementets lovutkast, gjerne bare omtalt som ”kladden”, men også av den rapport helsegruppen i Nyhus-utvalget laget. Ja, ”kladden” og rapporten var til dels de samme dokumenter.

Men selv om utvalget og Departementet arbeidet parallelt, og til dels gjennom samme person, ble produktene litt forskjellige. I Departementets januarnotat ble, i prinsippet, Nyhus-utvalgets f ertallssynspunkter lagt til grunn. Allikevel ble departementsnotatet mindre radikalt enn Nyhusutvalgets f ertallsinnstilling hva angikk legevesenets plassering. Departementsnotatet, som helsegruppens, var mer nedenfra-og-opp-resonnerende, og mindre alment planbasert og ovenfra-og-ned-resonnerende, som Nyhus-innstillingen var. Mens Nyhus-innstillingen tok utgangspunkt i den gamle ordens fragmenterte preg og oppgaveoverlapping, la departementsnotatet mer vekt på hvordan det gamle distriktshelsevesen var blitt tilpasset behov (nedenfra) gjennom lang tid. Distriktslegene ble omtalt på en nesten heroiserende måte. Notatforfatterne idylliserte dog ikke situasjonen i almenlegevesenet. De understreket hvordan distriktslegevesenet, særlig nordpå og nordvestpå, var kommet på defensiven, men at det i stor grad var det fordi det ressursmessig var blitt hengende etter institusjonshelsevesenet. Den midlertidige lege-reguleringslov, som trådte i kraft 1. januar 1980, var et defensivt tiltak for å begrense krisen i almenhelsevesenet. Hva ”plasseringsspørsmålet” angikk, konkluderte notatforfatteren med å si at ”Departementet ikke har tatt endelig standpunkt til dette spørsmål”.

Notatet var i stor grad skrevet under Helsedirektørens ledelse. Da Nyhus-utvalgets innstilling skulle sendes ut til uttalelse, bad Helsedirektøren om at også ”notatet” ble sendt ut. Det skjedde.

Da proposisjonen skulle skrives ble Hans Ånstad igjen kallet på, men nå av Departementets politiske og administrative ledelse. Ånstad hadde stått under

krysspres da han samtidig hadde måttet arbeide med den nye loven både for Helsedirektoratet og for Nyhus og hans utvalg. Nå skulle han bare arbeide for Departementet, men var stadig ansatt som overlege i Direktoratets legekontor. Han ble dog permittert fra den stillingen da han skrev lovproposisjonen. Han ble knyttet til Planavdelingen og arbeidet slik under dens bestemte og viljesterke sjef, Jan Madsen. Han arbeidet, igjen, sammen med Jon-Olav Aspås. De to ble ellers bistått i et viktig henseende av en eldre herre, den pensjonerte høyesterettsdommer Trygve Leivestad (1907-1994). Han var en mann Departementet nå stadig konsulterte. Leivestad hadde fattet stor interesse for helserett, og ble den som i all hovedsak formulerte det nye lovforslaget.

”Bestillingen” til de ”gamle” utrederne var tydelig, og den gikk Mork imot. Det var ikke lenger slik at Departementet ikke hadde tatt stilling til ”plasseringsspørsmålet” og i prinsippet også Helserrådets skjebne. Det hadde tatt stilling, men i første rekke gjennom Madsen, men også hans fagkollega og innf ytelsesrike planlegger i Direktoratet, Jan Grund. Madsen, og Grund, ”fornemmet” hva regjeringspartiet ønsket og sørget for at ønsket ble omsatt til praksis. Statsråden, Arne Nilsen, spilte en mer distansert rolle. Helse-direktøren var satt helt på sidelinjen.

Ånstad ikke bare godtok den nye bestillingen, ”Madsens bestilling”. Han var enig i den. Slik gav det god mening for ham å være institusjonsreformator. Samtidig følte han at han, som embedsmann, opptrådte illojalt.⁶²⁵ Av Jan Madsen og andre administrative ledere i Departementet fikk han imidlertid, til trøst, høre at han nå var ansatt i Departementet og at han, i en utpreget departementssak (en politisk sak), i første og siste instans arbeidet på oppdrag fra Statsråden. Forholdet til Mork gikk imidlertid i stykker med dette, og ved delingen senhøstes 1983 gikk Ånstad til departementsavdelingen, som spesiallege.

Proposisjonen til de nye lovene, en helselov, en planleggingslov og endringer i sosialtjenesteloven, ble skrevet i løpet av halvannet år og lagt frem den 6. mars 1981.⁶²⁶ Den var omfattende, på nesten 250 sider med vedlegg. Den var også mindre prøvende, altså mer offensiv, enn de gamle utredninger. Den var preget av to styringsfilosofier, den lokaldemokratiske (den politiske), og den planhierarkiske (nytteorienterte). Man kunne kanskje samlet si at den var preget av det nyttekommunale. Det kombinert lokaldemokratiske og planstyrende viser seg i at Departementet, gjennom proposisjonen, ville samle mest mulig av makten i kommunene. Dermed måtte det statlige distriktslegevesen bort og det private legevesen måtte i det minste bringes inn under planstyre; helst burde også det bort. De halvoffentlige statslegene burde også helst bli heloffentlige, kommunale arbeidstagere. Det kombinert statlige og kommunale, og faglige og politiske, helseråd måtte bort. Bruddet med fortiden ble nå også gjort språklig tydelig: Der ble utarbeidet forslag til en lov for en *kommune*helsetjeneste.

625) Opplyst av Hans Ånstad i samtale 19.11.2008.

626) *Ot.prp. nr. 36* (1980-81) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Helt slik ble dog ikke proposisjonen lagt opp. Departementet måtte, av makt-politiske grunner, gi noen midlertidige konsesjoner. Uttalelsene, spesielt fra f ertallet av fylkeslegene (15 av 19) og distriktslegene (2/3),⁶²⁷ og fra Lægeforeningen, var såvidt reformkritiske at Departementet hverken foreslo noen umiddelbar sosialisering av privatlegevesenet eller en almen "sosialisering" av finansieringen av de f este offentlige legers kliniske virksomhet. Det måtte også, av juridisk-praktiske grunner, utsette integreringen av helserådsarbeidet i helt kommunale organer. I begge henseender, men særlig i det siste, var det åpenbart at konsesjonene var midlertidige. Vi skal her bare se på de første konsesjoner, de "private".

Departementets langsiktige preferanse var altså at almenlegene skulle bli fast ansatte kommunale arbeidstagere, ikke bare halvveis ansatte (være i kombinerte stillinger). Bare slik, mente Departementet, kunne legenes virksomhet styres ut fra samlede lokale behov, for eksempel slik at de brukte mer tid på forebyggende arbeid og på sosialmedisinske oppgaver; i det siste tilfelle særlig innen eldreomsorgen. De leger som ville fortsette å virke som selvstendig næringsdrivende, også på deltid (som sykehusleger), kunne gjøre det, men da måtte de inngå avtale med kommunene, avtaler som kunne inneholde bestemmelser om hvordan de skulle fordele sin arbeidsinnsats på ulike virksomheter og hvor meget de skulle gjøre (og dermed koste). Også nye leger kunne, var forslaget, inngå avtaler med kommunene om å drive privat praksis, dog ikke tidsavgrensede avtaler (bare inntil 10-årige). Lovforslaget innebar ikke at avtaleløs praksis ville bli forbudt. Den som vil drive slik praksis "må da få sin betaling av sine pasienter, som ikke vil få sine utlegg refundert av trygd eller kommune". "En antar", heter det videre, "at det neppe vil være mulig for mange å drive privat praksis på dette grunnlag".⁶²⁸

Som lovforslaget var utformet ville kommunene nærmest kunne gjøre privatlegene til ansatte. Avtaler skulle således avverteres og avtaleinngåelser fikk nærmest karakter av å være ansettelser. Avtalene skulle tildeles på faglig grunnlag, het det i lovforslaget.⁶²⁹ Departementet ønsket altså at kommunene skulle styre planhierarkisk, men kunne ikke pålegge dem å gjøre det, uten å bryte for meget med prinsippet om lokaldemokratisering.

Departementet fulgte Nyhus-utvalget når det gjaldt statens ansvar for finansieringen av almenhelsevesenet: Staten skulle bidra med et rammetilskudd til driften. Dette reiste noen tekniske problemer. Siden kommunene

627) Tre fylkesleger gikk inn for kommunal ansettelse, mens én var "nøytral" til ansettelsesspørsmålet. Stadsfysikus i Oslo, altså Fredrik Mellbye, gikk, påfallende nok, inn for fylkeskommunal ansettelse av distriktslegene. 105 av distriktslegene sendte remissuttalelse; 2/3 av disse foretrakk statsansettelse. Kfr. *Ot.prp. nr. 36, op. cit.*, s. 71-72.

628) Departementet peker på denne implikasjonen av den foreslåtte § 4-1, langt ute i *Ot.prp. nr. 36* (1980-81), på s. 163. Den gies ikke mye oppmerksomhet. Den ble underkommunisert. Den skulle imidlertid få stor oppmerksomhet da proposisjonen ble lagt frem. Departementet kunne ikke la bestemmelsen få helt almen gyldighet; da ville den komme i strid med legelovsbestemmelser om legers behandlingsplikt i visse situasjoner. Det het derfor at når en lege eller jordmor yter øyeblikkelig hjelp, som de var forpliktet til, "vil utgiftene på vanlig måte bli dekket av folketrygden eller av kommunen på stedet..." (s. 164). Dog åpnet ikke lovforslaget for at private leger kunne basere (hele) sin virksomhet på (regulær) øyeblikkelig hjelpvirksomhet.

629) Kfr. § 4-3. De gamle almenleger ville imidlertid, etter forslaget, automatisk få fast avtale med kommunene.

skulle ha nesten det samlede finansielle ansvar for almenhelsevesenet – unntagelsen gjelder pasientenes egenbetaling – oppstod der noen teknisk-politiske utfordringer. De gjaldt både oppgjørsformen for legenes arbeid og beregningen av rammetilskuddene. Her skal vi bare nevne at Departementet foreslo at legene, iallfall inntil videre, skulle fortsette å sende sine tariff-baserte regninger for sin kliniske virksomhet til trygdekontorene og at kommunene så skulle refundere trygden dens faktiske utgifter. Forslaget i proposisjonen var, som det heter, mer i tråd med prinsippet om ramme-finansiering enn Nyhus-utvalgets. Den ville gi kommunen et mer direkte finansielt ”tak” på de enkelte leger enn Nyhus-utvalgets mer ”upersonlige” refusjonsforslag. Vi skal legge til at gjennom redegjørelsene for de ”tekniske” utfordringer privatpraksis representerer, fikk Departementet godt frem hvor mye greiere det er med funksjonærleger. At praksis siden skulle vise at det ikke bare var enkelt å ha funksjonærleger heller, er en annen sak.

Torbjørn Morks rolle i arbeidet med proposisjonen ble altså først og fremst den kritiske observatørs og remisstans’. Som vi har sett var det etter hvert også den rolle han kom til å spille i organisasjonssaken. Det ”passer”. Det var først og fremst de to reformer som gjorde slutt på det gamle helseforvaltningsmedikrati, men som også markerte begynnelsen på den bredere avmedikratisering av hele (pre)klinikken. Gjennom organisasjonsreformen mistet forvaltningsmedikratiet meget av sitt ”hode”. Gjennom almenhelse-reformen mistet forvaltningsmedikratiet meget av sin ”kropp”.

Reformprosessene førte imidlertid også til at Helsedirektøren ”vokste frem” som mer og mer av en medikrat, en veltalende og pågående representant for ”fortiden”. Han ble dog ingen ”hovedstrømsmedikrat”. Han beholdt meget av sin sosialisme og sin oppfatning av ”de svake grupper”, og forble derfor kritisk til de tradisjonelle legers kulturelle og økonomiske ”overdanighet” og til den private klinikk. Denne ”sosialismen” hos ham, gjorde at han ikke ble helt godtatt av sine egne og av Lægeforeningen, selv om de nå oftere skulle støtte ham. Hans utvikling gjorde altså at han ble stadig mer isolert. Med sin tiltagende medikratisisme distanserte han seg fra meget av den brede forvaltningsmakt, men også fra partimakten. De borgerlige politikere, spesielt i Kristelig Folkeparti, hadde lenge vært skeptiske til det evangsk-morkske legestyre. Arbeiderpartiet ble det senere og mer gradvis, men fra rundt 1980 var det blitt nokså tydelig. Antagelig bidro holdningene i forvaltningen til det. Mange av de mest toneangivende forvaltningsledere var arbeiderparti-folk. Et godt eksempel på det er Tormod Hermansen, som var en meget aktiv bidragsyter både til organisasjonsreformen og almenhelsereformen. Kanskje kan også maktskiftet i Arbeiderpartiet våren 1981 ha spilt en rolle. Gro Harlem Brundtland mente fortsatt, og fortsatte å mene, at utnevnelsen av Mork til helsedirektør var saklig ”gal”. Hun var nok påvirket av at Morks konkurrent var hennes far, men som faren, var hun heller ingen utpreget medikrat.⁶³⁰ Hun skulle siden ikke gjøre noe for å reversere de avmedikratiserende reformer. Snarere kom hun, og hennes regjeringer, til å fortsette

630) I flere stortingsdebatter om omorganiseringen av Helsedirektoratet ”minnet” Fremskrittspartiets (nye) leder Carl I. Hagen (Gro H. B.) flere ganger om at Mork var blitt innstilt som nr. 3 av Evang og blant annet plassert etter Gudmund Harlem.

avmedikratiseringspolitikken. Hennes forhold til Mork, og Morks forhold til henne, forble distansert.

I løpet av årene fra 1977 til 1983 fremstod altså Helsedirektøren som en utpreget helseopposisjonell. Den rollen skulle han beholde sin tid ut. Han ble imidlertid knapt noen leder av ”helseopposisjonen” i Norge. Der eksisterte ingen slik distinkt opposisjon, og han var for meget av en ”lutheraner”, og en *Einzelgänger*.

At forvaltningsmedikratiet nå mistet både hode og deler av kroppen gjorde også at Helsedirektoratet endret profil. Det tapte meget av sin rolle som planleggende og politikktutviklende organ. Også den iverksettende oppgaven begynte å bli truet. Tilbake stod særlig tilsynsoppgaven, en oppgave som tidligere hadde vært mindre sentral og som i stor grad hadde bestått i kontroll med ”de andre”, med ikke-legene. Reformene i begynnelsen av åttiårene la de viktigste premisene for Helsedirektoratets senere omdannelse til helse-tilsyn. Mork skulle etter hvert ane, men ikke stort mer enn det, at tilsyn kunne bli et utgangspunkt for en ny offensiv for ham og hans folk. Nå var det imidlertid nederlaget som preget ham. Den som formaliserte det, sosialminister Leif Arne Heløe sier i dag dette:

Hans problem var at han så på seg som den rettmessige arving etter Evang og følte vel at hvis han ikke klarte å opprettholde og bygge videre ut det medisinske imperium som var skapt, og som var kjent og ble sett opp til i utlandet, hadde han forspilt veldig mye av arven. Han ble derfor grenseløst skuffet da han ikke klarte å holde skansen.⁶³¹

Som vi skal se førte skuffelsen til at han forsøkte å ”hevne” seg etterpå. Ved å reagere slik, som vi også skal se, forble han værende på defensiven.

*

I slutten av august 1980 var et utkast til proposisjon klart og Statsråden bad i brev av 25. denne måneden Helsedirektoratet og andre interne instanser om kommentarer til utkastet. Helsedirektøren valgte, med henvisning til sin (gamle) instruks av 1927, å avgi en egen uttalelse. Uttalelsen er svært formell, og slik bare av denne grunn distanserende. Den er således konsekvent skrevet i tredje person. Han refererer til seg selv bare som ”Helsedirektøren” eller endog ”man”. Men distanseringen kommer selvsagt mest til uttrykk i innholdet: Han er gjennomgående kritisk. Her og der er han endog en smule ironisk.

Han begynner sin uttalelse, datert 8. september 1980, med å kommentere måten proposisjonens skribenter har gått frem på. Først bemerker han at utkastet er ”svært ordrikt” og har ”en rekke gjentakelser”. Så trekker han frem den skjeve presentasjonen av remissuttalelsene (bemerk hvordan alle instanser omtales som ”man”) (s. 1-2):

631) Uttalt av Leif Arne Heløe i samtale 18.12.2008.

Uten at man har gått igjennom alle høringsuttalelsene....., har man et inntrykk av....., at man i proposisjonsutkastet i langt større grad har sitert høringsuttalelser som støtter Nyhus-utvalgets flertalls tilrådinger, enn de som har gitt uttrykk for et avvikende syn eller sterke betingelser for det standpunkt man har tatt til hovedspørsmålene. Man merker seg også at viktige høringsinstanser..... som f.eks. Lægeforeningen og Sykepleierforbundet, ikke er sitert på en rekke områder der disse både har betydelig faglig innsikt og sterke interesser som arbeidstakerorganisasjoner. Man finner og grunn til å peke på at det høringsnotat med utkast til lov om distriktshelsetjeneste som ble utsendt fra departementet i meget liten grad er blitt omtalt, idet prosjektgruppen i det alt vesentlige har lagt Nyhus-utvalgets innstilling til grunn.

Mork fortsetter så med å se på sider ved diagnostikken i proposisjonen, og legger særlig vekt på at proposisjonsforfatterne ”ikke har maktet å se dette i et historisk perspektiv, og kan gi inntrykk av at den samfunnsutvikling vi har gjennomløpt og står midt oppe i, i all hovedsak er problemskapende” (s. 2-3). Han fortsetter med å peke på at det i proposisjonen nærmest sies at ”de nåværende ordninger stort sett bare har negative sider”, men at forslagene som nå fremmes ”vil kunne løse de fleste problemer”. Han legger til at han synes Departementet bør vurdere ”hvor hensiktsmessig det er for en regjering utsprunget av et parti som har sittet med regjeringsmakten praktisk talt sammenhengende i 40 år, å tegne et bilde av dagens helse- og sosialtjeneste som i all hovedsak fokuserer på de svake sider,..” (s. 3).

Hva ”terapien”, altså reformforslagene, angår begynner han med igjen å kritisere forslaget om nedleggelse av disktriaktslegevesenet. Han henviser i den sammenheng til en sak som hadde tatt mye av hans oppmerksomhet i slutten av syttiårene, og gitt ham mange bekymringer, den såkalte Reitgjerd-saken (om den uforsvarlige behandling av farlige sinnssyke). ”Jeg tolker Reitgjerd-kommisjonens rapport slik at det statlige tilsynsansvar kanskje går lenger enn hva man hittil har lagt til grunn” (s. 4). Hvis det gjør det, legger han til, vil det oppstå store tilsynsutfordringer innen det psykiske helsevern og innen omsorgen for de psykisk utviklingshemmede. Begge omsorger stod nå forøvrig overfor en desentralisering. Disse tilsynsutfordringer ville det være vanskelig for kommunalt ansatte å ta seg av (habilitetsproblemer); alternativet måtte bli en kostbar utbygging av fylkeslegekontorene.

Helsedirektøren kommenterer så forslagene til hvordan myndighetene kan sikre en større grad av likhet i tilgangen på helsehjelp, og er gjennomgående kritisk. Han nevner videre at Departementet i proposisjonen burde sagt tydeligere at det det siktet mot var en ”permanent kommunal reguleringslov når det gjelder etablering av privat praksis” (s. 7). Mork nevner at dette er et ”stort politisk stridsspørsmål som man verken kan skyve foran seg eller forsøke å pakke inn i til dels uklare formuleringer” (s. 7). Interessant nok sier ikke den gamle sosialist hva han egentlig mener om dette forslaget, altså om den underkommuniserte ”nesten-sosialisering” av almenlegevesenet. Han antesiperer imidlertid den voldsomme kritikk som på dette punkt skulle

bli rettet mot proposisjonen. Han hadde i så henseende en finere ”nese” for hvordan ikke minst legene ville ta imot proposisjonen enn det mange av dem som stod bak proposisjonen hadde.

Han peker enn videre på at reformen vil innebære at det må bygges opp en ikke ubetydelig kommunal helse- og sosialforvaltning. Helsedirektøren bemerker at han ”for sitt vedkommende ikke anser at mangelen på en egen administrasjon på kommuneplanet er blant hovedproblemene i distrikts-helsetjenesten”.

Han har en rekke kritiske kommentarer til finansieringsordningen, og peker blant annet på at Departementet ”sterkt” har ”undervurdert de praktiske problemer” forbundet med alle avtalene som må inngås mellom kommuner og privatleger, særlig i og rundt de større byer, hvor leger i stor grad brukes over kommunegrensene (s. 10). Også på dette punkt antesiperte han den kritikk som skulle komme.

Mork har flere innvendinger, som vi ikke skal gå inn på her. Dog nevner vi at han avslutter med å påpeke at ”en rekke fylkesleger” har gjort ham oppmerksom på at med den usikre økonomi mange kommuner har, er det mange distriktsleger som ikke vil basere sin fremtid på almenlegevesenet (s. 12).

Det er noe påfallende konservativt over Morks reaksjoner. Han påpeker, som den irsk-britiske politiker og filosof Edmund Burke (1729-1797) hadde gjort etter den franske revolusjon, hvordan gamle institusjoner bærer i seg en fornuft lang tids prøving og feiling har skapt.⁶³² Han etterlyser de rastløse, og hodeløse, reformatorers søken etter denne fornuft. Han etterlyser også deres vilje til å forsøke å reformere for å bevare, altså å lete etter de små, og dermed reversible, forbedringer i det etablerte system. Han ser deres påpekning av oppstykke ansvarsforhold og ulike delfinansieringsformer som uttrykk for en administrativ ryddighetstenkning, og nærmest planmani, som mer synes å være teoretisk enn praktisk begrunnet. Således påpeker han flere ganger hvordan det for reformatorene synes å være mer om å gjøre å få plantenkningen til å gå opp enn å finne faglig, altså medisinsk, gode løsninger. Han hadde selv vært en radikaler, som trodde han gjennomskuet institusjonene og de ordninger de inngikk i. Han var det ikke lenger. Han ble urolig når han så hvor mange svakheter han, bare på teoretisk grunnlag, fant i den plan som nå var iferd med å bli lagt frem. For ham var lovmakerne for blendet av logikken i de planideer de tok utgangspunkt i, til at de kunne se en del av de problemer lovforslaget var beheftet med, og dermed også en del av den kritikk forslaget skulle bli møtt med. Dog så han heller ikke selv at meget av det han nå mislikte med den plantenkningen, og lokalpolitiseringen som lå under lovforslaget, hadde sitt utspring i ”nr. 9”, en melding han stolt hadde vært medansvarlig for, men som altså nå var fem-seks år gammel.

Proposisjonen ble lagt frem av den første regjering Brundtland. Gro Harlem Brundtland hadde overtatt som statsminister etter Odvar Nordli den 4.

632) Edmund Burke, *Reflections on the Revolution in France*, 1790.

februar 1981. Da var proposisjonen på det nærmeste ferdig. Stemningen hadde vært laber i Arbeiderpartiet etter flere års personstrid. På toppen satt en syk og utslitt statsminister, Nordli, og en stadig ”indisponert” formann, Steen. De så skjevt til hverandre. Både parti og regjering var på defensiven. Med Gro Harlem Brundtlands overraskende innsettelse som statsminister kom det nytt liv inn i både parti og regjering.⁶³³ Meningsmålingene ble bedre og partiet øynet muligheten for valgseier.

Snart satte imidlertid hverdagen inn for den nye statsminister og hennes regjering, og ettersom valgkampen foran høstens valgkamp kom igang viste det seg snart at den unge og energiske nye statsminister hadde problemer med å håndtere en ”ertelysten” og dreven dialektiker som Høyres statsministerkandidat, Kåre Willoch. I en rekke fjernsynsmøter lyktes han i å bringe henne ut av fatning, blant annet ved å spille på en rekke saker av økonomisk-politisk og utenrikspolitisk sak som i lengre tid hadde skapt splid innad i Arbeiderpartiet. Men det var ikke bare dialektisk dugelighet som ble avgjørende for den politiske stemningsutvikling. Vel så viktig var det skifte i ideologisk tone som begynte å utvikle seg i slutten av 1970-årene. Oljekrisene og de påfølgende økonomiske vanskeligheter gjorde at troen på statens evne til å styre, og på statlig planstyre og offentlig ”formynderi” overhodet, begynte å svekkes både blant styringsfagfolk, særlig økonomer, og politikere. Gro Harlem Brundtland fornemmet de nye ideologiske stemninger og begynte å tale om modernisering av staten og styringen. Det skulle imidlertid ennå ta noen år før hun satte igang ”frihetsdebatten” i Arbeiderpartiet. Det skjedde etter 1985, men for alvor fra 1987. Hennes parti kom rent på defensiven i ”frihetssakene”, og forble der altfor lenge, mente hun. Hun så hvordan Høyre etter 1979 gikk frem ved å gå til kamp mot ”Forbuds-Norge”. Hun så hvordan partiet fortsatte å ha suksess etter at det hadde overtatt regjeringen, blant annet med sin kampanje for ”et åpnere Norge” (Astrid Gjertsen), med sine initiativ for å liberalisere boligomsetningen og med sin forsiktige oppmykning av Kringkastingens radiomonopol (Lars Roar Langslet). Det ergret henne: ”Sosialdemokratiet og fagbevegelsen var nok for konservative og tradisjonelle, og greide ikke å reformere sin tenkning i tide”, skriver hun i sine erindringer.⁶³⁴

Da proposisjonen ble lagt frem i mars 1981 skapte den kraftige reaksjoner blant endel av de sterkest berørte parter, særlig legene. I spissen for kritikken stod Lægeforeningen og dens president, Harald E. Hauge, mannen som vel to år senere skulle bli sjef for den nye helseavdelingen i Departementet. Spesielt gjaldt kritikken forslagene til finansieringsmåte for det private almenlegevesen, altså nesten-sosialiseringen. Foreningen klarte å skape stor

633) Avisoppslag i arbeiderpartiavisene vinteren 1981 bidro til å fremskynde Nordlis avgang, og til å gjøre den ydmykende. Utpekningen av den nye statsminister skulle skje på et partiledermøte hjemme hos Trygve Bratteli den

1. februar. Der var satt i gang en aksjon i partiet for at nestformannen, Gro Harlem Brundtland, skulle velges, men de etablerte mannlige ledere i partiet ønsket slett ikke henne og trodde de hadde funnet en kandidat i LOs Rolf Hansen. Av de seks partiledere som møttes hjemme hos Bratteli i Ullevålsveien den søndagen gikk fem inn for Hansen som ny statsminister, bare Brundtland hadde en annen preferanse. Men da Hansen, særlig til Nordlis overraskelse, sa nei og anbefalte Brundtland, ble det henne. Prosessen er utførlig omtalt i Steinar Hansson og Ingold Håkon Teigene, *Makt og mannefall. Historien om Gro Harlem Brundtland*, Oslo: Cappelen, 1992, s. 91-116. Kfr. også Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv, op. cit.*, s. 262-267.

634) Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv, op. cit.*, s. 379.

medieoppmerksomhet om sine synspunkter, og fikk støtte fra borgerlig politisk hold. Motstanderne av ”sosialiseringsforslagene” ble hjulpet av det ideologiske klimaskifte. Proposisjonen berørte ikke bare tilbudssidefriheten, altså næringsfriheten, den berørte også etterspørselssidefriheten, altså pasientenes (forbrukernes) valgfrihet. Proposisjonen bygget således på regionaliseringsprinsippet. Det innebar at pasientene ble bundet til *stedet* og stedets leger. Å velge lege fritt, spesielt på tvers av kommunegrenser, ville bli vanskeligere. Leger kunne dessuten peke på at når deres frihet til å praktisere ble begrenset gjennom avtaler, og eventuelt mangel på offentlig betaling, ville det mange steder bli tilbudt færre legetjenester. Legene, og borgerlige politikere, kunne slik fremstille lovforslaget som et forsinket bidrag til Arbeiderpartiets ”Forbuds-Norge”-politikk.

Regjeringen, og dens sosialminister, ble forskrekket over reaksjonene, og gikk straks med på å ”ikkebehandle” proposisjonen i vårsesjonen. Partiets planterkere skjønnte at på noen avgjørende punkter var deres forslag nå døde. Det gikk mot regjeringsskifte og dermed mot en liberalisering av lovforslaget.

Høyre-regjeringen og dens sosialminister, Leif Arne Heløe, satte straks i gang arbeidet med å revidere Brundtland-regjeringens forslag til ny lov for almenhelsevesenet. Den godtok imidlertid meget i den ”gamle” proposisjonen. Den proposisjonen innebar langt på vei at legevesenet, både det offentlige og det private, (og litt til) skulle sosialiseres, eller iallfall kommunaliseres. De offentlig utnevnte leger hadde i en del henseender langt på vei vært fagstyrt (medikratiske). Nå skulle de legges under en langt tydeligere legpolitisk og lokaladministrativ styring. De private leger, men også de ”offentlige”, for så vidt som de økonomisk arbeidet for trygden som klinikere, skulle nå gjøres til nesten-ansatte, altså nesten-sosialiseres. De hadde ikke vært økonomisk autonome før heller, men finansieringen av deres virksomhet fungerte forholdsvis automatisk og ikkestyrende. Den foreslåtte avtaleordningen ville bringe dem under en langt sterkere grad av direkte styring. Lovforslaget åpnet imidlertid for at det kunne vokse frem et helt autonomt, altså et helt privatmedikratiske, legevesen, selv om det i proposisjonen ble sagt, og måtte bli sagt, at det var usannsynlig.

Den nye regjeringen godtok kommunalsosialiseringen av de offentlige leger. Ja, Høyre hadde for lengst gjort det, som alle de andre partiene bortsett fra Fremskrittspartiet.⁶³⁵ Nå var utfordringen å finne en måte å modifisere sosialiseringen av privatlegevirksomheten på. Det var litt av en utfordring, for Regjeringen ville ikke fortsette med den gamle automatiske refusjonsordningen. Det var en forholdsvis sterk vekst i legebefolkningen og med en automatisk finansiering av legevirksomhet var det lett å se at utgiftsøkningen ville bli formidabel. Det var også åpenbart, mente ikke minst Sosial-

635) Partiet ble stiftet i 1973 som Anders Langes Parti til sterk nedsettelse av skatter, avgifter og offentlige inngrep. Det skiftet navn til Fremskrittspartiet i 1977. Partiet passet på denne tiden godt på hva som skjedde i helsepolitikken. Det skyldtes nok ikke minst at partiets sosialpolitiske talsmann var den skarpskodde jurist, og liberalistisk-ideologisk offensive, Fridtjof Frank Gundersen. Gundersen var imidlertid i denne perioden formelt valgt som uavhengig representant fra Akershus. Gundersen hadde mange og interessante dissenser og innlegg i de helsepolitiske forhandlinger på Stortinget i perioden 1981-1985. En følge av hans helsepolitiske engasjement i denne perioden er boken *Helse og politiske styringsmekanismer*, Oslo: Tanum, 1989.

ministeren, at de aller f este nye leger som gikk inn i praksisvirksomhet, ville komme til å gjøre det i de mest folkerike strøk, særlig i og rundt østlandsbyene.

Da arbeidet startet med å revidere proposisjonen så ikke Sosialministeren hvordan han skulle finne ordninger som sikret en viss utgiftskontroll, forebygget sterk sentralisering, men samtidig gav leger incentiver til å yte noe ekstra og pasienter mulighet til fritt å velge lege. Rundt seg hadde han rådgivere som hadde vært med på å utvikle den proposisjonen som nå skulle endres. De var alle, Hans Ånstad, Tor Borgenvik og i noen grad Jan Grund, planorienterte, og hadde vanskelig for å ”tenke” seg ut av den ordningen de hadde vært fødselshjelpere for. Løsningen, eller mellomløsningen, ble utviklet ikke minst gjennom samtaler mellom Statsministeren, Kåre Willoch og Sosialministeren. Borgenvik kom imidlertid også til å spille en løsningsorientert rolle. Statsministeren engasjerte seg sterkt i saken, og fulgte den nøye til den nye ordning ikke bare var vedtatt (høsten 1982), men også til den var endelig satt ut i livet (april 1984). Den løsning som kom ut av disse samtalene, særlig vinteren og våren 1982, var å dele honoreringen av leger og fysioterapeuter i tre deler, en fastlønnssdel, siden kalt driftstilskudd, en refusjonsdel (trygden) og en pasientdel (egenandel). Rammefinansieringen skulle, etter denne ordningen, beholdes, men begrenses: Refusjonsdelen skulle holdes utenfor. Det ville (kunne) gjøre det mulig for leger å praktisere privat uten å ha avtale med en kommune og for pasienter å gå til den lege de måtte ønske.

Denne mellomløsningen fortonte seg som attraktiv. Den gav, kunne det se ut til, en god balanse mellom styrings- og (omkostnings)kontrollhensyn⁶³⁶ på den ene side og frihets- og effektivitetshensyn på den annen. Men hvor god balansen ville bli, ville avhenge av vektfordelingen mellom de tre finansieringskomponenter. Fikk fastlønnskomponenten en stor vekt, ville styrings- og kontrollhensynene bli dominerende. Fikk de andre komponenter, men særlig trygdekomponenten, stor vekt, ville frihets- og effektivitetshensynene bli dominerende. Heløe trakk i den første retning. Han ønsket en fastlønnssandel på minst 50 prosent. Finansdepartementets embedsmenn ville gå enda lenger, til 100 prosent: De ville ha full kontroll med utgiftene og det gav bare fast lønn mulighet for. De, formodentlig særlig Nils Holm, fikk endog Finansministeren, Rolf Presthus (1936-1988), til å sette sitt navn under et notat som foreslo fast lønn for legene.⁶³⁷ Lægeforeningen trakk i motsatt retning og kunne tenke seg en andel på 20 prosent, men meningene var delte innad i foreningen. Blant privatlegene ville mange ha fastlønnstillegget helt bort, mens der i Offentlige Legers Landsforening var mange som ville ha bare fast lønn.⁶³⁸

636) Styringshensynene gjaldt som nevnt omkostningsutviklingen, men også, og for Heløe var det særlig viktig, den geografiske fordeling av legene, det forebyggende arbeids plass og den sosialmedisinske innsats (for de svake grupper) plass.

637) Dette skjedde nok før Presthus var helt klar over hvor følsom saken var. Notatet skapte umiddelbart litt uro i Sosialdepartementet, men da Finansministeren ble satt nærmere inn i saken, gikk han ikke videre med fastlønnstandpunktet.

638) Kfr. Maren Skaset, *op. cit.* 2006, s. 255.

Før noe standpunkt var tatt, og før tredelingen egentlig var tydelig lansert, ble saken tatt opp på et nokså uformelt møte på Høyres konferansested på Reistad i Lier den 2. og 3. januar 1982. Tilstede på møtet var, foruten Statsråden og Statssekretæren, representanter for Høyres ledelse og Høyres gruppe i Stortingets sosialkomité. Heløe redegjorde da for den forrige regjerings forslag og la frem sine og Regjeringens tanker om hvordan arbeiderpartiforslaget burde revideres. Han var ledsaget av to tjenestemenn som arbeidet med revisjonen, Hans Ånstad og Jon-Olav Aspås.⁶³⁹ Statsråden pekte først på hva det var Regjeringen kunne bruke av ”nr. 36”, og det var, sa han, det meste, ikke minst det at almenhelsevesenet skulle kommunaliseres. Han pekte videre på at man kunne tenke seg at de fleste leger ble fast ansatt, og at det ville gjøre det lettere å realisere det viktige høyreprinsippet om omkostningskontroll. Han knyttet ikke noen prestisje til standpunktet, men ønsket prinsipielle avklaringer. Etter at han hadde orientert og antydnet løsningen med en stor andel heltidsansatte leger, var det en stund helt stille. Så brøt Jo Benkow, stortingsgruppens fremste sosialpolitiker, stillheten og sa: ”Det her Ibo, det klarer du aldri!”⁶⁴⁰

Benkow tenkte på legene. De ville blokkere en løsning med en stor andel ”funksjonærleger”. Det hadde Benkow rett i og det skulle Heløe snart få merke. Han fikk både presidenten (1983-1988), Bengt-Lasse Lund (f. 1945) og Foreningens forhandlingssjef, Sverre Strand (f. 1939) på døren privat. Etter dette ble ordningen med den tredelte finansieringen utviklet og konkretisert, med Statsministeren som den fremste aktør. Regjeringen endte med å foreslå at fastlønnandelen skulle være på ca. 40 prosent (og inngå i rammetildelingen), trygdeandelen på ca. 25 prosent og pasientandelen, som før, på ca. 35 prosent.⁶⁴¹ Dog gjorde den tredelte modellen det mulig å variere fastlønnstilskuddets størrelse, for eksempel av distriktpolitiske grunner. Forslaget representerte en utpreget mellomløsning. Det lå lenger til ”høyre” enn Statsråden hadde tenkt seg og lenger til ”venstre” enn Lægeforeningen gikk inn for, men omtrent der Statsministeren hadde tenkt seg.

Det var trygdekomponenten som representerte den viktige endringen. Den skulle, som før, innebære at leger fikk refusjoner ”automatisk”, uten at deres medisinske praksis ble utsatt for styring. Den skulle også gjøre det mulig for de leger som ikke ville underkaste seg noen form for kommunal styring, å drive helt privat. Departementet forutsatte at de allikevel ikke kunne ta høyere egenandel (enn avtaleleger), og at slik, ”rent” privat, virksomhet derfor ville få lite omfang. Trygdekomponenten gjorde det også mulig for ansatte leger å drive en forholdsvis lønnsom ”fritidspraksis”.

Endringen representerte et skritt i medikratiske retning. Statsråd og statsminister var klar over det. De mente de ”måtte” finne en ordning som

639) Fremstillingen her bygger på samtaler med Ånstad (4.5.2009) og Heløe (18.12.2008 og 7.5.2009). Møtet er også omtalt i Leif Arne Heløe og Hans Ånstad, ”Striden om kommunehelse(tjenestel)oven: Hvor ble det av forebyggingen?”, *Michael* nr. 4, 2007, s. 567-590. I artikkelen står det at de to byråkratene presenterte modellen, mens intervjuene har gitt inntrykk av at det var Heløe som presenterte den.

640) Leif Arne Heløe var ”attpåklatt” og hadde en 14 år eldre søster. Hun kalte ham bare ”Lillebror”. Til å begynne med uttalte han selv det ”Ibo”. Det forble siden hans kjæleavn. Opplysningen er gitt av Heløe i samtale 18.12.2008.

641) Kfr. *Ot.prp. nr. 66* (1981-82), s. 14.

Lægeforeningen kunne godta. Men selv tenkte de neppe primært medikratiske. Iallfall gjorde ikke Statsministeren det. Han tenkte som økonom. Derfor gikk han imot å gå videre med den gamle, automatisk virkende finansieringsordningen.

Medikratiske sett skal ikke den automatiske finansieringen føre til en ukontrollert omkostningsvekst. Tilbyderne, legene, ”utnytter” ikke en slik ordning. De er forpliktet av sine egne etiske regler til å opptre ansvarlig. Men for en ny-klassisk økonom er tredjeparts-betalingen et formidabelt problem, ja, hovedproblemet. Den skaper en ukontrollerbar og altfor høy omkostningsvekst. Det gjør den fordi nyttemaksimerende leger (tilbydere) og pasienter (etterspørrere) skaper en ”uovervinnelig” utgiftskoalisjon. ”Tredjeparten”, i dette tilfelle staten (og bak den de anonyme, uorganiserte skattebetalere) er håpløst svak. Det var derfor Willoch mente at ”en fortsettelse av den gamle ordningen etterhvert ville bli for dyr for Folketrygden,..”⁶⁴² Men tredjeparten, myndighetene, kunne styrkes, ikke minst ved at finansieringen kom ovenfra som en forhåndsbestemt sum og at tilbyderne, legene, ble gjort til funksjonærer. Slik sett er det ikke så overraskende at Finansdepartementet foreslo ansettelse av leger. Willoch så nok logikken i forslaget, men var altså kommet til at det ikke kunne følges. Han gikk delvis imot det som økonom: Man ville miste altfor mye legekapasitet hvis legene ikke ble fristet til å bruke mer av sin tid til å se pasienter. Men han gikk også imot det som ”markedspolitiker” – partiet ville tape velgere på å hindre dem i å velge lege, og som ”maktpolitiker” – legene var sterke nok til å kunne sabotere en ordning de mislikte.

Den løsning Willoch og Heløe etter hvert valgte ref ekterte således også kontakter med legene, som vi har nevnt. Å forsøke en mer medikratiske måte å begrense legenes bruk av trygdemidler på, for eksempel ved at Lægeforeningen fikk (mer) ansvar for å ”passe på” sine medlemmer også økonomisk, falt nok ikke økonomen Willoch inn; ei heller andre. Selv om Lægeforeningen, som vi har sett, hadde erfaring med slik ”påpassing”, foreslo den heller ikke selv å bygge denne form for kontroll ut. Det var blitt tiltagende vanskelig for Foreningen å holde kustus på sine medlemmer.

Proposisjonen ble lagt frem den 16. april 1982. Den ble utarbeidet i Departementets planavdeling, men under tydelig politisk ledelse og med en utlånt direktoratsmann som sentral forfatter. Helsedirektøren, som stadig også var ekspedisjonssjef i Departementet, og under hvem alle helsesaker hørte, var holdt utenfor. Men før proposisjonen gikk i statsråd gjorde Mork et siste forsøk på å påvirke dens innhold. Han møtte opp hos sin gamle bekjente, Leif Arne Heløe, ledsaget av stadsfysikus Fredrik Mellbye. Heløe beretter: ”Han kom på mitt kontor, med Mellbye, og tryglet meg på sine knær om at legene måtte få forbli statlige”. Heløe fortsetter: ”Jeg hadde sympati for det, men måtte bare si at toget var gått og at det ikke var noe å gjøre med det. Vi skiltes i vemod”. Heløe sier også at Mork ”ble dyster, grå,

642) Kåre Willoch, *Statsminister*, Oslo: Schibsted, 1990, s. 275. Willoch omtaler arbeidet med loven for det nye kommunehelsevesen nokså utførlig i denne erindringsboken. Vår fremstilling bygger i noen grad på Willochs redegjørelse; kfr. kap. 26, Konfrontasjon om helsereform (s. 271-281).

snakket ikke, tungsindig”.⁶⁴³ Heløe hadde tidligere i samtalen nevnt at hvis landet skulle ha et kommunalt helsevesen, og noe annet var nå politisk umulig, kunne ikke de viktigste offentlige helsefagfolk, legene, være halvt selvstendige statsleger. Den desentralisering reformen tok sikte på, fremholdt Heløe, var dessuten helt i tråd med de råd WHO hadde gitt for det primære helsevesen. Disse råd hadde Mork selv stilt seg bak. Mork opplevde slik ikke bare å få sitt ønske avvist, han ble også satt litt på plass.

Regjeringen og statsråd Heløe fikk vedtatt sin proposisjon. Det skjedde endelig den 19. november 1982, altså midt i ”budsjettssesjonen”.⁶⁴⁴ Regjeringens endringer i den forrige regjeringens forslag, gjorde imidlertid at det ble politisk uro omkring almenhelsereformen. Endringene gikk i høyre-liberal retning, og forsåvidt var det ikke underlig at de skapte politisk strid. Striden fortsatte imidlertid etter at loven var vedtatt. Striden bidro til at deler av loven ikke kunne settes ut i livet som planlagt, nemlig fra 1. januar 1984. Den del av loven som gjaldt legevesenet og fysioterapitjenesten trådte først i kraft 1. april 1984, og selv det holdt hardt. Regjeringen måtte slåss på to fronter. På den ene siden måtte den slåss med Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, som i denne saken opptrådte med stort polemisk trykk. Det gjorde det ikke lettere for Regjeringen at der var folk i de mindre borgerlige partier som viste en viss forståelse for sosialistenes argumentasjon. På den annen side måtte den slåss med Lægeforeningen, skjønt for alvor først etter at loven var vedtatt. Helsedirektøren deltok ikke i denne striden, og kunne knapt gjort det. Men han hadde sine oppfatninger og la ikke skjul på dem innad, som vi skal komme tilbake til. Han kom til å angripe loven *både* fra høyre og fra venstre.

Stortingsbehandlingen av proposisjonen ble selvsagt preget av striden om den private praksis. I noen grad bidro den til å heve temperaturen i debatten om reformen, men spesielt ”spiss” ble allikevel ikke tonen. Ei heller bragte stortingsbehandlingen frem interessante nye momenter, med én unntagelse. Fridtjof Frank Gundersen (uavhengig/Frp) skrev en utførlig særuttalelse, og fulgte siden den opp i plenumsdebatten.

Gundersen argumenterte først og fremst markedsøkonomisk. Han var således mer opptatt av å la lege- og fysioterapitjenester bli mer private og mer styrt gjennom pasientenes frie valg og ”bortvalg”. Siden han ikke ønsket helt å privatisere betalingen, og slik skape mer ekte markeder for helsetjenester, fikk han imidlertid et problem med en mulig overretterspørsel. Hans svar er interessant, og forsåvidt hva vi kunne kalle medikrativt: Han ”antar nemlig at det under enhver omstendighet bare vil være et lite mindretall som oppsøker lege selv om de ikke føler seg syke”. Han legger til at egenandelen på hele 35 prosent vil bidra til det samme. Ellers pekte han også på at med den rene bevilgningsstyring Arbeiderpartiet hadde lagt opp til i ”nr. 36”, ville der etter alt å dømme, hvis bevilgningsrammen ble fastholdt, oppstå køer, som man nå begynte å få i det (siden

643) Uttalelsene ble gitt i en samtale vi hadde med Heløe 18.12.2008.

644) Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66. Odelstinget vedtok loven den 4. november og Lagtinget den 12. november.

1980) bevilgningsstyrte sykehusvesenet. Gundersens synspunkter ble ikke ordentlig kommentert av andre. Han ble på mange måter både oversett og ”overhørt”. Spesielt hans siste synspunkt, om bevilgningsstyring, var imidlertid viktig også for ”den kompakte majoritet”. Denne majoritet var svært opptatt av omkostningsveksten i helsevesenet, og håpet å få begrenset den gjennom mest mulig faste budsjetter. De tok ikke innover seg Gundersens poeng om at når man implisitt lover alle ”alt” (de synes de har behov for), til en nokså lav pris, og når de nesten frie tilbud blir fere (fere leger), må det bli vanskelig å drive stram budsjetttrammepolitikk. Men Gundersens poeng rammer også hans egen posisjon. Publikums etterspørsel vil drive utgiftene raskere oppover enn hva som økonomisk-politisk er ”forsvarlig”. I noen grad innrømmer han det. Han taler om at den økning man ser i utgiftene til legetjenester mer representerer en ”helsemessig nødvendig utgiftsøkning” enn en unødvendig, kanskje legeutløst, pasientpågang.⁶⁴⁵

Regjeringen fikk sin proposisjon ”uskadet” igjennom i Stortinget, selv om debatten hadde polemiske ordvekslinger mellom proposisjonens forsvarere og opposisjonen til venstre. Opposisjonen gjøv forøvrig ikke bare løs på Regjeringen, den utfordret Senterpartiet og Kristelig Folkeparti og hakket på legene, som neppe ville ”sulte ihjel uten særrettigheter”.⁶⁴⁶ Som nevnt gav ikke venstreopposisjonen seg etterat loven var vedtatt heller. Resten av 1982, gjennom hele 1983 og utover vinteren og våren 1984 fortsatte polemikken, en polemikk hvor partene investerte betydelig prestisje. På venstresiden ledet Gro Harlem Brundtland an i angrepene på Regjeringen, mens statsminister Willoch spilte en sentral rolle på ”forsvarssiden”. Regjeringen fikk det ekstra vanskelig forsåvidt som de små borgerlige partier, og særlig Kristelig Folkepartis Odd Holøs (1922-2001), ikke var helt ”pålitelig”, og forsåvidt som Lægeforeningen utnyttet Regjeringens ”tvangssituasjon” i de vanskelige lønsforhandlinger som måtte være avsluttet før loven kunne tre i kraft.

*

Mork holdt seg, som sagt, i bakgrunnen. Innad gav han imidlertid uttrykk for sin frustrasjon. På et fredagsmøte (ledermøte), antagelig umiddelbart etterat loven var vedtatt, gav han uttrykk for at den forrige regjeringens lovforslag var en ”ulykke”, men at den lov som nå var vedtatt, var en ”katastrofe”.⁶⁴⁷ Ulykken bestod i at distriktslegevesenet ble underlagt politisk-administrativt nærstyre. Katastrofen bestod i at det sosialiserte, og dermed på alle måter bundne, og i stor grad prekliniske, legevesen, nå ville komme i en umulig konkurransesituasjon overfor det halvt medikratiske privat- eller avtalelegevesen. Det ville på en alvorlig måte svekke det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid: Det skulle finansieres innenfor rammer, rammer som etterhvert kunne bli nærmest universelle (almene

645) Kfr. SF 6b., Innst. O. nr. 7 (1982-83). Sitatene fra Gundersen finnes på s. 20 og 21 i innstillingen.

646) Arbeiderpartiets talskvinne, Grete Knudsen, forsøkte i debatten i Odelstinget blant annet å vise hvordan Høyre var ”styrt av særinteresser, ved den sterkeste profesjonen”. Hennes innlegg i debatten finnes i SF 8 Tidende O. og L., s. 53-56. Sitatene er fra s. 54.

647) Diskusjonen her er empirisk basert på samtaler med Hans Ånstad den 4. mai 2009. Kfr. også hans ”Kommunehelsetjenestereformen i Norge på 1980-tallet – personlige betraktninger”, *Michael*, nr. 4, 2007, s. 557-566.

kommunale remmebevilgninger) og ville slik bli svært konkurranseutsatt i den kommunale budsjettprosess. Den (private) kliniske virksomhet var på den annen side sikret en tilnærmet skjermet finansiering. Avtalelegene skulle nok, som endel av avtalen med kommunene, utføre noen prekliniske oppgaver. Disse oppgaver ville imidlertid for legene fremstå som økonomisk mindre gunstige enn de kliniske oppgaver de ellers skulle bruke tiden på. Ettersom leger f est foretrekker klinikken fremfor preklinikken, ville det ytterligere bidra til svekkelsen av det prekliniske arbeid og, indirekte, til svekkelsen av kommunelegerollens status.

Mork var nok nå blitt en bestemt medikrat, men han var, som Evang, mer en offentlig enn en privat medikrat. Hans poeng om at hvis bare den offentlige legeetat ble sosialisert, mens den private fikk forbli halvt medikratiske og liberal, ville den første tape i konkurransen med den annen, var viktig, men det ble ikke endel av den åpne politiske disputt om den nye loven. Hans standpunkt til loven, kan imidlertid også sies å implisere at hvis man skulle kommunalisere den ene del av legevesenet, måtte man også kommunalisere den annen. Da ville man nok ende i ”ulykken”, men man ville unngå katastrofen. Arbeiderpartiets lokalsosialistiske forslag var altså for ham noe bedre enn Høyres halvliberale og halvmedikratiske forslag.

*

Våren (1983) gikk, og 8. juni måtte Willoch, uten begeistring, skifte ut syv av sine statsråder og ta inn like mange fra Kristelig Folkeparti (4) og Senterpartiet (3). Det gikk trått med forhandlingene med legene, forhandlinger som også omfattet Norske Kommuners Sentralforbund. 1. september brøt de sammen. I slutten av måneden kom derfor Statsministeren til at deler av den nye kommunehelsetjenesteloven måtte utsettes. Det bød Heløe imot å gå inn for en utsettelse, men han måtte gå med på det; dog skjedde det motstand og polemikk fra venstresiden. Regjeringen fikk 13. desember f ertall (de borgerlige stemmer) i Odelstinget for en utsettelse til 1. april.⁶⁴⁸ Da var kontakten mellom legene og arbeidsgiverne igjen tatt opp.⁶⁴⁹ Noen dager senere, den 16. desember, kom partene til enighet.

Avtalen innebar blant annet at de leger som ikke inngikk avtale med kommuner, kunne ta høyere egenandel enn hva som var forutsatt i den tredelte finansieringsordningen. Arbeidsgiverne var ikke helt fornøyd med det, men Statsministeren så ikke på denne konsesjonen som alvorlig. Han syntes ikke det var urimelig at leger uten avtale kunne ta noe høyere egenandel. ”Konsesjonen” skapte imidlertid politisk uro utover vinteren. Arbeiderpartiet, og ikke minst Gro Harlem Brundtland, kritiserte Regjeringen for at den nå ville

648) Forslaget ble besluttet fremsatt på regjeringskonferansen den 1.12. I det politiske miljø gikk det rykter om at det hadde vært dragkamp om saken og at Heløe hadde truet med å gå av. Forslaget om at utsettelsen av ikrafttreddenen bare skulle gjelde deler av loven, ble omtalt som et kompromiss mellom Willoch og Heløe. Heløe benektet imidlertid allerede dagen etter regjeringskonferansen at han hadde satt saken på spissen; kfr. Aftenpostens morgenummer 2.12.1983, s. 4.

649) Statsministeren var stadig involvert, til dels på grunn av det nokså nære forhold han hadde til Lægeforeningens president, høyremannen Bengt-Lasse Lund.

innføre et ”toprissystem” for legetjenester.⁶⁵⁰ Partiet gjorde også det det kunne for å hindre at fylkeskommuner og kommuner sa ja til avtalen, skjønt partiets representanter i NKS enstemmig hadde anbefalt avtalen.⁶⁵¹ Da så f ere fylkeskommuner sa nei til avtalen, ville Arbeiderpartiet utsette lovens ikrafttreden hva gjaldt den private lege-, fysioterapi- og psykologdelen, ytterligere, men Stortinget vedtok avtalen den 29. mars. I forbindelse med behandlingen av avtalen i Stortinget fremsatte Sosialistisk Venstrepartis Hanna Kvanmo (1926-2005) mistillitsforslag mot Sosialministeren. Leif Arne Heløes ”trillepike” fra tredveårenes Harstad fikk imidlertid bare sine partikollegas støtte.⁶⁵²

*

De saker vi har omtalt, og brukt for å kunne tegne et bilde av Torbjørn Mork som politiker, er bare noen av de saker han engasjerte seg i. En del av de andre saker, som Reitgjærde-saken, Gro-saken,⁶⁵³ saken om den forvaltningsmessige plassering av bedriftshelsevesenet og den mangefasetterte saken om sykehusutviklingen, skal vi i noen grad komme tilbake til senere, i forbindelse med behandlingen av forvaltningens oppgaver.

I sine mange foredrag viser Mork at han var opptatt av utviklinglinjer og hadde almene tanker om hva som kunne og burde gjøres. Det var imidlertid som om han ikke helt så at de tanker han slik luftet hadde mer praktisk-strategiske implikasjoner og at det var en del av hans oppgave å skissere disse. Han ble derfor ikke en aktiv politikkkutvikler. I sine yngre år ”hektet” han seg bare på Arbeiderpartiets sosialradikalisme. Han bidro ikke til å konkretisere denne radikalisme. Det gjorde en rekke utvalg, mens han ble sittende som en mer og mer kritisk remissinstans. Innad i hans direktorat ble den nye mønsterplanen for hele helsevesenet, men spesielt for sykehusvesenet, utviklet. Det var en plan som blant annet kombinerte plantenkning og medikratisme. Planen ble utviklet under ham, men i liten grad av og med ham. Planens far ble først og fremst Direktoratets mest bevisste strateg siden krigen, Jo Asvall. Vi skal komme tilbake til denne planen nedenfor. Mot slutten av Morks første periode ble det utarbeidet en noe mer abstrakt, men

650) Statsminister Willoch og Arbeiderpartiets leder, Gro Harlem Brundtland, møttes den 2. mars 1984 til en livlig fjernsynsdebatt om legeavtalen. Willoch pekte da på at Brundtland-regjeringens proposisjon også ville ha ført til et toprissystem, bare med større forskjell mellom prisene, siden proposisjonen innebar at de helt private leger ikke ville fått noen trygderefusjon. Brundtland mente Willoch ”bløffet”, for såvidt som hennes regjeringes forslag knapt ville ført til at det ble noen helt private leger. Kfr. Willochs omtale av denne debatten i Willoch, *op. cit.*, s. 277. Brundtland har ikke omtalt striden om kommunehelsetjenesteloven i sine erindringer.

651) I Aftenpostens morgennummer den 24. februar (s. 24) het det: ”Formannen i Stortingets sosialkomite, Gunn Vigdis Olsen-Hagen (A), har i en telefonkonferanse med Arbeiderpartiets representanter på fylkesplan anbefalt dem å forkaste avtalen om legenes lønns- og arbeidsvilkår, får NTB opplyst”. For dette ble offentlig kjent hadde Bengt-Lasse Lund fortalt Statsministeren at Arbeiderpartiet arbeidet i kulissene for å få avtalen vellet. Willoch skriver i sine erindringer (*op. cit.*, s. 278): ”Det var antagelig meget viktig at vi, takket være Bengt-Lasse Lund, kom så raskt ”på banen” med vår motoffensiv”.

652) Under en samtale i rotunden på Stortinget bemerket fru Kvanmo, litt ertende, overfor den Statsråden hun i sin tid hadde passet på at ”Æ skull ha trijla dæ på sjen!”. Opplysningen er gitt av Heløe i samtale den 7.5.2009. Debatten i Stortinget fikk et markert polemisk preg. Gro Harlem Brundtland og Arbeiderpartiet understreket igjen hvordan Sosialministeren hadde gitt etter for ”overmakten”, altså Lægeföreningen.

653) Den gjaldt en pike med avvikende sosial adferd. Hun bodde på Klæbu pleiehjem, hvor hun ble behandlet adferdsterapeutisk. Journalist Gerd Benneche ble oppmerksom på piken og den behandling hun fikk gjennom et omtale i et psykologisk tidsskrift i 1973. Hun, og Arne Skouen, skrev om ”Gro” i Dagbladet. Deres oppslag vakte stor oppmerksomhet og førte til en omfattende diskusjon om behandlingen av psykisk utviklingshemmede.

samlet, helseplan. Den ble aldri en offisiell plan, men ble publisert som bok i 1982, som *Helseplan for 1980-åra*.⁶⁵⁴ Den var redigert av Morks planleggingssjef Jan Grund og hadde en rekke ”medforfattere”, Mork innbefattet.

Man merker ikke meget til Mork i boken. Den er primært ført i pennen av Grund, men det er ikke minst en av medforfatterne, Grunds mentor Peter F. Hjorts, tanker som preger planen. Vi skal komme tilbake til den når vi omtaler planleggingsoppgaven.

Mork ble ikke politiker i denne strategiske forstand, først og fremst med utgangspunkt i ”forhåndstenkning”. Han ble det reaktivt. Han forholdt seg til planene når de forelå. Likte ham dem ikke, sa han fra, ofte spisst formulert og med et tydelig følelsesmessig trykk. Det var for så vidt slik han ”oppdaget” medikraten i seg. De ”andres” tiltagende ”mas” om oppløsningen av det styringsmessig integrerte Direktoratet, og de ”andres” konkretisering av hans politiske ideer om integrert primærbehandling, fikk ham til å bli en mer bevisst (forvaltnings)medikrat. Han fortsatte også å være en reaktiv ”strateg”. Han lærte slik sett ikke så meget av nederlagene i årene fra 1981 til 1984. Han grov seg ned i forsvarsposisjoner, og ville nærmest hevne seg litt på dem som hadde spent ben for ham.

Han var imidlertid ikke bange for å reagere, og reagere skarpt. Det var nesten som om kontroversen vekket ham til live. Han nesten trivdes i kamp, og var da ofte en elegant, men ironiserende, kombattant. Aller mest ”seg selv” ble han i saker som angikk de ”svake”, som tilfellet (for ham) var i abortsaken. Kanskje kan det ha bidratt til at hans trivdes i slike kamper at han fra midt i syttiårene skulle få mer applaus fra sitt nye private miljø? I alle tilfeller, i disse saker vant han, som vi har påpekt, frem. Han befant seg ombord i tidsåndens tog. Han trivdes ikke på samme måte i de organisatoriske saker. I disse saker representerte han fortiden. ”Toget er gått”, som Heløe måtte meddele. Det var gått både i direktoratssaken og i almenhelsesaken.

Med sin politiske profil ble Mork i slutten av sin første periode en nokså kontroversiell helsedirektør. Han kom tidlig på kant med de kultur-konservative kretser, i første rekke Kristelig Folkeparti. Etter hvert kom han på kant med de øvrige borgerlige partier og fra rundt tiårsskiftet for alvor også med stadig flere toneangivende folk innen sitt eget parti. Også slik var premissene lagt for den neste, hans siste, periode: Han skulle slåss med ryggen mot veggen resten av sin tid, selv om han ikke skulle komme til å lide det totale nederlag, som det en tid så ut til.

Torbjørn Mork som leder

Torbjørn Mork kom inn i en svært etablert, ja ”satt”, institusjon. Den var på den ene siden preget av forvaltningskulturen, i en medikratiske og politisk tapning. På den annen siden var den preget av det evangske. Som vi har sett var det mange, både embedsmenn i Direktoratets omgivelser og politikere,

654) Jan Grund m. fl., *Helseplan for 1980-åra*, Oslo: Gyldendal, 1982.

med og uten makt, som mente at institusjonen var overmoden for endring. Mange ville gjøre kulturen mindre medikratiske og politiske og institusjonen som sådan mindre personlig preget. For så vidt som også det første, det medikratiske-politiske, var uttrykk for en evangelsk holdning, kan man altså si at ”mange” ønsket å ”avevangelisere” Helsedirektoratet mer alment.

Mork var ikke innstilt på å ta inn over seg denne, nokså uformelle, ”bestilling”. Vi har sett at han etter hvert satte seg imot forsøkene på avmedikratisering. I noen grad har vi også sett at han heller ikke var innstilt på å bli en mer anonym helsedirektør. Han ble en ”politisk” helsedirektør, nesten i enda større grad enn Evang hadde vært det. Men hvordan var han som daglig leder av Direktoratet?

I noen grad hadde han ikke særlig valg. Den løpende saksbehandling var stadig preget av den nokså weberske forvaltningspraksis, hvor den øverste leder satt som en post- og saksfordeler og som den endelige beslutningstager og beslutningsformaliserer. Han deltok imidlertid også ofte i selve saksbehandlingen, både i større almene saker, som lov- og budsjettsaker, og i krevende enkeltsaker. Det gjorde han både ved at han gav noen premisser for saksbehandlingen og ved at han engasjerte seg i arbeidet med sakene, altså ble en medsaksbehandler. Han var imidlertid mest engasjert i de tidlige faser av saksbehandlingen, altså frem til beslutningsfatningen. Iverksettelsen gikk han mindre inn i, men i noen ekstra følsomme saker kunne han også gå inn i den. Helsedirektørens arbeid var slik i betydelig grad ”systemstyrt”. Helsedirektøren var en forvaltningsleder. Slik hadde det vært under Evang og slik fortsatte det under Mork.

Men forvaltningsprosessene rullet ikke bare slik, styrt av indre rutiner. De ble stadig, ja, mer og mer, innfiltrert i prosesser som gikk på tvers av forvaltningsorganer. Der var slik stadig kontakt ikke bare med ledelsen i Sosialdepartementet, men også med andre departementer og forvaltningsorganer, med fagorganer, fagforeninger og WHO og andre utenlandske organisasjoner. I tillegg kom alle ”forstyrrelsene”, eller ”hendelsene”, Helsedirektøren raskt måtte forholde seg til, og overfor pressen kommentere. Det løpende indre saksarbeid ble slik stadig avbrutt og forsinket.

En del av de ”forstyrrelser” i de vanlige arbeidsrutiner som slik oppstod hadde sammenheng med Direktoratets nokså politisk pregede profil. Evang, og nå Mork, var slik selv opphav til noe av den pågang og politikk de fikk i retur. For den som var faglig orientert, og kanskje mer den som var medisinsk enn den som var juridisk, orientert, var en del av forstyrrelsene utenfra virkelig forstyrrende. De var nok med på å frustrere enkelte slik at de forlot Direktoratet. Sverre Harvei, som hadde begynt under Evang og var Morks første sykehussjef, var således én av dem.

Evang var forekommende overfor journalister og besøkende forøvrig; for så vidt også overfor ”vanlige folk” som henvendte seg til ham om saker som lå dem på hjertet eller problemer de hadde. Mork hadde ikke Evangs svært elskverdige måte å møte andre på. Han kunne være noe morskere, og var

også langt mer genert. Allikevel viste han stor tålmodighet overfor journalister og en rørende oppmerksomhet overfor dem som ringte eller skrev til ham. Spesielt stilt overfor ”saktmodige”, men nødstedte borgere, ble han myk: Da kom den følsomme jærbuen i ham frem. Han kunne besvare flere henvendelser fra pasienter og pårørende i uken.

I en dagbok han skrev for uken 19. til 24. oktober 1987 heter det fra tirsdag den 20.: ”0925: Gjennomgang av morgenposten. Dikterer svar på et par brev stilet til meg personlig fra mennesker som har det vondt i velferdssamfunnet”. Om fredag kveld (23.) heter det: ”Fredelig kveld bortsett fra telefon fra en journalist kl. 2115 om legesituasjonen i Nord-Norge og en åpenbart beruset person som ved midnatt hadde drukket seg til mot til å ta rikstelefon for å fortelle hvilken ulykke jeg var for fedrelandet”.⁶⁵⁵ Disse dagboksnotedtegnelsene er fra hans neste periode, men er neppe, etter det hans medarbeidere fra 1970-årene forteller, urepresentative for hvordan han opptrådte i første periode heller.

Ser vi ellers på hans dagbok fra denne uken i 1987 går det tydelig frem hvilken rolle eksterne henvendelser spiller, og antagelig spilte også ti år tidligere. Der ringte journalister hver dag denne uken, tidlig og sent. Ellers kom det henvendelser fra departementsledelsen, andre departementer, fylkesleger, andre forvaltningsorganer, NAVF (almenforskningsrådet) og fra diverse steder i utlandet.

Den ordinære saksbehandlig i forvaltningen er først og fremst skriftlig, men innslaget av muntlighet var nokså stort under Evang. Hvis en sak opptok Evang, og han var hjemme, kunne han gjerne gripe direkte inn i saksbehandlingen. Det skjedde gjerne ved at han kalte sjefen for det aktuelle kontor, eller endog en saksbehandler, inn til seg, gjerne for å gi en kort ordre. En mer institusjonalisert kollektiv saksbehandling var det ikke tale om. Som vi har sett, var Evangs kollektive møter ikke egentlige ledermøter, men orienteringsmøter, hvor han førte ordet mesteparten av tiden. Også Mork likte å gripe direkte inn i saksbehandlingen i saker han var opptatt av. Også han gjorde det ved å kalle inn ledere og saksbehandlere. Men han gav ikke bare beskjeder. Han hørte også på. Saksbehandlingen ble slik mer preget av meningsutveksling enn den hadde vært. Den ble demokratisert. Demokratisert ble også de kollektive møtene. De fortsatte som orienteringsmøter – der ordet gikk til lederne etter tur, med innslag av almen saksdiskusjon. Mork hadde disse møtene fredag morgen, gjerne fra kl. 0900, i slutten av syttiårene også tidligere.

Under Evang nådde sakene ham skriftlig alltid etter at de hadde vært innom, og ofte var ferdigbehandlet av Bjerkomp – siden Munch-Søegaard, og så Bjørnsson. Slik fortsatte det de første årene under Mork. Men da Bjørnsson gikk av (utløpet av 1977) ble den nye, og da selvsgat uerfarne

655) Dagboken skrev Mork forut for et seminar Senter for helseadministrasjon hadde med ham torsdag den 29. oktober 1987. Han skrev dagboken etter forespørsel fra denne forfatter. Den skulle brukes i helseadministrasjonsstudentenes forberedelser til seminar med Helsedirektøren. Dagboken er ikke datert, så om den er fra den nevnte uke (mandag-lørdag) eller fra uken før, er usikkert.

medisinalråden, Egil Willumsen, nærmest sideordnet Munch-Søegaard. Sakene nådde da gjerne Mork via én av dem. Bjørnsson hadde, som vi har nevnt, vært nesten like meget jurist som medisiner. Willumsen var bare medisiner, til dels også bare almenmedisiner og prekliniker, og fikk derfor ikke den posisjon Bjørnsson hadde hatt. Meget av den medisinske rolle han skulle spille, særlig overfor spesialisthelsevesenet og legemiddelsiden, spilte Mork vel så godt selv. Willumsen kunne ikke overprøve Munch-Søegaard. Ja, Munch-Søegaard ble i mange, og stadig flere, henseender den egentlige nr. to. Det reflekterte personlige forhold, men også en mer almen maktforskyvning i Direktoratet: Juristene kom nå sterkere tilbake, og Mork lot dem gjøre det. Han hadde større faglig respekt for dem, som for andre ikke-medisinere, enn det Evang hadde hatt.

Karl Evang var, som vi har påpekt, en utpreget rasjonalistisk-paternalistisk leder. Ble han presset kunne paternalismen gå over i den rene autoritarianisme, enten en kald og upersonlig sådan eller en ”varm” og ubehagelig sådan. Torbjørn Mork begynte også slik, som en slags ny Evang. Det ble endog, som vi har nevnt, markert med den rasjonalistisk-mandige sveisen. Men, som vi dessuten har sett, Mork hadde ikke Evangs personlige styrke, ikke hans nesten usårbare selv. Han klarte derfor ikke helt å leve opp til det evangske. Etter hvert gikk det opp for ham og han ble stadig mer seg selv.

Den rasjonalistiske ledelse baserer seg på det offisielt målrettede og det konkrete. Den neglisjerer i stor grad den aktivitet som preges av andre mål, som gjerne sees på som forstyrrende og helt eller halvt private. Den legger, blant annet derfor, mindre vekt på deltagerens psykologi, og den sosiologi som gjerne ligger bak den. Den ser altså i stor grad bort fra det ledelsesforskere ofte omtaler som det relasjonelle. Denne, ofte litt uregjerlige og ”rufsete” virkeligheten spiller dog en rolle i praksis. Mange rasjonalistiske ledere forsøker å fjerne den ved å stramme til den rasjonalistiske, målrettede styringen, gjerne ved bruk av ”rasjonalistiske” følelser, altså irritasjon, sinne og lignende, samtidig som de omtaler den uregjerligheten de vil ha bort som utslag av ”følelser”. Når det oppstod skjermysler av et eller annet slag, eller noen ble fortvilte og kanskje tydde til tårer, hadde slik Evang en tendens til å skyve det unna som et problem som var ham uvedkommende. Folk fikk ordne opp i den slags selv, sa han. Det var sløseri med hans tid å gå inn i småkrangler og andre vanskeligheter, altså aktivitet som ikke var målrettet, men målødeleggende. Mork var på samme måte i sin første periode: fjern og forholdsvis autoritær. Mange var litt engstelige for ham.

Evangs avvisning av å gå inn i ”irrasjonelle situasjoner”, var rasjonelt begrunnet: Å gjøre det ville være å sløse med hans tid. Samtidig var hans ”neglisjering” av ”uro” også et signal: Rasjonelle mennesker oppfører seg ikke slik! Mork var nok også preget av slike tanker, men neppe så bevisst som Evang. For Mork kom der imidlertid noe annet, og ikke-evangsk, til: generthet og, særlig, frykt for nærheten. Som han var engstelig for ”pasienten” som nært medmenneske, var han engstelig for medarbeideren som nært medmenneske. Når han gikk i gangene i Direktoratet så han ned, engstelig for å møte andres blikk. Han satte seg ikke, belevent, ned ved

hvilket som helst bord i lunchen. Han ble gjerne sittende med Munch-Søegaard og Bjørnsson, siden Willumsen. Det var tryggest, og enklest, slik. Oppstod der konf ikter det måtte gjøres noe med, overlot han etterhvert gjerne disse til andre..

Mork visste, av egen erfaring, det ledelsesteoretikere alltid hadde sagt, at nærhet lett skaper sympatier og antipatier og at slike fort kan påvirke evnen til profesjonalitet. Han holdt derfor, som teoretikerne for så vidt anbefalte, en viss avstand til de fleste av sine medarbeidere. Dog slappet han mer av, og ble mer nær, når han var på reise med sine medarbeidere, særlig i utlandet. Slik lignet han også på Evang. Ja, han kunne for så vidt gå lenger enn Evang. Han deltok gjerne mer ivrig i det lystige lag enn det Evang hadde gjort. Men slikt fikk ikke videre konsekvenser. I hverdagen var han Helsedirektøren. Han pleiet ikke særlig privat omgang med sine nærmeste medarbeidere og kom ikke egentlig til å stå noen av medarbeiderne i sin første periode virkelig nær, når vi ser bort fra et spesielt tilfelle. I begynnelsen av perioden spilte imidlertid et par av legene en viss privat rolle for ham, som vi skal se.

Evang hadde vært svært opptatt av å bygge opp sitt eget ”public health team”, og forsåvidt også sitt ”eget” fylkes- og distriktslegekorps. Det var endel av hans paternalistiske måte å lede på. Denne personalpolitikken bidro til å skape og befeste den evangske orden. Etterhvert gjorde den imidlertid Direktoratet mer defensivt og konservativt. Der kom nok nye folk til, men de kom til under det gamle kardinalsystem, og forvaltningssystem, og hadde få muligheter for å utfordre kursen.

For Mork måtte det bli anderledes. Han arvet jo Evangs gamle folk, og endel yngre. Det ble en svakhet da endringene og fornyelsene kom utover i sytti-årene. Det ble en ekstra svakhet forsåvidt som Mork ikke var så paternalistisk rekrutteringsbevisst som Evang hadde vært. Ja, det var forsåvidt en ekstra svakhet at Mork ikke helt visste hvor han ville, hverken med Direktoratet eller helsevesenet. Vi kan også, samlende, si det slik: Det var en særlig svakhet siden han ikke var noen bevisst strateg. Med det mannskap han overtok var det derfor nokså sannsynlig at han ville utvikle seg i systembevarende retning. Som vi har sett, gjorde han det.

De gamle Mork arvet var gjennomgående blitt systembevarere. De fremste systembevarere var på legesiden Jon Bjørnsson, på juristsiden Knut Munch-Søegaard. Bjørnsson skulle etterhvert gå av, men han ble sittende i halve Morks første periode, ut 1977. Han, som ville gå da Mork ble utnevnt, bidro nok ikke så lite til å ”oppdra” sin nye sjef i tradisjonens ånd. Men Bjørnsson ble etterhvert mindre sentral og Mork forholdt seg i større grad direkte til overlegene. Munch-Søegaard ble han derimot, som vi har nevnt, stadig nærmere knyttet til, og avhengig av.

De nye ledere som nettopp var kommet, eller snart skulle komme, var, som vi har sett, alle folk som hadde begynt i Direktoratet under Evang. De nye overlegene var stort sett på Morks alder og således en tyve-femogtyve år yngre enn dem de etterfulgte. Aarf ot var eldst, født i 1923, mens Ødegaard

og Svindland var født i 1927 og Asvall og Steinfeldt-Foss i 1931. Apotek- og tannlegesjefene, Bjørn Jøldal og Per Bærum, var erfarne Evang-folk, men var jevngamle med de nye legelederne, født i 1932 og 1929. De juridiske byråsjefene var gjerne noe eldre enn de nye helsefaglederne. Seks av dem var født i 1920 eller tidligere, de øvrige tre var født i 1922, 1928 og 1940.

De aller fleste av de yngre lederne var blitt endel av den gamle orden. For de eldre byråsjefene var det for lengst blitt tilfelle, men også et par av de nye overlegene hadde vendt seg til den gamle orden. Den passet dem forsåvidt også legningsmessig. Det gjaldt Ødegaard og Aarftot. Asvall spesielt, men også Steinfeldt-Foss, tilhørte de ivrige og iverdige reformatorer. Særlig var Asvalls sykehuskontor et offensivt kontor. Den offensive tonen var kommet med Harvei, og ble fulgt opp og forsterket av Asvall. Steinfeldt-Foss ble en ivrig bidragsyter under arbeidet med den skjellsettende St.meld. nr. 9 (1974-75). Innen rammen av ”nr. 9” satte han i gang den omfattende overgangen fra den gamle asylopsykiatri til en mer aktiv, behandlingsskjedeorientert psykiatri.⁶⁵⁶ Sykehuskontoret og Psykiatrikontoret ble slik nyskapingsskjernene i Direktoratet. Der var imidlertid også andre endringsagenter i Direktoratet. Evang var nesten blitt pådyttet en utredningsgruppe på slutten av sin tid. Den ble snart (1975) til Helsedirektoratets utredningskontor. Den kom til å representere det nyttestatlige endringsinnslag i Direktoratet. Med den tiltagende økonomiske bekymring for (blant annet) helsevesenet fikk denne gruppen, fra 1973 ledet av økonomen Alfred Kvalheim (f. 1932), en viss innflytelse.

Rundt midten av syttiårene fremstod slik Direktoratet som ideologisk delt. På den ene siden hadde man de utålmodige reformatorer, spesielt knyttet til Sykehuskontoret og i noen grad Psykiatrikontoret, og til Utredningskontoret. På den utålmodige siden var der også jurister som Ingeborg Webster og sykepleiesjefen Idunn Helldal Haugen, og, på sitt vis, hygiesjefen Aud Blegen Svindland. På den annen side hadde man langt på vei resten, de som representerte det gamle regime, flere av legelederne og nesten hele det juridiske ledersjikt. De systembevarende stod sterkest. Reformatorene var for splittet. Asvall og hans folk drev med sitt, og blandet seg ikke inn i de andre kontorens arbeid, selv om de laget en generalplan for hele helsevesenet. Den plan de laget hadde, som vi skal se, viktige økonomiske premisser. Planen var nesten en industrialiseringsplan. Men Asvall og Steinfeldt-Foss var samtidig bevisste medikrater: Deres plantanker hadde et medisinsk, tildels et personlig medisinsk grunnlag. Kvalheim og økonomenene var ikke medikrater, men nærmest representanter for nyttestaten, altså Finansdepartementet. Legenes og økonomenes tanker lot seg imidlertid på dette tidspunkt forenes i den planen ”nr. 9” ble. De andre reformatorene vi har

656) Steinfeldt-Foss hadde allerede i 1970 offentliggjort en plan for hvordan den psykiatriske helsetjeneste, i et ”public health”-perspektiv burde bygges ut; kfr. hans ”Psykiatriske helsetjeneste i ”public health”-perspektiv”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 90, 1970, s. 1267-1271. Planen ble i hovedtrekk lansert ved Norsk psykiatrisk forenings ekstraordinære årsmøte 1. november 1969. Den innebar blant annet at det psykiatriske helsevesen burde omfatte poliklinikker (med for- og ettervern), øyeblikkelig hjelpetjeneste, dag- og natthospital, sengeavdeling, rehabiliteringsenhet og vernet sysselsettingsvirksomhet, konsultasjons- og opplysningsvirksomhet samt undervisning, utdanning og forskning.

nevnt hadde til dels andre ”ærender”. De ”utålmodige” utgjorde altså en sprikende gruppe; ja, egentlig ikke en gruppe.

Mork ble begeistret for Asvalls spennende planer, men så ikke at skulle planene bli til virkelighet stilte det krav blant annet til hans lederskap. Han gav Asvall armslag, men gjorde lite for å sørge for at han ble. Da Asvall, som i yngre år hadde tilbragt noen år i Afrika,⁶⁵⁷ og blitt preget av det, fikk tilbud om stilling som rådgiver ved WHO's regionalkontor i København, lot han seg friste. Mork gjorde intet for å få ham til å bli.⁶⁵⁸ Snart skulle Bjørnsson gå av. Mork kunne ha forberedt Asvall for medisinalrådsembedet, og sammen med ham lagt grunnlaget for å bygge opp et nytt, morksk ”public health team”. Han gjorde ikke det.⁶⁵⁹ I stedet forsøkte han å få fylkesleger interessert. Han trengte bistand i ”kampen” om den kommende loven for almenhelsevesenet, mente han. Spesielt forsøkte han å få sin mann i Nord-Trøndelag, Edvard Fjærtøft, til å søke. Men ”Eddie” ville ikke.⁶⁶⁰

Medisinalrådsembedet ble utlyst tidlig i august 1976, med ansøkningsfrist 31. august. Der meldte seg i første omgang fire habile ansøkere, fra Direktoratet Jo Asvall og Tor Ødegaard, og utenfra fylkeslege Tore Heide, og OLL-formann og Utposten-stifter, Harald Siem (f. 1941). Der skjedde imidlertid ingen utnevning denne høsten. I oktober skrev Helsedirektoratet til de fire ansøkere og opplyste at embedet ville bli lyst ut igjen senere, og at det regnet med at de ville bli stående som ansøkere. Embedet ble lyst ut igjen den 10. mai 1977, med ansøkningsfrist 31. mai. Der kom nå én ny ansøker, endog litt forsinket, nemlig fylkeslege Egil Willumsen.

Det er uklart hvorfor embedet ble utlyst på nytt. De fleste av dem som skulle ha kjent svaret er døde; de som ikke er døde husker ikke. Hvorom alt er ble det forholdsvis kort tid etter at ansøkerlisten forelå besluttet å utlyse embedet på nytt. Formelt tok Statsråden initiativ til utsettelsen. Den 20. september skrev statsråd Ruth Ryste til Helsedirektøren at ”Medisinalråden har på min anmodning samtykket i å utsette sin fratredelse fra embedet inntil videre. Spørsmålet vil bli tatt opp igjen neste sommer”. Statsråden hadde neppe anmodet Bjørnsson om det hvis det ikke var etter oppfordring fra Helsedirektøren og Medisinalråden. Bjørnsson fikk knapt heller plutselig lyst til å fortsette et år til. Det virker mest sannynlig at de to på toppen har ønsket å få flere ”sterke” ansøkere. Direktoratet har således ingen gode offisielle grunner for å utlyse embedet på nytt. I et første utkast til brev til de gamle ansøkere har saksbehandleren, Knut Munch-Søegaard, 16.9. skrevet: ”P.g.a. inntrufne omstendigheter vil embedet som medisinalråd i Helsedirektoratet likevel ikke bli ledig før om et år.” Bjørnsson har straks sett at ”inntrufne omstendigheter” ikke var noen god begrunnelse og har (20.9.) satt en strek

657) Han ledet fra 1959 til 1963 WHO's lag for utryddelse av malaria i Togo og Dahomey. Før han gikk ut i felten hadde han et halvt års opplæring. Den opplæringen kom til å bety mye for ham som helseplanlegger i resten av hans karriere. (Opplyst av Asvall i samtale 4.8.2009.)

658) Det var en generell holdning Mork hadde. Når noen kom og sa at de ville slutte tok han bare det til etterretning. Han forsøkte ikke å overtale dem til å bli. Han gav også uttrykk for det, bl.a. til Eilif Rytter. (Opplyst i samtale 10.10.2008.)

659) Jo Asvall bekrefter det i samtale 21.7.2009.

660) Anne Alvik mener (samtale 24.4.2009) at Mork hadde fortalt henne at han hadde kontaktet Fjærtøft, men at Fjærtøft ikke ville dra fra Nord-Trøndelag.

over Munch-Søegaards forslag og selv, for hånd, satt inn denne, helt formelle, formuleringen: ”Medisinalråd Bjørnsson kommer først til å fratse sitt embete sommeren 1977. Utnevning til embetet vil derfor foreløpig bli stillet i bero.” Neste år kom det altså bare én ny ansøker. Om Willumsen søkte helt etter eget initiativ eller om han ble oppfordret til å søke, vet vi ikke.

Mork skrev en lang innstilling (datert 30. juni 1977). Han fant bare tre aktuelle for embedet, Asvall (45), Willumsen (48) og Ødegaard (49). Om Asvall skriver han (s. 6) at han ”skiller ... seg helt klart ut når det gjelder så vel teoretisk utdanning som praktisk erfaring når det gjelder planlegging og evaluering”, mens de to andres styrke er knyttet til deres ”inngående kjennskap til helsetjenesten utenfor institusjon” (s. 7). Han nevner kort at Asvall også kjenner sykehusvesenet godt. Han skriver at han finner ”avveiningen mellom de .. to hovedområder vanskelig, men finner etter en samlet vurdering, ... å måtte prioritere en styrking av planleggings- og evalueringssektoren” (s. 8). Han setter altså Asvall først. På annen plass setter han Willumsen, fordi han har ferskere erfaring fra ”den ytre offentlige helseetat” enn Ødegaard. Ved å tale om ”hovedområder” gir Mork inntrykk av at Asvall og de to andre sammenlignes med henvisning til lignende forhold. Man kan altså si at han setter Asvall først fordi han mestrer en styringsoppgave særlig godt, og har viktig institusjonskunnskap, mens de andre bare krediteres for en bestemt institusjonskompetanse. Han vurderer dem ikke med hensyn til deres forutsetninger for ”indre” ledelse, altså ledelse av Direktoratets stab og fylkeslegekontorenes staber.

Den type kompetanse Willumsen og Ødegaard spesielt besatt, var den som hadde preget lederne også under Evang, den tradisjonelt-medikratiske. Asvall representerte den mer styringsprofesjonelle kompetanse; altså en kompetanse som reflekterte den langsiktige tendens i utviklingen. Slik sett var beslutningen om hvem som skulle bli medisinalråd svært viktig, og viktigere enn Mork, gjennom sin innstilling, gir inntrykk av at den var. Han får frem at ansøkerne hadde nokså ulik profil, men peker ikke på implikasjonene av ansøkerens profil for den fremtidige helsepolitiske styring. Han skriver slik at han nesten høres ut til å være litt i tvil. Derfor kan også Statsråden, i sitt foredrag til den kongelige resolusjon skrive:

Sosialdepartementet er i det vesentlige enig i helsedirektørens vurdering av søkerne, men finner at det ved utnevning i embetet som medisinalråd bør legges større vekt på praksis og erfaring fra det offentlige helsevesen. Helsedirektøren har selv pekt på betydningen av å få styrket Helsedirektoratets stab direkte fra den ytre etat. Departementet finner således at fylkeslege Egil Willumsen bør innstilles foran overlege Jo Asvall.⁶⁶¹

Selv om Mork uttalte seg slik at Statsråden fikk et valg, er det påfallende at hun snudde hans innstilling. Det er desto mer påfallende som Ruth Ryste var svært lydhør overfor Mork. Embedsmenn i Departementet kan ha påvirket

661) Kongelig resolusjon. Statsrådssak nr. ? (ikke oppført på den kopi av resolusjonsforedraget som befinner seg i Helsestilsynets arkiv – boks for ”Ansettelses 1977”), datert ?.7.1977. Sitatet er fra s. 6 (siste side).

Statsråden, men iallfall en del av dem, og spesielt ekspedisjonssjef Jan Madsen, men trolig også departementsråd Emil Vindsetmo, skulle hatt mer sans for den planleggingsorienterte Jo Asvall enn for den mer tradisjonelle medikrat, Egil Willumsen. Det er vanskelig å finne en god forklaring på hvorfor Willumsen ble valgt. Det er noe lettere å finne en forklaring på hvorfor Mork lot henne få et valg.

Som den meritokrat Mork var, ”måtte” han innstille Asvall først. Men han kunne la være å sette meget inn på å få Asvall. Vi har ikke kunnet konstatere om så var tilfelle, men vi kan se noen grunner til at han skulle være tilbakeholden med å insistere på sitt førstevalg. Asvall hadde nettopp gjort ferdig det som kunne blitt generalplanen for utviklingen av det norske helsevesen og stod nå klar til å sette den ut i livet. Selv om også Mork så det perspektivrike i planen, var den ikke hans plan. Skulle den gi premissene for Helsedirektoratets videre rolle i norsk helsevesen, ville lett Asvall, som nr. 2, kunne komme til å overskygge Mork. Det er også grunn til å tro at dem han hadde nærmest omgang med i Direktoratet bidro til at han ikke satte meget inn på å få Asvall. Den gamle medisinalråd, Jon Bjørnsson, var ytterst skeptisk til Asvall og hans tanker. Asvall og hans yngre, nokså utålmodige, åndsfrøder hadde allerede bidratt til å svekke noe av Bjørnssons maktgrunnlag. Det ville være ydmykende for ham å få den mannen som var ansvarlig for hans begynnende marginalisering som sin etterfølger. Å ta et år ekstra som medisinalråd var en liten ”omkostning” for å slippe Asvall. De meget etablerte toppjurister, Munch-Søegaard og Bang, men særlig den første, var nok også skeptiske til å få Asvall som ny medisinalråd. Hele Morks, etter hvert, vanlige ”lunchgruppe”⁶⁶² var altså trolig imot å få Asvall som ny medisinalråd, og har neppe unnlatt å si fra om det. Det vil si, de sa nok fra allerede etter første gangs utlysning. Den nye utlysningen er, når alt kommer til alt, kanskje også det klareste indisium på at en del av ledelsen i Direktoratet nølte med å satse på Asvall. Willumsen ble slik deres ”redning”. Uten hans sene ansøking hadde de ikke kunnet komme utenom Asvall.

Meget kunne gått anderledes hvis Mork hadde fått Asvall, og kanskje også hadde lyktes i å beholde Steinfeldt-Foss. Hvis Mork hadde handlet høsten 1976 kunne han kanskje fått Asvall. Da var ikke Asvall begynt ved WHO i København. Det skjedde 1. desember 1976. Et halvt år senere var Asvall mer interessert i å fortsette å arbeide internasjonalt enn i å dra hjem igjen.⁶⁶³ Han merket at han trivdes i København og i WHO.

662) Til å begynne med spiste Mork gjerne lunch med to kvikke og offensive damer, sykepleiesjef Idunn Heldal Haugen og hygieneoverlege Aud Blegen Svindland. Ettersom hans forhold til begge disse ble mer anstrengt, ble de nevnte herrer hans foretrukne lunchpartnere gjennom hans første periode. Da Bjørnsson gikk av inntok Willumsen Bjørnssons rolle, også ved lunchbordet.

663) Våre betraktninger i dette avsnittet har et indirekte belegg. Ingen av dem vi har snakket med har hørt Mork gi uttrykk for hvorfor han valgte som han gjorde. Bang, den eneste av lederne på toppen som lever, husker ikke hvordan saken om ansettelsen av ny medisinalråd ble behandlet eller hva Mork sa i den anledning. Asvall selv var i København da saken ble avgjort, og kjenner ikke Morks beveggrunn for å velge Willumsen. Han sier også at han hadde hatt, og fortsatte å ha, et godt personlig forhold til Mork (samtaler 18.12.2008, 20.12.2008 og 15.7.2009). Andre i kretsen rundt Asvall, som Ole B. Hovind og Steinar Hagen, en kreftspesialist fra Ullevål sykehus som Asvall hadde engasjert i 1975-76 for å arbeide med etableringen av Helsedirektørens rådgivende spesialitetsgrupper, er nokså sikre på at ”ikkevalget” av Asvall var bevisst fra Morks side. (Samtaler med Hovind 17.12.2008 og Hagen 14.7.2009.)

Asvall ble etterfulgt i Sykehuskontoret (1978) av Ole B. Hovind (f. 1941), en tidligere distriktlege, som hadde arbeidet sammen med Asvall om ”nr. 9”. Hovind hadde tatt Bygdøy-kurset i 1972 og en MPH ved Harvard i 1977 og begynte som legekonsulent under Asvall i 1975. Han var en intellektuell nysgjerrig og ”leken” lege, som fulgte ivrig med i de ledende medisinske tidsskrifter. Han var sterk som idéutvikler. Få var som ham opptatt av å omsette medisinske nyvinninger til politiske planer. Han hadde imidlertid ikke den bakgrunn i sykehusmiljøet som Asvall hadde, ei heller Asvalls gjennomføringskraft. Gjennomføringsevne var viktig, for ”nr. 9” skulle nå følges opp i praksis. Endel permisjoner førte også til at Hovind ikke kunne spille den iverksettende rolle planen nå krevde. Hovind bidro imidlertid aktivt i omorganiseringsarbeidet i 1982-83 og var som Asvall, og Mork, en bevisst medikrat; ja, han var det kanskje i enda større grad enn dem. Han sluttet for godt i Direktoratet i 1986.⁶⁶⁴ Asvalls kollega, også i ånden, Steinfeldt-Foss, sluttet ved utløpet av 1980, men skulle allikevel, i kraft av en rekke verv, komme til å følge opp sin gamle overlegerolle.⁶⁶⁵ I noen grad bli han en slags ”etter-overlege” for psykiatrien. Steinfeldt-Foss ble etterfulgt av Ingrid Lycke Ellingsen (f. 1933), en kliniker og fagperson uten spesiell forvaltningsbakgrunn og også uten en tydelig forvaltningsfilosofi. Hun ble sittende til 1987, da hun gikk tilbake til klinikken.

Aud Blegen Svindland var en radikal, idérik og svært aktiv hygieenesjef. Hennes radikalisme skulle ha passet den unge Mork; han hadde jo også vært med på å utnevne henne – mot Evangs innstilling.⁶⁶⁶ Men hun ble ikke endel av det offensive planmiljøet omkring Asvall. Hun ble en *Einzelgänger* i Direktoratet. Med sin kontante og utfordrende stil ble der endel uro omkring henne. Hun var ikke spesielt underdanig overfor noen, heller ikke overfor sin sjef. Hun ble derfor nesten en større utfordring for ham enn han for henne. Personalpolitisk keitete som han var, visste han ikke hvordan han skulle behandle henne. Lettere ble det ikke da hun snart også kom på kant med ham fagpolitisk. Hun ble sittende i sin stilling til 1976, men sluttet formelt først to år senere. Hun gikk, som overlege, til Statens arbeidstilsyn, der Morks gamle statsråd, Odd Højdahl nå var direktør. Hun tok, med LOs, Arbeiderpartiets og Højdahls støtte, i noen grad med seg bedriftshelsevesenet. Vi skal si litt om det. Det er også med på å kaste lys over Morks rolle som helsedirektør og leder i tiden frem til 1983.

664) Hovind tok permisjon allerede etter et år som sykehussjef for å arbeide som overlege hos Sykehusrådmannen i Oslo. Han var hos Sykehusrådmannen et år. Han gikk på Forsvarets høyskole i 1984-85, var helsebyråd (H) i Oslo 1986-1988 og ble medisinsk direktør ved Volvat medisinske senter i 1989. Mens Hovind hadde permisjon fra Direktoratet fungerte Bodolf Hareide som sykehussjef.

665) St. meld. nr. 9 la viktige premisser for den videre utvikling av det psykiatriske helsevesen, bl.a. for St. meld. nr. 25, *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, som førte frem til den nye Lov om psykisk helsevern i 1999 (trådte i kraft fra 2001) og Opptappingsplanen for psykiatri (1999-2008) (lansert gjennom St.prp. nr. 63 (1997-1998), *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Steinfeldt-Foss var med i referansegrupper for disse og andre meldinger og proposisjoner, og har også vært en ”kulisstrateg” gjennom sine verv, blant annet i Norges almenvitenskapelige forskningsråd (1975-1992), og som formann i Norsk Psykiatrisk Forening (1988-1991).

666) Karl Evang innstilte overlegen i Legekantoret, Terje Due Strand, til overlegeembedet i Hygienekantoret. Evang hadde satt Aud Blegen Svindland og Kjell Bjartveit, de to øvrige ansøkerne, på delt andre plass. Evang skriver i sin innstilling at Due Strand står ”i en særstilling i det han allerede fra 1961 har vært overlege i Helsedirektoratet, Legekantoret”. (Statsråds sak nr. 160, 28.4.1972.)



Aud Blegen Svindland overtok som hygieneoverlege i Helsedirektoratet etter Fredrik Mellbye i 1972. Hun var radikal og handleglad, men fikk det ikke så helt som hun ønsket under Mork og gikk i 1978 over til Statens arbeidstilsyn. Dette bilde er tatt 8. august 1977. Da var hun 49 år. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Dragkampen om bedriftshelsevesenet

Alt fra virkelig gammelt av var der også økonomisk-funksjonelt (korporativt) baserte helsetjenester, spesielt ved verk, bruk, gruver og fabrikker. Det andre helsevesen, det geografisk baserte, ble imidlertid helt dominerende etter hvert. Etter krigen skulle imidlertid den økonomiske ordningen i en del henseender få økende betydning. Det hang sammen med at den ”økonomiske” tradisjon ble koblet til en annen, mer ”arbeidssosial” tradisjon. Landet fikk den første arbeidervernlovgivning i 1892, en lovgivning som også førte til etableringen av et arbeidstilsyn.⁶⁶⁷ Landsorganisasjonen i Norge ble etablert i 1899 og ble den viktige pådytter i det arbeidssosiale reformarbeid. LO var særlig opptatt av lønn og arbeidstid, men også stadig mer opptatt av verne-spørsmål, eller, som de etter krigen mer og mer ble kalt, arbeidsmiljø-spørsmål. Det mer ambisiøse arbeid med å etablere en bedriftslegetjeneste, som kom i gang mot slutten av krigen, og som ble gitt tyngde gjennom en avtale Norsk Arbeidsgiverforening, Landsorganisasjonen og Lægeforeningen i 1946 inngikk om å samarbeide om å utvikle en bedriftslege-ordning. Ordningen ble i 1974 utvidet og omdøpt til en bedriftshelsetjeneste. I 1977 kom en egen lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester ved bedrifter.⁶⁶⁸

Landsorganisasjonen og mange i Arbeidstilsynet var opptatt av å knytte det medisinsk-hygieniske arbeid i bedriftene nærmere til det arbeidssosiale generelt. Det fordret at bedriftshelsevesenet i størst mulig grad ble skilt ut

667) Karl Evang arbeidet, som vi har nevnt, som assistentlege ved Chefinspektoratet i Statens arbeidstilsyn da han ble utnevnt til medisinaldirektør i 1938. Evang og Inspektoratets sjef, Olai Lorange, var de eneste leger i Inspektoratet. Inspektoratets inspektører var ofte ingeniører, eller de hadde ingen spesiell (teoretisk preget) utdannelse.

668) Lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester ved bedrifter av 10. juni 1977, nr. 86.

fra det geografisk baserte helsevesen og organisert som en særomsorg, forvaltningsmessig lagt under Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynet under Odd Højdahl, og med Aud Blegen Svindland som ”operatør” og LO som pågående kulisseeaktør, presset i slutten av syttiårene og i begynnelsen av åttiårene hardt på for å få kontroll over det fornyede bedriftshelsevesenet og bygge det kraftig ut – med 550 leger og 900 sykepleiere frem til utgangen av 1985. Arbeidstilsynets seksårige utbyggingsplan ville, mente Helsedirektoratet vinteren 1982, gjøre at det ble behov for 900 legeårverk, en seksdobling i forhold til 1982-situasjonen.⁶⁶⁹ Arbeidstilsynet presset på med grunnlag i den ferske Arbeidsmiljølovens § 30.⁶⁷⁰ Helsedirektøren, hans folk, og trolig det store f ertall av leger i den offentlige legeetat, gikk imot dette og insisterte på at bedriftshelsevesenet måtte bli en preklinisk del av det kommende lokale helsevesen, med Helsedirektoratet som overordnet forvaltningsorgan.

Det var åpenbart en revirstrid mellom Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet, men en strid som ble forsterket av personspenninger. Aud Blegen Svindland holdt hele tiden en både bestemt og konsistent tone, en tone som provoserte i Helsedirektoratet. Hun gjorde det fordi hun var som hun var, og kanskje hadde en viss glede av å sette Helsedirektøren litt på plass. Men hun kunne vinne frem, nesten i en påfallende stor grad, også fordi hun hadde støtte fra sin sjef, den gamle LO-mann og statsråd Odd Højdahl og hele LO: LO, som lenge anbefalte å innpasse bedriftshelsevesenet i almenhelsevesenet, hadde nå snudd. LO-kongressen 1981 støttet således Arbeidstilsynets utbyggingsplan og konstaterte at ”Bedriftshelsetjenesten er en integrert del av bedriftens miljøarbeid”.

Men striden er også prinsipielt interessant. De f este hadde etterhvert fått både en økonomisk og en geografisk forankring. Å legge bare den ene forankring til grunn er for mange formål uhensiktsmessig, enten det gjelder prekliniske eller kliniske tjenester. Dertil kommer at det å gjøre bedriftshelsevesenet helt kommunalt styrt, kanskje endog drevet, i noen henseender ville begrense arbeidsgivernes styringsrett (på en politisk vanskelig måte), gjøre det vanskeligere å se bedriftshelsearbeidet i sammenheng med annet arbeidsmiljøarbeid og reise spørsmålet om offentlig finansiering. Arbeidstilsynet, og LO, valgte nå å gå inn for at bedriftshelsevesenet skulle være arbeidsgivernes ansvar, men at Arbeidstilsynet kunne pålegge (mange) bedrifter å innføre bedriftshelsetjeneste. LO-kongressen (mai 1981) sa det tydelig: ”Bedriftshelsetjeneste kan (derfor) ikke betraktes som en del av primærhelsetjenesten. Det er et arbeidsmiljøtiltak og derfor et

669) Notat fra Sosialdepartementet, trolig Helsedirektoratets legekontor, datert 17.2.1982 (s. 2). Notatet er ikke påført adressat; ei heller arkivreferanse. Anne Alviks arkiv.

670) Lov av 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø. I § 30 heter der: ”Verne- og helsepersonale.

1. Når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåkning av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne, skal det være verne- og helsepersonale ved virksomheten, så som bedriftslege, bedriftssykepleier, verneleder m.v.

2. Verne- og helsepersonale skal bistå arbeidsgiveren, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalget og verneombudet i deres arbeid for å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Verne- og helsepersonale skal samarbeide med og bistå Arbeidstilsynet. 3. Verne- og helsepersonale skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

4. Kongen (etter kgl. res. av 26.10.1979, Direktoratet for arbeidstilsynet) kan gi nærmere regler om når, og i hvilken utstrekning, det skal være verne- og helsepersonale ved virksomheten, om hvilke faglige krav som skal stilles til slikt personale, og om hvilke oppgaver de skal utføre.”

arbeidsgiveransvar". I et intervju med Aftenposten sommeren 1981 uttalte Aud Blegen Svindland at "... de helsemessige sider ved arbeidsmiljøet best kan ivartas når helsepersonellet "tilhører" arbeidsplassen".⁶⁷¹

For Arbeidstilsynet var det da naturlig å bli ambisiøst på bedriftshelsevesenets vegne, og, litt "egoistisk", se bort fra hvilke negative konsekvenser en rask utbygging av bedriftshelseordninger kunne få for det geografiske helsevesen. Torbjørn Mork var stadig en prinsipiell planmann og ville se alle helsetjenester under ett, med geografien som utgangspunkt. Han ville spesielt se disponeringen av alt helsepersonell under ett. For ham representerte den særomsorgsorganiseringen av bedriftshelsevesenet som hans sosialistiske motparter stod for, en slags "privatisering" av den. Men han, og hans folk, så også på særomsorgsorganiseringen som faglig fragmenterende: Den ville i noen grad kunne føre til at familiemedlemmer i en del henseender fikk ulike leger, bedriftslegen og almenlegen. "Grunnlaget for allsidig almenpraksis må ikke uthules", uttalte Helsedirektoratets fremste "våpen- drager" i saken, ass. overlege Anne Alvik, i 1981.⁶⁷² Hun og andre var også bekymret for at en rask utbygging av bedriftshelsevesenet ville forsterke denne virkningen: Mangel på almenleger ville gjøre at flere gikk til bedrifts- leger, også for å få behandling.

Arbeidstilsynet og Aud Blegen Svindland vant langt på vei frem. De strakte § 30 i Arbeidsmiljøloven langt og lenger en langt, også lenger enn Justisdepartementets lovavdeling i en uttalelse, som først kom 9. februar 1983, mente var holdbar. De strakte den også lenger enn det utgiftsbekymrede finansdepartement likte.⁶⁷³

Der kom med noen få, nesten "puslete", bestemmelser om bedriftshelsevesenet i den nye kommunehelsetjenesteloven; én (§ 1-4) om at Departementet kan pålegge en offentlig lege eller andre i det kommende kommunehelsevesen å delta i bedriftshelseordninger og én (§ 6) om at kommunene

671) Aftenpostens morgenummer 1.6.1981, s. 26. Oppslaget har overskriften "Arbeidstilsynet: Bedriftshelsetjenesten et arbeidsgiveransvar". Foranledningen til oppslaget var at overlege Anders Lund ved Bergen helseråd var blitt stanset av Arbeidstilsynet da han og Bergen ville tilrettelegge fellesordninger for mindre bedrifter som ikke selv kunne ha egne ordninger. Der kom forøvrig stadig oppgitte brev til Direktoratet fra fylkesleger og distriktleger som mente at Arbeidstilsynet opptrådte helt urimelig, ja av og til "molboaktig", i spørsmål som gjaldt bedriftshelsetiltak. Der oppstod også en del konflikter mellom Arbeidstilsynet, som kunne pålegge bedrifter å innføre bedriftshelsetjeneste, og Helsedirektoratet, som med hjemmel i den da gjeldende legeruleringslov nektet bedriftene å ansette leger.

672) Anne Alvik, "Bedriftshelsetjenesten", *Utposten*, årg. 10, nr. 2/3, 1981, s. 3. Dette nummer av Utposten var et spesialnummer om bedriftshelsevesenet, med artikler av blant annet overlegen ved landets eneste yrkesmedisinske sykehusavdeling (i Porsgrunn), Sverre Langård, ass. overlege Harald Siem, Oslo helseråd og distriktlege Ivar Sonbo Kristiansen, Kvæfjord. Alle artiklene var skeptiske til Arbeidstilsynets ekspansive planer. Utpostens redaksjon hadde forjeves forsøkt å få et bidrag fra, eller et intervju med, overlege Aud Blegen Svindland: "Utpostens redaksjon er "djupt såra og vonbroten" over den uteblivende reaksjon fra overlege Aud Blegen Svindland", heter det i en redaksjonell kommentar, s. 28.

673) Lovavdelingens uttalelse ble avgitt 9.2.1983, for øvrig etter at Knut Much-Søegaard hadde måttet etterlyse den. Henvendelsen fra Helsedirektoratet var sendt i 1981 (jnr. 15271/81). JDs arkivreferanse er 3756/81 E KB/GK/ml. Finansdepartementet skrev i brev til Kommunaldepartementet, ufullstendig datert (ennå ikke datert) 7.2.1981, at "En finner det svært uheldig at Direktoratet for arbeidstilsynet viser så liten forståelse for nødvendigheten av å samordne ressursbruken i bedriftshelsetjenesten med den øvrige helsetjenesten, og vil derfor be Kommunaldepartementet om å påse at de regler og rutiner som er lagt opp for å sikre slik samordning blir fulgt". Finansdepartementet fortsetter, i samme tone, slik: "I tillegg vil en be om departementets vurdering av den omfattende framdriftsplan som Arbeidstilsynet har utarbeidet, og da spesielt spørsmålet om arbeidsmiljøloven gir hjemmel for et så omfattende pålegg." Brevet har referansen 738/81 C Aa/ømh. Det er undertegnet av eksp.sjef Odd Solbraa.

skulle ”utarbeide en plan for organisering og gjennomføring av helse-tjenester ved bedrifter”.

Det var nok mer maktens ”sosiologi” enn dens psykologi som førte til Morks tap av meget av bedriftshelsevesenet. Men psykologien var ikke uten betydning. Aud Blegen Svindland fikk, med sin både stramme og offensive stil et psykologisk overtak på Mork, og andre med ham, som i noen hen-seender ikke var uten betydning. Mork argumenterte tydelig, men opptrådte samtidig både forsiktig og nesten resignert, blant annet på noen lite avklarende avklaringsmøter med Højdahl og Svindland. Men mest holdt han seg litt i bakgrunnen. Andre, som Anne Alvik og Lisbeth Hårstad fikk ta mer av støytten. Disses påtegnelser på notater vidner av og til om at det å ta ”støytten” undertiden kunne koste meget.

Morks nederlag i saken om bedriftshelsevesenet ble altså enda ett av hans prinsipielt viktige nederlag i tiden frem mot 1983. Og igjen var det én av hans (tidligere) egne folk, nemlig Aud Blegen Svindland, som skulle styre den prosess som førte frem til hans nederlag. Som vi har sett spilte hans legekontorsjef Hans Ånstad en lignende rolle i (den viktigere) saken om primærhelsevesenet.

Gjennom tapet av bedriftshelsevesenet tapte Helsedirektoratet og Mork en viktig bit av det hygieniske arbeid; den som hadde med arbeidsmiljøet å gjøre. Hygienearbeidet, eller medisinalpolitiet, hadde vært kjernen i medisinalforvaltningens virksomhet fra gammelt av. Nå var endog denne kjernen truet. Det var nemlig ikke bare arbeidsmiljøet som nå holdt på å glippe for Direktoratet. Også næringsmidlene var truet; ja, kom først denne utviklingen igang kunne meget ryke: Miljøekspertisen kunne skyve legemsekspertisen til side. Svindlands sorti fra Helsedirektoratet ble slik på mer enn én måte ydmykende for Mork.

En ny tid: det var ikke lenger like lett å være den suverene sjef

Sosiologien, tidsånden, gjorde at Mork ikke kunne lede helt som Evang hadde gjort det. Allikevel forsøkte han å fortsette i Evangs spor og stil. Der hadde vært elementer av kollektiv ledelse under Evang. Hans ”public health team” spilte en rolle. Samtidig var hans ledelse nokså individualistisk. Han hadde ikke noen formell ledergruppe som han møttes med og hvor beslutningene ble fattet (av ham). Møtene hadde mer en styrende og kulturbyggende rolle. Der ble utvekslet informasjon i møtene, og mer etter hvert, men ikke diskutert. Mork fortsatte med møtene, etter hvert som fredagsmøter (om morgenen). De ble preget av informasjonsutveksling, og litt meningsutveksling. Han var ikke så enetalande som Evang hadde vært. Slik sett tilpasset han seg en ny tid. Men disse møtene, som var møter for lederne, var ikke ledermøter. Der var ingen dagsorden, ei heller noen egentlig overordnet saksbehandling og beslutningstagning. Beslutningene fattet Mork, som Evang, alene, eller i direkte møter med de aktuelle ledere og eventuelt saksbehandlere. Det var også i slike saklig avgrensede møter at den egentlige ”kollektive”, overordnede saksbehandling og beslutningsfatning skjedde. Den mest overordnede kollektive ledelse skjedde under Mork,

som den hadde skjedd under Evang, i de hyppige, skjønt ikke egentlig planlagte og faste, møter mellom Mork, Medisinalråden og Ekspedisjonssjefen. Som vi har nevnt spilte deres hyppige lunchmøter en viktig rolle.



Meddelelsesbladet ble, forsinket, erstattet av "kontaktoorganet" Synapse i 1975. Det skulle være et toveis kontaktoorgan, men ble ingen suksess. Nr. 1 ble først fulgt opp med et nytt nummer i 1978. "Vi prøver igjen", skrev Mork i en slags leder. Det ble med prøven.

Tonen var altså nå blitt mer uformell, og titelfri, enn den hadde vært under Evang, særlig den tidlige Evang. Mork var samtidig opptatt av å være en tydelig og synlig sjef. Han ville gjerne bli en institusjon, som Evang var blitt. Det gjorde at han opptrådte med en bestemthet og selvsikkerhet som må kunne kalles autoritær. Det viste seg ved at han i de fleste saker hadde bestemt seg på forhånd og i samtaler og diskusjoner raskt markerte hvor han stod. Han markerte det både verbalt og legemlig. Men hans bestemthet var også saklig basert. Han hadde som regel satt seg godt inn i sakene, så godt at mange av overlegene og de andre lederne i den første tid fikk noen overraskelser: Han kunne nesten sakene bedre enn dem. Han opptrådte litt slik som kliniske og andre overleger tradisjonelt hadde opptrådt, både som suveren sjef og som den fremste fagmann; ja, som en sjef hvis autoritet ikke minst sprang ut av faglig suverenitet.

Men han var ikke så suveren som Evang hadde vært. Utviklingen hadde gjort det umulig å være det. Som avdelingsoverlegene, som de nå het, opplevde, nemlig at en del av deres underordnede leger kunne mer enn dem på sine områder, opplevde Mork at stadig flere av hans underordnede både kunne meget mer enn ham innen sine spesialer og kunne tenke på en mer overordnet måte enn ham om dem. For de fleste av faglederne var han jo den første tiden også å betrakte som en novise. Hans bestemthet til tross, så de fleste også ofte hans usikkerhet og hans avhengighet av dem. Hans usikkerhet ble forsterket av de psykologiske forhold vi har nevnt: Han var nok en robust Odda-mann, men han var også en følsom og litt selvsikker jærbu. Begge forhold, sosiologien og tidsånden og hans psykologi, gjorde at han ikke fikk det "tak" på sine ledere som Evang hadde hatt. De gjorde også at noen, som vi har sett, direkte kunne utfordre ham.

Under Evang ble det gitt ut et Meddelelsesblad for Helsedirektoratet. Det var som en liten bok, med halvtstive, blekgroen permer. Det inneholdt mange av Evangs taler, blant annet på fylkeslegemøtene, andres foredrag og artikler og

meddelelser av alle slag. Det var virkelig et grundig ”meddelelsesblad”, et blad som det var nyttig å beholde for folk i etaten og som kunne stå på normal vis i bokhyllen. Det kom forholdsvis regelmessig. Mork kom snart til at det ikke lenger, ”hverken i form, innhold eller ”layout””, møter ”dagens krav til et effektivt informasjonsorgan”. Han tok derfor initiativ til å erstatte det med ”kontaktorganet” *Synapse*. Sitatene ovenfor er fra hans lederartikkel i første nummer av *Synapse*. *Synapse* kom med sitt første nummer våren 1975.

Synapse ble altså kalt et kontaktorgan. Organets navn gir jo lignende assosiasjoner: organet skal skape kontakt eller forbindelser. Mork skriver: ”Med ”*Synapse*” vil vi forsøke å skape et nytt organ for *flervegskommunikasjon* innen det offentlige helsevesen”. Han skriver videre at *Synapse* skal skape ”Et fruktbart samarbeid mellom periferi og sentrum i det offentlige helsevesen”.⁶⁷⁴ *Synapse* var nok mer moderne i format og form, men det viktigste var altså at det skulle være et organ for *gjensidig* informasjon og meningsutveksling. Det var uttrykk for en ny, mer demokratisk, stemning. Det var imidlertid også uttrykk for en mer rastløs stemning. *Synapse* ble trykket i A4-format og kunne ikke oppbevares stående i bokhyllen. Det måtte snart bli en ”lefse” som havnet i papirkurven.

Det første nummer hadde et innhold som lignet på Meddelelsesbladets, med Morks tale på distriktslegemøtet denne våren, med artikler av Arne-Birger Knapskog om hva ”community medicine” er, av fylkeslege Odd H. Lien om ”Østfold nettopp nå” og av Utredningskontoret om den fremtidige tilgang på og etterspørsel etter leger og sykepleiere. For øvrig inneholdt dette nummer de mer tradisjonelle formelle opplysninger etaten kunne ha nytte av. Det første nummer hadde ingen utgivelsesdato og ingen opplysninger om hvem som redigerte organet. Det første innslaget, Morks tale, var presentert bare med overskriften ”Helsedirektør Morks tale”. Der stod intet om når og hvor den ble holdt eller for hvem, skjønt det siste fremgikk av åpningsordene i talen. Kontaktorganet gav slik et ”raskt” og rotete inntrykk.

Det gjenstod imidlertid å se hvor meget det nye blad ville bli preget av toveiskommunikasjon. Helsedirektøren kunne meddele i neste nummer av kontaktorganet at det første nummer hadde fått ”en god mottagelse”. Ellers bekreftet dette nummer det tilfeldige inntrykk det første nummer gav. Det kom nemlig tre år etter det første, som nr. 1, 1978. Også det manglet dato og redaktøropplysninger. To tredjedeler av dette nummer var fylt av de foredrag som ble holdt om ”rettssikkerhetsproblematikk” ved Direktoratets og Departementets arbeidskonferanse om fylkenes helseplaner, en konferanse for landets psykiatriske overleger og fylkespsykiatere.⁶⁷⁵ Konferansen ble holdt på Geilo i oktober 1976, altså halvannet år før de ble trykket.

674) *Synapse*, Kontaktorgan utgitt av Helsedirektoratet, nr. 1, 1975, s. 1. Også sitatene ovenfor er fra denne siden.

675) Fra midt i syttiårene arrangerte overlegen i Psykiatrikontoret, Otto W. Steinfeldt-Foss, årlige møter for alle landets psykiatriske overleger og representanter for kontrollkommisjonene (for psykiatriske sykehus). Her ble tankene i ”nr. 9”, hva psykiatrien angikk, fulgt opp gjennom faglige oppdateringer og orienteringer om planenes oppfølging og videreutvikling. Møtene hadde også som funksjon å bidra til å skape en felles nasjonal kultur omkring moderniseringen av det psykiatriske helsevesen.

I sin lederartikkel, ”Vi prøver igjen!”, beklager Mork at Synapse har ”latt vente på seg – altfor lenge”. Han skriver at det var etterlyst flere ganger. Noen har foreslått å endre organets navn til ”Syncope”, legger han til. Han forklarer forsinkelsen med ”den vanskelige bemanningssituasjonen” i Direktoratet, men legger til at ”Mye av skylden for forsinkelsen får jeg ta på min egen kappe”. Så tar han sats igjen og understreker betydningen av å ha ”et to-vegs kontaktorgan”, ikke minst i disse reformtider. Han avslutter med å si at et slikt organ krever ”en sterkere felles innsats for å holde åndedrettet vedlike etter at det nå er gjenopplivet etter syncope-tilstanden”.

Det mislyktes. Der kom ikke flere numre av Synapse. Bladet gikk inn i en varig synkope.

Kanskje sier også dette noe? Evangs Meddelelsesblad kom jevnt og trutt. Det gav inntrykk av styring og kontroll. Morks moderne Synapse skulle være et bilde på et fornyet og mer gjensidighetspreget helsedirektorat. Istedet ble det et uttrykk for at styringen og kontrollen mer holdt på å glippe; ja, på at Helsedirektøren og Helsedirektoratet var på defensiven. Det fylkeslegeutvalg som gav sin innstilling i 1982 uttaler således: ”Det bør legges vekt på å samle prinsipielle uttalelser i et nytt ”Meddelelsesblad”. Så lenge det ikke synes å være mulig å få utgitt ”Synapse”, er det bedre å gå tilbake til den opprinnelige ordningen”.⁶⁷⁶

Privat og profesjonell

Vi har nevnt at Mork fikk et anstrengt forhold til to av sine sentrale medarbeidere, hygiesjefen Aud Blegen Svindland og legesjefen Hans Ånstad. Det anstrengte forholdet til Svindland kom til å spille en rolle gjennom hele hans første periode, for så vidt som hun ble hans motspiller også etter at hun hadde sluttet i Direktoratet (og gått til Arbeidstilsynet). Gnisningene mellom Mork og Ånstad oppstod mot slutten av syttiårene og i forbindelse med arbeidet med proposisjonen om primærhelsevesenet. Også disse gnisningene fortsatte å spille en rolle en tid etter at Ånstad var sluttet i Direktoratet og gått over til Helseavdelingen (i Departementet). Mork fikk også relasjonelle problemer med ytterligere en av lederne i Direktoratet, nemlig lederen for Sykepleierkontoret.

Hun var både jurist og sykepleier og var blitt byråsjef i 1967. Hun fikk titelen underdirektør i 1974, altså under Mork. Hun var sterk og tydelig som sykepleiesjef, og ble av de andre juristene mer sett på som sykepleier enn som jurist. Hun hadde også kontakter i det politiske miljø, spesielt i det parti hun selv tilhørte, Senterpartiet. Hun hadde stor personlig charme. En av dem som ble fanget av den, var Helsedirektøren. Igjen kunne Evang konstatere, hva han også gjorde overfor bekjente i Direktoratet, at Mork ikke var ”disiplinert” nok, ikke var i stand til alltid å være bare rasjonelt målorientert. Mork var for menneskelig.

⁶⁷⁶) *Fylkeslegeembedet*, innstilling fra Utvalget til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning m.v., *op. cit.*, s. 323.

Den private nærheten mellom Helsedirektøren og en av hans undernede, endog ganske ambisiøse underordnede, forrykket maktforholdene i Direktoratet. Det skapte uro, en uro som tiltok ettersom forholdet mellom de to ble mer og mer anstrengt. Sykepleiesjefen begynte å utfordre Helsedirektøren, utfordre ham på måter han ikke så godt klarte å mestre. Arbeidsatmosfæren lederne imellom ble utover i 1974 svært preget av det stadig vanskeligere forholdet mellom Helsedirektøren og lederen for Sykepleierkontoret. På et ledermøte en gang utpå høsten 1974 sa den eneste som hadde autoritet til å gjøre det, psykiatrisjef Steinfeldt-Foss fra om at det ikke kunne fortsette på denne måten. Medisinalråd Bjørnsson hadde da fått signaler fra Statsministeren, via Statsråden, om at han måtte ”rydde opp” i de relasjonelle problemene som var oppstått i Direktoratet. Bjørnsson hadde vegret seg, men Steinfeldt-Foss, som hadde et godt personlig forhold til Mork, vegret seg altså ikke. Det nære forhold mellom Mork og sjefen for Sykepleierkontoret tok med dette slutt. Men at nærheten nå ble til skeptisk fjernhet, løste jo ikke problemene. De ble andre. De ble konf iktproblemer, konf iktproblemer som skulle vare hele Morks første periode ut. Sykepleiesjefen forlot Direktoratet i 1984, etter 23 år i Direktoratet.

Det ”nærhetsproblem” Mork fikk fra han begynte som helsedirektør hadde som en parallell et ”fjernhetsproblem” til familien, et problem som også ble en betydelig belastning. Han og hans kone ble i praksis separert relativt tidlig, men ble formelt skilt først i 1978. I 1975 kom der en annen kvinne inn i hans liv, journalisten Wenche Margrethe Myhre (f. 1940). De ble snart samboere og holdt sammen resten av Morks liv. Wenche Margrethe Myhre var en bevisst feminist og sosialradikaler. Hun var det på en intens måte. Det bidro til intensiteten at hun var empatisk, åpen og, ikke minst, mobiliserende. Overfor henne kunne han ikke bare si ja på en uforpliktende måte. Han kunne heller ikke skyve det private livet til side for å konsentrere seg om det profesjonelle. Han måtte, med hele seg, se de to liv i sammenheng. Det var ikke bare, som det kanskje hadde vært, et spørsmål om den kvantitative prioritering av de to liv, og av den ambisiøse, nesten bergenske Odda-mann og den mer følsomme jærbuen. Det var også, og først og fremst, et spørsmål om å ta med seg mer av jærbuen over i den profesjonelle verden.

Hun uttrykte seg ikke med slike ord, men vi tør påstå – etter en samtale med henne – at hennes budskap, og krav, kan tolkes slik. Han syntes hennes ”krav” virket skumle, men samtidig var det noe i dem som appellerte til ham, nemlig til den mer vare og sarte jærbuen som også gjemte seg i ham. Hun trakk ham inn i et radikalt, humanistisk-sosialt, journalistisk og kunstnerisk miljø og fikk slik mobilisert fere ”oppdragere”. Hun fikk ham etter hvert til å slappe av, og til å trives. Det syntes også snart på ham. Han gav avkall på den strenge, evangske hårsveis, påkledning og stil og lot håret bli lenger og skjegget gro. Han skiftet ut den hvite skjorten og det konvensjonelle slipset med kulørte skjorter og strikkede slips. Han så stadig ordentlig ut, men hans nye apparisjon stod bedre til hans sosialradikale standpunkter.

Det var som om han demonstrerte at han ikke lenger var så, nesten strebersk, opptatt av å tilpasse seg det embedselitistiske samfunn som han tidligere

hadde vært. Han fant det kulturradikale miljø like inspirerende, og mer avslappende. Han fikk venner på en annen måte enn han hadde hatt før, ikke minst kvinnelige venner. Han fikk også, hvilket var spesielt viktig, et nærere forhold til sine barn igjen, og særlig til datteren, Elisabeth.

Torbjørn Mork ble nå en sterkere, og mer ”hel” mann. I Direktoratet merket hans medarbeidere at han fikk lettere for å slippe av. Han ble dog ikke straks en spesielt ”myk” leder. Det tok i så henseende tid for ham å komme ut av skallet. Hans genanse gjorde det også vanskelig for ham å slippe seg altfor løs. I tillegg kom alle kampene han nå ble involvert i, og stort sett tapte. Også de bidro til å lokke frem igjen den steile og harde Mork. Men det som skjedde med ham privat fra midt i syttiårene, gjorde sin virkning, om enn tydeligere et stykke ut i åttiårene. Som vi har sett fikk han det ikke lett etter 1975 heller. Ja, det var særlig fra da av det begynte å butte imot for ham som helsepolitiker og leder. Men at han ”stod han av”, da og senere, skyldes nok ikke minst den intense bergenserinne han hadde tatt inn hos i Thomas Heftyes gate på Frogner. Det bør føyes til, hun og hennes venner gjorde det ikke bare enklere for ham heller: De mer enn applauderte hans sosialradikale politiske utspill.

Helsedirektoratets lokale arm: fylkeslegene

Helsedirektoratet fortsatte, kan man nesten si, gjennom fylkeslegekontorene. De var først og fremst de lokale iverksettere av den nasjonale politikk. De spilte også en rolle på den (pre)politiske side forsåvidt som de hadde et ansvar for det samfunnsdiagnostiske arbeid og, med det som utgangspunkt, gav innspill til den videre politikktutvikling. Endelig spilte de, som vi skal komme tilbake til, en voksende rolle som kontroll- og tilsynsorgan. Allikevel, først og fremst var fylkeslegekontorene, også gjennom denne perioden, iverksettende organer.⁶⁷⁷

Fylkeslegenes virksomhet ble, som før, fulgt opp av distriktslegene, som, som vi har sett, både var forvaltere og (pre)klinikere – altså befant seg i en klassisk medikratiske heisposisjon. Deres virksomhet skulle også vært fulgt opp av et ”korps” av offentlige, helst statlige, legespesialister, eller sykehusoverleger. Man skulle, som Evang var klar over, også hatt et slikt korps, men fikk det aldri. Overfor spesialisthelsevesenet måtte fylkeslegene ha hele forvaltningsrollen, mens sykehusoverlegene var nokså frie, rent kliniske, selvledende overleger. Fra 1976, da den nye fylkeskommunen trådte i funksjon, mistet fylkeslegene også meget av sin styrings- og forvaltningsrolle overfor sykehuslegene, og dermed sykehusene. Den nye fylkeskommunen bygget opp sin egen forvaltning, med en fylkesrådmann og en sykehussjef som sykehusenes umiddelbart overordnede. Da så, som vi har sett,

677) Empirisk er den følgende diskusjon i første rekke basert på Larssen-utvalgets meget grundige innstilling, *Fylkeslegeembedet*; kfr. *op. cit.* Selve innstillingen, som ble avlevert 3.8.1982, er på 350 sider. Med vedlegg etc. er den på 429 sider. Utvalget var kalt Utvalg til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, herunder kontortekniske problemer m.v. Det ble oppnevnt 5.11.1979. Utvalgets leder fylkeslege Arne Victor Larssen, Møre og Romsdal, var også utvalgets sekretær. Innstillingen er i stor grad hans (monumentale) verk. De øvrige medlemmer av utvalget var den fylkeslege som på dette tidspunkt hadde lengst ansiennitet (fra 1950), Gustav Vig, Hedmark, vurdere kontorsjef Ingar Mjaaland – som etter et år ble erstattet av kontorsjef Øystein Ruud, førstekonsulent Jon Oftedal, Statens rasjonaliseringsdirektorat og byråsjef Vidar G. Wilberg, Sosialdepartementet/Helsedirektoratet.

de offentlige almenleger i 1984 ble kommunale, gikk endog den gamle, medikratiske styringslinjen i stykker, og fylkeslegene mistet meget av sin forvaltningsrolle også overfor almenhelsevesenet.

Kommunaliseringen av klinikken, ja, begge klinikker, gjorde at det medikratiske helsedirektorat, og dermed fylkeslegene, i viktige henseender fikk undergravet sin styrende og iverksettende rolle. Iverksettelsen av den nasjonale politikk ville nå, iallfall i de viktige henseender, bli en iverksettelse som måtte gå via to folkevalgte sett av institusjoner, fylkeskommunen og primærkommunen. Da var det naturlig å la iverksettelsen skje i regi av de nasjonale politiske organer, med Departementet, og fra sent på høsten 1983, dets nye helseavdeling, som primær utøver. Om et fristilt direktorat, og dermed også (delvis) fristilte fylkesleger, fortsatt skulle spille en iverksettende rolle, måtte de gjøre det på lydig vis, under Departementet. I den grad de ikke ville klare å opptre lydig, ville de begge måtte finne, eller få, andre oppgaver. Her pekte oppgaven som kontroll- og tilsynsorganer seg ut.

Men gjennom storparten av Morks første periode kom fylkeslegene først og fremst til å spille en iverksettende rolle, dog mest overfor preklinikken og primærklinikken, mindre overfor sekundærklinikken. Iverksettelsen omfattet både den direkte politikkiverksettelse og den indre ledelse, altså utøvelsen av arbeidsgiverfunksjonen. Fylkeslegene fortsatte, som nevnt, å spille en viss samfunnsdiagnostisk rolle, men den rollen ble nå stadig mer profesjonalisert og overtatt av spesialiserte overvåkningsorganer, eller epidemiologiske organer, særlig Statens institutt for folkehelse. Enda mer spesialiserte overvåkningsorganer, som Kreftregisteret og andre registre, spilte også en slik epidemiologisk rolle. I tillegg spilte fylkeslegene selvsagt en tilsynsrolle. Vi skal komme tilbake til den.

Fylkeslegenes iverksettende rolle var i noen grad overf ødig. Helsepolitikken ble jo vedtatt av nasjonale og lokale politiske organer og ”traff” de utøvende organer direkte. De siste kunne lese og tolke vedtakene og derfor også sette dem ut i livet. I betydelig grad måtte imidlertid vedtakene konkretiseres. Noe av konkretiseringen, nemlig utarbeidelsen av forskrifter, skjedde også politisk, men på grunnlag av forvaltningsmessig utredning. Meget av den fikk imidlertid karakter av direktoratlig veiledning av ulike slag og av presendensskapende forvaltningsvedtak. De siste var ofte en følge av henvendelser nedenfra, fra for eksempel fylkes- eller distriktsleger. Fylkeslegene fulgte så, omenn i varierende grad, opp den veiledning de fikk ovenfra, nedover i det utøvende helsevesen, men særlig i preklinikken og primærklinikken. Denne oppfølging var imidlertid preget av hyppigere, nærere og mer gjensidig kontakt enn kontakten mellom direktorat og fylkesleger.

Kontakten mellom Direktoratet og fylkeslegene skjedde i stor grad på en spesialisert måte, altså med utgangspunkt i de enkelte kontorer i Direktoratet. Fylkeslegekontorene var imidlertid ikke i samme grad spesialisert. De hadde to assisterende fylkesleger, en for administrativ sektor, som det het, og en for sosialmedisinsk sektor. Enkelte fylker hadde også en

fylkespsykiater eller en kombinert fylkespsykiater og områdeoverlege. Alle kontorer, bortsett fra Stadsfysikatet i Oslo, hadde også en fylkeshelsesøster og (minst) en assisterende fylkeshelsesøster; disse var imidlertid fylkeskommunalt ansatt. Forskjellen i oppbygning, og tildels arbeidsgiverforankring, mellom Direktoratet og fylkeslegekontorene, gjorde at den lokale oppfølging kunne bli av varierende kvalitet. Ikke minst spilte det en rolle at folk ved fylkeslegekontorene i all hovedsak var helsefagfolk (og sosialfagfolk); kontorene manglet (til 1974) juridisk kompetanse. Men problemene som oppstod mellom nivåene skyldtes også at direktoratskontorene, som vi har sett, var svært selvstendige og selvstendighetsbevisste. De mange styringslinjer nedover virket derfor for fylkeslegekontorene ofte som fragmenterte og tildels spenningsfylte.

Disse saklige problemene ble ved fylkeslegekontorene også sett på som en funksjon av økende avstand til Helsedirektoratet. Direktoratets ledere reiste mindre på besøk til fylkeslegene. Lederne skiftet også hyppigere. Fylkeslegene ble slik mindre kjent med dem. Fylkeslegene fikk heller ikke kompensere for utskiftingene i Oslo ved at de selv hospiterte der.

Fylkeslegene følte også at Helsedirektørens opptatthet av dem og deres ve og vel var synkende. De møtte ham på to årlige møter, et om våren, der også andre fra kontorene deltok, og ett om høsten, der fylkeslegene var ledsaget enten av en assisterende fylkeslege eller kontorsjefen. Fra slutten av syttiårene ble der også holdt enda mer avgrensede møter, der bare fylkeslegene og direktoratsledelsen møtte. I noen grad ble det holdt særskilte temamøter. Men disse møtene var for store og for "styrte" til at de egentlig skapte den nærhet de eldre følte at det hadde vært i "gamle" dager. For å bidra til å bedre den mer løpende kontakt kom det derfor fra midt i syttiårene også et fylkeslegeutvalg, bestående av tre fylkesleger, valgt for tre år, i funksjon. Det skulle være et mer løpende kontaktorgan for fylkeslegene og Helsedirektøren, men det møttes snart mest på initiativ av fylkeslegene, og bekreftet slik fylkeslegenes følelse av at Mork ikke var overvettets opptatt av dem.⁶⁷⁸ Man kan imidlertid si at denne "avstandutviklingen" ikke var helt ny. Den var begynt under Evang, og hang sammen med veksten i oppgaver og personell. For Mork hang den imidlertid også sammen med at alle konflikter, både av politisk og personalpolitisk art som kom til å prege hans første periode – ja, hele hans tid som helsedirektør – tok meget av hans oppmerksomhet. Han begynte dessuten tidlig å gi en annen relasjon, den utad og på et vis oppover, høy prioritet. Han var ofte på utenlandsopphold, særlig i WHO-regi. Hans statsråd fra 1981 til 1986, Leif Arne Heløe, så på hans reisevirksomhet også som uttrykk for en viss eskapisme. I dette henseende fulgte Mork i noen grad i Evangs fotspor.

Det hører ellers med til bildet av fragmentering at fylkeslegekontorene ikke hadde meget med apotekervesenet å gjøre, og også relativt lite med tannlegevesenet å gjøre. Her, men særlig hva angikk apotekervesenet, skjedde både iverksettelsen av lovene og annen politikk og tilsynet (inspeksjonen) i

678) Kfr. Larssen-utvalget, *Fylkeslegeembedet, op. cit.*, s. 70-71.

regi av Direktoratets aktuelle kontorer. Bjørn Jøldal var en slags apotekerdirektør og Per Bærum en slags tannhelseledende direktør.

Medikratiske sett skulle fylkeslegene sortere direkte under Helsedirektøren. I mange, gjerne kalt faglige, henseender, gjorde de det. Den opprinnelige uklarheten som bestod i at de administrativt var knyttet til Fylkesmannen og gjennom ham til Justisdepartementet, fortsatte imidlertid å eksistere, og skapte undertiden misforståelser og gnisninger. De ble dog færre fra 1976, da Fylkesmannen mistet ansvaret for fylkesforvaltningen til den nye fylkeskommunale forvaltning. Men forsåvidt som fylkeslegene fortsatt var statlige, bestod det gamle, ikke helt klare, ansvarsforholdet mellom fylkesmann og fylkeslege. Skulle den skriftlige, og kanskje også den muntlige, kommunikasjon, opp så vel som ned, gå via Fylkesmannen? I praksis skjedde ikke alltid det, men fylkeslegene forsøkte i det minste å sende gjenparter av brev (oppover) til Fylkesmannen. De var forsåvidt også forpliktet til å gjøre det; bare i faglige spørsmål, uten at det ble klargjort hva de bestod i, kunne de kommunisere direkte med Direktoratet. Linjeproblemene var imidlertid mer omfattende. Fylkeslegene opplevde ofte at kontorer i Direktoratet henvendte seg direkte til distriktsleger og sykehus (eller fylkeskommuner), uten å informere den aktuelle fylkeslegen (og Fylkesmannen). Distriktsleger og sykehus kunne gjøre det samme oppover. Linjeproblemer skapte det selvsagt også at blant annet fylkeshelsestøtterne var fylkeskommunalt ansatt.

Helsedirektoratets lokale kontorer het ikke Helsedirektoratet i Akershus, Østfold osv, men Fylkeslegen i Akershus, Østfold osv. Titelen markerte at kontorene hadde en viss autonomi. De var ikke rene underavdelinger av Direktoratet. Helsedirektøren kunne på ett vis se på dette som et problem. Han ville gjerne at de skulle være hans lydige iverksettere. Men både Evang og Mork var forsiktige med å behandle fylkeslegene autoritært. Etter den medikratiske tradisjon skulle ikke forholdet mellom ledere på ulike nivåer være rent hierarkisk. Lederen på det lavere nivå skulle ha betydelig frihet til å utøve skjønn, som den erfarne legen som kliniker også skulle ha. Forholdet kunne gjerne være paternalistisk – hierarkiforholdet måtte ikke helt ”spise opp” kollegialitetsforholdet – men ikke formelt dikterende. De fleste av fylkeslegene så også slik på det, og slik forsøkte de å forholde seg til dem de hadde under seg i preklinikken og klinikken. Dette, litt løse og uklare, tildels dialogiske, forholdet skapte noen gnisninger, sjønt sjelden de store. Evang kunne dog av og til føle at endel fylkesleger i vel stor grad tok seg til rette, ja, nærmest var preget av den gamle (middelalderske) lenshermentaliteten. Det økte under Mork. Det bidro til det at selv mot slutten av hans første periode (i 1981) var f ertallet av fylkesleger Evang-utnevnte folk (11 av 20). Åtte var utnevnt før 1970 og to var utnevnt i begynnelsen av femtiårene.⁶⁷⁹ Mork klarte ikke å bygge opp fylkeslegekorpset som et korps som var ”hans”. Det skulle bli tydeligere i neste periode, da fylkeslegene begynte å ”svikte” ham.

679) De to var Gustav Vig (1950), som nå satt i Hedmark, og Knut Torgersen (1953), som nå satt i Buskerud. Opplysningene er hentet fra Larssen-utvalget, *Fylkeslegeembedet, op. cit.*, s. 43.

Men fylkeslegene fikk nå, som Helsedirektøren, voksende problemer med å beholde sin faglig baserte autoritet overfor sine kolleger, legene. Evang hadde forsøkt å holde seg bredt orientert, men måtte, som vi har nevnt, akseptere at han, særlig, ble hengende etter innenfor spesialistklinikken. For Mork, og hans (over)leger, var dette i enda større grad tilfellet. De rekrutteringsproblemer Mork og Direktoratet for alvor fikk i hans første periode var et uttrykk for det: Direktoratets faglige status var synkende. Direktoratet var kanskje et sted å begynne, for noen, men bare for en tid. Fylkeslegenes autoritetsproblemer overfor sykehusene og sykehusoverlegene var uttrykk for det samme. Uten spesialistbakgrunn, som de fleste var, fikk de knapt autoritet overfor sine spesialistkolleger. Sykehusenes integrering i fylkeskommunene bidro, som vi har sett, til at fylkeslegene ble skjøvet bort fra sykehusene, men det viktigste var det faglige. Men selv overfor distriktslegene, og almenlegene mer generelt, fikk nå fylkeslegene økende autoritetsproblemer. Fylkeslegene var for lengst blitt rene kontorleger – de hadde oppgitt sin ”heisstatus” – og fikk slik økende avstand til almenlegene, særlig i kliniske spørsmål. Anderledes sagt, grunnlaget for deres rolle som faglige rådgivere, eller faglig-pedagogiske iverksettere, ble mer og mer svekket. Istedet ble de, akkurat som Helsedirektøren og hans fagledere, i stigende grad mer forvaltningspregede iverksettere: De ble mer byråkrater. Det vil si at deres autoritetsutøvelse hentet mer fra jusen, etikken, økonomikken og politikken og mindre fra medisinen.

Fylkeslegene hadde fortsatt denne, medikratiske-klingende, tittel, men ble i praksis mer og mer ledere for statlige fylkeshelsekontorer. De kunne gjerne hatt en tittel tilpasset det. Men ennå hang meget av den gamle kultur i, så tittelen ble beholdt. Den ekspansjon som nå kom var også i det alt vesentlige helsefagbasert. Vi har nevnt de nye legene, som selvsagt kom inn i nr. toposisjoner, og fylkeshelsesøstrene. I tillegg kom der noen få (ikkeledende) leger, ergoterapeuter og psykologer og en god del sosionomer (sosialkonsulenter). Ikke før i 1974 begynte folk med styringsfaglig kompetanse å komme. De som kom var lenge bare jurister. De ble kontorsjefer, og fikk delvis virke på tvers, altså stabsmessig i forhold til de ulike fagpersoner. Deres rolle ble imidlertid raskt viktig, i takt med at helsefaglighetens betydning sank og styringsfaglighetens økte. Med kontorsjefenes komme fikk forøvrig fylkeslegekontorene mer av det preget Helsedirektoratet under Evang fikk, som et medisinsk-juridisk organ. Fylkeslegekontorenes juridiske, og økonomiske, rolle ble dog enda mer preget av enkeltsaker enn tilfellet var for Direktoratet: Fylkeslegekontorene befant seg lenger ute i iverksettelseskjeden. Kontorsjefene ble for øvrig i utpreget grad det, (interne) kontorsjefer. I tillegg fikk de en rolle i legalitetskontrollen med helsrådsvedtak.

Tilsynsoppgaven, som alltid hadde vært viktig for helseforvaltningen, kom mot slutten av perioden 1972-1983 til å bli viktigere. Den begynte også å endre karakter. Tidligere gjaldt meget av kontrollen, eller tilsynet, ”andre”, som farmasøyter, tannleger og kvaksalvere, men tillike institusjoner av ulike slag (sinnssykeinnretninger, leprainstitusjoner og tuberkulosesanatorier blant annet), selv om de hadde leger knyttet til seg. Særlig etter 1927 kom tilsynet, som vi har sett, også til å omfatte leger og personer som arbeidet

under dem. Det gamle tilsynet med de ”andre” fortsatte, men noe av det ble mindre aktuelt, men først og fremst økte nå tilsynet med kjernepersonellet, ikke minst legene, og med institusjonene (arbeidsgiverne). Vi skal komme tilbake til det, men her kort nevne noe. Det var fylkeslegene som i første instans stod for tilsynet med leger og annet ”offisielt” helsepersonell. De fortsatte imidlertid å utøve dette tilsynet på en reaktiv, tildels passiv måte også gjennom perioden frem til 1983. Det vil si, de reagerte som regel først når der kom klager. De hadde adgang til å inspisere for eksempel legekontorer og sykehusavdelinger, men gjorde det i mindre grad og langt fra planmessig og regelmessig. Praksis varierte imidlertid i så henseende fra kontor til kontor.

Larssen-utvalget ”så” at tilsynsoppgavene ville få øket betydning, også for fylkeslegene, men mente at ”En bør være oppmerksom på svakheter ved for sterkt utviklet tilsyn og kontroll”. Vi skal komme tilbake til disse ”svakheterne” når vi ser nærmere på tilsynsoppgaven. Dog bør vi nevne her at Utvalget ikke la vekt på den spenning det er mellom å iverksette, gi råd og å kontrollere eller føre tilsyn. Utvalget argumenterte endog forat veiledning og tilsyn burde kombineres mest mulig; ja, nesten at veiledning kunne erstatte ”skummelt” tilsyn.⁶⁸⁰

Fylkeslegene begynte nå allikevel å ane at de ”skumle” tilsynsoppgavene fort kunne komme til å bli meget omfattende. På fylkeslegemøtet i Fredrikstad våren 1981 drøftet de nærmere fylkeslegenes tilsynsrolle. De ytret i den forbindelse et ønske om å få nærmere retningslinjer for hvilke tilsynsoppgaver fylkeslegene burde gi høyere og lavere prioritet. Det ble fremholdt at ressursene på langt nær strakk til for en mer omfattende, og ”lik” tilsynspraksis.⁶⁸¹ Men hvordan den tilsynsrevolusjon som nå skulle komme skulle være med på å endre fylkeslegerollen på en radikal måte, så ikke fylkeslegene, og forsåvidt heller ikke Larssen-utvalget.

Den horisontale dimensjon

Den overveiende faginstusjonelt baserte spesialiseringen, eller kontorinndelingen, av Helsedirektoratet, ble, i hovedsak beholdt gjennom Morks første periode – som et av flere uttrykk for hvordan Helsedirektoratet gjennom hele denne perioden beholdt sin gamle, evangske, og tildels før-evangske, form; kfr. figur 5.9. Sykepleiekontoret var, også det som et nokså faginstusjonelt basert kontor, skilt ut fra Legekontoret på slutten av Evangs tid (1971). Der skjedde allikevel en viss, skjønt forsiktig, utvikling i styringsfunksjonell retning.

Økonomi- og personalkontoret fikk åpenbart voksende betydning som funksjonelt basert kontor. Det ble formelt markert ved at Reidar Bang, dets underdirektør, i 1974 ble avdelingsdirektør, og lønsmessig ble plassert på nivå med overlegene (sjefreg. 4). Reelt ble det også markert ved at dette juristdominerte kontor i stigende grad kom til å påvirke de institusjonelle

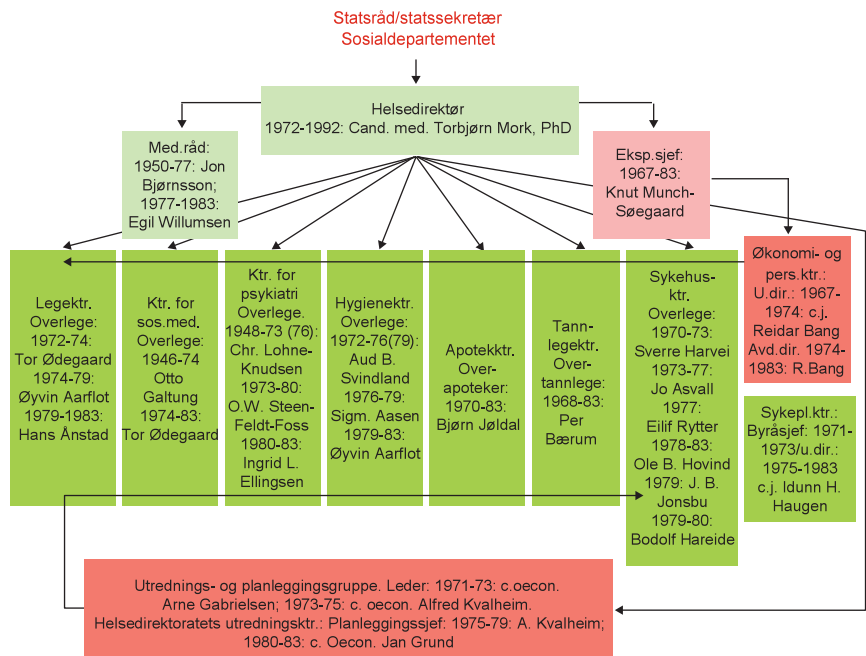
680) Larssen-utvalget, *Fylkesmannsembedet*, op. cit., s. 228.

681) Kfr. Larssen-utvalget, *Fylkeslegeembedet*, op. cit., s. 228-229.

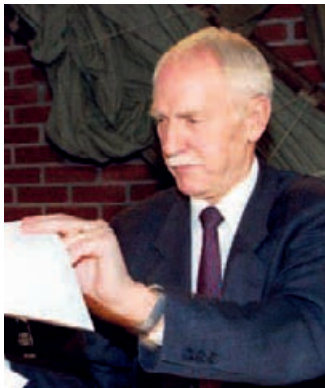
helsefagkontorene, og forsåvidt også ved at kontorets ”over-overordnede”, Knut Munch Søegaard, fikk større innflytelse over Mork (enn han hadde hatt over Evang). Sammen med økonomene i Helsedirektoratets utredningskontor (fra 1975), tidligere Utrednings- og planleggingsgruppen, spilte Økonomikontoret også en stigende rolle som en vokter av økonomiske hensyn. Spesielt kom deres synspunkter til å påvirke Sykehuskontoret og Psykiatrikontoret: Arbeidet med ”nr. 9” ble, som vi har sett og skal se, påvirket av samfunnsøkonomiske hensyn.

Økonomi- og utredningskontorenes stigende betydning var også uttrykk for at styringsfagene, særlig jusen, men også økonomikken, var kommet mer på offensiven, og at Helsedirektoratets (medikratiske) anderledeshet var kommet under et visst press.

Figur 5.9: Helsedirektoratet 1972-1983



Vi skal imidlertid ikke legge stor vekt på denne tendens. Den er mer funksjonell enn strukturell. Økonomi- og personalkontoret var allerede blitt formelt spesialisert på slutten av Evangs tid. Det var organisert i en budsjettseksjon, en personalseksjon, en teknisk seksjon og en økonomiseksjon. Det var det også i 1983. Kontoret var det klart største i 1972, men dets andel av direktoratstaben endret seg ikke meget i løpet av perioden. Det hadde hele tiden om lag en fjerdedel av den samlede kontorstab fra konsulentnivå og oppover.



Jo E. Asvall, spesiallege og overlege i Sykehuskontoret i Helsedirektoratet fra 1971 til 1976. Han var hovedarkitekten bak den skjellsettende "nr. 9", sykehusmeldingen som Stortinget gav sin tilslutning våren 1975. Asvall dro senhøstes 1976 til København og WHO's regionale kontor for Europa. Fra 1985 til 2000 var han WHO's regionale direktør for Europa. Dette bilde er fra hans WHO-tid (november 1993). Foto: Gunnar Lier / Scanpix.

Direktoratets helsefagkontorer hadde under Evang utviklet seg til nokså selvstendige kontorer, med til dels meget selvbevisste ledere. Heller ikke i dette henseende skjedde det store endringer i tiden frem til 1983. Apotek- og tannlegekontorene fortsatte som svært selvstendige kontorer. I forholdsvis stor grad gjorde også Legekontoret, Kontoret for sosialmedisin, Hygienekontoret og til dels også det relativt nye, og nokså lille, Sykepleiekontoret det. Sykehuskontoret og Psykiatrikontoret samarbeidet dog noe, spesielt i forbindelse med "nr. 9", og hadde, som nevnt, også en del samarbeid med Planleggingskontoret. Man kan nesten si at til sammen utgjorde disse tre kontorer, iallfall frem til tiårskiftet, Direktoratets strategiske kjerne. I noen grad bør vi inkludere i denne kjernen Helsedirektøren selv, men han var mer en interessert og positiv støttespiller enn selvstendig strateg. Sykehuskontorets dynamiske rolle skapte en viss sjalusi i de andre kontorene, særlig i de kontorene som ikke ble trukket med i arbeidet, mener Ole B. Hovind, Kontorets overlege i siste del av perioden.⁶⁸² Men ved utløpet av Mork's første periode var også de tidligere strategiske kontorer falt tilbake i "selvstendighetsfolden". I dette henseende tålte ikke Direktoratet Jo Asvalls avgang. Asvalls avgang eksponerte slik også hvor lite offensiv Mork var som strateg og samordner.

Vi har nevnt at fylkeslegene oppfattet helsefagkontorenes selvstendighet som et problem: Den styring de ble utsatt for var ikke alltid særlig samstemt. Vi har nettopp pekt på en grunn til at dette problem kan ha økt mot slutten av perioden. Det kan imidlertid ha økt også av andre grunner: De voksende bemanningsproblemer og den derav følgende lavere kontinuitet i stillingene, i første rekke i legestillingene, gjorde at Direktoratets medarbeidere kjente dårligere til hvordan kollegene i de andre kontorer tenkte. Hvorom alt er, de fleste av dem vi har samtalt med fra denne perioden understreker hvor fragmentert Helsedirektoratet var og hvor meget hvert kontor levde sitt eget liv. "Kontorene var hver sine verdener. Jeg var (bare) opptatt av mitt nærmiljø i Sykehuskontoret", forteller Eilif Rytter i dag. Han var den gang legekonsulent, assisterende overlege og fungerende overlege i Sykehuskontoret.⁶⁸³

682) Samtale 7.10.2008.

683) Samtale 10.10.2008.

Profesjonaliseringen

Der skjedde altså intet grunnleggende med Helsedirektoratets indre oppbygning. Kontorsammensetningen ble som den hadde vært. Det vil si at de fleste kontorer, altså helsefagkontorene, forble forholdsvis integrerte kontorer. De styrte og forvaltet i stor grad hver sine deler av helsevesenet. Gjennom Økonomi- og personalkontoret var noe av styringsfagligheten flyttet ut. Det betydde at helsefagkontorene ikke var helt integrerte. De ble ”passet på” av Økonomi- og personalkontoret, særlig hva angikk jusen og økonomikken.

Denne organiseringen begrenset, som den hadde gjort under Evang, også muligheten for å profesjonalisere forvaltningsoppgavene. Det gjaldt for så vidt også Økonomi- og personalkontoret, som jo representerte spesialisert styringsfaglighet, ikke ”hele” styringsoppgaver. I hvilken grad de ulike oppgaver derfor ble profesjonalisert under Mork, som under Evang, avhang av personer. Det avhang selvsagt i første omgang av Helsedirektøren, til dels også av Medisinalråden og Ekspedisjonssjefen, men så i neste, og i praksis viktigste, omgang, av lederne i kontorene.

Evang hadde, som vi har sett, mange tanker om hvordan en helhetlig helseforvaltning, skulle utøves, men disse tanker pekte bare i noen grad mot en egentlig forvaltnings- og styringsfaglig profesjonalisering. Faglig sett forble Evang en paternalistisk medisiner langt mer enn profesjonell forvaltningsleder. Mork skrev intet faglig, etter det vi kan se, hverken om folkehelsevitenskapen eller forvaltningsvitenskapen, og da selvsagt intet om forholdet mellom dem. Han presenterte heller ikke, så vidt vi kan se, mer almene tanker om disse vitenskaper, eller deres anvendelsesimplikasjoner, hverken før han ble helsedirektør eller etter at han var blitt det. Det er for så vidt derfor han ble en reagerende meget mer enn en agerende leder da hans direktorat ble delt i 1983 og nesten løst opp i den neste omorganiseringsprosessen fra 1990. Begge dreide seg jo også om oppgavespesialisering og oppgaveprofesjonalisering: I 1983 ble, i prinsippet, planleggingsoppgavene og de politiske beslutningsoppgavene lagt til Departementet, mens Direktoratet ble sittende igjen med overvåkningsoppgavene, iverksettelses- og tilsynsoppgavene. Ved den neste omordning, ca. et tiår senere, ble tilsynsoppgavene løftet høyere opp, og Direktoratet gjort til helsetilsyn.

Mork kom altså ikke selv til å spille en egentlig drivende rolle hva gjaldt oppgaveprofesjonaliseringen. Også slik kom, og meget derfor, hans direktorat til i stor grad å gå videre i de gamle spor. Allikevel skjedde det en viss utvikling. Der kom allerede på slutten av Evangs tid inn folk som var opptatt av å profesjonalisere planleggingen. Det gjaldt særlig Sverre Harvei og Jo Asvall i Sykehuskontoret. Også en annen mann fra Evangs tid, byråsjef i Sykehuskontoret, Egil Danielsen, var opptatt av planlegging. Snart kom også legen Ole B. Hovind og saksbehandleren, statsviteren, Kjell Hole (først i Legekontoret), begge opptatt av strategi og planlegging. Psykiatri-

kontorets sjef, Otto W. Steinfeldt-Foss, var også, som vi har sett, en planleggingsentreprenør.

De desentraliserende reformer som nå kom, til dels mot Morks motstand, bidro til at tilsynsoppgaven kom i et nytt lys og ble viktigere. Men også ytre forhold kom til å spille en rolle for å løfte opp tilsynsoppgaven, som de mer kritiske pasienter, det større antall klager på helsepersonell og den fremvoksende helsetjenesteforskning. Den siste var viktig blant annet fordi den ”avslørte” store variasjoner i medisinsk praksis og begynte å stille spørsmålsteget ved virkningene av mange former for undersøkelse og behandling. Helsetjenesteforskningen var imidlertid dermed viktig også fordi den var med på å legge premissene for å profesjonalisere overvåkingen av tilbudsutviklingen. Ja, den var viktig fordi den la premissene for den mer aktive styringsbruk av kunnskap som vi for alvor skulle få mot slutten av århundret.

Vi skal særlig konsentrere den videre omtale av profesjonaliseringen om planleggingen og tilsynet.

Overvåkning av helsetilstands- og tilbudsutviklingen

Overvåkingen av helse- og sykdomstilstanden, eller behovssituasjonen, fortsatte i stor grad som før. Den systematiske overvåkingen skjedde utenfor Direktoratet, i mer faglig pregede organer, mens den mer kasuistiske også skjedde i regi av distriktslegene, fylkeslegene og Direktoratet; i det siste tilfelle skjedde det i de ulike helsefagkontorer. Men noen systematisering av behovsopplysningene for styringsformål skjedde knapt i Direktoratet. Det hadde enten fordret en større grad av samarbeid på tvers av kontorene, eller etablering av en egen enhet for slik arbeid, altså en spesialisering av denne forvaltningsoppgaven. Etter hvert ble den allikevel i noen grad tatt opp av den nye Utredningsgruppen, den som ble til Planleggingskontoret i 1975. Det var for så vidt ikke så unaturlig: En slik systematisering av behovsdata er et viktig grunnlag for planlegging, ja, kan også sees på som begynnelsen av planleggingen. Det var imidlertid først mot slutten av perioden, da Jan Grund var blitt planleggingssjef, at dette skjedde. Grund brukte behovsinformasjonen i den *Helseplan for 1980-åra* som ble presentert våren 1982, og som vi har nevnt ovenfor. Her skal vi bare nevne at Grund og hans medarbeidere, Torbjørn Mork inkludert, konstaterte at behovene hadde forskjøvet seg fra behov knyttet ikke minst til begynnelsen av livet (barn og unge), til behov mer knyttet til siste del av livet. Spesielt trakk Grund og hans medarbeidere frem det de kalte ”samfunnssykdommene”, sykdommer som reflekterer vantrivsel i det moderne samfunn. De nevnte som eksempler på slike sykdommer avhengighet av narkotika og andre rusmidler. Narkotika var ellers et problem Direktoratet gjennom mediene, medisinalberetningene og på andre, mer kasuistiske, vis, også var blitt oppmerksom på.

Dette systematiseringsarbeidet foregikk imidlertid nesten på siden av Direktoratet, og skulle ikke bli fulgt opp på en god stund.

Overvåkningen av tilbudsutviklingen, altså utviklingen av kunnskap og teknologi, var enda mindre systematisert. I den grad tilbudsutviklingen ble ”overvåket” skjedde det i regi av de rene fagmiljøer, i første rekke ved universitetene. Disse arbeidet imidlertid stadig mer spesialisert og foretok knapt annet enn spesialisert systematisering, eller oppsummering som det heter i dag. For så vidt kan man si at det gjorde faglederne og deres fagmedarbeidere i Direktoratet også. Det kanskje mest utpregede eksempel på det var en av Evangs menn, som satt litt inn i Morks første periode, Otto Galtung. Galtung var nesten tuberkuloseomsorgen i Norge, og kunne mer enn noen om tuberkulosen, dens etiologi, profylakse og behandling.

Men som tilbudsutviklingen nå var, var i grunnen de fleste i Morks direktorat akterutseilt. Det viktigste grunnlag de baserte sin autoritet på, fagligheten, var nå for de aller fleste nokså skjør. Den kunne jo også bare bli skjørere og skjørere. De så ikke at den nye fagutfordring ikke var å være a jour i teknisk faglig forstand, men å være trent i å kunne bruke den nye kunnskap. De skulle ha et indirekte, eller meta-preget, forhold til kunnskapsutviklingen. De skulle jo ikke selv praktisere, klinisk eller preklinisk, men mobilisere dem som skulle praktisere. Men noen i Direktoratet hadde begynt å se det, sykehusplanleggerne, og i første rekke supersystematikerne Jo Eirik Asvall. Han så hvordan fagutviklingen gjorde at kunnskapen, den brukte sådanne, ble mer og mer standardisert, og at anvendelsen av de ulike diagnostiske og terapeutiske prosedyrer krevde ulike store befolkningsgrunnlag. Det impliserte, så han, at man for eksempel kunne klassifisere de kliniske prosedyrene etter ”volumbehov” og dermed også inndele helsevesenet på en presis måte etter slike behov. Man fikk da en primær-, sekundær- osv. klinikk. Men han så også at han og andre forvaltningsleger hverken kunne eller skulle beherske den egentlige kunnskap selv. Den kunne og skulle være fagutviklernes ansvar. Forvalterlegene skulle vite hvem de var og hvor de var og bruke deres kunnskaper på en systematisert måte. Asvalls måte å tenke på pekte slik frem mot etableringen av de svært spesialiserte kunnskapssentrene som begynte å komme i 1990-årene. Men som vi har sett, tok han noen viktige skritt: Hans forslag om å opprette en rekke Helsedirektørens rådgivende spesialitetsgrupper pekte i den retning. Gruppene skulle følge med i den vitenskapelige litteratur, og på det grunnlag gi råd om hvilke medisinske tjenester som skulle tilbys og på hvilke premisser.

Hans etterfølger i Sykehuskontoret, Ole B. Hovind, en lege som også hadde bakgrunn som helsetjenesteforsker, førte i noen grad Asvalls tanker videre. Gradvis skulle de imidlertid komme i bakgrunnen igjen og tilbudsovervåkningen gled etterhvert tilbake i de gamle, mer individualistiske og kasuistiske spor.

Planlegging

Også hva planlegging, eller politikktutforming, angikk tilhørte Helsedirektoratet under Morks første periode den ”gamle” helseforvaltning. Planlegging foregikk, uspesialisert i de enkelte kontorer, dog i svært varierende grad. I mange, ja, de fleste, av kontorene dominerte driften,

preget av gamle ”planer”, det vil si, tradisjoner og rutiner. Nå representerte 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene på mange måter ”slutten” på det tyvende århundre, og begynnelsen på det enogtyvende. De dypere endringene begynte å komme, også, som vi har sett, i helsevesenet: Klinikken ble således kommunalisert og helseforvaltningen delt og mer spesialisert. Det ”burde” ha ført til mer omfattende og mer offensiv planlegging i flere av kontorene. Som vi i noen grad har sett, skjedde ikke det.

Mye av den planlegging som gav grunnlag for reformene, skjedde utenfor Direktoratet. Det var ikke noe nytt. Planleggingen fortsatte i stor grad å skje i et slags møte mellom interessenter av ulike slag. Den skjedde korporativt-politisk, som vi har sett. Men denne komparativt-politiske planlegging måtte følges opp forvaltningsmessig, før den ledet frem til de endelige parlamentarisk-politiske avklaringer og beslutninger. Også her fungerte den på litt ulik vis i Direktoratet. Legekontoret stod bak den første stortingsmeldingen om reformen i almenhelsevesenet (nr. 85 (1970-71)). Den meldingen var nokså åpen og lite avklarende. Den var også analytisk enkel. Den videre planlegging på dette område skjedde først gjennom utvalg (Sosialreformkomiteen), så gjennom meldingsutforming i Departementets sosialavdeling (nr. 9 (1975-76)), så igjen gjennom utvalg (Hovedkomiteen) og endelig gjennom lovforberedelse i regi først av Legekontoret, men snart i regi av Departementets planavdeling (ved Legekontorets ”utlånte” leder).

Reformen i almenhelsevesenet er ikke helt representativ for planleggings-situasjonen i Morks første periode, men den er heller ikke helt urepresentativ. På ett område var dog situasjonen en annen, som vi har nevnt. Det gjaldt planleggingen av sykehusutbyggingen, eller utbyggingen av spesialisthelsevesenet mer alment. Vi skal se nærmere på den. Den representerte det første innslag av en svært moderne, profesjonalisert planlegging i Helsedirektoratet. Den bidro ikke straks til å revolusjonere planleggingen i Direktoratet mer alment. Den kom imidlertid til å resultere i en plan som antesiperer meget av den videre utvikling, og som fortsatt gir viktige premisser for norsk helsevesens utvikling. Den viste, tydeligere enn noen tidligere plan, hva implikasjonene av ideen om klinikkens industrialisering er.

Det hele begynte da Sverre Harvei i 1970 kom til Sykehuskontoret som overlege. Harvei var da bare 37 år. Han var gutteaktig og uformell. Han var full av virketrang og med mange ideer om hvordan sykehusevesenet kunne moderniseres. Han var også godt forberedt. Allerede i 1963 hadde han tatt Bygdøy-kurset, to år deretter tok han et kurs i medisinsk statistikk og epidemiologi ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, det påfølgende år arbeidet han en tid i Rasjonaliseringsdirektoratet og tok umiddelbart deretter flere kurs, også i utlandet, i rasjonalisering og EDB. Han avsluttet sin omfattende ”medisinske planleggingsutdannelse” med en magistergrad i offentlig helsearbeid (MPH) ved University of Minnesota i 1968. Evang hadde møtt Harvei i USA og lagt merke til hans tanker om EDB og rasjonalisering. I 1970 fikk han opprettet en spesialilegestilling i EDB og rasjonalisering og fikk Harvei til å søke, dog etter litt press. Evang likte Harvei og allerede senere på året ble Harvei utnevnt til overlege og sjef

for Sykehuskontoret. Evang var blitt fascinert av Harveis tanker om EDB og rasjonalisering og valgte ham, den yngste av tre ansøkere.

Harvei stod i den rasjonaliseringstradisjon, og vitenskapelig ledelses-tradisjon, som skjøt ny fart, særlig i (forsvaret i) USA, under og etter Den annen verdenskrig, med operasjons- og systemanalyse som de viktigste verktøy. Faglig sprang tradisjonen ut av de teknologiske disipliner. Grunnleggeren av den vitenskapelige ledelse, Frederick Taylor (1911), var således ingeniør. Denne tradisjonen slo også rot i Norge. Et tidlig uttrykk for det er den første store rasjonaliseringskomiteen (1945-46), ledet av en av landets mektigste menn på den tiden, forsvarsminister Jens Chr. Hauge, og med Karl Evang som medlem.⁶⁸⁴ Tradisjonen ble ført videre gjennom blant annet Norsk produktivitetsinstitutt (1953-85) og Statens rasjonaliseringsdirektorat (opprettet 1947). Det teknologiske miljø knyttet til Norges teknisk-naturvitenskapelig forskningsråd (Robert Major), Forsvarets forskningsinstitutt (Finn Lied), Institutt for atomenergi (Gunnar Randers) og forsvarsbedriftene (Kongsberg, Raufoss), spilte også en viktig rolle. Marshall-hjelpen kom videre til å bli av betydning, særlig for det som skjedde i næringslivet. Den amerikanske ledelsesrådgiveren, George Kenning (1913-1988), mannen som kom fra "gulvet" i GM, og som kom til å prege mange norske næringslivslederes bedriftsforståelse fra 1950-årene og ut 1980-årene, var en "brikke" i denne amerikanske ideologiekspert til Norge.⁶⁸⁵

Harvei satte i gang med stor entusiasme, og fikk blant annet etablert det Økonomisk/Medisinske Informasjonssystem (ØMI), i samarbeid med Rasjonaliseringsdirektoratet, Rikstrygdeverket, Statistisk sentralbyrå og Norske Kommuners Sentralforbund. Harvei trengte aktivitetstall for å kunne drive mer avansert planlegging. Han var også med på å starte Norsk Institutt for sykehusforskning⁶⁸⁶ (1970) og var sekretær for Statens sykehusråd,⁶⁸⁷ der professor Olav Hilmar Iversen var formann. Men Harvei kom ikke til å trives i Direktoratet, spesielt ikke etter at Evang var sluttet og Mork var

684) Komiteen, kalt R-komiteen, ble oppnevnt av Statsministeren den 20.11.1945 og kom med sin innstilling den 15.6.1946. Den er trykt som vedlegg til *St.prp. nr. 1*, tillegg 5, 1947. Komiteen hadde foruten Hauge og Evang, som medlemmer justisminister O. C. Gundersen, kontorsjef T. Meidell Johnsen, eksp.sjef Marius Nygaard, salgssjef Johs Sæther, eksp.sjef Lars Walløe og direktør Rolf Waaler. Komiteens mandat gjaldt rasjonalisering og effektivisering av sentraladministrasjonen.

685) Kenning understreket ledelsens praktiske karakter og presenterte sin "lære" som en rekke praktiske prinsipper, de såkalte "praxes". Kenning betonte først og fremst ledelsens personlige ansvar; hans "lære" ble derfor av og til omtalt som "ansvarsledelse". Han la også vekt på at ledelse var en uavhengig virksomhet, og derfor at en god leder kunne lede hva som helst. Kenning hadde utviklet sin lære gjennom mange år i Alfred Sloans GM, en lære Peter Drucker siden videreutviklet og formidlet gjennom skribentvirksomhet og undervisning. Kenning og hans rolle i utviklingen av synet på bedriftsledelse i Norge er blant annet omtalt i Nils Schjander jr., *Hvis jeg bare hadde en bedre sjef*, Oslo: Hjemmets forlag, 1989, Ragnvald Kalleberg, "Kenning-tradisjonen i norsk ledelse", *Nytt Norsk Tidsskrift*, 8. årg., nr. 3, 1991, s. 218-244, Paula K. Martin, *Discovering the WHAT of Management – The complete guide to The Kenning Principles of Management*, Flemington, NJ: Renaissance Educational Services, 1990, Rolf Petter Amdam og Ragnhild Kvalshaugen, "George Kenning – An American Management Consultant in Norway, from the 1950s to the 1990s", papir presentert på EBHA Conference 2001: Business and Knowledge, 2001.

686) Instituttet ble etablert som et ledd i "planfolkens" arbeid for å skape en mer planleggingsorientert helseforvaltning. Det ble plassert ved SINTEF i Trondheim.

687) Statens sykehusråd var blitt etablert i oktober 1946 (den presise dato fremgår ikke av instruksjonen). Rådet hadde sitt første møte 18.11.1946. Det skulle være (instruksjonen, § 3) "rådgivende for Sosialdepartementet i saker vedrørende landets sykehusvesen, herunder prinsippene for landsplanen for sykehus, innpassning i landsplanen av planer for fylker eller andre geografiske deler av landet og medisinsk og teknisk vurdering av enkeltplaner for sykehusbygg". Rådets første formann var kirurgioverlege ved Drammen sykehus, Knud D. Nicolaysen (1891-1973); sekretær var Karl Berntzen.

kommet. Innad i Direktoratet savnet han en mer offensiv forståelse for planlegging; spesielt var Medisinalråden skeptisk til Harveis nye ideer. Men viktigere var det at politikken slo slik inn i arbeidet. Harvei ville arbeide medisinsk og planfaglig, men fikk ikke ro på seg til å gjøre det. Han ville ta utgangspunkt i den nye sykehusloven og, på et analytisk grunnlag, lage sykehusplaner innen de rammer den satte. Snart oppdaget han imidlertid at sykehusplaner ikke bare ble sett på som det, planer for en rasjonell utbygging og dimensjonering av sykehusene, men også som planer for bevaring og utbygging av byer og distrikter. Sykehusplanlegging kom slik nesten like mye til å dreie seg om geografipolitikk som helsepolitikk. Og ingen steder spilte geografien større rolle enn i det sentrumsløse, spredtbebygde og uveisomme fylket Sogn og Fjordane. Da statsråd Aarvik skulle gå av, kom han på besøk til Harvei. Han la merke til et tresnitt, med en labyrintisk figur på, som hang på veggene hos overlegen og bemerket med et smil: -Å, er det sykehusplanen for Sogn og Fjordane som henger der!⁶⁸⁸

Sogn og Fjordane skulle sykehusforvalterne måtte fortsette å ”slite” med også siden, men nå kom snart en annen type politikk til å forstyrre minst like meget, den økonomisk-politiske. Det viste seg snart at sykehusloven, med dens generøse finansieringsordning, førte til en ”for stor” vekst i sykehusutbyggingen. Bremsene måtte settes på. Det startet allerede under Højdahl og skulle fortsette siden. Ja, økonomiske bekymringer skulle siden bli det viktigste grunnlag for ”politisering”. Højdahl var en mann som hørte på dem som ville spare, og deltok selv med en nesten ”pampeaktig” iver. Han kunne for eksempel en dag bare gi planleggerne, både legene og arkitektene, beskjed om at rommene på sykehjem måtte reduseres fra 10 til 8 kvadratmeter. Harvei og hans arkitekter måtte da bruke tid på å demonstrere hvordan en slik reduksjon ville gjøre det umulig å få inn løfteapparater mellom sengene.⁶⁸⁹

Men der var nok av annen politikk som grep forstyrrende inn også, så Harvei fikk etter hvert nok og dro tilbake til Kreftregisteret:

Du ble stadig avbrutt av nye bestemmelser og nye økonomiske beskrankninger. Hadde du planlagt noe for en dag kunne du få telefon fra statsrådets kontor og fikk beskjed om at det skulle skrives en tale for statsråden i forbindelse med et eller annet – et institusjonsbesøk eller lignende... Du kunne ikke styre din egen arbeidsdag. Det var departementsbiten som kom inn. Direktoratsbiten kom i annen rekke. Det politiske dominerte over det faglige.⁶⁹⁰

Mange helsefagfolk følte som Harvei, men mange vendte seg til det og ble, tross alt. Et eksempel på det er Bjørn Jøldal, overapotekeren som satt og satt, i over tre tiår: ”Jeg skrev foredrag for begge (Evang og Mork) og for stats-

688) Opplyst av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

689) Opplyst av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

690) Uttalelse av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

rådene. Det tiltok. Vi følte i (apoteke)avdelingen at vi ble en avdeling for taler og sanger.”⁶⁹¹

Harveis gamle kollega, den nye Helsedirektøren, gjorde intet for å skjerme planleggerne, eller fagfolkene ellers. Han var for meget av en politiker til det, og for lite av en planlegger.

Harveis skepsis til politikken, men i første rekke den løpende, kasuistiske, politikken, er interessant. Han var slik en representant for en ny form for medikratisk tenkning, en tenkning som lignet mer på teknokratens, og som innebar at ekspertene skulle arbeide skjermet, innenfor politiske, men langsiktig opptrukne, retningslinjer og, særlig, resultatkrav. Dette var en form for tenkning som skulle få større autoritet ettersom klinisk praksis skulle bli sett på mer som standardisert ”produksjon”.

Harvei ble altså etterfulgt av sin spesiallege, Jo Asvall, i 1973. Under Asvall nådde plantenkingen et høydepunkt i Direktoratet, et høydepunkt helseforvaltningen i Norge siden ikke har nådd opp til.

Jo Asvall ”oppdaget” kanskje planleggeren i seg litt senere enn Harvei gjorde; skjønt et ”glimt” av den hadde han fått da han som ung lege arbeidet for WHO i Togo og Dahomey. Han oppdaget også planleggeren i seg mer gjennom ref eksiv praksis enn gjennom planlagt utdanning. Det hele startet for alvor da han kom til Reidar Ekers radiumhospital, skjønt en del skjellsettende erfaringer hadde han allerede gjort gjennom sin distriktsturnus i Vikna i Nord-Trøndelag høsten 1957. Etter fire år i Vest-Afrika, som malarialege, kom han til Radiumhospitalet våren 1963 og ble der til oktober 1971. På Radiumhospitalet virket han som klinisk onkolog, på professor Erik Poppes (f. 1905) alminnelige avdeling. Asvall forteller:

Da jeg hadde vært der en stund, først som kandidat og ass.lege, og hatt en del pasienter og sett behandlingen – slo det meg at det var så liten systematikk i hele den medisinske behandlingen av pasienter. De hadde alle slags cancere, men 30-40 av dem utgjorde 95 prosent av pasientene. Som yngste lege undersøkte man pasienten, snakket med pasienten og de pårørende kanskje, så skrev man journalen og rekvirerte så de røntgen- og lab.undersøkelser man tenkte måtte være passende for denne pasienten. Neste dag kom kanskje ass.legen på legevisitten og så på pasienten og sa at jeg tror vi tar noen prøver til. Så kom reservelegen, så kanskje adm. overlege og kanskje professor. Hver gang ble det rekvirert nye undersøkelser og det resulterte jo i at pasienten og laboratoriet måtte til på ny og på ny. Det samme skjedde med røntgen. Men mer alvorlig var det jo at folk ble behandlet helt forskjellig og ofte tilfeldig. Men det skal også sies at det var en god rutine med at behandlingen for nye pasienter ble presentert for legemøtet og diskutert. Og det var ikke det at det ikke var flinke og seriøse folk, men det var usystematisk.

691) Fra samtale med Bjørn Jøldal, 15.10.2008.

På et tidspunkt sa jeg til Poppe at dette er urasjonelt, ja, uetisk. Vi burde diskutere hva vi i vanlige tilfeller gjør og burde gjøre av standardundersøkelser. Så kan man legge til nye undersøkelser i spesielle tilfeller. Men i tradisjonelle tilfeller, med ca. mammae for eksempel, så burde man bli enig om en standard behandling. Det syntes Poppe var en god idé og tok den opp med dir. Eker... Jeg ble kalt inn til Eker. Han ville høre om det jeg hadde sagt.⁶⁹²

Det ene tok så det annet. Asvall tok kontakt med overlegene og spurte dem om hvordan de gikk frem under ulike omstendigheter. Han oppdaget at det ikke var så lett å få generelle og forpliktende svar; det kom alltid an på det og det, og det..., men klarte allikevel etterhvert å få enighet om endel maler for hvordan undersøkelser og behandling burde foregå. Eker fikk ham så inn som formann i en rasjonaliserings- eller utviklingskomite. En dag kalte Eker ham så inn og gav ham beskjed: –Du skal skrive en bok. –Hva slags bok? –En bok til ”Stortinget” (overlegerådet). Eker ville utvide DNR. Asvall skulle begrunne utvidelsen. –Men hvorfor vil du utvide, spurte Asvall. –Han så på meg, overbærende. –Nå har du arbeidet her i fire-fem år og du vet at vi har fått --- kjemoterapi, pasientene ligger lenger. –Det er jo enkelt. Asvall sa OK, men la til: –Skal jeg gjøre det må jeg ha facts. Har du noe imot at jeg lager en retrospektiv undersøkelse over virksomheten de siste 20 år, for eksempel ved å gå inn og se på virksomheten hvert femte år..., med hensyn til en rekke parametre. Eker svarte at det var greit.

Da Asvall en tid hadde gransket journalene og tallet, viste det seg at aktivitetsøkningen i hovedsak skyldtes gjeninnleggelser for å se på pasientenes utvikling. Pasientene gikk gjennom en standardisert undersøkelse, men uten at denne særlig ofte førte til at noe ble gjort. –Vi brukte kapasiteten helt feil, og feilen lå hos overlegene. –Det var ingen management som passet på dette.

Undersøkelsen forskrekket, men Radiumhospitalet fikk sin utvidelse. Eker hadde for lengst oppdaget Asvalls talenter, og gjorde det klart for ham at han gjerne ville ha ham som sin etterfølger; Eker fylte 70 i 1973. Asvall svarte at før han kunne ta på seg lederoppgaver måtte han ha en bredere kjennskap til ”public health”. Det var greit, og Asvall dro til USA, hvor han tok sin MPH ved Johns Hopkins University i 1969. Da han kom hjem følte han at han trengte å vite mer om hvordan norsk helsevesen fungerer og hvordan DNR passer inn i det. Han ville gjerne ha et år i Helsedirektoratet, hvor Ekers nærmeste venn, Karl Evang fortsatt satt ved roret. Også det var greit, men slik kom også systematikerens Asvall til å glippe av ”kroken” for Eker.⁶⁹³

Han etterlot seg imidlertid synlige resultater på Montebello. Der kom manualer for en 14-15 kreftgrupper.

692) Fra samtale med Jo Asvall 18.12.2008. Asvall-sitatene som følger i avsnittene nedenfor er også fra denne samtalen.

693) Asvall gjorde også andre ting før han forlot Radiumhospitalet. Etterat han hadde mistet en leukemipasient, ikke på grunn av leukemien, men på grunn av en infeksjon, begynte han å se nærmere på dette. Det viste seg at både leukemi- og lymfompasienter oftere døde av infeksjoner enn av sin kreft. Asvall dro til USA og besøkte et par sykehus der de hadde etablert ”germ free” enheter. Han sørget for at også DNR fikk en slik. Men også i andre henseender engasjerte han seg i faglig utviklingsarbeid på Radiumhospitalet.

Da Asvall tiltrådte som sykehussjef i Direktoratet hadde den nye sykehusloven virket noen år og fylkenes sykehusplaner var begynt å komme inn. Sykehusloven innebar, som vi har vist, at sykehusfinansieringen ble nesten ”automatisk”, og dermed meget ekspansiv. At ordningen var ekspansiv viste seg umiddelbart. Sykehusutgiftene steg med ca. 20 prosent pr. år de første årene. Siden de offentlige budsjetter også generelt nå hadde steget, og fortsatte å stige, i høy takt, gjorde det at regjeringene Bratteli I og Korvald ble bekymret. Bekymringen ble, som vi også har sett, vesentlig forsterket høsten 1973, da den første av de kraftige oljeprisøkningene kom, og Regjeringen bestemte at refusjonssatsen på 75 prosent ikke kunne økes, som planen hadde vært.⁶⁹⁴

Evangs ”automatiske” finansieringsordning betydde at utgiftene ble bestemt ”nedenfra”, av en rekke aktører, som alle handlet hver for seg. Alle der ”nede”, de potensielle etterspørere (pasienter og deres primærleger), tilbydere (sykehusene/sykehuslegene) og sykehuseierne var utgiftsdrivere, og bare det. En slikt sentrifugalt og ekspansivt virkende finansieringsordning, kunne samfunnet ikke i lengden ha, spesielt ikke når statsbudsjettene nå ble trangere. Der var imidlertid flere grunner til at finansieringsordningen nå ble uakseptabel. For det første viste det seg at ordningen gjorde at de sykehus og sykehusområder som fikk den største veksten var de som på forhånd stod sterkest: Ordningen virket altså sentraliserende. For det annet førte den til at de mer spesialiserte tilbudene ble bygget ut på en måte som heller ikke var faglig forsvarlig: For en rekke undersøkelses- og behandlingsformer var der mange steder for få pasienter til at legene kunne få den erfaring de måtte ha for å holde seg kvalitativt på topp.

Sykehusloven gav ansvaret for sykehusene til fylkeskommunene, men gav dem ikke særlig sterke premisser for å bygge dem ut på en samordnet og nasjonalt og faglig forsvarlig måte. Der var ikke utarbeidet noen landsplan for sykehusutbyggingen som fylkeskommunene hadde å forholde seg til og som Departementet kunne bruke som grunnlag for å vurdere og eventuelt godta fylkeskommunenes planer. Isteden var det laget en finansieringsordning som oppmuntret fylkeskommunene til å bygge ut sine sykehusvesener mest mulig ”egoistisk”. Stortingets sosialkomité hadde sett dette da den behandlet odelstingsproposisjonen (nr. 36 (1967-68)) våren 1969, og sa at den nye loven forutsatte en landsplan. Direktoratet hadde utarbeidet noen premisser for denne plan, som fylkeskommunene fikk som veiledning for sin egen planlegning. Premissene gikk blant annet ut på at sykehus skulle nivå-differensieres: Der skulle være lokalsykehus, sentralsykehus og region-sykehus. Men veilederen hjalp ikke det enkelte fylke så meget, spesielt hjalp den dem ikke til å holde igjen.

694) Økningen i sykehusutgiftene fikk en dag Knut Munch-Søegaard til å foreslå overfor statsråd Fjose at den mangfoldige sivilingeniør og boligbygger Olav Selvaag burde spores om han hadde tanker om hvordan sykehus kunne bygges billigere. Hun sa ja til det og Selvaag ble invitert til et lunchmøte på Bristol. Fra Departementet møtte statsråd Fjose og statssekretær Bjartveit. Selvaag likte ikke komiteer, så han fikk en liten gruppe av sakkyndige med seg på å lage en skisse for hvordan billigere sykehus kunne bygges. Skissen ble presentert på et møte på Klekken, blant annet med Finansministeren til stede. Selvaag var villig til å bygge et prøvesykehus. Departementet forsøkte å få en fylkeskommune til å være med på eksperimentet, men snart gikk regjeringen Korvald av og Selvaag-ideen forble en idé. Den møtte forøvrig motstand både fra arkitekt- og helsefaghold. (Opplysningene er gitt av Kjell Bjartveit, e-brev 24.7.2009 og Ole B. Hovind, 7.10.2008.)

Asvall så straks dette og gikk til Evang og sa at der måtte utarbeides en plan og mente den burde presenteres som en stortingsmelding. Evang sa, -sett igang! Da Mork tok over høsten 1972 gav han full støtte til det planarbeid som var satt igang. Så politisk sensitiv som sykehuspolitikk var, spesielt nå, hadde det ikke vært unaturlig om planarbeidet var overlatt til et korporativt preget utredningsutvalg. Asvall var ikke oppmerksom på at han kanskje "burde" ha foreslått det. Hvorom alt er, arbeidet ble satt igang og gjennomført i Sykehuskontoret, etterhvert med bidrag også fra Psykiatrikontoret og mer alment fra Utredningskontoret. Arbeidet ble imidlertid i all hovedsak konsipert av Jo Asvall. Det fremgår også av formen: Meldingen er skrevet på en svært enhetlig måte. Den holder hele veien et analytisk nivå knapt noen annen norsk helsepolitisk melding har gjort. Den er meget velskreven, uten å være maniert.

Meldingen er ikke kalt en landsplan. Betegnelsen "landsplan" brukes heller ikke i meldingen. Den er, mer byråkratisk, kalt "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen". Den er imidlertid, eller inneholder, en plan, eller en rammeplan og premisser for en mer operasjonell planlegging. Rammeplanen er imidlertid ikke bare en sykehusplan. Den er en rammeplan for hele helsevesenet. Dog konkretiseres den først og fremst hva angår den spesialiserte del av helsevesenet.

Ideen er, som det heter i meldingen, en idé om regionalisering. Vi kunne, mer presist, si det er en idé om medisinsk territorialisering og "demografisering". Det første innebærer at primærhelsevesenet og de ulike sykehus får medisinsk ansvar for å yte bestemte typer tjenester for en territorielt definert befolkning. Sykehusene deles inn i de tre kategorier som allerede var lansert. Lokalsykehusene blir da i all hovedsak bare lokalsykehus og har én befolkning å forholde seg til. Sentralsykehusene får to befolkninger (områder) å forholde seg til, for såvidt som de både skal være lokalsykehus for en mindre befolkning og sentralsykehus for et større befolkning. Regionsykehusene får tre, og tildels fire, befolkninger (områder) å forholde seg til, for såvidt som de, med unntagelse av blant annet Rikshospitalet og Radiumhospitalet, blir såvel lokalsykehus som sentralsykehus og region-sykehus, og i noen tilfeller også landssykehus. Ideen om regionalisering innebærer altså at folks bosted bestemmer hvilke helsetjenesteytende enheter de hører "under". Den innebærer således i noen grad en form for medisinske "stavnband": Skal noen behandles i enheter utenfor sitt område er de "gjester" ("gjestepasienter"). Ideen er altså, i noen grad i motsetning til den idé om "automatisk" finansiering som preget det regime Sykehusloven representerte, "paternalistisk".

Etter den nye planen skal altså helsetjenester deles inn etter medisinske nivåer. Nivåene er delvis definert med utgangspunkt i hvor mange innbyggere som trenges for at det personale som skal utføre en tjeneste får nok erfaring til å kunne utføre den på en kvalitativt god måte. I tillegg kommer hvor faglig-teknisk krevende og kostbart det er å utføre tjenestene. I praksis vil det ofte være et spørsmål om hvor teknologikrevende undersøkelsene, behandlingen og rehabiliteringen er. På laveste nivå, på almenhelsenivå

utføres alle tjenester, medregnet det hygieniske arbeid og omsorgsarbeidet (for eldre og funksjonshemmede), som ikke krever et (videre)spesialisert personale og bruksmessig komplisert og kostbart utstyr. Tjenestene skal ytes på en samordnet måte innen et distrikt. Et distrikt skal omfatte en befolkning på inntil 15 000 innbyggere, men det sies i meldingen at distriktet, av politiske hensiktsmessighetsgrunner i de fleste tilfeller vil omfatte en kommune.⁶⁹⁵ De minst spesialiserte tjenester, det vil i hovedsak si akutt hjelp og generell kirurgi og indremedisin, med tilhørende støttetjenester skal, etter planen, ytes av lokalsykehusene, eller fylkessykehus type II. Planen er her forsiktig og definerer ikke befolkningsgrunnlaget presist, men understreker at de lokalsykehus som er tatt med i de eksisterende fylkeshelseplaner, bør få bestå. Indirekte fremgår det dog at disse sykehus vil ha et befolkningsgrunnlag på opptil 100 000 mennesker, tildels 150 000.

Sentralsykehusene, som blir fylkenes hovedsykehus (fylkessykehus type I), vil ha et befolkningsgrunnlag som bør være høyere enn 150 000, og iallfall ikke under 100 000.⁶⁹⁶ Sentralsykehusene, eller egentlig de kombinerte lokal- og sentralsykehus, vil tilby tjenester innen alle hovedspesialiteter og endel grenspesialiteter, altså både ”sekundære” og ”tertiære” tjenester. Regionsykehusene får, i tillegg til mindre spesialiserte tjenester, ansvaret for de mest spesialiserte (befolkningskrevende), kostbare og kompliserte tjenestene, de ”kviartære” og ”kvintære” (landsoppgaver). Disse sykehus vil ha et befolkningsgrunnlag fra henimot en halv million og oppover.

Da planarbeidet startet dominerte på det somatiske område de to- og tredelte lokalsykehus sykehusbildet. Der var i 1972 tilsammen 75 slike sykehus, med 9 851 plasser. Sentralsykehusene var det 12 av, altså mindre enn ett pr. fylke. De hadde 5 600 plasser. Region- og landssykehusene var der bare tre av, men i tillegg kom 24 spesialsykehus, sykehus som hørte hjemme på de øvre nivåer. De første sykehus hadde 3 808 plasser, de siste 2 144 plasser. Innen psykiatrien var det i 1972 19 institusjoner med 8 323 plasser og 24 klinikker (avdelinger) med 1 252 plasser.⁶⁹⁷ Disse institusjoner var ikke nivåklassifisert.

Rammeplanen forutsatte at medisinsk behandling og omsorg i stigende grad ville bli ”brutt ned” til standardiserte, stadig mer presist beskrevne, tjenester, eller prosedyrer. Slik sett antesiperte den den ”evidensbaserte” eller kunnskapsbaserte medisin; ja, den industrialiserte klinikk, eller iallfall den industrialiserte spesialistklinik. Standardisering var viktig for å kunne overvåke og lede tjenesteytelsen og for å kunne nivåplassere de ulike tjenestene. Planen gikk dog ikke spesielt langt i denne retning, og gav konsesjoner både til det gamle medikrati og til den legmannspolitik som omgav, og ville komme til å fortsette å omgi, sykehusutviklingen. Det første, tildels også det annet, kom til uttrykk gjennom forslagene om å ha ulike f erfaglige råd, tildels med administrative innslag, både i distrikts- og fylkes-helsevesenet samt på nasjonalt helsepolitisk nivå. Spesielt viktig

695) Kfr. *St. meld. nr. 9* (1974-75), s. 67.

696) Kfr. *ibid.*, s. 86.

697) Tallene for somatikken, kfr. *ibid.*, s. 111 (tabell 1), for psykiatrien, kfr. *ibid.*, s. 113 og 114 (tabellene 21 og 22).

var forslaget om å opprette nasjonale rådgivende spesialitetsgrupper for de viktigste medisinske spesialer.⁶⁹⁸ Disse grupper skulle gi Helsedirektøren råd. Men viktig var også forslaget om å omdanne Statens sykehusråd til Statens fagråd for helsevesenet.

De nasjonale spesialitetsgrupper skulle, etter forslaget, særlig bestå av de fremste fagfolk ved universitetene. Slik sett antesiperer de i noen grad den rolle de institusjoner for kunnskapsoppsummering og kunnskapsforvaltning som skulle begynne å komme en knapp generasjon senere. Men nå skulle fagfolkene gi råd mer med utgangspunkt i det de selv hadde i sine hoder enn i noe de hadde samlet inn systematisk, og som de kunne gå god for var ”dokumentert”. De skulle gi råd med utgangspunkt i sin personlige fagautoritet. De var fortsatt også litt medikrater. Det ”modne” moderne og industrielle prinsipp om helt fagliggjort rådgivning ble i forslaget forøvrig ytterligere modifisert, ved at det ble foreslått at faggruppene skulle ha representanter fra fylkes- og distriktshelsevesenet.

Som vi har sett innebar rammeplanen at helsetjenestene skulle nivå-differensieres. De rådgivende spesialitetsgruppene, dominert av fagfolk fra det høyeste nivå, skulle både definere tjenestenes innhold og anbefale nivå-plassering. Også dette var uttrykk for en forholdsvis tradisjonell hierarkisk-medikratiske tenkning: Utviklingen startet på ”toppen”, med utgangspunkt i professorenes egen forskning, men særlig gjennom deres ”import” av utenlandske forskningsresultater. Den ble så formidlet nedover, blant annet på den måten at ettersom prosedyrene ble mer standardisert og teknologien rimeligere, kunne tjenester omdefineres fra kvartære til tertiære og kanskje endog sekundære og primære. Men etterhvert skulle det vise seg at det ikke bare var slik utviklingen skulle bli. Det meste av ny kunnskap skulle fortsette å komme fra utlandet, men veien fra oppdagelser og påvisninger til kliniske retningslinjer skulle etterhvert komme til å gå via meta-forskningsinstitusjoner, eller kunnskapsinstitusjoner, gjennom mer og mindre entreprenøraktige myndighetsorganer og klinikkeiere og klinikkledere, og videre utover i en klinikk uten tydelige nivåer.⁶⁹⁹ Dette var en klinikk hvor de gamle autoriteter, professorene, ville tape posisjon, og måtte konkurrere løpende om den, som forskningsarbeidere og som helsearbeidere. Det var ikke lett å antesipere denne utviklingen i begynnelsen av syttiårene. Vi kan dog konstatere at gjennom ”nr. 9” ble mange premisser lagt, og bevisst lagt, for den industrialiserende utvikling som siden skulle komme også i Norge. Påpekningen i meldingen av den dynamiske overførsel av oppgaver ”nedover” i klinikknivåene, og ”utover”, fra sengeavdelingene til poliklinikkene, er forøvrig nokså konkrete uttrykk for at der i meldingen ble lagt mange premisser for den ”industrialisering” som skulle komme.

Vi har ovenfor nevnt at plasseringen av oppgaver, etter rammeplanen, burde bestemmes mindre av distriktspolitikk og annen interessepolitikk og mer av ”matematikk”. Ettersom fagene og teknologien ble utviklet ville det i

698) Kfr. *ibid.*, s. 105-107.

699) Disse betraktninger er inspirert av en samtale med Ole B. Hovind, en av skaperne av ”nr. 9”, den 7.10.2008.

stigende grad bli mulig å regne ut hvor de ulike tjenester burde tilbys. Det vil si, man kunne regne ut, istedenfor å ”slåss” om hva som var det Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON). LEON-prinsippet skulle ta vare både på de medisinske kvalitetskrav og de økonomiske sparekrav. De siste krav betydde at oppgavene ble skjøvet nedover, mot billigere nivåer, de første at oppgavene ikke ble skjøvet for langt ned, altså til et for lavt kompetansenivå.

*

Lovgivningen for primærhelsevesenet inneholdt ingen bestemmelser om planlegging. Den nye sykehusloven inneholdt noen enkle bestemmelser; den litt eldre psykiatriloven gjorde det samme. Disse bestemmelsene i sykehuslovene var uttrykk for at planleggingsoppgaven begynte å få en fastere og mer profesjonalisert plass i norsk helsevesen, og dermed også i forvaltningen. Etterat Sykehusloven var trådt i kraft, sendte som sagt Helsedirektøren ut en veileder til fylkeskommunene. Den hjalp ikke fylkeskommunene så meget, og de planene som etterhvert begynte å komme til Helsedirektoratet var av varierende innhold og kvalitet. I ”nr. 9” ble det derfor laget retningslinjer for hvordan den videre sykehusplanlegging burde drives: Der skulle lages ett-årsplaner for forandringer i virksomheten. I Direktoratet skulle behandlingen av disse planer erstatte de tidligere detaljerte budsjettprosesser. Årsplanene skulle inngå i fireårige programplaner, og være en slags supplement til Regjeringens langtidspolprogram og langtidstrygdebudsjett. Sentral godkjenning av disse planer var en forutsetning for at fylkeskommunene kunne sette igang den detaljerte institusjonsplanlegging. Fireårsplanene skulle endelig sees i et lengre perspektiv, og for det formål skulle der utarbeides perspektivskisser for en lengre periode. Direktoratet skulle samle skissene i landsskisser.

I meldingen heter det at planarbeidet skulle skje gjennom to faser, en informasjonsfase og en plan- og godkjenningsfase. Der gies mange antydninger om hva fasene skal inneholde, samtidig som det sies at det nye planleggingssystemet må detaljeres før det kan brukes. Det må ellers heter det, gjøres til gjenstand for en kontinuerlig videreutvikling. Vi skal legge til at det nye planstyret, etter forslaget, skal følges opp av et system for driftskontroll og evaluering.⁷⁰⁰

Både rammeplanen og omtalen av den nye planlegging innen sykehussektoren viser at ”nr. 9” representerer en viktig omlegning av Helsedirektoratets og dermed statens styring av helsevesenet. Den medikratiske-juridisk-politiske styring og forvaltning skal erstattes av en mer resultatorientert, nyttestatlig styring og forvaltning. Da systematiker og radikaleren Jo Asvall kom til Helsedirektoratet hadde han ventet å finne at systematiker og radikaleren Karl Evang hadde bygget ut et velutviklet planstyre. Han ble overrasket. Han fant knapt spor av noe slikt. Planstyret ble det hans oppgave å forsøke å innføre, i det minste hva angikk spesialisthelsevesenet. Hadde Asvall lyktes ville meget av Helsedirektoratets

700) Planleggingssystemet er omtalt i meldingen, *op. cit.*, s. 107-110.

virksomhet kunne ha blitt omdannet fra det medisinsk-juridiske, med innslag av det lempolitiske, til det mer alment mål- og resultatorienterte, eller om man vil, fra det medikratiske-rechtsstatlige til det nyttestatlige. Hele Direktoratet ville ikke ha blitt nytteorientert, men meget ville det. En slik orientering ville også kunne ha fremskyndet spesialiseringen og utskillelsen av tilsynsoppgaven – eller for den saks skyld, den nyttestatlige oppgaven. Det var jo, som vi skal se, det siste som skulle skje, i 2002, etterat en antydning var gitt i 1994.

Sykehusplanen var preget av at den var skrevet av medisinere. Den tok utgangspunkt i de medisinske oppgaver (kalt funksjoner) og foreslo en mer systematisk gjennomtenkt fordeling av dem (mellom nivåene). Det er derfor ikke så underlig at en annen side er mindre utviklet, nemlig den overordnede styringssiden. Planen er ikke formulert på noen rigid og utfordrende måte. Den er skrevet med betydelig grad av politisk *Fingerspitzengefühl*, av en mann, Jo Asvall, som hadde politisk teft og trivdes godt blant politikere. Sommeren 1974 ledsaget han medlemmene av Sosialkomiteen på fagtur til Tyskland, Sveits og Nederland. Han beskriver idag turen som svært hyggelig og svært nyttig. Stemningen var god, allerede fra busstart i Oslo, og Asvall ble godt kjent med politikerne. Etter noen dager sammen, bemerket han nå, merket man ikke hvilket parti de ulike representanter tilhørte.⁷⁰¹

Men skulle planen gjennomføres på en nesten ”matematisk” måte, krevdes det en bestemt, politisk skjermet styring og ledelse. Planen krevde en ledelsesprofesjonalisering. Helsevesenet hadde alltid, omenn i varierende grad, vært preget av politikk og til syvende og sist av maktfordelingen i de politiske organer. Nå måtte, om planen skulle bli til praksis, politikken i stor grad bort, bortsett fra når det gjaldt de overordnede beslutninger, inkludert de viktigste verdi- og interesseavveininger. Disse beslutninger gjaldt ikke minst ressurstildelingen til (spesialist)helsevesenet og prinsippene for planen. Det første, pengene, ble stadig viktigere, siden helsevesenet fikk en nesten dramatisk vekst utover i syttiårene, og siden den økonomiske krisen i Vesten (verden) skapte betydelig bekymring for den almene vekst i de offentlige utgifter.

I meldingen ble det lagt opp til at den ”sentrifugalt” og ekspansivt virkende kurpengeordningen måtte erstattes av en ”objektivt” basert finansiering, basert på rammebevilgninger, hva gjaldt statens bidrag. En slik finansieringsordning ville gi staten en viss kontroll over de totale utgifter, en mulighet for å begrense de geografiske skjevheter i tildelingene og et grunnlag for en mer bestemt økonomiledelse fra fylkeskommunenes og sykehusenes side. Hva det siste angikk, bør vi legge til at ved at pengene i hovedsak skulle komme ovenfra ville det styrke de sentripetalt virkende ledere og svekke de sentrifugalt virkende helsefagfolk og deres pasienter og støttespillere.

Rammeplanen tok imidlertid ”taust” utgangspunkt i at kommuner og fylkeskommuner nå skulle overta det direkte styringsansvaret for almen- og

701) Jo Asvall i samtale 18.12.2008.

spesialisthelsevesenet. Det måtte gi politikken bedrede kår. Fra 1976 ville også fylkeskommunene bli et ”normalt” politisk nivå, og fungere med utgangspunkt i et direkte folkevalgt fylkesting og en egen fylkeskommunal administrasjon. Det skulle da også snart vise seg at politikken kom til å spille stor rolle. Det førte igjen til at utgiftene fortsatte å stige mer enn forutsatt, og ellers til at planens strukturimplikasjoner (etter LEON-prinsippet) ikke ble realisert. Fylkestingene og de interessegrupper som trykket på dem fikk en svært ekspansiv funksjon. Innad i sykehusene støtte de nye direktører – ”alminnelige” direktører erstattet nå de administrerende overleger og deres forvaltere – på store problemer med å hevde sin autoritet overfor selvbevisste overleger. I tillegg kom striden mellom leger og sykepleiere, som ble uttalt fra 1972-1973 av, til ytterligere å svekke sykehuslederne.

Innad i Helsedirektoratet slo også politikken ut. Der ble dragkamp mellom de noe mer ekspansive leger og de unge økonomer, Alfred Kvalheim, Jan Grund og Per Eikeland. Økonomene hadde god kontakt med både Finansdepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet. De fikk også støtte av Reidar Bang og Økonomi- og personalkontoret. Legene hadde laget selve Planen. Da fylkeskommunenes planer skulle behandles i Direktoratet, tok økonomene (og juristene) igjen.⁷⁰² Deres innf ytelse økte nå. Den kulminerte med innføringen av rammefinansieringen i 1980. Rammefinansieringen ble innført på grunnlag av en utredning laget av et utvalg ledet av nettopp ekspedisjonssjef Alfred Kvalheim. Kvalheim var nå gått til Departementets trygdeavdeling, men representerte den nyttestatlige tenkning økonomene i Direktoratet og Finansdepartementet stod for.

Rammefinansieringsordningen virket faktisk tilstrammende, skjønt i mindre grad omkostningseffektiverende. Den førte imidlertid også straks til at sykehuskøene begynte å vokse. Sykehuskøer ble et viktig tema i valgkampen foran valget i 1985, og bidro til at Regjeringen måtte gå bort fra den stramme budsjettpolitikken overfor sykehusene. Politikken ”seiret” igjen.

Politikken undergrov på mange måter grunnlaget for ”nr. 9”. Rammepланen forutsatte en langt mer avpolitisert styring og ledelse enn den man fikk, og forsåvidt kunne få. Men ”nr. 9” var ikke dø med dette. Den fortsatte å ”gjelde”. Den gjelder på et vis fortsatt. Vi skal komme tilbake til det.

”Nr. 9” legges frem

”Nr. 9” ble lagt frem den 21. juni 1974. Den 16. april 1975 leverte Sosialkomiteen sin innstilling.⁷⁰³ Arbeiderpartiets Gunnar Hvasshovd var saksordfører. Innstillingen ble tatt opp til behandling i Stortinget 6. mai 1975. Innstillingen er lang og grundig, men nokså prosaisk. Dens forfatter får nok frem de prinsipper som lå til grunn for planen, men på en slik måte at han tar mye av det styrende ”trykk” ut av planen. Istedenfor tilpasser han meldingen og planen til politikken logikk, altså en logikk preget av enkelt-

702) Vi baserer oss her på intervjuer med flere av de ansatte fra Direktoratet i disse år, blant annet Jan Grund, Reidar Bang (25.11.2008), Jo Asvall (18.12.2008), Kjell Hole (10.11.2008) og Ole B. Hovind (7.10.2008).
703) *Innst. S. nr. 236 (1974-75)*, SF 6 a1.

saker, interessepolitikk og ”løpende” beslutningsfatning. Han gjorde en ”stor” melding ”liten”.

”Asvalls” rammeplan hadde som et uttalt formål å profesjonalisere den helsepolitiske styring, altså ”avpolitiserer” den: Gjennom rammeplanen skulle politikken, og dermed fremtidige politikere, i betydelig grad bindes. Den løpende politikk skulle begrenses og erstattes av profesjonell iverksettelse (planrealisering). Man kan nok si at det var denne ”avpolitisering” og binding sakens ordfører, på vegne av Komiteen, advarte mot, da han skrev:

Komiteén vil peke på at det knytter seg mange usikre omstendigheter til den videre samfunnsutvikling og mener at dette tilsier at man ikke binder de langsiktige løsninger altfor sterkt til konkrete prognoser og virkemidler som er preget av dagens situasjon. Komiteén mener derfor at det er viktig å legge opp til et fleksibelt system som gjør det mulig å ta hensyn til lokale variasjoner og fremtidige vedtak som vil få direkte betydning for den videre utvikling.⁷⁰⁴

Både resten av innstillingen og storparten av den omfattende stortingsdebatten 6. mai 1975 ble preget av meldingens tilpasning til den konvensjonelle politikk. Det er derfor typisk at de små sykehus skjebne får stor oppmerksomhet, en vernende oppmerksomhet, tør vi si. Saksordføreren understreker også det i sitt innlegg i stortingsdebatten. Han begynner sitt innlegg slik:

Under sakens behandling i sosialkomiteen har komiteen mottatt en rekke skriftlige henvendelser, i alt 38, fra offentlige myndigheter, organisasjoner og privatpersoner. Jeg finner ikke grunn til å nevne hver enkelt henvendelse, bortsett fra at det blant dokumentene foreligger vel 26 000 underskrifter som ble innhentet av Aksjonskomiteen for oppretthaldning av lokalsjuehusa i Sogn og Fjordane, innhentet i tiden 5.-14. mars 1974.⁷⁰⁵

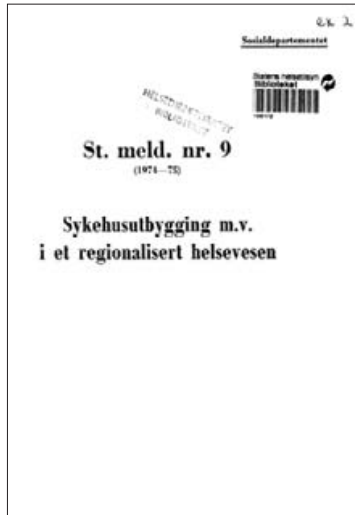
Mange av dem som tok ordet fulgte, selvsagt, opp komitéformannens ”invitt”. Ikke én representant gikk til ”angrep” på småsykehusene, eller for den saks skyld til forsvar for de store, men mange forsvarte de små, alle de små. Statsråden måtte også stadig opp på talerstolen for å bekrefte at han ikke ville nedlegge noe sykehus fylkeskommunene tok med i sine planer, nemlig alle. Siden det var en debatt om en generell plan unnlot dog de fleste å tale spesielt for ”sine” sykehus. Noen tok imidlertid, på stortingstypisk vis, opp svært lokale og spesielle saker, uten å sette dem inn i et mer alment perspektiv. Jo Benkow, Høyres prominente sosialpolitiske talsmann, spurte således Statsråden om de store kapasitetsproblemer ved Rikshospitalets røntgenavdeling.

Både innstillingen og debatten gav ellers Finansdepartementet lite å glede seg over. Begge hadde en utgiftseksponsiv mer enn en besparende tone.

704) *Ibid.*, s. 2.

705) *St.tid.* 1974-75, s. 3982. SF 7c.

Selv om innstillingen og stortingsdebatten viste at politikerne i viktige henseender undergrov planen, sluttet de seg formelt, og nesten uten dissenser, til meldingens prinsipper. To av komitéens medlemmer, begge SVs representanter, hadde noen almene dissenser. De konstaterte, og man må si – på en måte som sier mer om dem enn om meldingen – at ”meldingen generelt er meget diffus og uforpliktende på en rekke viktige punkter”.⁷⁰⁶



Forsiden på den berømte ”nr. 9”.

Der kom imidlertid i stortingsdebatten nesten en dissens, endog fra en representant for regjeringspartiet. Dissenteren tok utgangspunkt i de ”politiserende” bemerkningene i komitéinnstillingen. Han mente at de var mer alvorlige enn forfatteren og hans komitékolleger hadde gitt inntrykk av. Bemerkningene burde egentlig ha gitt opphav til en prinsipiell debatt om Stortingets tro på planstyringens velsignelse. Som regjeringsmann foreslo han ikke en eksplisitt avvisning av planen, men han stilte så mange spørsmål med dens styringsfilosofi at han nesten kunne ha foreslått avvisning. Han ville føre videre det politiske legmannsstyres styringsfilosofi, og ikke for eksempel frata morgendagens politikere friheten til å ombestemme seg, eller bestemme noe annet. Politikken var i sin natur løpende, og det burde den fortsette å være, mente han.

I sitt innlegg nevner han innstillingsforfatterens advarsel mot å binde seg til planens langsiktige løsninger, og fortsetter:

Dette er kloke ord og eit nødvendig tillegg til St.meld. nr. 9, som mange stader kan verke svært planorientert og planleggingsoptimistisk. Dette er i så fall ein optimisme som det etter mitt syn berre er måteleg grunnlag for.

....

706) Innst. S. nr. 236, op. cit., s. 4.

*Eg har merka meg at SV kritiserer meldinga for at ho er for diffus og lite forpliktande. Eg vil heller seie at meldinga på noen punkt går for langt i å stille opp eksakthet. Planlegginga vil ofte kontrollere utviklinga og helst programmere ho. Ei sentral målsetting, som komiteen også siterer, er "optimal utnytting av ressursane". Dette er vel og bra. Men det er berre **eitt** som er sikkert ved dei mange planane som her er lagde opp, og det er at prognosane ikkje kjem til å halde, og at politikarane må bu seg på stor overraskingar. Denne planlegginga omfattar så mange usikre faktorar at det ville vere reine slumpen om vi idag kunne legge fullt ferdige planar for sjukehusbygginga her i landet.⁷⁰⁷*

Han går vidare i sitt anrep på planleggingen som binding av morgendagens politikk og politikere:

Planlegginga skal derfor ikkje låse fast alternativ, men snarare halde alternativ opne og gi oss utvegar for alternative val. For politikarar er det viktig å vere klar over at det ikkje berre er føresetnadene som endrar seg undervegs, men også målsettingane. Den som er i tvil om det skal berre prøve å gå tilbake til den heitaste debatten om sentralsjukehusa for noen år sidan, og bli slått over kor forskjellig den debatten på mange måtar var frå den som blir ført i dag.

Som vi ser, her advarer han ikke bare mot den planlegging som gjør at politikere må binde seg til masten for ganske lang tid, han vil, "politokratisk", at planleggerne skal bidra til at politikere blir enda friere til å drive "løpende" politikk. De nyttestatlige representanter bør, mener han åpenbart, mest mulig underkaste seg legmannspolitikken logikk.

Han er ikke uvitende om hvem som står bak "prognosane" og dermed planen. Bak dem har som regel "lækjarar" stått, men

Det er ingen ting som tyder på at lækjarar er utdanna som planleggarar. Det er tvert om svært mykje som tyder på at lækjarar er dårlege planleggarar også innafor sitt eige felt.

Han legger til at dette mer er ment som som påpekning av begrensningene i denne type planlegging enn som kritikk av leger. På denne tiden var forøvrig hans yngre søsken, en bror og en søster, på vei inn, eller ut, i en medisinsk karriere.

Dissenteren må få ordet et par ganger til. Først skal han igjen få uttale seg om legmannspolitikken forrang for nyttstatslogikken (planleggingslogikken):

For oss politikarar, er det viktig å sjå edrueleg på den planlegginga som her blir presentert, også fordi det med omsyn til det samla resultatet kan vere ein føremon at vi følgjer vårt lenge innarbeidde prinsipp om å ta problema etter kvart som dei oppstår. Dersom langsiktige, spesifiserte

707) *Ibid.*, s. 4027. De to neste sitater fra denne dissenter er fra samme side og de to siste fra s. 4028.

planar bygger på mangelfulle føresetnader, blir det trueleg eit betre resultat om vi framleis bygger på dei nokså generelle målsettingane som politikarane opererer med, og justerer kartet etter terrenget i den løpande prioriteringsprosessen.

Han avslutter sitt innlegg med å peke på spenningen mellom Planen og desentraliseringen av den helsepolitiske makt, en spenning vi ovenfor har understreket:

Og eg trur at vi må sjå i auga at dette kravet til lokal styring vil bli enda sterkare i året som kjem. Det tyder at vi ikkje kjem til å få ei optimal utnytting av ressursane, men noe heilt anna, fordi desentraliserte avgjerdsler vil ha så sterk eigenverdi at dei vil slå gjennom.

Ingen kommenterte hans prinsipielle, og egentlig dramatiske, betraktninger, ei heller Sosialministeren. Hans kolleger forstod ikke at det var dem og deres måte å drive politikk på han forsvarte, men forsvarte på en måte ingen av dem hadde noen dypere prinsipiell forståelse av. Derfor kunne de gi Planen sin tilslutning, samtidig som det var åpenbart at de ikke ville komme til å ta den alvorlig, som dissenteren spådde.

Stortingsrepresentant Einar Førde (A), syttiårenes mest begavede parlamentariker, ble ”sannspådd”. Planen kom, i denne omgang, til å drukne i lokalpolitikk. Det skulle ha hjulpet at det sentrifugalt virkende kurpengesystemet fra 1980 ble erstattet av en langt mer sentripetalt virkende rammefinansiering. Det gjorde ikke det, ikke mer enn en kort stund – nemlig inntil sykehuskøene var blitt for lange. Hva han ikke forutså, eller iallfall nevnte, var at den også kom til å drukne i sykehusintern (legmanns)politikk: legene kom på kant ”oppover” med sine nye, ofte svært fremmedartede, foresatte, og ”nedover” med sine tidligere så lydige tjenerinner, sykepleierskene, eller nå snarere sykepleierne.

Drøyt to år etter denne debatt forlot Asvall Helsedirektoratet. Med ham forsvant også meget av trykket bak planleggingsprofesjonaliseringen. Litt etter litt ble det han hadde bragt inn av ny profesjonalitet oppløst i ”løpende planlegging”, en planlegging som snart heller burde kalles tradisjonell forvaltning. I en viss forstand var ikke det altfor farlig. Senhøstes ble meget av planleggingsoppgaven sendt med dem som forlot Direktoratet og skulle bygge opp den nye Helseavdelingen. De møtte der en sjef som iallfall hadde noe til felles med deres forrige, nemlig at han var en politiserende lege. At planleggingen slik ble adskilt fra iverksettelsen og tilsynet, var allikevel et skritt i retning av en større grad av oppgavemessig spesialisering og i prinsippet profesjonalisering av helseforvaltningen.

Vi kan ikke la være å legge til at det hadde vært spennende om de to store fra den gang, plansosialisten Jo Asvall og ”politikkososialisten” Einar Førde hadde fått møte hverandre i ”åpent lende”.

Utredningskontoret som planleggende organ og "Helseplan for 1980-åra" – den grunnske plan

Vi har nevnt at legene som utarbeidet LEON-planen satt i Helsedirektoratet, og at de hadde et visst samarbeid med de spesialiserte planleggere i Direktoratet, de som satt i Utredningskontoret. Legene forutsatte at deres plan skulle integreres med en økonomisk plan, altså at regionaliseringsideene skulle settes ut i livet innen en ordning med objektivt basert rammefinansiering: Ikke bare skulle matematikk "bestemme" den romlige fordeling av de medisinske funksjoner, den skulle også "bestemme" fordelingen av ressursene – om ikke det samlede ressursomfang, altså den samlede prioritering av helsehensyn. Det var også, ut fra det moderne, og stadig mer aktuelle, styringsperspektiv, målstyringsperspektivet, nødvendig å integrere medisin og økonomikk: Helseutbyttet måtte sees i sammenheng med omkostningene, det vil si, med hensynet til alle andre verdier (enn helse). Man kunne også si det slik: legens arbeid er både medisinsk, det vil si legende, og økonomisk, det vil si ressursforbrukende, og nå måtte man, på en systematisk måte, se de to sider ved legearbeidet i sammenheng. LEON skulle og kunne kombineres med objektivt basert rammefinansiering.

Det konkrete arbeidet med den økonomiske del av den integrerte plan startet like etter at Stortinget hadde gitt sin tilslutning til LEON-planen, nemlig høsten 1975. Dette planleggingsarbeidet ble imidlertid delvis f yttet ut av Direktoratet. Det skjedde nok i stor grad i Utredningskontoret, men formelt skjedde det gjennom et formelt utredningsutvalg. Det ble oppnevnt 7. november 1975 og kom med sin innstilling den 9. februar 1977.⁷⁰⁸

Utvalgets leder ble, som vi har nevnt, lederen for Utredningskontoret, Alfred Kvalheim. Slik sett skjedde mye av planleggingsarbeidet internt i Direktoratet. Utvalget var allikevel et vanlig, halvt korporativt, utvalg, med interesse-representanter, to fra Norske Kommuners Sentralforbund, én fra Oslo kommune og en fra hver av de viktigste statlige interessenter, Finansdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Rikstrygdeverket.

Utvalget leverte det som var bestilt, et vel gjennomarbeidet forslag om rammefinansiering. Som vi har nevnt ble forslaget akseptert av Regjering og Storting og gjennomført fra 1980. Finansieringsordningen var viktig for å få LEON-planen til å virke. Men som vi har sett, den var ikke nok. Både LEON-planen og rammefinansieringen skulle etterhvert bli til mer staffasje enn virkelighet. Som Einar Førde hadde spådd: Politikken og politikerne lot seg ikke dressere i den grad planleggerne hadde forutsatt.

Da Direktoratet ble delt og mye av planleggingen ble f yttet til Departementet, f yttet mange av planleggerne med. Alfred Kvalheim dro før delingen, til Trygdeavdelingen i Sosialdepartementet. Hans etterfølger som planleggings-sjef, Jan Grund, dro ved delingen og ble, for en stakket stund, underdirektør i den nye planseksjonen i Helseavdelingen i Sosialdepartementet.

708) NOU 1977: 22 Finansiering av helseinstitusjoner.

Men før Jan Grund dro, utarbeidet også han, sammen med noen andre, en plan, endog en ”altomfattende”, nasjonal helseplan. Den var, som vi har nevnt, ikke egentlig en offisiell plan. Den ble ikke lagt frem for Stortinget som en melding. Den ble, som vi har nevnt, publisert som en debattbok på Gyldendal Norsk Forlag. Sosialministeren hadde skrevet forord til boken og understreker at ”Alle konklusjoner står for forfatternes regning”. Han legger til: ”Noen av dem (konklusjonene) vil det være alminnelig enighet om – andre er mer kontroversielle”. Han håper boken ”vil stimulere til bred og fruktbar debatt om helsetjenestens utvikling”.⁷⁰⁹

Grund skrev boken, eller utarbeidet planen, i Direktoratet, men i samarbeid med Peter F. Hjort, Christian Lerche, Torbjørn Mork, Trine Normann, Martha Quivey og Harald Siem. Han skrev den på en slags oppdrag, men for så vidt et oppdrag han selv hadde bedt om å få, av sin øverste sjef, og medarbeider, Helsedirektøren, og av sin forrige sjef, overlege Peter F. Hjort i Gruppe for helsetjenesteforskning.⁷¹⁰ St.meld. nr. 9s plan var medisinsk-organisatorisk programmerende. Meldingen om sykehusfinansieringen var økonomisk-strategisk. Begge disse planene var målorienterte og forholdsvis nyttestatlige. Til sammen utgjorde de et slags hele, men manglet, som helhet, det tydelig prioriterende. De var preget av at økonomien var iferd med å bli en alvorlig bekymring, men løftet ikke bekymringen opp til toppen av dagsordenen. Grunds plan kombinerte det medisinsk-organisatoriske og det økonomisk-strategiske i ett grep, og gav prioriteringsspørsmålene første-prioritet. Slik sett reflekterte planen tidsånden.

Nå var ”blåmandagen” etter motkonjunkturpolitikken, eller ”Kleppepakkene”, kommet. Noe måtte gjøres. Regjeringen hadde for så vidt allerede begynt å gjøre noe. Da rammefinansieringen kom i 1980 brukte Nordlis regjering straks den til å stramme inn overfor sykehusene. Den politikken ble fortsatt av regjeringene Brundtland I (1981) og Willoch (1981-). Grund stilte seg, med sin plan, bak denne politikken. Men han gikk videre; han (og hans medarbeidere) pekte på hvordan helsevesenet burde tilpasse seg en lavere vekst: Det må ”vri kursen”. Det spesialiserte helsevesenet burde fortsatt få en liten vekst, men altså liten. Det almene helsevesenet, med tidlig behandling, forebyggende innsats og ulike typer omsorg, burde få en høyere vekst. Ja, som syttiårene hadde vært sykehusenes tiår, burde åttiårene bli distrikts-helsevesenets tiår. Umiddelbart kunne en slik omprioritering høres brutal ut: Den innebar, om man ser bort fra omsorgsopptappingen, at man skulle ta fra de mest syke og gi til de mindre syke eller de ennå ikke syke. Grund og hans rådgivere mente imidlertid at det ikke behøvde å bli slik: Hvis helsevesenet kunne ta seg av flere tidligere, og helst før de ble syke, kunne man på lengre sikt dempe etterspørselen etter kostbarere spesialisttjenester. Man kunne slik få i pose og sekk: Man kunne få mer helse(tjeneste) for pengene.

Der hadde lenge vært talt om at politikken burde legges om i en slik retning, men ingen regjering hadde lyktes med denne omleggingen. Grund & Co. pekte nå på hvordan man kunne gjennomføre den, om de enn ikke var

709) Jan Grund m.fl., *Helseplan for 1980-åra, op. cit.*, s. 9-10.

710) Gruppen ble etablert i 1975, på grunnlag av bevilgninger fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd.

spesielt konkrete. De la vekt på *viljen*. På ett punkt var de imidlertid konkrete: For å redusere og vri veksten burde utdanningskapasiteten reduseres for noen av helsefaggruppene, til dels betydelig; for leger burde den straks reduseres med 10-15 prosent og for hjelpepleiere burde den reduseres med 25 prosent umiddelbart og med ytterligere 25 prosent fra 1985. For de øvrige grupper ville ikke Grund foreslå noen reduksjon i antallet utdanningsplasser.

Grunds plan avvek fra de to andre planene ved å være mindre tydelig nyttestatlig. Den brøt ikke med nyttestatligheten, men den var mindre programmerende og mer åpen for politikk, altså for den logikk som preger politikken og som Einar Førde var en så interessant talsmann for våren 1975. På s. 23, under titelen ””Spillet” om helsetjenesten”, skriver Grund og hans medforfattere således:

Utviklingen i helsetjenesten formes ikke gjennom rasjonelle valg, men i et ”spill” mellom mange interessegrupper – pasientene og deres interesseorganisasjoner, fagfolk og deres interesseorganisasjoner, kommunene, fylkeskommunene, staten, som alle har som oppgave å fremme sine egne interesser.

I mange tilfeller gir dette ”spillet”, fremholder de, utfall som for alle parter er dårligere enn et annet, mer samarbeidspreget, utfall. Spillet er altså i mange tilfeller et avmaktsspill. Grund & Co. skriver så: ”Vi ser på denne boka som et forsøk på å påvirke spillet ved å legge fram forslag til en samlet plan for helsetjenesten”. Som de formulerer seg ønsker de imidlertid knapt å påvirke ”spillet”. De ønsker å ”velte” spillet, altså erstatte ”spillet” med argumentasjon, eller rasjonelle valg, det de noen avsnitt tidligere nærmest har sagt er umulig. Der Førde mente man hverken kunne eller burde ”overskride” politikken, mente Grund & Co. at man iallfall burde *forsøke* å overskride politikken. Deres plan og bok utgjorde deres forsøk. De utgjorde et, intellektuelt sett, godt forsøk. Men det viste seg nokså raskt at boken ikke kom til å virke spillveltende. Det gikk som Einar Førde hadde spådd, og for såvidt som også Grund og hans medarbeidere hadde åpnet med å si: Makten vil rå. Interessentene, særlig de lokale, sørget for at spillet, etter forholdsvis kort tid, tok seg opp igjen. Den grunnske plan ble således viktig først og fremst fordi den fremholdt at planlegging ”må” være strategisk, og spesielt maktstrategisk: Det er spilt møye å lage planer som det er politisk ”umulig” å få vedtatt.

Jo Asvall kom til å introdusere en mer ambisiøs form for nyttestatlig planlegging i helseforvaltningen. Han ble ikke sittende lenge nok til at denne planleggingen fikk slå rot og bli til tradisjon. Dog fortsatte hans plan å spille en helsepolitisk rolle. I det nokså ferske Utredningskontoret vokste det også, naturlig nok, frem en mer systematisk planleggingsvirksomhet, først en forholdsvis tradisjonell økonomisk planlegging, siden, under Jan Grund, en mer politisk-økonomisk, eller som hans og hans rådgivere kaller den, en

strategisk planlegging.⁷¹¹ Den fikk, mer enn den tidligere planlegging, et personlig preg: Grund fremstod som en ”politisk” planlegger. Hans modus operandi og bakgrunn bidro til det. Han var iderik, hadde pedagogisk ”trykk”, var sosial og omgjengelig og var stadig på farten – på farten for å spre sitt litt spenningsfylte budskap, om maktsillet og prioriteringens nødvendighet. Han syntes i det helsepolitiske landskap og kunne lett ha blitt enda mer av en ”spiller” selv. Han hadde ”dynastisk” tilknytning til Arbeiderpartiet og ble ved iallfall én anledning vurdert som en mulig statsråds kandidat.⁷¹²

Grunds rolle som planlegger ble enda mer personlig enn Asvalls, og, delvis derfor, mindre tradisjonsskapende. Det siste skyldes dog også at den helsepolitiske planlegging ved delingen av helseforvaltningen ble overført til Departementet, som Grund selv ble.

At planleggerne i Morks første tid fikk spille en så sterkt personlig rolle skyldtes ikke minst at planleggingsfunksjonen var så lite utviklet i Direktoratet. Der var ingen tradisjon som ”passet på” planleggerne. I Utredningskontoret var det ikke tradisjoner av noe slag, og der fikk planleggerne utfolde seg friest. Dem, altså planleggerne, kunne folk i de etablerte kontorene se på som mindre relevante. De kunne i praksis se bort fra dem. Endog en mann fra det mest planleggende fagkontoret, Sykehuskontoret, Eilif Rytter, konstaterer at ”Planleggingen var litt utenfor systemet”. Utredningskontoret var ferskt og uferdig. Deres planer ble litt abstrakte.⁷¹³ Men heller ikke Sykehuskontoret hadde ”satt seg” slik de andre kontorene hadde. Her var det derfor mulig å bygge opp et eget planleggingsmiljø, for en tid. Mange så imidlertid også på dette miljøets planlegging som nokså teoretisk. En av dem som gjorde det var Jon Bjørnsson.⁷¹⁴

*

Driften av Direktoratet selv var i all hovedsak, under Evang som under Mork (1972-1983) preget av evolusjonært utviklede tradisjoner. Endringene ble i begrenset grad planlagt, og i den grad de ble det, kom de utenfra, for eksempel fra utredningsutvalg eller Rasjonaliseringsdirektoratet, eller ovenfra, fra Departementet. En del endringer skjedde innenfra, men mer med utgangspunkt i de enkelte kontorer enn i Direktoratets ledelse. Der var ingen innad som før 1983 talte om målstyring og virksomhetsplanlegging. Den viktigste ”indre” endringen, organisasjonsreformen i 1983, kom, som vi har sett, med utgangspunkt i planer som ble utarbeidet over Direktoratet, i Departementet.

711) Grund, *op. cit.*, s. 25-26.

712) Grund er sønn av Inger Louise Valle (1921-2006), statsråd i flere departementer både i Brattellis (I og II) og Nordlis regjeringer. Grund var aktuell som statsråd i Brundtland III-regjeringen.

713) Fra samtale med Eilif Rytter 10.10.2008.

714) Mange av medarbeiderne i Direktoratet fra denne tiden bekrefter det, blant annet Bjørn Jøldal, Eilif Rytter, Ole B. Hovind og Kjell Hole.

Styring, ledelse og iverksettelse

Som vi har sett var Torbjørn Mork, som Karl Evang, intenst opptatt av politikk, og ”politiserte” ikke så rent lite. Evang var nok, som vi har påpekt, noe mer ”kontrollert” i sin politisering, men politiserende var han ikke desto mindre. Den heisstatus Helsedirektøren hadde, gjorde det også enklere for ham å politisere, på medikratiske premisser, enn om han bare hadde vært sjef i et ”uavhengig” direktorat, som de fleste andre ”riksdirektører” var.

Evang klarte, som vi har sett, å bygge opp en medikratiske forvaltning. Men han måtte også se, som vi har påpekt, at denne forvaltning etterhvert kom på defensiven. Da Mork kom var det for sent. Fra sent på året i 1983 var ikke lenger Mork sjef for et direktorat som forberedte politikken som skulle drives. Hans direktorat var ”avpolitisert”. Vi skal snart se at det klarte ikke Mork helt å ta inn over seg. Han skulle forbli en politiserende, men helsepolitisk stadig mer avmechtig, helsedirektør.

Morks politiserende stil oppad og utad ble i beskjeden grad fulgt opp av hans medarbeidere. De fleste av dem var slik forsiktige byråkrater. Tildels forsøkte de også, forgjeves, å få Helsedirektøren til å bli politisk forsiktigere. Av og til kunne nok yngre, ivrige direktoratsfolk uttale seg litt uforsiktig til pressen, eller de kunne være litt friske i et foredrag. Det skjedde blant annet i sykehuspolitikken fra midt i syttiårene, og senere skulle det skje i HIV/AIDS-politikken. Det ble påtalt, av og til også av Helsedirektøren selv. Helsedirektøren var imidlertid i slike situasjoner forståelsesfull og utad forsvarte han alltid sine medarbeidere. De kunne stole på ham, selv om de hadde opptrådt uskjønsomt.

Hvis vi går videre fra planleggingen og ”oppoverpolitikken” til iverksettelsen og det vi kunne kalle nedover-politikken, engasjerte Mork seg mer episodisk, nemlig i saker som kunne skape oppmerksomhet og uro, altså i iverksettelsens politikk. Han var ikke, som vi har sett, noen utpreget forvaltningsleder, som Bjørnsson eller Munch-Søgaard, eller Bang. De var mer opptatt av å iverksette politikken, ja, av å forvalte, politikken enn av å utvikle og endre den. Det var også endel av helsefaglederne, men på en måte som kombinerte det juridisk forvaltningsmessige og det helsefaglige. Tydeligst gjaldt det de to mest erfarne lederne, Bjørn Jøldal, overapotekeren og Per Bærum, overtannlegen. De hadde opparbeidet seg en posisjon innenfor apotek- og tannlegevesenet som lignet den posisjon Evangs ”kardinaler” hadde (hatt) innen de områder de hadde bestyrt, og i noen tilfeller bestyrte litt inn i Morks første periode. Noen av de nye overlegene, særlig Øyvind Aarflot og Tor Ødegaard, inntok litt av den samme holdning, selv om de ikke straks kunne få den posisjon deres forgjengere hadde hatt. Sykehus-sjefene, Sverre Harvei, Jo Asvall og Ole B. Hovind, var mer planleggere og tildels ”politikere” av legning enn de andre helsefaglederne var, og forsåvidt deres forgjengere under Evang, hadde vært. De brukte mye tid på utviklingsarbeidet, og kunne også opptre litt ”politisk” på iverksettelsessiden: De var idédrevne og klarte ikke å være forsiktige, ansiktsløse forvaltere.

Forhandlingene om lønns- og arbeidsvilkår, særlig for legene, men også for de andre yrkesgruppene var en halvt politisk, men viktig, oppgave. I vår sammenheng var den særlig viktig fordi den gjaldt utformingen av legerollen, og de andre gruppers roller. Som vi har sett var medikraten Evang skeptisk til den helt liberale varianten av legerollen. Han ville at legene skulle være offentlig ansatt, men allikevel faglig og ledelsesmessig frie, altså selvstyrte. Mork hadde overtatt Evangs holdninger også på disse punkter. Han kom imidlertid ikke, som helsedirektør, til å spille en så aktiv ”rollepolitisk” rolle som Evang. Denne rollen var det nå i langt større grad de offentlige arbeidsgiverorganer som spilte, altså det nettopp (1972) ”konsoliderte” Norske Kommuners Sentralforbund, Oslo kommune og staten ved det nye Forbruker- og administrasjonsdepartementet.⁷¹⁵ I tillegg spilte, hva refusjonene angikk, Rikstrykdeverket en rolle, skjønt en synkende sådan. Sosialdepartementet, ved Helsedirektoratet, spilte en rolle på den statlige side i forhandlingene, men uten å ha det egentlige ansvar. Helsedirektoratet spilte også en rolle gjennom deltagelse i en del forberedende arbeider, som da det var representert i det såkalte ”Nimannsutvalget” (1972-1974), et utvalg som skulle se på prinsippene for normalansettelsesvilkårene for sykehuseleger.⁷¹⁶ Men Direktoratets rolle var ikke stor. Helsedirektørens ønske om ”sosialisering” av legevesenet gjorde også at han og hans direktorat ikke så det alment demedokratiserende over den rollen arbeidsgiverne nå spilte. Arbeidsgiverne, med NKS i spissen, presset på for å gjøre legerollen mer til en arbeidstagerrolle, og vant i løpet av 1970-årene frem på noen viktige punkter; blant annet oppnådde de at normaltariffen ble forhandlingsgjensstand (1974), at underordnede leger gav opp poliklinikken som privat praksis (1976-1977) og måtte underkaste seg tjenesteplaner og skrive timer (”portøravtalen”) og endelig at overordnede leger gav opp, eller solgte, retten til privat poliklinikkpraksis, og gikk med på at de legelig bestemte normalansettelsesvilkårene ble erstattet av en tariffavtale.⁷¹⁷ Men ved at leger f est slik gjorde seg til arbeidstagere, eller kontraktører (overfor det offentlige) tapte også de og deres forening retten til ”ensidig” å styre seg selv.⁷¹⁸ Lægeforeningen startet med det omdannelsen fra hovedsakelig å være en standsforening til å bli en ”vanlig” fagforening.

Helsedirektøren var nok skeptisk til noe av det som nå skjedde, spesielt i det offentlige helsevesen. Han var således skeptisk til utviklingen av det som

715) Norske Kommuners Sentralforbund ble dannet i 1972, ved at Norges Byforbund og Norges Herredsforbund gikk sammen. Samme år overtok det nye Forbruker- og administrasjonsdepartementet statens arbeidsgiveroppgaver fra Lønns- og prisdepartementet (etablert 1955), et departement som nå ble nedlagt.

716) For en mer generell omtale av forhandlingspolitikken hva angikk legene på denne tiden, se Maren Skaset, *I gode og onde dager*, op. cit., s. 176-191. I Nimannsutvalget var Helsedirektoratet representert ved spesiallege Eilif Rytter.

717) De underordnede leger begynte også selv å tenke mer arbeidstageraktig nå: De begynte ikke minst å reagere på den lange arbeidstiden, den store vaktbelastningen osv. På denne tiden stod også arbeidstidsreduksjoner generelt på den politiske og ”faglige” dagsorden. Den offisielle ukentlige arbeidstid var blitt redusert fra 48 (innført 1919) til 45 timer i 1959 og til 42,5 timer i 1968. Ved tariffrevisjonene i 1970 ble ukearbeidstiden for skift- og turnusarbeidende redusert til 40 timer; den ble i 1977, gjennom Arbeidsmiljøloven, redusert til 40 timer for alle arbeidstagere. Overlegene gav opp sine rettigheter som frie profesjonelle fordi de merket at presset økte, og ønsket å selge seg dyrt – før det var for sent og, hva poliklinikkavtalen angikk, fordi den skapte kollegialt uheldige inntektsforskjeller mellom spesialitetene. Om dette, se nærmere Skaset, 2006, op. cit., s. 267.

718) Maren Skaset har utførlig redegjort for denne utviklingen i sin avhandling, *I gode og onde dager*, op. cit., s. 334-369.

skjedde på sykehusnivå, der de ”nye” arbeidsgiverne, fylkeskommunene, erstattet de gamle administrerende overleger, legerådene og forvalterne, med direktører som rapporterte til dem, men kunne lite gjøre. Vi har sett at han forsøkte å forhindre avmedikratiseringen av distriktslegerollen, men mislyktes. Det som ellers skjedde gjennom det endrende forhandlingssystemet, forholdt han seg mindre tydelig til. Det var for ham spørsmål arbeidsgiverne og legene, ikke han som forvalter, fikk ta seg av. Men som andre kunne han konstatere at legenes oppgivelse av sin standsstatus ble solgt dyrt, altså for penger

*

Helsedirektoratets økonomikontor fikk i Morks første periode nye, kombinert politiske og forvaltningsmessige oppgaver knyttet til den vanskelige kurpengefastsettelsen og til godkjennelsen av sykehusbudsjettene. Det hang sammen med at staten nå overtok brorparten av finansieringsansvaret for sykehusene.⁷¹⁹ Hva kurpengefastsettelsen angikk, sier Reidar Bang, sjefen for Økonomikontoret: ”Vi trodde det skulle gå greit og at det bare ble arten av utgifter det skulle bli strid om, ikke beløpenes størrelse. Men der tok vi feil.”

*

Der skjedde ikke store endringer i forvaltningspraksisen i tiden etter Evang. Praksisen var, som før, i stor grad saksbehandlende. Den var også stadig i stor grad skriftlig. Den bestod i ”seriell” behandling av enkeltsaker: Sakene ble fordelt ovenfra, til saksbehandlerne som enkeltpersoner, og gikk så oppover for avgjørelse og kontroll. Innslaget av muntlig, kollektiv saksbehandling, gjennom formelle og uformelle møter, økte nok, men den tradisjonelle saksbehandlingen forble den dominerende. Evang hadde, som vi har sett, talt om sitt ”public health team”, og om å arbeide i ”team”. Den praktiske saksbehandling var imidlertid ikke ”teamaktig” i betydningen kollektiv og møtebasert. Slik fortsatte det under Mork. Saksbehandlingen ref ekterte allikevel et slags innslag av muntlighet og kollektivitet. De påtegninger de ulike personer som behandlet sakene gjorde, var ofte mange og tildels muntlige, endog frimodige, i stilen: Sakenes behandlere ”pratet” sammen skriftlig.

Går vi nærmere inn i saksbehandlingen ser vi at der skjedde en viss utvikling; eller, snarere, at den utvikling som var startet under Evang fortsatte under Mork. Saksbehandlingen taper noe av sitt medikratiske preg. Den medisinske og helsefaglige skjønnsutøvelse, den personlig-paternalistiske styring og forvaltning svekkes noe. Den svekkes ved at helsefagforvalterne i stigende grad ”temmes” av en mer offensiv rettsstatlighet. De gamle lovene var gamle, åpne og bandt lite. De var også medikratiske fundert. Nå ble de erstattet av mer rettsstatlige, mindre medikratiske lover. Det gjaldt psykiatri-loven, som kom under Evang. Det gjaldt ikke minst sykehusloven, som kom helt på slutten av Evangs tid. Det gjaldt også en rekke mer spesialiserte lover

719) Opplyst av Reidar Bang i intervju den 25.11.2008.

som kom i løpet av syttiårene. Lovmoderniseringen kulminerte med loven om kommunehelsetjenester og den første tilsynsloven. Begge kom ved overgangen fra Morks første til andre periode, og var forsåvidt ett av uttrykkene for denne overgang. Lovene ble konkretisert gjennom et voksende, og mer og mer rettsstatlig preget, forskriftsverk. Denne nye lovgivningen gav juristene kraftigere virkemidler, og bragte legene – og som sagt, mange av dem nokså uerfarne – på defensiven. Skulle de utøve medikratiske skjønn ble de stadig stanset av de erfarne juristene, særlig byråsjefene, som nå kunne markere seg tydeligere. ”Jeg husker at Herseth ofte var betenkt over endel av de skriv som utgikk fra Sykehushuskontoret”, sier Eilif Rytter idag. Han fortsetter:

Det ble begått en del juridiske feil. Skrivene var preget av folk som ville bygge ut sykehusvesenet og var mindre opptatt av formalia i den sammenheng. Det ble nok sagt ting man ikke hadde hjemmel for. Det var kanskje ikke så farlig så lenge man var i en utbyggingssituasjon. Det ble verre da linjen ble mer restriktiv, av økonomiske grunner.⁷²⁰

Ole B. Hovind, en tid Direktoratets sykehussjef, fikk også merke at byråsjef Margarete (Grete) Herseth var streng hva gjaldt jusen. Hun ”sa jeg måtte huske at det jeg skrev også skulle (kunne) leses om 20 år”.⁷²¹

Hvis legene og de andre helsefagfolk nå skulle innta mer ”heroiske” standpunkter, basert på helsefaglige vurderinger, fikk de i stigende grad bevisbyrden.

Juristene og rettsstatlighetens tilbakekomst viste seg altså stadig mer i iverksettelsesprosessen. Men det var ikke bare tale om å ”normalisere” helseforvaltningen som forvaltningsgren. Som vi har vist tidligere gjorde etter krigen nytttestatligheten, og dens viktigste representanter, økonomene, seg mer og mer gjeldende. Det viste seg nå i stigende grad også i helseforvaltningen. Ved vedtagelsen av Sykehusloven, og forsåvidt også ”nr. 9”, ble Direktoratets, og særlig Sykehuskontorets, i noen også Psykiatrikontorets, oppgave ikke bare å forvalte loven i tradisjonell forstand, men også å delta i å sette planer ut i livet. Sakene ble slik i dette kontoret ikke bare enkeltsaker i vanlig forstand, men planer – planer som skulle vurderes, korrigeres, godkjennes og følges opp. De skulle behandles fra en arkitektonisk og teknisk, fra en medisinsk, og fra en økonomisk og tildels også juridisk synsvinkel. Her var det, som i tradisjonell forvaltning ikke så meget tale om juridisk subsumpsjon som om mål-middel-vurderinger av ulike slag. Ikke så sjelden spilte også politiske, altså maktmessige, forhold en rolle: Sykehusutbyggingssakene ble ofte politisert også på iverksettelsessiden. Denne saksbehandlingen kunne nok i noen grad foregå skriftlig, individuelt og ”serielt”, men ofte var det nødvendig å ty til møter og annen form for muntlig og tildels uformell saksbehandling. Vi skal føye til at møtevirksomheten i Sykehuskontoret i noen grad omfattet lokale møter. Utrederne og saksbehandlerne, og deres ledere, reiste noe, skjønt ikke mye. Kjell Hole, som

720) Fra samtale med Eilif Rytter 10.10.2008.

721) Fra samtale med Ole B. Hovind 7.10.2008.

arbeidet som saksbehandler i Direktoratets sykehuskontor under Asvall, forteller at han en gang satt med sykehusplanen for Finnmark: ”Vi strevet med planen, med sykestuer etc. – hummer og kanari. Jeg hadde vært en gang i Finnmark, men det var ikke snakk om å reise dit og ha møter med dem. Det var liten interaksjon. Vi behandlet på grunnlag av papirer.”⁷²²

Sykehusloven førte også til at Økonomikontoret fikk store nye oppgaver. Det måtte gå igjennom sykehusenes budsjetter.

Utredningskontoret spilte en beskjeden rolle på iverksettelsessiden. Det befant seg, som vi allerede har antydnet, i all hovedsak på utrednings- og planleggingssiden. Det var i stor grad et tenkeorgan og et politikktutviklingsorgan.

Kontroll og tilsyn

Som vi har sett var tilsynet med legene og det øvrige ”offisielle” helsepersonell gjennom hele Evangs tid pedagogisk-kollegialt preget. I de fleste tilfeller ble det utøvet, formelt, men vel så ofte uformelt, gjennom fylkeslegene. Man kan si at det var preget av at forholdet mellom helsedirektør og fylkesleger og mellom fylkesleger og distriktsleger, tildels også mellom disse embedsleger og andre leger, og via disse tildels gjennom annet personell, var dialogisk og ”overlappende”. Disse relasjonsforhold, eller kulturelle forhold, hadde sin organisatoriske parallell i kontrollørens ”heisstatus”. Kontrollørene var altså ikke habile i juridisk forstand. Kontrollen, eller tilsynet, ble også utøvet på en skjønsmessig måte. Det var ikke profesjonalisert, hverken juridisk eller tilsynsfaglig.

Helsedirektoratets, og fylkeslegenes, tilsyn og kontroll hadde hatt en parallell, som vi også har sett, i Lægeforeningens tilsyn og kontroll. Direktoratets tilsyn gjaldt særlig den faglige skikkethet, i noen juridisk nærmere avgrensede henseender, men i noen grad også etiske forhold. Lægeforeningens tilsyn og kontroll gjaldt i mindre grad det faglige og i større grad det etiske, innbefattet det økonomisk-etiske. De to tilsyn fylte hverandre slik ut, og hadde samme, kollegialt-pedagogiske preg. Lægeforeningen opptrådte imidlertid gjennomgående mer formelt og strengt enn det Helsedirektoratet gjorde. Foreningen hadde sitt eget etisk-kollegiale regelverk, som det i annen halvdel av Evangs tid skjerpet. Dette regelverk brukte Foreningen, med dets generalsekretær Odd Bjercke som drivende kraft, aktivt.

Det regelverk Direktoratet hadde var offentlig og lite kraftfullt. Det var nå gammeldags. Evang ble ingen pådriver for å modernisere det. Mork skulle heller ikke bli det. Både psykologi og sosiologi har nok spilt en rolle for at der var disse forskjeller: Bjercke var mer opptatt av å ”passe på” sine medlemmer enn Evang og Mork, som var mest opptatt av den ”egentlige” (helse) politikken. Samtidig var det nok ekstra viktig for Bjercke og Lægeforeningen å sørge for orden i rekkene: Autonomien, som Bjercke var meget opptatt av, var avhengig av at legene oppførte seg skikkelig. Evang og Mork var nok også opptatt av legenes autonomi, men ikke i samme grad som

722) Uttalelse av Kjell Hole i samtale 10.10.2008.

Bjercke. De satt i styrende og ledende stillinger, og ville gjerne styre og lede, om enn kollegialt. De hadde et paternalistisk forhold til sine ”vanlige” kolleger, ikke, som Bjercke, et beskyttende og derfor potensielt tuktede.

Men også hva tilsyn angikk ble syttiårene skjellsettende. Nå ble spirene til tilsynets profesjonalisering, og sosialisering, for alvor sådd. Det hang sammen med samfunnets tiltagende borgerliggjørelse, eller med forbrukerrevolusjonen. Samfunnet hadde sosialt og økonomisk endret karakter. Utdannelsesnivået var blitt høyt, for begge kjønn, og f ertallet av landets økonomisk aktive innbyggere befant seg nå i de tertiære og kvartære næringer, altså utenfor landbruket, fiskeriene og industrien. Som sådanne tenkte de i en langt større grad enn bøndene, fiskerne, og særlig arbeiderne, individualistisk – enten de formelt plasserte seg til høyre eller venstre politisk. En konsekvens av dette var at presset ”nedenfra” i samfunnet ble sterkere, men mer omskiftelig, sprikende og individualistisk; altså ikke så kollektivt, så klassekamppreget. Legene begynte slik å merke at deres pasienter ikke så like meget opp til dem som før, og var mer kritisk-spørrende til dem og deres kompetanse: En økende andel av deres pasienter var like selvbevisste som de selv var, og hadde like høy sosial anseelse som de selv hadde. Ofte enn før gikk pasientene sammen med stadig mer autoritetskritiske aviser. Der kom hyppigere oppslag i pressen om pasienters uheldige erfaringer med leger og sykehus.

Den tiltagende kritikk av det formalistiske, øvrighetspregede ”byråkratiet” var endel av forbrukerrevolusjonen. Forsåvidt som mange leger var offentlige leger, eller arbeidet i offentlige institusjoner, som sykehus, kom byråkratikkritikken også til i noen grad å ha betydning også for dem. Mange så på ”øvrighetslegene”, særlig sykehusoverlegene, som mer arrogante og ”overdanige” enn privatlegene, særlig arvtagerne etter de gamle, venererte huslegene.

Helsevesenet og legene kunne ha svart på de utfordringer forbrukerne, det vil si, de mindre pasientlige (tålmodige) pasienter, ved å si at pasientene selv kunne stå for kontrollen og tilsynet, eller rettere, for kvalitetsvurderingen av legene. Som nevnt, pasientene kunne jo bare skifte lege, eller annen behandler, altså ty til Hirschmans ”exitus”, eventuelt også ”vox” (klaging, endog rettssak), hvis de var misfornøyde. I den grad det dreide seg om ”øvrighetsleger” var imidlertid ikke det enkelt. Øvrighetslegene måtte man i noen grad se på som byråkrater, og altså som uunngåelige og derfor også som vanskelige å klage på. De måtte altså kontrolleres av en tredje part, helst en profesjonell og uavhengig sådan. Men mer talte for en slik form for kontroll, nemlig det forhold at pasientene har en alvorlig kunnskapsunderlegenhet i forhold til legen og at konsekvensene av slett legearbeid kan være så alvorlig (så uopprettelig). Men her behøvde det ikke være tale om et enten-eller. Tilsynet ovenfra, som andre, almene forbrukermobiliserende tiltak, kunne brukes både som en ovenfrakontroll og som et bidrag til å styrke kontrollen nedenfra: Den kunne, iallfall i noen grad, brukes til å gi pasienter informasjon de trengte for å foreta valg av behandlere og sykehus. Slik sett ser vi hvordan det nye, profesjonaliserte tilsynet, kan bli endel av

det nye fagstyreutfordrende styringsregime innen medisinen og helsevesenet forøvrig. Det er et regime som utsetter legene og andre helsefagfolk for en ”knipetangsmanøver”: Helsefagfolkene ”taes” både ovenfra, av myndigheter og arbeidsgivere, og nedenfra, av pasienter. Ja, man kunne ta med trykket utenfra, fra medier, interesseorganisasjoner og bedrifter og endog tale om en ”360 graders manøver”. Legene, og endel av deres kolleger, kommer i denne nye virkelighet på defensiven ikke bare som selvkontrollerende enkeltfagfolk, men også som stand. Den kollegiale, delvis foreningsbaserte, kontroll svekkes, og underordnes den offentlige.

*

Tilsynsprofesjonaliseringen og tilsynssosialiseringen i helsevesenet startet for alvor med nedsettelsen i 1971 av Ryssdal-utvalget. Det var et utvalg som skulle foreslå en revisjon av lege- og tannlegelovene av 1927. Utvalgets innstilling, som kom i 1975, førte i 1980 frem til de nye lege- og tannlegelovene. Profesjonaliseringen og sosialiseringen fortsatte med vedtagelsen i 1984 av den første tilsynsloven for helsevesenet.

Ryssdal-utvalget var preget av jurister. Dets leder, Signe Marie Stray Ryssdal (f. 1924), var høyesterettsadvokat, fra 1972 sosialrådmann i Oslo. Hun hadde med seg blant annet regjeringsadvokat, og fra 1972 høyesterettsdommer, Hans M. Michelsen (f. 1920) og Helsedirektoratets sjefjurist, Knut Munch-Søegaard. Spesielt viktig var det at hun hadde med seg konsulent i Rikstrykdeverket, senere professor i rettsvitenskap, Asbjørn Kjønstad (f. 1943) som sekretær. Som leger hadde hun med seg to tidligere legeföreningspresidenter, professorene Martin Seip (1921-2001) og Axel Strøm. Som tannlege hadde hun med seg Tannlægeföreningens generalsekretær Arne Sollund (1922-1998). Utvalget leverte sin innstilling 17. juni 1975, med forslag til ny legelov og ny tannlegelov. Etter at innstillingen var sendt til uttalelse til de mest interesserte parter, og kommentarer var mottatt, utarbeidet Sosialdepartementet de endelige lovforslag og la det frem for Stortinget våren 1980. Lovene ble vedtatt samme vår.⁷²³

Det offentlige kunne kalle en leges autorisasjon eller lisens tilbake. Etter den gamle lov (1927, § 16) måtte imidlertid det skje gjennom domstolene, altså på en nokså tungvint måte. Kongen, i praksis Departementet (Direktoratet), avgjorde om sak om tilbakekalling av autorisasjon skulle reises og Regjeringsadvokaten var statens prosessfullmektig under rettssaken. Kravet for tilbakekalling av autorisasjonen var, som vi har sett, at legen (tannlegen) var uskikket til å praktisere som lege (tannlege). Han kunne siden søke om å få autorisasjonen (lisensen) tilbake (§ 4). Sak mot leger ble reist i ytterst få tilfeller. Som vi også har nevnt kunne myndighetene, via et kontrollråd, begrense en leges frihet i et bestemt henseende, nemlig hva angikk retten til å forskrive bedøvende legemidler. Bestemmelsen (§ 5 b) om dette kom inn i loven i 1957.

723) Lov om leger av 13. juni 1980 nr. 42 og Lov om tannleger av 13. juni 1983, nr. 43.

Som vi har sett skulle der svært meget til for å ta fra en lege (tannlege) autorisasjonen. Der krevdes ikke bare at legen hadde vist seg *uskikket* til å virke som lege, men også at han var uskikket av *bestemte grunner*. Han kunne frataes retten til å praktisere på grunn av sinnssykdom, sjelelig svekkelse, alkoholbruk eller misbruk av bedøvende midler. Ryssdal-utvalget holdt fast ved at grunnvilkåret for autorisasjonstap måtte være uskikkethet, men føyet til flere viktige grunner. Noen av dem rekte åpenbart legens *evne* til å praktisere på en tilfredsstillende måte, nemlig fysisk svekkelse og langvarig fravær fra yrket (§ 8). Det ble nå også innført en regel (§ 6), som rekte, omenn på en standardisert måte, kriteriene fysisk og psykisk vekkelse, nemlig at autorisasjonen eller lisensen automatisk skulle falle bort når leger fyller 75 år. En lege kunne få fortsette for en tidsbegrenset periode (få begrenset lisens), hvis han kunne godtgjøre at han var skikket til det. Man kan si at disse grunner alle henviser til legens (in)kompetanse: Legen kan ”avskiltes” hvis han utviser mangel på kompetanse, av bestemte grunner.

Men viktigere var ytterligere tre grunner som nå ble tatt inn som grunner for at en lege kunne karakteriseres som uskikket til å virke som lege. Den første gjaldt ”grov mangel på faglig innsikt”. Den annen gjaldt (utvist) ”uforsvarlig legevirkosomhet” (mala praxis). I Ryssdal-utvalgets utredning heter det, forsiktig presiserende, at ”Vanligvis vil det ikke være nok med en enkelt tabbe. Det skal meget til før et forhold kan karakteriseres som ”uforsvarlig”” (s. 36). Utvalget hadde forøvrig også vurdert å bruke uttrykket ”grov udugelighet” istedenfor (utvist) ”uforsvarlighet”. Begge disse grunner er (in)kompetansegrunner. Kanskje kan man si at den første henviser til den teoretiske kompetanse, den annet til den praktiske, eller ferdighetsmessige? Slik sett er de uttømmende, og kunne ha erstattet de ovennevnte (kompetansegrunner). De ”gamle” grunnene, som beruselse og sinnssykdom, ble jo nevnt i den gamle loven fordi man antok at de gjorde en lege inkompetent til å virke som lege. Men lovkonsipistene valgte altså å la lovparagrafen få et ”geologisk” preg; de fortidige ”lag” skulle synes, selv om de nå var gjort overfødige.

I kapitlet om legers plikter kom der, interessant nok, inn en helt generell bestemmelse (§ 25) om at ”En lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig”.

I tillegg til den litt ”uelegant” oppsatte listen over inkompetansegrunner til tilbakekalling av autorisasjon, kom der i § 8 inn en moralsk grunn, nemlig ”atferd uverdigg for en lege”. Utvalget hadde foreslått formuleringen ”adferd som gir grunn til å anta at han (legen) ikke har den tillit som er nødvendig i legeyrket” (s. 136). Heller ikke denne moralske bestemmelsen er entydigg. Grunnlaget for inngripen overfor leger, faglig eller moralsk svikt, ble derfor nå både videre og vagere. Det bragte den profesjonaliserende tilsynsmyndigheten på offensiven og forsåvidt standen på defensiven.

Det bragte tilsynsmyndigheten ytterligere på offensiven at det nå ble Departementet (Helsedirektoratet) som skulle fatte beslutning om tilbakekalling av autorisasjon eller lisens (§ 10). Departementet skulle imidlertid, før det fattet sin beslutning, normalt innhente uttalelse fra det nye Statens

legeråd (en jurist som formann og to leger) (§ 49).⁷²⁴ Man kan si at det styrket tilsynsmyndigheten ytterligere at den nå også ble gitt adgang til å differensiere reaksjonene overfor behandlerne: De kunne, i tillegg til å kalle tilbake autorisasjon eller lisens, også gi tilrettevisning og advarsel. Det var ikke unaturlig at det kom en slik utvidelse av reaksjonsgrunnlaget. I mange tilfeller ville det jo ikke være åpenbart at den faglige eller moralske svikt var så stor at den burde resultere i tilbakekalling av autorisasjon, og kanskje også politianmeldelse (kfr. § 53). Tilrettevisningen eller advarselen skulle gies skriftlig, etter at den aktuelle lege hadde fått anledning til å forklare seg, muntlig eller skriftlig.

Under kapitlet om legers plikter kom der inn en bestemmelse (§ 28) om at myndighetene kunne bestemme at leger skulle delta i legevaktordninger der de bodde.

Men vel så viktig var det, fra vårt perspektiv, at der kom inn denne bestemmelse, som dog ikke var ny (§ 42): ”En lege skal, ved organiseringen av sin virksomhet, ved undersøkelse og behandling av pasienter, ved forskrivning av legemidler, ved reiser og ellers påse at pasienter, folketrygden og andre ikke påføres unødige utgifter eller tidsspille”. Bestemmelsen er utformet mer alment enn den gamle (§ 13 i 1927-loven). Spesielt er det viktig at det nå også henvises til selve legevirkomheten, altså undersøkelse og behandling. Legene får med dette en nokså almen plikt til å utvise sparsommelighet, av hensyn til både myndigheter og pasienter.

Det sier seg selv at kravet om sparsommelighet lett kan komme i konflikt med kravet om at praksis skal drives faglig forsvarlig. Til slutt i § 42 heter det derfor at ”Hensynet til sparsomhet må ikke gå ut over det faglig forsvarlige”.

Den nye legeloven, som altså blir et viktig grunnlag for det profesjonaliserende offentlige tilsyn, er spenningsfylt, men ikke mer enn at lovgiveren gir det ene hensyn forrang: Rettsstatligheten og fagstatligheten, symbolisert ved forsvarlighetskravet, settes foran nyttestatligheten, symbolisert ved kravet om sparsommelighet. Slik sett kan man si tilsynspolitikken fremover kommer til å representere en nesten venstreliberal motvekt mot den stadig sterkere posisjon den mer høyreliberale og målrettede nyttestatligheten (økonomiseringen) får over helsepolitikken forøvrig. Det passet Mork godt at det ble slik.

La oss legge til: hadde hensynet til rettsstatligheten, så vel hva angår forsvarlighet som likebehandling (gitt behov), og nyttestatligheten vært mer eksplisitt avveiet i forhold til hverandre i lovgivningen kunne det blitt utgangspunktet for å omdanne tilsynsvirkomheten til en mer almen evalueringsvirkomhet.

724) Et mindretall, som omfattet formannen samt Seip og Sollund, ønsket at avgjørelser om der forelå uforvarlighet i yrkesutøvelsen skulle foretas av Legerådet, men at reaksjonsmåten skulle bestemmes av Departementet. Kfr. NOU 1976: 1, s. 131.

Legeloven, og den kommende Tilsynsloven, representerer i noen grad et brudd med det legelige selvstyre, for såvidt som kontrollen og tilsynet med legene i stor grad sosialiseres, altså overtas av myndighetene. Legene forbyr slett ikke å drive egentilsyn. Tvertimot blir det, gjennom den senere Tilsynsloven, en plikt for dem å gjøre det. Som det heter i begrunnelsen for lovforslaget kan og bør ikke myndighetene ”føre detaljtilsyn med virksomheten til den enkelte utøver av helsetjenester”, men bidra til ”etableringen av gjensidig faglig kollegial kontroll”. Det legges til: ”Denne type av kontroll er den mest effektive blant helsevesenets utøvere”.⁷²⁵ Men det som før var en slags *kollegialt* basert plikt blir nå i større grad en *offentlig* basert plikt. Den blir endel av det nye, sosialiserte tilsynsregime. Myndighetene tar altså fra legene det virkemiddel de først og fremst hadde benyttet seg av, formaliserer det, og bruker det som et utgangspunkt for å sosialisere kontrollen med legene. Også Lægeforeningen, og de legekollegiale fellesskap, kan selvsagt fortsatt spille en tilsynsrolle, uten at lovene gir dem spesielle plikter i så henseende. De settes i virkeligheten på sidelinjen. Det reflekterer det forhold, som vi har nevnt ovenfor, at Lægeforeningen, under den nye forhandlings-sjef, Sverre Strands, ”kommando” nå endrer karakter fra å være en standsforening, med indre reguleringsoppgaver, til å bli en mer ”egoistisk” fagforening.⁷²⁶

Tilsynsmyndigheten ble nå overført til offentlige organer som ennå var forholdsvis medikratiske pregede, Helsedirektoratet og fylkeslegene. Disse organenes medikratiske preg skulle dog snart bli vesentlig svekket, nemlig ved direktoratsdelingen i slutten av 1983. Dertil kom at loven gjorde tilsynsoppgaven mer juridisk og mindre medisinsk preget. Tilsynsprofesjonaliseringen skulle slik bli et ledd i avmedikratiseringen av helseforvaltningen.

I noen henseender kan det se ut til at Legeloven representerer en styrkelse av fagstyret. I § 16 heter det således:

Legers virksomhet skal organiseres i slike former at den er medisinsk forsvarlig, og slik at legen er selvstendig og uavhengig overfor andre i medisinsk faglige spørsmål. For dette formål kan Kongen gi nærmere forskrifter om organisering av legevirkosomhet, og forby slike former som finnes uheldige.

Det heter videre, i § 17:

En lege kan i sin virksomhet nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver det gjelder, den instruksjon som gis og den kontroll som føres.

725) *Ot.prp. nr. 33* (1983-1984), Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, s. 7.

726) Den skogteknikerutdannede Sverre Strand kom i 1970, via Forsvaret, til Kommunenes Sentralforbund, hvor han snart utmerket seg som en god forhandler. Han ble fristet over til Yngre Legers Forening i 1974, som kontorsjef, og ble forhandlingssjef i Lægeforeningen i 1977. I den stillingen satt han til 1997, da han ble spesialrådgiver i Foreningen. Strand kom altså til Lægeforeningen i de skjellsettende omdannelsesårene og var, til å begynne med sammen med president (1976-1979) Dagfinn Gedde-Dahl (f. 1937), drivkraften bak omdannelsen.

Den første bestemmelsen begrenser arbeidsgiveres myndighet overfor leger, mens den annen gir leger myndighet over medhjelpere, ikke minst sykepleiere. Forsåvidt som begge på denne tiden var på offensiven overfor leger, kan loven virke som en støtte til legenes forsvar for sine posisjoner.⁷²⁷ I noen grad ble den også tolket slik i Lægeforeningen. Spørsmålet er imidlertid om myndighetene nå hadde andre utveier. Noe måtte gjøres overfor mer rettighetsbevisste pasienter.

Alternativet til å understreke, og gjøre til et offentlig påbud, det pasientansvar legene alltid, men uformelt, hadde hatt, var å gjøre det til et arbeidsgiveransvar. I den grad legene var sine egne arbeidsgivere var det greit, men i de fleste, og stadig flere, henseender var nå arbeidsgiverne offentlige, og særlig lokale, myndigheter. Det var ikke fristende for myndighetene nå å ta på seg dette ansvaret. De ville hverken ha praktiske muligheter eller kapasitet til å passe på i den grad et slikt ansvar ville kreve. Ved at legene ble personlig ansvarliggjort ville ”trykket” på dem bli langt større og mer bydende. Slik sett kan den nye loven sees på som uttrykk for et statlig forsøk på å gjøre ledelsen av leger mer inngripende, altså som en mer raffinert ”hersketeknikk” enn staten tidligere hadde hatt til sin disposisjon. Sett fra statens side var der imidlertid et problem med loven. Vi har antydnet det ovenfor: Den ville ”hisse opp” leger til å bli enda mer påpasselige, forsiktige – og, dermed, kostbarere. Som vi har påpekt: den nye tilsynspolitikken som nå vokser frem er venstreliberal og utgiftsdrivende.

Forslaget til tilsynslov ble lagt frem av Regjeringen Willoch den 3. februar 1984. Sosialkomiteen behandlet saken raskt og hadde ingen innvendinger. Lovforslaget ble vedtatt uendret og enstemmig i Odelstinget den 22. og i Lagtinget den 27. mars. Loven ble sanksjonert den 30. mars 1984, som lov nr. 15.

Tilsynsloven, en utpreget fullmakts- og rammelov, er på bare åtte paragrafer; dertil kommer endringer i tre andre lover. I første paragraf i den nye loven heter det at

Helsedirektoratet har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet.

Videre defineres fylkeslegens oppgaver og rolle i tre paragrafer, blant annet én om kontroll med behandlernes egenkontroll (§ 3), før det, i § 5, erklæres at

Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte uheldig eller uforsvarlig, kan Helsedirektoratet gi pålegg om å rette på forholdene.

727) Med arbeidsgivere tenkte Legelovutvalget ikke først og fremst på offentlige arbeidsgivere. Det tenkte på private, som aksjeselskaper, bedriftshelsetjenesteinstitutter (og lignende), helsesentre osv. Kfr. NOU 1976: 1, s. 45-50.

For øvrig overlates det (§ 7) det til Departementet å gi ”nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av denne lov”.

Gjennom loven åpner myndighetene for den tilsynsprofesjonalisering som skal komme, men tar ikke mange og radikale skritt nå. De tar knapt nok skritt i retning av å skille ut, eller spesialisere, tilsynsvirksomheten. Således understreker Departementet i sin presentasjon av lovforslaget at tilsynsvirksomheten *ikke* bør skilles ut fra forvaltningen av helsepolitikken mer alment. Helsedirektoratet forblir jo både forvaltnings- og tilsynsorgan, endog også i noen grad planleggingsorgan; det samme er tilfelle med fylkeslegene. Departementet forsøker også å tone ned det spesielle og det rendyrkede, eller profesjoniserte, ved tilsynet, ved å si at det mer skal bestå med rådgivning enn kritisere og gripe straffende inn. Etter at det har redegjort for hvordan tilsynet, eller kontrollen, kan foregå, blant annet ved inspeksjoner, skriver det:

Men fylkeslegens tilsyn skal ikke bare ha karakteren av kontrollvirksomhet. En meget vesentlig del av tilsynsoppgavene vil være å gi råd, veiledning og opplysning, herunder å gi råd til fylkeskommunene og kommunene i saker som gjelder helse- og helsetjeneste.⁷²⁸

Departementets skribenter er klar over at blandingen av planleggings-, forvaltnings- og tilsynsoppgaver, kan skape habilitetsproblemer. De skriver således:

Fylkeslegen må ikke gjøre seg inhabil i sin overordnede tilsynsvirksomhet ved å engasjere seg for sterkt i planlegging av og den daglige drift av fylkets og kommunenes helsetjeneste.⁷²⁹

Departementet befinner seg altså et sted mellom i går og i morgen, eller mellom den gamle integrerte, medikratiske styringsform og den fremvoksende oppgavespesialiserende og etter-medikratiske styringsform.

Det fylkeslegeutvalg som ble oppnevnt 5. november 1979, og som var ledet av fylkeslege Arne Victor Larssen, uttaler: ”I alle tilsyns- og kontrolloppgaver bør det legges vesentlig vekt på veiledning og rådgivningsfunksjonen”. Det fortsetter:

En bør være oppmerksom på svakheter ved for sterkt utviklet tilsyn og kontroll. Ved siden av at dette vil bli meget ressurskrevende, kan det føre til at primærleddet lettere fraskriver seg egenansvaret. En bør heller bidra til å innskjerpe primærsystemets ansvar for egenkontroll og føre tilsyn med hvordan denne egenkontrollen virker. Sentrale myndigheters bidrag til dette bør i første rekke være å gi retningslinjer for slik egenkontroll. Det bør for eksempel ikke gis nye bestemmelser om hvor hyppig fylkeslegene bør inspisere de enkelte institusjoner. En større

728) *Ot.prp. nr. 33* (1983-1984), s. 2. Bindestreken etter helse i tredje siste ord står i originalteksten, men skulle formodentlig ikke vært tatt med.

729) *Ibid.*

inspeksjonshyppighet enn det tilgjengelige ressurser skulle tilsi, vil lett føre til overfladiskhet. En annen fare er at en for omstendelig og nærgående kontroll vil kunne føre til at den kontrollerte instans ensidig konsentrerer seg om å unngå å gjøre feil, og at de av den grunn mister evnen til positivt engasjement og selvstendig innsats for å løse sine arbeidsoppgaver.⁷³⁰

Også dette utvalg befinner seg et sted mellom i går og i morgen, men kanskje noe nærmere i går enn Departementet. Vi merker oss dog at utvalget, på vegne av ”fortiden”, peker på et problem som skal tilta ettersom tilsynsvirksomheten, særlig overfor personell, profesjonaliseres: Den avkreftelse som ligger i det kritiske blikk, og enda mer i den eventuelle påfølgende kritikk, skaper lett defensivitet – bestrebelse på å unngå å gjøre det man kan bli ”tatt” for. Samtidig undergraver den offensiviteten, den ambisiøse streben etter nye seire, og nye anledninger til å bli bekreftet og til å få sin selvtilitt styrket.

Fylkeslegeutvalget bekrefter at tilsynet med helsepersonell har vært og er (rundt 1980) nokså begrenset: ”Det har fungert mer som en passiv kontroll, d.v.s. at en mer eller mindre tilfeldig er blitt kjent med utilfredsstillende forhold”. Utvalget legger til at kontrollen særlig har vært rettet mot leger. Men for så vidt som annet personell gjerne er underordnet legen, ser ikke utvalget noe alvorlig i det.⁷³¹

Vi legger merke til at synet på tilsyn ovenfra og klager nedenfra har endret seg. Mens tilsynet ovenfra fra gammelt av særlig var rettet mot ”de andre” er det nå i større grad rettet mot legene (og tannlegene). Det reflekterer ikke minst det vi nettopp har påpekt: at tilsynet i synkende grad skjer kollegialt og i voksende grad offentlig. Vi legger også merke til at selv om tilsynet i større grad retter seg mot leger, balanseres den utviklingen i noen grad av at det også i stigende grad retter seg mot arbeidsgivere. Det reflekterer det forhold at legene i større grad blir arbeidstagere og i mindre grad frie profesjonelle. Vi skal se at denne ”balanseringen” etter hvert skal skape utfordringer for myndighetene.

Mot ”den nye staten”: utfordringene fra jusen og økonomikken

Vi har sett at de nyttestatlige økonomer av venstreliberal, til dels sosialistisk, innstilling kom på offensiven i statsstyret etter krigen, og hvordan rettsstatligheten i betydelig grad ble tilpasset denne: Lovstyringen ble mer instrumentell. Vi har også sett hvordan politikken dog hele tiden spilte en ”forstyrrende” rolle for fagstyrerne. Allerede i den forrige periode begynte imidlertid motforestillingene mot den nyttestatlige planstyringen å gjøre seg gjeldende, blant juristene og blant politikerne, særlig til høyre. Det gav seg, som vi har sett, utslag i en byråkratitemmende forvaltningslov

730) *Fylkeslegeembedet*, innstilling fra Utvalget til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, ..., 1982 (*op. cit.*), s. 228.

731) *Ibid.*, s. 236.

og en borgerbeskyttende sivilombudsmannsordning. Denne utviklingen ble forsterket utover i syttiårene, i den grad at den politiske stemning mot slutten av tiåret var blitt nesten antibyråkratisk, og mer alment, antiøvrighetspreget. Finansminister fra 1973 til 1979, og planleggingsminister fra 1980 til 1981, Per Kleppe (f. 1923), skriver i sine erindringer at Odvar Nordli hadde tatt opp "byråkratiproblemet" da han tiltrådte som statsminister i 1976. Men

*I praksis hadde det vist seg vanskelig å få til vesentlige endringer i måten statens og kommunenes administrasjoner arbeidet på. Det var oftest en fornuftig begrunnelse for den enkelte regulering. Det var **summen** av reguleringer og skjemaer som var problemet, og ikke minst den stadige veksten i dem.*

Han legger til, at

I "høyrebølgen", som nådde et høydepunkt omkring 1981, var propagandaen mot de offentlige reguleringene en hovedsak. Det var en agitasjon det ikke var så lett å verge seg mot. Folk flest syntes at systemet burde gjøres enklere.⁷³²

"Byråkratiproblemet" kan betraktes som et problem som berørte både den venstreliberale nyttestatlighet og den ditto rettsstatlighet. Troen på statens evne til å målstyre, ved hjelp av en plan, ble nå utfordret av stadig flere, også stadig flere økonomer. De høyreliberale økonomer, med Friedrich Hayek og hans venner i The Mont Pelerin Society⁷³³ i spissen, argumenterte, som vi har sett, for at staten ikke kan ha den oversikt over økonomien som trenges for at den kan planstyre på mer enn svært kort sikt. Den er evneløs. De fremholdt at hvis den forsøker å planstyre, vil den tvinges til å ty til mer og mer tvang og slik kvele skaperviljen og skaperevnen i samfunnet (for øvrig), ja mer alment sagt, friheten. Den sovjetiske erfaring var ikke irrelevant for oss i Vesten heller, hevdet de.

Hadde de vært mindre ideologisk engasjert, kunne de påpekt at i det stadig mer borgerliggjorte samfunn, måtte et slikt øvrighetsstyre mislykkes. Andre, mer "tekniske" økonomer, som James Buchanan (selv et MPS-medlem) og hans "public choice"-orienterte kolleger, påpekte at det skortet ikke bare på statens utøvende evne, men også på dens utøvende vilje. Staten er ikke en enhetlig og rasjonell styrer, plassert over og utenfor resten av samfunnet. Den er splittet opp og er en del av et like oppsplittet samfunn, som den vil bli "erobret" av, bit for bit. Den vil bli erobret også fordi de som er staten, mange politikere og enda flere byråkrater, tenker "privat" (karrieristisk) og derfor er erobrbare. Hadde de vært mer "ideologisk" opptatt, kunne de pekt på at samfunnets borgerliggjøring gjorde presset på den fragmenterende stat, nedenfra-og-opp-presset, ekstra sterkt: Rundt 1970

732) Per Kleppe, *Kleppepakke*, Oslo: Aschehoug, 2003, s. 349.

733) The Mont Pelerin Society ble stiftet i Mont Pelerin nær Montreux i Sveits i 1947, etter initiativ av Friedrich von Hayek. 36 deltok på det første møte, de fleste av dem økonomer, blant annet Ludwig von Mises og Milton Friedman. Også Farmands redaktør, økonomen, dr. philos. Trygve J. B. Hoff deltok og ble siden et aktivt medlem i samfunnet. Mange av samfunnets medlemmer, inkludert von Hayek, Friedman, George Stigler, Gary Becker, Ronald Coase og James M. Buchanan har fått minneprisen i økonomi.

passerte andelen sysselsatt i de mest borgerlige næringer, de tjenesteytende (tertiære) og de administrative (kvartære), 50 prosent.⁷³⁴

Man kan si at ”byråkratiproblemet” var et styringsproblem. Det var knyttet til politikken realisering. Det ble forsterket av et annet, nært forbundet problem, problemet med å skaffe tilveie de ressurser som trengtes for å realisere statens, eller politikernes, ambisiøse mål. Politisk skortet det altså ikke på viljen. Der var for meget av den, og så meget at det blant annet gikk utover de iverksettende viljer. Viljen gjaldt særlig velferds- og infrastrukturprogrammene, programmer som lett lot seg ”selge” i velgermarkedet. Disse programmer var bygget sterkt ut i etterkrigsårene og særlig fra 1960-årene av. Regjeringen Borten ble slik, sammen med de arbeiderpartiregjeringer som etterfulgte den utover i syttiårene, den mest offentlig-ekspansive etterkrigsregjering. I 1960 utgjorde de offentlige utgifter ca. 30 prosent av landets brutto nasjonalprodukt. Andelen var økt til 42 prosent i 1970 og videre til 51 prosent i 1980. Men de norske regjeringer i 1960- og 1970-årene var ikke alene. De fleste vestlige lands regjeringer oppførte seg på samme måte, endog USAs, som satte i gang en betydelig velferdsutbygging i 1960-årene (”The Great Society”) – men også fikk en ny krigsbyrde (Vietnam). ”Blåmandagen” kom utover i 1970-årene. Formelt kom den i oktober 1973, med den første oljekrisen. I løpet av et år firedoblet de oljeutvinnende landene oljeprisen, og skapte økonomisk stagnasjon, og infasjon, i Vesten, ja, i mesteparten av verden.⁷³⁵

I Norge var der funnet olje i 1969 (Ekofisk) og de inntektene den etter hvert gav, gjorde at regjeringen Bratteli, ulikt andre lands regjeringer, kunne drive en motkonjunkturpolitikk, altså fortsette den offentlige, venstre-liberale ekspansjonspolitikken ennå en stund. Virkemidlet ble de såkalte ”kleppepakker”, statlige bidrag som ble gitt for å ”smøre” lønnsoppgjørene (midt i syttiårene). Politikken hindret imidlertid ikke at de internasjonale problemene slo inn også i Norge, den bare utsatte innslaget. Den venstre-liberale politikken ble gitt opp i 1977. I kjølvannet av denne oppgivelsen kom den høyre-liberale skepsis til statens evne til å mobilisere ressurser, og til å bruke dem fornuftig, til å prege både fagdebatten og den politiske debatt.

Et interessant fagøkonomisk uttrykk for stemningsskiftet kom allerede i 1977, gjennom en artikkel publisert i *Journal of Political Economy*. Artikkelens to forfattere, Finn E. Kydland og Ales C. Ales, hadde kalt sin artikkel: ”Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans”. I 2004 fikk de Nobels minnepris i økonomikk for (blant annet) den. Forfatterens budskap var summert opp i første del av overskriften: Staten burde gi lover, og så trekke seg tilbake – binde seg til masten (som Odysseus). Den burde ikke, fristet av alskens interessenter (”sirenenes sang”), fatte løpende, eller diskresjonære, beslutninger. Den burde styre passivt, ikke aktivt. Det ble ”programmet” for stadig flere vestlige lands regjeringer, også den norske, i de to neste tiår.

734) Kfr. Stein Kuhnle, *Velferdsstaten*, Oslo: Tiden, 1983, s. 92.

735) De såkalte OPEC-land satte i oktober prisen opp med 70 prosent og i desember med nye 130 prosent. I desember ble det også igangsatt en blokade av utskipning av olje til havner i USA og Nederland.

Den høyre-liberale teori hadde to viktige implikasjoner for samfunnsstyringen, én samfunnsøkonomisk og én bedriftsøkonomisk. Den første, og viktigste, implikasjon var at staten burde gi mest mulig av de "produktive" oppgaver fra seg, altså privatisere dem og slippe dem løs i de konkurransepregede markedene. Kunne den ikke privatisere dem, for eksempel av politiske grunner, måtte den iallfall fristille dem mest mulig; altså gjøre dem til egne, kun rammeregulerte, foretagender, som så skulle ledes og virke på bedriftsøkonomiske premisser, og kanskje også være konkurransutsatte. I noen grad kan man også tale om en tredje implikasjon: Selv den "nøytrale" regulering staten skulle drive burde i størst mulig grad drives på bedriftsøkonomiske premisser. Etter hvert ble denne styring og ledelse av de mer eller mindre fristilte offentlige virksomhetene omtalt som ny offentlig ledelse, eller "new public management". For så vidt som den imiterte de private måtene å styre og lede på, kunne man like gjerne omtalt den som (ny) "privat offentlig ledelse".

Denne høyre-liberale og nyttestatlige, eller samfunnsnyttige, politikken kom til å slå tydelig inn også i norsk politikk. Vi kan se de første almene sporene av dem i Nordli-regjeringens langtidsprogram for perioden 1978-1981.⁷³⁶ De blir tydeligere i den første Brundtland-regjeringens program for perioden 1982-1985⁷³⁷ og enda tydeligere i Willoch-regjeringens program for perioden 1986-1989. Willoch-regjeringen fulgte også opp den høyre-liberale tenkningen over en bred front, gjennom et dereguleringsprogram, blant annet hva åpningstider for forretninger angikk, og gjennom liberalisering av en rekke markeder, som boligmarkedet og finansmarkedene. NRKs kringkastingsmonopol ble også opphevet. Som vi skal komme tilbake til ble denne politikken ført videre mot slutten av 1980-årene gjennom programmet for "den nye staten".⁷³⁸ Premissene for politikken ble lagt, eller snarere videreutviklet, av utvalget som skulle drøfte hvilke tilknytningsformer som burde benyttes i statsforvaltningen. Utvalget ble ledet av daværende finansråd Tormod Hermansen, mannen som i 1991 skulle overta ledelsen av det som hadde vært Telegrafverket (til 1969) og som skulle bli først til statsaksjeselskapet Telenor (1994, navneskifte 1995) og så til det delprivatiserte aksjeselskapet Telenor (2000).⁷³⁹ Hermansen-utvalget ble oppnevnt av Brundtland-regjeringen II. Den litt forsiktige, høyre-liberale politikken skulle snart bli et nokså bredt forankret politisk prosjekt, inntil noe av luften gikk ut av det fra omlag 2002.

Som vi har vist hadde den mer høyre-liberale og nyttestatlige politikken påfallende tidlig slått inn i helsepolitikken. Det skjedde gjennom St.meld. nr. 9 (1974-75). Nr. 9-planen var imidlertid, som vi også har sett, ikke bare høyre-liberal. Den hadde mye av det venstre-liberale over seg. Den var

736) St.meld. nr. 75 (1976-1977), *Langtidsprogrammet 1978-1981*. Kfr. spesielt kap. 8, kalt "Frihet, demokrati og rettssikkerhet".

737) St. meld. nr. 79 (1980-1981), *Langtidsprogrammet 1982-1985*. Kfr. spesielt kap. 18, kalt "Styring og demokrati". Her er det blant annet i underkapitlet om den offentlige forvaltning, avsnitt kalt "Fortsatt innsats for effektivisering og forenkling", "Forenkling av forvaltningens oppgaver", "Forvaltningen og den enkelte" og "Effektivisering i offentlig virksomhet".

738) *Den nye staten. Program for formyelse av statsforvaltningen*. Oslo: Forbruker- og administrasjonsdepartementet, 1987.

739) NOU 1989: 5 *En bedre organisert stat*.

nokså planøkonomisk, og den la til grunn den venstre-liberale forutsetning om likebehandling. Den brøt også tydelig med det venstre-liberale og nyttestatlige ved ikke å foreslå at sykehusvesenet ble fristilt. Den foreslo, eller aksepterte, at sykehusene skulle være ikke bare politisk-diskresjonært ledet, men endog lokal-politisk-diskresjonært ledet. Den representerte et skritt i politiserende retning hva angikk sykehusstyringen.

Planen, hvis man kan kalle den det, for det nye almenhelsevesenet hadde, som vi har sett, lite av det høyre-liberale og nyttestatlige over seg. Den innebar også en full politisering av styringen av et vesen som hadde vært relativt fristilt og fagstyrt.

Det som måtte ligge av fristillelsespremisser i ”nr. 9” forsvant nokså fort da planen skulle settes ut i livet. Sykehuspolitikken ble straks svært politisert, i Sogn og Fjordane som i de fleste andre fylker og i landet som helhet. Nyttestatligheten hadde, viste det seg allerede i slutten av syttiårene, lite å stille opp med i møtet med den engasjerte legmannspolitikken.

Helsepolitikken fikk fortsette å utvikle seg som en politikk som gikk mot tidsånden. I 1950 hadde 2,3 prosent av brutto nasjonalprodukt gått med til helsetjenester. Andelen var gått opp til 3,2 prosent i 1960 og videre til 4,0 prosent i 1970. Den spratt så opp til hele 6,4 prosent i 1980, og pilene pekte fortsatt oppover (SSB).

Helsevesenet fikk altså fortsette å være et anderledes vesen. Men mens det tidligere særlig var anderledes fordi det var halvt fristilt, på medisinske premisser, var det nå anderledes fordi fristillelsen var blitt opphevet – i en tid med tiltagende fristillelse. Opphevelsen av fristillelsen var ikke Helse-direktørens verk. I viktige henseender gikk den politiserende helsedirektør imot denne politikken, mens han intet hadde å innvende mot den ”løsslupne” ressursveksten.

Men ”under overf aten” virket de tunge utviklingskrefter, også i helsevesenet. De virket ikke minst på medisinsk plan. Gjennom medisinsens utvikling ble premissene lagt til rette for en videre industrialisering av undersøkelse og behandling, en viktig forutsetning for fristillelse og for en mer målrettet og forretningsmessig styring og ledelse. Det var slik nyttelogikken, både i høyre- og venstre-liberal tapning, skulle slå igjennom. Men helsevesenet er stadig ikke helt som andre vesener, og disse faglogikker (for)følges av sin skygge, den interessepregede legmannspolitikken. Ja, de følges også av den gamle forvaltningslogikk, rettsstatlighetslogikken.

Spesialisering og profesjonalisering: noen tall

Helsedirektoratets markerte vekst i Evangs periode fortsatte i Morks første periode. Under Evang vokste Direktoratets fagstab med 62 prosent fra 1960 til 1972. I løpet av Morks første periode vokste den med 63 prosent. Veksten reflekterer mange forhold, men også det forhold at det statlige ansvar for og (dermed) den statlige styring av helsevesenet har øket sterkt.

Helsedirektoratet var hierarkisk organisert omtrent på samme måten gjennom hele Morks første periode, som det var under Evang. Den tendens vi så på slutten av Evangs periode, nemlig at der kom nye stillinger på et slags nivå nr. to, ble forsterket noe i begynnelsen av Morks første periode; kfr. Tabell 5.3. De nye stillingene er i første rekke stillinger som assisterende overleger og spesialleger, men også en del andre. Sjefsandelen gikk noe opp frem til 1977, til 15 prosent, men gikk så litt tilbake, til 11 prosent i 1983. Saksbehandlerandelen var på 54 prosent, 67 prosent hvis vi tar med førstesekretærene, i 1973. Den holdt seg på dette nivå for de to gruppene frem til 1982, men gikk noe opp det siste året, nemlig til 72 prosent. Det samlede inntrykk er altså at Direktoratet i denne perioden fortsatte å vokse, men uten at forholdet mellom sjiktene ble særlig endret.

Tabell 5.3. De ulike hierarkiske sjikts andeler av fagstaben i Helsedirektoratet, 1946-1972. Prosent (antall).

	1973	1975	1977	1979	1980	1982	1983
Øverste ledere	12 (10)	15 (15)	15 (15)	12 (14)	13 (15)	12 (15)	11 (15)
Ledere nivå 2	6 (5)	10 (10)	10 (10)	11 (13)	9 (10)	10 (12)	8 (11)
Byråsjefer	14 (12)	12 (12)	12 (12)	10 (12)	10 (11)	12 (14)	10 (13)
Saksbehandlere	54 (45)	48 (49)	47 (48)	50 (62)	52 (60)	52 (63)	56 (75)
Førstesekretærer	13 (11)	17 (17)	17 (18)	15 (18)	17 (19)	14 (17)	16 (21)
Tilsammen	99 (83)	102 (103)	101 (103)	98 (119)	101 (115)	100 (121)	101 (135)

Kilder: Statskalenderen og Telefonkatalogen for regjeringskvartalet. Det er brukt den årgang som står oppført på kalenderen/katalogen, selv om registreringstidspunktet kan variere. Med "øverste ledere" menes ledere de tre toppledere og de øverste kontorledere (over byråsjef). Med "ledere nivå 2" menes ass. overleger, spesialleger, overarkitekter og lignende. Saksbehandlerne omfatter den øvrige fagstab til og med konsulenter. Førstesekretærer er ikke tatt med i Statskalenderen fra 1975 og er derfor ført opp som egen kategori (etter telefonkatalogen). Også sekretærer fungerte til dels som saksbehandlere, men er ikke tatt med i tabellen. Titelen forsvinner også etter hvert og er borte i 1983. Tallene for 1983 gjelder for vinteren 1983, altså før delingen.

Som i forrige periode er fordelingen mellom nivåene forskjellig fra faggruppe til faggruppe. I tabell 5.4. har vi vist hvordan bildet er for de to dominerende faggruppene, jurister og leger. Vi ser at legene fortsatt har en langt "gunstigere" nivåfordeling enn juristene. Gjennom hele Morks første periode ser vi at legene har langt færre høyere stillinger enn lavere. I 1973 var saksbehandlerandelen på nesten 50 prosent. Siden svinger den noe, men hovedsakelig faller den. I 1983 er det ingen legekonsulenter igjen. Situasjonen for leger som ville begynne i Direktoratet var altså at opprykksmulighetene var svært gode. De var også blitt bedre enn de var under Evang. Det skyldtes imidlertid ikke "maktforhold". Det skyldtes rekrutteringsproblemer. Samtidig var det stadig slik at makten lå hos legene: De hadde 7 av 11 toppledere og 8 av 15 ledere på nivå nr. to ved periodens utløp. Som vi har pekt på tidligere, var imidlertid ikke makten så godt institusjonalisert som før. Mork fikk ikke en stabil gruppe av legeledere rundt seg, som Evang hadde hatt. Av dem han hadde i 1983 var det bare to som hadde fulgt ham fra starten av, Tor Ødegaard og Øyvind Aarf ot; den siste dog først fra 1974.

Tabell 5.4. Fordelingen av leger og jurister etter hierarkisk sjikt, 1973-1983. Prosent (antall).

		1973	1975	1977	1980	1983
Leger	Øverste ledere	35 (6)	44 (8)	50 (8)	41 (7)	47 (7)
	Nivå 2-ledere	18 (3)	33 (6)	38 (6)	35 (6)	53 (8)
	Saksbehandlere	47 (8)	22 (4)	13 (2)	24 (4)	-
	Tilsammen	100 (17)	99 (18)	101 (16)	100 (17)	100 (15)
Jurister	Øverste ledere	4 (1)	9 (2)	8 (2)	8 (2)	8 (2)
	Nivå 2-ledere	4 (1)	5 (1)	4 (1)	4 (1)	-
	Byråsjefer	33 (9)	36 (8)	33 (8)	25 (6)	40 (10)
	Saksbehandlere	59 (16)	50 (11)	54 (24)	63 (15)	52 (13)
	Tilsammen	100 (27)	100 (22)	99 (24)	100 (24)	100 (25)

Kilder: Som for tabell 5.1. Kategorien saksbehandler omfatter her bare konsulentgruppen, vidt definert. Førstesekretærene er altså ikke tatt med. Vi har ikke tatt med dem som hadde tjenestefri. En del av variasjonene fra år til år skyldes at det er ulike mange som har tjenestefri fra år til år.

Egil Willumsen, som ble medisinalråd, ble sittende til litt ut i neste periode, men hverken han eller Ødegaard og Aarf ot ble Morks virkelig fortrolige, som vi har nevnt. De ledere han stod nærmest var noen av ikke-legene, som Munch-Søgaard og Jøldal. Den mest utpregede strateg av de legeledere han hadde, Jo Asvall, våget han kanskje ikke å satse på som medisinalråd? I en del henseender kan man slik si at noe av grunnlaget for legestyret i Helsedirektoratet ble tydelig svekket i løpet av Morks første periode. Han måtte i sin neste periode starte med å bygge opp et nesten nytt ”public health team”.

Hva så med den ”andre” gruppen, juristene? Tabellen viser at de hadde omtrent samme nivåfordeling i Morks første periode som i Evangs tid. Flertallet av juristene befant seg gjennom hele perioden på saksbehandler-nivå. Det f ertallet ville vært større om vi også hadde tatt med førstesekretærene. Det skulle også vært større: Fra 1975 er det hvert år en del juridiske saksbehandlere som har tjenestefri. Rekrutteringsproblemene var begynt å melde seg for Helsedirektoratet også i juristmarkedet. Men en rolle spilte det også at der var liten utskiftning i byråsjefstillingene, omtrent de eneste opprykksstillinger for jurister. Der ville snart komme muligheter, for der satt personer på over 60 år i syv av de 14 stillingene, men ennå kunne det drøye litt før det ble f ere opprykksmuligheter. Allikevel tør vi si at juristenes stilling slett ikke ble svekket i denne perioden. Munch-Søgaard fikk nå ”svinge” seg mer enn under Evang og Bjørnsson. Mork viste dessuten en større, og voksende, interesse for jusen. Det ble slik mer faglig givende å være jurist, selv om juristene fortsatte å besvære seg over de urutinerte, men ofte selvbevisste, legenes utfoldelse og raske avansementer, og over en del av de privilegier de stadig hadde.

For de andre tradisjonelle grupper i Direktoratet, farmasøytene og tannlegene var situasjonen som før: Jøldal satt, og ville ennå sitte en stund, som overapoteker. Slik blokkerte han opprykksmulighetene for farmasøytene på inspektør- og saksbehandlernivå. Det samme var situasjonen på tannlegesiden: Per Bærum satt og ville bli sittende som overtannlege, mens de få tannlegekonsulenter, som deres farmasøytiske kolleger, måtte innstille seg på å se etter opprykksmuligheter utenfor Direktoratet.

Vi har sett at innslaget av andre enn de ovennevnte, og tradisjonelle grupper, begynte å øke på slutten av Evangs tid. Denne økningen fortsatte gjennom Morks første periode. I 1973 var der i Direktoratet syv med en "utradisjonell" akademisk utdanning og 11 uten akademisk utdanning, i konsulentstillinger og høyere. Ved periodens utløp var antallene øket til 22 og 22. Blant de første var der i 1983 ni økonomer av ulike slag. Direktoratet hadde altså flere "utradisjonelle" akademikere enn leger i 1983, og bare litt færre slike enn jurister. Nyttestatligheten begynte å vise seg også i fagstabens sammensetning. Noe annet som også hadde begynt å vise seg, om enn bare så vidt, var at de "aspirerende" helsefaggruppene, blant annet sykepleierne og fysioterapeutene, hadde begynt å få flere representanter. Der var fem av dem i 1983. Sykepleiesjefen var jo dessuten allerede i begynnelsen av Morks første periode blitt underdirektør. Også dette innslaget var et uttrykk for at en ny tid var i emning, selv om de "aspirerende" gruppene ikke, små som de var, kunne markere seg overfor legene som de nå gjorde i klinikken.

I tabell 5.5 har vi presentert en oversikt over sammensetningen av fagstaben etter utdanning.

Tabell 5.5. Helsedirektoratets faglige sammensetning, 1973-1983. Ansatte i lederstillinger og saksbehandlerstillinger. Prosent (antall).

	1973	1975	1977	1980	1983
Leger	24 (17)	24 (18)	20 (16)	18 (16)	15 (15)
Jurister	37 (26)	25 (19)	30 (24)	29 (26)	24 (23)
Farmasøytter	11 (8)	8 (6)	7 (6)	10 (9)	9 (9)
Tannleger	1,5 (1)	4 (3)	5 (4)	4,5 (4)	4 (4)
Arkitekter/ingeniører	3 (2)	5 (4)	5 (4)	5,5 (5)	5 (5)
Økonomer	1,5 (1)	8 (6)	7 (6)	9 (8)	10 (10)
Andre akademikere	4,5 (3)	7 (5)	6 (5)	6 (5)	8 (8)
Sykepleiere/sosionomer etc.					6 (6)
Ikke-akademikere	17 (12)	20 (15)	20 (16)	18 (16)	18 (17)
Tilsammen	101 (71)	101 (76)	100 (81)	100 (89)	99 (97)

Kilde: Norges statskalender. Personer som hadde tjenestefri er ikke tatt med, mens personer som var midlertidig engasjert er tatt med.

Vi ser at legeandelen går ned. Den var på i overkant av 20 prosent under Evang fra 1950-årene av. Gjennom de fire-fem første år under Mork holdt den seg stadig litt over 20 prosent, men sank så til 15 prosent ved utløpet av Morks første periode. Den andre av de to dominerende grupper, juristgruppen, hadde ligget noe over og noe under 50 prosent under Evang, men kom ned på en tredjedel mot slutten av Evangs tid. På slutten av Morks første periode var juristandelen gått ned til en tredjedel. De to gruppene hadde under Evang hatt over eller rundt 70 prosent av fagstaben inntil 1960 og hadde i 1972 noe under 60 prosent. I 1983 var denne andelen sunket til i underkant av 40 prosent. Tar vi med de to andre ”tradisjonelle” grupper i Helsedirektoratet, famasøytene og tannlegene, hadde disse litt over halvparten av fagstaben (52 prosent). Den var på nesten tre fjerdedeler i begynnelsen av Morks tid. Under Evang var den lenge på over 90 prosent.

Også på denne måten ser vi hvordan Helsedirektoratet blir et annet. Den gamle kulturen utfordres – sakte, men sikkert. Den utfordres i stor grad nedefra. De nye kommer inn der ”nede”, og kan ikke lett avansere mye. I den grad de avanserer, eller kommer inn i organisasjonen på et høyere nivå, er det på nokså avgrensede områder, som tilfellet er for arkitektene, og i noen grad økonomene. De siste, nyttestatens ”trojanske hester”, kommer i stor grad inn i det ennå lite integrerte, men til dels (politisk) ambisiøse, Utretningskontoret. De resterende akademikere utgjør en sammensatt gruppe. De fleste er samfunnsvitere av ulike slag. Gruppen omfatter til dels også en del i den ikke-akademiske gruppen. Noen her har litt akademisk utdannelse, som regel samfunnsvitenskapelig. Et eksempel på det er den allsidige og etter hvert nokså innflytelsesrike konsulenten Finn Aasheim (1946-2008). ”Restgruppen” omfatter også noen få psykologer, og de siste årene én eller to veterinærmedisinere. Ellers ser vi at sykepleierne og sosionomene, og noen til, først begynte å komme inn helt på slutten av perioden.

Hvorom alt er, Direktoratet får et mer mangfoldig preg i løpet av Morks første periode. Dermed får det også en mer mangfoldig styringsprofil; ja, det får en mer oppsplittet og nesten mer diffus profil. De fleste av de nye gruppene, bortsett fra økonomene, representerer ikke en distinkt styringsprofil, som legene og juristene gjør og gjorde.

Denne endringen av Direktoratet gjennom rekrutteringen var knapt uttrykk for noen gjennomtenkt strategi. I stor grad bare skjedde den. Det ble vanskeligere å få gode leger og jurister, og når så dyktige ”andre” meldte seg, så ble de sluppet inn. Statsviteren Egil Danielsen (f. 1926) var en som hadde sluppet inn allerede under Evang. Han hadde, som den første tids statsviter hadde, fått en utdannelse med et betydelig innslag av offentlig rett. Han kunne derfor tidlig gå inn i juridisk pregede oppgaver. Senere, under Mork, kunne han, hvilket passet en statsviter vel så godt, gå inn i planleggingsarbeid i det planorienterte Sykehuskontoret (1971).⁷⁴⁰ En annen, og langt yngre, statsviter, Kjell Hole (f. 1945), kom først (1974) til det nokså tradisjonelt fungerende Legekontoret – og fant seg faglig bortkommen der. Da han snart

740) Etter delingen i 1983 gikk Danielsen til departementsavdelingen og ble der karrieren ut, som byråsjef og seniorrådgiver.

kom over i Sykehuskontoret til Asvall, og kunne arbeide både med planer og som sekretær for Statens sykehusråd, fikk han utfolde seg på en måte som passet ham langt bedre.⁷⁴¹

*

I tabell 5.6 ser vi hvordan kjønnsfordelingen utviklet seg i Morks første periode. Vi legger merke til at andelen en forholdsvis konstant, og ligger til sammen rundt en tredjedel. Den er høyest, hele tiden, på byråsjefsnivå og svært lav på øverste nivå. Den er nokså høy, og litt stigende, på saksbehandlernivå.

Tabell 5.6. Andelen (antallet) kvinner i Helsedirektoratets fagstab, etter nivå, 1946-1972. Prosent (og antall) på hvert nivå.

	1973	1975	1977	1980	1983
Øverste led.	11 (1)	8 (1)	8 (1)	-	9 (1)
Nivå 2-ledere	-	23 (3)	23 (3)	23 (3)	33 (5)
Byråsjefer	58 (7)	50 (6)	50 (6)	50 (5)	58 (7)
Saksbehandlere	16 (17)	34 (14)	33 (14)	42 (21)	43 (21)
Tilsammen	35 (25)	32 (24)	30 (24)	33 (29)	33 (29)

Kilder: Som i tabellene ovenfor. Personer som hadde tjenestefri er ikke tatt med.

Hva fagstabens kjønns sammensetning angår, kan det altså se ut til at Morks helsedirektorat inntil 1983 ikke var særlig forskjellig fra Evangs, som det var på slutten. Vi må imidlertid ta hensyn til at tallene for Evangs direktorat ikke er helt sammenlignbare med tallene fra Morks direktorat. I tallene fra Evangs tid har vi tatt med også saksbehandlere under konsulentnivå. Hadde vi tatt med førstesekretærene i Morks første periode ville kvinneandelen ligget endel høyere for saksbehandlere og dermed også litt høyere for hele fagstaben. I 1973 var for eksempel kvinneandelen blant førstesekretærene 60 prosent. Hadde vi tatt med førstesekretærene i tabellen hadde den samlede kvinneandelen dette året gått opp til 40. Gjennom Morks første periode er det dog ingen særlig forandring på toppen. Den virkelige makten ligger fortsatt, som den gjorde under Evang, i all hovedsak hos menn. Dog kan vi merke at flere av de nye kvinnelige lederne utfordrer makten mer enn noen av de eldre, "evangske" damer, gjorde, og gjør (i Morks første periode). Mange av de eldre kvinnelige byråsjefer, som Aslaug Figenschou (f. 1912), Grete Herseth (f. 1914), Aase Trovik (f. 1916) og Inger Onsum (f. 1919) var og er bestemte, som vi har nevnt, men ikke utfordrende. En del av de unge og ambisiøse kvinnelige lederne som nå kommer, som legen Aud Blegen Svindland (f. 1928) og juristen Ingeborg Webster (f. 1940), er mer utfordrende enn deres eldre medsøstre var.

⁷⁴¹ Hole fungerte en periode som sekretær for Stortingets sosialkomité, tok så helseadministrativ utdanning i England og forlot Direktoratet for godt i 1981. Han gikk til Oslo kommune.

Vi har sett at da Evang kom i gang igjen i Norge etter krigen, var lederne og saksbehandlerne i Direktoratet nesten jevngamle; de første vel 40 år og de siste rundt 40 år, i gjennomsnitt. Da Evang gikk av var ledernes gjennomsnittsalder steget ca. ti år, og saksbehandlernes ca. fem år. I 1973 var toppledernes gjennomsnittsalder, omtrent som under Evangs siste år, på vel 52 år. Lederne på nivå to hadde en gjennomsnittsalder på 47 år og byråsjefene en gjennomsnittsalder på vel 51 år. Saksbehandlernes gjennomsnittsalder var på 43,5 år, bare litt under det den var da Evang sluttet. I 1983 var de øverste ledes gjennomsnittsalder steget litt, til 53,5 år, nivå to-ledernes sunket litt, til knapt 44 år, byråsjefenes steget ytterligere, til nesten 55,5 år og saksbehandlernes holdt seg nesten helt jevn, på 43,3 år. Aldersmessig skjer det altså ikke så meget med fagstaben i løpet av Morks første periode. Staben domineres maktmessig av eldre middelaldrende (menn), som på slutten av Evangs tid. Der var kommet inn noen yngre folk på nivå nr. 2, men bortsett fra én, Anne Alvik, ble de ikke en del av fremtidens direktorats-hierarki. De yngre "klatrerne" var på "gjennomreise" i Direktoratet. Byråsjefene var altså blitt enda eldre, fordi de eldre damene fortsatt satt i sine stillinger. De fire yngste, samt den aller yngste – som nå hadde tjenestefri, skulle også alle snart videre. Saksbehandlergruppen var aldersmessig heterogen, men med et tyngdepunkt nederst: 49 prosent var under 40 år og 26 prosent over 50 år. En nokså stor andel av de første skulle også vise seg å være på "gjennomreise".

*

Vi skal til slutt her nevne at Helsedirektoratet i Morks første periode, som i hele Evangs, var sterkt preget av enkeltsaksbehandling. Det håndterte således i 1983, reaktivt, 33 346 saker (journalnumre). Antallet saker hadde holdt seg nokså konstant siden Evangs tid. Ellers spilte også det pedagogiske, både det juridisk-pedagogiske og det medisinsk-pedagogiske, en betydelig rolle. I 1970 sendte Direktoratet ut 110 rundskriv, særlig angående lov- og forskriftsfortolkning. Antallet var 135 i 1975, 116 i 1980 og 77 i 1983 – året da delingen distrahererte så meget. Direktoratet sendt også hele tiden ut en rekke helsefaglige veiledninger (veiledere), brosjyrer og kommentarer, uten at vi har kunnet klare å få en oversikt over det samlede antall. Eksempler på titler på slike skrifter er "Vaksinasjoner i barne- og ungdomsalder" (f ere utgaver opp til 1983), "Kontroll av tuberkulose" (ved Kjell Bjartveit, 1977, 1981 og 1996 (kalt Smittevernloven. Kontroll av tuberkulose", K.B., red.), "Beskyttelse av drikkevannskilder" (samarbeid med SIFF) (1975), "Hygienisk vurdering av kloakkslam. En veileder til helserådene" (1976), "Føllings sykdom – Veiledning for foreldre" (ved Elisabeth Kindt) (udatert) og "1+1=3 – om svangerskap, fødsel og det første leveåret" (ved Ragnhild Engeseth og Thor-Øistein Endsjø) (1973).